



SOUTH KAZAKHSTAN
**MEDICAL
ACADEMY**



«ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ»

ХАБАРШЫСЫ

«ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

ВЕСТНИК

OF THE SOUTH-KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

VESTNIK

№2-3 (90), 2020

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

REPUBLICAN
SCIENTIFIC JOURNAL

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының хабаршысы

№ 2-3 (90), 2020

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован Министерством информации и коммуникаций Республики Казахстан Регистрационное свидетельство №17199-ж от 04.07.2018 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в Международном центре по регистрации сериальных изданий ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция), присвоен международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в международной базе данных Information Service, for Physics, Electronics and Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:
160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)
Факс: 40-82-19
www.ukgfa.kz, ukgma.kz
E-Mail: medacadem@rambler.ru,
raihaan_ukgfa@mail.ru

Тираж 20 экз. Журнал отпечатан в типографии ИП «Қанағат», г. Шымкент.

Главный редактор

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук, профессор

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А., член Союза журналистов СССР и Казахстана

Редакционная коллегия:

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент
Ордабаева С.К., доктор фарм. наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика Польша)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated Professor (Dudley, UK)
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия, США)
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва, Россия)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа, Россия)
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK, Финляндия)
Шнитовска М.,Prof.,Phd., M.Pharm (г.Гданьск, Республика Польша)



ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

МРТИ 76.75.91

Ч.С. Шашкин

Клиника современной неврологии и нейрореабилитации «Shashkin Clinic», директор, г. Алматы, Казахстан

М.В. Новоточина

Almaty Management University, преподаватель, г. Алматы, Казахстан

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В ЗАРУБЕЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИКАХ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИКИ МЭЙО, США)

Резюме

В статье описаны результаты изучения опыта управления персоналом зарубежных клиник на примере клиники Мэйо, крупнейшей частной сети медицинских клиник США, которая славится своим отношением к пациентам и уникальной системой управления персоналом, позволяющей создавать свою конкурентоспособность и отвечающей всем современным требованиям сервиса и качества медицинских услуг.

Авторы провели подробный анализ на основе доступной литературы, а также путем собственного посещения и общения с персоналом клиники, что всегда дает наиболее реальную и правдивую информацию.

Ключевые слова: управление персоналом, пациенториентированность, сервис, качество медицинских услуг.

Введение.

Современная система здравоохранения Республики Казахстан развивается довольно динамично, но имеет ряд нерешенных проблем, которые не позволяют завершить грандиозный качественный прорыв, такой какой сделала, например, Южная Корея или Сингапур.

Путем анализа сложившейся на отечественном рынке медицинских услуг ситуации, мы пришли к выводу, что для рывка отечественного здравоохранения необходимо осуществить реальный скачок в сфере качества предоставляемых услуг и создания сервиса для пациентов.

Качество услуг, по нашему мнению, в первую очередь связано с работой персонала – от санитарки до врача, от менеджера до директора клиники. Именно правильно налаженная работа персонала является краеугольным камнем в организации качественной медицинской помощи, т.к. требовать исполнения повышенных стандартов качества работ у немотивированного и неподготовленного персонала не представляется возможным. То же касается предоставляемого сервиса медицинских услуг. Если персонал не знает, что такое сервис, так как, традиционно, медицина никогда не относилась к сервисным услугам (например, как в случае с отелями и курортами), и их (персонал) не учили, как его оказывать, то и требовать от персонала выполнения качественной работы сложно. Поэтому сейчас на первый план управления медицинской организацией выступает управление персоналом, причем не формальное, а фундаментальное управление, со

всеми необходимыми этапами, включая качественный отбор персонала, его адаптацию, обучение, грамотную мотивацию и контроль.

Идея написания статьи возникла при изучении передового опыта управления персоналом в медицинских клиниках зарубежных стран, а также других факторов, повышающих качество предоставляемых медицинских услуг, что усиливает конкурентоспособность клиники в современном обществе.

Цель исследования.

Изучить особенности управления персоналом в клинике Мэйо, США для получения целостного представления о международном опыте управления персоналом успешных клиник для дальнейшего внедрения основных принципов в работу отечественных медицинских клиник.

Материалы и методы.

Анализ современного состояния систем управления персоналом зарубежных клиник проведен на основании данных специального сервиса Хоспитал Букинг, оказывающий услугу по бронированию больницы онлайн. Специалистами сайта был составлен рейтинг 10 топовых клиник по результатам 2018 года (Таблица 1). Основными критериями выбора той или иной клиники являлись:

1. Спектр предоставляемых услуг (диагностика, лечение, реабилитация).
2. Уровень подготовки медицинского персонала (количество профессоров и специалистов международного класса).
3. Научно-техническая база (инновационные технологии, внедрение новейших разработок).
4. Условия проживания и госпитализации (размер и оснащённость палат и операционных).
5. Соотношение полностью удовлетворённых обслуживанием пациентов к общему числу посетителей клиники.
6. Прозрачность и удобство при оплате медицинских услуг.
7. Уровень сопутствующих услуг (помощь в получении визы, трансфер, сопровождение, предоставление информации).

По данным критериям, для анализа было выбрано 10 лучших клиник мира.

Таблица 1 – ТОП 10 клиник мира

| № | Наименование | Страна | Форма собственности |
|----------|---|----------------------|----------------------------|
| 1 | Клиника Ассута | Израиль, Тель-Авив | Частная |
| 2 | Клиника Ихиллов | Израиль, Тель-Авив | Государственная |
| 3 | Клиника Мэйо | США, Рочестер | Частная |
| 4 | Кливлендская клиника | США, Кливленд | Государственная |
| 5 | Клиника Мюнхенского университета | Германия, Мюнхен | Нет данных |
| 6 | Медцентр Шиба | Израиль, Рамат-Ган | Государственная |
| 7 | Больница Гиль Медицинского Университета Гачон | Южная Корея, Кёнгидо | Нет данных |
| 8 | Клиника Нойперлах | Германия, Мюнхен | Государственная |
| 9 | Венская Частная клиника | Австрия, Вена | Нет данных |
| 10 | Городская клиника Мюнхен | Германия, Мюнхен | Нет данных |

Затем, для более детального анализа выбор пал на частную клинику Мейо, так как она оказалась наиболее доступной для изучения, а также в 2019 году появилась уникальная возможность лично посетить клинику для изучения. Основная информация о клинике имеется в доступной литературе [1]. Также специально проведено посещение клиники в июне 2019 года, осмотр и беседы с сотрудником клиники Мэйо на протяжении 27 лет профессором эпидемиологии и неврологии Walter A. Rossa и его супругой, которая всю жизнь проработала в Мэйо. Забегая вперед, хотелось бы отметить, что профессору Walter A. Rossa был задан один важный вопрос «Все ли, что описано в книге – правда?», на что был получен убедительный утвердительный ответ.

Результаты исследования.

Клиника Мэйо — частная некоммерческая организация, один из крупнейших частных медицинских и исследовательских центров мира, которая по сей день работает по принципу, заложенному в самом начале ее основания. Ее учредителем был доктор Уильям Уоррэл Мэйо (1819—1911), который был направлен в Рочестер в 1863 году, где начал заниматься врачебной деятельностью. Имея возможность путешествовать и посещать крупные клиники США, доктор Уильям перенимал опыт, обращая больше внимания на организационную структуру и создавая свою эффективную модель организации. Первая клиника была открыта в 1889 году, это была одна из первых частных клиник в мире. После смерти доктора Уильяма клинику возглавляли его сыновья Уильям Джеймс и Чарльз Хорейс. Со временем братьям удалось создать особенную корпоративную культуру, основанную на высоких нравственных ценностях. Это привело к бурному расцвету клиники, повышению ее узнаваемости. Пациенты приезжали в клинику даже из других штатов.

Клиника Мэйо имеет три кампуса, расположенных в Миннесоте, Аризоне и Флориде. Во всех клиниках работает более 65 тысячи человек, включая около 5 тысяч врачей и исследователей, и 60 тысяч административного и технического персонала. Система клиник Мэйо принимает до 1,2 миллиона пациентов в год, из них 129 тысяч проходят стационарное лечение. Годовой оборот достигает 12 миллиардов долларов США. В больнице проводится клиническая деятельность, также активно действует научная и образовательная сфера. Часть от выручки больницы выделяется на научные исследования, посвященные разработкам новых методов лечения, а также медицинское образование.

По данным журнала Форбс, Клиника Мэйо неоднократно завоевывала звание «Лучший работодатель» в различных номинациях, как на уровне штата, так и на уровне страны.

Клиника Мэйо стала брендом в медицине, причем этот бренд продолжает свое развитие в соответствии с выбранной стратегией.

Принципами, по которым работает клиника Мэйо, стали следующие:

1. Тщательный рекрутинг персонала, который разделяет принципы корпоративной культуры и вносит вклад в общее дело.
2. Высокий профессионализм сотрудников, строгая рабочая этика и преданность клинике Мэйо.
3. Создание условия □ персоналу для выполнения научной и образовательной работы.
4. Руководство клиникой и подразделениями осуществляется врачами, администраторы только лишь берут на себя часть немедицинских задач.
5. Подробное документирование процедур, которые проводятся стационарным и амбулаторным пациентам.
6. Критериями оплаты труда являются качественные, а не количественные показатели.
7. Особая профессиональная одежда, дизайн и интерьер, которые выгодно отличают работников Мэйо от работников других клиник.

В основе работы клиники Мэйо лежат 3 основополагающих принципа:

1. Нужды пациента превыше всего

Сильная сторона этой клиники - сформировавшийся принцип, в основе которого лежит забота о пациенте, о его потребностях, так называемая пациенториентированность. Принцип «Нужды пациента прежде всего» является ядром корпоративной культуры клиники. И этим принципом проникся каждый сотрудник, и во всех его действиях при выполнении своих обязанностей, это прослеживается. Данный принцип позволяет решить спорные вопросы, разбираемые на собраниях совета директоров, и, если это касается пациента, решение принимается после того, как будет ответ на вопрос «Как это решение может помочь пациенту?».

Абсолютно каждый сотрудник, от обслуживающего персонала до лечащего врача, работает во благо пациенту. Пациенты, рассказывая свои истории о клинике Мэйо, привлекают все больший поток пациентов. Одним из ключей к такому успеху, является то, что каждый сотрудник свободен в своих действиях, наделен полномочиями и правом принимать самостоятельное решение, которое будет в пользу пациента.

Естественно, клиника Мэйо не пришла к этому с первых дней. Это была долгая и колоссальная работа. В первую очередь, это – специальный подбор персонала и его обучение, и не только введение в должность, но и обучение и передача принципов работы клиники. Так, например, в первые часы пребывания нового персонала в клинике, проводится установочное занятие, где начинается все с рассказа о главных принципах, далее показывается учебный фильм «Наследие Мэйо». Данное обучение проводится не только в первые дни, они повторяются во всех установочных программах, которые проходят все работники через три, шесть и девять месяцев. Также в клинике проводится обязательный курс, обучающий врачей общаться с пациентами. Данный курс также постоянно обновляется и передается врачам и персоналу. Основой является понимание потребностей

пациента, необходимо встать на место пациента и понимать, что ему нужно, создать комфорт, решить его заботы, связанные с лечением в клинике. При этом, пациент даже может и не знать, как много времени, или чего стоило для персонала решить вопросы, связанные с его лечением.

2. Командная работа

Несмотря на то, что у каждого врача и каждого подразделения имеется свой круг функциональных обязанностей и задач, они очень четко взаимодействуют между собой. Консультации других специалистов, консилиумы разных врачей организуются в считанные минуты. Преследуя принцип целостности медицины, широко практикуется привлечение смежных специалистов, результатом чего становится высокая эффективность и оперативность принятия решений.

Отличительной особенностью командной работы персонала Мэйо является уважение друг к другу и принцип «Обучай, но не обвиняй». Руководителям клиники удается найти и объединить талантливых специалистов на благо пациентов. Большинство сотрудников обучались у своих коллег, наблюдая за их работой. В клинике принято просить о помощи, совета и обмениваться опытом. Это не зависит от иерархии или структуры организации, занимаемой позиции просящего. Например, санитар может попросить доктора передвинуть свой график, во благо пациента, и это будет сделано. Доктора могут просить помощи по ведению пациента, получить дополнительную консультацию, можно сделать обоснованный выбор метода лечения. А также, по мнению автора, одним из преимуществ докторов, является то, что лечащий доктор не боится, что пациент может уйти к другому доктору, если его более опытный коллега может оказать лучше, качественней услугу, допустим провести операцию, так как у него больше опыта, или назначить лечение. Он готов без сожаления и ревности передать пациента своему коллеге. Командное ведение пациента является основой для клиники. На практике, один доктор контактирует с пациентом, после, полученную информацию передает команде, где при обсуждении определяется диагноз и назначается лечение. Таким образом, в клинике Мэйо нет «звездных» докторов, все доктора понимают, что над лечением пациента работает команда.

3. Целостная медицина

Очень важный принцип, заключающий в себе тот факт, что врач должен лечить человека со всеми его сопутствующими заболеваниями.

В клинике Мэйо доминирует сотрудничество с гибким регламентом, который позволяет подобрать специалиста или команду специалистов для индивидуального лечения. Часто бывает так, что пациенты взаимодействуют с одним лечащим врачом, а он является ответственным за сбор команды, составления плана взаимодействия с другими докторами, организует консультации и консилиумы при постановке диагноза и проведения лечения. Лечащий врач может привлечь абсолютно любого специалиста для разрешения задачи и это будет только приветствоваться.

Корпоративная культура клиники Мэйо ставит на первый план взаимное уважение, подчеркивает ценность работы персонала, что приводит к повышению чувства собственного достоинства сотрудников. Это дает особую энергию персоналу, а уважение коллег укрепляет уверенность в себе, в своих знаниях. Это вызывает высокую мотивацию сотрудников и улучшает его взаимодействие с коллегами по команде. Уважение повышает доверие, позволяет активно вовлекать сотрудника в процесс работы, стимулирует честность и внимание. Уважение – это одна из сильных сторон клиники Мэйо, и поэтому клиника решительно пресекает любые проявления неуважения на всех иерархических уровнях.

Подбор персонала

Правильный рекрутинг сотрудников, согласно корпоративной культуре клиники Мэйо, заключается следующем принципе: «Нужно найти людей, чьи внутренние ценности совпадают с нашим главным принципом – нужды пациента превыше всего».

Основные критерии отбора персонала следующие:

1. Внутренние ценности претендента совпадают с ценностями корпоративной культуры компании.
2. Кандидат настроен на изменение некоторых своих убеждений, чтобы соответствовать требованиям организации.
3. Высокий уровень профессионализма претендента на должность и умение работать в команде.
4. Кандидат имеет потенциал дальнейшего профессионального развития;
5. Кандидат заинтересован в дальнейшем карьерном продвижении, а не только в предлагаемой работе;
6. Претендент на должность лоялен к клинике-работодателю.

Процедура отбора стандартизирована и применяется ко всем без исключения – от санитаря до генерального директора. После необходимых формальностей собирается группа претендентов и каждый

кандидат проходит полуторачасовое собеседование, в процессе которого выясняются особенности его поведенческих реакции □. Собеседование проводит группа из четырех – восьми человек. По результатам собеседования отбирается один человек на позицию.

Собеседование включает стандартный набор вопросов, которые связаны с принципами клиники. Также, во время собеседования выявляется обладание кандидатом специальных навыков, необходимых для занятия вакантной позиции. Кандидат, в свою очередь, может задать интересующие его вопросы, что может выявить те или иные его качества. После собеседования, члены комиссии обмениваются мнениями и определяют, насколько кандидат соответствует требованиям организации и может ли он занять вакантную позицию.

При отборе медицинских сестер проводят подобные интервью, призванные выявить поведенческие реакции. Также используются отдельные сценарии, моделирующие ситуации, которые часто встречаются в клинической практике. Кандидат должен показать, как он поведет себя в данной ситуации.

Прием сотрудников основывается на рекомендациях известных людей или прежних работодателей. Врачи, которые не проходили обучение в клинике Мэйо, отбираются, как правило, если их рекомендует кто-то из сотрудников клиники. Он может дать рекомендации, что кандидат соответствует требованиям организации. Также врачи подробно знакомят приемную комиссию со своей клинической и научной деятельностью.

Следующим шагом после отбора сотрудников становится их ориентация. В течение первых трех-пяти лет работы проводится процесс адаптации персонала к корпоративной культуре, которая позволяет обеспечить высококачественное обслуживание пациентов и держать низкий уровень текучести кадров.

Каждый сотрудник изучает документ, в котором отображены все принципы корпоративной культуры клиники. Этот документ называется «Модель оказания медицинской □ помощи в клинике Мэйо». Основными положениями данного документа являются:

1. Работа основана на слаженном взаимодействии команды сотрудников, имеющих различную специализацию.
2. Пациент должен быть тщательнейшим образом обследованным.
3. Пациенту предоставляется комплексное обследование, своевременная оценка результатов и назначение лечения.
4. Врачу доступны новейшие диагностические и терапевтические технологии и технические средства.
5. Лечащий врач несет личную ответственность за лечение пациента и сотрудничает с другими врачами.
6. Отношение к пациенту должно быть чутким и доверительным.
7. Персонал проявляет уважение к пациенту, его семье и локальному врачу.

В процессе адаптации широко используется наставничество. Обязательный принцип сотрудничества, присутствующий в клинике, является мощным механизмом обучения. Система настроена таким образом, что непрерывное профессиональное развитие врачей является необходимым фактором эффективной работы. Аналогично этому наблюдается профессиональное развитие всего остального персонала.

Наряду с официальным наставничеством, в клинике Мэйо, существуют и неофициальные программы наставничества. Демонстрируя, как нужно работать, они произносят короткие реплики: «В Мэйо мы делаем это так». Неформальное наставничество помогает сотруднику понять принципы корпоративной культуры и найти различные способы адаптации к ней. Общение новичка и наставника зачастую выходит за пределы клиники и продолжается в кафе во время обеда или на уикендах. Особенно свойственно американской культуре проведение совместных вечеринок у шефа, которые призваны сблизить сотрудников, укрепить их командный дух, а также узнать друг друга в неформальной и нерабочей обстановке.

Все сотрудники, в том числе и руководящий состав, оцениваются по пяти критериям, основанным на главных принципах клиники Мэйо:

1. Постоянное совершенствование бизнес-процессов, связанных с лечением пациентов, образованием и научными исследованиями.
2. Проявление взаимоуважения сотрудников друг к другу.
3. Навыки работы в команде, степень личной ответственности, честность, новаторство, доверие, открытое общение.
4. Соблюдение норм личного и профессионального поведения.
5. Сохранение и развитие профессиональных навыков и знаний □.

Образовательные мероприятия выполняет Школа медицинских наук клиники Мэйо. В Школе проводится обучение персонала различным навыкам всех сфер деятельности клиники. Также здесь готовятся

будущие сотрудники. Если стажер не идеально выполняет рабочие задания, но зато полностью соответствуют корпоративной культуре клиники, он зачисляется в штат. Затем принятые сотрудники обучаются дополнительно. В клинике Мэйо есть твердое убеждение, что гораздо легче привить технические навыки, чем ценности.

Клиника Мэйо принимает человека в штат, более рассчитывая на его развитие и карьерное продвижение, чем просто на заполнение вакантной должности. В клинике прилагается немало усилий, чтобы найти кандидата, имеющего необходимые внутренние принципы, способности и потенциал развития, а затем работа идет над тем, чтобы привести в соответствие запросы работника и потребности организации. Когда сотрудник не справляется со своими обязанностями, менеджер прежде всего стремится помочь ему найти более подходящую должность в клинике, чтобы избежать увольнения. В каждого человека вложена не одна тысяча долларов, потраченных на рекрутинг и обучение. Сотрудники, полностью соответствующие требованиям корпоративной культуры, могут продвигаться на новые, более перспективные посты, что можно рассматривать как реинвестицию средств, вложенных ранее в обучение. Именно этим объясняется низкая текучесть кадров в клинике Мэйо, а также большое количество желающих работать в этой организации.

Медицинский персонал получает твердый оклад, который всегда чуть выше среднего по стране, у них нет понятия сдельной оплаты, поэтому врачу нет смысла «привязывать» пациента к себе. Это позволяет врачу непредвзято относиться к себе и пациенту.

Очень важным пунктом мотивации персонала является создание условий для выполнения своих обязанностей. Корпуса клиники в г. Рочестер, штат Миннесота (где находился с визитом автор) – это монументальные здания с современным интерьером, высококачественной отделкой помещений, более подходящие на пятизвездные отели. Самое старое здание – здание Пламмера, 1926 года постройки, выглядит настолько монументально и величаво, а интерьер пропитан историей и духом Мэйо, что уже является большим мотивационным фактором работы в клинике, показывая сотрудникам все могущество и устойчивость организации.

Интерьер помещений намеренно сделан непохожим на стандартные клиники, для того, чтобы формальная медицинская обстановка не давила на пациентов. Особенно это касается онкологической клиники, где интерьер не дает пациентам лишний раз впасть в уныние от имеющегося диагноза. Очень серьезно продумана безопасность пациентов и персонала, для чего имеются различные уровни доступа в помещения. Условия для персонала великолепные - современные и светлые кабинеты, удобные условия для принятия пищи и напитков, отдыха. Переговоры можно проводить в специальном клубном помещении, оснащённом всеми необходимыми благами, чтобы продемонстрировать потенциальному клиенту высокий уровень сервиса и профессионализма. Для посетителей и пациентов имеются просторные рестораны на любой вкус, много рекреаций и зон уединения, оснащенные диванами, креслами и столиками. Каждый нюанс и каждая деталь показывает высокий вкус и респектабельность клиники.

Обсуждение

Таким образом, анализ работы клиники Мэйо выявил огромную роль в успехе клиники, то что они делают большой акцент на управление персоналом, начиная от рекрутинга и заканчивая переводом сотрудника на другую работу. Выявлено также большое значение развития и поддержания корпоративной культуры клиники. Вновь прибывшие сотрудники должны разделять принципы корпоративной культуры, даже если они не являются лучшими специалистами. Созданы все условия для дальнейшего карьерного и профессионального продвижения сотрудников, приветствуется их реализация как специалистов. Это очень сильно мотивирует персонал для развития и стабильного выполнения своих обязанностей. Обращает на себя внимание четко регламентированная система приема персонала на работу, включая психологическое тестирование, решение ситуационных задач, а также оценка личных качеств претендента.

Клиника тратит немало времени, денег и сил на отбор и развитие персонала, поскольку руководство организации рассчитывает, что большинство сотрудников будут работать здесь в течение всей своей карьеры.

Инвестиции в персонал – это финансирование успеха как отдельных работников, так и организации в целом. Как показывает пример клиники Мэйо, правильный подбор кадров – важнейший закон, а их поддержание и поощрение – следствие этого закона.

Стабильная работа клиники Мэйо, глобальное развитие бренда Мэйо, показывает всю жизнеспособность принципов работы клиники, эффективность принимаемой политики управления персоналом. Реальная забота о пациентах и сотрудниках, а отсюда и высококачественный сервис, четкое исполнение правил и инструкций, высокоморальная корпоративная культура, высокопрофессиональный персонал, привели к стабильной успешности клиники Мэйо.

На сегодняшний день, можно по праву сказать, что клиника Мэйо является тем универсальным и

успешным примером построения высокого уровня клиники на современном этапе развития общества. Проецируя основные принципы и правила управления персоналом клиники Мэйо, можно попытаться создать успешную модель в условиях частной клиники Республики Казахстан, учитывая, разумеется, локальные особенности деловой культуры и менталитета людей.

Литература

1. Практика управления Mayo Clinic: Уроки лучшей в мире сервисной организации [текст] / Л. Берри, К. Селтман: Издательство «Манн, Иванов и Фербер». - 2013. – 290 с. - ISBN: 978-5-91657-748-8.
2. <https://hospitalbooking.com/top-10-klinik-mira/> [электронный ресурс]
3. <https://www.forbes.com/best-employers/> [электронный ресурс]

Түйін

Ч.С. Шашкин

«Shashkin Clinic» заманауи неврология және нейрореабилитация клиникасы, директор, Алматы қ., Қазақстан.

М.В. Новоточина

Алматы Менеджмент Университеті, оқытушы, Алматы қ., Қазақстан.

ШЕТЕЛДІК МЕДИЦИНАЛЫҚ КЛИНИКАЛАРДАҒЫ АДАМИ РЕСУРСТАРДЫ БАСҚАРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (МАЙО КЛИНИКАСЫНЫҢ МЫСАЛЫНДА, АҚШ)

Мақалада АҚШ-тағы пациенттерге деген көзқарасымен және персоналды басқарудың бірегей жүйесімен танымал, сіздің бәсекеге қабілеттілігіңізді құруға мүмкіндік беретін және қызмет көрсетудің және медициналық қызметтің барлық заманауи талаптарына жауап беретін әйгілі медициналық клиникалардың Mayo Clinic мысалын қолдана отырып, шетелдік клиникалардағы персоналды басқару тәжірибесін зерделеу нәтижелері сипатталған.

Авторлар қол жетімді әдебиеттерге, сондай-ақ өздерінің жеке сапарлары мен клиника қызметкерлерімен қарым-қатынас негізінде егжей-тегжейлі талдау жүргізді, ол әрдайым шынайы және шынайы ақпаратты береді.

Кілт сөздер: персоналды басқару, пациенттерге бағдарлау, қызмет көрсету, медициналық қызметтердің сапасы.

Summary

Ch.S. Shashkin

Clinic of Modern Neurology and Neurorehabilitation “Shashkin Clinic”, Director, Almaty, Kazakhstan.

M.V. Novotochina

Almaty Management University, teacher, Almaty, Kazakhstan.

PECULIARITIES OF HUMAN RESOURCES MANAGEMENT IN FOREIGN MEDICAL CLINICS (ON THE EXAMPLE OF THE MAYO CLINIC, USA)

The article describes the results of studying the experience of personnel management in foreign clinics using the example of Mayo Clinic, the largest private network of medical clinics in the United States, which is famous for its attitude to patients and a unique personnel management system that allows staff to create their own competitiveness and meets all modern requirements of the service and quality of medical services.

The authors conducted a detailed analysis based on the available literature, as well as through their own visits and communication with the clinic staff, which always gives the most real and truthful information.

Key words: personnel management, patient orientation, service, quality of medical services.

Сведения об авторах:

Ч.С. Шашкин, директор Клиники современной неврологии и нейрореабилитации «Shashkin Clinic», г. Алматы, Казахстан, e-mail: chingizshashkin@gmail.com

М.В. Новоточина, преподаватель Almaty Management University, г. Алматы, Казахстан.

МРНТИ 76.01.29-76.29.33

Арыбжанов Д.Т., Рысбеков М.М., Анартаева М.У.

ТОО «Национальный научный онкологический центр», г. Нур-Султан, Казахстан

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ ПЕЧЕНИ НА ЮГЕ КАЗАХСТАНА

Резюме

Введение. Диагностика и лечение гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) остается одной из актуальных проблем в онкологии. ГЦК занимает 6 место в мире по частоте среди злокачественных опухолей и четвертое по частоте онкологической смертности. В настоящее время в Республике Казахстан ГЦК диагностируется в 3-4 стадиях более чем у 80-85% больных.

Цель исследования – разработка современных медико-организационных технологий диагностики и лечения гепатоцеллюлярного рака печени для улучшения результатов трех- и пятилетней выживаемости и качества жизни больных на Юге Казахстана.

Материал и методы: В основу работы легли ретроспективные данные о 1136 больных ГЦК взятых на диспансерный учет за период 2008-2018г.г. Нами изучены медико-социальные аспекты диагностики и лечения пациентов гепатоцеллюлярным раком печени.

Результаты и их обсуждение: в результате проведенной работы впервые в РК на Юге Казахстана создано отделение химиотерапии и эндоваскулярной онкологии единственное среди онкоучреждений Казахстана с мощностью 60 коек. За период 2009-2018г.г. на Юге Казахстана изучены показатели одногодичной летальности от ГЦК, общей смертности населения, в первые за 10-летнюю работу изучены показатели 3-х и 5-летней выживаемости и качество жизни больных с ГЦК.

Выводы. Таким образом, на основании изучения влияния современных медико-организационных технологий на результаты лечения больных с ГЦК на основе Европейских стандартов в Южном Казахстане проведенные организационные мероприятия показали, что за период 2009-2018 г.г. на Юге Казахстана отмечено - снижение одногодичной летальности от ГЦК на 32,4%, снижение общей смертности в 2 раза с 5,7 на 100 тыс. населения до 2,5 на 100 тыс. населения. Впервые за 10-лет (2009-2018г.г.) достигнуты показатели 3-х и 5-летней выживаемости: 3-летняя выживаемость после резекции печени составила 45%, после химиоэмболизации составила 36,7%; пятилетняя выживаемость у не оперированных больных с ГЦК составила 29,7%. Заметно улучшилось качество жизни пациентов.

Ключевые слова: медико-социальный аспект, рак печени, диагностика, лечение, гепатоцеллюлярная карцинома, химиоэмболизация.

Диагностика и лечение гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) остается одной из наиболее актуальных проблем клинической онкологии. ГЦК наиболее частая первичная злокачественная опухоль печени. По данным Международной ассоциации по изучению рака (МАИР) ГЦК занимает 6 место по заболеваемости и 4 место по смертности от злокачественных новообразований в мире. Ежегодно во всем мире регистрируются более 840 000 новых случаев ГЦК и умирают от неё около 780 000 людей, рис. 1 (GLOBOCAN, 2018) [1, 3, 5, 11, 15, 18, 20].

По прогнозным данным Всемирной организации здравоохранения ожидается, что в течение следующих двух десятилетий количество пациентов ГЦК увеличится, что отчасти будет отражать имеющуюся в настоящее время эпидемию гепатитов В и С. Практически во всех популяциях частота ГЦК у мужчин выше, чем у женщин, при этом отношение показателей заболеваемости у мужчин и женщин существенно различается в зависимости от географического региона, варьируя от 2:1 до >6:1 [2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 17, 21].

В Республике Казахстан ГЦК диагностируется в 3-4 стадиях более чем у 80-85% больных. Учитывая вышеизложенное, весьма актуальным является внедрение современных медико-организационных технологий в диагностике и лечении гепатоцеллюлярного рака печени на основе Европейских стандартов и изучение отдаленных результатов организации и оказания специализированной помощи больным с гепатоцеллюлярным раком печени на Юге Казахстана [10, 13, 14, 16].

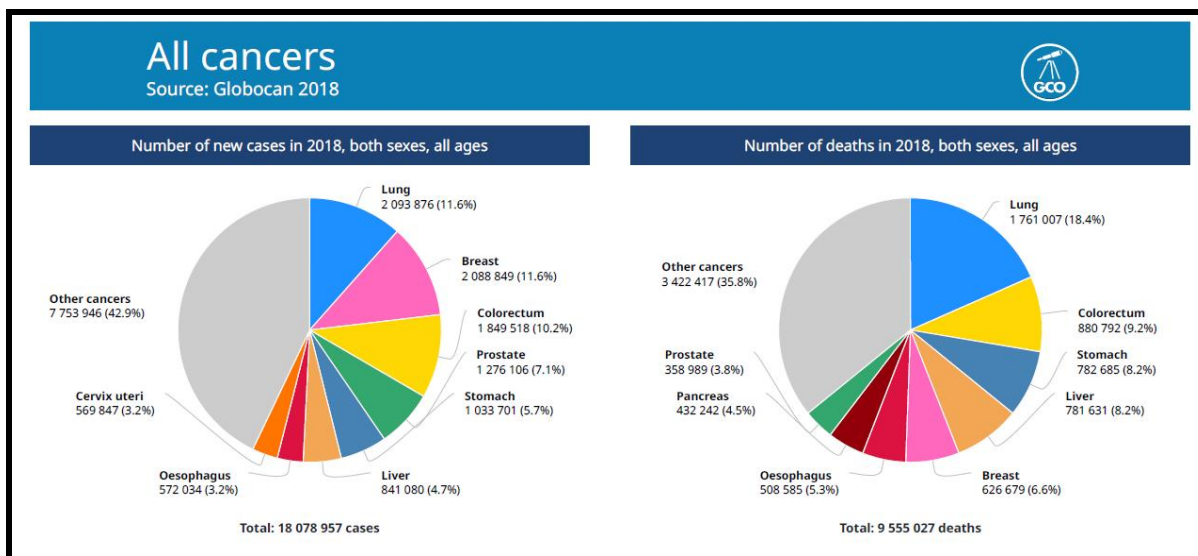


Рисунок 1 - Показатели заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в мире (The Global Cancer Observatory – All Rights Reserved, March, 2019).

Целью нашей работы явилась разработка современных медико-организационных технологий диагностики и лечения гепатоцеллюлярного рака печени для улучшения результатов трех- и пятилетней выживаемости и качества жизни больных на Юге Казахстана.

Материал и методы

Представленная работа исходит от сложившихся клинических реалий по ситуации ГЦК в ЮКО к 2005-2009г.г. и имеет прямую практическую направленность для решения медико-социальной проблемы пациентов связанную со сложной патологией печени – гепатоцеллюлярным раком печени.

В основу работы легли ретроспективные данные о 1136 больных ГЦК взятых на диспансерный учет за период 2008-2018г.г., распределение по стадиям представлены на рис. 2, 3. На основе диагностики и лечения вышеуказанных пациентов проведен статистический анализ и прослежены интенсивные показатели заболеваемости, смертности, одногодичной летальности, 3-х и 5-летней выживаемости, полученные по данным ООД ЮКО.

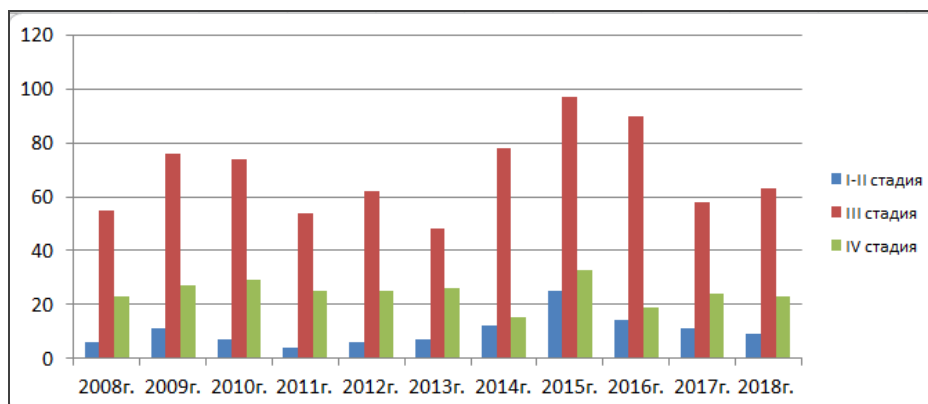


Рисунок 2- Характеристика больных с ГЦК по стадиям в ЮКО за 2008-2018 г.г. (n=1136).

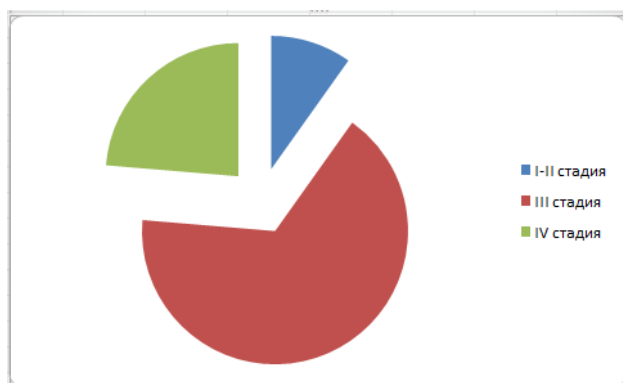


Рисунок 3 - Из 1136 больных 90%на момент диагностики ГЦК имели III-IV стадию заболевания.

Все больные были в возрасте от 25 до 76 лет, средний возраст больных был $58 \pm 2,3$ года. По полу пациенты сгруппировались следующим образом - мужчин 677 (59,6%), женщин 459 (40,4%), рис. 4.

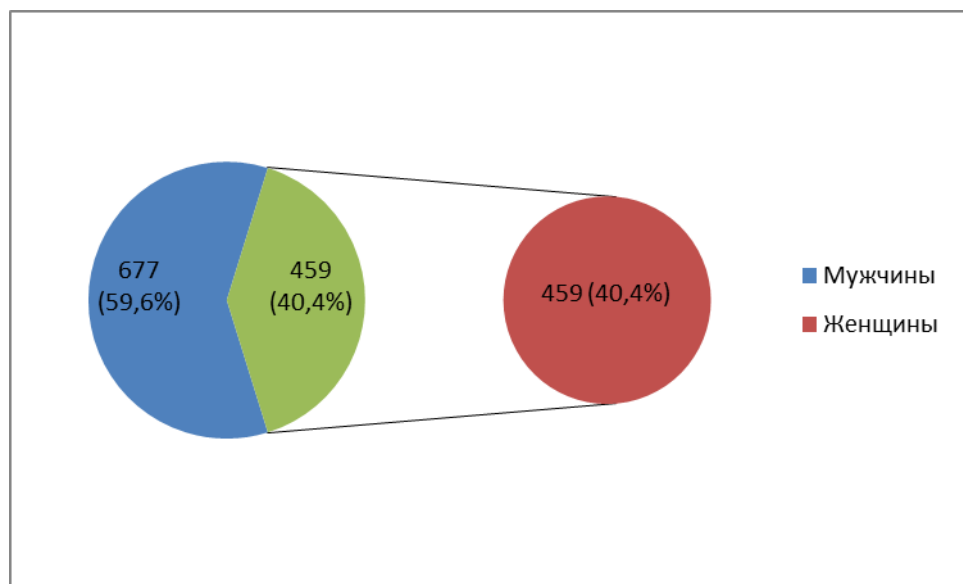


Рисунок 4 - Распределение Мужчин и женщин в общей группе больных с ГЦК (n=1136).

Стадирование опухолевого процесса в нашем исследовании проводилось по системе TNM и Барселонской классификации (Barcelona classification of Liver cancer – BCLC, 4-й пересмотр, 2018) для пациентов с ГЦК, использование сразу двух классификаций объяснем тем, что классификация TNM при раке печени показывает размеры опухоли, ее взаимосвязь с окружающими её анатомическими структурами, местную (в лимфатические узлы по N) и отдаленную (отдаленные метастазы по M) распространенность, однако, по этой классификации мы не можем оценить функциональное состояние печени, которая может отличаться у разных больных, это можно оценить при использовании классификации BCLC (рис. 5), которая не только определяет стадию рака печени, но и учитывает функциональный класс печеночной функции по шкале Чайлд-Пью (Child-Pugh –CP).

Медико-социальные аспекты организации диагностики и лечения ГЦК по ЮКО с 2009-2018 г.г. включали нижеследующее:

1. Изучен и распространен в ЮКО Международный опыт организации лечения больных с ГЦК: Университетской клиники Венского медицинского Университета (Австрия, декабрь 2009г.); Монгольского национального центра рака (Улан-Батор, Монголия, август 2015г.); Клиники Hopital Paul Brousse, центр ГБХ проф. Генри Бисмуга (Париж, Франция, апрель-июнь 2016г.).

- Для распространения международного опыта организованы мастер-классы совместно с Монголией, Японией, Австрией, Францией (2010-2018г.г.) по внедрению новых методов лечения – химиоэмболизация опухоли печени, таргетная терапия (Сорафениб), радиочастотная абляция, хирургические технологии резекции печени.
- Разработан и внедрен (в ООД ЮКО) алгоритм диагностики ГЦК для больных с опухолевой патологией печени с обязательным КТ ОБП с контрастным усилением, онкомаркеры АФП, РЭА, СА 19,9 (с 2010г.).
- На основе полученных результатов лабораторно-инструментальных методов исследования больных с ГЦК для выбора тактики лечения в ООД ЮКО производилась стратификация по классификации Барселонской клиники – BCLC (с 2010г.).
- Разработана учебная программа по современным методам диагностики и лечения больных с ГЦК и проведено обучение врачей ПМСП, онкологов и узких специалистов ЮКО и 14 регионов Республики Казахстан (2012-2018г.г.).

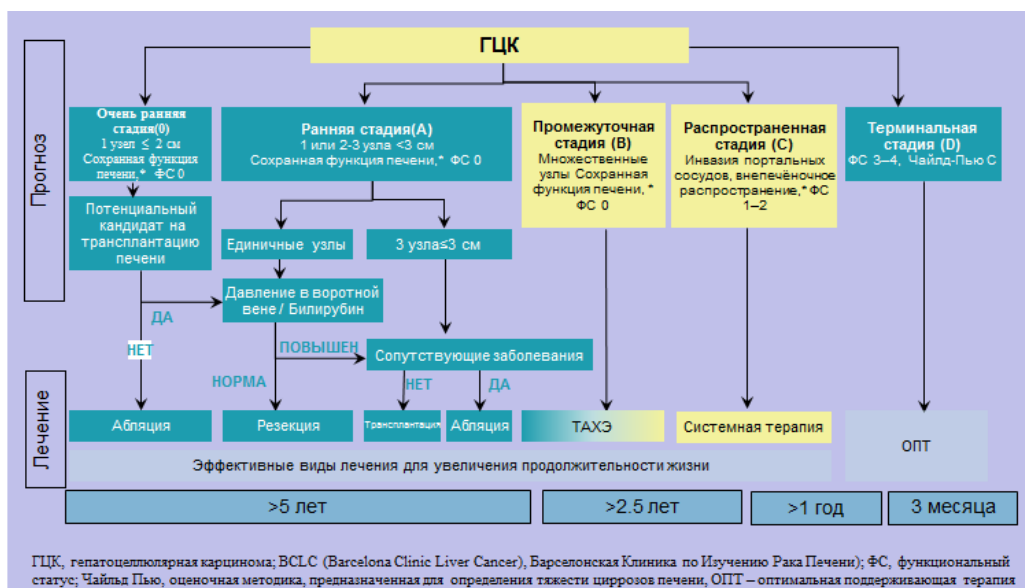


Рисунок 5 - Барселонская система стадирования ГЦК (BCLC-4й пересмотр, Forner A, Reig M, Bruix J. Lancet. 2018;391(10127):1301-1314).

Для диагностики опухолевого процесса мы использовали стандартное обследование пациентов, обзорная рентгенография легких, электрокардиография, ультразвуковое исследование печени (УЗИ), компьютерная томография печени с обязательным контрастным усилением, фиброгастродуоденоскопию (ФЭГДС), общеклинические анализы крови и мочи. Также всем пациентам проводили определение онкомаркеров крови – ракового эмбрионального антигена (РЭА), альфо-фетопротейна (АФП) и углеводного антигена (СА-19,9).

По уровню онкомаркеров в крови у пациентов с ГЦК нами отмечено, что у 136 (11,97%) больных уровень АФП не превышал доказательный для ГЦК пороговое значение 200 ЕД/мл. У 430 (37,8%) больных отмечен уровень АФП от 200 до 400 ЕД/мл, у 500 (44,0%) больных отмечен уровень АФП от 500 до 1000 ЕД/мл и только у 70 (6,1%) % больных отмечен уровень АФП выше 1000 ЕД/мл. Как правило высокие уровни АФП 500, 1000 и свыше 1000 ЕД/мл отмечались у больных с инвазией опухоли в крупные внутрипеченочные сосуды или же при наличии опухолевого тромба в системе портальной и печеночных вен.

По данным КТ и УЗИ методов исследования солитарная опухоль была диагностирована в 596 (52,46%) случаев, многоузловая – в 540 (47,54%) случаев. Для оценки распространенности опухолевого процесса в самой печени использовали КТ-волюметрию (рис. 6), которая рассчитывалась по специальной программе на КТ аппарате. При оценке распространённости патологического процесса в печени отмечено, что опухоль занимала не более 50% объема органа в 1018 (89,6%) наблюдениях. Цирротические изменения печени выявлены в 693 (61,0%) случаев. Анализ состояния в системе воротной вены по данным лучевых методов исследования показал, что в 60 (5,3%) случаях диагностирован тромбоз воротной вены.

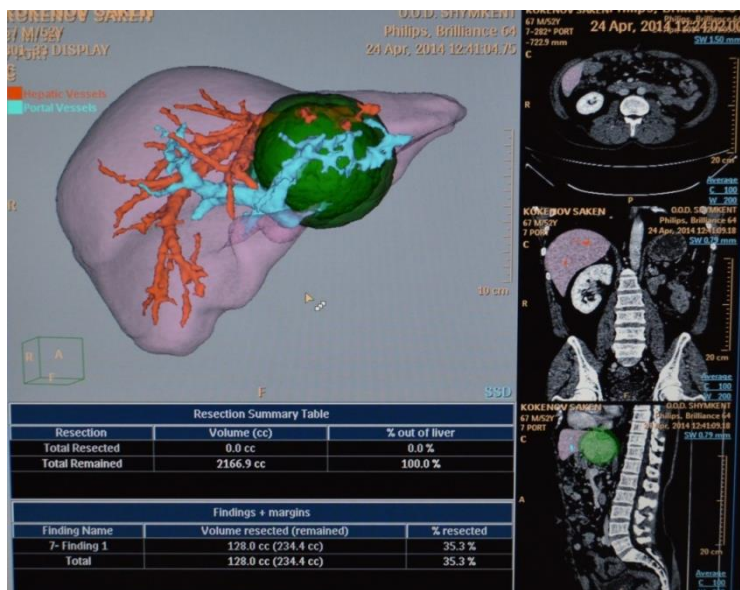


Рисунок 6 - КТ – волюметрия печени. Опухоль левой доли печени (выделено зеленым цветом). Общий объем печени 2166,9 см³. Объем опухоли 234,4 см³. Объем поражения печени 10,8%.

Трансартериальную химиоэмболизацию (ТАСЕ) печеночной артерии проводили путем селективной катетеризации правой или левой ветви собственно печеночной артерии (в зависимости от доли наибольшего поражения) катетером Кобра 5F (Cordis), далее при возможности проводили суперселективную катетеризацию сосуда непосредственно питающую опухоль печени, для ТАСЕ использовали 50-100 мг доксорубина с липиодолом (доксорубин рассчитывается 25-30 мг/м²), после масляной эмболизации при наличии высокого кровотока в опухоли необходимо производить механическую доэмболизацию до значительной редукции в собственно печеночной артерии частицами гемостатической губки (рис. 7,8). Курсы ТАСЕ повторяли каждые 6-8 недель. Всем больным с ГЦК провели от 4 до 8 процедур ТАСЕ.

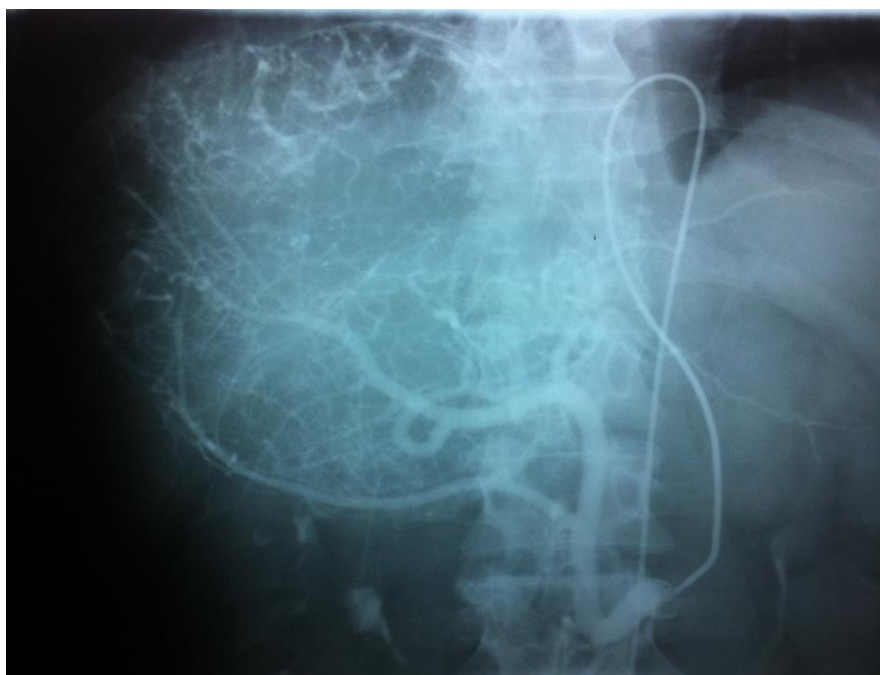


Рисунок 7 - Ангиограмма пациента О., 56 лет, до химиоэмболизации.

На снимке селективно катетеризирована а. hepatica dextrae. В правой доле печени тень опухоли (ГЦК) с патологической васкуляризацией (артериальная фаза).

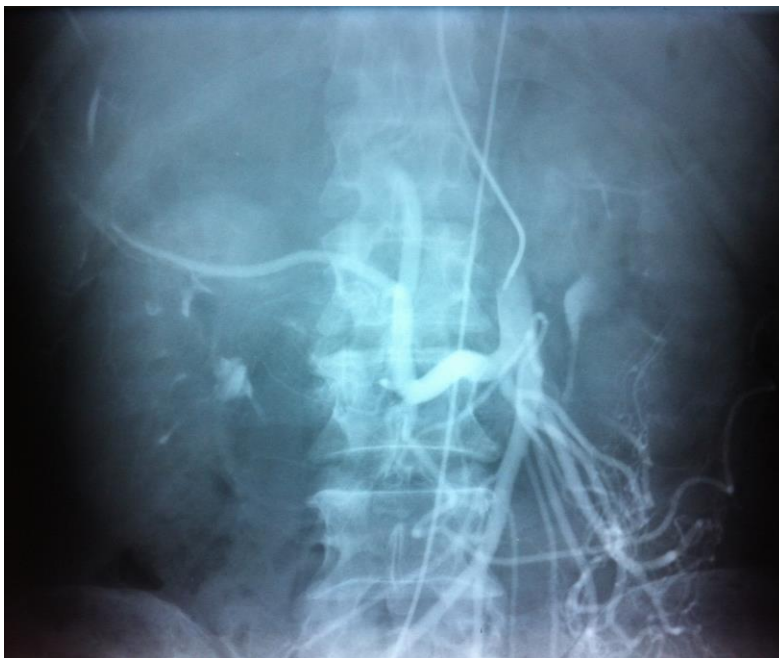


Рисунок 8 - Ангиограмма пациента О., 56 лет, после химиоэмболизации.

На снимке контрастируется tr. mesenterico- hepatici communis и a. mesenterica sup. Отмечается симптом «ампутации» а. hepatica propria (у данного пациента вариант врожденной анатомии висцеральных сосудов аорты – общая печеночная артерия отходит от верхней брыжеечной артерии).

После каждого курса TACE проводится оценка состояния больного спустя 6-8 недель и оценка опухолевого процесса путем проведения КТ с контрастированием, оценка эффективности лечения проводится по системе RESIST (при необходимости можно проводить волюметрию печени и опухоли для более полной оценки опухолевого процесса). В нашей клинике после оценки состояния больного и опухолевого процесса после ХЭПА мы пользуемся рекомендациями Европейской Ассоциации по изучению печени (European Association Study of the Liver (EASL), **рис. 9**).

Предварительный анализ и статистическая обработка результатов исследований проводилась в операционной среде Windows 7 с использованием стандартных программных продуктов «Excel 2013» (Microsoft, Corp., США) и программ «Statistica 10.0» (StatSoft, Inc., США).

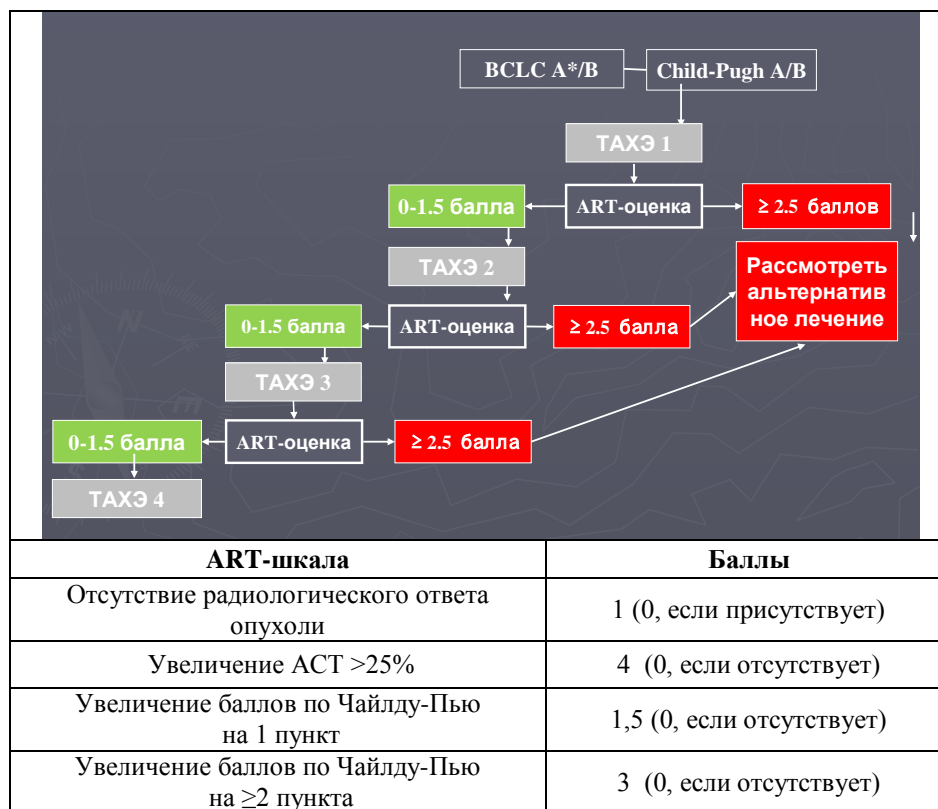


Рисунок 9- Лечебный алгоритм для повторных трансартериальных химиоэмболизаций (ТАХЭ) по рекомендации EASL (Hucke, Sieghart, Peck-Radosavljevic, JHEP).

Нами ретроспективно изучены интенсивные показатели заболеваемости, одногодичной летальности, общей смертности больных с ГЦК по статистическим данным ООД ЮКО за период 2004-2010г.г.

Для выбора тактики лечения больных нами были проанализированы стадии ГЦК, установленные при первичной диагностике у больных ГЦК. Известно, что выбор метода и тактики лечения при ГЦК основополагающими являются два фактора: первое - стадия опухолевого процесса; второе – функциональное состояние печени. Ниже на рис.10 представлены данные о стадиях опухолевого процесса у больных с ГЦК взятых на «Д» учет в ООД ЮКО за период 2003-2010г.г.

Как видно из рисунка 7, основную массу больных составили больные с III-IV стадией процесса – от 88% до 98% случаев. Полученные результаты анализа ГЦК по стадиям процесса показали, что более чем 80-90% больных нуждались паллиативных методах лечения. Ретроспективные данные по одногодичной летальности и общей смертности от ГЦК по ЮКО за период 2004-2010г.г. представлены на рис. 11, 12.

Нами проанализированы результаты диагностики и лечения больных с ГЦК по ЮКО за 14 лет (2005-2018г.г.) с учетом внедрения медико-социальных аспектов исходя из сложившейся реальной ситуации по ГЦК на 2005-2009г.г. по ЮКО. Из 1136 больных пролечены с использованием различных методов 729 пациентов с ГЦК, из них:

- Гемигепатэктомия – более 52 пациенто (2013-2018 г.г., в том числе 7 больных после ТАСЕ);
- Трансартериальная химиоэмболизация (ТАСЕ) 381 пациентов (2005-2018г.г.);
- Терапия Сорафенибом – 296 пациентов (2011-2018г.г.);
- Из них 3 пациента наблюдаются после ортотопической трансплантации печени от живого родственного донора (ОТП) (2015-2018г.г.);

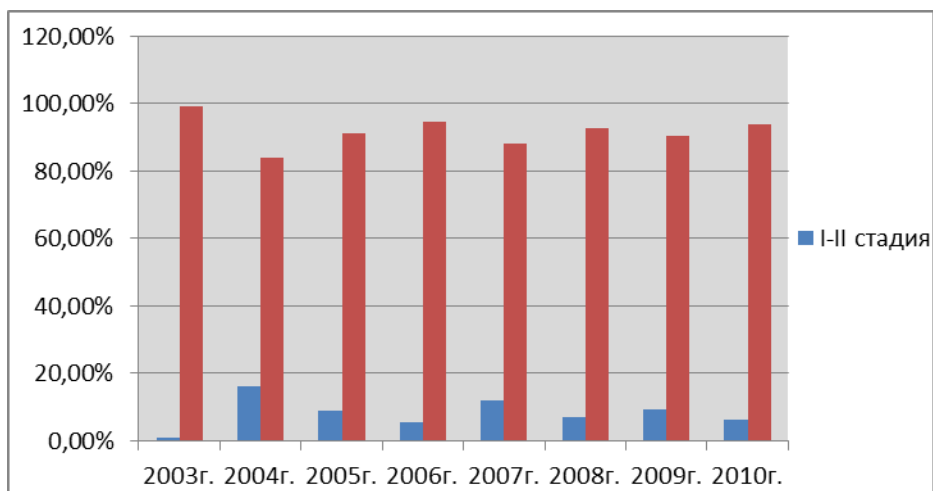


Рисунок 10 - Стадии опухолевого процесса у больных ГЦК взятых на «Д» учет за период 2003-2010г.г. по данным ООД ЮКО

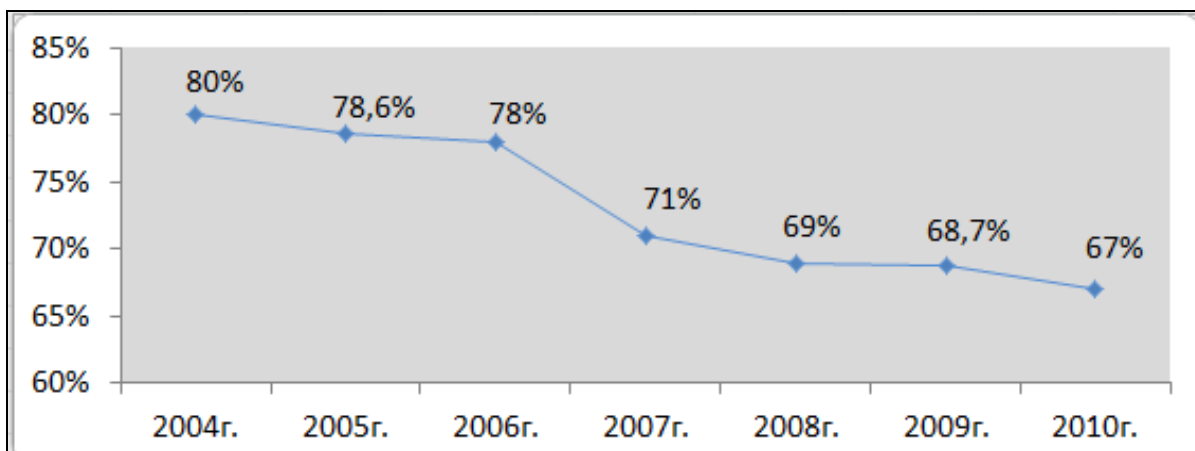


Рисунок 11- Показатели одногодичной летальности от ГЦК по ЮКО за 2004-2010г.г.

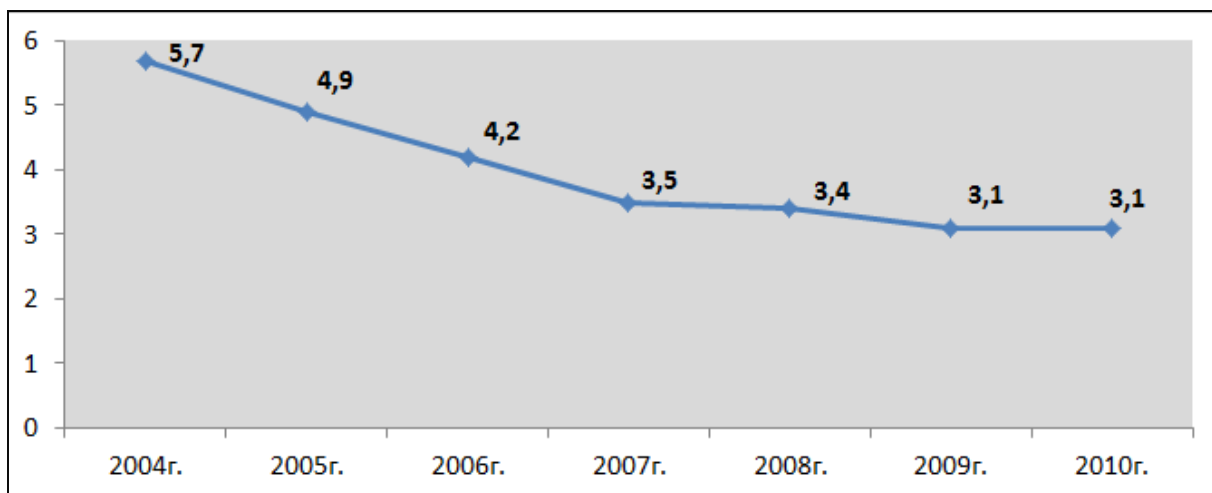


Рисунок 12 - Показатели общей смертности от ГЦК по ЮКО за 2004-2010г.г.

Полученные результаты исследования с учетом медико-социальных проблем связанных со сложной патологией печени – гепатоцеллюлярным раком печени у пациентов по ЮКО.

После проведенной многолетней работы начиная с 2005г. по 2018г. нами получены ожидаемые результаты лечения больных с ГЦК по ЮКО. Данные представлены на рис. 13, 14, 15, 16, 17.

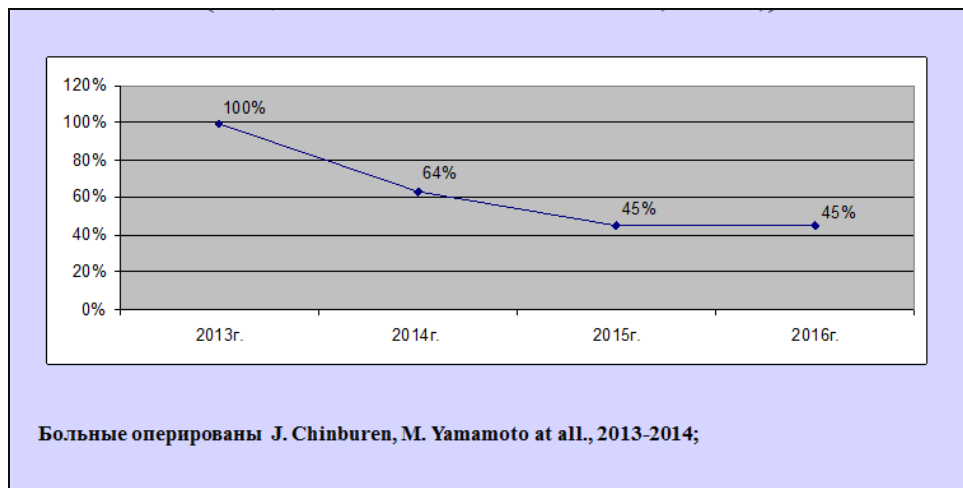


Рисунок 13 - Показатели 3-х летней выживаемости больных после радикальных резекций печени (пациенты за 2013-2014г.г., n=21).

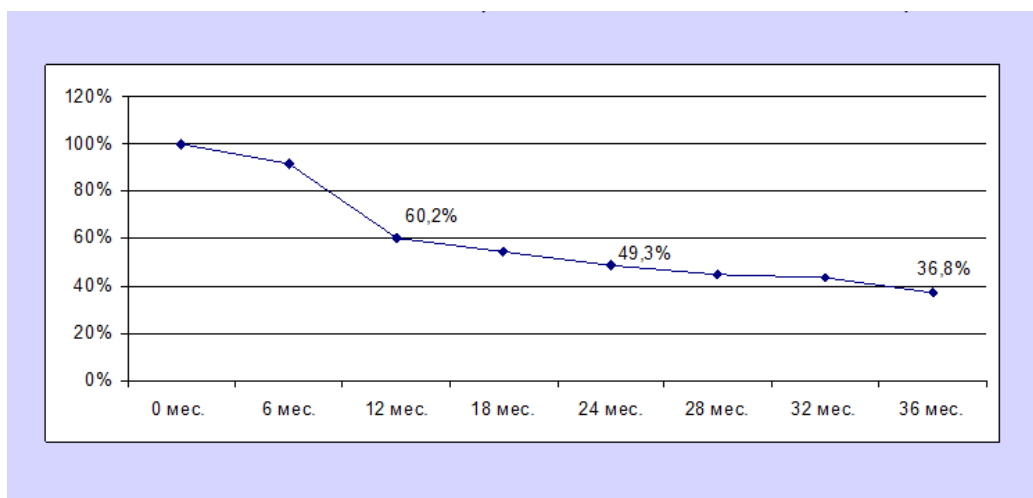


Рисунок 14 - Показатели Выживаемость больных ГЦК после трансартериальной химиоэмболизации за 2008-2018 г.г. (по данным ООД ЮКО, n=381)

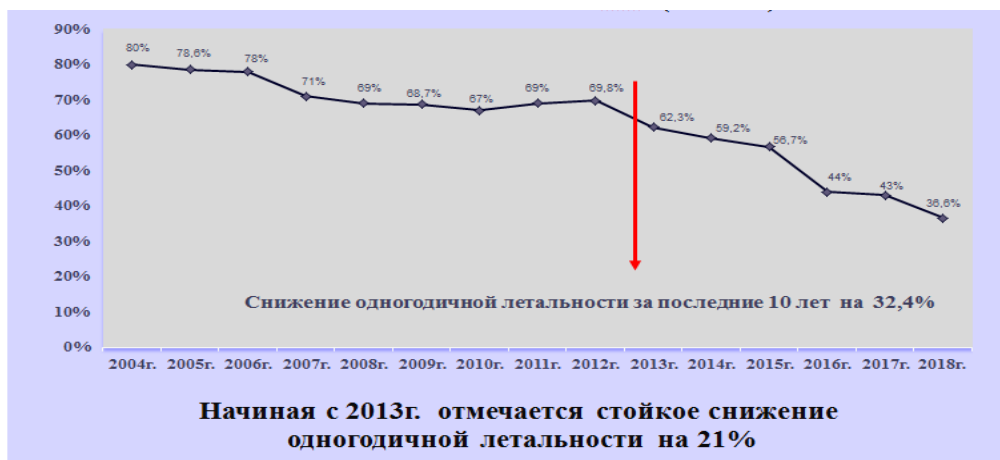


Рисунок 15 - Показатели однодичной летальности больных ГЦК по ЮКО за 2004-2018 г.г. (15 лет).

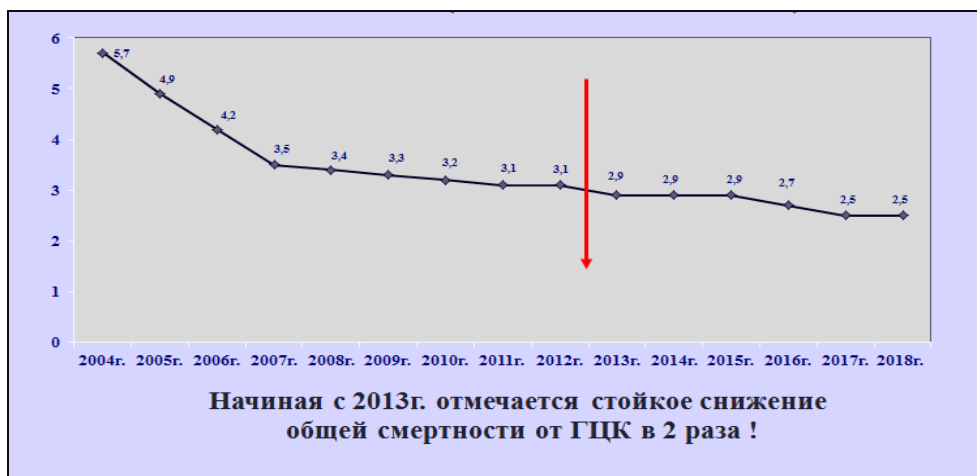


Рисунок 16 - Показатели смертности больных от ГЦК по ЮКО за 2004-2018 г.г. (на 100 тыс. населения).



Рисунок 17 - Показатели 5-летней выживаемости при ГЦК по ЮКО за 2004-2018 г.г. (на 100 тыс. населения).

Заключение.

Таким образом, в зависимости от поставленных цели и задач данного исследования, на наш взгляд, нам удалось улучшить ситуацию по медико-социальной проблеме пациентов с ГЦК путем изучения международного опыта, внедрения новых технологий диагностики и лечения, а также тактику отбора на различные виды лечения больных с ГЦК с использованием классификации BCLC (разработка алгоритма диагностики ГЦК, внедрение химиоэмболизации и хирургических методов резекции печени при ГЦК, обучение врачей ПМСП и узких специалистов).

В результате проведенной работы впервые в РК создано отделение химиотерапии и эндоваскулярной онкологии единственное среди онкоучреждений Казахстана с мощностью 60 коек. За период 2009-2018 г.г. на Юге Казахстана отмечено - снижение одногодичной летальности от ГЦК на 32,4%, снижение общей смертности в 2 раза с 5,7 на 100 тыс. населения до 2,5 на 100 тыс. населения, в первые за 10-летнюю работу достигнуты показатели 3-х и 5-летней выживаемости. Трехлетняя выживаемость после резекции печени составила 45%, после химиоэмболизации составила 36,7%, пятилетняя выживаемость у не оперированных больных с ГЦК составила 29,7%. Заметно улучшилось качество жизни пациентов.

Выводы.

1. Изучение медико-социальных аспектов организации диагностики и лечения ГЦК по ЮКО, стандартизованных показателей заболеваемости, одногодичной летальности и общей смертности от ГЦК по ЮКО за период с 2004 по 2010г.г. показало недостаточную организацию и низкий уровень современных подходов к лечению ГЦК.

2. Внедрение и распространение международного Европейского и Азиатского опыта менеджмента по ЮКО привели к росту 3-летней выживаемости до 36,8%; показатели одногодичной летальности больных ГЦК снизились с 80,0% до 36,6% (в 2,2 раза); отмечается стойкое снижение общей смертности от ГЦК в 2 раза. Начиная с 2015г. отмечается стойкое увеличение 5-летней выживаемости больных (с 22,7 до 29,7 на 100 тыс. нас.).

3. С целью выбора единой тактики диагностики и лечения больных с ГЦК в ООД ЮКО внедрен единый подход «Европейский стандарт» - стратификация по классификации Барселонской клиники – BCLC.

4. На основании изучения влияния современных медико-организационных технологий на результаты лечения больных с ГЦК на основе Европейских стандартов в Южном Казахстане проведены организационные мероприятия:

А) Впервые в РК создано отделение химиотерапии и эндоваскулярной онкологии единственное среди онкоучреждений Казахстана с мощностью 60 коек:

Б) За период 2009-2018 г.г. на Юге Казахстана отмечено - снижение одногодичной летальности от ГЦК на 32,4%, снижение общей смертности в 2 раза с 5,7 на 100 тыс. населения до 2,5 на 100 тыс. населения;

В) Впервые за 10-лет (2009-2018г.г.) достигнуты показатели 3-х и 5-летней выживаемости: 3-летняя выживаемость после резекции печени составила 45%, после химиоэмболизации составила 36,7%; пятилетняя выживаемость у не оперированных больных с ГЦК составила 29,7%.

Г) Заметно улучшилось качество жизни пациентов.

Литература

1. Давыдов М.И., Гранов А.М., Таразов П.Г., Гранов Д.А. и др. Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии) - СПб: Фолиант, – 2007 -344с.

2. Гранов Д.А., Таразов П.Г. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства в лечении злокачественных опухолей печени. - СПб: Фолиант, – 2002 – 284с.

3. Таразов П.Г. Артериальная химиоинфузия в лечении нерезектабельных злокачественных опухолей печени (обзор литературы) // Вопр. онкол. - 2000. - Т. 46, № 5. - С. 521-528.

4. Таразов П.Г. Роль методов интервенционной радиологии в лечении больных с метастазами колоректального рака в печень //Практическая онкология. -2005. - Т. 6, № 2. - С. 119-126.

5. Арыбжанов Д.Т., Орманов Н.К., Кулакеев О.К., Абдурахманов Б.А., Беседин Б.В. Опыт чрескатетерной химиоэмболизации в лечении первичного рака печени //Мат. XVII международного конгресса хирургов-гепатологов Стран СНГ, Уфа, Анналы хирургической гепатологии, 2010, С.8.

6. Орманов Н.К., Арыбжанов Д.Т., Кулакеев О.К., Беседин Б.В. и др. Рентгенэндоваскулярная химиоэмболизация в лечении первичного рака печени в Южном Казахстане // Мат. VI съезда онкологов и радиологов стран СНГ, 1-4 октября, 2010 г., Душанбе, С. 197-198.

7. Арыбжанов Д.Т., Орманов Н.К., Кулакеев О.К., Жуматаев Ж.Ж., Абдурахманов Б.А., Беседин Б.В. Диагностика и лечение опухолевых поражений печени в Южном Казахстане // Медицинская визуализация, 2011, №1, С. 28-33.

8. Арыбжанов Д.Т., Орманов Н.К., Абдурахманов Б.А., Беседин Б.В. Результаты лечения гепатоцеллюлярного рака с применением артериальной химиоэмболизации // Мат. научной конф. (с участием специалистов стран ближнего зарубежья) «Интервенционная радиология и сосудистая хирургия в онкологии», 20.X.2011 г. Санкт-Петербург, С. 11-12.
9. Арыбжанов Д.Т., Орманов Н.К., Абдурахманов Б.А., Беседин Б.В. Результаты лечения гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) с применением рентгеноэндovasкулярной химиоэмболизации // Мат. IV конгресса хирургов Казахстана с международным участием «Новые технологии в хирургии», Алматы, 15-19 апреля 2013. Вестник хирургии Казахстана спец. вып. №1, 2013, С.34-35.
10. Арыбжанов Д.Т., Орманов Н.К., Абдурахманов Б.А., Беседин Б.В. Современная диагностика и интервенционные методы лечения гепатоцеллюлярного рака печени // Астана Медициналық журналы, №3, 2015, С. 162-168.
11. Арыбжанов Д.Т., Умарова К. Р., Орманов Н. К., Беседин Б. В., Абдурахманов Б. А. Современные стандарты лечения гепатоцеллюлярной карциномы // Диагностическая интервенционная радиология том 11, №2, 2017.
12. Арыбжанов Д.Т., Юсупов А. М., Суттибаева Р. С., Беседин Б. В. Результаты таргентной терапии больных гепатоцеллюлярной карциномой // Онкология и радиология Казахстана, спец. выпуск 2017.
13. Ганцев К. Ш., Арыбжанов Д.Т., Ганцев Ш.Х., Беседин Б. В. Результаты рентгеноэндovasкулярных методов лечения опухолевых поражений печени в Южном Казахстане // Креативная хирургия и онкология, Том 7, № 1, 2017.
14. Беседин Б. В., К.Ш. Ганцев, Д.Т. Арыбжанов Результаты рентгеноэндovasкулярных методов лечения опухолевых поражений печени в Южном Казахстане // Вестник ЮКГФА, № 4 (77), том 2, 2016.
15. Арыбжанов Д.Т., Умарова К. Р., Орманов Н. К., Беседин Б. В. Современные стандарты лечения гепатоцеллюлярной карциномы // Диагностическая интервенционная радиология, том 11, №2, 2017.
16. Чинбурэн Ж., Арыбжанов Д.Т. Хирургическое лечение гепатоцеллюлярного рака // Практическая онкология, Т.20, №3, 2019, С. 212-231.
17. Bierman H.R., Miller E.R., Byron R. L. et al. Intra-arterial catheterization of viscera in man // Amer. J. Roentgenol. - 1951. - Vol. 66, N4. - P. 555-568.
18. Garcia M., et al. American Cancer Society, 2007. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/globalfactsandfigures2007rev2p.pdf>. Accessed January 2011- P. 233-341.
19. Chiba T., Tokuyue K., Matsuzaki Y. et al. Proton beam therapy for hepatocellular carcinoma: A retrospective review of 162 patients // Clin. Cane. Res. - 2005. - Vol. 11, N 10. - P. 3799-3805.
20. Gianturco C, Anderson J. H., Wallace S. Mechanical devices for arterial occlusion // Amer. J. Roentgenol. - 1975. - Vol. 124, N 3. - P. 428-435.
21. J.-K. Park, T. Kogure, G. J. Nuovo, J. Jiang, L. He, J. H. Kim, M. A. Phelps, T. L. Papenfuss, C. M. Croce, T. Patel, T. D. Schmittgen. miR-221 Silencing Blocks Hepatocellular Carcinoma and Promotes Survival. Cancer Research, 2011, P. -7608-7609.

ТҮЙІН

Арыбжанов Д.Т., Рысбеков М.М., Анартаева М.У.

«Ұлттық ғылыми онкологиялық орталық» ЖШС, Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ОҢТҮСТІГІНДЕГІ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРЛЫҚ БАУЫР ҚАРЦИНОМАСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

Кіріспе. Гепатоцеллюлярлы карциноманы (ГЦК) диагностикалау және емдеу онкологиядағы өзекті мәселелердің бірі болып қала береді. ГЦК қатерлі ісіктер арасында жиілік бойынша әлемде 6-шы орында, ал қатерлі ісік ауруынан болатын өлім жиілігі бойынша төртінші орында. Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында пациенттердің 80-85%-ында ГЦК диагнозы 3-4 сатысында қойылады.

Зерттеудің мақсаты. Қазақстанның оңтүстігінде науқастардың өмір сүру және өмір сүру сапасын жақсарту үшін бауырдың гепатоцеллюлярлы обырын диагностикалау мен емдеудің заманауи медициналық және ұйымдастырушылық технологияларын жасау.

Материалдары мен әдістері: 2008-2018 жылдар аралығында бауырдың гепатоцеллюлярлы обыры бар диспансерлік есепке алынған 1136 науқатардың мәліметтерімен, олардың диагностикалау мен емдеудің медициналық-әлеуметтік аспектілерін зерттедік.

Нәтижелер мен талқылау: Қазақстан Республикасында алғаш рет жүргізілген жұмыс нәтижесінде Қазақстанның оңтүстігінде химиятерапия және эндоваскулярлық онкология бөлімі құрылды, Қазақстандағы онкологиялық мекемелердің ішінде 60 орынға арналған жалғыз бөлімше болып табылды. 2009-2018 ж.ж. Қазақстанның оңтүстігінде ГЦК-дан бір жылдық өлім-жітімнің көрсеткіштері, халықтың жалпы өлімі зерттелді, алғашқы 10 жылдық жұмыста 3 және 5 жылдық өмір сүру көрсеткіштері және ГЦК-мен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасы зерттелді. **Қорытындылар.** Сонымен, заманауи медициналық және ұйымдастырушылық технологиялардың Оңтүстік Қазақстанда Еуропалық стандарттар негізінде емделушілерге емделу нәтижелеріне әсерін зерттеу негізінде жүргізілген ұйымдастыру шаралары 2009-2018 ж.ж. Қазақстанның оңтүстігінде бір жылдық өлімнің 32,4% -ға төмендеуі, жалпы өлімнің 2-есе 100 мың адамға шаққанда 5,7-ден 100 мың адамға шаққанда 2,5-ке дейін төмендеуі байқалды. 10 жыл ішінде (2009-2018) алғаш рет 3 және 5 жылдық өмір сүру деңгейіне қол жеткізілді: бауыр резекциясынан кейін 3 жылдық өмір сүру 45%, химиоэмболизациядан кейін 36,7%; Операцияланбаған науқастарда 5-жылдық өмір сүру 29,7% құрады. Науқастардың өмір сапасы айтарлықтай жақсарды.

Кілт сөздер: медициналық және әлеуметтік аспект, бауыр қатерлі ісігі, диагностика, емдеу, гепатоцеллюлярлық карцинома, химиялық ем.

SUMMARY

Arybzhhanov D.T., Rysbekov M.M., Anartayeva M.U.

LLP "National scientific cancer research center", Nur-Sultan city, Kazakhstan

JSC "South Kazakhstan medical Academy», Shymkent city, Kazakhstan

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE ORGANIZATION OF SPECIALIZED MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR LIVER CARCINOMA IN THE SOUTH OF KAZAKHSTAN

Introduction. Diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) remains one of the urgent problems in oncology. HCC ranks 6th in the world in frequency among malignant tumors and fourth in the frequency of cancer mortality. Currently, in the Republic of Kazakhstan, HCC is diagnosed in 3-4 stages in more than 80-85% of patients.

Purpose of the study - development of modern medical and organizational technologies for the diagnosis and treatment of hepatocellular liver cancer to improve the results of three and five year survival and quality of life of patients in the south of Kazakhstan.

Material and methods: The basis of the work was retrospective data on 1136 patients with HCC taken to the dispensary for the period 2008-2018. We have studied the medical and social aspects of the diagnosis and treatment of patients with hepatocellular liver cancer.

Results and discussion: as a result of the work carried out for the first time in the Republic of Kazakhstan in the south of Kazakhstan, a chemotherapy and endovascular oncology department was created, the only one among oncological institutions in Kazakhstan with a capacity of 60 beds. For the period 2009-2018 in the south of Kazakhstan, indicators of one-year mortality from HCC, total mortality of the population were studied, in the first 10-year work, indicators of 3 and 5-year survival and the quality of life of patients with HCC were studied. **Findings.** Thus, based on the study of the influence of modern medical and organizational technologies on the results of treatment of patients with HCC on the basis of European standards in South Kazakhstan, organizational measures showed that for the period 2009-2018 in the south of Kazakhstan, a decrease of one-year mortality from HCC by 32.4%, a decrease in total mortality by 2 times from 5.7 per 100 thousand people to 2.5 per 100 thousand people, was noted. For the first time in 10 years (2009-2018), 3 and 5-year survival rates were achieved: 3-year survival after liver resection was 45%, after chemoembolization 36.7%; five-year survival in non-operated patients with HCC was 29.7%. The quality of life of patients has improved.

Key words: medical and social aspect, liver cancer, diagnosis, treatment, hepatocellular carcinoma, chemoembolization.

Сведения об авторах:

Арыбжанов Дауранбек Турсункулович, к.м.н., руководитель центра химиотерапии, централизованного химиоразведения и клинической фармакологии ТОО «Национальный научный онкологический центр», г.Астана
Рысбеков Мырзабек Мырзашевич, д.м.н., профессор, ректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

Анартаева Мария Уласбековна, д.м.н., профессор, проректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

МРНТИ 76.01.79

Бапаев¹ Ж.Б., Сейдакбаров² Д.Д., Рашидова³ С.А., Оспанова⁴ Ш.К.

¹Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республтка Казахстан

²Городской кардиологический центр, г. Шымкент, Республика Казахстан

³Медицинский центр Управления Делами Президента, г.Нур-Султан, Республика Казахстан

⁴ Станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент, Республика Казахстан

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СТАЦИОНАРЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г.ШЫМКЕНТА, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПОВЫШАЮЩИЙ ИМИДЖ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Резюме

Проблемы мотивации медицинских работников были и остаются наиболее актуальными независимо от общественно–политического строя в любом государстве. От четко разработанных систем мотивации зависит не только социальная и творческая активность работников, но и конечные результаты Клиники в их многогранной социально-экономической деятельности. В наше время продолжают разрабатывать и применять различные теории мотивации с целью поиска лучшей модели. Цель исследования заключалась в изучении вопроса по повышению результативности и эффективности работы Городского кардиологического центра путем разработки и внедрения системы мотивации медицинских работников. Нами был изучен опыт работы клиник в зарубежных странах, проанализирована текущая ситуация в стране, разработана собственная система оплаты труда. Дифференцированная оплата труда позволила каждому работнику, участвующего в лечении пациента с учетом качественных и количественных параметров, в соответствии с зоной ответственности улучшить финансово-хозяйственную деятельность учреждения. Что соответственно отразилось на росте прибыли и росте средней заработной платы медицинских работников с учетом вклада каждого работника кардиологического центра, и непосредственно сказалось и на имидже медицинской организации.

Ключевые слова: дифференцированная оплата труда, мотивация, прибыль, средняя заработная плата, медицинские работники.

Актуальность проблем мотивации медицинских работников не оспаривается ни наукой, ни практикой, так как от четкой разработки эффективной системы мотивации зависит не только повышение социальной и творческой активности конкретного медицинского работника, но и конечные результаты деятельности Клиники различных организационно – правовых форм собственности.

Каждая в отдельности модель мотивации существенно отличается от других не только по форме, но и по содержанию. И это можно считать вполне закономерным явлением, так как, в сущности, не может быть какой-либо единой мотивационной модели, которая могла бы успешно применяться без учета специфики развития каждой Клиники.

Исходя из вышеизложенного, тема исследования является весьма актуальной в настоящее время в нашей стране.

Цель исследования заключается в изучении вопроса по повышению результативности и эффективности работы Клиники путем разработки и внедрения системы мотивации медицинских работников, в частности, в ГКП на ПХВ «Городской кардиологический центр» (далее – Кардиоцентр). Для достижения поставленной стояли следующие задачи: изучение системы мотивации медицинских работников в зарубежных странах; анализ текущей системы мотивации медицинских работников; разработка системы мотивации работников для Городского кардиологического центра.

Материалы и методы: Были изучены нормативно-правовые акты РК по оплате труда работников казенных предприятий, содержащихся за счет средств государственного бюджета, статьи Трудового Кодекса РК, приказы Министра здравоохранения РК по оплате труда медицинских работников и в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения, Поручений Президента РК Токаева К.К. о повышении заработной платы всех медицинских работников на 30% с 1 июня 2019 года, Государственной программы развития здравоохранения на 2020-2025 годы по повышению заработной платы врачебного персонала и средних медицинских работников с 1 января 2020 года. Проанализировав текущую систему оплаты труда и систему мотивации медицинских работников зарубежных стран, было разработана в Кардиоцентре собственная система оплаты труда.

Кардиоцентр оказывает специализированную и высокотехнологичную кардиологическую, интервен-

ционную (эндоваскулярную), аритмологическую, кардиохирургическую помощь взрослому населению Туркестанской области и города Шымкента. Развёрнуты в центре 132 сметные койки, в том числе 96 кардиологических, 2 койки восстановительного лечения, 32 кардиохирургические койки, из них 2 койки сосудистой хирургии, 2 койки восстановительного лечения, функционирует операционный блок, 4 койки дневного стационара. Имеется отделение кардиологической реанимации на 15 коек, отделение кардиохирургической реанимации на 6 коек, 16 хозрасчётных коек.

Кардиоцентр приоритетными считает следующие задачи: - оказание доступной и своевременной, специализированной и высокотехнологичной кардиологической, интервенционной, аритмологической и кардиохирургической помощи населению Туркестанской области и города Шымкента с целью снижения смертности от болезней системы кровообращения; - совершенствование кардиологической службы в регионе: осуществление организационно-методической и информационно-консультативной помощи в области и в городе Шымкент, дальнейшее развитие и совершенствование мониторинга соблюдения алгоритма острого коронарного синдрома на уровне ПМСП и тромболитической терапии на до госпитальном этапе; - своевременное оказание диагностической помощи и использование инновационных методов лечения с целью профилактики осложнений сердечно-сосудистых заболеваний; - дальнейшее развитие оказания высокотехнологичной медицинской услуги (далее – ВТМУ) больным со сложными пороками сердца, нарушениями ритма.

Штатное численность по состоянию на 31 декабря 2019 года составляет 456,5 единиц, в том числе республиканский бюджет - 422 единиц, амбулаторно-поликлиническая помощь -19,5 единиц, платные услуги - 15 единиц, из них: врачебный медицинский персонал (далее – врач) -109,25; средний медицинский персонал (далее – СМП) – 168,75; младший медицинский персонал (далее – ММП) – 107,75; фармацевт – 3; прочий персонал – 67,75.

Расчет заработной платы в большинстве медицинских организациях, финансируемых из государственного бюджета, осуществляется согласно Постановлению Правительства РК от 31 декабря 2015 года № 1193 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий» (далее - Постановление). Согласно данному Постановлению, система оплаты труда работников здравоохранения, финансируемых из бюджета, характеризуется применением: окладной системы, основанной на применении системы коэффициентов для исчисления должностных окладов, установленных в зависимости от категорий служащих и стажа работы; тарифной системы рабочих, предусматривающей использование 8 тарифных разрядов; системой доплат, предусмотренных Постановлением; дополнительных выплат, учитывающих результаты деятельности медицинских работников; премирования работников.

На первый взгляд, такая система оплаты построена вполне логично и способствует усилению материальной заинтересованности работников в результатах труда. Однако, при этом есть много сомнения по принципам установления системы коэффициентов для исчисления должностных окладов и тарифных ставок. Как было отмечено выше, установление коэффициентов произведено бессистемно, без обоснования различий в оплате между категориями. Кроме того, межкатегорийные и межразрядные различия в оплате настолько незначительны, что не способны материально заинтересовать работников в повышении своей квалификации.

Трудно признать научно обоснованным и принцип применения в оплате стажевых групп. Для примера можно отметить, что в организациях предпринимательского сектора экономики республики установление должностных окладов и тарифных ставок работников в зависимости от стажа работников практически не применяется. Более того, такой подход прямо противоречит требованиям трудового законодательства Республики Казахстан.

Статьей 103 Трудового кодекса Республики Казахстан установлены факторы дифференциации оплаты труда работников, к которым отнесены: квалификация работника; сложность выполняемой работы; количество и качество работы; условия труда.

Как видно, среди законодательно установленных факторов дифференциации размеров заработной платы не нашлось места стажу работников.

Трудовая деятельность работников здравоохранения связана с повышенным уровнем ответственности, большим эмоциональным и физическим напряжением, необходимостью в некоторых случаях работать в тяжелых и/или опасных для жизни и здоровья условиях. Именно это определяет некоторые особенности правового регулирования трудовых отношений в данной сфере деятельности.

По направлению оплаты труда медицинских работников в зависимости от объёма и качества оказываемой медицинской помощи Министерством здравоохранения РК неоднократно менялись подходы с учётом анализа предыдущего опыта по внедрению дифференцированной системы оплаты труда.

В зависимости от объёма и качества оказываемой медицинской помощи, определялись в разное время

тремя Приказами Министра здравоохранения РК и в следующей последовательности:

- 1) от 12 апреля 2010 года № 249 «Правила оплаты труда медицинских работников»;
- 2) от 20 мая 2011 года № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников»;
- 3) от 13 апреля 2012 года № 245 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрения и об

утверждении Правил оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема, качества оказываемой медицинской помощи и отраслевой системы поощрения».

Однако, все вышеуказанные нормативно-правовые акты не смогли реализовать конечную цель, то есть повышение заработной платы медицинских работников, и таким образом за 2019-2020 годы два раза подняли заработную плату медицинских работников, то есть:

- согласно Поручению Президента РК Токаева К.К. с 01 июня 2019 года повысилась заработная плата всех медицинских работников на 30% (увеличены коэффициенты для исчисления должностных окладов в разрезе функциональных блок и стажевых групп Постановления, установлена надбавка для доведения роста заработной платы на 30%).

- согласно Государственной программе развития здравоохранения на 2020-2025 годы с 01 января 2020 года повысилась заработная плата врачебного персонала на 30%, среднего медицинского работника на 20% (установлены коэффициенты к заработной плате врачам от 1,38 до 1,5 и медицинским сестрам от 1,24 до 1,35 в зависимости от категории, исключена надбавка для доведения роста заработной платы на 30%).

На сегодняшний день большая часть медицинских организации, финансируемые из государственного бюджета переведены на коммунальные предприятие на праве хозяйственного ведения, что позволяет медицинским организациям утверждать на Наблюдательном совете собственно разработанную систему оплаты труда и мотивации работников. Ниже предлагаем основные принципы и структуру установления оклада и дифференциации оплаты труда:

1. Постоянная часть, высчитываемая на основании выработанных часах. В целях сохранения принципа преемственности за основу необходимо взять стаж каждой группы и коэффициент из Постановления.

2. Переменная часть, то есть дифференцированная оплата, высчитываемая на основании квалификации работника, сложности выполняемой работы, количество и качество работы, которые в свою очередь должны состоять из оцениваемых параметров: ежемесячно, ежеквартально и по итогу года.

Выводы. Проанализировав текущую систему оплаты труда и систему мотивации медицинских работников была разработана в Кардиоцентре собственная система оплаты труда. Дифференцированная оплата труда, оплачиваемая ежемесячно каждому работнику, участвующему в лечении пациента с учетом качественных и количественных параметров, в соответствии с зоной ответственности исходит из оказываемых услуг в разрезе: - ведение пациента в стационаре; - за участие в хирургических и интервенционных вмешательствах в качестве 1 хирурга, 2 хирурга, анестезиолога, анестезиста, медицинской сестры, перфузиолога и другие; - ведение пациента в реанимационных отделениях; - оказание консультации в рамках амбулаторных поликлинической помощи; - оказание функциональной диагностики.

Дифференцированная оплата труда оплачивается ежеквартально и ежегодно при наличии чистой прибыли в медицинской организации, то есть по результатам финансово-хозяйственной деятельности. Данная дифференциация оплата труда направлена на определение участия структурного подразделения в формировании доходной и расходной части, с оцениванием участия вклада каждого работника (с учетом сложности и условий труда), в том числе и с учетом вклада каждого работника в общественных делах и мероприятиях повышающий имидж медицинской организации.

В целом, предлагаемая система оплата труда стимулирует повышение качества оказываемой медицинской помощи, поднимает престиж медицинской организации, учит работать в команде, заставляет весь персонал понять смысл экономического типа управления и развитие конкурентоспособности среди медицинской организации.

Таким образом, внедренная новая система оплаты труда в Кардиоцентре позволила увеличить среднюю заработную плату медицинских работников на 102%, в том числе врачебному персоналу на 132% и медицинским сестрам на 79%; прибыль при этом за 2019 год увеличилась на 173%.

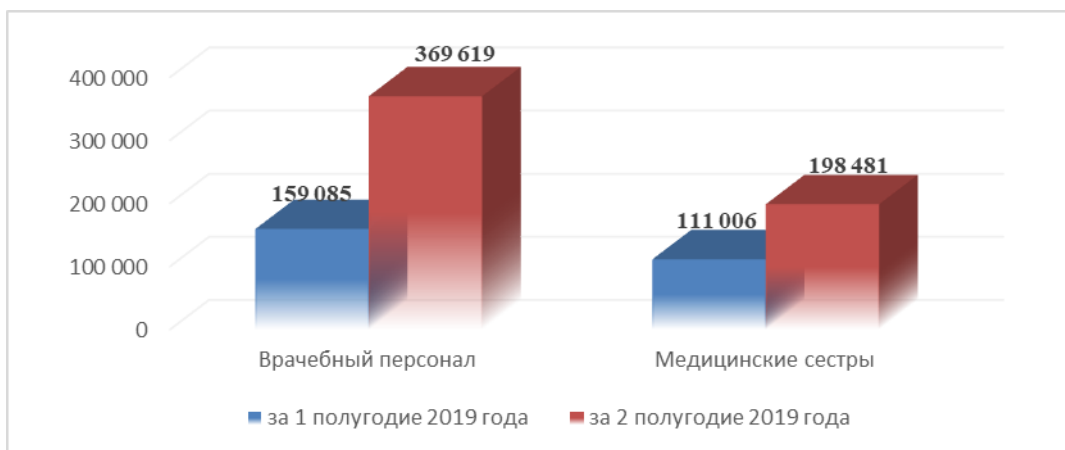


Таблица - Средняя заработная плата медицинских работников Кардиоцентра в первом и во втором полугодиях 2019 года

Литература

- 1.Трудовой Кодекс РК (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.01.2020 г.).
- 2.Постановление Правительства РК от 31 декабря 2015 года № 1193 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий».
- 3.Правила оплаты труда и мотивации работников Кардиоцентра», утвержденные решением Наблюдательного совета от 24 сентября 2019 года №02/19.
4. Годовая финансовая отчетность Кардиоцентра за 2019 год.

Түйін

Ж.Б. Бапаев¹, Д.Д. Сейдакбаров², Рашидова³ С.А., Оспанова⁴ Ш.К.

¹Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан

²Қалалық кардиологиялық орталығы, Шымкент қ., Қазақстан

³Президент іс басқармасы медициналық орталығының ауруханасы, Нұр-Сұлтан қаласы, Қазақстан

⁴Жедел медициналық көмек көрсету станциясы, Шымкент қ., Қазақстан

ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНДАҒЫ КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ ОРТАЛЫҚ СТАЦИОНАРЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ПЕРСОНАЛДЫҢ ЕҢБЕГІНЕ САРАЛАНҒАН АҚЫ ТӨЛЕУ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМНЫҢ ИМИДЖІН АРТТЫРАТЫН ФАКТОРЛАРДЫҢ БІРІ РЕТІНДЕ

Медицина қызметкерлерін ынталандыру мәселелері кез келген мемлекеттегі қоғамдық-саяси құрылыстарға қарамастан, аса өзекті болып қалып отыр. Нақты әзірленген мотивация жүйелеріне қызметкерлердің әлеуметтік және шығармашылық белсенділігі ғана емес, сондай-ақ клиниканың олардың көп қырлы әлеуметтік-экономикалық қызметіндегі соңғы нәтижелері де байланысты. Қазіргі уақытта жақсы модельді іздеу мақсатында мотивацияның түрлі теорияларын әзірлеу және қолдану жалғасуда. Зерттеудің мақсаты медицина қызметкерлерін ынталандыру жүйесін әзірлеу және енгізу арқылы Қалалық кардиологиялық орталық жұмысының нәтижелілігі мен тиімділігін арттыру мәселесін зерттеу болып табылады. Біз шет елдердегі клиникалардың жұмыс тәжірибесін зерделеп, елдегі ағымдағы жағдайды талдап, еңбекке ақы төлеудің жеке жүйесін әзірледік. Сараланған еңбекақы төлеу жауапкершілік аймағына сәйкес сапалы және сандық параметрлерді ескере отырып, пациентті емдеуге қатысатын әрбір қызметкерге мекеменің қаржы-шаруашылық қызметін жақсартуға мүмкіндік берді. Бұл кардиологиялық орталықтың әрбір қызметкерінің үлесін есепке ала отырып, медициналық қызметкерлердің орташа жалақысының өсуі мен табысының өсуіне әсер етті.

Кілт сөздер: сараланған еңбекақы төлеу, ынталандыру, пайда, орташа жалақы, медицина қызметкерлері.

Summary

Бапаев¹ Zh. B., D.D. Seidakbarov², Рашидова³ С.А., Ospanova⁴ Sh.K..

¹South Kazakhstan medical academy, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

²City cardiology center, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

³Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration, Nur-Sultan city, Republic of Kazakhstan

⁴Emergency medical service station, Shymkent, Republic of Kazakhstan

THE DIFFERENTIATED REMUNERATION OF MEDICAL STAFF IN HOSPITAL CARDIOLOGY CENTER OF SHYMKENT, AS ONE OF THE FACTORS ENHANCING THE IMAGE OF THE MEDICAL ORGANIZATION

Problems of motivation of medical workers have been and remain the most relevant regardless of the socio-political system in any state. Not only the social and creative activity of employees depends on well-developed motivation systems, but also the final results of the Clinic in their multifaceted socio-economic activities. Nowadays, various theories of motivation continue to be developed and applied in order to find the best model. The purpose of the study was to study the issue of improving the effectiveness and efficiency of the City cardiology center by developing and implementing a system of motivation for medical workers. We have studied the experience of clinics in foreign countries, analyzed the current situation in the country, developed our own system of remuneration. Differentiated remuneration allowed each employee involved in the treatment of a patient to improve the financial and economic activities of the institution, taking into account qualitative and quantitative parameters, in accordance with the area of responsibility. This was reflected in the growth of profits and the growth of the average salary of medical workers, taking into account the contribution of each employee of the cardiology center.

Keywords: differentiated remuneration, motivation, profit, average salary, medical workers.

Сведения об авторах:

Бапаев Ж.Б., проректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Республика Казахстан
Сейдакбаров Д.Д., заместитель директора Городского кардиологического центра, магистрант Южно-Казахстанской медицинской академии, г. Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: d.seidakbarov@gmail.com
Рашидова С.А. - Медицинский центр Управления Делами Президента, г.Нур-Султан, Республика Казахстан
Оспанова Ш.К. - Станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент, Республика Казахстан

МРНТИ 76.01.29 : 06.73.65

Д.Т. Тулепов¹, С.А.Рашидова², Ш.К. Оспанова³, Ж.Б.Бапаев¹

¹АО "Южно-Казахстанская медицинская академия", г.Шымкент, Казахстан

² Медицинский центр Управления Делами Президента, г.Нур-Султан, Казахстан

³Станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент, Казахстан

К ВОПРОСУ О ВНЕДРЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Аннотация

В данной статье обосновывается необходимость изменения системы здравоохранения в РК с внедрением пакета обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) и новой модели гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Приведены основные моменты изменения системы здравоохранения, первый провальный опыт внедрения ОСМС, и новые ожидания от вторичного внедрения ОСМС и положительные результаты. Общая сумма отчислений и взносов с 1 июля 2017 года по 31 января 2019 года составляет 162,52 млрд тенге. Расходы на 1-го жителя на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) в 2019 году – 52,5 тысяч тенге. Расходы на 1-го жителя по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи и обязательному социальному медицинскому страхованию в 2020 году - 92,2 тысяч тенге, это показывает рост затрат на медицинские услуги на 76%. Повышение тарифов на медицинские услуги до 15% привело к повышению заработной платы медицинских работников до 30%. Снизилась доля «карманных» расходов населения за оказанные медицинские услуги.

Ключевые слова: обязательное социальное медицинское страхование, гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, первичная медико-санитарная помощь, амбулаторно поликлиническая помощь, клиничко-диагностическая помощь.

Система предоставления медицинских услуг в Казахстане развивалась на основе советской модели, которая была ориентирована преимущественно на стационарное лечение, а сектору ПМСП, профилактике заболеваний и вопросам формирования здорового образа жизни уделялось мало внимания. Для всей системы здравоохранения была характерна тенденция направления пациентов на более высокие уровни оказания помощи. В связи с внедрением ОСМС в Казахстане ожидается колоссальное улучшение в сфере здравоохранения. Наше государство тщательно и поэтапно готовилось к внедрению ОСМС, ведь это второй опыт внедрения ОСМС в Казахстане.

Первый опыт был провален из-за многочисленных факторов и не готовности государства в экономическом плане. Процесс внедрения системы обязательного медицинского страхования в РК (1996-2000гг.) проходил в самый трудный экономический период для страны. Основной причиной провала реформы медицинского страхования образца 1996-98 гг. стал недостаточный уровень сбора доходов.

Исполнение Фондом медицинского страхования своих обязательств перед застрахованными стало невозможным по следующим причинам:

- экономический кризис: многие предприятия не могли выплачивать страховые взносы из-за больших долгов, существовала система натуральной оплаты за страховые платежи;
- частные предприниматели и самозанятые не отчисляли взносы (около четверти населения);
- рост безработицы увеличивал нагрузку на местные бюджеты, которые были не в состоянии обеспечить должный уровень взносов за неактивное население;
- образовалась задолженность фонда перед медицинскими организациями;
- в адрес фонда были выдвинуты обвинения в коррупции и растрате собранных средств;
- оплата за медицинские услуги проводилась в регионах по различной методике и тарифам;
- информационные системы в сфере здравоохранения были не достаточно сформированы и потому эффективность всей работы были на низком уровне.

В связи с вышеуказанными обстоятельствами обязательное медицинское страхование, которое функционировало в РК в период с 1996г.-2000г., потерпело неудачу.

В настоящее время Казахстан внедряет ОСМС с учетом негативного прошлого опыта. Опыт свыше 50 стран был рассмотрен и учтен при выборе модели обязательного социального медицинского страхования в Казахстане.

В мире сегодня преобладают три основные модели финансирования здравоохранения - бюджетная, страховая и смешанная. Бюджетная модель существует в таких странах, как Великобритания, Испания, Италия, Швеция. Социальное общественное страхование действует в Германии, Франции, Бельгии, Корее, Японии, Словакии, ряде стран Восточной Европы, всего в 30 странах, и частное страхование в США. Но большинство стран комбинируют «бюджетную» и «страховую» модель, так как она доказала свою эффективность.

С 1 января 2020г. в Казахстане внедрена смешанная модель медицинского страхования с учетом лучших мировых практик. По ставкам взносов в фонд медицинского страхования в Казахстане создаются самые льготные условия в сравнении с другими странами.

Таблица 1 - Международный опыт финансирования системы здравоохранения

| Страны | за счет общих налоговых поступлений | за счет взносов в обязательное мед.страхование | за счет взносов в добровольное мед.страхование | за счет прямых (частных) платежей и других поступлений |
|----------------|-------------------------------------|--|--|--|
| Нидерланды | 3 % | 63 % | 20 % | 14 % |
| Франция | 4 % | 75 % | 13% | 8 % |
| Эстония | 6 % | 72 % | 0 | 2 % |
| Бельгия | 7 % | 64 % | 4 % | 25 % |
| Словения | 7 % | 68 % | 12 % | 13 % |
| Словакия | 8 % | 65 % | 0 | 27 % |
| Чехия | 9 % | 80 % | 0 | 11 % |
| Латвия | 9 % | 44 % | 1 % | 46 % |
| Литва | 10 % | 57 % | 0 | 33 % |
| Германия | 11 % | 66 % | 10 % | 13 % |
| Румыния | 13 % | 62 % | 5 % | 20 % |
| Люксембург | 17 % | 73 % | 2 % | 8 % |
| Греция | 23 % | 29 % | 2 % | 46 % |
| Болгария | 27 % | 31 % | 0 | 42 % |
| Австрия | 29 % | 46 % | 8 % | 17 % |
| Швеция | 85 % | 0 | 0 | 15 % |
| Великобритания | 87 % | 0 | 1 % | 12 % |

Таблица 2 - Структура финансирования здравоохранения в РК

| Источники | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|
| За счет общих налогов (ГБ на ГОБМП) | 32 % | 13 % | 12 % | 10 % |
| За счет всех взносов в ОСМС | 28% | 54 % | 58 % | 62 % |
| За счет добровольных взносов | 4 % | 3 % | 3 % | 3 % |
| За счет прямых (частных) платежей | 36 % | 30 % | 27 % | 25 % |

Правительство РК планирует улучшение финансовой защищенности населения через обеспечение новой модели ГОБМП и пакетом ОСМС предусматривающее внедрение трехуровневой системы медицинского обеспечение с 1 января 2020 года.

Первый уровень: новая модель ГОБМП определяет четкие границы обязательств государства и реализует общепризнанный международный стандарт по всеобщему охвату населения базовыми медицинскими услугами.

Второй уровень: пакет ОСМС для застрахованного населения, обеспечивающий доступность медицинской помощи сверх ГОБМП.

Третий уровень: медицинские услуги, не входящие в пакеты ГОБМП и ОСМС. Они предоставляются платно или за счет добровольного медицинского страхования.

Таблица 3 - Расчет отчислений и взносов на ОСМС

| Объект исчисления отчислений/взносов (далее – ОИ) | Отчисления работодателя за работников | Взносы работников | Взносы индивидуальных предпринимателей |
|--|---|---|--|
| | Расходы работодателя, выплачиваемые работнику в виде доходов (фонд оплаты труда) | Доходы, начисленные работодателями (заработная плата) | Доходы, полученные ими в результате осуществления предпринимательской деятельности |
| За исключением доходов, с которых не уплачиваются отчисления и взносы, определяемых уполномоченным органом: компенсации при служебных командировках и разъездном характере работы, полевое довольствие работников, расходы, связанные доставкой работников, на оплату обучения, пособия и компенсации из средств бюджета, пособие к отпуску на оздоровление, выплаты для оплаты медицинских услуг, при рождении ребенка, на погребение в пределах 8 МЗП, стипендии, страховые премии | | | |
| Размер отчислений/взносов | с 01.01.2017 г. – 2% ОИ; с 01.01.2018 г. – 3% от ОИ; с 01.01.2019 г. – 4% от ОИ; с 01.01.2020 г. – 5% от ОИ. | с 01.01.2019 г. – 1% от ОИ; с 01.01.2020 г. – 2% от ОИ. | с 01.01.2017 г. – 2% ОИ; с 01.01.2018 г. – 3% от ОИ; с 01.01.2019 г. – 5% от ОИ; с 01.01.2020 г. – 7% от ОИ. |
| Минимальный размер объекта исчисления/взносов не может быть меньше минимального размера заработной платы. Ежемесячный доход, принимаемый для исчисления отчислений/взносов, не должен превышать 15-кратный размер минимальной заработной платы | | | |
| Сроки исчисления и перечисления | Исчисление и перечисление отчислений / взносов работников осуществляются работодателем ежемесячно | Исчисление и перечисление взносов физических лиц осуществляются ежемесячно налоговыми агентами, с которыми заключены такие договоры | Исчисление и уплата взносов ИП осуществляются ими самостоятельно путем прямого зачисления средств через Государственную корпорацию на счет фонда |
| не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным/за месяцем выплаты доходов | | | |

Общая сумма отчислений и взносов с 1 июля 2017 года по 31 января 2019 года составляет 162,52 млрд тенге. Расходы на 1-го жителя на ГОБМП в 2019 году – 52,5 тысяч тенге. Расходы на 1-го жителя на ГОБМП и ОСМС в 2020 году - 92,2 тысяч тенге, это показывает рост затрат на медицинские услуги на 76%. Повышение тарифов на медицинские услуги до 15% привело к повышению заработной платы медицинских работников до 30%. Снизилась доля «карманных» расходов населения за оказанные медицинские услуги.

Ожидаемые результаты внедрения новой модели ГОБМП и пакета ОСМС:

1. Для всего населения РК внедрение по новой модели ГОБМП повысит доступность и качество медицинской помощи населению путем: разукрупнение участков врачей общей практики (с 2200 чел. до 1700 чел.); амбулаторное лекарственное обеспечение при социально-значимых и основных хронических заболеваниях (онкология, туберкулез, ВИЧ/СПИД, диабет, сердечно-сосудистые и др.); полный спектр медицинской помощи при основных хронических неинфекционных заболеваниях (70% заболеваний).

2. Для застрахованных лиц пакет ОСМС позволит существенно повысить доступность к медицинской помощи и услугам: консультативно-диагностической помощи в 3 раза; реабилитационной и восстановительной помощи в 2,7 раза; полный охват профилактическими осмотрами лиц трудоспособного возраста.

Выводы: Введение ОСМС: повысит доступность населения к качественным медицинским услугам (специализированные и высоко технологические медицинские услуги); - сформирован новый источник финансирования системы здравоохранения, способный отвечать потребностям населения; - улучшит качество и продолжительность жизни населения; - позволит увеличить объем амбулаторных услуг и лекарственного обеспечения для населения; - снизит уровень неформальных платежей в сфере здравоохранения; - стимулирует развитие новых информационных технологий (цифровых) в сфере здравоохранения; - позволит внедрить новые современные медицинские технологии диагностики и лечения пациентов; - ориентирует медицинский персонал при оказании медицинских услуг населению на конечный результат.

Литература

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 194-IV. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193>

2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы. Утверждена Постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982>
3. <https://fms.kz/ru>, <https://fms.kz/ru/content/o-fonde> - Некоммерческое акционерное общество «Фонд социального медицинского страхования» создано в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 01 июля 2016 года № 389.

Түйін

Д.Т. Тулепов¹, С.А.Рашидова², Ш.К. Оспанова³, Ж.Б.Бапаев¹

¹ "Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы" АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

²Президент іс басқармасы медициналық орталығының ауруханасы, Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан

³Жедел медициналық көмек көрсету станциясы, Шымкент қ., Қазақстан

ҚАЗАҚСТАНДА МӘМС ЕНГІЗУ МӘСЕЛЕСІ

Бұл мақалада міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру пакетін (МӘМС) және тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің (ТМККК) жаңа үлгісін енгізе отырып, ҚР Денсаулық сақтау жүйесін өзгерту қажеттілігі негізделді. Денсаулық сақтау жүйесін өзгертудің негізгі сәттері, МӘМС енгізудің алғашқы сәтсіз тәжірибесі және МӘМС екінші рет енгізуден жаңа үміттер мен оң нәтижелер келтірілген. 2019 жылы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне (ТМККК) 1 тұрғынға жұмсалатын шығыстар-52,5 мың теңге. 2020 жылы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру бойынша 1 тұрғынға жұмсалатын шығыстар-92,2 мың теңге, бұл медициналық қызметтерге жұмсалатын шығындардың 76% - ға өскенін көрсетеді. Медициналық қызметтер тарифтерінің 15% - ға дейін көтерілуі медицина қызметкерлерінің еңбекақысының 30% - ға дейін артуына әкелді. Көрсетілген медициналық қызметтер үшін халықтың "қалта" шығыстарының үлесі төмендеді.

Кілт сөздер: міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, амбулаториялық емханалық көмек, клиникалық диагностикалық көмек.

Summary

D.T. Tulepov¹, S.A.Rashidova², Sh.K.Ospanova², Zh.B.Bapayev¹

¹JSC " South Kazakhstan medical Academy", Shymkent c., Republic of Kazakhstan

²Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration, Nur-Sultan city, Republic of Kazakhstan

³Emergency medical service station, Shymkent, Republic of Kazakhstan

ON THE ISSUE OF IMPLEMENTING CSHI IN KAZAKHSTAN

This article substantiates the need to change the health care system in the Republic of Kazakhstan with the introduction of a package of mandatory social health insurance (OSMS) and a new model of guaranteed free medical care (GFMC). The main points of changes in the health care system, the first failed experience of implementing CSHI, and new expectations from the secondary implementation of CSHI and positive results are presented. The total amount of deductions and contributions from July 1, 2017 to January 31, 2019 is 162.52 billion tenge. Expenses for the 1st resident for the guaranteed amount of free medical care (GFMC) in 2019 – 52.5 thousand tenge. Expenses for the 1st resident on the guaranteed volume of free medical care and mandatory social health insurance in 2020 - 92.2 thousand tenge, this shows an increase in the cost of medical services by 76%. The increase in tariffs for medical services to 15% led to an increase in the salary of medical workers to 30%. The share of "pocket" expenses of the population for rendered medical services has decreased.

Key words: compulsory social health insurance, guaranteed volume of free medical care, primary health care, outpatient care, clinical diagnostic care.

Сведения об авторах:

Д.Т. Тулепов, магистрант АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан, e-mail: tulepov.dauren92@gmail.com

Рашидова С.А. - Медицинский центр Управления Делами Президента, г.Нур-Султан, Республика Казахстан

Оспанова Ш.К. - Станция скорой медицинской помощи, г.Шымкент, Республика Казахстан

Ж.Б.Бапаев – первый проректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан

МРНТИ 76.29.41

Е.С. Искаков

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г.Нур-Султан, Казахстан

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ДОРОЖНОЙ КАРТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ ИНТЕГРИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ ЗА 2019 ГОД

Резюме

Представлен анализ работы в соответствии с планом мероприятий и индикаторов реализации Дорожной карты по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при травмах, собрана информация за 2018 год по проведению комплекса мероприятий по выполнению Плана и деятельности травматологической службы в РК.

Ключевые слова: Дорожная карта, травматолого-ортопедическая помощь, травматизм, дорожно-транспортные происшествия, статистика, показатели смертности, хирургическая активность, высокотехнологические медицинские услуги.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы направлена на закрепление и развитие достигнутых результатов отрасли до 2050 года. С учетом текущего состояния здоровья населения республики и прогнозируемого роста неинфекционных заболеваний, поэтапно внедряются интегрированные модели организации медицинской помощи по основным социально значимым, неинфекционным заболеваниям, в том числе и по травмам. Реализация Дорожных карт по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при травмах позволила улучшить основные показатели заболеваемости и смертности от травм и несчастных случаев. Созданы условия для устойчивого и динамичного развития социально-ориентированной национальной системы здравоохранения, достижения социальной справедливости, обеспечения качественной медицинской помощью и солидарной ответственности за здоровье в соответствии с принципами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Представлен анализ работы в соответствии с планом мероприятий и индикаторов реализации Дорожной карты по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при травмах, собрана информация за 2019 год по проведению комплекса мероприятий по выполнению Плана и деятельности травматологической службы в РК.

Материалы и методы: Для проведения анализа использованы данные Республиканского центра электронного здравоохранения, Комитета по статистике Министерства национальной экономики РК, Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры РК, Министерства труда и социальной защиты населения РК и Министерства здравоохранения РК (отчетные формы 12, 59), Управлений здравоохранения регионов.

Результаты и их обсуждение. Согласно плана мероприятий Координационного совета по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при травмах и несчастных случаях на 2019 год разработан проект приказа «О внесении изменений и дополнений в указы МЗ РК №514 от 25.06.2015 года «Стандарт организации оказания травматологической и ортопедической помощи в РК». В 2018-2019 годах в НИИТО согласно программы МЗ РК № 005 обучались: 53 врача (из них- 49 травматологов, 2- хирурга и 2 врача скорой медицинской помощи) по темам: Неотложная помощь при ДТП. Современные методы остеосинтеза переломов костей конечностей и таза. Лечебно-диагностическая артроскопия крупных суставов. Эндопротезирование крупных суставов. Избранные вопросы травматологии и ортопедии. Актуальные вопросы остеосинтеза переломов костей конечности. 5 врачей-реабилитологов прошли обучение по теме: «Реабилитация при травме опорно-двигательного аппарата». За счет местного бюджета по республике обучались 342 травматологов-ортопедов, из них 24 специалистов г.Астаны, 45 г.Шымкента, 135 из Туркестанской, 69 Карагандинской, 38 Актюбинской областей. Переподготовку по специальности «Травматология-ортопедия» прошли 106 врачей, из них 56 человек из Туркестанской области.

По программе совершенствования оказания медицинской помощи при политравмах за счет местного бюджета прошли 802 хирурга, среди которых 373 из Туркестанской, 190 Актюбинской, 79 Карагандинской, 46 Алматинской, 13 Северо-Казахстанской областей, 59 г.Шымкент, 13 г.Алматы; 473 реаниматологов-анестезиологов (205 – Туркестанская, 108 – Актюбинская, 32 – Карагандинская, 30- Западно-Казахстанская области и 48 г.Шымкент.

По программе совершенствования уровня оказания медицинской помощи при нейротравме за счет местного бюджета в 2018 году прошли обучение 73 нейрохирурга по республике (из них 26- г. Астана, 21 - из Туркестанской области).

Повышение квалификации по вопросам оказания медицинской помощи при *отравлениях* прошли 86 врачей, среди которых 58 человек из Карагандинской области, и 63 средних медицинских работников.

По данным РЦСА, доля обученных PHTLS специалистов ССМП и приемных отделений: из Туркестанской области – 59,1%, Карагандинской – 50,9%, Павлодарской – 39,2%, Атырауской – 34,1%, г.Алматы – 26,9%, ВКО – 23,5% и Костанайской – 23,2%.

Таблица 1– Обучение сотрудников скорой помощи

| BLS (%) | | ACLS (%) | | PALS (%) | | PHTLS (%) | | Безопасное вождение |
|---------|-------|----------|-------|----------|-------|-----------|-------|---------------------|
| Врачи | СМП | врачи | СМП | врачи | СМП | врачи | СМП | водители |
| 1130 | 6129 | 752 | 2225 | 710 | 1612 | 554 | 1433 | 1793 |
| 64,0% | 68,2% | 42,6% | 24,7% | 40,2% | 17,9% | 31,4% | 15,9% | 31,2% |

Таблица 2 – Обучение сотрудников ПМСП

| BLS (%) | | ACLS (%) | | PALS (%) | | PHTLS (%) | | Безопасное вождение |
|---------|-------|----------|-------|----------|-------|-----------|-------|---------------------|
| Врачи | СМП | врачи | СМП | врачи | СМП | врачи | СМП | водители |
| 126 | 756 | 73 | 375 | 58 | 222 | 27 | 240 | 433 |
| 82,4% | 59,8% | 47,7% | 29,3% | 37,9% | 17,3% | 17,6% | 18,8% | 47,0% |

Таблица 3 – Обучение сотрудников приемных отделений

| BLS (%) | | ACLS (%) | | PALS (%) | | PHTLS (%) | |
|---------|-------|----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| Врачи | СМП | врачи | СМП | врачи | СМП | врачи | СМП |
| 764 | 1488 | 549 | 774 | 504 | 609 | 455 | 549 |
| 71,8% | 66,9% | 51,6% | 34,8% | 47,4% | 27,4% | 42,8% | 24,7% |

Навыкам оказания первой помощи при травмах обучено 651 сотрудник полиции, 280 сотрудников службы спасения и 356 водители общественного автотранспорта. Разработаны региональные программы «Развития и совершенствования медицинской помощи при травме, в т.ч. в результате дорожно-транспортных происшествий на 2018-2019 годы».

В соответствии с планом работы Координационного совета по травме осуществлена следующая работа:

– сотрудники НИИТО приняли участие в работе 9 координационных советов в следующих регионах (СКО, ВКО, Костанайской, Карагандинской, ЗКО, Актюбинской, Мангистауской, Атырауской, Алматинскую областей);

– проведены селекторные совещания МЗ с участием НИИ и НЦ, акиматами, управлениями здравоохранения Кызылординской, Павлодарской, Жамбылской, Акмолинской, Туркестанской областей и гг. Шымкент, Алматы;

– в рамках координационных советов обсудили и детально проанализировали работу травматологической службы в регионах с конкретными рекомендациями акимам и управлениям здравоохранения регионов;

– в НИИТО разработан и согласован с УЗ областей индикативный план где были для каждого региона установлены и согласованы целевые пороги по всем индикаторам в рамках корпоративного управления;

- обучено 134 руководителя и сотрудников медицинских организаций по внедрению интегрированной модели оказания медпомощи при травме;
- проведено 67 межведомственных совещаний по вопросам организации и эффективности медпомощи при травмах;
- оказано 817 консультаций специалистами регионов и 68 специалистами НИИТО по телемедицинской связи;
- для профилактики суицидальных попыток и предупреждению травм и отравлений опубликовано 177 статей в СМИ, проведено 44 телепередач, организовано 13 «телефонов доверия», на которые поступило 1546 обращения.

За 2019 год по основным индикаторам эффективности реализации Дорожной карты по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при травме, республиканский показатель смертности от несчастных случаев, отравлений и травм составил 65,3 на 100 тыс. населения (2018- 69,4). Выше среднего республиканского показателя в Восточно-Казахстанской (110,0), СКО(107,9), Костанайской(95,7), Павлодарской (95,0), Акмолинской (83,7), Карагандинской (81,4), ЗКО (76,1) и Алматинской (68,6) областях.

По данным МНЭ РК в 2019 г отмечается рост среднего республиканского показателя смертности от ДТП с 13,4 на 100 тыс. населения в 2018 году до 14,5 случаев. Выше среднего республиканского показателя смертность от ДТП в Туркестанской (23,6) в ЗКО(19,6), Жамбылской (19,6), Алматинской (20,4), и Кызылординская (15,7 на 100 тыс. населения) областях. В 2019 г в РК по данным МНЭ РК уровень смертности от убийств снизился соответственно в сравнении с 2017 годом (с 4,9 до 4,3 случаев на 100 тыс. человек). Выше среднего республиканского уровня показателя в Алматинской (7,4), в Костанайской (9,9), Карагандинской (7,9) и, ВКО (6,7) и ЗКО (4,7) областях. В 2019 год уровень смертности от самоубийств снизился в сравнении с 2018 годом с 14,0 до 12,9 случаев на 100 тыс. населения. Превышение республиканского уровня отмечено в Костанайской (25,5), Акмолинской (24,0), ЗКО (20,9), ВКО (16,4) Карагандинской (17,7), Актюбинской (15,7), Алматинской (15,4), СКО (20,3) областях.

По данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генпрокуратуры РК, число попыток совершения суицида в РК за 2018 г. составило 4234, завершенных фактов суицида – 3542, в то время как число погибших от ДТП–2096 (меньше на 1446 случаев или на 40,8%). За 2017 г. было зарегистрировано 3538 попыток суицида и 3644 завершенных факта суицида, число погибших от ДТП – 2086 (разница 1556 или на 42,7% меньше). Смертность в РК от суицидов в 2 раза превышает смертность от ДТП. Обеспеченность травматологами (на 10 тысяч населения) по Республике Казахстан по итогам 2019 года составил – 0,6. Низкие показатели по обеспеченности травматологами в регионах: в Алматинской, Атырауской, Кызылординской областях по -0,3, в Западно-Казахстанской области – 0,2. Средний показатель оснащенности медицинским оборудованием и инструментарием по РК–75,0%. Ниже показатели в Костанайской (66,7%) Туркестанской (62,40%), Жамбылской (59,3%) областях, что связано недостаточным выделением средств на закуп и с процедурными мероприятиями.

Доля приемных покоев медицинских организаций 2-3А уровней, работающих по системе 3Н (triage) остается низкой в СКО(17%), Костанайской (31,8%) и Кызылординской (40%) областях. Показатель «умерших в условиях приемного покоя», в среднем по республике составил (4,0%) и «погибших в стационаре» составил (6,7%).

По данным Национального координационного центра экстренной медицины, по итогам 2019 года количество вызовов по поводу травмы составило 581 941 в том числе, на ДТП – 40 554 или 5,6 %. При этом доставлено в стационары с ДТП 27964 пострадавших, из которых госпитализировано 12760 или 54,6%. Обращает на себя внимание догоспитальная летальность в результате ДТП, которая составила 88,5% - 1169, от общего числа - 1321 погибших в результате ДТП. В том числе, летальность до приезда бригады скорой медицинской помощи – 96,0% (1122). МЗ РК утвержден новый индикатор дорожной карты «обеспеченность региона аппаратами внешней фиксации (АВФ)». Полная оснащенность аппаратами внешней фиксации (АВФ) имеется в Актюбинской, Жамбылской, Кызылординской областях.

Выводы. Основные системные проблемы в регионах, требующие решения для повышения уровня оказания медицинской помощи при травме: 1. В медицинских организациях сохраняется дефицит специалистов в первую очередь дефицит хирургов, травматологов, реаниматологов. 2. Низкий уровень профессиональной подготовки медицинского персонала (врач, фельдшер, медсестра) бригад скорой помощи, недостаточная полнота и профессиональность проведения комплекса лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе особенно в сельской местности. 3. Во всех регионах отмечается недостаточное оснащение необходимым травматологическим оборудованием и инструментарием, а также изделиями медицинского назначения. 4. Низкая оснащённость реанимобилей средствами транспортной иммобилизации, медицинским оборудованием и аппаратной техникой для поддержания функций жизнеобеспечения. 5. Недостаточное обучение по оказанию первой помощи пострадавшему свидетелями ДТП, водителями транспортных средств, сотрудниками дорожной полиции, спасательных дорожных служб. 6. Плохое качество автомобильных дорог

республиканского и местного значения. 7. Несвоевременное и некорректное предоставление информации, вследствие недостаточности «обратной связи» на уровне «район – область, область – НИИТО».

Предлагаемые пути решения: 1. Необходимо привлечение молодых специалистов для работы в медицинских организации районных уровней, а также увеличение выделения финансовых средств за закуп медицинского оборудования и инструментария; 2. Поднять уровень кураторов Региональных Дорожных карт по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при травмах до заместителей руководителя управления здравоохранений областей, гг. Астана и Алматы; 3. Руководителям управлений здравоохранений регионов актуализировать маршруты пострадавших с травмой в пределах области с учетом принципов регионализации по уровням медицинских организаций; 4. Рекомендовать всем заинтересованным государственным организациям Управление здравоохранения, Департамент внутренних дел, Департамент чрезвычайных ситуаций, Управление образования и т.д., предусмотреть при формировании бюджетов финансовые средства на подготовку сотрудников навыкам оказания доврачебной помощи. 5. Обучение работников скорой медицинской помощи, хирургов, травматологов, нейрохирургов вопросам оказания медицинской помощи при травмах с учетом международных принципов и стандартов, специализированной помощи при травмах, политравме и нейрохирургической помощи. 6. Оказание консультативной помощи регионам посредством телемедицины. 7. Продолжение дооснащения медицинских организаций, в первую очередь 1-го и 2-го уровня необходимым травматологическим оборудованием, инструментарием и расходным материалом. 8. Подготовка (парамедиков) из числа сотрудников департамент внутренних дел, департамент чрезвычайных ситуаций, общественного транспорта, общеобразовательных организаций по вопросам оказания первой помощи. 9. Проводить на регулярной основе повышение квалификации медицинских работников специализированной медицинской помощи, трассовых медико-спасательных пунктов по оказанию экстренной медицинской помощи.

Түйін

Е.С.Искаков

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г.Нур-Султан, Казахстан

2018 ЖЫЛЫ ЖАРАҚАТТАР МЕН ЖАЗАТАЙЫМ ОҚИҒАЛАР КЕЗІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ БІРІКТІРІЛГЕН МОДЕЛІН ЕНГІЗУ БОЙЫНША ЖОЛ КАРТАСЫН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДЫҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ

Жарақаттар кезінде медициналық көмек көрсетудің интеграцияланған моделін енгізу бойынша Жол картасын іске асыру индикаторлары мен іс-шаралар жоспарына сәйкес жұмыс талдауы ұсынылды, Қазақстан Республикасында травматологиялық қызметтің жоспары мен қызметін орындау бойынша іс-шаралар кешенін өткізу бойынша 2018 жылдың бойынша ақпарат жиналды.

Кілт сөздер: Жол картасы, травматологиялық-ортопедиялық көмек, травматизм, жол-көліктік оқиғалар, статистика, өлім көрсеткіштері, хирургиялық белсенділік, жоғары технологиялы медициналық қызметтер.

Summary

Y.S. Iskakov

Research Institute of traumatology and orthopedics, Nur-Sultan, Republic of Kazakhstan

REALIZATION RESULTS OF THE ROADMAP ON THE IMPLEMENTATION OF AN INTEGRATED MODEL OF MEDICAL SERVICE FOR INJURIES AND ACCIDENTS FOR 2018

The analysis of the work in accordance with the plan of measures and indicators of the realization of the Roadmap for the implementation of an integrated model of medical care for injuries is presented, gather information of 2018 on a set of measures to implement the Plan and activities of the trauma service in the Republic of Kazakhstan has been collected.

Keywords: Roadmap, traumatology and orthopedic aid, injury rate, road traffic accident, statistics, death-rate, surgical activity, high-tech medical services

Сведения об авторах:

Е.С. Искаков, Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г.Нур-Султан, Казахстан

МРНТИ 76.01.93

Ә.С.Садықов, С.А.Рахимбердиев, Н.Ж.Қуанышбаев, С.Ә.Ордабеков
Х.А.Яссауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ., Қазақстан

ҚАН ҚЫЗМЕТІНДЕГІ САПА МЕНЕДЖМЕНТ ЖҮЙЕСІНІҢ АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін

Бұл мақалада Шымкент қалалық қан орталығының сапа жүйесі – ISO бойынша қызметі көрсетілген. Негізгі мақсаты: мекемелерге көмек көрсету мақсатында тұтынушылардың талаптарын қанағаттандыратын өнімдерді (қызметтерді) дайындау және беру және қабілетін көрсету. Міндет: жоспарлау және өнімнің сапасын үздіксіз жақсарту, оны пайдалану сапасын қамтамасыз ету, оны реттеу. Қалалық қан орталығында сапа жүйесі 2010 жылы тұтынушыларды қызмет көрсету сапасымен қамтамасыз ету, ұйым тұрақтылығының кепілдігі, ISO 9001: 2000 сапа сертификатын алу мақсатында енгізілді, ұйым басшысы сапа жүйесінің талаптарын анықтайды, оның барысында жұмыста сәйкессіздіктерді анықтайды, өнім сапасын үздіксіз жақсартуға жіберетіндігі туралы жарияланған.

Кілт сөздер: сапалы өнім, гемокомпоненттер, тұтынушының қанағаттануы, персоналды басқару, сертификаттау.

Барлығымыз адам қызметінің әртүрлі аспектілерінде сатып алынатын тауарлардың сапасын, қызмет көрсету сапасын, өндірістік қызметтің сапасын және т.б. қамтитын әр түрлі сапа мәселелерімен үнемі кездесіп отырамыз. Осы мәселелерді қарау және шешу негізінде сапаны бағалау болып табылады, оның басты өлшемдерінің бірі өнімді жасау процестерінің тиімділігі мен нәтижелілігі, сондай-ақ тұтынушылардың қанағаттануы болып табылады. Бұл өлшемдер сапаны анықтайтын құндылықтардың әмбебап шкаласы болып табылады. Алғашқы халықаралық стандарттар 1929 ж., Прага қаласында штаб-пәтер мен стандарттау жөніндегі халықаралық қауымдастық (ISA) бірлесіп стандарттау жөніндегі бірінші құжатты әзірледі. Екінші дүниежүзілік соғыс аяқталғаннан кейін сертификаттау жөніндегі халықаралық ұйым (ISO) құрылды, ол әлемдік стандарттауды, ең алдымен өндіріс саласында дамыту міндетін өзіне алды. ISO Стандарттарының негізгі ерекшелігі барлық қызмет салаларында жетекші әлемдік өндірушілердің тәжірибесіне негізделген, ол олардың жоғары кәсіби құндылығы болып табылады. Сондықтан да бұл стандарттар көптеген елдерде қабылданған. Соңғы жылдары ISO стандарттары Денсаулық сақтау мекемелерінің тәжірибесіне, оның ішінде медициналық зертханалардың, сондай-ақ диагностика мен емдеу сапасына әсер ететін медициналық мақсаттағы өнімдерді өндіретін мекемелердің тәжірибесіне белсенді енгізілуде.

Негізгі бөлім. "Сапа" - күнделікті өмірде бізге осы терминді әртүрлі түсінікте бетпе-бет кездесеміз. Кейде сапасы жаман, жақсы немесе жеткіліксіз туралы деп естиміз. Бірақ кез келген жағдайда сапа түсінігі жеке өзі анықталмайды, ол нақты объектіге бағытталған. Осы объектінің өзі оған белгіленген талаптар жиынтығымен сипатталады. Сонымен, сапа (осы терминнің кез келген кең мағынасында) - белгіленген талаптарды орындау. Мысалы, өнім беруші мен тұтынушының өзара іс - қимылының мағынасында сапа-өз уәделерін орындау деп айтуға болады. Осыған байланысты тағы бір маңызды термин - тұтынушының қанағаттануы, яғни тұтынушының талаптары мен сұраныстарын сәйкес дәрежесін қабылдауы. Мұнда ең кең мағынада барлық талаптардың жиынтығы: бұл - өнімнің тұтынушылық қасиеттеріне (күтілетін қасиеттерге) және сұраныстағы өнімнің нақты орындалу сапасына және бұл ретте алынатын кепілдіктерге және өнімді жеткізушімен өзара іс-қимыл жасау кезінде тұтынушыларға қызмет көрсету сапасы. Алайда, өнімге қойылатын тиісті талаптарды белгілеу оның сапасына кепілдік бермейді, сондықтан медициналық мекеме үшін медициналық қызметтер ұсынылған сапалы өнім жасау үшін "өндіруші-ұйымның сапамен" қамтамасыз етілуі талап етіледі. Осы мағынада ұйымның сапа менеджменті жүйесіне (СМЖ) қойылатын талаптар белгіленеді, ол "белгіленген талаптарға сәйкес келетін өнімнің ұзақ және тұрақты өндірісін" қамтамасыз етеді.

9000 сериясында 180 9000 : 2000 сапа бойынша тағы бір стандарт шықты, ол " сапа менеджменті жүйесі. сапа менеджменті жүйесінің стандарттары үшін 8 қағида негізді құрайды, олар негізгі сапаны басқару болып табылатын ISO басқа стандарттарына, яғни медициналық қызмет саласындағы ISO барлық стандарттарына таралады. Шығындарды оңтайландыру кезінде және берілген уақыт аралықтарында қойылған мақсаттарға қол жеткізуге мүмкіндік беретін, менеджерлер үшін де, қатардағы қызметкерлер үшін де түсінікті тиімді жүйе ретінде 2010 жылы Шымкент қаласының қан орталығында құрылып, енгізілді. Шымкент қ. "Қалалық қан орталығы" МКҚК-да сапа менеджменті жүйесінің ИСО 9001:2015 талаптарына сәйкес келетін сапа менеджменті жүйесі әзірленді, құжатталған, енгізілген және жұмыс жасауда.

Әрбір процесті орындау үшін жауапты қызметкер тағайындалған, оның басты міндеті процестің енгізілуінде талап етілетін нәтижелерге түрлендірілетін әдістерді білу, осы әдістерді тәжірибеде қолдану және процестің нәтижелілігін қамтамасыз ету болып табылады. Үдерістің иесі ресурстарды жоспарлау, бөлу, нәтижелілік және үдерісті жақсарту үшін үйлестіреді, жауапты және өкілеттілікке ие болады.

ҚҚО сапа менеджменті жүйесі орталықтың қызметін регламенттейтін құжаттама жүйесіне негізделеді (сапа саласындағы саясат, сапа жөніндегі басшылық, құжатталған рәсімдер, стандартты операциялық рәсімдер, ережелер мен нұсқаулықтар, үлгілік Нысандар). СМЖ барлық құжаттарының қолжетімділігін қолдау үшін орталық қызметкерлерінің барлық санаттары үшін "СМЖ құжаттары" папкасында ішкі серверде орналасқан арнайы ақпараттық ресурс құрылды. Өнімнің сапасы мен қауіпсіздігі – бұл өнімге қатысты стандарттар мен нұсқаулықтардың барлық талаптарын орындау ғана емес, сонымен қатар өнімнің соңғы тұтынушыны қаншалықты қанағаттандырады және оған зиян келтірмейді. ИСО 9001 стандарты өнімге немесе қызметке емес, тұтынушының барынша қанағаттануына бағытталған кәсіпорынды басқару жүйесіне қойылатын талаптарды белгілейді.

Гемоккомпоненттік терапия қауіпсіздігі, біздің іскерлік ұстанымымыз! ҚҚО өндірілген өнімнің сапасы мен қауіпсіздігі әрбір қызметкерінің жұмысты орындау кезіндегі нәтижелілігі мен жауапкершілігіне байланысты. Жоғары басшылық кәсіпорынның барлық қызметкерлерін қолданыстағы СМЖ құжаттарының талаптарына сәйкес өз қызметін жүзеге асыруға міндеттейді, бұл қауіпсіз өнім өндірісінің кепілі болып табылады.

"СМЖ рәсімдерін білмеу оларды орындау жауапкершілігінен босатпайды». Сапаны енгізу үдерісі үздіксіз болып табылады, сондықтан уақыт өте келе (жоспарланған интервалдар арқылы) ҚҚО-да сапа менеджменті жүйесін талдау және тұрақты жақсарту үшін қажетті барлық бөлімшелерде ішкі аудиттері жүргізіледі. ҚҚО сапа менеджменті жүйесі жұмыс істеуі және дамуы үшін біздің ұйымның барлық деңгейлерінде, барлық қызметкерлер негізгі принциптерді түсіну қажет.

СМЖ мақсаты. Тұтынушылардың талаптарына сәйкес, медициналық ұйымдарға көмек көрсетуде сапалы өнімдерді (қызметтерді) жеткізу.

Міндеттер. өнімнің сапасын үнемі жақсарту және сапаны қамтамасыз етуге арналған шығындарды: жоспарлау, іс-қимылдар, талдау, түзету (сәйкессіздік себептерін жою) арқылы төмендету.

Нәтижелер. Менеджмент жүйесі ұйым басшылығы қалыптастырған мақсаттарға қол жеткізу құралы болып табылады. "Русский регистр" сертификаттау жөніндегі қауымдастықтың басшылығы 18.03.19 ж. сапа менеджменті жүйесін қайта қалпына келтіру тексерісінің нәтижелерін қарап, сәйкестік сертификаттарын 2022 жылдың 15 сәуіріне дейін жаңа мерзімге беру туралы шешім қабылдады. СМЖ қайта сертификаттау процедурасынан сәтті өтіп, сәйкестік сертификатын алғаннан кейін, Шымкент қ. ҚҚО қызметкерлерінің барлығы сапа талаптарына сай күмәнсіз жұмыс жасайды. Осы жүйемен жұмыс істеуді жалғастыруда, оны үнемі жақсартуда, өйткені кемелділіктің шегі жоқ. Бірінші басшының түсінуінің арқасында, СМЖ дәрі емес, тек қан қызметінде белгілі бір жетістіктерге жетуге мүмкіндік беретін құрал ғана, ҚҚО СМЖ нәтижелі түрде жақсарады. Бірақ мұндай табыстар басшылықпен тұжырымдалған мақсаттарға қол жеткізу жағдайында ғана мүмкін және тек сол кезде ғана СМЖ шын мәнінде тиімді болады.

Қорытынды. ISO 9001: 2000 талаптарына сәйкес келетін СМЖ ұйым қызметінің тұрақтылығының кепілі болып табылады, сондай-ақ ешқандай мән-жайлар ұйымның тұтынушыларға талап етілетін сападағы өнімді/ қызметті ұсыну мүмкіндігіне әсер етпейді. **Ұсынымдар.** Ұйым басшылары сертификат алғаннан кейін жүйенің жұмыс істеуін үнемі бақылап отыруы тиіс. Егер бұл шарттар орындалмаса, СМЖ-нің жұмыс қабілеттілігі ұзаққа бармайды және ұйымда қадағалау аудиті кезінде оны түзетуі үшін ресурстар жетіспеуі мүмкін.

Әдебиеттер

1. Стандарт ГОСТ Р ИСО 9001-2008 «Системы менеджмента качества-требования», 2008 год.
2. Стандарт ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества-требования», 2015 год.
3. Серии трех стандартов версии 2000 года: ISO 9000 «СМК. Основные положения и словарь», ISO 9001 «СМК. Требования», ISO 9004 «СМК. Руководство по улучшению деятельности».
4. Каменнова М.С., Громов А.И., Ферапонтов М.М., Шматалюк А.Е. Моделирование бизнеса. Методология ARIS. – М.: Весть – Метатехнология, 2001

Резюме

А.С.Садықов, С.А.Рахимбердиев, Н.Ж.Куанышбаев, С.А.Ордабеков
МКТУ им Х.А.Яссави, г. Шымкент, Казахстан

АСПЕКТЫ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В СЛУЖБЕ КРОВИ

В данной статье представлена деятельность Шымкентского городского центра крови по системе качества – ISO. Основная цель заключается в оказании помощи организациям, способных поставлять продукцию (услуги), отвечающую требованиям потребителей. Задача: планирование и непрерывное улучшение качества продукции, обеспечение качества ее использования, ее регулирование. В городском Центре крови система качества была внедрена в 2010 году с целью обеспечения потребителей качеством услуг, гарантии стабильности организации, получения сертификата качества ISO 9001: 2000, руководитель организации определяет требования системы качества, в ходе которой выявляет несоответствия в работе, направляет на непрерывное улучшение качества продукции.

Ключевые слова: качественная продукция, гемокомпоненты, удовлетворенность потребителей, управление персоналом, сертификация.

Summary

S. Sadykov, S. A. Rakhimberdiev, N. Zh. Kuanyshbayev, S. A. Ordabekov
International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yassavi, Shymkent city, Kazakhstan

ASPECTS OF THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN THE BLOOD SERVICE

This article presents the activities of the Shymkent city blood center according to the ISO quality system. The main goal: to help organizations demonstrate their ability to deliver products (services) that meet customer requirements. Task: planning and continuous improvement of product quality, ensuring the quality of its use, its regulation. In the city blood Center, the quality system was introduced in 2010 in order to provide consumers with quality services, guarantee the stability of the organization, obtain the ISO 9001: 2000 quality certificate. the head of the organization determines the requirements of the quality system, during which he identifies inconsistencies in the work, directs to continuous improvement of product quality.

Key words: quality products, blood components, customer satisfaction, personnel management, certification.

Сведения об авторах:

Садықов Арипхан Салыбаевич, Х.А.Ясауи атындағы ХҚТУ «Басқару және менеджмент» кафедрасы, э.ғ.д., профессор, e.mail: aripkhan_s@mail.ru

Рахимбердиев Сундет Абдихаймович, Қалалық қан орталығы, м.ғ.к., директор, e.mail: ock_uko@mail.ru

Куанышбаев Нұрлыбек Жандарбекович, Шымкент қалалық психикалық денсаулық орталығ, дәрігер нарколог, e.mail: nurlibekk@mail.ru

Ордабеков Сакен Әскербекұлы, МКҚК Шымкент қалалық медициналық жедел жәрдем көрсету стансасы, бекет меңгерушісі, e.mail: sake_x90@mail.ru

МРНТИ 76.35.45

Ж. Нурманова, И. Тулеев

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан
Қ. Ясауи атындағы ХҚТУ-нің медицина институты, Шымкент қ., Қазақстан

ӘЛЕУМЕТТІК-МЕДИЦИНАЛЫҚ ДАМУ МЕН АЛКОГОЛЬМЕН ЖІТІ УЛАНУДЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ КӨРСЕТКІШТЕРІ (ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША)

ТҮЙІН

Мақалада Шымкент қаласы бойынша 2002 және 2019 жылдар аралығында әлеуметтік-медициналық даму барысындағы алкоголь ішімдіктерімен жіті уланудың кейбір статистикалық көрсеткіштеріне шолу жасалынған. Азаматтардың өмір сүру деңгейіндегі өзгерістеріне байланысты бұл уланудың өзгерістеріне сипаттама жасалынған. Олардың негізінде уланудың осы түрінің алдын алу мен оны болдырмауға бағытталған пәрменді күресудің жолдарына ұсыныс жасалынған.

Кілт сөздер: алкоголь, улану, токсикология, әлеуметтік-медициналық, аурушандық, өлім-жітім, сатистика.

Кіріспе. Елімізде алкоголизм мен нашақорлыққа белсенді, күшейтілген пәрменді медициналық және құқықтық шаралар қарастырылуына қарамай бұл проблема әлі де күн тәртібінен түспей келеді.

Бүкіл дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (БДЖДСҰ) деректері бойынша [1] алкогольді зиянды пайдалануынан жыл сайын 2,5 миллион адам қайтыс болады екен. Олардың 320 000-ын 15-29 жас аралығындағылар құрайтыны белгілі болған.

Мемлекет тарапынан адам өмірінің сапасының көрсеткіштерін арттырумен қатар олардың салауатты өмір салтын қалыптастыру, интеллектуалды дамуы мен рухани құндылықтар жөніндегі түсініктерінің артуына мән беру керектігіне назар аударылады.

Алкоголизмнің себептерін жою, қоғамдық денсаулықтың жоғары деңгейін қамтамасыз ету мақсатында мемлекеттік институттармен жүргізілетін тәрбиелік шаралар мен заң шығарушы жүйелердің қоғамдық алдын алу болып табылады [2].

Зерттеудің мақсаты мен міндеттері. Өткен жылдары (2002 мен 2019 жылдардағы) алкогольдік жіті уланудың басқа уланулардың арасындағы үлесі мен осы жылдардағы әлеуметтік-медициналық дамудың барысымен салыстырмалы көрсеткіштеріне сипаттама жасау.

Осы деректер мен басқа да салалардың дамуларын ескере отырып, аталған улану түрін ары қарай азайту мен болдырмау мақсатында тиімді жолдарын қарастырып, қажетті ұсыныстар жасау.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. Зерттеуге Республика бойынша әлеуметтік-медициналық шараларды жақсарту туралы мемлекеттік қаулылар, заңдар мен қабылданған құжаттардың мәліметтері. Республикалық медицина саласындағы және «Т.О.Орынбаев атындағы облыстық гипербариялық оксигенация орталығының» токсикология бөлімшесінің уланулар жөніндегі көрсеткіштері мен кейбір елдердің осы мәселеге тиісті көрсеткіштері пайдаланылды.

Зерттеудің нәтижелері. 2002 және 2019 жылдардағы орталықтың токсикология бөлімшесіне түскен жіті уланудағы науқастардың жалпы саны, улану түрлерінің өзара салмағы, алкогольдік ішімдікпен жіті уланудың аурушандығы мен өлім-жітімдік көрсеткіштері және сол жылдардағы олардың саны кестеде көрсетілген [3, 4] (1 кесте).

Кестеде сол жылдары алкогольдік ішімдікпен уланғандардың аурушандығы, өлім-жітім көрсеткіштері осы зерттеудің маңыздысы ретінде назарға алынды, сонымен қатар халық санының көрсеткіші де ескерілді. Осы мақсатта қол жетімді құжаттардың деректеріне негізделген «Улану, жарақат және т.б. себептегі сәтсіздік жағдайлардағы» аурушандық пен өлім-жітімнің ҚР мен ОҚО бойынша статистикалық көрсеткіштері назарға алынды [5, 6] (2 кесте).

1 кесте – Шымкент қаласындағы 2002 және 2019 жылдардағы алкогольдік ішімдікпен жіті уланудың басқа жиі кездесетін уланулармен салыстырмалық көрсеткіштері

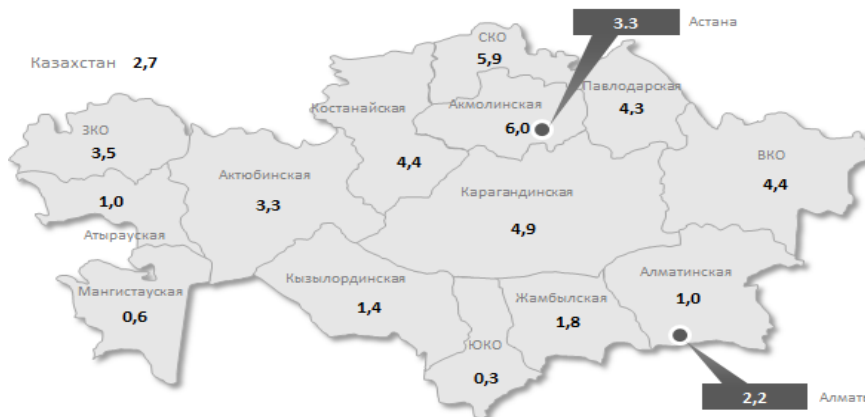
| Қатар саны | Жылдар | Қаладағы халық саны | Уланулардың жалпы саны | Алкогольдік ішімдіктер мен уланулар | Улы газдармен улану | Дәрі-дәрмектермен уланулар | Химиялық қышқылдармен және сілтілермен уланулар | Басқа уланулар |
|------------|--------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------------|---|----------------|
| 1 | 2002 | 506700 | 2236 | 1270(56.8%) | 168(7.5%) | 315(14.5%) | 134(6%) | 349(15.6%) |
| 2 | 2019 | 1031278 | 3127 | 526(16.8%) | 442(14.1%) | 325(10.4%) | 177(5.7%) | 1657(53.1%) |

2 кесте - «Улану, жарақат және т.б. себептегі сәтсіздік жағдайлардағы» аурушандық пен өлім-жітімнің ҚР мен ОҚО бойынша көрсеткіштері

| Қатар саны | Жылдар | Аурушандық | | Өлім-жітім | |
|------------|--------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | ҚР бойынша | ОҚО бойынша | ҚР бойынша | ОҚО бойынша |
| 1 | 2002 | 3976,6 | 2521,0 | 143,6 | 86,4 |
| 2 | 2017 | 2996,2 | 1593,4 | 69,38 | 49,0 |

Қоғамдық денсаулықтың маңызды проблемасының бірі алкоголь ішімдіктерін теріс пайдалану. Оны тұтыну Ресейдегі деректер бойынша 1990 жылдан 2016 жылға дейін 2,5 есеге артқан. Роспотребнадзордың дерегі бойынша адам басына таза спиртке есептегенде 2002 жылы ересектер ішінде 18 литр, 2010 жылы – 26,0 литр болса, бұл көрсеткіш Қазақстанда 2005 жылы – 10,96 литр, ал 2019 жылы – 7,7 литрді құраған [7]. Ал, соңғы жылдардың деректері – 9 литр болып тұр [8].

Осы көрсеткіштер қатарында 2015 жылы Қазақстанда 15 жастан жоғары адам басына шаққанда арақты ішудің көрсеткіші 2,7 литрді құраған, оның ішінде ең жоғары деңгейі Ақмола облысында 5,9 л, ал ең төменгі деңгейі Маңғыстау мен Оңтүстік Қазақстан облыстарында, тиісінше 0,6 л, және 0,3 л құраған [9].



(Есептеуде ҚР ҰЭМ статистика бойынша Комитетінің 2015 жылғы деректері алынған).

Сурет – Қазақстандағы 15 жастан жоғары жан басына шаққандағы арақты пайдалануы (литр).

Ресми мәлімететрге сүйенсек «ең көп ішетін» қазақстандықтар 2018 жылдың басында Қарағанды облысының тұрғындары болған, мұндағы ересек адамдар ОҚО-на қарағанда 7 есе көп пайдаланған [10].

Алкогольдік ішімдіктерінің сапасының улануға әсерін тигізетінін ескерсек те, бұл жөнінде олардың сапасының едәуір жоғарылағаны, сол жылдар аралығында байқалғаны жөнінде нақты деректер келтіруге қолжетімді мәлімет таба алмадық.

Алкоголизм мен маскүнемдіктен өмір сүретіндердің арасында уланулар жиі кездесетінін ескеріп [11], Шымкент қаласындағы жұмыссыздық пен жұмысқа қамтылғандардың мәліметтері алынды [4], (3 кесте).

3 кесте – Шымкент қаласындағы 2002-2019 жылдардағы жұмыссыздар мен жұмыспен қамтылғандардың сандық көрсеткіштері

| Қатар саны | Жылдар | Жұмыссыздар | Жұмыспен қамтылғандар |
|------------|--------|-------------|-----------------------|
| 1 | 2002 | 28400 | 162800 |
| 2 | 2019 | 23100 | 409800 |

Денсаулық сақтау жөніндегі бірнеше теориялар бар. Олардың ішінде «кедейшілік пен аурулардың тұйыққа тірелу фактілері» теориясы осы проблемаға сәйкес келеді. Денсаулық үшін қауіпті топтардың ішінде (Ю.П.Лисицын бойынша) қайыршылық, кедейшілік және өмір сүрудің төменгі материалдық деңгейінің болуы бойынша қауіпті топта толық жұмыс күнімен қамтамасыз етілмегендер, жұмыссыздар болса, ал жағымсыз (девиантты, мінез-құлқымен қауіпті топта – алкогольді артық «шамадан тыс») пайдаланушылар құрайды [12].

Осы тұрғыдан Шымкент қаласындағы тұрғындардың ең төменгі жалақы көлемінің деректері алынды (4 кесте).

4 кесте – Республикадағы 2002 және 2019 жылдардағы белгіленген ең төменгі жалақы көлемі

| Қатар саны | Жылдар | Жалақы мөлшері | Негізгі құжат |
|------------|--------|----------------|--|
| 1 | 2002 | 4181 теңге | Установлен Законом РК от 22.12.00 г. № 131-II "О республиканском бюджете на 2001 год" |
| 2 | 2019 | 42500 теңге | Установлен Законом от РК 30 ноября 2018 года № 197-VI «О республиканском бюджете на 2019-2021 год» |

Зерттеу нәтижелерін талқылау. 2002 жылы алкогольдік өнімдермен жіті улану қаладағы токсикология бөлімшесінің барлық уланудың жартысының артығын құраған (56,8%), оның ішінде басты себептері-нің бірі созылмалы алкоголизмге шалдыққандардың көп болуы, олардың ұзақ уақыт мерзім бойы сапасы төмен ішімдіктерді қолдануынан болатыны болса керек. Осы жылдың улануларының ішіндегі ең жоғары орынды иелеген алкогольдік уланудың саны мен олардың арасындағы өлім-жітім де 2019 жылы едәуір байқалып тұр. Жалпы Республика мен ОҚО бойынша топтастырылған «Улану, жарақат және т.б. себептегі сәтсіздік жағдайлар», бойынша түзілген аурушандық пен өлім-жітімнің деректері сондай жағдайды растап тұр (2 кесте).

Қоғамдық денсаулықты бір жағынан елді мекен тұрғындарының алкоголь ішімдіктерін артық, теріс пайдаланумен бағалап есептейді. Бұл жөнінде көптеген елдердің ішінде Ресей мемлекетіндегі тұрғындар алдындағы қатардың еншісінде, ал Қазақстандықтардың да деректері маз емес екені белгілі болғаны мәлім (Ресейде әр ересек тұрғын үшін спиртпен есептегенде 2002 жылы – 18л, ал 2010 жылы – 26,0л, ал Қазақстанда 2005 жылы – 10,96л, 2019 жылы – 7,7л [7], соңғы жылдары – 9 л құрап отыр [8]. Ал, өңірлік көрсеткіштердегі арақты пайдалану Қазақстандағы 2015 жылы орта есеппен 2,7л болса, ОҚО-да 0,3 л құраған. Жалпылай қорыта алғанда тұрғындар арасындағы алкоголь ішімдіктерін тұтыну азайып, улануға септігін тигізіп отырғанын байқауға болады. оның үстіне ішімдіктердің сапалық көрсеткіштері де артақаны жасырын емес, оның нақты дәлелі ретінде қолдан жасалған ішімдіктерге мемлекет тарапынан қатаң шаралар қарастырылған, ол туралы мәліметтерді атап өтудің маңызы зор.

Жыл өткен сайын жұмыссыздықтар саны артып, жұмыспен қамту едәуір артқаны оң нәтижеге жетудің айғағы болып табылады.

Өмір сүру деңгейі бойынша басқа деректерді келтірмей-ақ (жан басының айлық табысы, орташа айлық номинальды есетелген еңбек ақыны және т.б.), тек қана орта есеппен ай сайынғы ең төменгі күн көріс шамасының 2002 және 2019 жылдардағы айырмашылық 10 еседен артқанын айтудың өзі жеткілікті болар.

А.М. Нашкенова және т.б. [13] өздерінің мақаласында көптеген елдерде алкоголь қолдануға қатысты саясаттарды көрсетіп, Қазақстанда маскүнемдіктің өріс алуы жөніндегі, маскүнемдіктің алдын алу жөніндегі, салауатты өмір салтын жүзеге асыру туралы саясаттарды келтіреді. Өртүрлі уақыт кезеңдерінде және түрлі елдерде алкогольді қолдануға қатысты саясаттардың бір-бірінен айырмашылығын баяндайды. Қазақстан Республикасында қазіргі кездерде салауатты өмір салтын жүзеге асыру жөніндегі алкоголь ішімдіктеріне құмарлық пен маскүнемдіктің алдын алудың мемлекеттік бағдарламаларының іске асырылуы жөнінде тоқталады.

Алкоголь ішімдіктерімен жігі уланудың Қазақстан облыстарындағы статистикалық көрсеткіштеріне стационарлық токсикологиялық қызметтің тиімділігіне өңірлік шолу жасап, қажетті ұсыныстар жасаған [14].

Осы жылдар аралығында денсаулық саласындағы тегін кепілдендірілген медициналық көмектің көлемінің, сапасының артуы мен еліміздегі әлеуметтік-экономикалық жағдайдың ілгерілеуі, тұрғындарға салауатты өмір салтын уағыздау жұмыстары мен тұрғындар арасындағы Имандылық түсініктерін ұғыну дәрежелерінің артуын да алға тартуға болар еді, алайда бұл салалардағы көрсетілген шараларды тізбектеп айтуға материал көлемі көтере алмайды. Айта кететін жағдай, соңғы жылдары алкогольдік ішімдіксіз өткізіп жатқан той-томалақтардың саны арта бастады.

Соңғы деректер бойынша қаладағы мешіттер саны 2002 жылы 8-9-ы құраса, олардың саны бүгінгі күндері 106-ға жеткен. Қалалық бас Имамның дерегі бойынша «Имандылық шараларына» ықылас танытқандардың 80%-дан астамы жастарды құрайтынын келтіреді.

Қорытынды

1. Өткен жылдардағы әлеуметтік-медициналық даму мен алкогольмен жігі улануларға салыстыр-малы шолу зерттеулері тәуелсіздік жылдарындағы денсаулық саласындағы қол жеткізілген табыстарды айқындайды.

2. Зерттеу нәтижесіне назар аудару келешектегі мақсатты шараларды пәрменді ұйымдастыруға, жоспарлауға, тиімділік әкелуге өз ықпалын тигізуде.

3. Алкоголизм мен маскүнемдіктің алдын алу бойынша көзделген шаралары, әрі қарай жалғастырып, оның орындалуына ерекше назар аударды күшейтіп, оны болдырмау, тұрғындар арасында алкогольдік ішімдікті тұтынуды мейілінше азайту мақсатында қажетті заңдар қабылдау қажет.

4. Тұрғындар арасында салауатты өмір салтын қалыптастыруда бұл індеттің зияндылығы жөнінде деректі материалдар даярлап, қалың көпшілікке жария етілуі мен ұлттық және алкогольдік сусындардың (қымыз, қымыран, шұбат, айран және т.б.) пайдалылығы жөнінде үгіт- насихатын жүргізуді қолға алуды жан-жақты арттыру қасиет.

5. Жігі улану жағдайларында медициналық көмекті жетілдіру бойынша ғылыми ізденістерді қарастыруға жол табу.

6. Мемлекет тарапынан тұрғындардың әлеуметтік-медициналық дамуын ары қарай жетілдірудің жобасын жасауға денсаулық сақтау басшыларынан қажетті ұсыныстарды даярлап, оның қабылдануына ат салысуы қажет.

7. Алкоголь ішімдіктері көпшілікке оңай жолмен қол жетімді бола бермес үшін, оның бағасын едәуір арттырып, сатылу уақытына шектеу жасау қажет. Соның арқасында, тұрғындар арасында ішімдікке шалдыққандар саны азайып, қоғамдық орында маскүнемдікке салынған азаматтарға айып пұл мөлшерін жоғарылату, мемлекеттік бюджетке қомақты қаржы түсіруге ықпал етер еді.

Әдебиеттер

1. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
2. Материалы для подготовки и квалификационной аттестации по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» (учебное пособие)./Под ред. В.С.Лучкевича и И.В.Полякова.-СПб.: 2005-251 с.
3. «Т.О.Орынбаев атындағы гипербариялық оксигенация орталығының» токсикология бөлімшесінің 2002 және 2012 жылдық есебі.
4. Шымкент қаласының статистика департаменті (www.stat.gov.kz) .
5. 2017 ж. ҚР Халық денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі. Статистикалық жинақ, Астана 2018 ж. – 353 б.
6. Здоровье населения РК и деятельность организации здравоохранения в 2002 году. Статистический сборник, Астана, Алматы 2003 г. – 236 с.
7. https://ru.wikipedia.org/wiki/Список_стран_по_потреблению_алкоголя_на_человека
8. <https://otyrar.kz/2019/04/v-kazahstane-v-srednem-1-chelovek-v-god-potrebljaet-pochti-9-litrov-alkogolja/>

9. <https://informburo.kz/novosti/v-kakom-regione-kazahstana-bolshe-vseh-pyut-alkogol-pokazala-statistika.html>
10. https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/kazahstansyi-stali-menshe-pit-alkogol-issledovanie-380084/
11. Е.А.Лужников «Клиническое токсикология» М. Медицина, 1999-416.с.276
12. Ю.П.Лисицын, Г.Э.Улумбекова Общественное здоровье и здравоохранение .м.изд.группа « ГЭОТАР-МЕДИА» 2011-544с.с119.
13. А.М.Нашкенова, М.Махметов, К.Бильдебаев. Политика Республики Казахстан в борьбе с алкоголизмом (в историческом разрезе и сравнении с другими странами 210)// Вестник КазНМУ, №2-2015-С. 205-210.
14. И.Тулеев. 2008-2012 жылдар аралығындағы ОҚО бойынша стационарлық токсикологиялық қызметке шолу зерттеуі//Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының Хабаршысы-2013-№ 3(64).

Резюме

Ж.З. Нурманова, И. Тулеев

АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия», г.Шымкент, Казахстан
Медицинский институт МКТУ им. Ясави, г.Шымкент, Казахстан

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО РАЗВИТИЯ И ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ (по г. ШЫМКЕНТУ)

В статье представлен ретроспективный обзор некоторых статистических данных по острым отравлениям алкогольными напитками по мере медико-санитарного развития населения города Шымкента в 2002-ом и 2019-ом годах. Дается характеристика изменений по этим отравлениям в связи с изменениями уровня жизни граждан. На их основе приведены рекомендации, направленные на поиск действенных мер по предупреждению и предотвращению этого вида отравлений.

Ключевые слова: алкоголь, отравление, токсикология, медико-социальный, заболеваемость, смертность, статистика.

Summary

Zhanar Zulupekovna Nurmanova., Ikram Tuleyev

JSC “South Kazakhstan Medical Academy”, Shymkent c., RK
Medical Institute of International Kazakh-Turkish University after Yasawi, Shymkent c., RK

COMPARATIVE INDICATORS OF SOCIO-MEDICAL DEVELOPMENT AND ACUTE ALCOHOL POISONING (FOR EXAMPLE OF SHYMKENT CITY)

This article analyzed by retrospective an overview of some statistics on acute alcohol poisoning in Shymkent, during the period of socio-medical development from 2002 to 2019 years.

Given by changes in this poisoning are described in connection with changes in the standard of living of citizens. The basis of on them, made are recommendations, direct to research regarding effective ways to prevent and prevent this type of poisoning.

Key words: alcohol, poisoning, toxicology, medical-social, diseases, death, statistic.

Сведения об авторах:

Нурманова Жанар, магистрант Южно-Казахстанской медицинской академии, врач приемного отделения Областного Центра гипербарической оксигенации имени Т.Орумбаева, г.Шымкент, e-mail: kausar.syr@mail.ru
Тулеев Икрам, старший преподаватель кафедры хирургии, анестезиологии, реанимации Медицинского института МКТУ им.Ясави, Шымкент, e-mail: har-mktu@mail.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

МРНТИ: 76.29.53

С.Л. Матвеева, О.С. Шевченко

Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков, Украина

МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА СТЕРОИДОВ У ПАЦИЕНТКИ, СТРАДАЮЩЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Резюме

Приведен случай наблюдения заболевания стероидным туберкулезом (ТБ) в виде милиарного туберкулеза с множественной локализацией: легких, плевры; брюшины; сальника; левой маточной трубы, подтвержденный микробиологически и гистологически у пациентки 52 лет, страдающей системной красной волчанкой. Случай является типичным примером «стероидного» туберкулеза, склонного к генерализации и множественной локализации и нередко приводящего к летальному исходу, и обращает внимание ревматологов, гинекологов, онкологов, эндокринологов и врачей других специальностей на повышенный риск заболевания туберкулезом пациентов, длительно принимающих стероидные гормоны. Такие пациенты требуют осторожности в отношении туберкулеза и при наличии подозрительных симптомов этого заболевания адекватного обследования.

Ключевые слова: туберкулез, системная красная волчанка, стероидная терапия.

Туберкулезная инфекция имеет более выраженную склонность к генерализации в условиях иммуносупрессии и может быть вторичной как для самого заболевания, так и как следствием иммуносупрессивной терапии. Несколько исследований из разных стран зафиксировали повышенную восприимчивость к туберкулезу среди больных системной красной волчанкой (СКВ), особенно там, где туберкулез является эндемичным [4,6,10]. В испанском исследовании было сообщено, что в шесть раз [3], а в исследовании из Гонконга сообщалось, что заболеваемость туберкулезом в 5-15 раз выше в группе СКВ по сравнению с общей совокупностью [9].

У больных СКВ внелегочный туберкулез (ВЛТБ) встречается чаще, чем туберкулез легких [4]. В наблюдении за 452 больными СКВ, получавших иммунодепрессивную терапию, в 42 случаях диагностировали туберкулезную инфекцию, из них у 23,8% диагностировали туберкулез легких, а 73,8% - внелегочные локализации [10]. В другом распространенном исследовании на 3000 больных СКВ также были обнаружены больные туберкулезом. В 47,6% случаев это был легочный туберкулез, в 52,4% - ВЛТБ [4]. Пациенты с СКВ более подвержены риску распространения туберкулезной инфекции в организме. Распространенный туберкулез у больных системной красной волчанкой (СКВ) может проявляться не так, как у иммунокомпетентных пациентов. Риск заболеваемости милиарным туберкулезом с множественными локализациями из-за поздней диагностики и неспецифических клинических симптомов, имитирующих волчанку, более высокий. Поэтому ранняя диагностика туберкулеза легких имеет важное значение для его эффективного лечения. Тем более, что высокие дозы стероидной терапии, применяемые для лечения СКВ является важным фактором риска заболевания туберкулезом.

Приводим наблюдение случая заболевания стероидным туберкулезом у больной системной красной волчанкой. Пациентка 52 лет, на протяжении 4 лет принимавшая 12 мг метилпреднизолона в сутки по поводу системной красной волчанки, обратилась в поликлинику в связи с появлением болей внизу живота и периодического повышения температуры тела до 37,5 °С, а иногда и до 39,0 °С.

Больная была обследована гинекологом и, в связи с подозрением на онкопатологию, направлена для дальнейшего обследования в онкодиспансер. Согласно данным компьютерной мультidetекторной томографии с контрастированием (рис. 1,2,3) обнаружены признаки мягко-тканевой компоненты левой тубо-овариальной области размерами 33x20 мм, маточная труба извитой кистозной структуры до 6 мм, минимальный асцит, участок локального поражения висцеральной брюшины.



Рисунок 1 - Компьютерная мультidetекторная томография с контрастированием. Очаговая диссеминация брюшины.

Рисунок 2 - Компьютерная мультidetекторная томография с контрастированием

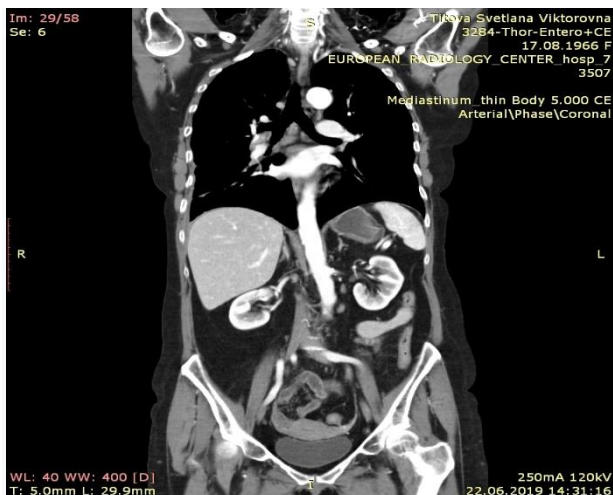


Рисунок 3 - Компьютерная мультidetекторная томография контрастированием. Инфильтрат в тубо-овариальной зоне.

Был заподозрен карциноматоз брюшины.

В процессе лапароскопического стадирования было обнаружено очаговое обсеменение брюшины, и сделана биопсия сальника и рандомные биопсии брюшины; гистологическое исследование выявило большое количество пролиферативных эпителиоидно-клеточных гранул с наличием гигантских многоядерных клеток Лангханса.

На основании проведенных исследований у больного был заподозрен диагноз туберкулеза, и пациентка была направлена в Харьковский областной противотуберкулезный диспансер №1 для уточнения диагноза.

Общее состояние пациентки был относительно удовлетворительным. Больная была достаточного питания. При пальпации отмечалось диффузное увеличение щитовидной железы 1 степени. Кожа бледная, сухая с эритематозными высыпаниями на верхних (рис.4) и нижних конечностях (рис. 5).



Рисунки 4, 5 - Эритематозные высыпания на верхней и нижней конечностях, характерные для СКВ

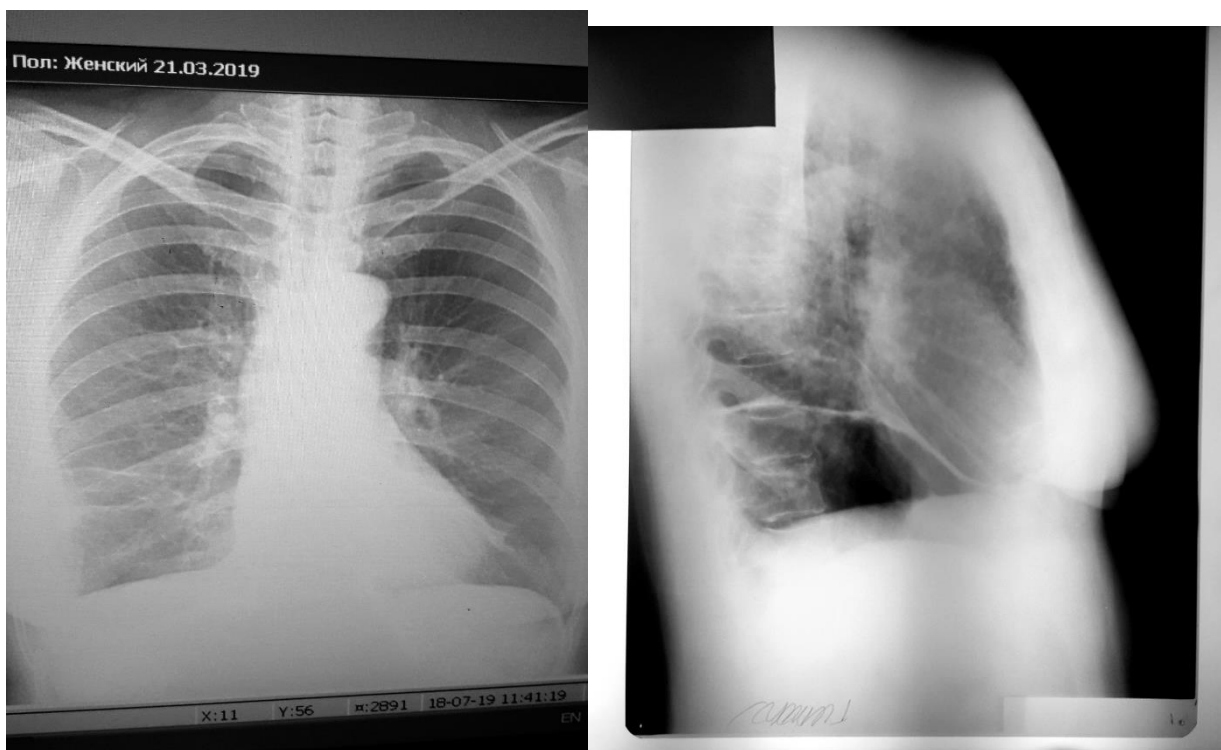
Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Пульс 72 удара в мин. Над легкими выслушивалось ослабленное дыхание с жестким оттенком и шум трения плевры ниже лопатки справа. Печень на 2 см выступала из-под края реберной дуги. Периферических отеков не было.

Пациентка была повторно обследована гинекологом, и было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. При УЗИ (рис. 6) выявлено расширение левой маточной трубы, что было истолковано как изменения характерные для туберкулеза.



Рисунок 6 - Сонограмма органов малого таза. Расширение левой маточной трубы.

При рентгенологическом исследовании органов грудной полости обнаружена милиарная диссеминация в легких и признаки правостороннего плеврита в виде запяянного синуса и межплевральных шварт (рис.7, 8).



Рисунки 7, 8 - Рентгенограммы органов грудной полости в прямой и боковой проекциях. Милиарная диссеминация в легких. Правосторонний туберкулезный осумкованный плеврит.

Поскольку больная не выделяла мокроты, для микробиологического исследования были взяты промывные воды бронхов, в которых микроскопически при окраске мазка по Цилю-Нильсену выявлено 7 кислотоустойчивых бактерий на 100 полей зрения. При молекулярно-генетическом исследовании материала (GeneXpertMTB / RIF) также была обнаружена ДНК микобактерий туберкулеза (МБТ) с сохраненной чувствительностью к рифампицину. В клиническом анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз (9,8 г / л) и увеличение СОЭ (32 мм / час.). В моче обнаружен белок (0,084 г / л) и гиалиновые цилиндры. В биохимическом анализе крови отмечалось снижение общего белка до 59,4 г / л. Других патологических изменений не обнаружено.

Больной был поставлен диагноз милиарного туберкулеза с множественной локализацией: легких, плевры; брюшины; сальника; левой маточной трубы, подтвержденный микробиологически и гистологически. Системная красная волчанка. Диффузная гиперплазия щитовидной железе 1 ст., Эутиреоз. Учитывая генерализованный процесс, лечение начато по индивидуальной схеме 6 препаратами изониазидом, рифампицином, пиразинамидом, этамбутолом, канамицином и офлоксацином до получения данных о чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам по результатам посева. По результатам посева был выявлен рост МБТ с устойчивостью только к стрептомицину. Через 2 месяца у больной прекратилось бактериовыделение, и она была переведена на поддерживающую фазу лечения.

Ряд исследований продемонстрировали развитие туберкулеза у лиц с СКВ, которые находились на длительном лечении стероидами. Одно исследование показало, что на каждую дозу преднизолонa в 1 г вероятность заболеть туберкулезом увеличивается на 23%. Влияние кортизола на иммунный ответ на туберкулезные антигены *Mycobacterium* изучали *in vitro* и продемонстрировали, что кортизол в пределах физиологического диапазона может подавлять микобактериальную антиген-управляемую пролиферацию клеток, а также выработку интерферона-гамма. Таким образом, эндогенные уровни кортизола могут способствовать снижению ответа лимфоидных клеток на антигены микобактерий.

Наш случай показывает более высокую склонность к развитию туберкулеза у больных с СКВ. Волчанка - это заболевание с обострениями, а инфекции - одна из самых распространенных причин вспышки болезни. Диагностика туберкулеза при СКВ сложна из-за схожих клинических проявлений. В настоящее время существует дефицит доказательных рекомендаций для лечения туберкулеза в условиях СКВ. При уточнении

природы заболевания и дальнейших исследованиях могут проявиться вопросы управления этими двумя заболеваниями в их сочетании.

В нашем случае наблюдается сочетание легочной и множественной внелегочной локализации туберкулеза у больной СКВ. Туберкулез у пациентов с СКВ размывает клиническую картину, особенно при большом количестве локализаций ВЛТБ. Диагноз туберкулеза устанавливается на основе анализа жидкостей и тканей организма, часто занимает длительное время; таким образом, затягивая диагноз [6]. Другой аспект презентации ВЛТБ - это совокупность неспецифических симптомов, таких как непонятная лихорадка, боль в суставах, утомляемость и серозит, которые также наблюдаются у пациентов с СКВ, что делает диагностику туберкулеза более сложной [7]. Предыдущие исследования показали, что временной интервал между началом туберкулеза и диагностикой может варьировать от одного месяца до одного года [2, 8].

Согласно протоколов стран мира пациентам, которые получают длительную иммуносупрессивную терапию в форме 15 мг преднизона в сутки или его эквивалента и имеют положительный результат пробы Манту или теста IGRA, рекомендуется курс химиопрофилактики изониазидом в течение 6 месяцев [1]. Рекомендации также предлагают использовать ежегодную пробу Манту для лиц, имеющих повышенный риск [5]. Этот риск хорошо установленный для определенных групп пациентов, но точно неизвестен у больных волчанкой. Исследование в Индии показало уменьшение распространенности активного туберкулеза у больных волчанкой, получавших терапию кортикостероидами, после приема изониазида в случаях латентного туберкулеза [3]. Лечение туберкулеза у больных СКВ отвечает параллельным рекомендациям в отношении больных без СКВ. Так как нефрит является одним из распространенных осложнений СКВ, и пациенты с нефритом более чувствительны к развитию туберкулеза [9], а также нефротоксический эффект некоторых противотуберкулезных препаратов (ППП), пациентам с нарушением функции почек необходимо корректировки дозы ППП. Еще одной проблемой для рассмотрения является индуцированная лекарствами волчанка, вторичная, вызванная противотуберкулезной терапией, которая развивается примерно у 20% пациентов, получающих изониазид, из которых менее в 1% развивается клиническая волчанка, что требует прекращения приема лекарств [9].

Данный случай обращает внимание ревматологов, гинекологов, онкологов, эндокринологов и врачей других специальностей на повышенный риск заболевания туберкулезом пациентов, длительно принимающих стероидные гормоны. Случай является типичным примером «стероидного» туберкулеза, склонного к генерализации и множественной локализации.

Такой вариант заболевания при поздней диагностике и прогрессировании нередко приводит к летальному исходу. Пациенты, длительно принимающих синтетические аналоги глюкокортикоидных гормонов требуют осторожности в отношении туберкулеза и при наличии подозрительных на туберкулез симптомов адекватного обследования. Решающее значение в постановке диагноза туберкулеза имеет рентгено-томографическое исследование органов грудной полости и микробиологическое исследование мокроты или промывных вод бронхов с использованием микроскопии мазка, амплификационных методов и методов посева на микобактерии туберкулеза.

При подозрении на внелегочную локализацию туберкулеза целесообразно проведение консультаций соответствующих специалистов, ультразвукового и томографического исследования и гистологического исследования биопсийного материала. Особенностью туберкулеза является отсутствие на фоне СКВ клинических, строго патогномичных только для этой патологии симптомов. Туберкулез остается великим мимом, неизменно примеряющим маски других заболеваний.

Литература

1. American Thoracic Society. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000; 161:221–47.
2. Erdozain JG, Ruiz-Iratorza G, Egurbide MV, Martinez-Berriotxo A, Aguirre C. High risk of tuberculosis in systemic lupus erythematosus? *Lupus.* 2006;15:232–35.
3. Gaitonde S, Pathan E, Sule A, Mittal G, Joshi VR. Efficacy of isoniazid prophylaxis in patients with systemic lupus erythematosus receiving long term steroid treatment. *Ann Rheum Dis.* 2002; 61:251–53.
4. Hou CL, Tsai YC, Chen LC, Huang JL. Tuberculosis infection in patients with systemic lupus erythematosus: Pulmonary and extra-pulmonary infection compared. *Clin Rheumatol.* 2008; 27:557–63.
5. Miras MD, Tenorio CH, Alonso JJ. Tuberculosis in patients with systemic lupus erythematosus: Spain's situation. *Reumatología Clínica (English Edition)* 2013;9(6):369–72.
6. Prabu VN, Agrawal S. Systemic lupus erythematosus and tuberculosis: A review of complex interactions of complicated diseases. *Journal of Postgraduate Medicine.* 2010;56(3):244–47.

7. Ribeiro FM, Szyper-Kravitz M, Klumb EM, Lannes G, Ribeiro FR, Albuquerque EM, et al. Can lupus flares be associated with tuberculosis infection? *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. 2010;38(2-3):163–68.
8. Sayarlioglu M, Inanc M, Kamali S, Cefle A, Karaman O, Gul A, et al. Tuberculosis in Turkish patients with systemic lupus erythematosus: Increased frequency of extrapulmonary localization. *Lupus*. 2004; 13:274–78.
9. Tam LS, Li EK, Wong SM, Szeto CC. Risk factors and clinical features for tuberculosis among patients with systemic lupus erythematosus in Hong Kong. *Scand J Rheumatol*. 2002; 31:296–300.
10. Zhang L, Wang DX, Ma L. A clinical study of tuberculosis infection in systemic lupus erythematosus. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. 2008;7:808–10.

Түйін

Матвеева С.Л., Шевченко О.С.

Харьков ұлттық медицина университеті, Харьков қ., Украина

Ұзақ мерзімді стероидті терапиямен жүйелі қызыл жүқпалы эритематозы бар науқаста көпжылдық локализацияланған милитарлы туберкулез

Стероидты туберкулез (ТБ) ауруын бірнеше локализациямен милиарлы туберкулез түрінде байқау жағдайы: өкпе, плевра; перитонеум; қорап; сол жақ фаллопиялық түтікшені жүйелі қызыл эритематозы бар 52 жастағы науқас микробиологиялық және гистологиялық растады. Бұл жағдай стероидты гормондарды ұзақ уақыт қабылдаған пациенттерде туберкулез қаупінің жоғарылауына, стероидты туберкулездің типтік мысалы болып табылады, ол жалпылауға және бірнеше локализацияға бейім және көбінесе өлімге әкеледі және ревматологтардың, гинекологтардың, онкологтардың, эндокринологтардың және басқа мамандық дәрігерлерінің назарын аударады. Мұндай науқастар туберкулезге қатысты сақтықты және осы аурудың күдікті белгілері болған кезде тиісті тексеруді қажет етеді.

Кілт сөздер: туберкулез, жүйелі қызыл иек, стероидты терапия

Summary

Matvyyeva S.L., Shevchenko O.S

Kharkov national medical university, Kharkov city, Ukraine

MULTIPLE-LOCALIZED MILIARY TUBERCULOSIS IN A PATIENT WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH LONG-TERM STEROID THERAPY

A case of observing a disease of steroid tuberculosis (TB) in the form of miliary tuberculosis with multiple localization: lungs, pleura; peritoneum; stuffing box; of the left fallopian tube, confirmed microbiologically and histologically in a 52-year-old patient with systemic lupus erythematosus. The case is a typical example of “steroid” tuberculosis, which is prone to generalization and multiple localization and often leads to death and draws the attention of rheumatologists, gynecologists, oncologists, endocrinologists and other doctors of other specialties to the increased risk of tuberculosis in patients who take steroid hormones for a long time. Such patients require caution regarding tuberculosis and, in the presence of suspicious symptoms of this disease, an adequate examination.

Key words: tuberculosis, systemic lupus erythematosus, steroid therapy

Сведения об авторах

Матвеева Светлана Леонидовна, доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Харьковского национального медицинского университета, к. мед. н., доцент, Украина, г. Харьков, ул.Ньютона-145, +38(067)9331728, Kjara.clair@gmail.com

Шевченко Ольга Станиславна, заведующая кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Харьковского национального медицинского университета, д. мед. н., профессор, Украина, г. Харьков, ул.Ньютона-145, +38(066)7718706, diva5002007@yahoo.com

UDC: 616.24-002.5:616.89

O.S. Shevchenko¹, V.P. Kiba², O.O. Pohorielova¹

¹Kharkiv National Medical University, Kharkov city, Ukraine

² Municipal Non-profit Enterprise of the Kharkiv Regional Council "Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3",
Kharkov city, Ukraine

TUBERCULOSIS: COMORBIDITY WITH PSYCHIATRIC AND PSYCHOLOGICAL DISORDERS

Review

Maintaining adherence to treatment today is one of the key points in overcoming the epidemic of drug-resistant tuberculosis. In this regard, it becomes relevant to study the quality of life, psychological and mental disorders in patients with tuberculosis in order to further correct them and increase patient's adherence to treatment. The purpose of the study was to investigate prevalence of psychological and psychiatric disorders in tuberculosis patients. Materials and methods. Medical records of 340 patients of Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3 were included in retrospective study for 2015-2019. 100 patients of Kharkiv Regional Tuberculosis Dispensary No. 1 and 20 healthy persons were included in prospective study and were interviewed with fs-36 scale. Results. The prevalence of schizophrenia, schizotypal and schizoaffective disorders (80%), mental retardation (12%) and other mental disorders, in particular due to brain damage or somatic disease (8%) in patients with tuberculosis was found. Significant differences were found in the quality of life parameters in patients with tuberculosis and in healthy individuals, as well as a deterioration in the quality of life with an expansion of the drug-resistance spectrum.

Conclusions. As a result of the study, the main mental disorders observed in patients with tuberculosis were identified, and a significant deterioration in the quality of life parameters in patients with tuberculosis and their dependence on the spectrum of drug-resistance were found.

Key words: tuberculosis, psychiatric disorders, psychological disorders

Introduction. Tuberculosis (TB) remains a great burden for many countries and especially for people from vulnerable groups. About 10 million new TB cases of the disease and about 1,500,000 of TB deaths are registered annually [1]. The relationship between tuberculosis and mental disorders has long been known, but not well understood. Mental disorders, such as anxiety, affective disorders, drug addiction are often found among patients with tuberculosis [2-4] and can occur as a result of tuberculosis disease, and vice versa can be risk factors for its development due to the emergence of certain patterns of social behavior that lead to weakening of the immune system and increasing the chances of infection [5], as well as reduce adherence to treatment [6]. In some social groups, the double stigmatization of tuberculosis patients and patients with mental disorders creates significant barriers to preventive and therapeutic measures.

On the other hand, there are some studies that show an increase in the tuberculosis treatment effectiveness with the additional use of psychotherapeutic methods. In particular, such studies were provided in India [7], Peru [8], Ethiopia [9]. All of them showed a decrease in stigmatization of patients, an increase in adherence to treatment and an increase in the treatment effectiveness of both drug-sensitive and multidrug-resistant tuberculosis.

Therefore, the need for understanding the relationship between tuberculosis and mental disorders and the creation of holistic, interdisciplinary, personality-oriented health systems for the treatment of tuberculosis and concomitant mental disorders are obvious, especially in low- and middle-income countries.

The **purpose** of the study was to investigate prevalence of psychological and psychiatric disorders in tuberculosis patients.

Materials and methods. Medical records of 340 patients of Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3 were included in retrospective study for 2015-2019. 100 patients of Kharkiv Regional Tuberculosis Dispensary No. 1 and 20 healthy persons were included in prospective study and were interviewed with fs-36 scale. Statistical data processing was carried out with Statistica 8.0.

Results and discussion. A retrospective study of the structure of psychiatric pathology among 340 patients with tuberculosis who were hospitalized in the Kharkiv Regional Psychiatric Hospital No. 3 2015-2019 showed the predominance of schizophrenia, schizotypal and schizoaffective disorders (80%), mental retardation (12%) and other mental disorders, in particular due to brain damage or somatic disease (8%).

A prospective assessment of the quality of life of patients treated for tuberculosis in the Kharkiv Regional TB dispensary No. 1 and healthy individuals showed good results in the healthy control group (Group 0; n = 20), slightly lower in patients with drug-sensitive tuberculosis (Group 1; n = 50), and the lowest one - in patients with multidrug-

resistant tuberculosis (Group 2, n = 50) in parameters of: vital signs (Group 0 - 68.75 ± 0.95 ; Group 1 - 34.4 ± 3.3 ; Group 2 - 6.72 ± 1.6 ; $p < 0.05$), social functioning (Group 0 - 100.00; Group 1 - 62.4 ± 4.1 ; Group 2 - 33.4 ± 3.5 ; $p < 0.05$), the role function due to the emotional state (Group 0 - 100; Group 1 - 40.6 ± 5.8 ; Group 2 - 22.5 ± 4.4 ; $p < 0.05$) and general mental health (Group 0 - 68.0 ± 0.65 ; Group 1 - 52.5 ± 2.2 ; Group 2 - 29.3 ± 1.6 ; $p < 0.05$). A comparison of the quality of life in groups is presented in Table 1.

Table 1 - Comparison of quality of life with sf-36 scale

| Parameter | Group 0 – Healthy persons | Group 1 – Patients with drug-sensitive tuberculosis | Group 2 – Patients with multidrug-resistant tuberculosis |
|--|---------------------------|---|--|
| Vital signs* | 68.75 ± 0.95 | 34.4 ± 3.3 | 6.72 ± 1.6 |
| Social functioning* | 100.0 | 62.4 ± 4.1 | 33.4 ± 3.5 |
| Role function due to the emotional state* | 100.0 | 40.6 ± 5.8 | 22.5 ± 4.4 |
| General mental health* | 68.0 ± 0.65 | 52.5 ± 2.2 | 29.3 ± 1.6 |
| * significant difference between groups ($p < 0.05$) | | | |

The results obtained indicate the need for screening for tuberculosis among patients with mental disorders, since the features of their behavior and lifestyle can be a risk factor for the development of tuberculosis.

The decline in the quality of life in patients with tuberculosis and their psychological disorders, especially increasing with the expansion of drug-resistance, require the introduction of psychological assistance in the treatment plan, which can help patients cope with stress and increase their adherence to treatment.

Conclusions. As a result of the study, the main mental disorders observed in patients with tuberculosis were identified, and a significant deterioration in the quality of life parameters in patients with tuberculosis and their dependence on the spectrum of drug-resistance were found. The data obtained indicate the feasibility of screening for tuberculosis among patients with mental disorders and the introduction of psychological assistance to patients with tuberculosis.

References

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: WHO; 2019.
2. A review of the interplay between tuberculosis and mental health / Doherty AM [et al.] // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2013. – Vol. 35, № 4. – P. 398–406. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.03.018
3. Depression among patients with tuberculosis: determinants, course and impact on pathways to care and treatment outcomes in a primary care setting in southern Ethiopia – a study protocol / Ambaw F [et al.] // BMJ Open. – 2015. – Vol. 5, №7. – P. e007653. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007653
4. Depression comorbid with tuberculosis and its impact on health status: cross-sectional analysis of community-based data from 48 low- and middle-income countries / Koyanagi A [et al.] // BMC Med. – 2017. – Vol. 15, № 1. – P. 209. doi: 10.1186/s12916-017-0975-5
5. Tuberculosis and noncommunicable diseases: neglected links and missed opportunities / Creswell J [et al.] // Eur. Respir. J. – 2011. – Vol. 37, № 5. – P. 1269–82. doi: 10.1183/09031936.00084310
6. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research / Munro SA [et al.] // PLoS Med. – 2007 – Vol. 4, № 7. – P. e238. doi: 10.1371/journal.pmed.0040238
7. Psychotherapy improves compliance with tuberculosis treatment / Janmeja AK [et al.] // Respiration. – 2005. – Vol. 72, № 4. – P. 375–80. doi: 10.1159/000086251
8. Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: five years of experience / Acha J [et al.] // Global Public Health. – 2007. – Vol. 2, № 4. – P. 404–17. doi: 10.1080/17441690701191610
9. Patients infected by tuberculosis and human immunodeficiency virus facing their disease, their reactions to disease diagnosis and its implication about their families and communities, in Burkina Faso: a mixed focus group and cross sectional study / Méda ZC [et al.] // BMC Res Notes. – 2016. – Vol. 9, № 373. doi: 10.1186/s13104-016-2183-3

Түйін

О.С. Шевченко¹, В.П. Кйба², О.А. Погорелова¹

¹Харьков Ұлттық медицина университеті, Харьков қ., Украина

²Харьков облыстық кеңесінің "№3 облыстық клиникалық психиатриялық ауруханасы" коммуналдық коммерциялық емес кәсіпорны, Харьков қ., Украина

ТУБЕРКУЛЕЗ: ПСИХИАТРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРЫ БАР КОМОРБИДЛІК

Бүгінгі күні емдеуге бейімділікті қолдау химиорезистентті туберкулез індетін жеңудегі маңызды сәттердің бірі болып табылады. Осыған байланысты одан әрі түзету және пациенттердің емдеуге бейімділігін арттыру мақсатында туберкулезбен ауыратын науқастарда өмір сүру сапасын, психологиялық және психикалық бұзылуларды зерделеу өзекті болып отыр. Осы зерттеудің мақсаты туберкулезбен ауыратын науқастар арасында психологиялық және психикалық бұзылыстардың таралуын зерттеу болды. Материалдар мен әдістер. Харьков қ. № 3 облыстық клиникалық психиатриялық аурухананың 340 емделушісінің 2015-2019 жылдардағы ауру тарихы ретроспективті зерттелді және Г. Харьков қ. № 1 облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің 100 пациенті мен бақылау тобының 20 дені сау тұрғындарына SF-36 шкаласы бойынша сауалнама арқылы проспективті зерттеу жүргізілді. Нәтижелер. Шизофренияның, шизотиптік және шизоаффективтік бұзылулардың (80%), ақыл-ой кемістігінің (12%) және басқа да психикалық бұзылыстар, атап айтқанда, туберкулезбен ауыратын емделушілерде бас миының зақымдануымен немесе соматикалық аурумен (8%) байланысты басымдылығы анықталды. Туберкулезбен ауыратын науқастардың және дені сау адамдардың өмір сүру сапасы көрсеткіштерінің нақты айырмашылықтары, сондай-ақ резистенттілік спектрін кеңейте отырып, өмір сүру сапасының нашарлауы белгіленді. Қорытынды. Жүргізілген зерттеу нәтижесінде туберкулезбен ауыратын науқастарда байқалатын негізгі психикалық бұзылыстар анықталды, сондай-ақ туберкулезбен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасы параметрлерінің нақты нашарлауы және олардың химиялық резистенттілік спектріне тәуелділігі анықталды.

Кілт сөздер: туберкулез, психикалық бұзылыстар, психологиялық бұзылыстар.

Резюме

О.С. Шевченко¹, В.П. Коба², О.А. Погорелова¹

¹Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

²Коммунальное некоммерческое предприятие Харьковского областного совета «Областная клиническая психиатрическая больница №3», г. Харьков, Украина

ТУБЕРКУЛЕЗ: КОМОРБИДНОСТЬ С ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Поддержание приверженности к лечению на сегодняшний день является одним из ключевых моментов в преодолении эпидемии химиорезистентного туберкулеза. В связи с этим актуальным становится изучение качества жизни, психологических и психических нарушений у больных туберкулезом с целью дальнейшей коррекции и повышения приверженности пациентов к лечению. Целью данного исследования было изучить распространенность психологических и психических нарушений среди больных туберкулезом. Материалы и методы. Были ретроспективно изучены истории болезней 340 пациентов Областной клинической психиатрической больницы № 3 г. Харькова за 2015-2019 гг. и проведено проспективное исследование, которое включало опрос по шкале sf-36 100 пациентов Областного противотуберкулезного диспансера № 1 г. Харькова и 20 здоровых лиц, составивших группу контроля. Результаты. Было установлено преобладание шизофрении, шизотипических и шизоаффективных расстройств (80%), умственной отсталости (12%) и других психических расстройств, в частности, обусловленных повреждением головного мозга или соматической болезнью (8%) у пациентов с туберкулезом. Были установлены достоверные различия показателей качества жизни у больных туберкулезом и у здоровых лиц, а также ухудшение качества жизни с расширением спектра резистентности. Выводы. В результате проведенного исследования были выявлены основные психические нарушения, наблюдаемые у больных туберкулезом, а также установлено достоверное ухудшение параметров качества жизни у больных туберкулезом и их зависимость от спектра химиорезистентности.

Ключевые слова: туберкулез, психические расстройства, психологические нарушения.

Сведения об авторах:

1. Шевченко Ольга Станиславна, заведующая кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Харьковского национального медицинского университета, д. мед. н., профессор, Украина, г. Харьков, ул. Ньютона-145, +38(066)7718706, diva5002007@yahoo.com

2. В.П. Коба, Коммунальное некоммерческое предприятие Харьковского областного совета «Областная клиническая психиатрическая больница №3», г. Харьков, Украина

3. О.А. Погорелова, Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

МРНТИ 76.29.51

Махамбетова Г.С.¹, Жаркинбекова Н.А.²

¹Городская детская клиническая больница¹, г.Шымкент, Казахстан

²Южно-Казахстанская медицинская академия², г.Шымкент, Казахстан

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭПИЛЕПСИИ С ГЕЛАСТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ГАМАРТОМЫ ГИПОТАЛАМУСА

Резюме

Среди эпилептических приступов наиболее редкими являются геластические, характеризующиеся насильственным смехом, вследствие гамартомы гипоталамуса. Геластические приступы могут быть связаны с височными и лобными фокальными очагами эпилепсии, опухолями, туберозным склерозом, очагами инфекционного поражения, в том числе с гамартомой гипоталамуса. Ткань гамартомы гипоталамуса по своей природе является эпилептогенной зоной. В статье представлен клинический случай эпилепсии с геластическими приступами у ребенка с гамартомой гипоталамуса. Благодаря видеоэлектроэнцефало-графическому (ЭЭГ) мониторингу был доказан эпилептический характер эпизодов пароксизмального смеха у ребенка. Магнитно-резонансное томографическое (МРТ) обследование выявило причину геластических приступов. Это позволило лечащим врачам и родителям более объективно понимать картину заболевания ребенка и интенсифицировать терапию.

Ключевые слова: эпилепсия, геластические приступы, гамартома гипоталамуса, видеоЭЭГ.

Геластические приступы – фокальные эпилептические приступы, проявляющиеся внезапными эпизодами насильственного смеха, частота встречаемости составляет 0,1% среди всех пациентов с эпилепсией. Возможность возникновения внезапных эмоций как проявление эпилепсии предполагалась еще в конце 19-го века [1]. Эти эмоции обычно описывались как неприятные. Чаще всего отмечалось чувство страха. Приступы смеха впервые были описаны в 1877 году [2], отмечались также «эмоции смешливого характера» как часть приступа [3]. У некоторых пациентов помимо геластических приступов наблюдаются также приступы плача, которые называются «дакрестическими» или «quistarian» приступами [4].

Вышеописанные эпилептические приступы были описаны при различных эпилептических состояниях, связанных с дисфункцией лобной или височной доли. Но чаще всего геластические приступы наблюдались при гамартоме гипоталамуса. Связь эпилептических приступов смеха с гипоталамической гамартомой впервые была диагностирована и описана С. F. List и G.G. Gascon в 1958 г. [5,6]. Авторы предположили, что причиной ГП во многих случаях являются опухоли в области промежуточного мозга. Были предложены следующие критерии геластических приступов: повторяющиеся, стереотипные приступы, отсутствие внешних провоцирующих факторов, сочетание с другими клиническими проявлениями эпилептического характера, наличие интериктальных или иктальных эпилептиформных разрядов, отсутствие состояние, при которых может возникать патологический хохот[6].

Гамартомы гипоталамуса – относительно редкие опухоли. Такие опухоли развиваются примерно у 1 из 200000 детей и подростков. Мужчины имеют немного более высокий риск, чем женщины (приблизительно 1,3 к 1). Гамартомы гипоталамуса встречаются во всем мире, без каких-либо очевидных географических картин. Это объемное образование шаровидной формы, не склонное к экспансивному росту, доброкачественного характера, представляющее собой очаг эктопии различных непропорционально развитых, малодифференцированных элементов ткани. По морфологической классификации ГГ соответст-вует ганглиоцитомам (доброкачественная опухоль из элементов симпатических нервных ганглиев, G I, низкий пролиферативный потенциал, минимальная ядерная атипия) [8,9]. На данный момент активно изучается эпилептогенный потенциал ГГ и ее влияние на патогенез ГП. Классическое учение об эпилепсии подразумевает происхождение фокальных припадков исключительно в коре головного мозга, при этом только тормозные эффекты обусловлены влиянием подкорковых структур. Однако, многие электрофизиологические и нейровизуализационные исследования за последние десятилетия свидетельствуют о значительной роли подкорковых образований в начале эпилептического приступа [9].

Представляем клинический случай ребенка, П., 2.02.2010г., который находился на стационарном лечении в неврологическом отделении Городской детской клинической больницы г. Шымкент с 31.01 по 12.02.20г с диагнозом: Доброкачественное объемное образование гипоталамуса, симптоматическая эпилепсия с

фокальными геластическими приступами с трансформацией в билатеральные тонико-клонические приступы, фармакорезистентная форма.

При поступлении: жалобы на частые потери сознания (3 раз в неделю), сопровождающиеся фона-торными приступами в виде непроизвольного, насильственного смеха, с парезом взора влево и орофасциальным компонентом с дальнейшим переходом во вторично генерализованные тонико-клонические судороги. Со слов мамы, предвестниками приступов являлись чувство тревоги, выраженное снижение настроения, слабость, повышенная утомляемость. Анамнез заболевания: со слов мамы ребенок болеет с сентября 2019г с частыми простудными заболеваниями, температура тела периодически поднималась до 39С. Принимал лечение амбулаторно.

В течение последнего месяца у ребенка развивались впервые частые приступы непроизвольного смеха с вторичной генерализацией с частотой 3 раза в неделю, принимал препарат конвулекс в дозе 600 мг в сутки. В день поступления у ребенка развились генерализованные тонико-клонические приступы с потерей сознания, вызвали бригаду СМП в экстренном порядке доставлен в стационар на госпитализацию.

Из анамнеза жизни: 2-ой ребенок, от 2-х родов с отягощенным акушерским анамнезом. Ребенок родился со сроком 38 недель, ВПР с массой 2900 гр, отмечалось преждевременное отхождение околоплодных вод, безводный период до 14 часов, госпитализирован в ОРИТ, по тяжести состояния принимал оксигенотераю. К груди приложили на 4е сутки, сосал не активно. Выписан на 10-е сутки. В дальнейшем периодически принимал амбулаторное лечение у невролога.

До настоящего момента ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Наследственность по отцовской линии отягощена, младший брат отца (дядя ребенка) страдал приступами судорог с 9 летнего возраста. Объективно на момент осмотра состояние ребенка тяжелое, тяжесть обусловлена общемозговой симптоматикой и судорожным синдромом. Кожные покровы бледные, высыпаний нет. Аускультативно в легких хрипов нет, сердечный ритм не нарушен. Живот мягкий безболезненный. Стул, диурез не нарушен. В неврологическом статусе - сознание ясное, на осмотр реагирует, ОГ – 54см, округлая, венозная сеть на висках, переносице. Черепные нервы без грубой патологии. Парезов нет. Мышечный тонус по нормальному типу. Глубокие рефлексы повышены, D=S, с акцентом справа. Координаторные пробы выполняет с легким промахиванием слева. Дисметрия. В позе Ромберга устойчив. Чувствительных нарушений нет. Функция тазовых органов – без нарушений.

Менингеальные знаки отрицательные. Чувствительность не нарушена. В координаторной сфере не устойчив (атаксия). Эмоционально лабилен. Интеллект сохранен.

Семиология приступов: фокальные - в виде геластических приступов с наличием насильственного смеха, парезом взора влево и орофасциальным компонентом с трансформацией в билатеральные тонико-клонические приступы.

При обследовании: в общем анализе крови без особенностей (СОЭ повышено до 20), в анализе крови на гормоны было выявлено: инсулин – 22,73мкМЕ/мл, пролактин – 352,80мМЕ/мл, тестостерон – 0,420 нг/мл (при № - 0,020 – 0,250), кортизол – 527,70нмоль/л, Т3свободный – 5,07пмоль/л, Т4 свободный – 17,89пмоль/л, отмечается повышение уровня тестостерона, что патогномично для данного заболевания.

При проведении телеметрического электро-энцефалографического мониторинга (от 2.02.2020г.) во время сна и бодрствования наблюдались диффузные замедления корковой ритмики, очаговые изменения БЭАГМ фоновой ритмики наблюдались над левым темпоральным отделом в виде одиночных и пробегов групповых патологических медленных потенциалов. (рис.1). А также выявлена эпилептическая активность с фокусом в медиобазальных отделах левой лобно-височной области с распространением на соответствующие полушария (больше на их теменно-затылочные зоны) и вторичным вовлечением ствола мозга, в большей степени на мезэнцефальном уровне.

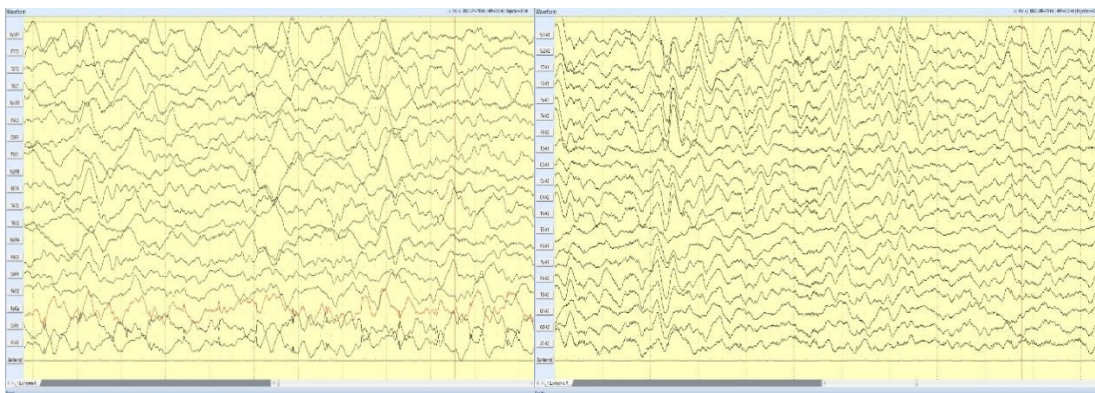


Рисунок 1 - Во сне регистрируется стойкая периодически продолженная замедленная медленно-волновая активность дельта-диапазона в лобно-височных отведениях.

При проведении магнитно-резонансной томографии головного мозга в динамике от 9.02.2020 г. в стандартных импульсных последовательностях SE, FSE и FLAIR в T1- и T2-взвешенном изображении в аксиальной, коронарной и сагиттальной проекциях с контрастным усилением отмечаются: МР-признаки солидного образования с четкими контурами, округлой структуры с размером 0,92*1,06*0,84см, исходящее из медиальных ядер сосцевидного тела (corpusmamillare) срединно и справа, которое intimately прилежит к воронке гипофиза (супраселлярное образование гипоталамуса) без признаков накопления парамагнетика. С учетом вышеизложенного наиболее вероятная гамартома гипоталамуса.(рис.2).



Рисунок 2 - МРТ пациента с гипоталамической гамартомой.

Можно сделать вывод о том, что сформирован активный эпилептический фокус с вторичной билатеральной синхронизацией. Проведено лечение: комбинация антиэпилептической (АЭ) терапии (топирамат в дозе 100 мг/сут., вальпроевая кислота в дозе 900 мг/сут.) и др. За период госпитализации достигнут медикаментозный контроль над приступами, общее состояние ребенка улучшилось. Больной выписан в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Доброкачественное объемное образование, гамартома гипоталамуса, симптоматическая эпилепсия с фокальными геластическими приступами с трансформацией в билатеральные тонико-клонические приступы, фармакорезистентная форма. В результате проведенного первого курса восстановительной терапии достигнута определенная положительная динамика в контроле над эпилептическими приступами.

Выводы: Геластические припадки являются редким видом клинических пароксизмов при эпилепсии и чаще всего ассоциированы с наличием гамартмы гипоталамуса. Благодаря видео-ЭЭГ-мониторингу был доказан эпилептический характер эпизодов пароксизмального смеха у ребенка. А МРТ обследование выявило причину геластических приступов. Это позволило лечащим врачам и родителям более объективно понимать картину заболевания ребенка и интенсифицировать терапию.

Литература

1. Sher PK, Brown SB. Gelastic Epilepsy. Onset in neonatal period. Am J Dis Child 1976;130(10):1126-31.

2. Trousseau A. De L'Epilepsie. Clinique Medicale de L'Hotel-Dieu de Paris;1877:89-155.
3. Gowers WR. Epilepsy and other chronic convulsive diseases. New York: William Wood and Company, 1881:255.
4. Sethi PK, Rao TS. Gelastic, quiritarian, and cursive epilepsy: a clinicopathological appraisal. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1976;39:823-8.
5. List C. F., Dowman C. E., Bagchi B.K., Bebin J. Posterior hypothalamic hamartomas and gangliogliomas causing precocious puberty. Neurology. 1958; 8 (3): 164-74.
6. Gascon G.G., Lombroso C. T. Epileptic (gelastic) laughter. Epilepsia. 1971; 12 (1): 63-76.
7. Susheela S.P., Revannasiddaiah S., Mallarajapatna G. J., Basavalingaiah A. Robotic-arm stereotactic radiosurgery as a definitive treatment for gelastic epilepsy associated with hypothalamic hamartoma. BMJ Case Reports. 2013; 9.
8. WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System. Eds.: Louis D.N., Ohgaki H., Wiestler O.D., Cavenee W.K. Lyon. 2007.
9. Foit N.A., van Velthoven, Schulz R., Blümcke I., Urbach H., Woermann F.G., Bien C.G. Lesional cerebellar epilepsy: a review of the evidence. Journal of Neurology. January 2017; 64 (1): 1-10

Түйін

Махамбетова Г.С.¹, Жаркинбекова Н.А.²

¹Қалалық балалар клиникалық ауруханасы¹, Шымкент қ., Қазақстан

²Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы², Шымкент қ., Қазақстан

ГИПОТАЛАМУС ГАМАРТОМАСЫНЫҢ САЛДАРЫНАН ГЕЛАСТИКАЛЫҚ ҰСТАМАЛАРМЕН ЭПИЛЕПСИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Эпилептикалық ұстамалардың арасында гипоталамус гамартомасының салдарынан еріксіз күлкімен сипатталатын геластикалық мейлінше сирек кездеседі. Геластикалық ұстамалар эпилепсияның самайлық және мандайлық фокалдык ошақтарымен, ісіктермен, туберозды склерозбен, жұқпалы зақымдану ошақтарымен, соның ішінде гипоталамус гамартомасымен байланысты болуы мүмкін. Гипоталамус гамартомасының тіні өз табиғаты бойынша эпилептогенді аймақ болып табылады. Мақалада гипоталамус гамартомасы бар балада геластикалық ұстамалармен эпилепсияның клиникалық жағдайы көрсетілген. Бейне-электроэнцефалографиялық (ЭЭГ) мониторингтің арқасында балада ұстамалы күлкі эпизодтарының эпилептикалық сипаты дәлелденді. Магнитті-резонанстық томографиялық (МРТ) тексеру геластикалық ұстамалардың себебін анықтады. Бұл емдеуші дәрігерлер мен ата-аналарға баланың ауруын объективті түсінуге және терапияны жеделдетуге мүмкіндік берді.

Кілт сөздер: эпилепсия, геластикалық ұстамалар, гипоталамус гамартомасы, ЭЭГ бейнежазбасы.

Summary

Makhambetova G.S.¹, Zharkinbekova N.A.²

¹Municipal children's clinical hospital¹, Shymkent city, Kazakhstan

²South Kazakhstan Medical Academy², Shymkent city, Kazakhstan

MEDICAL CASE OF EPILEPSY WITH GELASTIC SEIZURES DUE TO THE HYPOTHALAMIC HAMARTOMA

Gelastict seizures are the rarest ones among the epileptic seizures, being characterized by a spasmodic laughter due to the hypothalamic hamartoma. Gelastict seizures can be associated with temporal and frontal focal foci of epilepsy, tumors, tuberous sclerosis, foci of infectious lesions, including hypothalamic hamartoma. The tissue of the hypothalamic hamartoma is inherently an epileptogenic zone. The article presents a clinical case of epilepsy with gelastict seizures in a child with the hypothalamic hamartoma. Thanks to video electro-encephalographic (EEG) monitoring, the epileptic nature of paroxysmal laughter episodes in the child was proved. Magnetic resonance imaging (MRI) revealed the cause of gelastict seizures. It allowed treating doctors and parents to understand the picture of the child's disease more objectively and intensify the therapy.

Key words: epilepsy, gelastict seizures, hypothalamic hamartoma, video EEG.

Сведения об авторах:

Махамбетова Гульжахан, врач-невропатолог, Городская детская клиническая больница, г.Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: makhambetova_1977@mail.ru

Жаркинбекова Н.А., зав.кафедрой неврологии, к.м.н., и.о.профессора, Южно-Казахстанская медицинская академия, нештатный невролог Туркестанской области, г.Шымкент, Республика Казахстан

МРНТИ 76.29.51

Жаркинбекова Н.А.¹, Махамбетова Г.С.², Барат Ж.¹, Рустемова Б.¹, Отемисова А.¹, Абдишукирова И.¹

¹Южно-Казахстанская медицинская академия¹, г.Шымкент, Казахстан

²Городская детская клиническая больница², г.Шымкент, Казахстан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ Г.ШЫМКЕНТА

Резюме

В настоящем исследовании представлены результаты динамического наблюдения 506 больных с хронической цереброваскулярной патологией, находившихся на лечении в неврологическом отделении Областной клинической больницы, в период с июня 2017г. по июнь 2019 г. Полученные данные свидетельствуют о значительной частоте постинсультной эпилепсии и представляют собой весьма важную проблему, что обусловлено не только распространенностью, но и нередкой инвалидизацией этой категории больных. Данная цереброваскулярная патология, инсульты и ее осложнение в виде эпилептического синдрома занимает особое место на фоне неблагоприятных экологических тенденций в регионе, представляют большое значение для мониторинга выборочных групп населения, т.е., системы исследований, направленных на выявление возможных генетических последствий в так называемых "группах повышенного риска". Изучение генетических аспектов цереброваскулярной патологии, как маркеров экологической обстановки региона, позволяет не только оценить уровень экологических, социальных, медицинских мероприятий, но и правильно выбрать приоритетные направления усилий по снижению экологического груза.

Ключевые слова: экология, эпилепсия, инсульт, ЭЭГ, судороги, приступы

В настоящее время проблема цереброваскулярных заболеваний привлекает наше внимание с точки зрения реализации их в условиях экологического неблагополучия. Проблема загрязнения окружающей среды в настоящее время является одной из крупных и актуальных, вставшей перед человечеством с связи с научно-техническим прогрессом, глобальными изменениями в биосфере планеты, происходящими под влиянием бурного развития гигантских индустриально-промышленных комплексов.

Агрессивные химические соединения, зачастую являясь малыми по интенсивности, но длительно воздействуя не только на работников, непосредственно занятых на промышленных предприятиях, но также на их потомство и население прилегающих районов, приводят к серьезным генетическим последствиям, которые выражаются не только в повышении распространения наследственных болезней, но и к генетически детерминированной предрасположенности к заболеваниям. И потому сегодня пристальное внимание ученых уделяется изучению мультифакториальных заболеваний, для проявления которых необходимо взаимодействие генетических и средовых факторов. Эта группа болезней составляет на сегодняшний день около 90% всех хронических неинфекционных заболеваний различных систем и органов человека. В этой связи, цереброваскулярная патология, а именно инсульты и ее осложнение в виде эпилептического синдрома занимает особое место [1].

Шымкент являлся одним из крупных промышленных регионов Казахстана и по уровню промышленного потенциала занимал одно из ведущих мест в республике. В городе в течение длительного времени действовали свинцовый, фосфорный заводы и по сей день работает крупный нефтеперерабатывающий. Промышленно-техногенные особенности города определяют особую экологическую характеристику, которая обуславливает характер и степень загрязнения окружающей среды человека, играющую важную роль в уровне как общей, так и неврологической, нейрогенетической патологии. Изучение генетических аспектов цереброваскулярной патологии, как маркеров экологической обстановки региона, позволяет правильно выбрать приоритетные направления усилий по снижению экологического груза [2].

Инсульт – наиболее частая причина возникновения эпилептических припадков в старшей возрастной категории. Постинсультная эпилепсия является третьей по частоте неврологической проблемой у лиц пожилого возраста и составляет от 32,4 % до 52,3 % по данным многоцентровых исследований, проведенных в США и во Франции. По данным L. Forsgren и соавт. [3] постинсультная эпилепсия развивается в 30-35% случаев симптоматической эпилепсии у взрослых, причем риск развития припадков увеличивается на 3% в возрасте 17-39 лет и на 45% после 60 лет. Достаточно высокий риск развития эпилептических припадков при преходящих нарушениях мозгового кровообращения - 8,8% [4], а среди больных с ОНМК лица с преходящей цереброваскулярной патологией составляют 22% [4].

В настоящем исследовании представлены результаты динамического наблюдения 506 больных с хронической цереброваскулярной патологией, находившихся на лечении в неврологическом отделении Областной клинической больницы, в период с июня 2017г. по июнь 2019 г. У 39 (7,7%) больных, перенесших инсульт, отмечалось 2 эпилептического приступа (ЭП) и более, что, согласно международной классификации [5], позволяет диагностировать у них симптоматическую фокальную эпилепсию в результате исследований. Подтверждено повышение риска развития эпилепсии при наличии у пациентов артериальной гипертензии (86%), гиперлипидемии (42%) и курения (68%), кроме этого у 23% пациентов выявлялась мерцательная аритмия, у 36% сахарный диабет. У большинства пациентов (91%) определялось 3 и более факторов риска развития инсульта. Отмечено значительное снижение вероятности развития эпилепсии с течением времени, у большинства пациентов (29 пациента - 74±7%) дебют эпилепсии произошел в течение 1 года после перенесенного инсульта, вероятность развития инсульта в период более 2 лет резко снижалась и составляла 26±7%.

Время дебюта эпилепсии после перенесенного инсульта в группе пациентов с постинсультной эпилепсией: до 6 месяцев 22 (56±8%), с 7 по 12 месяцев 7 (18±6%), с 1 года до 2 лет 2 (5±4%), с 3 до 5 лет 5 (13,1±5%), с 6 до 8 лет 2 (5±2%) и с 9 до 15 лет 1(2±2%). Доминирующим видом приступов у (36 б-х - 92±4%) пациентов с постинсультной эпилепсией были вторично-генерализованные судорожные приступы (ВГСП), при этом в этой группе преобладали ВГСП с медленной клинико-энцефалографической генерализацией; 25 (69±8%) пациентов из 36 ощущали начало приступа, дебютировавшего с фазы простого парциального приступа, клинические проявления которого зависели от локализации источника иктальной эпилептической активности. У пациентов с наличием гемипареза в неврологическом статусе приступ начинался с онемения или сведения гемипаретичной конечности.

В зависимости от расположения очага развивались соответствующие фокальные приступы: в теменно-затылочной области – в виде фотопсий в течение 3 секунд, далее развивалась вторичная генерализация; у 6 больных приступы развивались преимущественно во время ночного сна в виде пробуждения пациента от ощущения «сведения» конечности, после чего возникала потеря сознания и тонико-клонические судороги. У (31±7%) больных вторично-генерализованные приступы начинались неожиданно. У 9 больных этой группы ВГСП развивались во сне. У 9 больных (23±7%) зарегистрированы простые парциальные приступы с ОНМК в бассейне средней мозговой артерии (СМА) с наличием гемипареза в неврологическом статусе, у 6 пациентов это были сенсорные приступы, у 3 пациентов это были простые моторные приступы. У 4 пациентов (10±5%) с ОНМК в бассейне передней мозговой артерии (ПМА) и СМА, наличием кистозно-атрофических изменений в лобно-височных отделах мозга регистрировались сложные парциальные приступы.

В неврологическом статусе у большинства обнаруживались симптомы, свидетельствующие о наличии очагового повреждения головного мозга, топически соответствующего зоне перенесенного инсульта. Нами показана высокая информативность рутинной ЭЭГ в определении локализации инсульта, очаговые изменения ЭЭГ выявлены у 31 больного (80±6%) перенесших инсульт и имеющих симптоматическую эпилепсию, в 16 случаях (41%±8) это было региональное замедление, в 17 случаях (44±8%) асимметрия биоритмов по частоте и амплитуде. Однако, эти изменения не носили эпилептической специфичности, типичная эпилептическая активность при рутинной ЭЭГ выявлена только у 7 (18±6%) больных, что не позволяет рекомендовать этот метод как определяющий в дифференциальном диагнозе эпилептических и неэпилептических пароксизмов. При проведении электроэнцефалографического обследования в режиме ВЭЭГ-мониторинга информативность увеличивалась до 92%, при этом у 3 больных было выявлено более 2 источников эпилептической активности.

Полученные данные свидетельствуют о значительной частоте постинсультной эпилепсии и представляют собой весьма важную проблему, что обусловлено не только распространенностью, но и нередкой инвалидизацией этой категории больных. Нами установлено, что в основе мультифокальности при постинсультной эпилепсии лежит массивное или многоочаговое структурное повреждение. С развитием постинсультной эпилепсии замедляется восстановление нарушенных неврологических функций, с течением времени нарастают когнитивные и эмоциональные нарушения, оказывая неблагоприятное влияние на процесс реабилитации.

В связи с этим инсульты и ее осложнение в виде эпилептического синдрома занимает особое место на фоне неблагоприятных экологических тенденций в регионе, представляют большое значение для мониторинга выборочных групп населения, т.е. системы исследований, направленных на выявление возможных генетических последствий в так называемых "группах повышенного риска". Изучение генетических аспектов цереброваскулярной патологии, как маркеров экологической обстановки региона, позволяет не только оценить уровень экологических, социальных, медицинских мероприятий, но и правильно выбрать приоритетные направления усилий по снижению экологического груза [2].

Литература

1. Бочков Н.П. "Генетический мониторинг популяции человека в связи с загрязнением окружающей среды". Цитология и генетика, 1987г., 11, с. 195-206.
2. Кулешов Н.П., Журков В.С. "Мутационный процесс у человека и факторы внешней среды", - Мед. генетика, 1985г. с. 67-70.
3. Kotila M., Waltimo O. Epilepsia after stroke // Epilepsia. – 1992. – Vol. 33. – P. 495- 498.
4. Гехт А.Б., Тлапшкова Л.Б., Лебедева А.В. Постинсультная эпилепсия // Журн. Невролог. и психиатр. – 2000. - №9. - С.67-70
5. Roger J, Bureau M, Dravet Ch, et al. International classification of epilepsies, epileptic syndromes and related seizure disorders. Epileptic syndromes in infancy, childhood and adolescence 1992:403-13.

Түйін

Жаркинбекова Н.А.¹, Махамбетова Г.С.², Барат Ж.¹, Рустемова Б.¹, Отемисова А.¹, Абдишукирова И.¹

¹Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы¹, Шымкент қ., Қазақстан

²Қалалық балалар клиникалық ауруханасы², Шымкент қ., Қазақстан

ШЫМКЕНТ Қ. ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛАЙСЫЗ ЖАҒДАЙЫНДА ПОСТИНСУЛЬТТЕН КЕЙІНГІ ЭПИЛЕПСИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ПОЛИМОРФИЗМІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Осы зерттеуде облыстық клиникалық аурухананың неврологиялық бөлімінде 2017 жылдың маусымынан 2019 жылғы маусымы аралығындағы кезеңде емделуде жатқан созылмалы цереброваскулярлы патологиясы бар 506 науқасты динамикалық бақылау нәтижелері ұсынылған. Алынған деректер постинсульттен кейінгі эпилепсияның едәуір жиілігін куәландырады және өте маңызды мәселе болып табылады, бұл тек таралумен ғана емес, сонымен қатар осы санаттағы науқастардың мүгедектігімен де байланысты. Осы цереброваскулярлық патология, инсульттер және оның эпилептикалық синдром түріндегі асқынуы аймақтағы қолайсыз экологиялық үрдістер аясында ерекше орын алады, халықтың іріктелген топтарының мониторингі үшін, яғни «жоғары қауіпті топтар» деп аталатын мүмкін болатын генетикалық салдарларды анықтауға бағытталған зерттеулер жүйесі үшін үлкен маңызға ие. Аймақтың экологиялық жағдайының маркерлері ретінде цереброваскулярлық патологияның генетикалық аспектілерін зерттеу экологиялық, әлеуметтік, медициналық іс-шаралардың деңгейін бағалауға ғана емес, сонымен қатар экологиялық жүкті төмендету бойынша күш-жігердің басым бағыттарын дұрыс таңдауға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: экология, эпилепсия, инсульт, ЭЭГ, тырысулар, ұстамалар

Summary

N.A. Zharkinbekova¹, G.S. Makhambetova², Zh. Barat¹, B. Rustemova¹, A. Otemissova¹, I. Abdishukirova¹

¹South Kazakhstan Medical Academy¹, Shymkent city, Kazakhstan

²City Children's Clinical Hospital², Shymkent city, Kazakhstan

PECULIARITIES OF POST-STROKE EPILEPSY CLINICAL POLYMORPHISM IN THE CONDITIONS OF ADVERSE ENVIRONMENTAL SITUATION IN SHYMKENT CITY

This research paper presents the results of a dynamic observation of 506 patients with chronic cerebrovascular pathology who were treated in the neurological department of the Regional Clinical Hospital from June 2017 until June 2019. The obtained data indicate a significant incidence of post-stroke epilepsy and represent a very important problem, which is caused not only by the prevalence, but also by the frequent disability of this category of patients. This cerebrovascular pathology, strokes and its complication in the form of an epileptic syndrome occupy a special place against the background of adverse environmental trends in the region and are of great importance for monitoring the selected population groups, represented by a research system aimed at identifying possible genetic consequences in the so-called "high-risk groups". Studying the genetic aspects of cerebrovascular pathology, such as markers of the environmental situation in the region, allows not only to assess the level of environmental, social, medical events, but also to choose the right priority areas for efforts to reduce the environmental burden.

Key words: ecology, epilepsy, stroke, EEG, convulsions, seizures

Сведения об авторах:

Жаркинбекова Н.А., зав.кафедрой неврологии, к.м.н., и.о.профессора, Южно-Казахстанская медицинская академия, нештатный невролог Туркестанской области, г.Шымкент, Республика Казахстан, nazirazhar@mail.ru

Махамбетова Гульжахан, врач-невропатолог, Городская детская клиническая больница, г.Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: makhambetova_1977@mail.ru

Барат Ж., Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

Рустемова Б., Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

Отемисова А., Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

Абдишукирова И., Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

МРНТИ 76.29.46

Жантеев М.Е.¹, Баймагамбетов А.К.², Онгарбаев Е.К.³, Аманбаев Б.³, Кемал А.¹, Жантеева А.М.

¹Южно Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

²Международный Казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясави, г. Шымкент, Казахстан

³Городской онкологический центр, г.Шымкент, Казахстан

Республиканский реабилитационный центр, г.Нур-Султан, Казахстан

ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КОЖНО-МЫШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ

Резюме

Рак молочной железы- самая распространенная, гармонозависимая опухоль у женщин. Основным методом лечения РМЖ является хирургический при котором выполняется удаления определенной части или всей ткани молочной железы, сопровождающиеся колоссальным дефектом ткани. В большинстве случаев закрыть дефект молочной железы местными тканями становятся невозможными из за обширности удаленной ткани. Реконструктивное восстановление дефекта молочной железы после резекции является одним из важных способов решение этой проблемы. Официально признано, что качество жизни у больных перенесших реконструктивную операция по восстановлению формы молочной железы в послеоперационном периоде намного лучше по сравнению с такими же больными которыми произведены резекции или мастэктомии без пластики.

Нами были произведены 4 реконструктивных операции на молочной железе у больных раком молочной железы с хорошими результатами.

Ключевые слова: рак, молочная железа, реконструкция, пластика, кожно мышечный лоскут.

В настоящее время самым распространенным видом рака среди женщин во всем мире, включая развивающиеся страны, является рак молочной железы. По данным КазНИИОР «Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2018 год», число женщин с впервые обнаруженными заболеваниями молочной железы составили 4648 случаев занимая по ранговой структуре первое место 26%. Показатели смертности от рака молочной железы в РК также занимает первое место 18,9% среди женщин и не имеет склонности к снижению[1].

Несмотря на приветствие более широкого применения лучевой и таргетной терапии при раке молочной железы, основным методом до сих пор является оперативное вмешательство. При РМЖ обычно выполняется удаления всей ткани молочной железы с опухолью (мастэктомия), иногда частичное удаление (широкая секторальная резекция) с лимфадиссекцией [2,5].

По региональности удаляются подмышечные, подключичные иногда и подлопаточные лимфоузлы. Нарушение целостности лимфатических сосудов и пересечение основных коллекторов от верхней конечности и оперированной половины туловища приводит к обширной лимфореи с последующими осложнениями в виде воспаления ран, лимфостазом и отеком верхней конечности[3,4].

Утрата целого органа или части его тоже отрицательно влияет больным в косметическом и психологическом плане. По данным некоторых зарубежных исследователей вообще наблюдается тенденция сокращение объема хирургического вмешательства органосохраняющая операция с интраоперационным применением лучевой терапии[1,3,6].

Цель исследования: Применение кожно-мышечного лоскута на питающей ножке для косметического закрытия дефекта реципиентной зоны молочной железы, оценка эффективности аутопластики в профилактике лимфореи после радикальной резекции молочной железы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 10 пациенток с местно-распространенными формами РМЖ которым в процессе лечения проводились реконструктивно-пластические операции с использованием кожно-мышечного лоскута на питающей ножке из широчайшей мышцы спины (TDL) в отделении маммологии городского онкологического центра г. Шымкент. Средний возраст больных составляла– 47,5±0,4 года. Во всех 10 и случаях у женщин были узловая форма опухоли. В 6 и случаях опухоль располагалась в верхнее наружном квадранте, один случай мультицентричным расположением опухоли I в субареолярной зоне и у двух женщин опухоли были расположены в нижне- наружном квадранте. У восьми

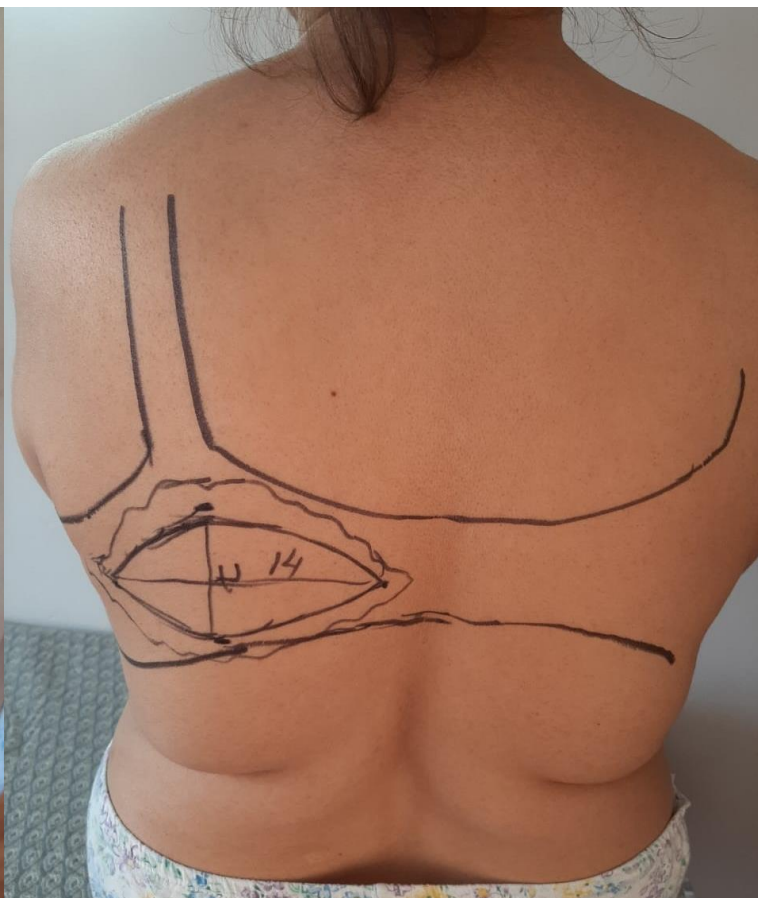
больных опухоли располагались интрамаммарно, без каких-либо кожных и иных клинических проявлений. В двух случаях были выражены симптомы в виде лимонной корки и втяжении соска.

Восьми пациенткам операцией выбора явилась широкая секторальная резекция молочной железы с лимфадиссекцией, а к двум больным с мультицентричным расположением и с большим размером опухоли проведена операция мастэктомия с лимфадиссекцией. Все операции проводились под общей интубационной анестезией.

После предварительного осмотра и определения точной локализации и размера образования произведена начертания предполагаемого разреза кожи и нужного лоскута спины (проекция широчайшей мышцы спины) в соответствии дефекта кожи молочной железы. С косметической точки зрения была выбрана линия разреза кожи спины в местах скрытых бюстгалтеров. На рисунке.



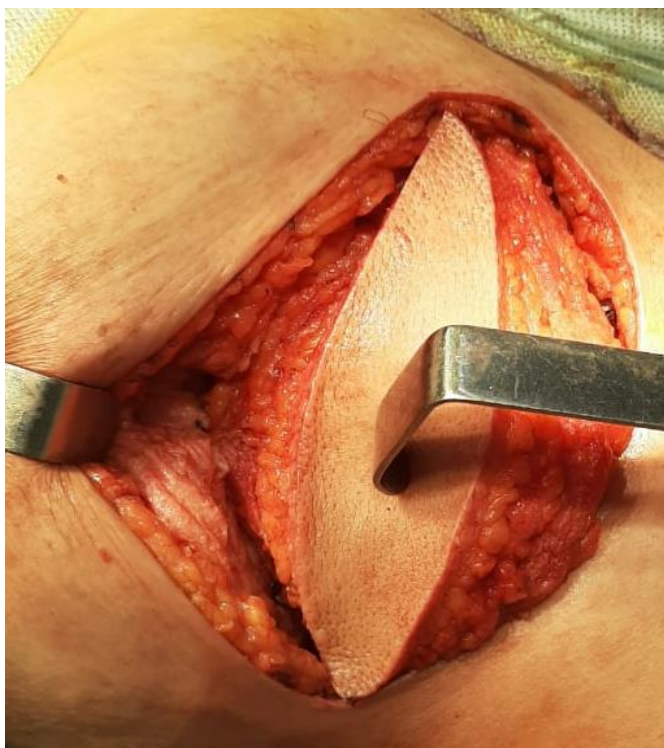
Фотоснимок 1 - Предполагаемый разрез кожи молочной железы



Фотоснимок 2 - Соответствующий рисунок предполагаемого разреза кожи спины

Резекция молочной железы, радикальное удаление опухоли с лимфодиссекцией производилось обычным методом. Закрытие дефекта реципиентной зоны после иссечения опухоли проведена одномоментной пластикой кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке из широчайшей мышцы спины.

Показанием данного объема операции является наличие обширных дефектов молочной железы после радикального вмешательства, невозможность закрытия их и прилегающих удаленных тканей из за дефицита местного пластического материала, кожи, ткани молочной железы. Данная методика, пластика кожно-мышечными лоскутами, позволяет произвести радикальное удаление опухоли с достаточным запасом непораженных тканей единым блоком, соблюдая принципы онкологического радикализма.



Фотоснимок 3 - Установка, расположение кожно-мышечного лоскута



Фотоснимок 4 - Состояние на вторые сутки после операции

TDL пластика произведена по желанию пациенток для которых был важен косметический эффект операции, формирование молочной железы схожую по форме и конфигураций, со здоровой. Косметический эффект операции дали неплохие результаты, особенно в случаях секторальной резекции с сохранением соска. Размер, форма и внешний вид кожи, консистенция полностью совпадали. Рисунок.

Постоперационный период протекал гладко, заживление ран первичным натяжением, швы сняты на 7-9 сутки. Все пациентки выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Далее больным был назначен постоперационный курс адъювантной химиотерапии и гормонотерапии по показаниям. Все пациентки находятся под наблюдением врачей. Физическое, физиологическое и психологическое данные у всех оперированных в хорошем состоянии.

Заключение. 1. Одномоментное восстановление дефекта удаленных во время операции тканей молочной железы пластикой кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке из широчайшей мышцы спины позволяют выполнять пациенткам с местнораспространенными опухолями радикальные хирургические вмешательства с захватом прилегающих здоровых тканей, соблюдая принципы онкологического радикализма.

2. В свою очередь, пластика дает удовлетворительный эстетически вид оперированной молочной железе.

3. Лимфореи в послеоперационном периоде у пациенток с пластикой кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке заметно ниже.

4. Пластика кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке дает хорошие возможности проведение адъювантной химио-лучевой терапии в послеоперационном периоде.

Литература

1. КазНИИОР «Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2018 год» (статистические и аналитические материалы) под редакцией Д.Р.Кайдаровой. Алматы 2019 г.

2. Байтингер В. Ф., Лойт А. А., Звонарёв Е. Г. [Профилактика лимфатических отеков верхних конечностей после радикальной мастэктомии по маммену](#) // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2017. № 2 (61). С. 15–23.

3. Селянинов К. В. , Байтингер А. В. , Байтингер В. Ф. [Роль vasa nervorum в кровоснабжении кожи микрохирургических лоскутов](#) // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2015. № 1 (52). С. 44–56.
4. Егоров Ю. С. , Кузнецова Л. В. , Дзотцоев А. К. [Фасциальная система молочной железы](#) // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2018. № 2 (65). С. 34–38.
5. Максимов Д. А. , Асеев А. В. , Сурсимова О. Ю. [Миопластика малой грудной мышцы как способ профилактики длительной лимфорей при выполнении радикальной мастэктомии и радикальной резекции](#) // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2019. № 2 (69). С. 13–19.
6. Леконцева С «Рак молочной железы. Путь к выздоровлению». «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. - <https://www.nioncologii.ru/>

Түйін

М. Е. Жантеев, А. К. Баймағамбетов², Е. К. Оңғарбаев³, Г. Аманбаев³, Кемал А.¹, А. М. Жантеева

¹ Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

² Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ., Қазақстан

³ Қалалық онкологиялық орталық, Шымкент қ., Қазақстан

Республикалық оңалту орталығы, Нұр-сұлтан Қ., Қазақстан

СҮТ БЕЗІНІҢ АҚАУЫН ҚОРЕКТЕНДІРУШІ АЯҚТЫ ТЕРІ-БҮЛШЫҚЕТ ҚҰРАҒЫМЕН ЖАБУ

Сүт безінің обыры-әйелдерде ең таралған, гармонға тәуелді ісіктердің бірі. Сүт безі обырының негізгі емдеу әдісі әлі күнге хирургиялық жол, ағзаның бір бөлігін немесе бүкіл сүт безін сылып, алып тастау. Мұндай операциядан кейін сүт безінде тіндік үлкен ақау пайда болып, ол көбіне жергілікті тіндер көмегімен жауға, бітеуге келмейді. Резекциядан кейін сүт безінің ақауын арқа терісінен тері-бұлшық ет құрағымен қайта қалпына келтіру осы проблеманы шешудің маңызды тәсілдерінің бірі болып табылады. Сүт безіне реконструкциялау операциясы жасалған науқастарда өмір сүру сапасы жақсаратындығы ресми түрде мойындалған.

Кілт сөздер: обыр, сүт безі, реконструкция, пластика, тері-бұлшық етті құрақ

Summary

Zhanteyev M. ¹, Baymagambetov A. ², Ongarbayev E. ³, Amanbaev G. ³, Kemal A. ¹, Zhanteyeva A.

¹South Kazakhstan medical Academy, Shymkent city, Kazakhstan

²International Kazakh-Turkish University named after H. A. Yasavi, Shymkent city, Kazakhstan

³City cancer center, Shymkent city, Kazakhstan

Republican rehabilitation center, Nur-Sultan, Kazakhstan

CLOSURE OF THE BREAST DEFECT WITH A SKIN-MUSCLE FLAP ON THE FEEDING LEG

Breast cancer is the most common, harmony-dependent tumor in women. The main method of treatment of breast cancer is surgical, in which a certain part or all of the breast tissue is removed, accompanied by a huge tissue defect. In most cases, it is impossible to close the breast defect with local tissues due to the vastness of the removed tissue. Reconstructive restoration of a breast defect after resection is one of the most important ways to solve this problem. It is officially recognized that the quality of life in patients who underwent reconstructive surgery to restore the shape of the breast in the postoperative period is much better compared to the same patients who underwent resections or mastectomies without plastic surgery. We performed 4 reconstructive breast surgeries in patients with breast cancer with good results.

Keywords: cancer, breast, reconstruction, plastic surgery, skin and muscle flap.

Сведения об авторах:

Жантеев Мурат Ендибаевич, доцент кафедры хирургических дисциплин, Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

Баймағамбетов Амирхан Кемелькулович., зав кафедрой хирургических болезней, Международный казахско-турецкий университет им. Х.А.Ясауи, г. Шымкент, Республика Казахстан

Оңғарбаев Ербол К., заведующий отделением маммологии, Городской онкологический центр, г.Шымкент, Республика Казахстан

Аманбаев Бакытжан - маммолог, Городской онкологический центр, г.Шымкент, Республика Казахстан

Кемал Анар, резидент, Южно Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

Жантеева Айдана Муратқызы – врач-реабилитолог, Республиканский реабилитационный центр, г.Нур-Султан, Казахстан

ОӘК:616-0,56.7-008.6-082-053.2(574.5)

¹Жақсыберген А.М., ²Марат А.А., ³Қалыбаев Е.Ұ., ¹Умарбеков Ж.А.

¹Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің Шымкент медицина институты, Шымкент, Қазақстан

²НАО «Медицинский университет Астана», Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан

³№1 Шымкент қалалық балалар ауруханасы, Шымкент қ., Қазақстан

МУКОВИЦИДОЗБЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ ТЫНЫС АЛУ БҰЗЫЛЫСТАРЫН БАҒАЛАУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бұл мақалада муковисцидоз ауруымен ауыратын балалардағы өкпенің желдету функциясы, аурудың ауырлық дәрежесінің өзектілігі мен респираторлық жүйенің патологияларының тез арада созылмалы асқынға бару жолдары сипатталады. Сонымен қатар муковисцидозбен ауыратын балалардың тұқым қуалау генотипі бойынша тексеру мен уақытылы кешенді ем алу тәсілдері көрсетілген. Муковисцидоз диагнозы балаларға тері сұйықтығындағы хлоридтердің концентрациясын мен CFTR геніндегі мутацияларды 2-реттен анықтай отырып, неонатальді кезеңде скринг тестермен осы ауруға тән клиникалық белгілеріне сай қойылады.

Кілт сөздер: балалар, муковисцидоз, тыныс мүшелері және иммунитет.

Жұмыстың өзектілігі. Муковисцидоз (МВ) – трансмембранды өткізгіштіктің реттегішінің генінің мутациясымен (CFTR) байланысты полиорганды манифестация мен ең жиі моногенді зерттелетін аурулардың бірі [1,2]. Муковисцидоз ауруының негізгі клиникалық бейнесі болып, созылмалы бронх-өкпе процесі болып табылады және ол тыныс алу жолдарының обструкциясы түрінде әртүрлі дәрежесімен өтеді [3]. Нәресте өмірінің алғашқы апталарында, бронх-өкпе жүйесі тарапынан болатын өзгерістер туу кезінде шырышты бездердің гипертрофиясы, кеңірдектің бокал тәрізді жасушаларының және ірі бронхтардың өзектерінің бекітілуі мен гиперплазиясы түрінде анықталады. Тыныс алу бұзылыстарын бағалау үшін, әрине, аурудың ерте даму кезеңдерінде тыныс алу жүйесінің функциясының өзгеруін бақылауға және дер кезінде түзетуге мүмкіндік беретін функционалдық зерттеулер ақпараттық болып табылады [4,5]. Өкпенің сыртқы тыныс алу қызметін зерттеу - обструктивті бұзылыстардың кезіндегі ауа қалдығының көлемнің ұлғаюын анықтайды.

Зерттеудің мақсаты. Балалар арасындағы муковисцидоз ауруымен ауыратын балалардағы өкпенің желдету функциясы мен ауру ағымының ерекшеліктерін зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Шымкент балалар клиникалық ауруханасында пульмонологиялық бөлімшеде 1 жастан 18 жасқа дейінгі муковисцидозбен ауыратын 32 науқасқа клиникалық-зертханалық тексеру жүргізілді. Төрт жас тобындағы балаларға клиникалық-зертханалық көрсеткіштердің жас ерекшеліктері зерттелді. I топ-3 жасқа дейінгі балалар, II топ-мектеп жасына дейінгі балалар (4-6 жас), III топ-кіші мектеп жасындағы балалар (7-9 жас), IV топ-үлкен мектеп жасындағы балалар (10-14 жас). Жұмыс Шымкент қалалық клиникалық балалар ауруханасында орналасқан Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-тің Шымкент медициналық институтының педиатрия кафедрасында жасалынды.

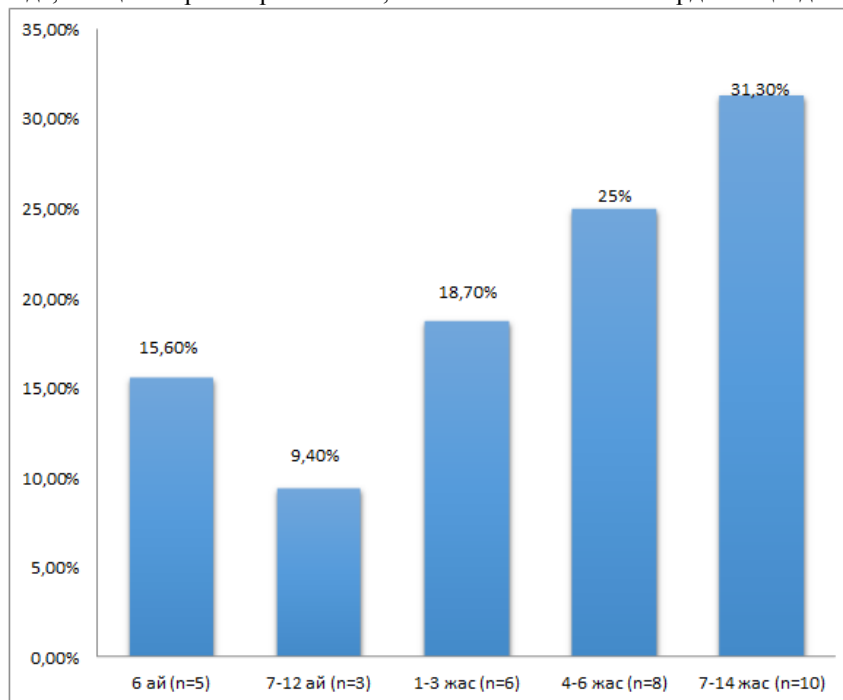
Нәтижелер және оларды талқылау. Науқастарды зерттеуге енгізген көрсеткіштерінің қатарына аурулардағы созылмалы бронх-өкпе процесі, ішек синдромы және муковисцидоз ауруы кезінде оң көрсеткіш көрсететін терілік енді. Біз әзірлеген бағдарлама клиникалық, биохимиялық, серологиялық, электрокардиографиялық және ультрадыбыстық зерттеулер жалпы қабылданған әдістер бойынша жүргізілді.

Тері сұйықтығындағы хлоридтердің концентрациясын биохимиялық әдіспен кем дегенде 2-3 реттен әрбір науқасқа жүргізілді. CFTR геніндегі мутациялардың анықтайтын ДНКалық зондты диагностикасы 21 науқасқа жасалынды. Мутациялық талдау del 508, CFTR del (21 K), del 507, 1677 МТЛ, 621+IG-T, R334W, 394delTT, G85E, G542X, G551D, R553X, 2143delT, 2184msA, M 3821 delT, W128X, N1303k, R347P, R117H, 1717-IG-A, 3849+1 ОКБС-T, Q552X, R560T, s1251N, 390msT, MOX, 621+1G711+5G-, 1078 delT, A455E, 2183 delA 2789+5G, A, 3659 oC, R1 162X, 1336k, Y 1092X, 3272-26A-G бойынша жүргізілді.

Материал ретінде сүзгіш қағазға жағылған қан дақтарының лейкоциттерінен бөлінген ДНҚ үлгілері қолданылды. Физикалық дамуды бағалау кезінде жыныстық дамуын және жасын ескере отырып перцентильді кестелер қолданылды. Науқастардың физикалық дамуын перцентильді кесте көмегімен бағаланды, ол кезде балалардың жынысы мен жас ерекшеліктерін ескердік. Салмақ-бой индексі (СБИ) мына формула бойынша бағалады: СБИ = дене салмағының нақты салмағы 100 (кг) / жасы мен бойына сәйкес келетін тиісті салмақ (кг) нәтижесі.

Бронх-өкпе жүйесінің жағдайы рентгенологиялық әдістердің және кеуде қуысы органдарының компьютерлік томографиясының көмегімен жүзеге асырылды. Сыртқы тыныс алу функциясы SHILLER AG SP 200 аппаратында анықталды Шымкент клиникалық балалар ауруханасының функционалдық диагностика бөлімінде өкпенің сыйымдылығы, жылдам дем шығару кезіндегі 1 секунд ішіндегі өкпенің форсирленген көлемі зерттелді, тест Тиффно-1 секунд ішінде жедел дем шығару көлемінің өкпенің сыйымдылығына қатынасы, өкпенің үдемелі өмірлік сыйымдылығының 500,4 нүктесіндегі максималды көлемді жылдамдығын анықтады. Нәтижелері 7 жасқа дейінгі балаларға бронхоскопиялық манипуляциялар психо-эмоциональді күйлерін ескере отырып, "Storz" (Германия) бронхоскоппен жалпы анестезия арқылы жүргізілді. Ал 7 жастан асқан науқас балаларда осы манипуляциялар жоғарғы тыныс жолдарын 2% лидокаин ерітіндісімен жергілікті анестезия жасауымен жүргізілді. Бұл кезде "Fugmon 100 PE" және "Ohmpus GIF XPE" фирмаларының фибробронхоскоптары пайдаланылды. Трахеобронхиалды ағаштың микробты пейзажы қақырықты бактериологиялық зерттеу жолымен анықталды. Бөлінген бактериялар түрлері бойынша анықталып, антибиотиктерге сезімталдықты талдауға тапсырылды.

Ерекше қиындықты жиі ауыратын емес, эпизодикалық ауыратын балаларды классификациялау туғызады. Соңғы жылдары медициналық инструментальды технологиялардың қарқынды дамуына қарамастан, нәрестелерге муковидоз ауруының диагнозы, бала өмірінің алғашқы жарты жылдығында тек 15,6% қойылды (сурет 1). Олардың ішінде 9,4%-ы 7-12 ай аралығында болса, 1-3 жасқа дейін аралықты 18,7%, 25% көрсеткіш 4-6 жас аралықтарында, ал ең жоғарғы көрсеткіш 31,3% 7-14 жастағы балаларда байқалды.



1-ші сурет – балаларға алғашқы рет муковидоз ауруын кою диагнозы (% есептегенде).

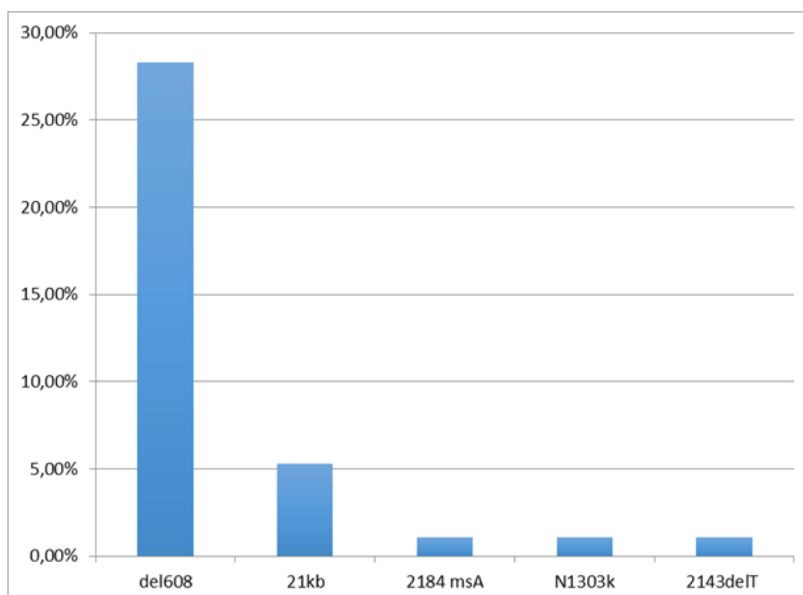
МА науқастардың өкпелерін рентгенологиялық тексеру кезінде созылмалы бронх-өкпелік жүйесінің патологиясы өкпе тінінің ісінуі түрінде - 63,7% балада, өкпе суретінің деформациялануы - 43,1%, ателектаз - 16,5%, пневмофиброз - 10,5% және өкпе ағзасында қуысты қойнаулардың болуы -1,5% науқаста кездесті. Компьютерлік томографиямен кеуде қуысының ағзаларын зерттеу нәтижесі: бронхоэктаз-33,7%, плевропульмональды дәнекерлеу (спайка) – 16,3%, пневмофиброз 13,5% көлемде анықталды. Бронхоскопиялық зерттеу кезінде 73,9% балада ІІ және ІІІ дәрежелі диффузды іріңді эндобронхит түріндегі өзгерістер табылды. Өкпенің сыртқы тыныс алу қызметін бағалау кезінде 68,5% балада, өкпенің созылмалы реактивті өзгерісі мен созылмалы бронх - өкпе үдерісінің обструктивтік өзгерістері 44,3% науқаста анықталды.

Жасушалық, гуморальды иммунитеттің көрсеткіші, сондай-ақ нейтрофилдердің фагоцитоз үрдісі МА балаларда орташа деңгейі, салыстырмалы деңгейге қарағанда ($p > 0,05$) анық ерекшеленбеді. Е иммуноглобулиннің мәнінің деңгейі - 71,1% пациенттерде жоғарылаған, орташа деңгейі $238,3 \pm 64,5$ Бр/мл ($p < 0,05$) құрайды. Муковидозбен ауыратын науқастар жағдайының ауырлығын бағалағанда ауыр жағдай 34,6%, ал орташа

ауырлық 23,% балаларда байқалды.Молекулярлық-генетикалық зерттеу мәліметтері бойынша гендегі мутациялар CFTR delF508 гомозигот жағдайында 15,1% емделушілерде, ал гетерозигот күйінде 22,1% анықталды. Аурудың ауыр ағымы гомозиготты CFTR delF508 генінде мутация бар гомозиготты (2) бала мен гетерезиготты (3-4) науқаста болды, сондай-ақ және науқас генотиптері DelF508/21 КБ, N1303k/21kb, delF508/2184msA, 21kb/nonF, 2143delT/nonF генотипі бар 1 бала, delF508/delF508/delF508 генотипі бар 2 бала, delF508/nonF генотипі бар 2 бала, delF508/nonF генотипі бар 1 бала, delF508/nonf генотипі бар 2 бала, delF508/nonf генотипі бар 1 баланың МА ауырлық дәрежесі орташа ауру болған.

Көріністер бойынша, delF508/delF508, delF508/21kb, N1303K/21kb, 2143delT/nonF, delF508/2184msA генотиптеріндегі науқастардың жағдайы өте ауыр болды. Қазіргі қоғамдағы балалар денсаулығы қоғамның стратификация және әлеуметтік қатынастар кезеңі мен терең әлеуметтік-экономикалық өзгерістердің арқасында қалыптасуда. Осыған байланысты, нақты әлеуметтік-демографиялық топ ретінде балалардың денсаулығы қоғам мен мемлекеттің әлеуметтік әл-ауқатының маңызды интегралды көрсеткіші болып табылады. Мальабсорбциялық синдром delF508/delF508 -1 бала, delF508 / nonf - 3 генотиптері бар балаларда, сондай-ақ delF508 / 21kb, n1303k / 21kb генотиптері бар балаларда байқалды. Ал бауыр циррозы n1303w21kb генотипі бар балада пайда болды. Аурудың delF508/delF508 генотипі бар 5 баланың 2-уінде өкпе ателектазы, пайда болды, соның нәтижесінде delF508/delF508 генотипі бар балалардың ішінде 2-науқас қайтыс болды.

Сонымен бірге мутациялық өзгеріс CFTR 21kb гетерозигот күйінде 5,3% анықталды. Айқын delF508/21kb, 2143delT/nonF, N1303K/21kb, delF508/2184msA генотиптері 4 науқаста анықталған. Біздегі науқастардағы CFTR delF508 генінде мутация жиілігі 28,3% , 21kb — 5,3%, ал 2184 msA, N1303k, 2143delT гендеріндегі көрсеткіштер – 1,1% құрады (сурет 2).



2-ші сурет – CFTR delF508 генінде мутация жиілігі $n=20$, (% есептегенде).

Біздің бақылауымыздағы болған балалардағы муковисцидоз ауруының клиникалық-зертханалық картинасының ерекшеліктері: ерте жастағы 0-3 жасқа дейін, мектепке дейінгі жастағы 4-тен 6 жасқа дейін, - төменгі мектеп жасындағы балалар (7-9 жас) және жоғарғы мектеп жасындағы балалар (10-14жас). Ерте жастағы балаларда жөтел кездесуінің жиілігі басқа жас тобындағы науқастардан ешқандай өзгешілікте болған жоқ. Ал физикалық жүктеме кезінде мектепке дейінгі жастағы балаларда 27,5%-да еңтігу мен демікпе пайда болды,оның орташа деңгейі, салыстырмалы деңгейге қарағанда ($p < 0,05$) төменгі мектеп жасындағы балалардан жиі болды.

Демек, мектепке дейінгі жастағы балаларда муковисцидоздың клиникалық-зертханалық көрінісінің ерекшелігі ең алдымен кеуде қуысының деформациясының пайда болуымен және респираторлық қабыну процесі әсер еткен созылмалы гипоксия симптомдары жоғарыда көрсетілген микрофлорамен байланысты. Созылмалы бронх-өкпе процесі, бронхоэктаздар мен пневмосклероздың қалыптасуымен қатар жүрді, олардың жиілігінің орташа деңгейі ерте жастағы балаларда ($p < 0,01$) жоғары болды. Өкпеде патологиялық процестің өршуі 5-7 жастағы екі науқастың өлімге себеп болған жүрек-әлсіздігінің дамуына алып келді. Бұл жастағы синусит құбылыстары ерте ($p < 0,01$) және мектепке дейінгі ($p > 0,05$) жастағы балаларда жиі дамыды және

науқастардың 19,7% - да байқалды. Ересек мектеп жасындағы балаларда, басқа жас тобындағы науқастармен салыстырғанда, іште ауырсыну жиілігі және мұрынның қосалқы қуысында қабыну процесінің орташа деңгейі, салыстырмалы деңгейге қарағанда ($p < 0,01$) құрады.

Қорытынды: Бронхоэктаздар мен пневмосклероздың асқынулары жиілігі жоғары, алайда алдыңғы топтағы науқастарға қатысты үлкен мектеп жасындағы емделушілерде осы рентгенологиялық белгілер санының анық өсуі байқалмады. Жоғарыда айтылғандардың барлығы мектеп жасындағы балаларда (кіші мен үлкенде де) муковисцидоз өкпенің ауыр зақымдалуымен өтіп, абдоминальды синдром мен синуситтердің жоғары жиілігімен сүйемелденді деген қорытынды жасауға мүмкіндік береді.

Әдебиеттер

1. Радионович А.М., Каширская Н.Ю., Капранов Н.И. Клиническое значение субингибирующих доз клэритромицина при лечении хронического бронхолегочного процесса у детей, больных муковисцидозом. // Детская больница, 2006, №1(23), стр.21-29
2. Петрова Н.В. Расчеты относительного риска муковисцидоза у новорожденных, выявленных при неонатальном скрининге в разных российских регионах. // Медицинская генетика. — 2008, №12, стр. 8-15.
3. Wilcken B. Newborn screening for cystic fibrosis: techniques and strategies // J. Inherit. Metab. Dis. – 2007. – Aug; Vol. 30, No. 4. – P. 537– 543.
4. Нукушева С.Г., Святова Г.С., Иманкулова К.Д., Шарипова М.Н. Муковисцидоз в Казахстане // Клиническая медицина. – 2013. - №2(28). - С. 92-98.
5. Клиника, диагностика тяжелых форм муковисцидоза у детей //Н.Б. Мерзлова., Л.И. Каржавина., В .А. Кустпова., В. В. Шадрина /Пермский медицинский журнал -2005 - Т 22 - №4 -С 136-138.

Резюме

¹Жаксыбергенов А.М., ²Марат А.А., ³Калыбаев Е.У., Умарбеков Ж.А.

¹МКТУ имени Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, г.Шымкент, Казахстан

²НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Казахстан

³№1 Шымкентская городская детская больница, г.Шымкент, Казахстан

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

В статье описана оценка особенности вентиляционных функций лёгких у детей больных муковисцидозом и степень тяжести заболевания, и пути быстрого перехода в хронические формы осложнений патологии респираторной системы. А также представляет собой обзор текущего состояния проблемы муковисцидоза и затрагивает основные причины, тип наследования, современную терапию и новые достижения в изучении этой патологии. Диагноз ставят на основании данных исследования пота или идентификации CFTR мутаций, вызывающих муковисцидоз, у больных с положительным результатом неонатальных скринг-тестов или характерных клинических признаков.

Ключевые слова: дети, муковисцидоз, органы дыхания, иммунитет.

Summary

¹Zhaksybergenov A.M., ²Marat A.A., ³Kalybaev E.U., Umarbekov ZH.A.

¹International Kazakh-Turkish University named after Khoja Akhmet Yassawi Shymkent Medical Institution, Shymkent city, Kazakhstan

²N-CJ-SC «Astana Medical University», Nur-Sultan city, Kazakhstan

³Shymkent city children's hospital №1, Shymkent city, Kazakhstan

THE FEATURES OF THE RESPIRATORY FUNCTION OF THE LUNGS IN CHILDREN WITH PATIENTS WITH MUCOVISCIDOSIS

This article describes the features of lung ventilation functions in children with cystic fibrosis and the severity of the disease and the rapidly developing complications of the pathology of the respiratory system. The article presents the data of multiple organ damage in children with cystic fibrosis, low life expectancy of patients (average age), conducting continuous treatment measures for early disability and optimizing follow-up.

Keywords: children, cystic fibrosis, respiratory system and immunity

Сведения об авторах:

Жаксыбергенов А.М., д.м.н., МКТУ имени Х.А. Ясави, г.Шымкент, Казахстан

Марат А.А., НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Казахстан

Калыбаев Е.У., врач, Шымкентская городская детская больница №1, г.Шымкент, Казахстан

Умарбеков Ж.А., врач, Шымкентская городская детская больница №1, г.Шымкент, Казахстан

МРНТИ 76.29.48

Наржанова А.Ж., Беласарова Ж.Б.

«Акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ., Қазақстан

Түйін

АКУШЕРЛІК ҚАН КЕТУ БОЙЫНША ҚАУІП ТОБЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ГЕМОСТАЗ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ЕРЕКШЕЛІКТЕР

Мақалада акушерлік қан кету жүктілік кезінде иммунологиялық жүйенің өзгеруімен тромбоциттер ақуыздарына, тамырлы эндотелийге аутоантитенелердің төмендеуімен байланысты болуы мүмкін. Аутоантитенелер құрамындағы өзгеріс босанғаннан кейінгі кезеңде қан кетудің патогенезіне иммунологиялық механизмдердің қатысатынын көрсетеді. Осылайша, босану паритетінің ұлғаюымен босанғаннан кейін коагулопатиялық қан кетудің даму тәуекелі жоғарылайды, осыған байланысты көп тырысқан әйелдерді босанғаннан кейінгі қан кетудің пайда болуы бойынша тәуекел тобына жатқызу қажет. Ал бұл өз кезегінде әйелдердің осы контингентінің акушерлік қан кету жағдайларында шұғыл көмек көрсету кезінде қажетті емдеу іс-шаралар кешенін анықтайды.

Кілт сөздер: босанғаннан кейінгі қан кету, ана өлімі, гемостаз жүйесі.

Өзектілігі.

Акушерлік қан кетулер ана өлім жітімі құрылымында жүктілік пен босануға байланысты ана өлім жітімі құрылымында бірінші орын алады. Олардың меншікті ауырлық күші 32,3% құрайды. Осы топта қайтыс болған әрбір үшінші адам – акушерлік қан кетудің өлімге әкелетін нәтижесі. Акушерлік қан кетулер ана өлімінің, әйелдердегі постгеморрагиялық асқинулар мен мүгедектіктің басты себептерінің бірі болып табылатыны белгілі. Осы акушерлік патологияның дамуының патогенетикалық механизмін ерте болжау мақсатында бірқатар зерттеулер жүргізілгендігін атап өткен жөн, алайда бұл әдістерді қолданудың сенімділігі мен тиімділігі жеткіліксіз, бұл осы бағытта ғылыми зерттеулерді жалғастыруды қажет етеді.

Зерттеудің мақсаты – босанғаннан кейінгі кезеңде қан кету бойынша қауіп тобындағы жүкті әйелдерде гемостаз жүйесін анықтау және талдау жүргізу.

Материалдар мен әдістер.

Жұмыс барысында босанғаннан кейінгі кезеңде қан кету қаупі бар 40 әйелге сауалнама жүргізілді: преэклампсиямен, акушерлік асыққанған анамнезбен (жүрек қан-тамыр жүйесі аурулары, зәр шығару жүйесі аурулары, гипертониялық жағдайлар, азсулылық, көпсулылық, қағанақ қабығының мерзімінен ерте жарылуы, анемия, босану паритетінің (6 және одан көп болуы), әйел жасының 40 жастан асуы, көп ұрықты жүктілік.

Олар босану нәтижесіне байланысты 2 топқа бөлінді: негізгі және салыстырмалы. Негізгі топқа босану және босанғаннан кейінгі кезеңде қан кетумен асқынған 24 әйел кірді, салыстыру тобына қан кету қаупі бар 16 әйел кірді, оларда босану кезінде қан жоғалту физиологиялық болды.

Бақылау тобы ретінде жүктілік және босанудың физиологиялық ағымы бар 30 жүкті әйел тексерілді.

Босану кезіндегі қан жоғалту дене салмағының 0,5% -нан немесе айналымдағы қан мөлшерінің 10% -дан аз 500 мл-ге дейін болуын физиологиялық деп саналды. Патологиялық қан жоғалту ретінде босану кезінде босану жолдары арқылы 500 мл және одан да жоғары қан кету, ал кесар тілігінен кейін 1000 мл және одан да көп қан жоғалту қабылданды (ҚР ДСМ акушерлік және гинекология бойынша бұйрық, 2017 ж.). Қан жоғалуы гравиметриялық әдіспен және өлшенген сыйымдылықты өлшеу арқылы есептелді (шыныаяқ, науаға жинаумен).

Барлық пациенттер жалпы қабылданған критерийлер бойынша жалпы акушерлік анамнезін жинадық, динамикада коагулограмма мен тромбоциттер гемостазын кеңейтілген зерттеуін жүргіздік.

Зерттеу нәтижесі.

Зерттелген әйелдердің жасы 20-дан 42 жасқа дейін болды, негізгі топта орташа жас шамасы $32,0 \pm 0,5$ жас, салыстырмалы топта $29,0 \pm 1,5$ жас және бақылау тобында $26,5 \pm 2,5$ жасты құрады.

Негізгі топтағы акушерлік анамнез 17% жағдайда медициналық түсік жасатумен, 42% жағдайда – өздігінен түсікпен, 4,2% жағдайда – ұрықты кенеттен жоғалту синдромымен асқынған. Салыстырмалы топта медициналық түсік жасату 13% жағдайда, 32% жағдайда өздігінен түсік жасату, 10% жағдайда бақылау тобында түсік жасату және 13,3% жағдайда түсік жасату орын алды.

Негізгі топтағы 5 (21%) пациентте және салыстырмалы топтағы 3 (19%) әйелдерде мерзімінен бұрын босану болған. Бақылау тобында барлық әйелдерде жүктілік мерзімінде босанумен аяқталған. Табиғи жол

арқылы босану келесідей жүрді: негізгі топта – 18 (75%), салыстырмалы топта – 14 (88%), бақылау тобында – 100%. Негізгі топта жедел түрде кесар тілігі 25%, салыстырмалы топта – 12,5% арқылы босандырылған.

Соматикалық анамнезді талдау келесідей мәліметтерді көрсетті: негізгі топта анемия 20 жүкті әйелдерде жиі кездеседі (83,3%), 3 (12,5%) әйелдерде жасырын пиелонефрит, қағанақ қабығының мерзімінен бұрын жарылуы – 3 (12,5%), варикозды аурулар – 5 (21%), 2-3 дәрежелі семіздік – 7 (29%) жағдайда кездесті. Салыстырмалы топта соматикалық аурулардан анемия 9 (56%), 3 (19%) әйелдерде жасырын пиелонефрит, 2 (12,5%) қағанақ қабығының мерзімінен бұрын жарылуы, 1 (6%) -да варикозды ауру және семіздіктің 2-3 дәрежесі 1 (6%) сәйкесінше кездесті. Жүктіліктің преэклампсиямен асқынуы негізгі топта 16 (66,7%) әйелде, салыстырмалы топта – 9 (56,25%) пациентте анықталды. Осы кезеңде айтып кететін жағдай ауыр преэклампсия 11 (45,8%) және 5 (31,2%) жүктілік ағымын патологиялық ағымға ауыстырған.

Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі негізгі топта 5 (21%) және бақылау тобында 1 (6%) жағдайда байқалды.

Осылайша, преэклампсия сияқты жүктіліктің асқынуы негізгі топта және салыстыру тобында бірдей жиілікте ($p > 0,1$) кездескен, бірақ бақылау тобына ($p < 0,05$) қарағанда едәуір жиі кездесті.

Босану және босанғаннан кейінгі кезеңде қан кету негізгі топта қан кету мөлшеріне байланысты 0–499 мл – 0%, 500–999 мл 75% жағдайда, 1000–1499 мл 21% жағдайда, 1500 мл – ден астам – 4% кездесті. Негізгі топтағы қан кетудің мөлшері 500-ден 2500 мл-ге дейін (орта есеппен 938 мл), салыстырмалы топта босану кезіндегі қан кету физиологиялық болды және 150-ден 800 мл-ге дейін өзгеріп отырды (кесарь тілігі кезінде) орташа есеппен алғанда 350 мл, ал бақылау тобында қан кету мөлшері 150-ден 280 мл-ге дейін (орташа -210 мл) жеткен.

Анықталған популяцияның барлық әйелдерінде гемостаздың өзгеруі: РФМК тұрақты жоғарылауы, Д-димер, тромбоциттер агрегациясы байқалды, бұл созылмалы тамыршілік шашыранды қан ұю синдромының болуын көрсетті. Клиникалық түрде бұл жүкті әйелдерде преэклампсиямен, қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сылынуы сияқты асқынулардың дамуымен сипатталды ($p < 0,05$).

Салыстырмалы топта босану кезінде физиологиялық қан жоғалту кезінде, әйелдердің 94% -ында гемостаз жүйесінде ауытқулар анықталмаған.

Тромбоциттер антигендеріне, туған ДНҚ-ға және тамырлы эндотелийдің аутогендік ақуыздарына, олар иммунологиялық жүйеде туылғандар саны мен қан жоғалту көлеміне байланысты өзгеріс енгізді.

Тромбоциттер антигендеріне, туған ДНҚ-ға және тамырлы эндотелийдің ангиогендік ақуыздарына аутоантиденелердің қан сарысуындағы төмендеуі анықталды. Аутоантиденелердегі бұл өзгерістер гемостазиограмма көрсеткіштерімен байланысты.

Қанмен ауыратын науқастарды қарау кезінде жүргізілген аутоантиденелердің 24 талдауларының 9 (37,5%) шартты нормаға қатысты төмендегенін көрсетті, бұл ең алдымен ТгМ-ға аутоантиденелерге (96%) қатысты болды және көптеген жағдайларда нормадан айтарлықтай ауытқулар байқалды. Көптеген аутоантиденелердің тепе-теңдігі денені тазартудың тұрақтылығын және табиғи катаболизм өнімдерімен мас болуды жоюды қамтамасыз ететіні белгілі. Осыған байланысты аутоантиденелер өндірісінің патологиялық төмендеуі сөзсіз организмде жасуша ыдырау өнімдерінің шамадан тыс жинақталуымен бірге жүретіні қисынды.

Соңғысы, өз кезегінде, ағзаның баяу прогрессивті созылмалы «иммуномобилдік» интоксикациясын тудыруы мүмкін, бұл міндетті түрде бауырдың, бүйректің, қан тамырларының, жүкті әйелдің басқа мүшелері мен жүйелерінің жұмысына әсер етеді және акушерлік асқынулардың патогенезіне тікелей байланысты болуы мүмкін.

Қорытынды.

Осылайша, акушерлік қан кету жүктілік кезінде иммунологиялық жүйенің өзгеруімен тромбоциттер ақуыздарына, тамырлы эндотелийге аутоантиденелердің төмендеуімен байланысты болуы мүмкін. Аутоантиденелер құрамындағы өзгеріс босанғаннан кейінгі кезеңде қан кетудің патогенезіне иммунологиялық механизмдердің қатысатынын көрсетеді.

Әдебиеттер

1. Кулбаева, С.Н. Особенности изменения уровня регуляторных аутоантител при акушерских кровотечениях в зависимости от паритета родов [Электронный ресурс] : монография/С. Н. Кулбаева. - Электрон. текстовые дан. (1,19Мб). - Шымкент : ЮКГФА, 2016. - 103 с. 1экз.
2. Акушерские кровотечения [Электронный ресурс]: учебное пособие/С.Н. Кулбаева [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (818Кб). - Шымкент : ЮКГФА, 2016. - 95 с.1экз.

3. Gauri Varayeva, Zoia An, Alberta Vacci., Основные причины материнской смертности в акушерской практике: первый опыт и итоги конфиденциального аудита в Республике Казахстан *Entre Nous*. – 2011. № 74. С.16-17.

4. Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленев а М.А., и др. Кровотечение в акушерстве. Перспективы современных технологий // Материалы VIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». 3- 6 октября. М., 2006. – С. 214 – 215.

Резюме

Наржанова С. Ж., Беласарова Г. Д.

АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы, Казахстан

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ГРУПП РИСКА ПО АКУШЕРСКИМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ

В статье сделан акцент на акушерские кровотечения, которые могут быть связаны с изменением иммунологической системы во время беременности, снижением аутоантител к белкам тромбоцитов, сосудистому эндотелию. Изменения в составе аутоантител указывают на участие иммунологических механизмов в патогенезе кровотечения в послеродовом периоде. Таким образом, с увеличением паритета родов, риск развития коагулопатического кровотечения после родов повышается, в связи с этим, многорожавших женщин необходимо отнести к группе риска по возникновению послеродового кровотечения. А это в свою очередь определяет комплекс лечебных мероприятий, необходимых при оказании экстренной помощи в случаях акушерских кровотечений у данного контингента женщин.

Ключевые слова: послеродовое кровотечение, материнская смертность, система гемостаза.

Summary

Nurzhanova S. J., G. D. Belisarova

JSC Research center of obstetrics, gynecology and Perinatology, Almaty city, Kazakhstan

FEATURES OF THE HEMOSTATIC SYSTEM IN PREGNANT RISK GROUPS FOR OBSTETRIC BLEEDING

In the article, obstetric bleeding may be associated with changes in the immunological system during pregnancy, a decrease in autoantibodies to platelet proteins, and vascular endothelium. Changes in the composition of autoantibodies indicate the participation of immunological mechanisms in the pathogenesis of bleeding in the postpartum period. Thus, with an increase in the parity of childbirth, the risk of developing coagulopathic bleeding after childbirth increases, in this regard, women who have become pregnant should be classified as a risk group for the occurrence of postpartum bleeding. And this in turn determines the complex of medical measures necessary for emergency care in cases of obstetric bleeding in this contingent of women.

Keywords: postpartum bleeding, maternal mortality, hemostasis system.

Сведения об авторах:

Наржанова А.Ж., АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы, Республика Казахстан

Беласарова Ж.Б., АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы, Республика Казахстан

МРНТИ 76.29.48

Тоганбаева Л.Э., Дәулетбақова М.Ж.

«Акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығы» АҚ, Алматы қ., Қазақстан

ЖОҒАРЫ ҚАУІП ТОБЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ҚАН КЕТУЛЕРДІ БАҒДАРЛАУ

Түйін

Мақалада босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдерде босанудан кейінгі қан кету қаупінің факторлары талданды. Талдау жүргізу үшін Шымкент қаласындағы №1 Облыстық перинаталдық орталыққа түскен жүкті әйелдердің босану тарихы ретроспективті талқыланды. Зерттеу міндеттерін орындау үшін екі топ алынды, оларда: негізгі топта босанғаннан кейінгі кезеңде қан кетумен асқынған 23 көп босанған әйел, салыстырмалы тобында – босанғаннан кейінгі кезеңде қан кету болмаған 23 алғаш және қайта босанушы әйелдердің босану тарихтары алынды. Зерттеу нәтижесінде мынандай негізгі факторлар: жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары, зәр шығару жүйесінің аурулары, гипертониялық бұзылулар, босану паритеті, 40 жастан асқан жас, асқынған акушерлік анамнез босанудан кейінгі қан кетудің қауіпті факторы болып алынды. Аталған факторлар осы категориядағы әйелдерде босанғаннан кейінгі қан кетуді бағдаулауға м.мкіндік береді.

Кілт сөздер: қауіп факторлары, босанғаннан кейінгі қан кету, ана өлімі.

Өзектілігі. Акушерлік қан кету қазіргі заманғы акушерліктің өзекті мәселелерінің бірі болып қала бермек. Акушерлік қан кетулердің жиілігі, әр түрлі авторлардың айтуы бойынша [1,2,3], туылғандардың жалпы санына қатысты 3% -дан 8% -ға дейінге дейін жетеді. Акушерлік қан кетулер ана өлімінің басты себептерінің бірі болып табылады, қан кету өзіндік себеп ретінде 20-25% құраса, ал қосымша себеп ретінде – 42%, ал фондық патология ретінде – 78% құрап отыр.

Акушерлік қан кету құрылымында босанғаннан кейінгі қан кету жетекші орынды алуда [4,5,6]. Көптеген жағдайларда босанғаннан кейінгі қан кетулерден болатын аналар өлім жігімін алдын алуға болады деп саналады [7]. Осыған байланысты қазіргі кезеңде жүктіліктің, босанудың және көп босанған әйелдерде босанғаннан кейінгі кезеңінің нәтижелерін терең зерттеу және болжау қажет, бұл жоғары қауіп бар әйелдерде босанғаннан кейінгі қан кетуді төмендетуге ықпалын тигізеді.

Зерттеудің мақсаты – көп босанғаннан әйелдерде босанғаннан кейінгі қан кетудің қауіп факторларын анықтау үшін осы әйелдерде клиникалық және анамнестикалық мәліметтерді егжей-тегжейлі зерттеу және алынған нәтижелерді талдау.

Материалдар мен әдістері. Осы мақсатқа жету үшін біз негізгі көрсеткіштерге (босану паритеті, экстра-гениталды патология, көп босанған әйелдердегі жүктілік пен босанудың асқынулары, жүктілік кезеңінде емханаға бару кезеңділігін, ірі нәрестенің болуы) және акушерлік қан кетулерге корреляциялық талдау жүргіздік.

Зерттеу нәтижесі. Талдау жүргізу үшін екі топты белгілеп алдық. Олар: негізгі топта босанғаннан кейінгі кезеңде қан кетумен асқынған 23 көп босанған әйел, салыстырмалы тобында – босанғаннан кейінгі кезеңде қан кету болмаған 23 алғаш және қайта босанушы әйелдердің босану тарихтары алынды. Талдау көрсеткіштері бойынша, негізгі топтағы әйелдердің 94% -ы, ал сатырмалы тобындағы – 75% әйелдер ауылдық жерлерде тұрады.

Бақылау тобындағы көп ұлтты әйелдердің 84% -ында интергенетикалық аралық 2 жылға дейін болды, ал салыстырмалы топта 30% жағдайда қысқа интергенетикалық интервал анықталды.

Соматикалық анамнездерін зерттеуде ретроспективті талдау бірнеше бала туылған әйелдердің денсаулық индексі төмен екендігін көрсетті.

Сонымен, негізгі топтағы анемия жиілігі 86%, бақылау тобында 45% болды. Көп босанған әйелдерде анемия деңгейінің жоғарылығы әртүрлі микроэлементтердің, соның ішінде алдыңғы жүктіліктен кейін пайда болған темірдің жетіспеушілігімен түсіндіріледі. Негізгі топта көп ұлтты әйелдердің 32% -ы созылмалы бүйрек ауруларымен (салыстырмалыда – 15%), тамырлардың варикозды кеңеюі – 48% (салыстырмалыда – 8%) ауырған.

Көп босанған әйелдердегі жүктіліктің асқыну деңгейінің жоғарылауы мыналарды көрсетілді: 56% жағдайда преэклампсияның ауыр жағдайымен асқынған (салыстырмалы топта – 25%), 9% жағдайда – азулылық (салыстырмалы топта – 4%), 11% - көпсулылық (салыстырмалыда – 7%). Сонымен, көп босанған әйелдерде жүктілік ағымы жүктілікте асқынулар жиілігінің жоғарылауымен сипатталады. Негізгі топтағы әйелдерде 21,97% және салыстырмалы топтағы әйелдерде 12,7% жағдайда қағанақ қабығының мерзімінен ерте жарылуымен, сонымен қатар, негізгі топта – 19%, салыстырмалы топта – 3,47% преэклампсияның ауыр дәріжесіне байланысты босану индукциясы жасалынған.

Босану табиғи жолдар арқылы жүргізілген. Көп босанған әйелдерде 18% және алғаш және қайта босанушы әйелдерде 6,2% мерзімінен ерте босану болды. Көпбосанушы әйелдердің 85%, ал алғаш – қайта босанушы әйелдердің 93,8% өз уақытында босанды.

Барлық әйелдерде босанудың үшінші кезеңі белсенді жүргізілді (10 бірлік окситоцинді баланың иықтары туылып жатқан бұлшықетке енгізу).

Босану және босанғаннан кейінгі кезеңде қан кету көлемі 1000 мл-ге дейін негізгі топта 71,4%, салыстырмалы топта 66,7% құрады, 1000 мл-ден жоғары негізгі топта 28,6%, салыстырмалы топта 33,3 % кездесті.

Босанғаннан кейінгі қан кетулердің себептерінің талдауы көбінесе жатыр тонусының бұзылуында болды: соның ішінде көпбосанушы әйелдерде жатыр гипотониясы – 91,3%, жатыр бөліктерінің жатырда қалуы – 5,1%, босану жолдарының жарақаттары – 3,6% кездесті. Салыстырмалы топта атониялық қан кетулер – 75,2%, жатыр бөліктерінің жатырда қалуы – 15,3%, босану жолдарының жарақаттары – 9,5% анықталды. Қан ұю жүйесінің бұзылысы екі топтада кездескен жоқ.

Корреляциялық талдау кезінде босанғаннан кейінгі кезеңде акушерлік қан кетудің дамуының маңызды факторларының 13 іріктелді. Оларға: экстрагениталды аурулар, соның ішінде, жүрек-қан тамырлары жүйесі, зәр шығару жүйесі аурулары, созылмалы веноздық жеткіліксіздік, гипертониялық бұзылулар, босану паритеті, әйел жасының 40 жастан асуы, ауырған акушерлік анамнез.

Қорытынды.

Ауырған соматикалық және көбінесе әйелдердің акушерлік және гинекологиялық тарихы жүктіліктің қолайсыз өтуіне ықпал етті. Көптеген туылған әйелдерде босанғаннан кейінгі қан кетулерді болжау үшін ең маңызды болып табылатын сипатталған белгілер олардың алдын алу үшін уақтылы шаралар қабылдауға және сәйкесінше ана өлімін азайтуға мүмкіндік береді.

Әдебиеттер

1. Кулбаева, С. Н. Особенности изменения уровня регуляторных аутоантител при акушерских кровотечениях в зависимости от паритета родов [Электронный ресурс] : монография / С. Н. Кулбаева. - Электрон. текстовые дан. (1,19Мб). - Шымкент : ЮКГФА, 2016. - 103 с. 1экз.
2. Акушерские кровотечения [Электронный ресурс]: учебное пособие / С. Н. Кулбаева [и др.]. - Электрон. текстовые дан. (818Кб). - Шымкент : ЮКГФА, 2016. - 95 с. 1экз.
3. Gaigi Barayeva, Zoia An, Alberta Vacci., Основные причины материнской смертности в акушерской практике: первый опыт и итоги конфиденциального аудита в Республике Казахстан Entre Nous. – 2011. № 74. С.16-17.
4. Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленев А.М.А., и др. Кровотечение в акушерстве. Перспективы современных технологий // Материалы VIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». 3- 6 октября. М., 2006. – С. 214 – 215.

Аннотация

Тоганбаева Л. Э., Даулетбакова М. Р.

АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы, Казахстан

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА

В статье проанализированы факторы риска послеродового кровотечения у женщин в послеродовом периоде. Для проведения анализа ретроспективно обсуждалась история родов беременных, поступивших в Областной перинатальный центр №1 г. Шымкент. Для выполнения исследовательских задач были взяты две группы, в которых: в основной группе взяты 23 многорожавших, осложненные кровотечением в послеродовом периоде, в сравнительной группе – 23 истории родов перво и повторнородящих женщин, не осложнившиеся кровотечением в послеродовом периоде. В результате исследования были выявлены следующие основные факторы: болезни сердечно-сосудистой системы, болезни мочевыделительной системы, гипертонические расстройства, паритет родов, возраст старше 40 лет, осложненный акушерский анамнез. Данные факторы позволяют проводить оценку послеродового кровотечения у женщин данной категории.

Ключевые слова: факторы риска, послеродовое кровотечение, материнская смертность.

Summary

Tuganbaeva L. E., M. R. Dauletbakova

JSC Research center of obstetrics, gynecology and Perinatology, Almaty city, Kazakhstan
PREDICTING POSTPARTUM BLEEDING IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN

The article analyzes the risk factors for postpartum bleeding in women in the postpartum period. To conduct the analysis, the history of childbirth of pregnant women admitted to the Regional perinatal center No. 1 in Shymkent was discussed retrospectively. To perform research tasks, two groups were taken, in which: in the main group, 23 multi – pregnant women were taken, complicated by bleeding in the postpartum period, in the comparative group-23 birth histories of first and second-born women, not complicated by bleeding in the postpartum period. As a result of the study, the following main factors were identified: diseases of the cardiovascular system, diseases of the urinary system, hypertension, birth parity, age over 40 years, complicated obstetric history. These factors make it possible to assess postpartum bleeding in women of this category.

Keywords: risk factors, postnatal bleeding, parent mortality.

Сведения об авторах:

Тоганбаева Л.Э., АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы
Дәулетбақова М.Ж., АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», г. Алматы

МРНТИ 76.29.51

Кауызбай Ж.А.¹, Иванова М.Б.¹, Сейсембеков Т.З.², Сейдахметова А.А.¹

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»¹, г. Шымкент, Казахстан

НАО «Медицинский университет Астана»² г. Нур-Султан, Казахстан

ВЛИЯНИЕ СЕЗОННОСТИ НА СМЕРТНОСТЬ ПРИ ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ГОРОДА ШЫМКЕНТ

Резюме

Определены особенности динамики показателей ежесуточной смертности больных cerebrovascularными заболеваниями г. Шымкент за 2009-2018 гг. в различные сезоны и периоды года зависимости от пола и возраста с использованием индекса сезонности. Смертность остается на высоком уровне, и общее число случаев смерти мужчин и женщин почти одинаково. Однако в молодом и среднем возрасте более чем в 2 раза больше у мужчин, в старческом - смертность в 2 раза выше у женщин. Смертность возрастала с увеличением возраста больных.

Ключевые слова: cerebrovascularные заболевания, индекс сезонности, смертность, климатические условия.

В Республике Казахстан (РК), несмотря на принимаемые меры по их профилактике и лечению, общая сердечно-сосудистая заболеваемость (ССЗ) за истекшие годы XXI века возросла в 2,4 раза (с 6775,6 в 2001 г. до 16360,6 на 100 тыс. населения в 2018 г) [1]. В том числе отмечается значимый рост впервые диагностированной cerebrovascularной заболеваемости (ЦВЗ) среди взрослого населения РК с 210,3 (2001) до 385,6 (2018) и среди городского населения РК с 262,6 до 428,9 на 100 тыс. населения. На фоне роста ССЗ наблюдается достоверное снижение смертности от ССЗ за эти годы с 494,6 до 167,3 на 100 тыс. населения, особенно заметное снижение смертности началось в 2009 г. - с 416,4 до 67,3 на 100 тыс. населения в 2018 г. [1,2]. Также, несмотря на рост показателей ЦВЗ в РК, в том числе среди городского населения наблюдалось снижение показателей смертности от основной причины летальности при ЦВЗ - острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта) в РК 119,6 (2009) до 61,0 (2018) и среди городского населения с 135,8 до 72,8 на 100 тыс. населения соответственно. Известно, что церебральный инсульт занимает второе место в структуре общей смертности и смертности от ССЗ, являясь ведущей причиной инвалидизации населения, подчеркивающей актуальность и высокую социальную значимость проблемы ЦВЗ [3-6].

Цель исследования. Определить особенности динамики показателей ежесуточной смертности больных ЦВЗ г. Шымкент за 2009-2018 гг. в различные сезоны и периоды года зависимости от пола и возраста с использованием индекса сезонности.

Материал и методы. Материалами исследования были показатели ежесуточной смертности от ЦВЗ (МКБ-10: коды I60-I69) взрослого населения (18 лет и старше) города Шымкент за 2009-2018 гг. по данным Комитета по статистике МНЭ РК. Ежесуточные показатели смертности от ЦВЗ были сгруппированы по месяцам, сезонам (весна, лето, осень, зима) и периодам (теплый и холодный) года, анализированы по полу и возрастным группам: молодой возраст (18-44 лет), средний (45-59 лет), пожилой (60-74 лет) и старческий возраст (75 лет и старше). Для г. Шымкент, путем расчетов среднемесячной температуры за 10 лет (2009-2018) было установлено, что теплый период (ТП) года (апрель-октябрь), холодный период (ХП) (ноябрь-март). Индекс сезонности (ИС) показывающий отношение показателей смертности в данный месяц (или сезон) к средней величине за все годы анализируемого периода, вычислялся по методике Онищенко Г.Г., Брагина И.В., Мишина А.Л. и соавт. [7]. Данная методика была использовалась при оценке сезонной динамики смертности больных ССЗ в зависимости от пола и возраста [8,9].

Результаты и обсуждение. В период с 1.01.2009 г. по 31.12.2018 г. в г. Шымкенте от cerebrovascularных заболеваний (ЦВЗ) (I60-I69) умерло 5041 человек старше 18 лет, из них 2532 (50,2%) мужчин и 2509 (49,8%) женщин. Рассматриваемый период характеризуется относительно стабильной (с малой амплитудой колебаний) динамикой смертности от данного заболевания, как среди мужчин, так и женщин (рисунок 1). В среднем ежегодно за 10 лет умирало 504 чел., среднее квадратическое отклонение составляет 45,5 чел. В целом наибольшее значение числа умерших (574 чел.) зафиксировано в 2017., наименьшее (428 чел.) в 2013 г. Обращает внимание, что смертность от ЦВЗ в г. Шымкент остается на высоком уровне, тогда как показатели смертности от АГ и ИБС, включая ОИМ за эти же годы заметно снизились, особенно за последние 3 года, в отличие от показателей смертности от ЦВЗ, которые увеличились. В целом, за 10 лет в г. Шымкент число умерших от ЦВЗ мужчин (50,2%) и женщин (49,8%) были практически равны (Таблица 1). Однако, имелись

существенные различия в зависимости от возраста, смертность возрастала с увеличением возраста больных: 4,8%, 19,8%, 35,6% и 39,8% соответственно возрастных групп. Причем, в первых 3х группах, особенно в молодом и среднем возрасте, более чем в 2 раза, было больше мужчин, в старческом - смертность от ЦВЗ в 2 раза была выше у женщин.

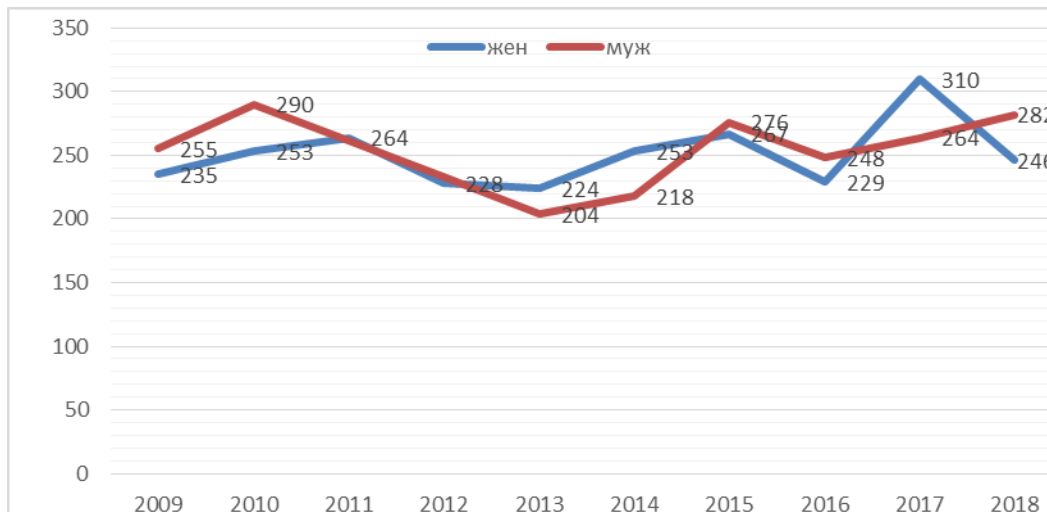


Рисунок 1 - Динамика показателей смертности от ЦВЗ взрослого населения среди мужчин и женщин г. Шымкент 2009-2018 гг.

Следовательно, в г. Шымкенте, мужчины, по сравнению с женщинами подвержены риску смерти от ЦВЗ в более раннем возрасте.

Таблица 1 - Половозрастной состав умерших от ЦВЗ в г.Шымкент за 2009-2018гг.

| Пол | Возраст | | | | | | | | Итого | |
|-------|---------|-----|-------|------|-------|------|-----------|------|-------|------|
| | 18-44 | % | 45-59 | % | 60-74 | % | старше 75 | % | | % |
| муж | 169 | 3,4 | 665 | 13,2 | 1043 | 20,6 | 655 | 13 | 2532 | 50,2 |
| жен | 69 | 1,4 | 332 | 6,6 | 755 | 15 | 1353 | 26,8 | 2509 | 49,8 |
| Итого | 238 | 4,8 | 997 | 19,8 | 1043 | 35,6 | 2008 | 39,8 | 5041 | 100 |

Пик смертности от ЦВЗ среди мужчин приходится на 60-74 года, среди женщин – на возраст 75 лет и старше. Сведения о половозрастном составе умерших от ЦВЗ в г. Шымкенте за анализируемый период по сезонам, в зависимости от пола и возраста представлены в таблице 2. Как следует из таблицы наибольшая смертность наблюдается зимой (26,5%), затем летом (25,0%), весной (24,4%) и осенью (24,1%) с небольшим превалированием мужчин по всем сезонам.

Таблица 2 - Показатели смертности от ЦВЗ населения г. Шымкент за 2009-2018 гг. по сезонам года, в зависимости от пола и возраста больных

| Возраст/ сезон | весна | | лето | | осень | | зима | | всего | | итого |
|-------------------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-------------|------|-------|
| | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | |
| 18-44 | 21 | 41 | 9 | 38 | 16 | 26 | 23 | 64 | 69 | 169 | 238 |
| 45-59 | 73 | 182 | 88 | 146 | 61 | 149 | 110 | 188 | 332 | 665 | 997 |
| 60-74 | 172 | 229 | 188 | 276 | 199 | 270 | 196 | 268 | 755 | 1043 | 1798 |
| 75 и старше | 347 | 163 | 339 | 177 | 326 | 171 | 341 | 144 | 1353 | 655 | 2008 |
| всего | 613 | 615 | 624 | 637 | 602 | 616 | 670 | 664 | 2509 | 2532 | 5041 |
| итого | 1228 (24,4%) | | 1261 (25,0%) | | 1218 (24,1%) | | 1334 (26,5%) | | 5041 (100%) | | |

При этом, по всем сезонам года в первых трех возрастных группах смертность заметно выше среди мужчин (рисунок 2) в старческой группе, которое составляет 2008 чел., более чем в 2 раза смертность выше среди женщин (1353) по сравнению с мужчинами (655).

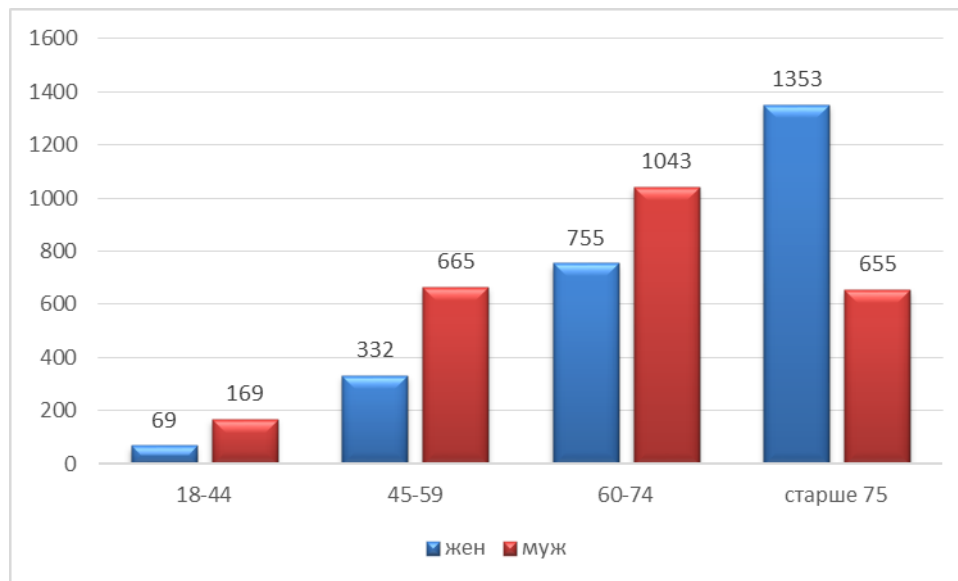


Рисунок 2 - Половозрастная структура смертности от ЦВЗ среди взрослого населения г. Шымкент за 2009-2018 гг.

Сведения о половозрастном составе умерших от ЦВЗ в г. Шымкенте за 2009-2018 гг. по периодам года (теплый - апрель-октябрь), холодный (ноябрь-март) месяцы представлены в таблице 3. На холодный период (ХП) приходится 44,3% случаев смерти, на теплый период (ТП) – 55,7%, на 11,4% больше. Как в ХП, так и в ТП в первых 3-х возрастных группах смертность выше среди мужчин, в старческом возрасте в 2,1 раза среди женщин.

Таблица 3 - Распределение показателей смертности от ЦВЗ в г. Шымкент за 2009-2018 гг по периодам года в зависимости от пола и возраста больных

| Возраст/ период | холодный | | теплый | | всего | | итого |
|--------------------|--------------|------|--------------|------|-------------|------|-------|
| | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | |
| 18-44 | 35 | 88 | 34 | 81 | 69 | 169 | 238 |
| 45-59 | 164 | 327 | 168 | 338 | 332 | 665 | 997 |
| 60-74 | 329 | 445 | 426 | 598 | 755 | 1043 | 1798 |
| 75 и старше | 563 | 281 | 790 | 374 | 1353 | 655 | 2008 |
| всего | 1091 | 1141 | 1418 | 1391 | 2509 | 2532 | 5041 |
| итого | 2232 (44,3%) | | 2809 (55,7%) | | 5041 (100%) | | |

За анализируемые 10 лет на ХП приходится 1500 дней, на ТП - 2140 дней, поэтому, на день ХП приходится 1,488 случаев смерти, в ТП - 1,350 случаев. Следовательно, при пересчете показателей на каждые 1000 случаев смертности в ХП года на 138 случаев смертность от ЦВЗ будет выше, чем в ТП года. На каждый месяц ХП года в среднем приходится ИС =124,2% тогда как в ТП – ИС= 83,0%, т.е. на 41,1% меньше. При этом, общее число случаев смерти от ЦВЗ за счет выше указанных половозрастных различий по периодам нивелируется, поэтому общие показатели смертности в ХП и ТП уравниваются.

Анализ особенностей внутригодовой динамики смертности от ЦВЗ взрослого населения с использованием индекса сезонности (ИС) смертности, рассчитанного для каждого месяца, свидетельствует

(рисунок 3), что максимальное значение показателя (119%) наблюдается в январе, а минимальное (85%) - в мае. При этом, максимальные значения ИС в январе характерны как для мужчин (119%), так и для женщин (118%).

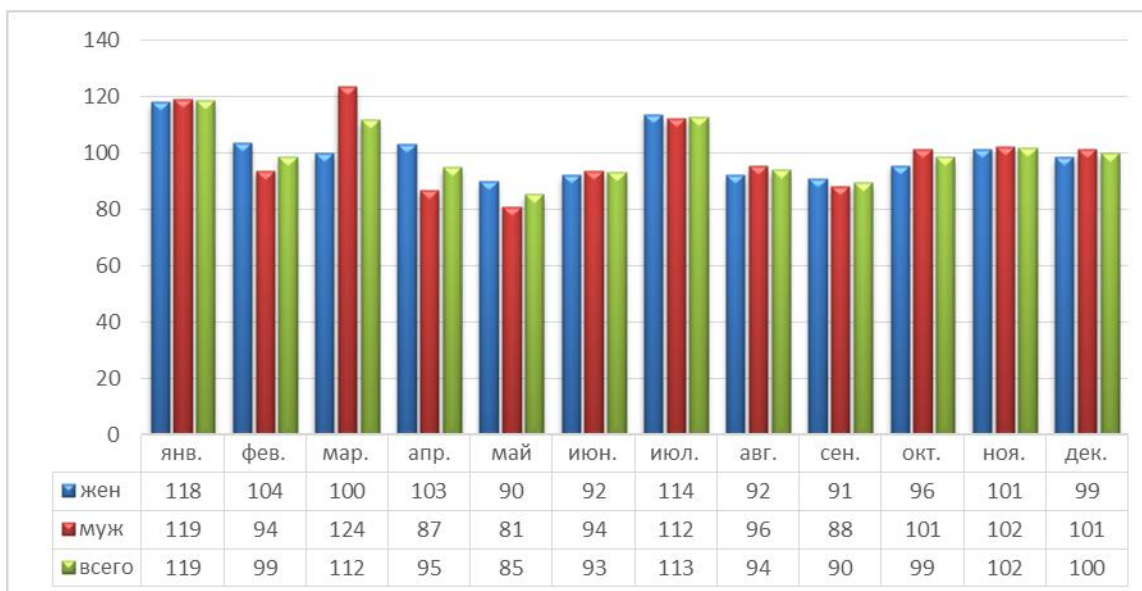


Рисунок 3- Динамика показателей ИС смертности от ЦВЗ по месяцам года, среди женского и мужского населения г. Шымкент за 2009-2018 гг.

Также высокие показатели ИС наблюдаются в марте (112%) и в июле (113%). Причем в марте повышение ИС характерно для мужчин (увеличение на 24% от среднегодового уровня), а в июле как для женщин (на 14%), так и для мужчин (на 12%). Месячные амплитуды смертности от ЦВЗ по данным ИС достаточно высоки: для женщин – 28%, для мужчин 43%. Следует отметить, что наиболее высок риск увеличения смертности от ЦВЗ для лиц обоего пола в январе и июле, для мужчин ещё в марте, соответственно условно низкий риск, менее 100% смертность в мае, июне, августе и сентябре.

Анализ ИС смертности от ЦВЗ по возрастным группам показал существенные различия показателей ИС (рисунок 4).

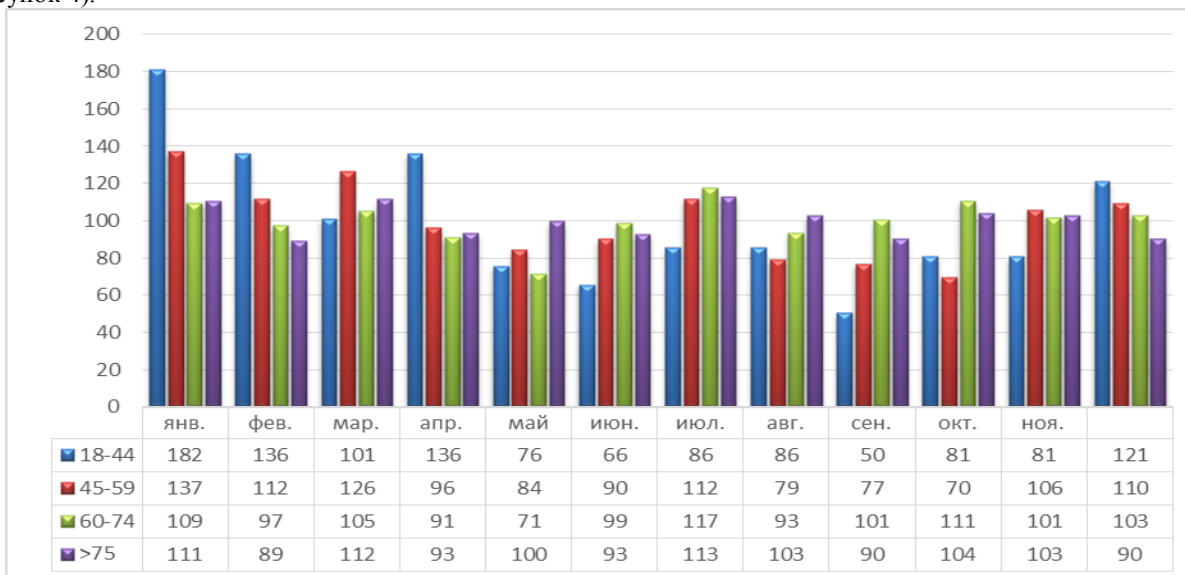


Рисунок 4 - Динамика показателей ИС смертности от ЦВЗ по месяцам года и возрастным группам взрослого населения г. Шымкент 2009-2018 гг.

Так, в молодом возрасте: самые высокие значения ИС в январе (182%), высокие в феврале, апреле, декабре и самые низкие (50,0%) в сентябре, соответственно с самой высокой амплитудой колебания 132%) в году. Для больных в возрасте 45-59 лет также наибольшее значение ИС в январе –марте, высоки в феврале, ноябре и декабре. Для возрастной группы 60-74 года ИС принимает наибольшее значение (117%) в июле, и наименьшее (71%) в мае. Для больных старше 75 лет высокий уровень риска смертности от ЦВЗ зафиксирован в январе (111%), марте (112%) и июле (113%). В целом, наиболее высокие показатели ИС и соответственно высокий риск смертности от ЦВЗ январь – апрель, июль и декабрь месяцы, низкие в июне и мае, за исключением возраста 75 лет и старше.

В свете вышеизложенного представляет интерес анализ показателей ИС смертности от ЦВЗ в г. Шымкент по общепринятым сезонам в зависимости от пола (рисунок 5) и возрастных групп больных (рисунок 6). Как следует из рисунка 5 как у женщин, так и среди мужчин ИС смертности выше в зимний и весенний периоды по сравнению с остальными сезонами года, что свидетельствует о некотором преобладающем риске смертности от ЦВЗ зимой и летом.

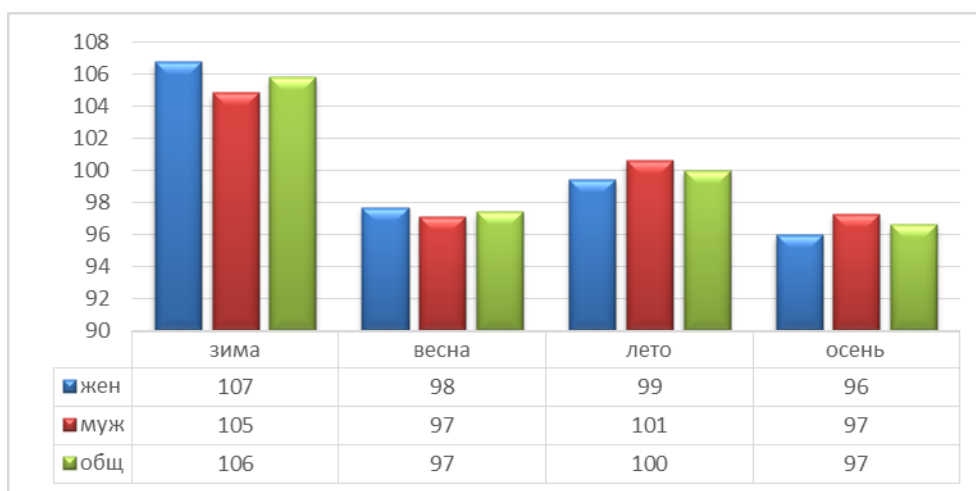


Рисунок 5 - ИС, рассчитанный по сезонам для общей, мужской и женской смертности от ЦВЗ, г. Шымкент за 2009-2018 гг.

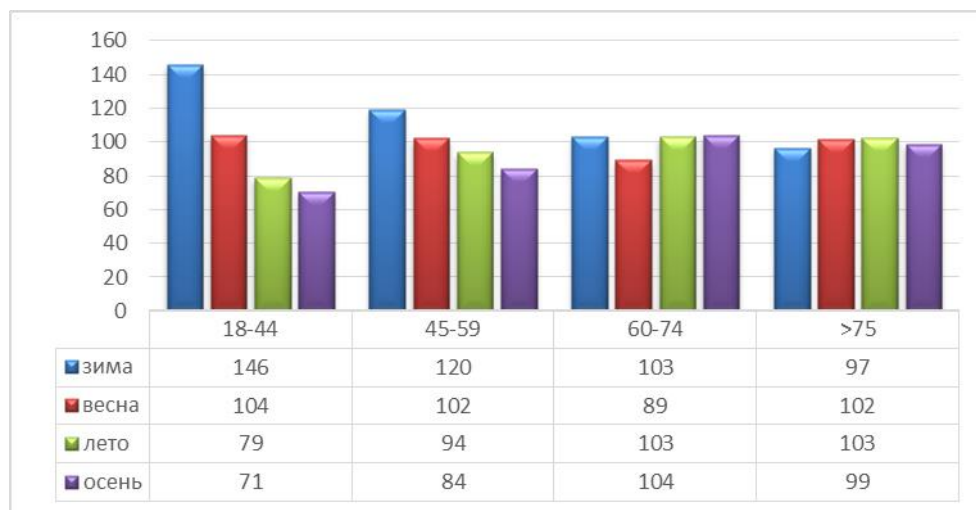


Рисунок 6 - ИС смертности от ЦВЗ, рассчитанный по сезонам для различных возрастных групп больных г. Шымкент 2009-2018 гг.

При этом, большое значение имеет возраст больных. Так, в зимний период ИС наибольший у больных молодого возраста (146%) с постепенным снижением с увеличением возраста -120, 103 и 97% соответственно возрастных групп пациентов. Высокая смертность от ЦВЗ зимой обусловлен высоким риском смертности у больных молодого и среднего возраста. Некоторое превалирование смертности в летний период происходит за счет высокого риска у больных пожилого и старческого возраста. При этом, следует иметь в виду, что в зимний и весенний периоды более подвержены риску смертности больные молодого и среднего возраста, а летом пожилого и старческого возраста.

Заключение. Таким образом, смертность от ЦВЗ в г. Шымкент остается на высоком уровне, в целом число умерших от ЦВЗ мужчин и женщин практически одинаковы. Однако, в первых 3х возрастных группах, особенно в молодом и среднем возрасте, более чем в 2 раза больше мужчин, в старческом - смертность от ЦВЗ в 2 раза выше у женщин. Смертность возрастала с увеличением возраста больных. Высокий риск смертности наблюдается в январе – апреле, июле и декабре месяцах, по сезонам зимой и летом. меньшая - осенью. Причем, в зимний и весенний периоды более подвержены риску смертности больные молодого и среднего возраста, а летом пожилого и старческого возраста. На ХП года приходится на 11,4% случаев смерти меньше, чем в ТП. Однако, при пересчете показателей на каждые 1000 случаев смертности в ХП года на 138 случаев смертность от ЦВЗ будет выше, чем в ТП года.

Литература

- 1.Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2001-2018 г.г», Стат. сборники. - Нур-Султан, Астана за 2002-2019 г.г.
- 2.Сейсембеков Т.З., Нурғалиева Н.К., Жусупова А.С. и соавт. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность взрослого населения г. Астана //Медицина (Алматы). 2018. - № 11 (197).– С. 28–35.
- 3.Сулина З.А., Пирадов М.А. Инсульт.: диагностика, лечение, профилактика.–М.:Медпресс-информ,2008.–283с.
- 4.Российские клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте // Всероссийское общество неврологов. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом.–2014.–49 с.
- 5.Thrift A., Thayabaranathan T., Howard G. et al. Global stroke statistics // Int. J. Stroke.–2017.–12(1).–Р.13-32.
6. Еркебаева С.К. Клинико-метеорологические предикторы развития церебрального инсульта в Южно-Казахстанской области. Дисс. докт. философии (PhD).-Алматы.-2013.- 167 с.
7. Онищенко Г.Г., Брагина И.В., Мишина А.Л. Оценка риска и ущерба от климатических изменений, влияющих на повышение уровня заболеваемости и смертности в группах населения повышенного риска: Методические рекомендации МР 2.1.10.0057-12. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2012-48 с.
8. Григорьева Е.А., Суховеева А.Б. Сезонная динамика показателей смертности населения города Биробиджана // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, том 15, № 3 (6).-2013.-С.1756- 1759
9. М.Б. Иванова, Т.З. Сейсембеков, Ж.А. Кауызбай, А.А. Сейдахметова, Б.Д. Серикова Анализ структуры и сезонной динамики смертности от ишемической болезни сердца населения г. Шымкента //Вестник ЮКМА.- № 3 (87), 2019, том III, - С.140 - 143.

ТҮЙІН

Қауызбай Ж.Ә¹, Иванова М.Б.¹, Сейсембеков Т.З.², Сейдахметова А.А.¹

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы»АҚ¹, Шымкент қ., Қазақстан

«Астана медицина университеті» КЕАҚ², Нұр-Султан қ., Қазақстан

ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНЫҢ КЛИМАТТЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫНДА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫҚ АУРУЛАР КЕЗІНДЕГІ ӨЛІМ-ЖІТІМГЕ МАУСЫМДЫҚТЫҢ ӘСЕРІ

2009-2018 жылдар арасында Шымкент қаласының цереброваскулярлық аурулармен ауыратын науқастардың тәулік сайынғы өлім-жітімі көрсеткіштерінің маусымдық индексі пайдалана отырып, әр түрлі маусымдар мен жыл мезгілдерінде жынысы мен жасына байланысты динамикасының ерекшеліктері анықталды. Өлім-жітім жоғары деңгейде қалып отыр, жалпы қайтыс болған ерлер мен әйелдердің саны бірдей. Алайда, жас және орта жаста ер адамдар 2 есе көп, ал қарт адамдарда өлім - жітім әйелдерде 2 есе жоғары. Өлім-жітім науқастардың жасына байланысты өсті.

Кілт сөздер: цереброваскулярлы аурулар, маусымдық индексі, өлім – жітім, климаттық жағдайлар.

SUMMARY

Kauyzbay Zh. A¹, Ivanova M. B.¹, Seisembekov T. Z.², Seidakhmetova A. A.¹

JSC "South Kazakhstan medical Academy"¹, Shymkent, NPJSC "Astana Medical University"², Nur-Sultan, Republic of Kazakhstan

INFLUENCE OF SEASONALITY ON MORTALITY IN CEREBROVASCULAR DISEASES IN THE CLIMATIC CONDITIONS OF THE CITY OF SHYMKENT

The features of the dynamics of daily mortality rates of patients with cerebrovascular diseases in Shymkent for 2009-2018 in different seasons and periods of the year, depending on gender and age, were determined using the seasonality index. Mortality remains at a high level, and the overall number of deaths of men and women is almost the same. However, in young and middle age, more than 2 times more men, in old age - the mortality rate is 2 times higher in women. Mortality increased with increasing age of patients.

Key words: cerebrovascular diseases, seasonality index, mortality, climatic conditions.

Сведения об авторах:

1. Қауызбай Жұмалы Әріпбайұлы, заведующий кафедрой семейной медицины АО ЮКМА, PhD, асс. профессор, zhumaly@mail.ru, тел. +77757219195.
2. Иванова Марина Борисовна, заведующая кафедрой медицинской физики и информационных технологий АО ЮКМА, к.ф.-м.н., и.о. доцента, marina-iv@mail.ru. Тел.+77713241509.
3. Сейсембеков Тельман Зейналлинович, профессор кафедры внутренних болезней №3 НАО МУА, д.м.н., профессор, академик медицинской АН РК, seisembekov@mail.ru, тел. +77013380089.
4. Сейдахметова Айзат Ашимхановна, заведующая кафедрой скорой медицинской помощи и сестринского дела АО ЮКМА, к.м.н., и.о. доцента, тел. айзат-сеidahmetova@mail.ru, тел. +77017671449.

МРНТИ: 76.29.55

М.А. Мухамбетов

МКТУ им. Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, преподаватель кафедры «Профилактическая медицина и стоматологические дисциплины», г. Шымкент, Республика Казахстан

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОЦЕССЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАХ

Резюме

В последнее время все очевиднее видна связь качества жизни человека с одной из важнейших составляющих его организма - состоянием зубочелюстной системы. Это особенно актуально для пациентов, которым по ряду тех или иных причин затруднительно или недопустимо использование съемных зубных протезов. Для решения проблемы окклюзионной реабилитации пациентов, альтернативу съемным протезам составляют внутрикостные дентальные имплантаты. Зубная имплантация является эффективным методом лечения при полной или частичной утрате зубов. Использование внутрикостных зубных имплантатов в качестве опор зубных протезов позволяет восстановить жевательную функцию и улучшить эстетику лица.

Ключевые слова: зубная имплантация, эффективные методы, ортопедическое лечение.

Актуальность проблемы. Несмотря на значительные успехи современной стоматологии, лечение пациентов с полной адентией нижней челюсти в настоящее время продолжает оставаться актуальной проблемой [1]. При традиционном ортопедическом лечении очень часто имеют место проблемы фиксации полных съемных зубных протезов. Литературные данные свидетельствуют о том, что более 25% больных с полной адентией не пользуются съемными протезами, которые были им изготовлены [2]. Использование дентальных имплантатов при лечении пациентов с полной адентией нижней челюсти во многом повысило эффективность проводимого лечения. Разработано множество методик использования дентальных имплантатов в качестве опоры для съемных и несъемных зубных протезов [3].

Однако, наряду с большой популярностью дентальной имплантации и доступностью ее применения в амбулаторных условиях, отмечается тенденция необоснованно упрощенного подхода к данному методу лечения. Это может приводить к значительному увеличению числа осложнений, возникающих как в

ближайшие, так и в отдаленные сроки после лечения[4]. По результатам исследования А.А.Кулакова более 52% осложнений, в период свыше 1 года после имплантации, у пациентов связаны с нарушением функционирования протезов.

По данным В.Л.Параскевича на хирургический этап лечения, при условии соблюдения принципов атравматичной техники вмешательства и применения качественных, соответствующих современным биотехническим стандартам имплантатов, приходится около 1 - 3% , максимум - 12% неудач имплантации. Из этого следует, что более 80% неудач являются в значительной мере проблемами ортопедического этапа лечения. В связи с этим обеспечение долговременного функционирования различных видов протезных конструкций с опорой на дентальные имплантаты является актуальной проблемой ортопедической стоматологии.

Профилактика осложнений возможна лишь на основе комплексного обследования пациентов, выявления клинико-функциональных изменений, возникающих в процессе пользования зубными протезами на имплантатах, и определения факторов, обуславливающих их появление. От того, насколько объективно проведена диагностика изменений в опорных тканях протезного ложа, жевательных мышцах, оценка состояния протезных конструкций на имплантатах и в целом зубочелюстной системы, зависит адекватность выбора мероприятий, купирующих осложнения и снижающих степень риска отторжения имплантата. В отечественной практике накоплен богатый опыт протезирования пациентов с полной адентией нижней челюсти с использованием различных видов конструкций на дентальных имплантатах. Однако в течение этого времени недостаточно внимания уделено вопросам профилактики осложнений, возникающих в процессе функционирования протезных конструкций на дентальных имплантатах. В связи с этим становится актуальным проведение исследования, направленного на выявление факторов, вызывающих возникновение и развитие патологии в тканях, окружающих имплантат, нарушений целостности зубных протезов и их фиксации, разработку комплекса мероприятий, предотвращающих и устраняющих осложнения, возникающие в процессе функционирования ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты.

Цель исследования: повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с полной адентией нижней челюсти на основе разработки лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение и устранение осложнений в процессе функционирования протезных конструкций на дентальных имплантатах.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ отдаленных результатов лечения пациентов с полной адентией нижней челюсти с использованием различных ортопедических конструкций на имплантатах. Было установлено, что у пациентов, не находившихся на постоянном наблюдении после окончания лечения, по мере увеличения сроков функционирования протезов отмечался рост числа осложнений, сопровождающихся удалением имплантатов. Предложен комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предотвращение и устранение осложнений, возникающих в процессе функционирования протезных конструкций с опорой на дентальные имплантаты у пациентов с полной адентией нижней челюсти. Используя методы функциональной диагностики, проведена оценка состояния регионарного кровотока, плотности костной ткани и биоэлектрической активности жевательных мышц при проведении лечебно-профилактических мероприятий на разных сроках функционирования протезных конструкций на имплантатах. Проведено динамическое наблюдение за пациентами со съёмными и условно-съёмными ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты.

Установлено, что съёмные ортопедические конструкции требуют большего количества лечебных и профилактических вмешательств, по сравнению с условно-съёмными протезами. Проведен анализ изменений гигиенического состояния полости рта у пациентов со съёмными и условно-съёмными протезными конструкциями с опорой на имплантаты, происходящих в процессе их функционирования. Установлено, что повышение уровня гигиенического ухода в двух группах пациентов наблюдается к концу первого года функционирования протезов. В срок 1-5 лет после протезирования выявляется постепенное снижение уровня гигиенического ухода, причем в группе пациентов с условно-съёмными конструкциями отмечается более низкий уровень гигиены, чем в группе пациентов со съёмными протезными конструкциями.

Заключение. В процессе функционирования ортопедических конструкций с опорой на имплантаты у пациентов с полной адентией нижней челюсти наибольшее число нарушений и осложнений составили срок: от 1 до 3 лет - нарушение прилегания базиса протеза к тканям протезного ложа (1Б-53%), стираемость искусственных зубов (1Б - 35,7%; ПБ - 35%); нарушение стабилизации протеза (1Б-28,5%); ослабление фиксирующих винтов (1Б -10,7%; ПБ -15%); в срок до 5 лет - нарушение прилегания базиса протеза к тканям протезного ложа (1Б -71,4%), стираемость искусственных зубов (1Б -60%; ПБ - 75,8%); нарушение стабилизации протеза (1Б - 34,2%), ослабление фиксирующих винтов (1Б —20%; ПБ -20,7%); от 5 до 10 лет - характер нарушений был аналогичен предыдущему сроку наблюдения.

Основными причинами изменений в функциональном состоянии зубочелюстной системы у пациентов с ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты являются: нарушение фиксации, стабилизации и целостности протезной конструкции; изменение окклюзионных взаимоотношений; неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта. На основании динамического наблюдения установлено, что съемные ортопедические конструкции требуют большего количества профилактических и лечебных вмешательств, по сравнению с условно-съемными протезами.

Предложен комплекс лечебно-профилактических мероприятий, который включает в себя: составление индивидуальной схемы динамического наблюдения за пациентами с ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты; комплексное обследование с использованием рентгенологических и функциональных методов исследования на разных сроках после окончания протезирования; проведение профилактических и, при необходимости, лечебных мероприятий в процессе функционирования протезных конструкций. Разработанный комплекс лечебно-профилактических мероприятий по результатам клинических, функционально-диагностических и рентгенологических методов исследования позволил сократить количество осложнений и повысить эффективность лечения.

Литература

1. Wright P.S. Two implants for all edentulous mandibles//Br Dent J. -2006. Vol.200, №8. - P.469.
2. Уруков Ю.Н., Хамитов Ф.С. Анализ результатов пользования зубными протезами из акриловых пластмасс //Сборник статей научно-практической конференции стоматологов Республики Башкортостан С.102-104. 1996г.
3. Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Хамраев Т.К. Оценка эффективности использования различных типов имплантатов.// Стоматология. 1999.-Т.78,№3.-С.30-32.
4. Бер М., Миссика П., Джованьоли Ж-Ж. Устранение осложнений имплантологического лечения М.:Азбука стоматолога, 2007. — 353с.

Түйін

М.А. Мухамбетов

Қ.А.Ясауи атындағы Халқаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент медицина институты, профилактикалық медицина және стоматологиялық пәндер кафедрасы, Шымкент қ., Қазақстан

ОРТОПЕДИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМДАРДЫ ДЕНТАЛДЫҚ ИМПЛАНТТАРҒА ҚОЛДАНУ БАРЫСЫНДА ЕМДІК-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ШАРАЛАР ӨТКІЗУІН ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ.

Соңғы уақытта адамның өмір сүру сапасы мен оның денсаулығының маңызды құрамдас бөліктерінің бірі болып тәс-жақ жүйесі болып табылатыны белгілі. Бұл алынбалы протездерді қолдану қиын немесе қолайсыз деп тапқан пациенттерге қатысты. Пациенттерді окклюзиялық оңалту мәселесін шешу үшін алынбалы протездер орнына тіс импланттарын қолдану болып табылады. Тіс имплантациясы - бұл тістің толық немесе жартылай жоғалуын емдеудің тиімді әдісі. Тіс импланттары протездерді тіреуіш ретінде қолдануға, шайнау функциясын қалпына келтіруге және бет эстетикасын жақсартуға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: тіс имплантациясы, тиімді әдістері, ортопедиялық емдеу.

Summary

М.А. Mukhambetov

International Kazakh-Turkish University named after H. A. Yasavi, Shymkent Medical Institute, Department of Preventive Medicine and Dental Disciplines, Shymkent, Republic of Kazakhstan

SUBSTANTIATION OF EFFECTIVENESS OF CARE-PREVENTIVE MEASURES IN THE PROCESS OF FUNCTIONING OF ORTHOPEDIC CONSTRUCTIONS ON DENTAL IMPLANTS

Recently, the connection between the quality of life of a person and one of the most important components of his body - the state of the dentofacial system - is becoming more and more evident. This is especially true for patients who, for several reasons, find it difficult or unacceptable to use removable dentures. To solve the problem of occlusal rehabilitation of patients, an alternative to removable prostheses is intraosseous dental implants. Dental implantation is an effective treatment for complete or partial tooth loss. The use of intraosseous dental implants as supports for dentures allows to restore the chewing function and improve the aesthetics of the face.

Keywords: dental implantation, effective methods, orthopedic treatment.

Сведения об авторе:

М.А. Мухамбетов, преподаватель кафедры «Профилактическая медицина и стоматологические дисциплины», МКТУ им. Х.А. Ясауи, Шымкентский медицинский институт, г. Шымкент, Республика Казахстан

МРНТИ: 76.29.55

Н.А. Камшыбаева

МКТУ им. Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, кафедра «Профилактическая медицина и стоматологические дисциплины», г. Шымкент, Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ПЛАЗМОЛИФТИНГА» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ПАРОДИУМ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Резюме

Проблема высокой распространенности и нуждаемости в лечении заболеваний пародонта является одной из приоритетных для современной стоматологической практики. Данные ВОЗ свидетельствуют, что от 80 до 100% населения различных возрастных групп имеют ту или иную форму патологии пародонта, которая приводит к значительным изменениям зубочелюстной системы, неблагоприятно сказывается на пищеварительном процессе, способствует снижению резистентности организма, негативно влияет на психоэмоциональную сферу больного, а значит, ухудшает качество его жизни, что определяет социальную значимость проблемы.

Ключевые слова: заболевания пародонта, эффективные методы, плазмолифтинг.

Актуальность проблемы. Хронический пародонтит остается одной из наиболее распространенной и тяжелой патологией при стоматологических заболеваниях, разнообразные факторы играют роль в развитии и его течении [1,2,3].

В настоящее время в этиологии и развитии хронического пародонтита наиболее обоснована роль микробных и иммунных механизмов, что подтверждается в ряде работ отечественных и зарубежных авторов [4,5]. В литературе имеется достаточно много данных в пользу того, что хронический генерализованный пародонтит протекает на фоне изменений иммунного статуса пациентов, что выражается в изменении соотношения хелперных и супрессорных популяций [6,7].

Ряд авторов указывают на роль не только количества Т- и В-лимфоцитов воспалительных инфильтратах, но и на субпопуляции Т-лимфоцитов [4]. Некоторые ученые считают, что соотношение хелперных и супрессорных популяций лимфоцитов в крови пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта является показателем активности процесса в пародонте [5]. Исследование иммуноглобулинов класса А, G, S-A, M - показателей местных гуморальных реакций в полости рта интерпретируются неоднозначно различными авторами. Некоторые иммунологические исследования показали, что уровень иммуноглобулина G и A в десневой жидкости значительно увеличивается в очагах поражения пародонта [6].

Согласно современным представлениям, важнейшая роль в обеспечении функционирования местного иммунитета полости рта отводится цитокинам, обеспечивающим взаимодействие иммунокомпетентных клеток между собой и с другими клетками организма на различных этапах иммунного ответа.

Таким образом, хронический пародонтит, обусловлен инфекционными факторами разной природы (бактерии разной степени патогенности, вирусы и другие), возникает и протекает на фоне измененного иммунного статуса больных или нарушения местных механизмов иммунной защиты ротовой полости. Современный арсенал иммунотерапевтических средств позволяет осуществлять достаточно избирательное воздействие на разные звенья иммунной системы и иммунные процессы [7].

Однако, не достаточно изучена гистоморфология тканей пародонта при хроническом пародонтите. Остается актуальной проблема применения иммуномодуляторов местного действия, способных целенаправленно корректировать нарушенные механизмы иммуногенеза.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось обоснование местного использования иммуномодуляторов с различными механизмами действия при комплексном лечении больных ХГП на основе использования плазмолифтинга с применением препарата пародиум.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов с хроническим пародонтитом путем включения в комплексную терапию «Плазмолифтинга» в сочетании с препаратом «пародиум».

Материалы и методы исследования. К группе лекарственных средств, отвечающих основным принципам лечения заболеваний пародонта, следует отнести пародиум, имеющий в своём составе два действующих вещества – хлоргексидина диглюконата и экстракт ревеня. Пародиум используется для местного применения на слизистой оболочке (СО) полости рта в качестве обезболивающего и противовоспалительного средства при лечении заболеваний пародонта, повреждений СО, заболеваний, протекающих с воспалительной реакцией и

болью (в том числе стоматиты различной этиологии, гингивиты, повреждения СО при ношении зубных протезов, травмы СО, боль при прорезывании зубов у детей, хейлиты).

В инструкции указано, что анальгезирующее действие наступает через 2-3 минуты, а его продолжительность составляет 2-8 часов. При заболеваниях пародонта гель вводится в карманы, апплицируется на десну или осторожно втирается в дёсны 1-2 раза в день. В соответствии с результатами клинических исследований, эффективность применения плазмолифтинга с гелем пародиум при лечении заболеваний пародонта подтверждена не только уменьшением клинических симптомов, но и нормализацией биохимических показателей.

Полное выздоровление было достигнуто у 96% пациентов с заболеваниями пародонта. Важно отметить, что хлоргексидина диглюконат входящий в состав пародиума, обладает антибактериальным эффектом, а также действует на грибы и вирусы. Нами было проведено клинико-лабораторное исследование по изучению влияния плазмолифтинга с применением препарата пародиум на течение воспалительных процессов в пародонте.

Были изучены реопародонтогра-фические показатели состояния сосудов пародонта до и после лечения. Дана микробиологическая оценка количественного содержимого пародонтального кармана до и после применения препарата пародиум с применением плазмолифтинга при гингивите и пародонтите. Исследовано состояние иммуноглобулинов ротовой жидкости до и после лечения воспалительных заболеваний пародонта. Установлена возможность применения плазмолифтинга с применением препарата пародиум в комплексном лечении заболеваний пародонта.

На основании проведенного микробиологического и клинического исследования предложен метод лечения гингивита и пародонтита с использованием плазмолифтинга и препарата пародиум, и показана его лечебная эффективность. Определена наиболее оптимальная форма применения плазмолифтинга а также сформулированы практические рекомендации по применению данного комплекса при лечении ХГКГ средней степени и ХГП легкой и средней тяжести.

Выводы:

Результаты исследования гуморального иммунитета у больных с воспалительными заболеваниями пародонта показывают, что при лечении воспалительных заболеваний пародонта, местное применение плазмолифтинга с препаратом пародиум приводит к нормализации содержания иммуноглобулинов. Результаты лечения воспалительных заболеваний пародонта показали стойкий клинический эффект через 6 месяцев у 96% больных с ХГКГ и у 93% и 84% больных с ХГП легкой и средней степени соответственно. Через 12 месяцев эти показатели составляли 92% у больных гингивитом и 81% и 79% у больных пародонтитом легкой и средней тяжести. лечения, однако их величины подтверждали наличие остаточных воспалительных явлений в тканях пародонта.

Литература

1. Грудянов А.И., Стариков Н.А. Лекарственные средства, применяемые при заболеваниях пародонта // Пародонтология. -1998. № 2 (8). - С. 6-17.
2. Powell J., 1992; Firatli E., Ugyr C., Gurel N., 1999;
3. Дмитриева Л.А., 2001; Цепов Л.М., Николаев А.Н., 2001
4. Genco R. G., 1992 ; Lappin D.F., Koulouri O., 1999
5. Armitt K., 1986 ; Firatly E. Et al., 1990 ; Firatly E., Uygur C., Gurel N., 1999
6. Плешкова Л.В., 1982; Лемецкая Т.И., 1984; Булгакова А.И., 1998
7. Воложин А.И., Маянский Д.Н. Воспаление (Этиология, патогенез, принципы лечения). М., 1996. - 112с.

Түйін

Н.А. Камшыбаева

Қ.А.Ясауи атындағы Халқаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент медицина институты, профилактикалық медицина және стоматологиялық пәндер кафедрасы, Шымкент қ., Қазақстан
**ПАРОДОНТ АУРУЛАРДЫҢ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ «ПАРОДИУМ» ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ҚОСА
«ПЛАЗМОЛИФТИНГ» ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ**

Пародонт ауруларының жоғары таралуы және оны емдеу қажеттілігі қазіргі таңдағы стоматологияның басым бағыттарының бірі болып табылады. ДДҰ деректері бойынша әртүрлі жастағы топтардың 80-100% пародонт ауруы анықталады. Бұл жағдай науқастың ас қорыту процесіне теріс әсер етіп, дененің тұрақтылығын төмендетіп, науқастың психоэмоционалды саласына теріс әсер етіп, оның өмір сүру сапасын нашарлатады. Бұл мәселенің әлеуметтік маңыздылығын анықтайды.

Кілт сөздер: пародонт аурулары, тиімді әдістері, плазмолифтинг.

Summary

N.A.Kamshybaeva

International Kazakh-Turkish University named after H. A. Yasavi, Shymkent Medical Institute, Department of Preventive Medicine and Dental Disciplines, Shymkent, Republic of Kazakhstan

EFFICIENCY OF APPLICATION OF “PLASMOLIFTING” IN COMBINATION WITH THE DRUG “PARODIUM” IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASE

The problem of high prevalence and need for treatment of periodontal diseases is one of the priorities for modern dental practice. WHO data show that from 80 to 100% of the population of different age groups have one or another form of periodontal pathology, which leads to significant changes in the dentition, adversely affects the digestive process, helps to reduce the body's resistance, negatively affects the patient's psycho-emotional sphere, which means, worsens the quality of his life, which determines the social significance of the problem.

Keywords: periodontal diseases, effective methods, plasmolifting.

Сведения об авторе:

Н.А. Камшыбаева, преподаватель кафедры «Профилактическая медицина и стоматологические дисциплины» МКТУ им. Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, г. Шымкент Республика Казахстан

МРНТИ: 76.29.55

Утепова А.Я., Жаханова С.Н., Досумбекова З.Н., Налшеков Б.Ж.

e-mail aziza.utepova.75@bk.ru, zhahanova77@mail.ru, Dosumbekova_Sagira@bk.ru, bolatbek.bolat@list.ru

Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, кафедра профилактической медицины и стоматологических дисциплин, г.Шымкент, Казахстан

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ ГОРОДА ШЫМКЕНТА И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Резюме

При проведении профилактических осмотров по стоматологической заболеваемости у детей г. Шымкента были выявлены влияния факторов, как недостаточность знаний и навыков по чистке полости рта и профилактике у большинства из них. Проведение массовых стоматологических осмотров имеет своей целью получение данных, характеризующих пораженность обследованных контингентов основными стоматологическими заболеваниями. Нет необходимости в организации сплошного обследования, так как это требует значительных затрат времени и средств. Поэтому выбран метод гнездного обследования наиболее типичных по структуре населения массивов, внутри которых проводится сплошное обследование. Что является достаточно репрезентативным и дают материалы наиболее точные, соответствующие по изучаемой проблеме.

Основные вопросы, включенные в программу стоматологических осмотров, отражали уровень распространения кариеса зубов и интенсивность поражения, включая временных и постоянных зубов, число лиц, нуждающихся в профилактическом обследовании, составление специальных образовательных программ по комплексной профилактике стоматологических заболеваний у детей.

Ключевые слова: профилактика, стоматологические заболевания, образовательная программа.

Исследования ряда авторов [1,2,3] свидетельствуют, что кариес зубов и заболевания пародонта становятся самыми распространенными болезнями. Несмотря на усилия стоматологов по увеличению охвата санацией детей и совершенствованию методик лечения, распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний у детей не имеет тенденции к снижению и представляет собой большую социальную проблему [2,3,6].

Проблема снижения уровня распространенности и интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта может быть решена прежде всего благодаря широкому внедрению в практическое здравоохранение методов

первичной профилактики основных стоматологических заболеваний. Изложенное особенно важно в настоящее время в условиях практического финансирования. Наиболее эффективными оказались программы, разработанные на основе ситуационного анализа стоматологической заболеваемости населения конкретных регионов, где центральное место занимают данные эпидемиологического обследования [1,2,3].

Южно-Казахстанская область и город Шымкент отличаются от других регионов Республики Казахстан климато-географическими и социально-экономическими условиями, высокоразвитым промышленным производством, высокой интенсивностью стоматологических заболеваний среди населения, значительными колебаниями содержания фторидов в водоисточниках. Исследования, проведенные ранее в основном были посвящены изучению стоматологической заболеваемости в связи с производственными выбросами, частично у контингентов детей, однако в полном объеме эпидемиологического обследования населения не проводили. Профилактические мероприятия осуществляли, в основном, на индивидуальном уровне, без учета региональных особенностей республики. Изложенное позволило нам подробно охарактеризовать стоматологическую ситуацию в г.Шымкенте, определить влияние факторов окружающей среды на развитие заболеваемости и на основании этого обосновать комплексную программу профилактики стоматологических заболеваний для детей.

Для суждения о фактической потребности детского населения тех или иных народов или районов страны в лечебно-профилактической стоматологической помощи необходимо располагать данными об уровне и объеме пораженности разных возрастно-половых групп населения основными стоматологическими заболеваниями зубов и полости рта. Эти данные получают при массовых стоматологических осмотрах населения, проводимых по специальной программе.

Использование для этих целей материалов обращаемости за стоматологической помощью нам представляется недостаточным в силу ряда причин: нехваткой стоматологов и плохо развитой сетью стоматологических учреждений, недостаточно проводимой санитарно-образовательной работой в связи с чем слабой санитарной культурой населения и т.д. Проведение массовых стоматологических осмотров имеет своей целью получение данных, характеризующих пораженность обследованных контингентов основными стоматологическими заболеваниями. Естественно, нет необходимости в организации сплошного обследования, т.к. это требует значительных затрат времени и средств. Поэтому выбираем методом гнездного обследования наиболее типичных по структуре населения массивов, внутри которых проводится сплошное обследование. Что является достаточно репрезентативным и дает материалы. Наиболее точно соответствующие изучаемой генеральной совокупности.

Так, нами в 2018 году были организованы и проведены в г. Шымкенте в 2-х детских садах №1, №14 и 4-х школах №1, №42, №45 и №65 массовые стоматологические осмотры, охватывающие одну из частей детского населения. При выборе учреждений мы прежде всего обращали внимание, чтобы отобранные участки были типичными для Шымкента и сельских районов по возрастно-половому, национальному составу, общественным группам и условиям жизни. Предварительно проведенная перепись детей обеспечило гарантию будущей репрезентативности обследованных.

Составление программы стоматологических осмотров обеспечивало нам гарантию получения необходимой информации в полном объеме и помогло избежать излишних затрат сил и средств на ее получение.

Важно отметить, что предварительно разработанная программа исследования позволила успешно осуществить медико-статистическое наблюдение (осмотры) в аспекте определения необходимой численности выборки, т.е. необходимого числа наблюдений (осмотров) в каждой возрастно-половой группе для получения статистически достоверных данных. Число необходимых наблюдений при заданной группе точности (от ± 1 до 10%) можно легко определить по таблицам проф. Боярского А.Я. (Статистические методы в научных исследованиях. -Москва 1995-167 с.)

Основные вопросы, включенные в программу стоматологических осмотров отражали достаточно стоматологический статус обследованного контингента. Так, они отражали уровень распространения кариеса зубов и интенсивность поражения, включая временных и постоянных зубов. Структуру КПУ/кп и его составляющих элементов.

Распространенность болезней пародонта, число обеспеченных полностью лечебно-хирургическим стоматологическим обслуживанием и нуждающихся в дополнительном обследовании. Число лиц, нуждающихся в профилактическом обследовании. Составление программы комплексной профилактики стоматологических заболеваний и внедрение ее обследованным контингентам детей. Методику определения эффективности профилактических мероприятий за период проведения профилактических мероприятий.

Проведению осмотров предшествовал подробный инструктаж врачей-стоматологов и средних медицинских работников, ответственных за проведение этой работы. С целью устранения возможных ошибок мы проводили определенный порядок и последовательность осмотра. Предварительный инструктаж

обеспечивал единый методический подход врачей не только к ведению осмотра полости рта в определенной последовательности, но и обеспечивал единый подход к выявлению и оценке патологии со стороны заболеваний зубов и зубных рядов, а также заболеваний слизистой оболочки.

Пораженность детей основными стоматологическими заболеваниями мы определяли согласно вышеназванной методической рекомендации, а также научных публикаций, освещенных в исследованиях.

Таким образом, разработанные и обоснованные программы, позволяют добиться улучшения гигиенического состояния полости рта и улучшить кариесологический статус обследованных.

Литература

1. Кабулбеков А.А. Профилактика стоматологических заболеваний у детей. – Алматы: 2010. - 112 стр.
2. Хамадеева А.М., Маслак Е.Е. Руководство по детской стоматологии. - М.:2010.-С.10-30.
3. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. - М.: 1988.- 254 с.
4. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П. Руководство по детской терапевтической стоматологии. М.: -2013.- с. 29.
5. Ральф Е. Мак-Дональд, Дейвид Р. Эйвери. Стоматология детского возраста.– М.: 2010.- С. 49.
6. Леус П.А. Задачи по внедрению массовой профилактики стом. заболеваний // Стоматология. –1990.- №3.- С.4-6
7. Мавлянова Н.Т., Адилова Ш.Т. и др. // Stomatologiya/-Т., Профилактика стоматологических заболеваний. 2012.-№3-4.-с.71-72.

Түйін

Утепова А.Я., Жаханова С.Н., Досумбекова З.Н., Налшеков Б.Ж.

e-mail: aziza.utepova.75@bk.ru, zhahanova77@mail.ru, Dosumbekova_Sagira@bk.ru, bolatbek.bolat@list.ru

Қ.А.Ясауи атындағы Халқаралық қазақ-түрік университеті.

Шымкент медицина институты, Қазақстан республикасы, Шымкент қ., профилактикалық медицина және стоматологиялық пәндер кафедрасы.

ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРЫНЫҢ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУЫН ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕУ

Шымкент қаласының балаларында стоматологиялық аурушандық бойынша алдын алу тексерулерін жүргізу кезінде ауыз қуысын тазалау және олардың көпшілігінің алдын алу бойынша білім мен дағдылардың жетіспеушілігі сияқты факторлардың әсері анықталды. Стоматологиялық тексерістерді өткізу мақсаты тексерілген контингенттердің негізгі стоматологиялық аурулармен зақымдануын сипаттайтын деректерді алу болып табылады. Жаппай зерттеуді ұйымдастырудың қажеті жоқ, себебі бұл уақыт пен қаражаттың едәуір шығынын талап етеді. Сондықтан халықтың құрылымы бойынша неғұрлым типтік массивтерді ұя арқылы тексеру әдісі таңдалған, олардың ішінде жаппай тексеру жүргізіледі. Бұл жеткілікті репрезентативті болып табылады және зерттелетін мәселе бойынша неғұрлым дәл материалдар береді. Стоматологиялық тексеру бағдарламасына енгізілген негізгі сұрақтар тіс жегісінің таралу деңгейін және уақытша және тұрақты тістерді қоса алғанда, зақымдану қарқындылығын, профилактикалық тексеруді қажет ететін адамдардың санын, балалардағы стоматологиялық аурулардың кешенді алдын алу бойынша арнайы білім беру бағдарламаларын құруды көрсетті.

Кілт сөздер: алдын-алу, стоматологиялық аурулар, білім беру бағдарламасы, стоматологиялық тексеру, тіс жегінің таралуы.

Summary

Utepova A. J., Jachanova S. N., Dosumbekov Z. N., Malchikov B. J.

e-mail: aziza.utepova.75@bk.ru, zhahanova77@mail.ru, Dosumbekova_Sagira@bk.ru, bolatbek.bolat@list.ru

International Kazakh-Turkish University named after H. A. Yasavi, Shymkent Medical Institute, Department of Preventive Medicine and Dental Disciplines, Shymkent, Republic of Kazakhstan

DENTAL MORBIDITY IN CHILDREN OF SHIMKENT CITY AND SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF THEIR PREVENTION

When conducting preventive examinations of dental morbidity in children in the city of Shymkent, the influence of factors was revealed, such as lack of knowledge and skills in cleaning the oral cavity and prevention in most of them. Mass dental examinations are aimed at obtaining data characterizing the prevalence of the examined contingents with major dental diseases. There is no need to organize a continuous examination, as this requires a significant investment of time and money. Therefore, the nest survey method was selected for the most typical arrays in terms of population structure, within which a continuous survey is carried out. What is quite representative and the most accurate materials give, relevant to the problem being studied. The main issues included in the program of dental examinations reflected the level of spread of dental caries and the intensity of the lesion, including temporary and permanent teeth, the number

of people in need of a preventive examination, the preparation of special educational programs for the comprehensive prevention of dental diseases in children

Key words: prevention, dental diseases, educational program, dental examinations, prevalence of dental caries.

Сведения об авторах:

Утепова А.Я., преподаватель кафедры профилактической медицины и стоматологических дисциплин, Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, г.Шымкент, Казахстан, e-mail: aziza.utepova.75@bk.ru

Жаханова С.Н., преподаватель кафедры профилактической медицины и стоматологических дисциплин, Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, г.Шымкент, Казахстан, zhahanova77@mail.ru

Досумбекова З.Н., преподаватель кафедры профилактической медицины и стоматологических дисциплин, Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, г.Шымкент, Казахстан, Dosumbekova_Sagira@bk.ru

Налшеков Б.Ж., преподаватель кафедра профилактической медицины и стоматологических дисциплин, Международный казахско-турецкий университет им. Х. А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, г.Шымкент, Казахстан, e-mail: bolatbek.bolat@list.ru

МРНТИ 76.29.31

Ш.А. Махмудов², Г.Н. Досыбаева¹

¹Южно-Казахстанская медицинская академия, кафедра ВОП-2, г.Шымкент, Казахстан

²Медицинский центр болезней суставов, г. Шымкент, Казахстан

ID-Orcid: 0000-0001-9368-8016

СИНДРОМ РЕЙНО ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КАПИЛЛЯРОСКОПИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ БОЛЕЗНЕЙ СУСТАВОВ ГОРОДА ШЫМКЕНТА

Резюме

Синдром Рейно (СР)-одно из характерных и ранних проявлений системной склеродермии (ССД). СР- часто встречается при аутоиммунных заболеваниях соединительной ткани, и его подход включает капилляроскопию, поскольку это метод, позволяющий напрямую визуализировать микроциркуляцию. Капилляроскопия является безопасным и неинвазивным методом (nailfold videocapillaroscopy (NVC)) в области ревматических заболеваний, в частности, для ранней диагностики системной склеродермии. Имеет предсказуемость и прогностическое значение, а также его роль в качестве инструмента для терапевтического наблюдения. Системная склеродермия (ССД)-это хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся облитерирующей микроангиопатией и фиброзом кожи и внутренних органов. Диагноз ССД особенно на ранних стадиях, остается сложной задачей.

Цель исследования - изучить клинические особенности и тяжести течение синдрома Рейно при ССД и определение диагноза и всех проявлений на фоне исследование капилляроскопии ногтевого ложа. Использовался капилляроскоп Congrad videocap-usb версии 2.0.

Ключевые слова: Системная склеродермия, синдром Рейно, капилляроскопия ногтевого ложа.

Материалы и методы. В исследование включено 86 больных (75 или 87,2%,-женщин и 11 или 12,7%-мужчин, средний возраст 44,2±13,8, продолжительность заболевания-6,7±5,4 года). У 54 больных (62,7%) определялась лимитированная форма болезни, у 32(37,2%)-диффузная. Синдром Рейно диагностирован у 86 (100%) больных. I степени-у 25(29%) пациентов, 2 степени- у 38(44,1%), 3 степени- у 23(26,7%). Всем больным проводилось капилляроскопия ногтевого ложа.

Результаты/обсуждение. Количество капилляров в группе больных ССД составило в среднем- 5,7±2,3, аваскулярных зон-1,4±0,8,кустовидных капилляров-1,5±1,2, расширенных капилляров-2,3±1,6. Все показатели

больных ССД статистически значимо отличались от показателей здоровых и больных с первичным синдромом Рейно. Нами выявлены статистически значимые отличия между диффузной и лимитированной формам ССД по признаку выраженности кустовидной деформации сосудов. Характерными для ССД капилляроскопическими признаками являются разной степени выраженности дилатация капилляров, от незначительной до мегакапилляров, снижение числа капилляров, часто с формированием аваскулярных участков, микрогеморрагии, обычно ассоциированные с мегакапиллярами, рост кустовидных капилляров.

Выводы/заключение

В настоящее время общепризнано, что капилляроскопические изменения у больных синдромом Рейно являются предиктором развития заболевания соединительной ткани в дальнейшем (в том числе ССД).

Синдром Рейно при ССД имеет четкие клинические и капилляроскопические признаки, более выраженных при тяжелых формах болезни.

В этом исследовании активная или поздняя стадия капилляроскопии была независимым прогностическим фактором риска развития СС, что позволяет предположить, что капилляроскопия может быть полезным инструментом для выявления пациентов с ранней стадией ССД с риском прогрессирования заболевания.

Было установлено, что капилляроскопия является полезным инструментом для выявления пациентов с риском развития ССД. Более того, во время наблюдения наблюдалось значительное прогрессирование микрососудистых нарушений, что указывает на прогрессирование микроангиопатии у этих пациентов. Дальнейшие исследования необходимы для улучшения распознавания клинических и микрососудистых изменений у пациентов с ранним ССД, которые могут влиять на развитие определенного заболевания. Капилляроскопия в настоящее время широко используется в диагностике, лечении, входит в критерии системной склеродермии.

В настоящее время капилляроскопия применяется при других ревматических заболеваний таких как системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматоидный артрит.

Список литературы

1. Anders H.J., Sigl T., Schattenkirchner M. Differentiation between primary and secondary Raynaud's phenomenon: a prospective study comparing nailfold capillaroscopy using an ophthalmoscope or stereomicroscope. *Ann.Rheum.Dis.*, 2001, 60(4). 407-409.
2. Bedarida G., Kim D., Blaschke T.F., Hoffman B.B. Venodilation in Raynaud's disease. *Lancet*, 1993, 342, 1431-1454.
3. Belch J.J.F. Raynaud's phenomenon: its relevance to scleroderma. *Ann.Rheum.Dis.*, 1991, 50, 839-845.
4. Bierbrauer A.F.G., Mennel H.D., Schmidt J.A., Wichert P. Intravital microscopy and capillaroscopically guided nail fold biopsy in scleroderma. *Ann.Rheum. Dis.*, 1996, 55, 305310.
5. Binaghi F., Cannas F., Mathieu A., Pitzus F. Correlation among capillaroscopic abnormalities, digital flow and immunologic findings in patients with isolated Raynaud's phenomenon. *Intern.Angiol.*, 1992, II, 186-194.
6. Blockmans D., Beyens G., Verhaeghe R. Predictive value of nailfold capillaroscopy in the diagnosis of connective tissue diseases. *Clin.Rheumatol.*, 1996, 15 (2), 148-153.
7. Brennan P., Silman A., Black C. et al. Validity and reliability of three methods used in the diagnosis of Raynaud's phenomenon. *Br.J. Rheum.*, 1993, 32, 357-361.
8. Bukhari M., Herrick A.L., Moore T. et al. Increased nailfold capillary dimension in primary Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. *Br.J.Rheum.*, 1996, 35, 1127-1131.43
9. Bukhari M., Hollis S., Moore T., et al. Quantitation of microcirculatory abnormalities in patients with primary Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis by video capillaroscopy. *Rheumatol.*, 2000, 39, 506-512.
10. Carpentier P.H., Maricq H.R. Microvasculature in systemic sclerosis. *Rheum.Dis.Clin.North.Am.*, 1990, 16, 75-91.
11. Currey J., Newland B. Nailfold capillary microscopy in patients with Raynaud's phenomenon: experience in a district General Hospital. *Br.J.Rheumatol.*, 1998, 37(5), 383.
12. Andrade LE, Gabriel Junior A, Assad RL, Ferrari AJ, Atra E. Panoramic nailfold capillaroscopy: a new reading method and normal range. *Semin Arthritis Rheum.* 1990;20(1):21-31.
13. Ingegnoli F, Gualtierotti R, Lubatti C, Bertolazzi C, Gutierrez M, Boracchi P, et al. Nailfold capillary patterns in healthy subjects: a real issue in capillaroscopy. *Microvasc Res.* 2013;90:90-5.
14. Redisch W, Messina EJ, Hughes G, McEwen C. Capillaroscopic observations in rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 1970;29(3):244-53.
15. Maricq HR. Comparison of quantitative and semiquantitative estimates of nailfold 78 capillary abnormalities in scleroderma spectrum disorders. *Microvasc Res.* 1986;32(2):271-6.

16. Koenig M, Joyal F, Fritzler MJ, Roussin A, Abrahamowicz M, Boire G, et al. Autoantibodies and microvascular damage are independent predictive factors for the progression of Raynaud's phenomenon to systemic sclerosis: a twenty-year prospective study 82 of 586 patients, with validation of proposed criteria for early systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 2008;58(12):3902-12.
17. Cutolo M, Sulli A, Pizzorni C, Accardo S. Nailfold videocapillaroscopy assessment of 85 microvascular damage in systemic sclerosis. *The Journal of rheumatology.* 2000;27(1):155-60.
18. Lonzetti LS, Joyal F, Raynaud JP, Roussin A, Goulet JR, Rich E, et al. Updating the 87 American College of Rheumatology preliminary classification criteria for systemic sclerosis: 88 addition of severe nailfold capillaroscopy abnormalities markedly increases the sensitivity for 89 limited scleroderma. *Arthritis Rheum.* 2001;44(3):735-6.44
19. Cutolo M, Herrick A, Distler O, Becker M, Beltran E, Carpentier P, et al. Nailfold 91 videocapillaroscopy and clinical characteristics to predict digital ulcer risk in systemic 92 sclerosis: A multicenter, prospective cohort study. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68(10):2527-39.
20. Trombetta A, Smith V, Pizzorni C, Meroni M, Paolino S, Cariti C, et al. Quantitative 94 alterations of capillary diameter have a predictive value for development of the capillaroscopic 95 scleroderma pattern. *J Rheumatol.* 2016;43(3):599-606.
21. Kabasakal Y, Elvins DM, Ring EF, McHugh NJ. Quantitative nailfold capillaroscopy 97 findings in a population with connective tissue disease and in normal healthy controls. *Ann Rheum Dis.* 1996;55(8):507-12.
22. Andrade LE, Gabriel Junior A, Assad RL, Ferrari AJ, Atra E. Panoramic nailfold 70 capillaroscopy: a new reading method and normal range. *Semin Arthritis Rheum.* 71 1990;20(1):21-31.
23. Ingegnoli F, Gualtierotti R, Lubatti C, Bertolazzi C, Gutierrez M, Boracchi P, et al. 73 Nailfold capillary patterns in healthy subjects: a real issue in capillaroscopy. *Microvasc Res.* 74 2013;90:90-5.
24. Redisch W, Messina EJ, Hughes G, McEwen C. Capillaroscopic observations in 76 rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 1970;29(3):244-53.
25. Maricq HR. Comparison of quantitative and semiquantitative estimates of nailfold 78 capillary abnormalities in scleroderma spectrum disorders. *Microvasc Res.* 1986;32(2):271-6.
26. Koenig M, Joyal F, Fritzler MJ, Roussin A, Abrahamowicz M, Boire G, et al. 80 Autoantibodies and microvascular damage are independent predictive factors for the 81 progression of Raynaud's phenomenon to systemic sclerosis: a twenty-year prospective study 82 of 586 patients, with validation of proposed criteria for early systemic sclerosis. *Arthritis Rheum.* 2008;58(12):3902-12.
27. Cutolo M, Sulli A, Pizzorni C, Accardo S. Nailfold videocapillaroscopy assessment of 85 microvascular damage in systemic sclerosis. *The Journal of rheumatology.* 2000;27(1):155-60. 45
28. Lonzetti LS, Joyal F, Raynaud JP, Roussin A, Goulet JR, Rich E, et al. Updating the 87 American College of Rheumatology preliminary classification criteria for systemic sclerosis: 88 addition of severe nailfold capillaroscopy abnormalities markedly increases the sensitivity for 89 limited scleroderma. *Arthritis Rheum.* 2001;44(3):735-6.
29. Cutolo M, Herrick A, Distler O, Becker M, Beltran E, Carpentier P, et al. Nailfold 91 videocapillaroscopy and clinical characteristics to predict digital ulcer risk in systemic 92 sclerosis: A multicenter, prospective cohort study. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68(10):2527-39.
30. Trombetta A, Smith V, Pizzorni C, Meroni M, Paolino S, Cariti C, et al. Quantitative 94 alterations of capillary diameter have a predictive value for development of the capillaroscopic 95 scleroderma pattern. *J Rheumatol.* 2016;43(3):599-606.
31. Kabasakal Y, Elvins DM, Ring EF, McHugh NJ. Quantitative nailfold capillaroscopy 97 findings in a population with connective tissue disease and in normal healthy controls. *Ann Rheum Dis.* 1996;55(8):507-12.
32. Etehad Tavakol M, Fatemi A, Karbalaie A, Emrani Z, Erlandsson BE. *Biomed Res Int.* 2015;2015:974530. Nailfold Capillaroscopy in Rheumatic Diseases: Which Parameters Should Be Evaluated?
33. Lambova SN, Muller-Ladner U. *Curr Rheumatol Rev.* 2018 Apr 20;14(1): 28- 25 Nailfold Capillaroscopy of Fingers and Toes - Variations of Normal.
34. Smith V, Herrick AL, Ingegnoli F, Damjanov N, De Angelis R, Denton CP, Distler O, Espejo K, Foeldvari I, Frech T, Garro B, Gutierrez M, Gyger G, Hachulla E, Hesselstrand R, Iagnocco A, Kayser C, Melsens K, Müller-Ladner U, Paolino S, Pizzorni C, Radic M, Riccieri V, Snow M, Stevens W, Sulli A, van Laar JM, Vonk MC, Vanhaecke A, Cutolo M; EULAR Study Group on Microcirculation in Rheumatic Diseases and the Scleroderma Clinical Trials Consortium Group on Capillaroscopy. Standardisation of nailfold capillaroscopy for the assessment of patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis.

Түйін

Ш.А. Махмудов², Г.Н.Досыбаева¹

¹Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан

²Шымкент қалалық буын аурулар орталығы, Шымкент қаласы, Қазақстан

РЕЙНО СИНДРОМЫ(СР)-БІРІ ТӘН ЖӘНЕ ЕРТЕ КӨРІНІСТЕРІНІҢ ЖҮЙЕЛІ СКЛЕРОДЕРМИЯНЫҢ (БҚК)

СР-жіі кездеседі кезінде аутоиммундық аурулар дәнекер тіндердің және оның көзқарас қамтиды капиллярскопия, өйткені бұл әдіс, мүмкіндік беретін тікелей визуализация үшін микроайналымды. Капиллярскопия қауіпсіз болып табылады және неинвазивным әдісімен (nailfold videocapillaroscopy (NVC)) саласындағы, ревматикалық аурулардың, атап айтқанда, ерте диагностикалау үшін жүйелі склеродермияның. Бар болжамдылығын және прогностическое мәні, сондай-ақ, оның ролі үшін құрал ретінде терапиялық бақылау. Жүйелі склеродермия (БҚК)-бұл созылмалы генетикалық тұрғыдан бейім адамдарда ауру, сипатталатын облитерирующей микро-ангиопатия және фиброзмен тері және ішкі органдардың. Диагноз БҚК әсіресе ерте сатыларында, күрделі болып қалуда міндет. Зерттеудің мақсаты - зерттеуге клиникалық ерекшеліктері мен ауырлық ағымында синдром Рейно ауруы кезінде БҚК анықтау және диагнозды және барлық көріністерін фонында зерттеу капиллярскопии ногтевого ложа. Қолданылған капиллярскоп Conrad videocap-usb 2.0.

Кілт сөздер: Жүйелі склеродермия, Рейно синдромы, капиллярскопия.

Summary

Sh.A. Makhmudov², G.N. Dosybaeva¹

¹South-Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

²Medical Center of Joint Diseases, Shymkent, Kazakhstan

RAYNAUD'S SYNDROME-(RS) IS ONE OF THE CHARACTERISTIC AND EARLY MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC SCLERODERMA (SJS)

CP is often found in autoimmune diseases of the connective tissue, and his approach involves capillaroscopy, since this is a method that allows you to directly visualize microcirculation. Capillaroscopy is a safe and non-invasive method (nailfold videocapillaroscopy (NVC)) in the field of rheumatic diseases, in particular for the early diagnosis of systemic scleroderma. It has predictability and prognostic value, as well as its role as a tool for therapeutic observation. Systemic scleroderma (SJS) is a chronic autoimmune disease characterized by obliterating microangiopathy and fibrosis of the skin and internal organs. The diagnosis of SJS, especially in the early stages, remains a challenge. The purpose of the study was to study the clinical features and severity of Raynaud's syndrome in SJS and the diagnosis and all manifestations against the background of the study of nail bed capillaroscopy. A Conrad videocap-usb version 2.0 capillaroscope was used.

Key words: Systemic scleroderma, Raynaud's syndrome, nailfold capillaroscopy

Сведения об авторах:

1. Махмудов Шосайд Абдурашитович, врач-ревматолог, "Медицинский центр болезней суставов г. Шымкент, Казахстан, e-mail: shasaid111@mail.ru

2. Досыбаева Гулжан Нурбековна, и.о. профессора, д.м.н, заведующая кафедрой «ВОП-2» Южно-Казахстанской медицинской академии, г. Шымкент, Республика Казахстан

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

МРНТИ 76.29.51

Жаркинбекова Н.А.¹, Махамбетова Г.С.², Барат Ж.¹, Рустемова Б.¹, Отемисова А.¹, Абдишукирова И.¹

¹Южно-Казахстанская медицинская академия¹, г.Шымкент, Республика Казахстан

²Городская детская клиническая больница², г.Шымкент, Республика Казахстан

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Сосудистые заболевания головного мозга занимают ведущее место в структуре заболеваемости и смертности в экономически развитых странах. Смертность от цереброваскулярных заболеваний в экономически развитых странах - 11–12% и уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций. В этиологии хронической ишемии головного мозга (ХИМ) ведущую роль играют атеросклероз, гипертоническая болезнь, заболевания миокарда, сахарный диабет и др. заболевания. Все эти заболевания приводят к изменению мозгового кровообращения (МК) с гипоксией вещества головного мозга и каскадом биохимических изменений, что влечет за собой диффузные, многоочаговые изменения в веществе головного мозга.

Таким образом, многообразие этиологических факторов, вызывающих формирование и прогрессирование ХИМ, делает задачу дифференциальной диагностики их патогенетических форм сверхсложной. С учетом этого терапия пациентов в большинстве случаев становится длительной и мультидисциплинарной. В последнее время приоритет в этом направлении отдается амбулаторному проведению профилактических и реабилитационных мероприятий, что объясняется значительно более низкой стоимостью и доступностью лечения в амбулаторных условиях в сравнении со стационарными. Тем не менее только преемственное стационарное и амбулаторное обследование и лечение больных с учетом современных революционных технологий позволит добиться в ближайшем будущем реально кардинальных изменений в прогнозе жизни больных указанного профиля.

Ключевые слова: хроническая ишемия головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия, окислительный стресс, артериальная гипертензия, атеросклероз

Сосудистые заболевания головного мозга - актуальная медицинская и социальная проблема. Они занимают ведущее место в структуре заболеваемости и смертности в экономически развитых странах. Смертность от цереброваскулярных заболеваний в экономически развитых странах - 11–12% и уступает лишь смертности от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций. На сегодняшний день отмечается неуклонный рост цереброваскулярной патологии, как острой, так и хронической. [1].

Хроническая ишемия головного мозга (ХИМ) – один из наиболее распространенных синдромов в клинической неврологии, в т. ч. у лиц трудоспособного возраста. Существование ХИМ долгое время оставалось дискуссионным вопросом в зарубежной литературе. Ведущие мировые ангионеврологи, в частности В. Хачинский и др., еще в 1970–1980 гг. утверждали, что не может быть структурного повреждения головного мозга без инсульта. Однако развитие современных методов нейровизуализации доказало, что длительная некорригированная артериальная гипертензия (АГ) может приводить к диффузным изменениям глубинных отделов белого вещества головного мозга (так называемый лейкоареоз), который в настоящее время рассматривается как одна из нейровизуализационных составляющих ХИМ [2].

Хроническая ишемия головного мозга - медленно прогрессирующая дисфункция головного мозга, возникающая вследствие диффузного и/или мелкоочагового повреждения мозговой ткани в условиях длительно существующей недостаточности церебрального кровоснабжения [3-7].

Длительное время в нашей стране для обозначения хронической ишемии головного мозга применялся термин «дисциркуляторная энцефалопатия», под которым принято понимать хроническую прогрессирующую форму цереброваскулярной патологии, характеризующуюся развитием многоочагового или диффузного ишемического поражения головного мозга и проявляющуюся комплексом неврологических и нейропсихологических нарушений [8].

ХИМ не уделялось бы столь много внимания, если бы это заболевание не являлось бы одной из самых распространенных причин ведущих к инсульту, деменции и инвалидности.

Грань между острыми и хроническими формами ишемии головного мозга с точки зрения молекулярных механизмов повреждения нейронов недостаточно условна [9].

В этиологии ХИМ ведущую роль играют атеросклероз, гипертоническая болезнь, заболевания миокарда, сахарный диабет и др. заболевания. Все эти заболевания приводят к изменению мозгового кровообращения (МК) с гипоксией вещества головного мозга и каскадом биохимических изменений, что влечет за собой диффузные, многоочаговые изменения в веществе головного мозга [10]. Наследственные ангиопатии, артериальная гипотензия, церебральный амилоидоз, васкулиты, заболевания крови рассматриваются как дополнительные причины, отягощающие течение хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Недостаточность кровоснабжения мозга, обусловленная длительной и стойкой патологией сердца, в последние годы стала обозначаться как «кардиогенная энцефалопатия». Этот вариант энцефалопатии может развиваться вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма, приобретенных пороков и при протезировании клапанов сердца [11].

Существенный вклад в развитие острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения в молодом возрасте вносит наследственно обусловленная патология соединительной ткани, а также наследственно обусловленные нарушения свертывающей системы крови [12].

Кроме того, все чаще обращается внимание на значение хронического стресса как причины развития и фактора декомпенсации хронической недостаточности мозгового кровообращения [13–15].

Механизмы поражения мозговых структур при хронических цереброваскулярных заболеваниях всегда одинаковы, несмотря на видимое многообразие этиологических факторов, и заключаются в последовательном нарастании комплекса патобиохимических расстройств, обусловленных, с одной стороны, снижением уровня кислорода артериальной крови (гипоксемией), а с другой, воздействием интермедиаторов недоокисленного кислорода (оксидантный стресс).

В результате хронических нарушений церебральной перфузии и системного кровотока, микроциркуляции, а также гипоксемии у пациентов с ХИМ происходит формирование микролакунарных ишемических зон. Хроническая недостаточность кровоснабжения головного мозга вызывает изменения прежде всего в белом веществе с образованием очагов демиелинизации, поражением астро- и олигодендроглии, с компрессией микрокапилляров, что в дальнейшем приводит к формированию очагов апоптоза.

Основными звеньями патогенеза ХИМ вследствие редукции МК являются нарушения церебральной микрогеморегуляции, неадекватность энергетических ресурсов для обеспечения функционирования мозга, глутаматный эксайтоксикоз. Избыточная активация глутаматэргических рецепторов приводит к массивному поступлению в нейроны кальция и натрия, деполяризации клеточных мембран активации вольтажзависимых кальциевых каналов и внутриклеточному накоплению кальция, в результате чего запускается каскад неблагоприятных патобиохимических процессов с лактацидозом, активацией внутриклеточных ферментов, повышением синтеза оксида азота и развития окислительного стресса.

Большое значение имеют нарушения реологических свойств крови и церебральной микрогемоциркуляции при метаболическом синдроме, сахарном диабете и атеросклерозе. Известно, что кровоток в капиллярах зависит от эластичности и деформируемости эритроцитов, диаметр которых в несколько раз превышает диаметр капилляров. При атеросклерозе вследствие накопления холестерина в мембранах эритроцитов происходит изменение деформируемости клеток, в кровотоке появляются сфероидные и складчатые формы и коагулаты эритроцитов, повышается агрегация эритроцитов и тромбоцитов, изменяются реологические свойства крови и повышается ее вязкость.

Вследствие нарушения церебрального кровообращения в головном мозге появляются зоны ишемических «полутеней» (пенумбры). Это объясняется тем, что критический уровень кровотока для электрической активности клетки равняется 20 мл/100г/мин, а критический уровень кровотока для клеточных мембран и поддержания клеточного гомеостаза — 15 мл/100 г/мин.

Клетки находящиеся между двумя этими критическими уровнями, образуют ишемическую полутень, при которой функции клеток могут быть восстановлены. Зоны редуцированного кровотока и ишемических «полутеней» имеют мозаичный характер.

Распределение ишемических «полутеней» зависит от состояния коллатерального кровообращения в зонах смежного кровообращения и от реологических свойств крови [16]. Таким образом, окислительный стресс, развивающийся при ХИМ на фоне нарушения мозгового кровообращения, вызывает целый каскад биохимических и физиологических реакций, формируя замкнутый круг тканевого повреждения.

Данные процессы происходят при хронической гипоксии. Кроме того, ткань мозга наиболее чувствительна к процессам, стимулирующим перекисное окисление липидов, поскольку именно липиды составляют значительную часть сухого вещества головного мозга, являясь основным компонентом клеточных мембран, в том числе синаптических, а также мембран органелл, в частности митохондрий.

Клинические проявления ХИМ зависят от тяжести и распространенности процесса, при этом можно выделить в различном сочетании общемозговые симптомы (головная боль, головокружение), астенический синдром, тревожно-депрессивные расстройства, когнитивные нарушения и очаговые неврологические симптомы. Для ХИМ характерны сосудистый анамнез (наличие АГ, ишемической болезни, атеросклероза периферических артерий), преимущественно пожилой и старческий возраст больных). Головная боль провоцируется переутомлением после физической и эмоциональной нагрузок и уменьшается после кратковременного отдыха.

Если у пациента артериальная энцефалопатия сочетается с венозной, то характер головной боли будет иной. Пациенты жалуются на утренние или ночные головные боли, головокружения, зависящие от перемены положения тела, шум в голове или ушах, усиление симптомов при ношении тугих воротников или галстуков, чувство дискомфорта, усталости в глазах в утренние часы (симптом «песка в глазах»), пастозность лица и век в утренние часы (с бледным, багрово-цианотичным оттенком) или легкую заложенность носа (вне симптомов ОРВИ).

Многие пациенты предъявляют астенические жалобы (повышенная утомляемость, снижение работоспособности, плохой сон). Появляется излишняя тревожность, неуверенность, плохое настроение, излишняя ворчливость и благодушие. Соматизированная депрессия проявляется в многочисленных жалобах на расстройства функции внутренних органов. Пациенты отмечают ухудшение памяти на текущие события, забывчивость в ежедневных ситуациях. Интеллектуальные особенности, социальная адаптация и повседневная активность при этом не нарушены. Правильно задаваемые вопросы позволяют предположить развитие ХИМ. [17].

В настоящее время, согласно протоколу МЗ РК, существует клиническая классификация ХИМ : *По основному клиническому синдрому (Гусев Е.И., Скворцова В.И. 2012 г.):* с диффузной цереброваскулярной недостаточностью; с преимущественной патологией сосудов каротидной или вертебрально-базилярной систем; с вегето-сосудистыми пароксизмами; с преимущественными психическими расстройствами.

По стадиям (Гусев Е.И., Скворцова В.И., 2012 г.): начальные проявления; субкомпенсация; декомпенсация.

По патогенезу (В. И. Скворцова, 2000): снижение мозгового кровотока; нарастание глутаматной эксайтотоксичности; накопление кальция и лактат ацидоз; активацию внутриклеточных ферментов; активацию местного и системного протеолиза; возникновение и прогрессирование антиоксидантного стресса; экспрессию генов раннего реагирования с развитием депрессии пластических белковых и снижением энергетических процессов; отдаленные последствия ишемии (локальная воспалительная реакция, микроциркуляторные нарушения, повреждения ГЭБ).

Начальная (1-я) стадия ХИМ характеризуется наличием жалоб на головные боли, головокружение, общую слабость, эмоциональную лабильность, нарушение сна, забывчивость и невнимательность. Для ранней диагностики когнитивных расстройств предложено выделять так называемые «легкие когнитивные нарушения», определяющиеся по следующим критериям: жалобы на снижение памяти или умственной работоспособности, высказанные самостоятельно или при активном расспросе врача; легкие нарушения когнитивных функций преимущественно нейродинамического характера, выявленные при нейропси-хологическом исследовании; отсутствие когнитивных нарушений по результатам скрининговых шкал.

Пациент с 1-й стадией ХИМ способен себя обслуживать в обычных условиях, при этом у него возникают сложности только при повышенной эмоциональной или физической нагрузке. В то же время большинство исследователей считают, что выделение 1-й стадии заболевания нецелесообразно с точки зрения практической неврологии, т. к. под ее маской встречаются другие расстройства (головная боль напряжения, инсомния и др.), а выбор методов лечения носит симптоматический характер.

2-я стадия ХИМ – стадия субкомпенсации, характеризуется постепенным прогрессированием симптомов с изменениями личности – развитие апатии, депрессии со снижением круга интересов и присоединением основных неврологических синдромов (легкой пирамидной недостаточности, рефлексов орального автоматизма, координаторных и др. расстройств). При 2-й стадии больному с ХИМ требуется некоторая помощь в обычных условиях со стороны близкого окружения.

3-я стадия ХИМ – стадия декомпенсации, сопровождается яркими симптомами пирамидного, псевдобульбарного, дискоординаторного синдромов и проявляется в форме сосудистой деменции и паркинсонизма. 3-я стадия характеризуется тем, что из-за неврологического и/или когнитивного дефекта пациент, страдающий ХИМ, неспособен осуществлять простые рутинные функции; ему требуется постоянная помощь.

Для диагностики ХИМ целесообразно использовать соответствующие критерии [18]:

1) объективно выявляемые нейропсихологические и/или неврологические симптомы;

2) признаки цереброваскулярного заболевания, включающие факторы риска и/или инструментально подтвержденные признаки поражения мозговых сосудов (например, данные дуплексного сканирования) и/или вещества головного мозга (данные КТ/МРТ);

3) наличие причинно-следственной связи между сосудистым поражением мозга и клинической картиной заболевания;

4) отсутствие признаков других заболеваний, способных объяснить клиническую картину.

О.С. Левиным (2006) разработаны диагностические критерии различных стадий ДЭП (ХИМ) на основе данных нейровизуализации [19, 20], что позволяет более дифференцированно подойти к выделению той или иной стадии заболевания, ориентируясь не только на клиническую картину, но и патоморфологические изменения головного мозга. Диагноз ХИМ подтверждается методами нейровизуализации (рентгеновская МРТ). Для МРТ типична триада признаков.

1. Выявляется расширение желудочковой системы и субарахноидального пространства в 1,5–2,5 раза по сравнению с нормой, что отражает развитие атрофии мозга.

2. Определяется наличие перивентрикулярных зон гиперинтенсивности на T2 взвешенном изображении (лейкоариоз), которые преимущественно локализуются в области рогов боковых желудочков или протягиваются вдоль тел желудочков в виде узкой полосы толщиной 3–5 мм. Иногда эти зоны более выражены, например, у больных со злокачественной АГ, выглядят как широкие полосы с нечеткими неровными контурами, окружающими желудочки по периметру.

3. Регистрируются множественные мелкие гиперинтенсивные очаги в белом веществе головного мозга диаметром от 0.1 до 1 см, которые лучше всего видны на T2- взвешенных томограммах. Наиболее крупные очаги определяются и на T-взвешенном изображении, им соответствуют области с пониженной интенсивностью сигнала [17].

Клинические проявления ХИМ не всегда соответствуют КТ или МРТ-исследованиям, и поэтому нельзя переоценивать их диагностическую значимость. Постановка пациенту правильного диагноза требует от врача объективного анализа клинических проявлений, данных лабораторного и инструментального исследований. Алгоритм диагностики ХИМ состоит в неврологическом и соматическом обследовании, аускультации церебральных артерий на шее, измерении АД на двух руках, регистрации ЭКГ, при необходимости проведения суточного АД и холтеровского мониторинга, ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов, коагулограммы и липидограммы. МРТ проводят в случае неясного диагноза [21].

Рациональная терапия ХИМ должна основываться на определенных критериях, включающих понятия патогенетической и симптоматической терапии. Для правильного определения патогенетической стратегии лечения следует учитывать: стадию болезни, выявленные механизмы патогенеза, наличие сопутствующих заболеваний и соматических осложнений, возраст и пол пациентов, необходимость восстановления количественных и качественных показателей мозгового кровотока, нормализации нарушенных функций головного мозга, возможность профилактики повторных церебральных дисгемий [22].

В терапии выделяют три основных мероприятия: профилактика прогрессирования (или замедление прогрессирования) ХИМ, включающая профилактику развития инсультов (в том числе повторных), которые часто возникают на фоне дисциркуляторной энцефалопатии

Лечение основных синдромов ХИМ, улучшение кровообращения и функционального состояния мозга, включающее антиоксидантную, нейротрофическую и вазоактивную терапию. Реабилитация, санаторно-курортное лечение.

Профилактические мероприятия, имеющие целью предотвращение или замедление прогрессирования ХИМ и развития инсульта, следующие:

Неспецифическое профилактическое лечение с учетом фактора риска.

Специфическая индивидуализированная профилактика с учетом этиологии, патогенеза и формы ДЭ

Факторами риска является АГ, к основным антигипертензивным препаратам относятся: диуретики, бета-блокаторы, антагонисты кальция, АПФ и др., и их комбинации. Главным методом лечения при атеросклерозе МАГ сонных и позвоночных артерий является проведение реконструктивных операций. При нарушении липидного обмена прежде всего в целях нормализации рекомендуется диета, а также добавить статины – ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы, препараты, содержащие никотиновую кислоту, чеснок, рыбий жир. Необходимо использовать больным с ХИМ препараты для снижения агрегации тромбоцитов (аспирин, тиклопидин, клопидогрель, дипиридамол, пентоксифиллин).

При лечении основных синдромов ХИМ необходимо обратить внимание на терапию когнитивных расстройств. С целью улучшения когнитивного статуса при ХИМ назначаются цитиколин, пирацетам, пиритинол, семакс, церебролизин, холин альфасцерат, мемантин, амиридин и реминил.

При лечении хронических форм сосудистой патологии мозга традиционно используются различные вазоактивные средства, основной целью применения которых является улучшение состояния кровообращения в ишемизированных зонах мозга, что находит свое отражение в виде улучшения когнитивного статуса, уменьшения головокружения и головной боли. Наиболее эффективны при ХИМ с точки зрения доказательной медицины такие препараты, как винпоцетин, ницерголин, вазобрал, инстенон.

С целью лечения вестибуломозжечковых нарушений, таких как головокружение, нарушение равновесия, шаткость походки показаны бетагистин, тиэтилперазон.

Для лечения эмоциональных расстройств у больных с ХИМ назначаются антидепрессанты, анксиолитики, транквилизаторы. Для лечения нарушений сна назначаются бензодиазепины (нитразепам, мидазолам, темазепам, триазолам, флунитразепам, золиклон, золпидем и т.д).

В связи с той большой ролью, которую играет оксидантный стресс - активация перекисного окисления липидов с накоплением в зонах ишемии свободных радикалов, в гибели мозгового вещества при сосудистых заболеваниях головного мозга, больным с ХИМ показаны курсы антиоксидантной терапии. Следует отметить, что большинство антиоксидантов обладает одновременно нейропротективным и ноотропным действием, а некоторые - вазоактивным эффектом.

К эти препаратам относятся танакан (билобил), цитофлавин - новый комбинированный отечественный препарат, содержащий янтарную кислоту, рибоксин, этилметил-гидроксипиридина сукцинат (мексидол), никотинамид, рибофлавин и актовегин.

Таким образом, многообразие этиологических факторов, вызывающих формирование и прогрессирование ХИМ, делает задачу дифференциальной диагностики их патогенетических форм сверхсложной, а подчас невыполнимой.

В связи с этим стратегия и тактика лечения больных с данной патологией попадают в поле энтропии и вряд ли в ближайшие годы станут идеальными. С учетом этого терапия пострадавших в большинстве случаев становится длительной и мультидисциплинарной. Это должны понимать и принимать как врачи разных специальностей, так и пациенты, потому что лечение сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, гипертония, врожденные пороки и ревматические заболевания сердца) не должно проходить обособленно - без учета сопутствующей цереброваскулярной патологии.

В последнее время приоритет в этом направлении отдается амбулаторному проведению профилактических и реабилитационных мероприятий, что объясняется значительно более низкой стоимостью и доступностью лечения в амбулаторных условиях в сравнении со стационарными. Тем не менее только преимущественное стационарное и амбулаторное обследование и лечение больных с учетом современных революционных технологий позволит добиться в ближайшем будущем реально кардинальных изменений в прогнозе жизни больных указанного профиля [22-24].

Литература

1. Скворцова В.И., Евзельман М.А., Ишемический инсульт. — Орел, 2006. —с.4.
2. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Захаров В.В. Дисциркуляторная энцефалопатия. М., 2000.
3. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга //Журн. Невропатол и психиатр. 1985. №9. с.1281-1288.
4. The European Stroke Initiative Executive Committee and the EUSI Writing Committee: European stroke initiative recommendations for stroke management – update 2003. Cerebrovascular Disease 2003;16:311-337.
5. Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В., Пряникова Н.А. Первичная профилактика инсульта. М., 2006.
6. Maiti R, Agrawal N, Dash D, Pandey B. Effect of Pentoxifylline on inflammatory burden, oxidative stress and platelet aggregability in hypertensive type 2 diabetes mellitus patients. Vascul Pharmacol 2007; 47 (2-3):118-24.
7. Гусев Е.И., Белоусов Ю.Б., Бойко А.Н. и др. Общие принципы проведения фармакоэкономических исследований в неврологии: Методические рекомендации. М., 2003. 56 с.
8. Rockwood K., Wentzel C., Hachinski V. et al. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment // Neurology. 2000. Vol. 54. P. 447–451.
9. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. М.: Медицина, 1997. 228 с. /Vereschagin N.V., Morgunov V.A., Gulevskaia T.S. Brain pathology at atherosclerosis and arterial hypertension. M: Meditsina. 1997, 228 p.

10. Федин.А.И. Избранные лекции по амбулаторной неврологии. Москва, 2014. Фоныкин А.В., Машин В.В., Гераскина Л.А. Кардиогенная энцефалопатия. Факторы риска и подходы к терапии. Consilium medicum, 2012, 4(2): 5-9./Fonyakin A.V., Mashin V.V., Geraskina L.A. Cardiogenic encephalopathy. Risk factors and approaches to therapy. Consilium medicum, 2012, 4(2): 5-9.
11. Сидорова О.П., Котов С.В., Поплавская Н.М. Церебральная сосудистая патология при наследственной дисплазии соединительной ткани. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2012, 5: 94-96./Sidorova O.P., Kotov S.V., Poplavskaya N.M. Cerebral vascular pathology at hereditary dysplasia of connective tissue. Korsakov Zhurnal Nevrologii I Psikhiatrii, 2012, 5: 94-96.
12. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case control study. Lancet, 2010 [cited 2014 Oct 31], 376(9735): 112-23.
13. Григорьева В.Н. Роль эмоционального напряжения в развитии начальных форм хронической цереброваскулярной недостаточности. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2000, 5: 14-17.
14. Grigorieva V.N. Role of emotional stress in development of initial forms of chronic cerebrovascular insufficiency. Korsakov Zhurnal Nevrologii I Psikhiatrii, 2000, 5: 14-17.
15. Трошин В.Д. Стресс и стрессогенные расстройства: диагностика, лечение, профилактика, М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007, 784 с./Troshin V.D. Stress and stressogenic disturbances: diagnostics, therapy, prevention. M.: Medical Information Agency LLC, 2007, 784 p.
16. А. И. Федин. Избранные лекции по амбулаторной неврологии. Москва, 2014. Фоныкин А.В., Машин В.В., Гераскина Л.А. Кардиогенная энцефалопатия. Факторы риска и подходы к терапии. Consilium medicum, 2012, 4(2): 5-9./Fonyakin A.V., Mashin V.V., Geraskina L.A. Cardiogenic encephalopathy. Risk factors and approaches to therapy. Consilium medicum, 2012.
17. Федин А.И. Избранные лекции по амбулаторной неврологии. Москва, 2014.
18. Дамулин И.В., Брызжахина В.Г., Яхно Н.Н. Нарушения ходьбы и равновесия при дисциркуляторной энцефалопатии. Клинико-нейропсихологическое и МРТ-сопоставление // Неврологический журнал. 2004. Т. 4. С. 13–18.
19. Левин О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении // Consilium medicum. 2007. Т. 8. С. 72–79.
20. Яхно Н.Н., Левин О.С., Дамулин И.В. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Когнитивные нарушения // Неврологический журнал. 2001. Т. 3. С. 10–18.
21. Федин.А.И., Э. Ю. Соловьева. Хроническая ишемия головного мозга. Евроньюс., 2017.с- 1.
22. Кадьков А.С., Манвелов Л.С., Шахпаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия., Москва, 2018г
23. İçme F, Erel O, Avci A, Satar S, Gülen M, Acehan S. The relation between oxidative stress parameters, ischemic stroke, and hemorrhagic stroke. Turkish journal of medical sciences. 2015;45(4):947-953. <https://doi.org/10.3906/sag-1402-96>
24. Федин А.И. Диагностика и лечение инфаркта мозга в остром периоде//Невроньюс. 2016, спецвыпуск 1

Түйін

Жаркинбекова Н.А.¹, Махамбетова Г.С.², Барат Ж.¹, Рустемова Б.¹, Отемисова А.¹, Абдишукирова И.¹

¹Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы¹, Шымкент қ., Қазақстан

²Қалалық балалар клиникалық ауруханасы², Шымкент қ., Қазақстан

МИДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ИШЕМИЯСЫ (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)

Мидың тамыр аурулары экономикалық дамыған елдерде сырқаттанушылық пен өлім-жітім құрылымында жетекші орын алады. Экономикалық дамыған елдерде цереброваскулярлық аурулардан болатын өлім-жітім—11-12% және тек жүрек аурулары мен барлық орындардағы ісіктерден болатын өлім-жітім алда тұрады. Мидың созылмалы ишемиясының (МСИ) этиологиясында атеросклероз, гипертониялық ауру, миокард аурулары, қант диабеті және т.б. аурулар жетекші рөл атқарады. Барлық осы аурулар ми сұйықтығының гипоксиясымен және биохимиялық өзгерістер каскадымен ми қан айналымының (МҚ) өзгеруіне әкеледі, бұл ми затында диффузды, көп ошақты өзгерістерге әкеп соғады. Осылайша, МСИ қалыптасуын және үдеуін тудыратын этиологиялық факторлардың алуан түрлілігі олардың патогенетикалық формаларын дифференциалды диагностикалауды аса күрделі етеді. Осыдан келіп пациенттерді емдеу көп жағдайда ұзақ және мультидисциплинарлық болып келеді. Соңғы уақытта осы бағытта профилактикалық және оңалту іс-шараларын амбулаторлық жүргізуге басымдық беріледі, бұл стационарлықпен салыстырғанда амбулаториялық жағдайда

емдеудің құны мен қол жетімділігінің айтарлықтай төмендігімен түсіндіріледі. Дегенмен, қазіргі заманғы революциялық технологияларды ескере отырып, науқастарды стационарлық және амбулаторлық сабақтастық тексеру мен емдеу ғана жақын болашақта аталған бейіндегі науқастардың өмірін болжауда нақты түбегейлі өзгерістерге қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: мидың созылмалы ишемиясы, дисциркуляторлық энцефалопатия, тотығу стресі, артериялық гипертония, атеросклероз.

Symmary

N.A. Zharkinbekova¹, G.S. Makhambetova², Zh. Barat¹, B. Rustemova¹, A. Otemissova¹, I. Abdishukirova¹

¹South Kazakhstan Medical Academy¹, Shymkent city, Kazakhstan

²City Children's Clinical Hospital², Shymkent city, Kazakhstan

CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA (LITERATURE REVIEW)

Cerebrovascular diseases rank high in the morbidity and mortality patterns in economically developed countries. Mortality from cerebrovascular diseases in economically developed countries reaches 11-12% and is second only to mortality from heart diseases and tumors of all localizations. Atherosclerosis, hypertension, myocardial diseases, diabetes mellitus and other diseases play a leading role in the etiology of chronic cerebral ischemia (CCI). All these diseases lead to a change in cerebral circulation (CC) with hypoxia of the brain substance and a cascade of biochemical changes, which entails diffuse, multi-focal changes in the brain substance. Thus, the variety of etiological factors causing the CCI formation and progression makes the task of differential diagnosis of their pathogenetic forms extremely difficult. For this reason, the therapy of patients in most cases becomes lengthy and multidisciplinary. Recently, priority in this direction has been given to outpatient preventive and rehabilitative measures, which is explained by the significantly lower cost and accessibility of the outpatient treatment compared to the inpatient one. Nevertheless, only successive inpatient and outpatient examination and treatment of patients with consideration to modern revolutionary technologies will make it possible to achieve really dramatic changes in the prognosis of life in patients of this profile in the near future.

Key words: chronic cerebral ischemia, discirculatory encephalopathy, oxidative stress, arterial hypertension, atherosclerosis

Сведения об авторах:

Жаркинбекова Н.А., заведующая кафедрой, к.м.н., и.о. профессора, Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан, nazirazhar@mail.ru

Махамбетова Г.С., врач-невропатолог, Городская детская клиническая больница, г.Шымкент, Республика Казахстан, makhambetova_1977@mail.ru

Барат Ж., Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

Рустемова Б., Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

Отемисова А., Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

Абдишукирова И., Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

МРНТИ 76.29.39

Ш.М. Сейдинов¹, И.Ж. Турметов¹, Н.К. Тулежанов¹, Н.С. Нарходжаев²

¹Международный казахско-турецкий Университет им.Х.А.Яссави, г. Туркестан, Казахстан

²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ РАЗРЫВА ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ С ГАНГРЕНОЗНЫМ АППЕНДИЦИТОМ, ПЕРИТОНИТОМ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ

Резюме

В этой статье приводится случай из практики, когда после разрыва эхинококковой кисты печени через неделю поступает с клиникой острого аппендицита, местного перитонита. После наступившего разрыва эхинококковой кисты печени беспокоили боли в животе, на жалобы родители не обратили должного внимания и только через 7 суток, когда появилась клиника острого аппендицита обратились в лечебное учреждение. Под общим обезболиванием произведена операция аппендэктомия разрезом Мак-бурнея по поводу гангренозного аппендицита местного неотграниченного гнойного перитонита. Во время операции была обнаружена хитиновая оболочка кисты печени, после которого сразу произведена УЗИ печени и обнаружена киста печени. Произведена операция средне-срединная лапаротомия обработка эхинококковой кисты печени капитонаж, туалет, дренирование брюшной полости. Больной выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Как случай представляющий клинический интерес в плане диагностики тактики лечения постоянно обсуждается среди студентов медицинского факультета МКТУ Х.А.Ясави и АО «ЮКМА».

Ключевые слова: эхинококк, осложнение, разрыв, аппендицит, перитонит.

Гидатидный эхинококкоз печени – широко распространенное паразитарное заболевание человека, которое в детском возрасте протекает гораздо тяжелее, чем у взрослых [1,8]. В течение заболевания возможно развитие различных осложнений, среди которых важное место занимают разрыв стенки кисты печени с развитием перитонита и анафилактического шока, которые обуславливают тяжесть состояния больных [2,3,12,13,]. Развившееся грозное осложнение требует соблюдения рациональной лечебной тактики, своевременной диагностики направленной на подготовку, проведения щадящего оперативного лечения, послеоперационное ведение и профилактику рецидива заболевания [4,5,11]. Проблема повышения эффективности диагностики осложненного эхинококкоза остается актуальной [6,7,10]. После комплексного лучевого обследования правильный диагноз ставится лишь у 46% больных. От 37% до 86% больных поступают в стационар в стадии клинических осложнений паразитарного заболевания [9,14,]. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) в последние годы все шире используется для исследования головы, грудной клетки, органов брюшной полости. Однако КТ семиотика осложненного эхинококкоза различных локализаций недостаточно разработана, не определены критерии дифференциальной КТ диагностики осложненного эхинококкоза со схожими заболеваниями.

Клиническое течение осложнения протекает у всех по разному, но чтобы на фоне разрыва кисты печени, развился острый аппендицит, в доступной нам литературе не встретили, поэтому считаем нужным ознакомит с данным случаем читателей.

Больной К., 10 лет. 01.10.2018г. поступил в детское хирургическое отделение Туркестанской детской больницы с болями в животе в правой подвздошной области которые беспокоят в течение 2суток. Из анамнеза стало известно, что в течение 10 суток беспокоили умеренные боли по всему животу, на которые родители не обратили должного внимания. Только с 29.09.2018г., боли усилились и локализовались в правой подвздошной области, повысилась температура до 39°. Дома постоянно повышалась температура и боли в животе не проходили, поэтому больного ребенка привезли в больницу. Состояние при поступлении оценено как средней степени тяжести, беспокойный, положение вынужденное, кожные покровы бледноватой окраски, кожа сухая, тахикардия до 100 ударов в 1 минуту, АД 100/55 мм рт.ст, живот умеренно вздут, болезненный в основном в правой половине живота там же положительные симптомы раздражения брюшины. Язык сухой, обложен серым налетом. В анализе крови — Нв 105 г/л, эритроциты — 3,5x10¹²/л, лейкоцитоз — 15x10⁹/л, мочевины — 12 ммоль/л, креатинин — 45 мкмоль/л, общий белок — 55 г/л.от 01.10.2018 г

В клинике дежурным врачом установлен диагноз острый аппендицит, местный перитонит и после кратковременной предоперационной подготовки произведена операция под общим обезболиванием разрезом Макбурнея аппендэктомия макроскопически отросток изменен гангренозно. При осмотре правого бокового канала обнаружена хитиновая оболочка, что навела на мысль о разрыве эхинококковой кисты печени. Сразу произведено УЗИ брюшной полости, где выявлено вскрывшаяся киста правой доли печени. Под эндотрахеальным обезболиванием выполнена операция средне-срединная лапоротомия. Во время операции обнаружено в VII доле печени вскрывшаяся эхинококковая киста печени. В брюшной полости жидкий гной около 150мл. с множественными фибринозными налётами на петлях кишечника петли тонкого кишечника спаяны между собой.

Произведена операция обработка полости кисты бетадином, капитонаж, туалет, разъединение спаек, дренирование брюшной полости. Послеоперационном периоде получал цефазолин по 1 гр. через 6 часов, дезинтоксикационную терапию, витамины В1, В6, коррекцию водно-солевого обмена. Больной выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 6 месяцев жалоб не предъявляет.

Приведенный клинический пример показывает, что клиника разрыва эхинококковой кисты печени протекала без яркой клинической картины, и только на фоне клиники острого гангренозно измененного аппендицита был установлен диагноз. После успешно проведенной операции больной выписан домой. Данный случай является поучительным для врачей хирургов и студентов медицинского факультета МКТУ им.Х.А.Ясави и должны использовать как ситуационную задачу.

Литература

1.Шайкенов Б.Ш. Изменения эпидемиологии эхинококкоза в Казахстане в связи с переменами технологии в животноводстве. Международный семинар«Эхинококкоз: понимание эпидемиологии и изменений ее динамики, рекомендации по борьбе и профилактике заболеваний в центральной и северной Азии», Алматы, 2002 г.

2.Гилевич М.Ю., Князева Г.М., Натрошвили Г.С., Касторная И.П. Клинико-морфологические обоснования в выборе метода лечения эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Хирургия 1990; 11: 116-120.

3.Абдуллаев А. Г., Мовчун А. А., Агаев Р. М. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова №2 2005г стр. 38-42

4.Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений// Хирургия. 2001. №2.- С. 32-36.

5.Насиров М.Я., Панахов Д.М., Ахмедов Г.Х. Пути улучшения результатов лечения эхинококкоза печени// Анналы хирургической гепатологии. 2002. т.7. №1. - С. 23-26.

6.Агаев Р.М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени с поражением желчных путей// Хирургия. -2002. -№9.- С. 58-63.

7.Назыров Ф.Г. и др. Хирургия эхинококковых кист печени с прорывом в желчные протоки//Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека(Сб. научных трудов). Шымкент. - 1998, с85-87.

8.Рехтман А.Г., Пальгова Л.К. и др. Эндоскопическая и иммунологическая характеристика бронхов при эхинококкозе легкого//Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека (Сб. научных трудов). Шымкент. - 1998. С110-112.

9.Angulo J.C., Escribano J., Diego A., Sanchez C.M. Isolated retrovesical and retroperitoneal hydatidosis: clinical study of 10 cases and literature review. \ J. Urol. 1998 Jan, 159:1676-82.

10.Курмангалиев К.Б., Кузьмин Д.Ю. Совершенствование методов диагностики билиарных осложнений эхинококкоза печени// Мат-лы РНПК«Реформирование и развитие сельского здравоохранения в Республике Казахстан, Талдыкурган, 2005 с. 199-200

11.[Kern P¹](#), [Menezes da Silva A²](#), [Akhan O³](#), [Müllhaupt B⁴](#), [Vizcaychipi KA⁵](#), [Budke C⁶](#), [Vuitton DA⁷](#).The Echinococcoses: Diagnosis, Clinical Management and Burden of Disease. 2017;96:259-369. doi: 10.1016/bs.apar.2016.09.006. Epub 2017 Feb 8.

12. Bahce ZS, Akbulut S, Aday U, Demircan F, Senol A.[Cutaneous fistulization of the hydatid disease: A PRISMA-compliant systematic review](#).Medicine (Baltimore). 2016 Sep;95(38):e4889. doi: 10.1097/MD.0000000000004889. Review.

13. Qin Z, Chun-Yan W, Hai-Li S, Xin W, Li-Jun L, Jin-Yue L. [\[One hepatic echinococcosis patient complicated with systemic sclerosis\]](#).

Zhongguo Xue Xi Chong Bing Fang Zhi Za Zhi. 2016 Jul 21;28(4):478-480. doi: 10.16250/j.32.1374.2016140. Chinese.

14.Aghayev RM. [Liver Echinococcosis complicated with Lesions of Bile Ducts in Azerbaijan](#).Euroasian J Hepatogastroenterol. 2016 Jul-Dec;6(2):125-130. doi: 10.5005/jp-journals-10018-1183. Epub 2016 Dec 1.

Түйін

Сейдинов Ш.М.¹, Турметов И.Ж.¹, Тулежанов Н.К.¹, Нарходжаев Н.С.².

¹Қ. А. Яссауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Түркістан қ., Қазақстан

²«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ТӘЖІРИБЕДЕГІ 10 ЖАСАР БАЛАДА АППЕНДИЦИТ, ПЕРИТОНИТТІҢ, БАУЫРДЫҢ ЭХИНОКОКК КИСТАСЫНЫҢ ЖАРЫЛҒАННАН KEIIN ДАМЫҒАНЫ

Бұл мақалада тәжірибеде кездескен науқас бауыр эхинококкозының жарылғаннан кейін бір апта уақыт өткенде жедел аппендецитің, жергілікті перитонитің клиникасымен ауруханаға түседі. Науқаста бауыр эхинококкозы жарылғаннан кейін, құрсақ қуысы ауырып жүреді, бірақ ата-анасы оған көңіл бөлмейді. Бір апта уақыт өткеннен кейін жедел аппендициттің клиникасы пайда болғаннан кейін ауруханаға келеді. Жалпы жансыздандыру жолымен Макбурнея кесуімен аппендэктомия оташылау жасалынды. Операция кезінде хитин қапшығы табылғанын кейін жедел түрде УДЗ жасалынды, сол кезде бауыр эхинококкозы бар екені анықталды. Содан кейін жалпы орта ақ сызықпен лапаротомия жасалынып, бауыр эхинококкозы өңделіп, капитонаж, құрсақ қуысына туалет жасалынды. Ауру бала емханаға емделуге жіберілді, ауруханадан шығарылды. Сирек кездесетін жағдай есебінде Х.А.Ясави атындағы ХҚТУ медицина факультетінің студенттерінің арасында және ОҚМА студенттер арасында диагностика жоспары, емдеу тактикасы үнемі талқылануда.

Кілт сөздер: эхинококк, асқыну, жарылу, аппендицит, перитонит.

Summary

Sh.Seydinov¹, I.Turmetov¹, N. Tulejanov¹, N. Narkhojayev²

¹Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan city, Kazakhstan

²South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent city, Kazakhstan

A CASE FROM THE PRACTICE OF RUPTURE OF AN ECHINOCOCCAL CYST OF THE LIVER WITH A GANGRENOUS APPENDICITIS, PERITONITIS IN A 10 YEAR OLD CHILD

This article presents a case from the practice when, a week after a rupture of an echinococcal liver cyst patient comes with a clinic of an acute appendicitis and local peritonitis. After the rupture of an echinococcal cyst, the patient was disturbed by abdominal pain; parents did not pay attention to it and brought their child to the medical institution only after 7 days, when the clinic of the acute appendicitis appeared. The patient underwent appendectomy by the Macbourniey incision for gangrenous appendicitis of local non-demarcated purulent peritonitis is performed under the effect of general anesthesia. The chitinous membrane of the liver cyst was found during the surgery, after which a liver ultrasound was performed immediately and a liver cyst was detected. Surgeon performed Medium-median laparotomy, treatment of echinococcal cyst of the liver, capitonage, toilet, drainage of the abdominal cavity. The patient was discharged from the ambulatory treatment in satisfactory condition. As the case the putting clinical interest in respect of diagnostics of tactics of treatment constantly is discussed among students of medical faculty of IKTU H.A. Yasavi.

Key words: echinococcus, complication, rupture, appendicitis, peritonitis.

Сведения об авторах:

Сейдинов Шора Мусалиевич – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, – e-mail: shora25@mail.ru

Турметов Ибадулла Жусупович – к.м.н., зав.кафедрой хирургических болезней Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, – e-mail: turb71.71@mail.ru

Тулежанов Нурпеис Кудабергенович – к.м.н., зав.кафедрой общей хирургии Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, e-mail: Nurpeis_k@mail.ru

Нарходжаев Нурғали Сайлауович – ассистент кафедры педиатрии-1 Южно-Казахстанской медицинской академии, e-mail: narhodjaev@mail.ru

МРНТИ 76.29.39

Ш.М. Сейдинов¹, И.Ж. Турметов¹, Н.К. Тулежанов¹, Н.С. Нарходжаев²

¹Международный Казахско-Турецкий Университет им.Х.А.Яссави, г. Туркестан

²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ПЕРФОРАЦИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Резюме

В этой статье приводится случай из практики, когда после отравления уксусной кислотой, через месяц поступает с клиникой перфорации кишечника с разлитым перитонитом. После перфорации образовался абсцесс в области тощей кишки, который прорвался в брюшную полость с образованием множественных перфораций кишечника. Произведена операция с резекцией перфорированных участков кишечника с созданием анастомоза “бок в бок” с полным выздоровлением. Данный случай как редко встречающийся постоянно разбирается среди студентов медицинского факультета МКТУ им. Х.А.Яссави.

Ключевые слова: уксусная кислота, осложнение, перфорация, перитонит, кишечник.

Ожоги желудочно-кишечного тракта в практической хирургии встречаются достаточно часто. Особенно много с этим диагнозом поступает детей, когда по неосторожности ребенок выпивает\ съедает что-либо химически или температурно агрессивное.

Среди взрослых наиболее часто встречается ожог пищевода химическими веществами, при их употреблении внутрь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, либо при попытке совершить самоубийство.

Число больных с химическими ожогами пищевода и желудка увеличивается из года в год. Это связано с увеличением производства химических щелочесодержащих чистящих средств в бутылочках, доступностью отравляющих средств в магазинах, продолжением выпуска концентрированной уксусной кислоты, небрежным хранением химических веществ в быту [1,3,4]. .

Глубина ожога пищевода, желудка а иногда кишечника зависит от концентрации, природы химического вещества, его количества и времени контакта со слизистой оболочкой. Повреждения пищевода, вызванные приемом кислот (чаще уксусной) или щелочей (чаще нашатырного спирта, каустической соды), носят название коррозивного эзофагита.

Тяжелое повреждение верхних отделов пищеварительного тракта бывает также при приеме раствора перманганата калия, пергидроля, ацетона. Механизм их воздействия на ткани иной, чем кислот и щелочей. При одновременных химических ожогах ротовой полости, гортани, трахеи и бронхов могут возникать отек легких, острая дыхательная недостаточность. Это бывает при воздействии паров концентрированных кислот и щелочей, при приеме уксусной кислоты и нашатырного спирта вследствие их летучести.

К ранним последствиям химических ожогов пищевода (ХОП) относят отек гортани, экзотоксический шок, кровотечение, некроз стенки пищевода или желудка, медиастенит и формирование рубцового стеноза [2,5,6,7]. Поздними последствиями ХОП являются гастро-эзофагеальный рефлюкс (ГЭР) [8,,10,], одно из ранних осложнений является перфорация кишечника, нарушение моторики [16], кандидоз [9], малигнизация в отдаленном периоде [11,12] и др.

Результат лечения по существу определяется характером прижигающего вещества [1,3, 13, 14,]

Но чтобы позднее осложнение в виде некроза тонкого кишечника с образованием абсцесса с прорывом в брюшную полость с развитием перитонита в доступной нам литературе не встретили, поэтому было принято решение напечатать статью.

Больной С., 48 лет. 07.06.2018г. поступил в хирургическое отделение клиники МКТУ им. Х.А.Яссави сильными болями в животе которые появились рано утром в 08 часов. Из анамнеза стало известно, что 06.05.2018г. выпил около 100 мл концентрированного раствора уксусной кислоты. Первая помощь оказана в Туркестанской центральной городской больнице (ТЦГБ). Где находился в тяжелом состоянии с клиникой химического ожога пищевода, желудка и 12-п. кишки.

В удовлетворительном состоянии был выписан на амбулаторное лечение. Дома постоянно повышалась температура и боли в животе не проходили от операции отказывался. Состояние при поступлении тяжелое, беспокойный, положение вынужденное, кожные покровы бледные, тахикардия до 100 ударов в 1 минуту, АД 100/55 мм рт.ст, живот ввалившийся, резко болезненный, симметричный, напряжен и болезнен во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. В анализе крови отмечалась анемия — Нв 85

г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитоз - 12×10^9 /л, мочеви́на - 12 ммоль/л, креатинин - 249 мкмоль/л, общий белок — 55 г/л. от 07.06.2018 г

В клинике установлен диагноз перфорация полого органа, на основании свободного газа в брюшной полости и клиники перитонита. Под эндотрахеальным обезболиванием выполнена операция — лапаротомия. Во время операции обнаружено конгломерат петель тонкого кишечника около трейцовой связки с перфорацией одного из петель кишечника. С большими трудностями удалось разъединить петли кишечника. В полости был абсцесс и перфорация нескольких петель кишечника.

Произведена резекция изменённой тонкой кишки (резецировано 70 см тощей кишки), на расстоянии 12 см от связки Трейца наложен илео-илеоанастомоз «бок в бок», произведена санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилась комплексная интенсивная терапия, переливание эритроцитной массы, иммунная терапия, антибиотикотерапия. Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением 20.06.2018г. больной выписан на амбулаторное лечение. В послеоперационном периоде больному произведено ЭФГДС, при ревизии выявлено явления атрофического гастрита.

Заключительный диагноз: Отравление уксусной кислотой тяжелой степени тяжести. Химический ожог тощей и 12-перстной кишки, осложненный некрозом тощей кишки с множественными перфорациями тонкого кишечника с образованием межкишечного абсцесса с прорывом в брюшную полость, разлитой гнойный перитонит.

Приведенный клинический пример показывает, что особых больших изменений в пищеводе и желудке не было выявлено после отравления уксусной кислотой, но зато произошел некроз петель тонкого кишечника с множественными перфорациями, с образованием межкишечного абсцесса. Данный случай как редко встречающийся является поучительным для студентов медицинского факультета и постоянно разбирается на практических занятиях МКТУ им. Х.А.Ясави.

ЛИТЕРАТУРА

1. Afolabi, B.B. Regional versus general anaesthesia for caesarean section [Электронный ресурс] / B.B. Afolabi, F.E. Lesi // Cochrane database of systematic reviews. — 2012. — Режим доступа: <http://summaries.cochrane.org/CD004350/regional-versus-general-anaesthesia-for-caesarean-section>
2. Van De Velde M. Spinal anesthesia in the obstetric patient: prevention and treatment of hypotension. Acta Anaesthesiol. Belg. 2006; 4; 383—6.
3. Ngan Kee W.D., Warwick D. Prevention of maternal hypotension after regional anaesthesia for caesarean section. Curr. Opin. Anaesthesiol. 2010; 3: 304—9.
4. Cyna, A.M. Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section [Электронный ресурс] / A.M. Cyna, M. Andrew, R.S. Emmett, P. Middleton, S.W. Simmons // Cochrane database of systematic reviews. — 2010. — Available at: <http://summaries.cochrane.org/CD002251/techniques-for-preventing-hypotension-during-spinal-anaesthesia-for-caesarean-section>.
5. Mercier F.J., Augè M., Hoffmann C., Fischer C., Le Gouez A. Maternal hypotension during spinal anesthesia for caesarean delivery. Minerva Anesthesiol. 2013; 1: 62—73.
6. Shifman E.M., Fillippovich G.V. Spinal Anesthesia in Obstetrics. Petrozavodsk: IntelTek; 2005 (in Russian).
7. Greene N.M. Distribution of local anesthetic solutions within the subarachnoid space. Anesth. Analg. 1985; 7: 715—30.
8. Arzola C., Wiczorek P.M. Efficacy of low-dose bupivacaine in spinal anaesthesia for Caesarean delivery: systematic review and meta-analysis. Br. J. Anaesth. 2011; 3: 308—18.
9. Bryson G.L., Macneil R., Jeyaraj L.M., Rosaeg O.P. Small dose spinal bupivacaine for Cesarean delivery does not reduce hypotension but accelerates motor recovery. Can. J. Anesth. 2007; 7: 531—7.
10. Hogan Q.H., Prost R., Kulier A., Taylor M.L., Liu S., Mark L. Magnetic resonance imaging of cerebrospinal fluid volume and the influence of body habitus and abdominal pressure. Anesthesiology. 1996; 6: 1341—9.
11. Onuki E., Higuchi H., Takagi S., Nishijima K. et al. Gestation-related reduction in lumbar cerebrospinal fluid volume and dural sac surface area. Anesth. Analg. 2010; 1: 148—53.
12. Marshalov D.V., E.M. Shifman, Petrenko A.P., Salov I.A. The role of intra-abdominal hypertension in the pathogenesis of obstetric and perinatal complications. Vrach. 2008; 8: 2—5 (in Russian).
13. Chun R., Baghirzada L., Kirkpatrick A. Measurement of intra-abdominal pressure in term pregnancy: a pilot study. Int. J. Obstet. Anesth. 2012; 21: 135—9.
14. Sitkin S., Ronenson A., Savelieva J. Prediction of high level spinal block in caesarian section. Reg. Anesth. Pain Med. 2012; 37 (7): 183.

15. Kirkpatrick A.W., Roberts D.J., De Waele J. et al. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Med.* 2013; 7: 1190—206.

16. Флирт в Севилье: Чингиз Абдуллаев — Санкт-Петербург, Эксмо, 2014 г.- 320 с.

Түйін

Сейдинов Ш.М.¹, Турметов И.Ж.¹, Тулежанов Н.К.¹, Нарходжаев Н.С.².

¹Қ. А. Яссауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Түркістан қ., Қазақстан

²«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ТӘЖІРИБЕДЕГІ СІРКЕ ҚЫШҚЫЛЫМЕН ХИМИЯЛЫҚ КҮЙДІРУДЕН KEЙІНГІ ІШЕКТИҢ ПЕРФОРАЦИЯСЫ

Бұл мақалада науқас бала сірке қышқылымен уланғаннан кейін, бір ай өткесін ішек тесіліп, таратылған перитонит клиникасымен ауруханаға түседі. Перфорациядан кейін ішек аймағында абсцесс пайда болып, құрсақ қуысына таратылып кетеді. Ішектің перфорацияланған аймақтарын резекциялау операциясы аяқталғаннан кейін «жананама» анастомозымен шектеледі. Бұл сирек кездесетін жағдай ретінде үнемі Х.А.Яссауи атындағы ХКТУ медициналық факультетінің студенттері арасында талқылануда.

Түйінді сөздер: сірке қышқылы, асқыну, перфорация, перитонит, ішек.

Summary

Sh.Seydinov¹, I.Turmetov¹, N. Tulejanov¹, N. Narkhojayev²

¹Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan city, Kazakhstan

²South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent city, Kazakhstan

THE CASE OF THE PRACTICE OF PERFORATING THE SMALL INTESTINE AFTER A CHEMICAL BURN WITH ACETIC ACID

This article presents a case from practice, after poisoning with acetic acid, a month after the burn, comes with a clinic of intestinal perforation with diffuse peritonitis. After the perforation, an abscess formed in the jejunal region, which broke into the abdominal cavity and caused several multiple intestinal perforations. The operation with resection of perforated areas of the intestine with the creation of an anastomosis "side-to-side" was performed with complete recovery. This case as a rare occurrence is constantly understood among students of the medical faculty of the IKTU them. H.A. Yasavi.

Key words: acetic acid, complication, perforation, peritonitis, intestine.

Сведения об авторах:

Сейдинов Шора Мусалиевич – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, – E-mail: shora25@mail.ru

Турметов Ибадулла Жусупович – к.м.н., зав.кафедрой хирургических болезней Международного казахско-турецкого университета имени Ясави – E-mail: turb71.71@mail.ru

Тулежанов Нурпеис Кудабергенович – к.м.н., зав.кафедрой общей хирургией Международного казахско-турецкого университета имени Ясави – E-mail: Nurpeis_k@mail.ru

Нарходжаев Нурғали Сайлауович – ассистент кафедры педиатрии-1 Южно-Казахстанской медицинской академии, e-mail: narhodjaev@mail.ru

МРНТИ 76.29.39

Ш.М. Сейдинов¹, И.Ж. Турметов¹, Н.К. Тулежанов¹, Н.С. Нарходжаев²

¹Международный Казахско-Турецкий Университет им.Х.А.Яссави, г. Туркестан, Казахстан

²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ РИХТЕРОВСКОЕ ОСЛОЖНЕННОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У РЕБЕНКА 3 МЕСЯЦЕВ

Резюме

В этой статье приводится собственное наблюдение случая из практики Рихтеровского ущемления паховой грыжи у ребенка 3 месяцев, осложненной перфорацией тонкой кишки, флегмоной грыжевого мешка, диффузным гнойно-фибринозным перитонитом. У ребенка с рождения отмечается паховая грыжа, которая периодически ущемлялась. Обратились в стационар на 3 сутки от начала ущемления. При вскрытии грыжевого мешка обнаружено наличие гнойного содержимого и отсутствие петель кишечника. Произведена лапаротомия, при ревизии органов брюшной полости обнаружено пристеночное ущемление тонкого кишечника с перфорацией 0,2x0,2см., осложненной флегмоной грыжевого мешка, диффузным гнойно-фибринозным перитонитом. Послеоперационное течение без осложнений, выписан домой в удовлетворительном состоянии. Данный случай неоднократно разбирался среди студентов медицинского факультета, как представляющий клинический интерес в плане диагностики и тактики лечения.

Ключевые слова: грыжи, ущемление пристеночное, осложнение, перфорация кишечника, перитонит.

Пристеночное, или рихтеровское ущемление грыжи особенно у детей встречается редко и является одним из видов ущемлений, которые доставляют немало проблем в процессе диагностики. Такая патология может возникать лишь на небольших грыжах, так как у них узкие грыжевые ворота. Пристеночным ущемлением называется патология, при которой происходит защемление не всей кишки, а лишь ее стенки. Такое ущемление является коварным, поскольку из-за того, что просвет кишки сохраняется, невозможно различить четкую клиническую картину грыжи с ущемлением. Это нередко является причиной диагностических ошибок или позднего обращения. Так называемая рихтеровская грыжа редко может стать причиной непроходимости кишечника. Однако даже в случае самопроизвольного вправления может произойти перфорирование ишемизированного участка, результатом чего может стать некроз участка кишечника, флегмона грыжевого мешка, перитонит. Подобное ущемление чаще всего возникает в тонкой кишке.

Клиническое наблюдение. Примером может служить следующий случай из практики:

Ребенок М., 1г.2 мес. Родился от первой доношенной беременности с весом 3100 гр. Грыжа появилась с рождения, ранее неоднократно ущемлялась. Учитывая то, что грыжевой мешок был не больших размеров и не было явлений непроходимости кишечника за медицинской помощью не обращались. Только когда повысилась температура, появились боли в животе, обратились в детскую больницу. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Имеются симптомы интоксикации средней тяжести. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 104 ударов в 1 минуту. Живот болезненный ниже пупка. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки живота. Диурез и стул в норме. Локально мошонка справа отечная, болезненная. На рентгенограмме брюшной полости отмечаются вздутые петли кишечника. ОАК цветной показатель - 0,59; гематокрит (HCT) в крови - 29,1 % ; лейкоциты в крови - 9,2 x10⁹/л; тромбоциты (PLT) в крови - 340/л; эритроциты (RBC) в крови - 4,92 x10¹²/л; гемоглобин (HGB) в крови - 97 г/л; СОЭ - 15 мм / ч; После проведенной предоперационной подготовки произведена операция. Косым разрезом в паховой области вскрыт грыжевой мешок, выпот серозно-гнойный, около 15,0 мл, но содержимого грыжевого мешка не было. После которого, произведена операция средне-срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружено наличие гноя в брюшной полости около 50,0 мл и пристеночная перфорация петли тонкого кишечника. Гной осушен, произведен туалет брюшной полости и ушивание перфоративного отверстия 0,2x0,2 см. двухрядным швом. В дальнейшем грыжевой мешок удален, произведена пластика пахового канала по Мартынову. В послеоперационном периоде получал антибиотикотерапию, дезинтоксикационную терапию, перелита эритроцитная масса. Послеоперационное течение проходило без осложнений. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. Пристеночное ущемление паховой грыжи редко встречается у детей, но представляет определенные трудности в своевременной диагностике, а также приводит к ряду осложнений из-за скудной клинической симптоматики в период ущемления кишечника.

Литература

1. Раимханов А.Д., Аймагамбетов М.Ж., и др. Результаты хирургического лечения рецидивных и больших пахово-мошоночных грыж//Наука и здравоохранение,- №1 -2016- С.89-96
2. Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И. Рихтеровское ущемление паховой грыжи//Вестник КазНМУ, №4-2016, С.- 201-202
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под ред. академика В.С. Савельева. - М.: Триада-Х, 2004. – 240 с.
4. Л.И.Бисенков, П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов, С.А. Шалаев, Б.И. Ищенко. «Неотложная хирургия груди и живота». -СПб.: 2002. – 450 с.
- 5.Титаренко, Р.В. Ипаткин, Л.И. Вардаев, Н.В. Мильчевская, З.Р. Габуняя СТМ 2013 - 5(1) 131 случай из практики.

Түйін

Сейдинов Ш.М¹., Турметов И.Ж¹., Тулежанов Н.К¹., Нарходжаев Н.С².

¹Қ. А. Яссауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ., Қазақстан

²«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

3 АЙЛЫҚ БАЛАДА ШАП ЖАРЫҒЫНЫҢ РИХТЕР ҚЫСЫЛУЫ АСҚЫҒАН

Осы мақалада біз 3-айлық балада шап жарығының Рихтер қысылуы, қаптың флегмо­насымен, ішектің тесілуімен, перитонитпен асқынған келтіріп отырмыз. Туылғаннан бастап шап жарығы пайда болған, жиы қысылып тұрған. Жарығы қысылғаннан кейін 3 тәулікте келген.

Оташылаған кезде қапшықта ірің болған, ішек ілмектері болмаған. Лапаротомия кезінде жіңішке ішектің 0,2 x 0,2 см тесілгенін анықталған, қапшықтың флегмо­насы және перитонитпен асқынған. Операциядан кейін қанағаттанырылған жағдайда амбулаторлы емдеуге шығарылды. Бұл оқиға диагноз қою және емдеу тактикасы бойынша клиникалық қызығушылықпен медицина факультетінің студенттері арасында бірнеше рет талқыланды.

Кілт сөздер: жарық, қабырғасының қысылуы, асқину, ішек перфорациясы, перитонит.

Summary

Sh.Seydinov¹, I.Turmetov¹, N. Tulejanov¹, N. Narkhojajev²

¹Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan city, Kazakhstan

²South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent city, Kazakhstan

CASES FROM THE PRACTICE OF RICHTER COMPLICATED INFRINGEMENT OF AN INGUINAL HERNIA IN A 3-MONTH-OLD CHILD

In this article, we present our own observation of a case from the practice of Richter infringement of an inguinal hernia in a 3-month-old child, complicated by perforation of the small intestine, hernia sac phlegmon, and diffuse purulent fibrinous peritonitis. The child had an inguinal hernia that was periodically infringed from birth. They appealed to the hospital on 3rd day after the start of infringement. While opening a hernial bag, the presence of purulent contents and the absence of a bowel loop were detected. A laparotomy was performed; a revision of the abdominal organs was detected, parietal infringement of the small intestine with perforation of 0.2 x 0.2 cm, complicated by hernial sac phlegmon, diffuse purulent fibrinous peritonitis. The postoperative course without complications was discharged home in a satisfactory condition. This case was repeatedly understood among students of the medical faculty as of clinical interest in terms of diagnosis and treatment tactics.

Key words: hernia, parietal infringement, complication, intestinal perforation, peritonitis.

Сведения об авторах:

Сейдинов Шора Мусалиевич – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, e-mail:shora25@mail.ru

Турметов Ибадулла Жусупович – к.м.н., зав.кафедрой хирургических болезней Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, e-mail: turb71.71@mail.ru

Тулежанов Нурпеис Кудабергенович – к.м.н., зав.кафедрой общей хирургией Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, e-mail: Nurpeis_k@mail.ru

Нарходжаев Нурғали Сайлауович – ассистент кафедры педиатрии-1 Южно-Казахстанской медицинской академии, e-mail: narhodjaev@mail.ru

МРНТИ 76.29.39

Ш.М. Сейдинов¹, И.Ж. Турметов¹, Н.К. Тулежанов¹, Н.С. Нарходжаев²

¹Международный Казахско-Турецкий Университет им.Х.А.Яссави, г. Туркестан, Казахстан

²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У НОВОРОЖДЕННОГО, НА ФОНЕ СЕПСИСА

Резюме

В этой статье приводится редко встречающийся случай из практики тромбоза плечевой артерии на фоне сепсиса у недоношенного с сопутствующимися заболеваниями. Тромбоз артерии был поздно установлен, что привело к ампутации конечности. Своевременной диагностике тромбоза артерии у новорожденных помогает ультразвук.

Ключевые слова: тромбоз, новорожденный, ультразвук, осложнения, ампутация.

Острый тромбоз венозных и артериальных сосудов у детей - редкое, но серьезное осложнение. Заболеваемость новорожденных тромбозом составляет 0,5 на 10000 живорождений [1,6]. Внутрибольничная заболеваемость венозным или артериальным тромбозом составляет приблизительно 5,3 на 10 000 детей с повышенным риском в неонатальном и подростковом возрасте [2,4].

Согласно исследованиям, спонтанные тромботические осложнения представляют собой сосудистые окклюзии без основной причины, тогда как приобретенные тромботические события требуют наличия предрасполагающего заболевания или происходят после терапевтического или диагностического сосудистого вмешательства. Протромботические факторы риска у новорожденных - это врожденные дефекты коагуляции, материнский гестационный диабет, диабетическая фетопатия, неонатальный сепсис, некротизирующий энтероколит, антифосфолипидный синдром, асфиксия, полицитемия и различные метаболические заболевания [3,5,7]. Однако большинство тромботических событий вызваны сосудистыми катетерами - более 90% у новорожденных связаны с пупочными венозными и/или артериальными катетерами, а также с другими центральными венозными линиями. Острый артериальный тромбоз, вызванный периферическим венозным катетером, крайне редок и довольно сложный для управления в многодисциплинарном подходе.

Клиническое наблюдение. Примером может служить следующее клиническое наблюдение:

Ребенок А.Д., 19.09.2017 г.р., переведена из перинатального центра №3 30.10. 2017 г., с диагнозом: Бактериальный сепсис новорожденного не уточненный. БЛД. Гипоксическое ишемическое поражение ЦНС. Недоношенность 31 неделя 4 дня. Ребенок от 5 беременности 5 преждевременных оперативных родов. Преэклампсия тяжелой степени. Хелп синдром. Затяжная артериальная гипертензия III степени. Вес при рождении - 1910,0 гр, рост-44 см, по шкале Апгар 5-6 балла. Из анамнеза установлено, что новорожденный находился в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) на респираторной терапии. 24.10.2017 года снят с назальной респираторной поддержки, и переведена на назальную подачу увлажненного O₂. 25.10.2017 г. в 12:30 в связи с улучшением состояния ребенка переведен в отделение патологии новорожденных. 28.10.17г. в 19:00 состояние ребенка ухудшилось, за счет нарушения кровообращения верхней конечности, что выражается в бледности кожного покрова, похолодания конечности, отсутствия пульсации на периферических сосудах. Методом ультразвуковой диагностики установлен окклюзирующий тромбоз правой плечевой артерии. 29.10.17г. в 04:00 по линии санавиации вызван сосудистый хирург ОДБ выставлен: тромбоз артерий правой верхней конечности, сепсис новорожденного, недоношенность 31 неделя. Оперативное лечение ребенку не рекомендовано учитывая длительный процесс, возраст и преморбидный фон. Рекомендовано консервативное лечение. Но т.к. состояние не улучшалось, консервативные лечебные мероприятия не дали эффекта, больная переведена в областную детскую больницу, для оперативного лечения. В детской больнице произведена операция: ампутация правой верхней конечности в связи наступившим некрозом. Ребенок выписан домой на амбулаторное лечение.

Обсуждение. Новорожденные, как правило, имеют тромботические явления гораздо реже, чем взрослые. Наибольший риск возникает в течение неонатального периода, главным образом в сочетании с недоношенностью, сопутствующим сепсисом, коагулопатией, пупочным венозным или артериальным катетером или другими центральными венозными линиями [4]. Тромбоземболия, вызванная периферическим венозным катетером, встречается редко. Однако размещение может повредить как вену, так и соседние ткани, такие как артерии или нервы. В приведенном выше примере показано серьезное осложнение тромбоза плечевой артерии, которое привело к некрозу верхней конечности с последующей ампутацией. Ранняя диагностика, то есть

быстрое распознавание клинического проявления и подтверждение подозрения на острый тромбоз с визуализацией, имеет решающее значение для успешного лечения и долгосрочного прогноза. Можно выбирать между ультразвуком с цветной доплеровской, венозной или артериальной ангиографией, магнитно-резонансной ангиографией (MRA) или компьютерной томографической ангиографией (СТА). За исключением ультразвука, все другие методы являются инвазивными и несут значительные неотъемлемые риски и потенциальные негативные побочные эффекты, особенно для новорожденных.

Выводы. Надо знать о том, что у недоношенных и новорожденных с коагулопатией на фоне сепсиса возможно развития тромбоза сосудов. Своевременно установленный диагноз позволить предупредить грозное осложнение как ампутация. Ультразвуковое исследование - важный метод визуализации, используемый в медицине для интенсивной терапии новорожденных. Наш случай иллюстрирует, как ультразвуковое доплеровское исследование высокого разрешения служило неинвазивным диагностическим инструментом у тяжелобольного новорожденного и как средство контроля для успешного лечения.

Литература

1. Kenet G, Nowak-Göttl U. Кровотечение и проблемы тромбоза у детей: текущий подход к диагностике и лечению. *Acta Haematologica* . 2006; 115 (3-4): 137-140. [PubMed]
2. Ревель-Вилк С., Чан АКС. Антикоагулянтная терапия у детей. *Семинары по тромбозам и гемостазу* . 2003; 29 (4): 425-432. [PubMed]
3. Vladimir Tichelaar YIG, Kluin-Nelemans HJC, Meijer K. Инфекции и воспалительные заболевания как факторы риска венозного тромбоза: систематический обзор. *Тромбоз и гемостаз* . 2012; 107 (5): 827-837. [PubMed]
4. Шмидт Б., Эндрю М. Неонатальный тромбоз: отчет о предполагаемом канадском и международном реестре. *Педиатрия* . 1995; 96 (5 I): 939-943. [PubMed]
5. Петтит Дж. Оценка младенца с помощью периферического внутривенного устройства. *Достижения в области ухода за новорожденными* . 2003; 3 (5): 230-240. [PubMed]
6. Monagle P, Chan AK, Goldenberg NA, et al. Антитромботическая терапия у новорожденных и детей: антитромботическая терапия и профилактика тромбоза, 9-е изд.: Американский колледж врачей грудных врачей на основе фактических данных. *Грудь* . 2012; 141 (приложение 2): e737S-e801S. [Бесплатная статья PMC] [PubMed]
7. Рауне ЖН. Аспекты антикоагуляции у детей. *Британский журнал гематологии* .2010; 150 (3): 259-277. [PubMed].

Түйін

Сейдинов Ш.М.¹, Турметов И.Ж.¹, Тулежанов Н.К.¹, Нарходжаев Н.С.².

¹Қ. А. Яссауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ., Қазақстан

²«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕДЕГІ СЕПСИС АЯСЫНДАҒЫ ИЫҚ АРТЕРИЯСЫНЫҢ ЖЕДЕЛ ТРОМБОЗЫ

Бұл мақалада тәжірибеде сирек кездесетін жаңа туылған нәрестеде сепсис аясында иық артериясының тромбозы ұсынылған. Иық артериясының тромбозы кейінірек анықталды, бұл қолдың ампутациясына әкелді. Ультрадыбыс зерттеу жаңа туған нәрестелерде артериялық тромбоздың уақтылы диагностикасына көмектеседі.

Кілт сөздер: тромбоз, жаңа туған нәресте, ультрадыбыстық, асқину, ампутация.

Summary

Sh.Seydinov¹, I.Turmetov¹, N. Tulejanov¹, N. Narkhojayev²

¹Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan city, Kazakhstan

²South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent city, Kazakhstan

A CASE FROM THE PRACTICE OF ACUTE THROMBOSIS OF THE BRACHIAL ARTERY IN A NEWBORN, AGAINST A BACKGROUND OF SEPSIS

This article presents a rare case of the practice of thrombosis of the brachial artery against sepsis in a premature baby with concomitant diseases. Thrombosis of the artery was later established, which led to limb amputation. Ultrasound helps in the timely diagnosis of arterial thrombosis in newborns.

Key words: thrombosis, newborn, ultrasound, complications, amputation.

Сведения об авторах:

Сейдинов Шора Мусалиевич – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, shora25@mail.ru

Турметов Ибадулла Жусупович – к.м.н., зав.кафедрой хирургических болезней Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, e-mail:turb71.71@mail.ru

Тулежанов Нурпеис Кудабергенович – к.м.н., зав.кафедрой общей хирургией Международного казахско-турецкого университета имени Ясави, e-mail:Nurpeis_k@mail.ru

Нарходжаев Нурғали Сайлауович – ассистент кафедры педиатрии-ИЮжно-Казахстанской медицинской академии, e-mail:narhodjaev@mail.ru

МРНТИ 76.75.33

Рысбеков М.М., Анартаева М.У., Абдраимова С.Е.
Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗВИТИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ И ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ХОДЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ У СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОБЩАЯ МЕДИЦИНА

Резюме

В статье отражены результаты изучения и оценка эффективности симуляционных технологий в развитии практических навыков и формировании профессиональных компетенций в ходе практических занятий у студентов специальности Общая медицина.

Ключевые слова: симуляционные технологии, профессиональные компетенции, общая медицина.

На современном этапе симуляционные технологии в медицине являются оптимальным форматом обучения с выраженным акцентом на освоение практических умений и навыков [1].

Поэтому закономерно, что одним из главных направлений в сфере высшего медицинского образования является необходимость значительного усиления практического аспекта подготовки будущих врачей при сохранении должного уровня теоретических знаний. Именно состояние клинической подготовки студента характеризуется, на наш взгляд, как очень сложный и «больной» вопрос в работе любого вуза независимо от его статуса и величины. С одной стороны, нарастающие требования новых государственных образовательных стандартов к профессиональным компетенциям выпускников, а с другой – нерешенные проблемы клинических кафедр, которые испытывают общеизвестные трудности в своей работе, во многом затрудняют подготовку специалистов уже на начальных этапах клинического обучения. В этой связи появление возможностей в организации фантомного и симуляционного обучения студентов видится нам как разумное и необходимое направление в учебном процессе. Это мы хотим подчеркнуть именно для студентов, начиная с I курса, а не только для отдельных групп врачей-резидентов и интернов [2].

Для студентов младших курсов медицинский уход является медицинской деятельностью по обеспечению оптимальных условий для выздоровления и поэтому требует такого же серьезного освоения студентами врачебных специальностей, как и все другие элементы лечебной деятельности. До изучения клинических дисциплин студенты должны ознакомиться и освоить необходимые манипуляции и процедуры медицинского ухода, уметь оказать неотложную доврачебную помощь [3].

Сегодня освоение большинства навыков, манипуляций, особенно сопряженных с риском осложнений при их проведении, возможно лишь в теоретическом формате. И при этом каждый выпускник ВУЗа обязан достаточно уверенно осуществлять целый ряд технических приемов, направленных, прежде всего, на спасение жизни. В связи с этим возникла потребность создания и широкого внедрения инновационного подхода к обучению и профессиональной переподготовке персонала. Традиционная система практической подготовки в сфере здравоохранения имеет ряд недостатков, которые нивелируются при симуляционном обучении [4].

В существующих законах и стандартах, регламентирующих подготовку медицинских работников, говорится о том, что практическая подготовка студентов обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности под контролем работников образовательных организаций. Пациент должен быть проинформирован и вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. Получить согласие пациента на участие в оказании ему медицинской помощи студентов становится всё труднее.

С внедрением в клиниках рыночных отношений и изменениями в законодательной базе в ходе подготовки специалистов необходимо перераспределить учебное время таким образом, чтобы между теоретической подготовкой и участием в осуществлении медицинской деятельности появились обязательные модули симуляционного обучения. Высокие современные требования к освоению практических навыков студентами-медиками, к актуализации учебного материала и приближению образовательной среды к новой среде практического здравоохранения делают виртуальные технологии в медицинском образовании ключевым направлением развития высшей медицинской школы [5].

Применение симуляционных методов в условиях, максимально приближенных к настоящим как для обучения будущих врачей, – неотъемлемая часть учебного процесса, при котором обучаемый осознанно выполняет действия в обстановке, моделирующей реальную с использованием специальных средств –

симуляторов, позволяющих отрабатывать мануальные навыки, необходимые для профессионального совершенства.

Известно, что одним из главных направлений в сфере высшего медицинского образования является необходимость значительного усиления практического аспекта подготовки будущих врачей при сохранении должного уровня теоретических знаний [6,7].

Цель исследования: провести анализ эффективности использования симуляционных технологий в развитии практических навыков и формировании профессиональных компетенций в ходе практических занятий по уходу за больными у студентов младших курсов специальности Общия медицина.

Анкетирование было анонимным, каждый студент мог высказать свое мнение по организации учебной практики, работе с симуляторами и овладения профессиональными навыками.

После проведенного анализа анкетирования студентов были получены результаты.

На вопрос «Пользовались ли Вы, для освоения практических навыков, методическими материалами?» положительно ответили 78,4% студентов, не пользовались 10,5 % и не знали об их существовании 10,9 %.

На вопрос, «Пользовались ли Вы, для освоения практических навыков видео-банком практических навыков?», положительно ответили 85% студентов, 8% студентов знали о существовании банка данных, но не использовали, 7% не использовали вовсе.

76,4 % студентов ответили, что отработка навыков по постановке инъекций больше всего задействовала ресурс с видео-банком практических навыков.

На вопрос «Как Вы оцениваете уровень оснащенности Центра практических навыков по 5 бальной шкале»? 54,6% студентов поставили 5 баллов, тем самым, отметив высокий ресурс; 34,3% ответили достаточный уровень (4 балла), и 11,1% студентов ответили на 3 балла: высказали пожелания иметь больше тренажеров, на некоторые навыки не хватает тренажеров (например, промывание желудка), и приходится уплотняться в группы для отработки не по два, а по 4–5 человек.

На вопрос «Помогают ли Вам в овладении практическими навыками симуляторы?» в 100 % был получен положительный ответ.

На вопрос «Готовы ли Вы к предстоящей практической деятельности?» студенты выразили готовность на 5 баллов, что составило 44,5 %, на 4 балла – (55,5%). Опасение у студентов вызвали заполнение документации и адаптация в условиях незнакомого коллектива.

Свою самостоятельность в ходе практических занятий отметили 74,5% студентов, 22,6 % отметили активность только в присутствии преподавателя, и 2,9% заявили об отсутствии интереса к занятиям.

Таким образом, обучение с помощью симуляторов является одним из эффективных методов обучения в развитии практических навыков и формировании профессиональных компетенций студентов младших курсов в медицинском вузе. Правильно организованный методический подход: использование методических разработок алгоритмов практических навыков, видео-банка практических навыков, делают усвоение навыков быстрее понятнее, закладывается автоматизм и правильность исполнения навыка.

Литература

1 Галактионова М.Ю., Моисеенко Д.А., Таптыгина Е.В. От симулятора - к пациенту: современные подходы к формированию у студентов профессиональных навыков // Сибирское медицинское обозрение.- 2015. - № 2. - С.108-111.

2 Каушанская Л.В., Ширинг А.В., Корнева А.С. Современный подход к профессиональной подготовке врачей хирургического профиля на базе учебно–симуляционного центра Ростовского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии // Вузовская педагогика: сб. науч. тр. - Красноярск, 2016. - С.381-384.

3 Кострова И.В., Приходько О.Б., Ходус С.В. Роль симуляционно - аттестационного центра в подготовке студентов Амурской государственной медицинской академии // Вузовская педагогика: сб. науч. тр. - Красноярск, 2016. - С.384-386.

4 Муравьев К.А., Ходжаев А.Б., Рой С.В. Симуляционное обучение в медицинском образовании – переломный момент // Фундаментальные исследования. – 2011.– № 10(3). - С. 534-537.

5 Турчина Ж.Е. Оптимизация учебного процесса на клинической кафедре медицинского вуза в связи с переходом на ФГОС ВПО // Медицина и образование в Сибири: сетевое научное издание. – 2013. – С. 130-134.

6 Муравьев К.А., Ходжаян А.Б., Рой С.В. Симуляционное обучение в медицинском образовании – переломный момент // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10(3). – С. 534–537.

7 Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Порошин А.В., Бадрак Е.Ю. Место производственной практики в механизме формирования профессиональных компетенций у студентов стоматологического факультета // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7(1). – С. 24–26.

Түйін

Рысбеков М.М., Анартаева М.Ұ., Абдраимова С.Е.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

**ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА МАМАНДЫҒЫ БОЙЫНША БІЛІМ АЛЫП ЖАТҚАН СТУДЕНТТЕРДЕ
ТӘЖІРИБЕЛІК ДАҒДЫЛАР МЕН КӘСІПТІК ҚҰЗЫРЕТТІЛІКТЕРІН ДАМЫТУДАҒЫ
СИМУЛЯЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫН ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛІЛІГІ.**

Мақалада Жалпы медицина мамандығы бойынша білім алып жатқан студенттерде тәжірибелік дағдылар мен кәсіптік құзыреттіліктерін дамытудағы симуляциялық технологияларын қолдану нәтижелілігі көрсетілген.

Кілт сөздер: симуляциялық технологиялар, кәсіптік құзыреттілік, жалпы медицина.

Summary

Rysbekov M.M., Anartaeva M.U., Abdraimova S.E.

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent city, Kazakhstan

**THE EFFECTIVENESS OF USING SIMULATION TECHNOLOGIES IN THE DEVELOPMENT OF
PRACTICAL SKILLS AND THE FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCIES IN THE COURSE
OF PRACTICAL TRAINING FOR STUDENTS SPECIALIZING IN GENERAL MEDICINE.**

The article reflects the results of the study and assessment of the effectiveness of simulation technologies in the development of practical skills and the formation of professional competencies in the course of practical training for students of the specialty General Medicine.

Key words: simulation technologies, professional competencies, General Medicine.

Сведения об авторах:

Рысбеков М.М., ректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», д.м.н., профессор, г.Шымкент, Казахстан

Анартаева М.Ұ., проректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», д.м.н., г.Шымкент, Казахстан

Абдраимова С.Е., руководитель отдела АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан, e-mail: s_abdraimova@mail.ru

МРНТИ 76.75.33

Рысбеков М.М., Анартаева М.У., Абдраимова С.Е.
Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье отражены результаты изучения симуляционного обучения на совершенствование практических навыков и профессиональных компетенций специалистов практического здравоохранения.

Ключевые слова: симуляционное обучение, профессиональные компетенции, практическое здравоохранение.

На сегодняшний день существует множество инновационных педагогических технологий. Однако, повышение эффективности обучения медицинских работников остается острой проблемой для отечественных и зарубежных преподавателей [1,2,3].

Именно таким подразделением ЮКМА является Центр практических навыков, в котором симуляционное обучение проходит в специализированных учебных классах, оснащенных современными компьютеризированными тренажерами. Появление симуляционного обучения является необходимым направлением в непрерывной подготовке медицинских кадров [4].

На базе Центра практических навыков ЮКМА для обучения навыкам неотложной помощи внедрен обучающий цикл по оказанию базовой СЛР, который позволил начать более эффективное обучение медицинского работника в условиях симуляционного тренинга с овладения умениями на доклиническом этапе и продолжить совершенствование на всех этапах специалиста, интернатуры, ординатуры и врачей на факультете последипломного образования.

Качественное обучение навыкам неотложной помощи и базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР) является неотъемлемой частью программы медицинских учебных заведений вне зависимости от уровня и направления подготовки специалистов.

В практической деятельности врачи практического здравоохранения нередко встречается с острыми состояниями, требующими проведения неотложной помощи. Угрожающие жизни ситуации по данным ВОЗ возникают у детей в 25 % случаев.

Внезапная сердечная смерть (ВСС) является одной из важнейших нерешенных проблем во всем мире. ВСС уносит из жизни множество активных, трудоспособных людей. По официальной статистике среди всех причин смерти около 10 % занимает ВСС. В развитых странах мира ежегодно внезапно умирает 1 из тысячи взрослого населения страны. В Соединенных Штатах Америки каждую минуту внезапно умирает один человек. Всего происходит 33 000 внезапных смертей в США и 300 000 смертей в России ежегодно. По статистическим данным США, 250 000 случаев ВСС происходят дома, на работе, в местах отдыха и только 80 000 случаев - в лечебных учреждениях [5]. По эпидемиологическим данным выживаемость больных после остановки сердца и дыхания на догоспитальном этапе составляет 510 %, а на госпитальном этапе 15-17 % [6].

Доказано, что высокая смертность является следствием неправильной и несвоевременной экстренной медицинской помощи [7]. Выявлено, что 6,1 % всех смертельных исходов можно было предотвратить, а 80 % врачебных ошибок возникает вследствие отсутствия навыков работы в команде.

Серии экспериментальных и клинических исследований выявили зависимость между выживаемостью пациентов после остановки сердца и качеством оказания сердечно-легочной реанимации [8]. От момента начала и эффективности проведения искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца напрямую зависит исход пациентов. Если сердечно-легочная реанимация начата в первые 8 минут после остановки сердца, то выживаемость может увеличиваться до 20 %, а применение дефибрилляции в сочетании с базисной сердечно-легочной реанимацией в первые 3-5 минут после остановки сердца повышает выживаемость до 75 %. Каждая минута бездействия повышает смертность на 7-10 % [9].

Правильное и своевременное проведение первичных реанимационных мероприятий на ранних этапах острого заболевания или травмы может оказаться важнее, чем все последующее лечение. Любой врач независимо от специализации обязан оказывать первую помощь, в том числе обеспечивать проходимость дыхательных путей, останавливать кровотечения, проводить сердечно-легочную реанимацию [10].

Основной проблемой здравоохранения РК является недостаточная квалификация медицинских кадров [11]. Существующая система подготовки врачей уделяет слабое внимание практическому обучению алгоритмам действий в экстренных ситуациях.

Теоретическое обучение не позволяет подготовить специалиста для работы с острыми состояниями. Только 23 % молодых врачей со стажем 1-5 лет оценили свою подготовку по клиническим дисциплинам как хорошую. Знания большинства обучаемых не соответствуют международным рекомендациям по оказанию неотложной помощи и носит характер «отрывочных».

Симуляция, или клиническое моделирование, является одним из самых эффективных и безопасных методов решения этих проблем.

Очевидными преимуществами симуляционной подготовки с помощью системы клинического моделирования неотложных состояний являются:

- максимальная приближенность к реальным условиям работы врача;
- абсолютная безопасность для здоровья пациента;
- возможность объективной оценки компетентности врача до начала работы с реальными пациентами;
- безопасность процесса обучения для курсантов;
- непрерывное постдипломное образование практических врачей всех специальностей;
- моделирование острых состояний и тактики их лечения;
- возможность анализа результата работы курсанта, что является одним из элементов стимулирования к дальнейшему изучению материала;
- возможность проведения работы над ошибками и повторения клинических сценариев до достижения успешного решения задач;
- планирование учебного процесса независимо от наличия/отсутствия «подходящих» к теме занятия пациентов;
- быстрая и максимальная обратная связь между курсантом и преподавателем.

Доказано, что эффективность реанимационных приемов после прохождения симуляционного обучения со временем снижается.

В связи с вышеизложенным, актуальным является изучение качества сердечно-легочной реанимации врачами скорой медицинской помощи, педиатрами отделения круглосуточной медицинской помощи на дому, участковыми педиатрами, ординаторами, интернами, студентами; разработка симуляционной программы обучения и оценки качества реанимационных навыков.

Литература

1 Мещерякова М.А. Деятельностная теория учения как научная основа повышения качества подготовки специалиста в медицинском вузе // В кн.: Система обеспечения качества подготовки специалистов в медицинском ВУЗе; под ред. проф. П.Г., Ромашева. – Спб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2004. – С. 13–15.

2 Михальченко Д.В., Севбитов А.В. Развитие симуляционного обучения в России // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2015. – № 2(46). – С. 83–85.

3 Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Порошин А.В. Роль симуляционного обучения в системе подготовки врача-стоматолога на примере фантомного центра Волгоградского медицинского университета // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3–1. – С. 126–128.

4 Севбитов А.В., Михальченко Д.В., Скатова Е.А., Михальченко А.В. Концепция симуляционного обучения на базе фантомных центров освоения практических навыков стоматологических факультетов // Маэстро стоматологии. – 2015. – № 2. – С. 102–103.

5 Иркин О.И. Внезапная сердечная смерть: догоспитальный этап помощи // Медицина неотложных состояний – 2006. - № 4(5) - С. 37-41.

6 Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Как мы лечим больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в реальной клинической практике // Тер. Архив. - 2003. - № 8(5) – С. 11-15.

7 Протокол проведения сердечно-легочной и церебральной реанимации по рекомендациям Американского общества кардиологов (АНА), American Heart Association, 2010.

8 Benjamin S. Abella, Jason P. Alvarado, Helge Myklebust, Dana P. Edelson, Anne Barry, Nicholas O’Hearn, Terry L. Vanden Hoek, Lance B. Becker. International Liaison Committee on Resuscitation // JAMA. – 2005. - Vol 293, № 3. - P. 305-310.

9 Баландина И.А., Рудин В.В., Кабирова Ю.А., Николенко А.В. Непрерывность и преемственность в обучении навыкам базовой сердечно-легочной реанимации на этапах вузовского и последипломного

образования в условиях симуляционного центра – 2016 // РОСМЕДОБР-2016: Инновационные обучающие технологии в медицине: матер. VII междунар. конф. – 2016. – С.25-29.

10 Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012–2020 годы. zakon.kz. 16.04.2012.

11 Пыщева Л.В., Угнич К.А., Щукин Ю.В, Соловьев В.Ю. Анализ симуляционного обучения студентов навыкам сердечно-легочной реанимации на манекене-имитаторе пациента // Виртуальные технологии в медицине. – 2016. - № 2(16). - С. 61-62.

Түйін

Рысбеков М.М., Анартаева М.Ұ., Абдраимова С.Е.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

ТӘЖІРИБЕЛІК ДЕНСАУЛЫҚ САЛАСЫ МАМАНДАРЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕЛІК DAҒДЫЛАР МЕН КӘСІПТІК ҚҰЗЫРЕТТІЛІКТЕРІН ОДАН АРЫ ДАМУЫНДА СИМУЛЯЦИЯЛЫҚ ОҚЫТУДЫҢ МҮМКІНДІГІ

Мақалада тәжірибелік денсаулық саласы мамандарының тәжірибелік дағдылар мен кәсіптік құзыреттіліктерін дамытуындағы симуляциялық оқытудың мүмкіндігі көрсетілген.

Кілт сөздер: симуляциялық оқыту, кәсіптік құзыреттілік, тәжірибелік денсаулық саласы.

Summary

Rysbekov M.M., Anartaeva M.U., Abdraimova S.E.

South Kazakhstan Medical Academy,

Shymkent city, Kazakhstan

SIMULATION TRAINING AS AN OPPORTUNITY TO IMPROVE THE PRACTICAL SKILLS AND PROFESSIONAL COMPETENCES OF PRACTICAL HEALTH CARE SPECIALISTS

The article reflects the results of the study of simulation training to improve practical skills and professional competencies of practical healthcare professionals.

Key words: simulation training, professional competence, practical healthcare.

Сведения об авторах:

Рысбеков М.М., ректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», д.м.н., профессор, г.Шымкент, Казахстан

Анартаева М.Ұ., проректор АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», д.м.н., г.Шымкент, Казахстан

Абдраимова С.Е., руководитель отдела АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г.Шымкент, Казахстан, e-mail: s_abdraimova@mail.ru

СО Д Е Р Ж А Н И Е

| | |
|---|----|
| ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ | |
| Шашкин Ч.С., Новоточина М.В. ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В ЗАРУБЕЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИКАХ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИКИ МЭЙО, США) | 2 |
| Арыбжанов Д.Т., Рысбеков М.М., Анартаева М.У. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ ПЕЧЕНИ НА ЮГЕ КАЗАХСТАНА | 9 |
| Бапаев Ж.Б., Сейдакбаров Д.Д., Рашидова С.А., Оспанова Ш.К. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СТАЦИОНАРЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г.ШЫМКЕНТА, КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ПОВЫШАЮЩИЙ ИМИДЖ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ | 22 |
| Д.Т. Тулепов, С.А.Рашидова, Ш.К. Оспанова, Ж.Б.Бапаев К ВОПРОСУ О ВНЕДРЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ | 27 |
| Искаков Е.С. ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ДОРОЖНОЙ КАРТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ ИНТЕГРИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ И НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ ЗА 2019 ГОД | 31 |
| Ә.С.Садықов, С.А.Рахимбердиев, Н.Ж.Қуанышбаев, С.Ә.Ордабеков ҚАН ҚЫЗМЕТІНДЕГІ САПА МЕНЕДЖМЕНТ ЖҮЙЕСІНІҢ АСПЕКТІЛЕРІ | 35 |
| Ж. Нурманова., И. Тулеев ӘЛЕУМЕТТІК-МЕДИЦИНАЛЫҚ ДАМУ МЕН АЛКОГОЛЬМЕН ЖІТІ УЛАНУДЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ КӨРСЕТКІШТЕРІ (Шымкент қаласы бойынша) | 38 |
| К Л И Н И Ч Е С К А Я М Е Д И Ц И Н А | |
| Матвеева С.Л., Шевченко О.С. МИЛИАРНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА СТЕРОИДОВ У ПАЦИЕНТКИ, СТРАДАЮЩЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ | 43 |
| O.S. Shevchenko, V.P. Kiba, O.O. Pohorielova TUBERCULOSIS: COMORBIDITY WITH PSYCHIATRIC AND PSYCHOLOGICAL DISORDERS | 49 |
| Махамбетова Г.С., Жаркинбекова Н.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭПИЛЕПСИИ С ГЕЛАСТИЧЕСКИМИ ПРИСТУПАМИ ВСЛЕДСТВИЕ ГАМАРТОМЫ ГИПОТАЛАМУСА | 52 |
| Жаркинбекова Н.А., Махамбетова Г.С., Барат Ж., Рустемова Б., Отемисова А., Абдишукирова И. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ Г.ШЫМКЕНТА | 56 |
| Жантеев М.Е., Баймагамбетов А.К., Онгарбаев Е.К., Аманбаев Г., Кемал А. ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КОЖНО-МЫШЕЧНЫМ ЛОСКУТОМ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ | 59 |

| | |
|--|-----|
| Жаксыбергенов А.М., Марат А.А., Қалыбаев Е.Ұ., Умарбеков Ж.А. МУКОВИЦИДОЗБЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ ТЫНЫС АЛУ БҰЗЫЛЫСТАРЫН БАҒАЛАУ ЕРЕКШЕЛІКТЕР | 63 |
| Наржанова А.Ж., Беласарова Ж.Б. АКУШЕРЛІК ҚАН КЕТУ БОЙЫНША ҚАУІП ТОБЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ГЕМОСТАЗ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ЕРЕКШЕЛІКТЕР | 67 |
| Тоганбаева Л.Э., Дәулетбакова М.Ж. ЖОҒАРЫ ҚАУІП ТОБЫНДАҒЫ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ҚАН КЕТУЛЕРДІ БАҒДАРЛАУ | 70 |
| Кауызбай Ж.А., Иванова М.Б., Сейсембеков Т.З., Сейдахметова А.А. ВЛИЯНИЕ СЕЗОННОСТИ НА СМЕРТНОСТЬ ПРИ ЦЕРЕБРО- ВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ГОРОДА ШЫМКЕНТ | 73 |
| Мухамбетов М.А. ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОЦЕССЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАХ | 79 |
| Камшыбаева Н.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ПЛАЗМОЛИФТИНГА» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ПАРОДИУМ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПАРОДОНТА | 82 |
| Утепова А.Я., Жаханова С.Н., Досумбекова З.Н., Налшеков Б.Ж. СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ ГОРОДА ШЫМКЕНТА И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ | 84 |
| Ш.А. Махмудов Г.Н. Досыбаева СИНДРОМ РЕЙНО ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА КАПИЛЛЯРОСКОПИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ БОЛЕЗНЕЙ СУСТАВОВ ГОРОДА ШЫМКЕНТА | 87 |
| ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ | |
| Жаркинбекова Н.А., Махамбетова Г.С., Барат Ж., Рустемова Б., Отемисова А., Абдишукирова И. ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) | 91 |
| СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ | |
| Ш.М. Сейдинов, И.Ж. Турметов, Н.К. Тулежанов, Н.С. Нарходжаев СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ РАЗРЫВА ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ С ГАНГРЕНОЗНЫМ АППЕНДИЦИТОМ, ПЕРИТОНИТОМ У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ | 98 |
| Ш.М. Сейдинов, И.Ж. Турметов, Н.К. Тулежанов, Н.С. Нарходжаев СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ПЕРФОРАЦИИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ | 101 |
| Ш.М. Сейдинов, И.Ж. Турметов, Н.К. Тулежанов, Н.С. Нарходжаев СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ РИХТЕРОВСКОЕ ОСЛОЖНЕННОЕ УЩЕМЛЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У РЕБЕНКА 3 МЕСЯЦЕВ | 104 |
| Ш.М. Сейдинов, И.Ж. Турметов, Н.К. Тулежанов, Н.С. Нарходжаев СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У НОВОРЖДЕННОГО, НА ФОНЕ СЕПСИСА | 106 |
| Рысбеков М.М., Анартаева М.У., Абдраимова С.Е. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАЗВИТИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ И ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ХОДЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ У СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОБЩАЯ МЕДИЦИНА | 108 |
| Рысбеков М.М., Анартаева М.У., Абдраимова С.Е. СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ | 111 |

