

МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ

2015, №1 (74)
январь-март



ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

MEDICINE AND ECOLOGY
2015, №1 (74)
January-March

МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ЭКОЛОГИЯ
2015, №1 (74)
қаңтар - наурыз

Журнал основан в 1996 году

Журнал зарегистрирован
Министерством по инвестициям и
развитию Республики Казахстан
23 февраля 2015 г.
Регистрационный номер 15140-Ж.

Журнал «Медицина и экология»
входит в перечень изданий
Комитета по контролю в сфере
образования и науки МОН РК

Журнал индексируется в КазНБ,
Index Copernicus, eLibrary, SciPeople,
CyberLeninka, Google Scholar, ROAR,
OCLC WorldCat, BASE, OpenDOAR,
RePEc, Соционет

Собственник: РГП на ПХВ
«Карагандинский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан (г. Караганда)

Адрес редакции:
100008, Республика Казахстан,
г. Караганда, ул. Гоголя, 40, к. 101
Тел.: +7 (7212) 51-38-97 (1286)
Сот. тел. 8-701-366-14-74
Факс: +7 (7212) 51-89-31
e-mail: Serbo@kgmu.kz
Сайт журнала:
www.kgmu.kz/ru/contents/list/678

Редакторы: Е. С. Сербо
Т. М. Ермекбаев
Компьютерный набор и верстка:
Г. З. Жакулова

Журнал отпечатан в типографии КГМУ
Адрес: г. Караганда,
ул. Гоголя, 40, к. 226
Тел.: 51-34-79 (128)

Начальник типографии
Г. С. Шахметова

ISSN 2305-6045 (Print)
ISSN 2305-6053 (Online)

Подписной индекс 74609

Тираж 300 экз., объем 12,5 уч. изд. л.,
Лазерная печать. Формат 60x84x1/8
Подписан в печать 30.03.2015

Главный редактор – доктор медицинских наук

А. А. Турмухамбетова

Зам. главного редактора – доктор медицинских наук,
профессор **И. С. Азизов**

Председатель редакционной коллегии – доктор меди-
цинских наук, профессор **Р. С. Досмагамбетова**

Редакционная коллегия

М. Г. Абдрахманова, профессор (Караганда, Казахстан)

К. А. Алиханова, профессор (Караганда, Казахстан)

Р. Х. Бегайдарова, профессор (Караганда, Казахстан)

С. К. Жаугашева, профессор (Караганда, Казахстан)

Н. В. Козаченко, профессор (Караганда, Казахстан)

Д. Б. Кулов, доктор медицинских наук (Караганда,
Казахстан)

Л. Е. Муравлева, профессор (Караганда, Казахстан)

В. Н. Приз, доктор медицинских наук (Караганда,
Казахстан)

В. Б. Сирота, профессор (Караганда, Казахстан)

И. А. Скосарев, профессор (Караганда, Казахстан)

Е. Н. Сраубаев, профессор (Караганда, Казахстан)

С. П. Терехин, профессор (Караганда, Казахстан)

Е. М. Тургунов, профессор (Караганда, Казахстан)

М. М. Туусупбекова, профессор, ответственный секретарь
(Караганда, Казахстан)

Ю. А. Шустеров, профессор (Караганда, Казахстан)

Редакционный совет

И. Г. Березняков, профессор (Харьков, Украина)

В. В. Власов, профессор (Москва, Россия)

А. Г. Курашев, доктор медицинских наук (Караганда,
Казахстан)

С. В. Лохвицкий, профессор (Караганда, Казахстан)

А. Мардофель, профессор (Лодзь, Польша)

Э. И. Мусабаев, профессор (Ташкент, Узбекистан)

К. Ж. Мусулманбеков, профессор (Караганда, Казахстан)

Н. В. Рудаков, профессор (Омск, Россия)

С. Табагари (Тбилиси, Грузия)

М. К. Телеуов, профессор (Кызылорда, Казахстан)

Г. В. Тыминский, профессор (Ганновер, Германия)

Н. Щербак, профессор (Оребро, Швеция)

СОДЕРЖАНИЕ

К 70-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ

Досмагамбетова Р. С., Сайфулина Н. Ф. Вклад казанцев – сотрудников КГМИ в Великую Победу **8**

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Гусев В. Д., Авдил А., Владимирова Е. С., Айдарова Б. Д., Жетписова А. Ж., Сердалина И. А. Трудности диагностики синдрома Жильберта у новорожденных..... **15**

Владимирова Е. С., Айдарова Б. Д., Гусев В. Д., Авдил А., Жетписова А. Ж., Сердалина И. А. Врожденная лобарная эмфизема..... **23**

ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА

Садвакасов Т. М., Джакетаева Ш. Д., Абдрахманов К. Т., Сергалиев Т. С., Кулов Д. Б. Характеристика условий жизни доноров молодого возраста **28**

Садвакасов Т. М., Джакетаева Ш. Д., Абдрахманов К. Т., Сергалиев Т. С., Кулов Д. Б. Современное представление о социально-гигиенических аспектах образа жизни, медицинской активности, состоянии здоровья доноров **31**

Кинятов М. А., Ешмагамбетова А. Б., Калиева Г. Т., Ибрайбеков Ж. Г., Татина Е. С., Турысбекова Ш. Е. Влияние экологических факторов на сперматогенез у мужчин, проживающих в г. Аральске..... **34**

Бегайдарова Р. Х., Насакаева Г. Е., Юхневич-Насонова Е. А., Алшынбекова Г. К., Дюсембаева А. Е. Эпидемиологическая ситуация по лямблиозу в Карагандинской области за 2012-2014 гг. **37**

Омаржанова Б. А., Джакетаева Ш. Д., Сергалиев Т. С. Оценка влияния медико-биологических и социально-гигиенических факторов на формирование неспецифических заболеваний органов дыхания **42**

Садвакасов Т. М., Джакетаева Ш. Д., Жаналина Г. А., Алданова Ж. А., Абдрахманов К. Т., Сергалиев Т. С., Кулов Д. Б. Сравнительная характеристика образа жизни лиц молодого возраста **46**

Талиева Г. Н., Искакова Б. Лабораторный контроль за загрязнением воздушной среды производственных помещений пищевых предприятий..... **48**

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Абушахманова А. Х., Дилдабекова Н. Т., Кудеринова М. К., Асмагамбетова М. Т., Романова А. Р. Проблемы и перспективы фармакотерапии генетических болезней..... **51**

Ческа А., Гюрка Г. А., Азизов И. С. Особенности визуальной диагностики синуситов..... **55**

Алексеева Т. А., Зубков Д. В. Некоторые особенности ведения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки по материалам Областной клинической больницы г. Караганды..... **59**

Березняков В. И. Эффективность ступенчатой терапии у больных с нетяжелой внебольничной пневмонией и сопутствующей хронической сердечной недостаточностью..... **63**

Васильев Д. В., Ертаев О. С., Мергенбаев Ж. К., Малгажинова А. Р., Шакенова Ж. С. Дифференцированный подход в интенсивной терапии коматозных состояний при сахарном диабете..... **72**

МЕДИЦИНСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Сейилханова А. А., Турысбекова Ш. Е., Ыбраймжанова А. К., Дюсенбекова Б. Н., Калиева Г. Т., Тулепбергенова С. А. Использование активных методов обучения в медицинском вузе..... **76**

ОРГАНИЗАЦИЯ И ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Исмурзин А. Е., Сергалиев Т. С., Кульдибаева А. Б., Баязитова М. К.</i> Организация детской психиатрической службы на уровне поликлиники.....	79
<i>Айтжанова А., Ержанкызы А., Джакетаева Ш. Д., Смагулова А. А., Сергалиев Т. С.</i> Медико-экономическое обоснование нормативов расходов на лекарственное обеспечение и питание больных на примере стационаров Карагандинской области.....	81
<i>Ержанкызы А., Сергалиев Т. С.</i> Обеспечение основных целевых функций модели организации лекарственного обеспечения больных в стационаре	84
<i>Омаржанова Б. А., Джакетаева Ш. Д., Сергалиев Т. С.</i> Медико-организационные принципы работы оказания круглогодичной санаторной помощи для детей в Карагандинской области.....	87
<i>Сергалиев Т. С., Смагулова А. А.</i> Основные направления государственной политики и политика в развитых странах в области лекарственного обеспечения населения.....	90
<i>Омаржанова Б. А., Сергалиев Т. С.</i> Организационная модель программы оздоровления сельских школьников с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания	94

МАЗМҰНЫ

ҰЛЫ ЖЕҢІСТІҢ 70 ЖЫЛДЫҒЫНА

Досмағамбетова Р. С., Сайфулина Н. Ф. Қазандық ҚММИ қызметкерлерінің ұлы жеңіске үлесі... **8**

ӘДЕБИЕТ ШОЛУЫ

Гусев В. Д., Авдил А., Владимирова Е. С., Айдарова Б. Д., Жетписова Ә. Ж., Сердалина И. А. Нәрестепердегі Жильберт синдромының диагностикалық қиындығы..... **15**

Владимирова Е. С., Айдарова Б. Д., Гусев В. Д., Авдил А., Жетписова А. Ж., Сердалина И. А. Тума лобарлы эмфизема..... **23**

ЭКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ГИГИЕНА

Садуақасов Т. М., Жакетаева Ш. Д., Абдрахманов К. Т., Серғалиев Т. С., Құлов Д. Б. Жас донорлардың өмір жағдайының сипаттамасы..... **28**

Садуақасов Т. М., Жакетаева Ш. Д., Абдрахманов К. Т., Серғалиев Т. С., Құлов Д. Б. Донорлардың өмір сүру салтының әлеуметтік-гигиеналық қырлары, медициналық белсенділігі мен денсаулық жағдайы туралы қазіргі көзқарастар..... **31**

Кинятов М. А., Ешмағамбетова А. Б., Калиева Г. Т., Ибрайбеков Ж. Г., Татина Е. С., Турысбекова Ш. Е. арал қаласында тұратын ер адамдардың сперматогенезіне экологиялық факторлардың әсері..... **34**

Бегайдарова Р. Х., Насакаева Г. Е., Юхневич-Насонова Е. А., Алшынбекова Г. К., Дюсембаева А. Е. Қарағанды облысында 2012-2014 жылдар аралығында лямблиоз бойынша эпидемиологиялық жағдай..... **37**

Омаржанова Б. А., Жакетаева Ш. Д., Серғалиев Т. С. Тыныс алу органдарының спецификалық емес аурулары пайда болуына медико-биологиялық, әлеуметтік-гигиеналық факторлардың әсерін бағалау..... **42**

Садуақасов Т. М., Жакетаева Ш. Д., Жаналина Г. А., Алданова Ж. А., Абдрахманов К. Т., Серғалиев Т. С., Құлов Д. Б. Жас адамдардың өмір салтының салыстырмалы сипаттамасы **46**

Талиева Г. Н., Искакова Б. Тамақ кәсіпорындарының өндірістік бөлмелері ауасының ластануын лабораториялық бақылау..... **48**

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА

Абушахманова А. Х., Дилдабекова Н. Т., Кудеринова М. К., Асмағамбетова М. Т., Романова А. Р. Генетикалық аурулардың фармакотерапиядағы мәселелері мен болашағы..... **51**

Ческа А., Гюрка Г. А., Азизов И. С. Синуситтердің визуалды диагностикасының ерекшеліктері.... **55**

Алексеева Т. А., Зубков Д. В. Қарағанды қаласының облыстық клиникалық ауруханасының материалдары бойынша жатыр қосалқыларындағы іріңді-қабыну ауруларын емдеудің бірқатар ерекшеліктері медициналық және фармацевтикалық білім беру..... **59**

Березняков В. И. Ауыр емес ауруханадан тыс пневмония мен созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен қосымша науқастардағы сатылы терапияның тиімділігі..... **63**

Васильев Д. В., Ертаев О. С., Мергенбаев Ж. К., Малгажинова А. Р., Шакенова Ж. С. Қант диабеті кезінде коматоздық жағдайларды интенсивті терапиялаудағы дифференциалды ұстаным..... **72**

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ

Сейілханова А. Ә., Тұрысбекова Ш. Е., Ыбрайжанова А. К., Дюсенбекова Б. Н., Қалиева Г. Т., Түлепбергенова С. А. Медициналық оқу орындарында белсенді оқыту әдістерін қолдану..... **76**

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ ҰЙЫМЫ ЖӘНЕ ЭКОНОМИКАСЫ

<i>Исмурзин А. Е., Күлдібаева А. Б., Серғалиев Т. С., Баязитова М. К.</i> Емхана деңгейінде балалардың психиатриялық қызметін ұйымдастыру.....	79
<i>Айтжанова А., Ержанқызы А., Жакетаева Ш. Д., Серғалиев Т. С.</i> Қарағанды облысының стационарлары мысалында науқастарды дәрілермен және тамақпен қамтамасыз ету шығыстары нормативтерінің медико-экономикалық негіздемесі.....	81
<i>Ержанқызы А., Серғалиев Т. С.</i> Науқастарды стационарда дәрілермен қамтамасыз етуді ұйымдастыру үлгісінің негізгі мақсатты функцияларын қамтамасыз ету.....	84
<i>Омаржанова Б. А., Жакетаева Ш. Д., Серғалиев Т. С.</i> Қарағанды облысының балалары үшін жыл бойғы санаториялық көмек көрсету жұмысының медико-ұйымдастырушылық ұстанымдары	87
<i>Серғалиев Т. С., Смагулова А. А.</i> Халықты дәрілік қамтамасыз ету саласындағы негізгі мемлекеттік және дамыған елдердегі саясаттағы бағыттар.....	90
<i>Омаржанова Б. А., Серғалиев Т. С.</i> Тыныс алу органдарының созылмалы спецификалық емес ауруларымен ауыл оқушыларын сауықтыру бағдарламасының ұйымдастырушылық үлгісі.....	94

CONTENTS

FOR THE 70th ANNIVERSARY OF GREAT VICTORY

<i>Dosmagambetova R. S., Saifulina N. F.</i> The contribution of Kazan residents – KSMI employees to the Great Victory.....	8
---	----------

LITERATURE REVIEWS

<i>Gussev V. D., Avdil A., Vladimirova Ye. S., Aidarova B. D., Zhetpisova A. Zh., Serdalina I. A.</i> Difficulties of Gilbert's syndrome diagnostic in newborns.....	15
<i>Vladimirova Ye. S., Aidarova B. D., Gussev V. D., Avdil A., Zhetpisova A. Z., Serdalina I. A.</i> Congenital lobar emphysema.....	23

ECOLOGY AND HYGIENE

<i>Sadvakassov T. M., Dzhaketaeva Sh. D., Abdrakhmanov K. T., Sergaliev T. S., Kulov D. B.</i> Characteristics of the living of young donor.....	28
<i>Sadvakassov T. M., Dzhaketaeva S. D., Abdrakhmanov K. T., Sergaliev T. S., Kulov D. B.</i> Modern notions about social and hygienic aspects of lifestyle, medical activity and health of the donors	31
<i>Kinayatov M. A., Yeshmagambetova A. B., Kaliyeva G. T., Ibraibekov B. Zh., Tatina Ye. S., Turysbekova Sh. Ye.</i> Influence of ecological factors of spermatogenesis in men living in Aral city.....	34
<i>Begaydarova R. Kh., Nasakayeva G. Ye., Yukhnevich Ye. A., Alshynbekova G. K., Dusembayeva A. Ye.</i> Epidemiological situation of giardiasis in Karaganda region for 2012-2014.....	37
<i>Omarzhanova B. A., Dzhaketaeva S. D., Sergaliev T. S.</i> Impact assessment of biomedical and sociohygienic factors on the formation of non-specific respiratory diseases.....	42
<i>Sadvakassov T. M., Dzhaketaeva S. D., Zhanalina G. A., Aldanova J. A., Abdrakhmanov K. T., Sergaliev T. S., Kulov D. B.</i> Comparative characteristics of young people lifestyle.....	46
<i>Talieva G. N., Iskakova B.</i> Laboratory monitoring of air pollution of food processors industrial premises.....	48

CLINICAL MEDICINE

<i>Abushakhmanova A. Kh., Dildabekova N. T., Kuderinova M. K., Asmagambetova M. T., Romanova A. R.</i> Problems and prospects of pharmacotherapy of genetic diseases.....	51
<i>Cheșcă A., Gyurka G.A., Azizov I. S.</i> Imaging aspects of sinusitis.....	55
<i>Alekseeva T. A., Zubkov D. V.</i> Some peculiarities of pyoinflammatory diseases of uterine appendages management on materials of the regional clinical hospital of Karaganda.....	59
<i>Bereznyakov V. I.</i> An effectiveness of step-down therapy in patients with non-severe community-acquired pneumonia and congestive heart failure.....	63
<i>Vasilev D. V., Yertayev O. S., Mergenbaev J. C., Malgazhinova A. R., Shakenova J. C.</i> Differentiated approach in intensive care of comatose condition in diabetes.....	72

MEDICAL AND PHARMACEUTICAL EDUCATION

<i>Seiilkhanova A. A., Turysbekova Sh. Ye., Ybraimzhanova A. K., Dyusenbekova B. N., Kaliyeva G. T., Tulepbergenova S. A.</i> Active learning in medical school.....	76
--	-----------

ORGANIZATION AND ECONOMICS OF HEALTH

<i>Ismurzin A. E., Kuldibaeva A. B., Sergaliev T. S., Bayazitova M. K.</i> Organization of children's mental health polyclinic services.....	79
--	-----------

<i>Aitzhanova A., Erzhankeyzy A., Dzhaketaeva Sh. D., Sergaliev T. S.</i> Medical and economic justification of standard cost of medicines provision and nutrition of patients on the example of the hospital of Karaganda region.....	81
<i>Erzhankeyzy A., Sergaliev T. S.</i> Maintenance of primary function of the pharmaceutical benefits organization model of the patient in an inpatient hospital.....	84
<i>Omarzhanova B. A., Dzhaketaeva S. D., Sergaliev T. S.</i> Medical and organizational principles of year-round sanatory administration for children in the Karaganda region.....	87
<i>Sergaliyev T. S., Smagulova A. A.</i> The main directions of the state policy and the policy of developed countries in the medicines provision for population.....	90
<i>Omarzhanova A. A., Sergaliev T. S.</i> Organizational model of the health improvement program of rural students with chronic nonspecific respiratory diseases	94



Р. С. Досмагамбетова, Н. Ф. Сайфулина

ВКЛАД КАЗАНЦЕВ – СОТРУДНИКОВ КГМИ В ВЕЛИКУЮ ПОБЕДУ

Карагандинский государственный медицинский университет

Жизнь многих сотрудников КГМИ – пример служения Родине. Среди преподавателей, приехавших из Казани в год основания вуза, были те, кто в Великую Отечественную войну храбро сражался на поле боя, готовил самолеты к полету, трудился в госпиталях...



Среди тех, кто внёс вклад во всемирно-историческую Победу над фашистской Германией в Великую Отечественную войну, был врач Валериан Александрович Лавров. Он прослужил в рядах Красной Армии с июня 1941 по март 1946 г. В военные годы был начальником второго отделения хирургического полевого подвижного госпиталя 1-й линии, начальником челюстно-лицевой группы отдельной роты медицинского усиления (ОРМУ), армейским стоматологом. Его последняя фронтовая должность – начальник челюстно-лицевого отделения гарнизонного госпиталя. На полях сражений Юго-Западного, Сталинградского, Степно-Воронежского, 1-го Украинского, 2-го и 3-го Белорусских, 1-го Прибалтийского фронтов, в госпиталях он делал сложнейшие операции по удалению пуль и осколков из шеи, трепанации черепа под артиллерийским обстрелом и бомбёжками, сутками не выходя из госпиталя. Ему приходилось оперировать, рискуя жизнью.

Высокую оценку героическому труду медицинских работников дал Маршал Советского Союза К. К. Рокоссовский: *«Поистине наши медики были тружениками-героями. Они делали всё, чтобы скорее поставить раненых на ноги, дать им возможность снова вернуться в строй. Низжайший поклон им за заботу и доброту».*

С войсками Красной Армии майор медицинской службы, челюстно-лицевой хирург В. А. Лавров прошагал по дорогам Польши, Румынии, Восточной Пруссии и Германии. Выбрав самую мирную профессию на земле, начал свой врачебный путь с оказания медицинской помощи раненым бойцам.

Путь в медицину у Валериана Александровича был непрост. Он родился в 1906 г. в селе Доскино Богородского района Горьковской области в семье служителя религиозного культа. Получив среднее образование, окончил меховой техникум. С 1929 по 1936 г. работал на Казанской меховой фабрике химиком-колористом, диспетчером, заведующим ОТК. Но мечта детства привела тридцатилетнего В. А. Лаврова в Казанский стоматологический институт. Он поступил в институт в 1936 г., в год его основания, и стал одним из 78 студентов первого набора.

Летом 1940 г., сдав последние экзамены, получив диплом врача, не дав себе ни дня передышки, погрузился в науку, поступил в аспирантуру по хирургической стоматологии. Проучился только год, началась война. Он прошел войну «от звонка до звонка» хирургом. Работа у операционного стола под артиллерийским обстрелом и непрекращающимися налетами фашистской авиации по 18 ч в сутки, десятки тысяч спасенных раненых – это ли не проявление высокой воинской доблести?

Родина высоко оценила его заслуги. В. А. Лавров был награжден орденом Красной Звезды, медалями «За оборону Сталинграда», «За освобождение Киева», «За взятие Кенигсберга», «За Победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.».

В мирное время вернулся в Казань, в институт на кафедру хирургической стоматологии и начал учить будущих стоматологов хирургии.

В 1950 г. В. А. Лавров стал у истоков Карагандинского государственного медицинского института. Должность, на которую он был назначен, не имела никакого отношения к

хирургии. Поскольку вуз делал первые шаги, нужны были преподаватели для теоретических кафедр. Валериан Александрович в июле 1950 г. был принят на кафедру основ марксизма-ленинизма и только с осени 1953 г. стал учить студентов хирургии. Работая на кафедре госпитальной хирургии, В. А. Лавров с первых дней возглавил курс хирургической стоматологии и оставался заведующим до 1979 г.

В мае 1964 г. на заседании Совета Первого Ленинградского медицинского института им. академика И. П. Павлова защитил кандидатскую диссертацию «Лечение одонтогенных остеомиелитов челюсти». В 1966 г. получил учёное звание доцента.

Отличник здравоохранения, талантливый хирург, эрудированный преподаватель, спокойный и добрый В. А. Лавров пользовался огромным уважением у жителей Караганды, у коллег и студентов. Жизненный полет Валериана Александровича был прерван 3 августа 1982 года. Всю свою жизнь военный хирург Валериан Александрович Лавров, внёсший огромный вклад в Победу над фашизмом, лечил больных, учил студентов КГМИ искусству врачевания. До последнего вздоха он служил своему народу и самой благородной профессии на земле – профессии врача.



Старшая операционная сестра челюстно-лицевого госпиталя, основатель кафедры терапевтической стоматологии Вера Степановна Лаврова родилась 30 сентября 1925 года в г. Старобельске Ворошиловградской области в семье учителя. После окончания школы она решила поступать в Одесский медицинский институт.

«...В институт она не поступила, не успела. Стала сандружинницей, пошла на курсы медсестёр. Одессу тогда отстоять не удалось. Веру переправили морем в Крым, приписали в полк, оборонявший г. Керчь. Там она впервые встретилась со смертью. Почти 70 солдат спасла санинструктор лишь за две недели на передовой. Спасла бы наверняка и больше, если б не досадное ранение. Вере пришлось покинуть родной полк, полк, которого вскоре не стало...».

«...После госпиталя Вера попала на фронт уже как медсестра. Полк прошёл часть Украины. Было очень много раненых, которым могли помочь только медики ежедневным, изнурительным, ни с чем не сравнимым трудом в перевязочных и операционных. В семнадцать лет Вера стала участницей Сталинградской эпопеи. Дымилась от осколков снарядов даже вода, через Волгу на маленьком катере переплавляли раненых с передовой. А катер бомбили и бомбили».

«...Для врачей и медицинских сестёр почти не существовало такого понятия, как отдых. Сутками они простаивали у операционного стола. Делали порой невозможное, а после работы буквально валились с ног. А Вера находила ещё силы играть на аккордеоне, петь для раненых».

«...Наш медсанбат был рассчитан на 200 человек, – рассказывает Вера Степановна, – а ежедневно поступало гораздо больше раненых. И раны были всё очень сложные. Четыре раза мы были под угрозой окружения» [1].

В госпиталях формировались специализированные группы. И Вера стала старшей операционной сестрой челюстно-лицевого отделения. Она прошла на войне путь от сандружинницы до старшей операционной сестры челюстно-лицевого отделения госпиталя. В апреле 1944 г. ей было присвоено звание младшего лейтенанта медицинской службы. В составе пятой танковой армии Вера Степановна участвовала в освобождении почти всех городов-героев СССР, Румынии, Польши, Германии.

На войне она встретила человека, которого полюбила всем сердцем. Валериан Александрович Лавров не мог не обратить внимания на сестру милосердия, которая сутками стояла у операционного стола, а ещё была очень красивой и весёлой. Он предложил ей руку и сердце, она дала согласие. Супруги прошли часть войны вместе, в марте 1946 г. демобилизовались. Ей было всего 20 лет.

По наградам Веры Лавровой можно не только удивляться её мужеству и героизму, но и проследить географию войны – орден Отечественной войны I степени, орден Красной звезды



за Курскую дугу, медали «За отвагу», «За оборону Сталинграда», «За оборону Одессы», «За освобождение Киева», «За боевые заслуги», «За освобождение Варшавы», «За взятие Кёнигсберга», «За Победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.».

В детстве она мечтала стать врачом. Война только укрепила её желание. В 1946 г. поступила в Казанский государственный стоматологический институт. Решением Государственной экзаменационной комиссии 30 июня 1948 г. ей была присвоена квалификация врача-стоматолога, 30 декабря 1948 г. была зачислена клиническим ординатором на кафедру терапевтической стоматологии Казанского стоматологического института, а 1 июля 1950 года была отчислена в связи с переводом на работу в Казахскую ССР. Ей было 25 лет, когда она приехала в Караганду. С сентября 1950 г. была зачислена на должность старшего лаборанта кафедры гистологии, а в сентябре 1952 г. была переведена на должность ассистента. Но Вера Степановна хотела работать в клинике. Её мечта сбылась в феврале 1958 г., когда стала ассистентом кафедры госпитальной хирургии. В 1966 г. В. С. Лаврова успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Материалы к регенерации тканей при различных методах наложения швов». В 1977 г. была избрана доцентом кафедры госпитальной хирургии.

В 1978 г. в КГМИ был открыт стоматологический факультет. Вера Степановна стала организатором кафедры терапевтической стоматологии и руководила ею до 1986 г. А в июне 1986 г. стала доцентом кафедры хирургической стоматологии, организованной ее мужем В. А. Лавровым.

Она исполняла обязанности заведующей кафедрой хирургической стоматологии с 1988 по 1990 г., была заведующей кафедрой с 1993 по 1995 г. С 1 июля 1997 г. кафедра стала именоваться кафедрой хирургической стоматологии с курсом стоматологии детского возраста, и она продолжала на ней трудиться.

Все годы работы в вузе, а это 47 лет, Вера Степановна сочетала лечебную, научно-педагогическую деятельность с активной общественной. Опубликовала более 70 научных трудов по стоматологии. Её труд был оценен в Казахстане медалями «За трудовую доблесть», «За доблестный труд», нагрудными значками «Отличник высшей школы» и «Отличник здравоохранения».

Вера Степановна ушла в вечность 3 октября 1997 г.

Отрывок из статьи заведующей кафедрой пропедевтики детских болезней, профессора Аллы Исааковны Баркан в газете «Медик» – дань памяти этой великой женщине [2].

«Я смотрю на хрупкую женщину, собирающуюся на встречу с ветеранами войны, слушаю её взволнованную, искреннюю речь, удивляюсь сохранившейся в ней беззащитности и чистоте, неумению бороться с ссадинами и царапинами нашей мирной жизни. Неужели можно было пережить кошмар кровавых будней и оставаться такой чистой и ранимой?!

Она надевает выходной костюм и пристегивает медленно медали, на которых запёкшаяся кровь... капли крови раненых бойцов. Эта кровь не выцвела от времени и не выцветет, наверное, никогда. Эти капли – кровотокающая память тех суровых дней. И носительница памяти – она, женщина, мечтающая, чтобы на земле исчезли войны, и навечно утвердился мир».



Авиационный военный техник, заведующий кафедрой физики КГМИ Анвар Хамидович Миндубаев родился 23 февраля 1921 года в селе Янгильдино Чувашской АССР в рабочей семье. В 1940 году окончил среднюю школу с золотой медалью. Ещё десятиклассником он готовился стать военным. В сороковом году, когда в Европе свирепствовал фашизм, страна чувствовала, что ей предстоит бой с этой тёмной силой. Юноши буквально рвались в военные училища.

В эти годы в стране был призыв ЦК ВЛКСМ: «Комсомольцы – на самолёт!». Об авиации, как и многие его сверстники, мечтал и Анвар. Окончив школу, он отправился в Ленинград – поступать в авиационное

училище им. маршала К. Е. Ворошилова. Прекрасно успевающий в школе по точным дисциплинам, Анвар готовился стать авиационным техником.

И вот война. Курс выпустили раньше. Ему надо было приобретать качества, необходимые военному авиационному технику. Это слово «надо» было тогда и приказом командира, и приказом самому себе. «Надо!», – сказал он себе и стал день и ночь возиться с самолётами, готовить их к полёту. От авиационного техника на войне зависела жизнь лётчика. Любая халатность при подготовке самолёта к полёту могла привести к аварийной ситуации. Если он чувствовал, что чего-то не знает, упорно учился, добиваясь цели. Однажды ему пришлось два месяца по болтикам и винтикам разбирать самолёт и собирать его заново.

Когда Анвар Хамидович пришёл в полк из училища в начале войны, то менял свечи в моторе самолёта за день, а к концу службы выполнял эту операцию за 20 минут. Достиг идеального для военного техника показателя – 100-часового безаварийного вылета самолёта, за что трижды был награждён командованием. Он достиг филигранной отточенности мастерства, чувствовал душу самолёта, знал его в совершенстве, как говорится «от винтика до винтика».

Как-то ночью на замаскированном аэродроме загорелся самолёт. Необходимо было быстро ликвидировать пожар, чтобы немцы не обнаружили аэродром и, конечно, из-за взрывоопасной обстановки. Анвар Хамидович и ещё двое молодых авиатехников стали тушить огонь. Понимали, что если будут использовать песок, то выведут боевой самолёт из строя. Стали стягивать с соседних самолётов чехлы. Потушили пожар, а потом сами удивлялись правильному решению.

Всю войну он прошёл вначале в звании сержанта, а потом старшины. Пришёл в полк простым авиатехником. Прошло немного времени и его, как наиболее отличившегося, назначили техником звена. Был такой момент, когда надо было заменить инженера полка, и он исполнял его обязанности.

Война окончилась, и Анвар, демобилизовавшись, в 1946 г. поступил на физико-математический факультет Казанского университета. Любовь к авиации он передал единственному родному племяннику – Герою Казахстана и России, генералу-лейтенанту авиации, лётчику-космонавту Талгату Мусабаеву, который трижды покорял космос.

После окончания университета он приехал в 1951 г. в Караганду, где в КГМИ на кафедре анатомии работала Г. Г. Шамсеева, его супруга. А. Х. Миндубаев преподавал физику и математику старшеклассникам в средней школе №1 (ныне гимназия №1), был почасовиком в медицинском институте. С 1952 г. работал ассистентом, а в 1957 г. стал заведующим кафедрой физики в КГМИ.

В апреле 1967 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Биоэлектрическая активность и электропроводность мозговой ткани при различных функциональных состояниях ЦНС», в октябре этого же года получил диплом кандидата биологических наук.

Анвар Хамидович заведовал кафедрой физики 26 лет. Его отличали высокий профессионализм и талант организатора, неподкупная честность и принципиальность, жизнелюбие и доброжелательность. За свою трудовую жизнь он был награждён медалью «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина», медалями «30, 40, 50 лет Победы в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.». За вклад в подготовку врачебных кадров был отмечен нагрудными значками «Отличник высшей школы» и «Отличник здравоохранения». В июне 1989 г. он ушёл на заслуженный отдых. Анвар Хамидович принимал активное участие во встречах с выпускниками КГМИ, присутствовал на торжественных мероприятиях, был частым гостем в университете. Оптимизм, скромность и мягкий юмор собирали вокруг него как ветеранов вуза, так и молодёжь. На встречах со студентами, посвящённых Великой Победе, говорил: *«На войне каждый должен быть внутренне готов к испытаниям, к подвигу. Человек, который закаляет ежедневно свой дух, волю, а не только тело, в трудный момент не растеряется»*. Смелым и решительным Анвар Хамидович остался в наших сердцах, остался навсегда, уйдя в вечность на 90-м году жизни.



К 70-летию Великой Победы



Командир взвода разведки, первый заведующий кафедрой физического воспитания КГМИ Игорь Петрович Шевелёв родился 12 марта 1922 года в трудолюбивой и дружной семье. Окончив школу, он поступил в авиационное училище при Казанском авиационном заводе. Но не успел его окончить – началась Великая Отечественная война. Семнадцатилетним юношей (по документам ему было 19 лет) пошёл защищать Родину. Война для молодого бойца началась в октябре 1941 года на Калининском фронте.

Он принял участие в сражении на знаменитой Курской дуге, которая летом 1943 года стала ареной грандиозного сражения. Центральный фронт К. К. Рокоссовского, Воронежский фронт Н. В. Ватутина, а за их спиной к наступлению готовился Степной фронт И. С. Конева, насчитывающий 580 тысяч человек, и среди них командир отделения Игорь Шевелёв.

Курская земля – это безбрежные поля, перелески, лощины, поросшие кустарником холмы, неглубокие речки, так называемая «луговая степь». Тысячи снарядов и бомб, как обломки молний, зарывались в землю, круша всё живое, испепеляя поля, сады и тихие перелески Курщины.

Сражение под Прохоровкой, на южном фланге Курской дуги, около старинного русского поселения – эта своеобразная «рукопашная» схватка двух армий, где окончательно было завершено продвижение немецких войск. Далее враг не мог продвигаться вперёд. Игорь Петрович, как и все солдаты, забыл про усталость. Была только одна мысль – вперёд! Вместе они освобождали города и сёла, рвались к Днепру и Киеву, чтобы спасти жителей оккупированных районов от уничтожения и угона в рабство.

Свою лепту в уничтожение Корсуно-Шевченковской группировки десяти фашистских дивизий в январе 1944 года внёс командир отделения разведки Игорь Шевелёв, вернувшийся из госпиталя. В одном из наступлений, выполняя боевое задание, был ранен в левое плечо. За смелость и решительные действия был награждён орденом Красной Звезды.

В составе советских войск воевал в Польше, участвовал в ликвидации Сандомирского плацдарма. Во время переправы через реку, которая проходила под жесточайшим артиллерийским и пулемётным огнём, вынес на руках раненого командира полка. Был контужен в одном из сражений в последний год войны. В марте 1945 г. в составе полка 1-го Украинского фронта под командованием маршала И.С. Конева дошёл до Германии.

И. П. Шевелёва как отличившегося в боях с немецкими захватчиками в апреле 1945 года приняли в ряды Коммунистической партии. 25 апреля 1945 года он участвовал во встрече советских солдат с войсками 1-й армии США на Эльбе. Враг оборонялся отчаянно, но проиграл. Советская страна с ликованием встретила окончание войны. Она чествовала своих героев. Наградой за четырёхлетнюю кровавую схватку одному из своих сынов, отстоявшему свободу и независимость Родины, было вручение ордена Отечественной войны II степени, 9 медалей, из них особенно дорогих Игорю Петровичу – «За боевые заслуги», «За освобождение Праги», «За Победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.».

Командир взвода разведки 3-го Гвардейского Белоцерковского артиллерийского полка резерва Главного командования И. П. Шевелёв, освобождавший Чехословакию, был демобилизован и вернулся из Праги в октябре 1945 г.

Игорь Петрович стал преподавать физическое воспитание и военную подготовку в средней школе №7 г. Казани. В 1947 году его перевели на кафедру физического воспитания в Казанский институт глухонемых, где он работал старшим преподавателем. В 1947 году поступил в Казанский педагогический институт на заочное отделение факультета физического воспитания, но не успел его окончить. В июле 1950 года ГУМУЗом Министерства здравоохранения СССР был переведен в Карагандинский медицинский институт на должность старшего преподавателя кафедры физического воспитания.

Игорь Петрович, имея преподавательский стаж в области физического воспитания молодёжи, патриотический и героический опыт служения делу, стал у истоков кафедры физического воспитания КГМИ. Он был заведующим кафедрой с ноября 1950 по апрель 1952 г. Он хотел учиться, в 1951 году И. П. Шевелёв стал студентом КГМИ. Занимался с огромным желанием и усердием. Завершив учёбу, получив диплом врача в 1957 году, стал работать ассистентом на кафедре физического воспитания и лечебной физкультуры КГМИ.

В Центральном институте курортологии и физиотерапии Министерства здравоохранения СССР в июне 1963 г. И. П. Шевелёв защитил кандидатскую диссертацию на тему «Физические упражнения в лечении и профилактике пневмокониоза у шахтёров». В ноябре 1965 года был избран по конкурсу заведующим кафедрой гигиены и медицинской подготовки в Карагандинском педагогическом институте. До 1983 г. Игорь Петрович – начальник кафедры гражданской обороны и медицинской подготовки Карагандинского государственного университета им. Е. А. Букетова. Он трудился до ухода на заслуженный отдых доцентом курса медицинской подготовки университета.

Каждодневная плодотворная работа врача, педагога, учёного И. П. Шевелёва отмечена медалями «За доблестный труд» и «Ветеран труда». Был дважды награждён почётным знаком «Отличник гражданской обороны СССР», почётным знаком ДОСААФ СССР, Почётной грамотой Министерства образования и ЦК профсоюза Казахстана.

Жизнь участника Великой Отечественной войны Игоря Петровича Шевелёва оборвалась 12 января 2004 года. Человек, подаривший мир живущим на планете, вернувшийся в родной дом в октябре 1945 года из Чехословакии, прожил красивую и счастливую жизнь. Игорь Петрович, равнодушный к судьбам людей, сполна отдал свой гражданский и профессиональный долг. Он продолжает жить в памяти всех, кто его знал и любил, в памяти коллег, учеников, дочери, внуков и правнуков.



Командир взвода противотанковых ружей, доцент кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Юрий Георгиевич Ямсков родился 3 февраля 1924 г. в г. Балакове Саратовской области в семье крестьянина. Его детство, детство трёх сестёр и брата прошло на берегу Волги. Вихрем промчалась юность – и вот долгожданное 21 июня 1941 г. – выпускной школьный бал. По старой традиции в этот день они садились на паром и отправлялись вниз по Волге в город Горький навстречу своей взрослой жизни. В этот раз не древний город ждал выпускников: водоворот событий, охваченный пламенем войны, в один миг всё изменил.

В армию его, семнадцатилетнего, не взяли. Он поступил в Московский речной техникум. Но не лежала его душа к морскому делу. В августе 1942 года он вернулся домой, откуда в сентябре ушёл добровольцем в Красную Армию. Его направили на учёбу в Саратовскую школу артиллерийской инструментальной разведки, где он учился на командира взвода.

Командир взвода противотанковых ружей 369-й стрелковой дивизии 2-го Белорусского фронта Юрий Ямсков участвовал в сражениях за освобождение городов Минска и Белостока. За отличные боевые действия по освобождению от немецко-фашистских захватчиков города Чаусы приказом Верховного Главнокомандующего И. В. Сталина 25 июня 1944 года и города Могилёва приказом 28 июня 1944 года ему была объявлена благодарность. Победу встретил в Сызрани, куда был направлен в декабре 1944 года для дальнейшего обучения.

На землю вернулся мир. Но демобилизовался Юрий Георгиевич в марте 1947 года, окончив танковое училище. За боевые заслуги был награждён орденом Красной Звезды и медалью «За Победу в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.».

В 1949 г. Юрий Георгиевич окончил Саратовскую зубоветеринарную школу и поступил в Казанский стоматологический институт. А дальше судьба привела его в Караганду, где он



К 70-летию Великой Победы

продолжил учёбу на лечебном факультете КГМИ. С первых дней образования института он принимал активное участие в жизни вуза: 5 лет был председателем студенческого профкома.

В 1955 г. Ю. Г. Ямсков окончил КГМИ. Это был незабываемый первый выпуск врачей в молодом вузе. С красным дипломом врача по специальности «Лечебное дело» он стал ассистентом кафедры организации здравоохранения. С этого момента началось его движение на трудном пути жизненного успеха. В декабре 1974 г. Юрий Георгиевич защитил кандидатскую диссертацию «Причины первичной инвалидности шахтёров Карагандинского угольного бассейна и обоснование мероприятий по её профилактике». В апреле 1978 года ему было присвоено учёное звание доцента.

Участник Великой Отечественной войны Ю. Г. Ямсков был награждён медалями к «20, 25, 30, 40-летию Победы в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.», медалью «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения В.И. Ленина», юбилейными медалями «50, 60 лет Вооружённых Сил СССР», медалью «Ветеран труда» и нагрудным значком «Отличник здравоохранения».

В 1990 г. Юрий Георгиевич ушёл на заслуженный отдых. В 1994 году, отметив своё 70-летие в Караганде среди родных, друзей и коллег, переехал в г. Балаково. Здесь на берегу Волги он часто вспоминал свою молодость, военные годы и мирные дни в Казахстане, годы работы в КГМИ.

В один из летних дней 1999 года сердце участника Великой Отечественной войны Юрия Георгиевича, перенесшее не один инфаркт миокарда, перестало биться. Каждый год 9 мая к месту его последнего пристанища приходят дети и внуки, чтобы поблагодарить отца и деда за Победу, голубое небо и мир в их домах и в любимой стране.

Для преподавателей КГМИ, которые в далекие пятидесятые годы стояли у истоков вуза, День Победы был самым главным праздником. В мирное время они самоотверженно трудились за себя и погибших товарищей, за тех, кто не дожил до 9 мая 1945 года.

На прекрасных образцах их героизма в военное и мирное время молодое поколение может сформироваться как личность, дерзать, познавать и трудиться, определив свой путь служения Родине и делу.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Баркан А. И. Мы за ценой не постоим //Индустриальная Караганда. – 1985. – 26 марта. – С. 3.
- 2 Баркан А. И. Сестра милосердия //Медик. – 1985. – 10 октября. – С. 2.
- 3 Карагандинский государственный медицинский университет /Под общ. ред. М. К. Телеуова. – Караганда, 2010. – 268 с.
- 4 Кулмагамбетов И. Р. Карагандинская государственная медицинская академия: страницы истории /И. Р. Кулмагамбетов, К. А. Алиханова. – Караганда, 2005. – 644 с.
- 5 Поспелов П. М. Карагандинский государственный медицинский институт /П. М. Поспелов, В. А. Брейдо. – Алма-Ата: «Казахстан», 1973. – 84 с.
- 6 Сайфулина Н. Ф. Они были первыми //Индустриальная Караганда. – 2003. – 15 ноября. – С. 2.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.36-008.5-053.31-07

В. Д. Гусев, А. Авдил, Е. С. Владимирова, Б. Д. Айдарова, А. Ж. Жетписова, И. А. Сердалина

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра педиатрии и детской хирургии ФНПР Карагандинского государственного медицинского университета

Синдром Жильберта – пигментный гепатоз, который характеризуется умеренным интермиттирующим повышением содержания непрямого билирубина в крови вследствие нарушения внутриклеточного транспорта билирубина в гепатоцитах к месту его соединения с глюкуроновой кислотой и аутосомно-доминантным типом наследования. Эта доброкачественная, но хронически протекающая болезнь. Синдром Жильберта в Республике Казахстан выявляется крайне редко, особенно у новорожденных. Возможно, данный синдром принимается практикующими врачами за другие нозологии или вообще упускается из вида, так как около 1/3 пациентов с синдромом Жильберта не предъявляют никаких жалоб. Возможно, причина в том, что генетический скрининг по синдрому Жильберта не проводится в Республике Казахстан, а другие методы диагностики не являются эффективными, но могут представлять опасность для новорожденных. Ввиду редкости синдрома не разработано эффективных рабочих классификаций данного состояния. В целом, при синдроме Жильберта прогноз для жизни благоприятен, однако особую настороженность представляют новорожденные с данным синдромом.

Ключевые слова: Синдром Жильберта, гипербилирубинемия, детский возраст, новорожденный, глюкуронозилтрансфераза, глюкуроновая кислота

Мотивацией к написанию представленного обзора послужил клинический случай, в ходе изучения которого возникли вопросы диагностики, а также тактики лечения, профилактики клинических проявлений и тактики дальнейшего введения ребенка.

Наиболее актуальные проблемы в неонатологии связаны с проблемами диагностики пигментных нарушений, особенно обмена билирубина, который наиболее часто встречается в период новорожденности. Одной из редких и трудно диагностируемых патологий у новорожденных, сопровождающихся желтухой, является синдром Жильберта.

Синдром Жильберта (простая семейная холемия, конституциональная гипербилирубинемия, идиопатическая неконъюгированная гипербилирубинемия, негемолитическая семейная желтуха) – пигментный гепатоз, который характеризуется умеренным интермиттирующим повышением содержания несвязанного (непрямого) билирубина в крови вследствие нарушения внутриклеточного транспорта билирубина в гепатоцитах к месту его соединения с глюкуроновой кислотой и аутосомно-доминантным типом наследования. Эта доброкачественная, но хронически протекающая болезнь была впервые диагностирована в 1901 г. французскими врачами А. N. Gilbert и P. Lereboullet, которые наблюдали данное заболевание у группы молодых людей с перемежающейся желтухой [1]. При этом данный синдром часто недооценивается и не диагностируется

врачами разных профилей, благодаря «скрытности» симптомов [10]. Особые трудности в плане постановки точного диагноза синдром Жильберта представляет для неонатологов, так как у 60% доношенных и у 80% недоношенных детей развивается желтуха. Поэтому новорожденные, у которых появилось иктеричное окрашивание кожных покровов в первые 24 ч предствляют особую настороженность.

Синдром Жильберта относится к заболеваниям с аутосомно-доминантным типом наследования [1]. Гетерозиготное носительство достигает 40-45% [38].

В мире частота возникновения синдрома Жильберта составляет 0,510% [1]. Эта патология наиболее распространена среди африканцев (36%), частота обнаружения у европейцев составляет 2-5%, у азиатов – 3%. При этом у жителей Кавказа частота данной патологии может достигать до 10% [30], у населения США – до 3-7%. При этом мужчины больше подвержены этому заболеванию, чем женщины, так на 1 женщину приходится от 2 до 7 мужчин с данным синдромом [1, 17]. Эти цифры свидетельствуют о том, что синдром Жильберта в популяции встречается чаще, чем диагностируется.

Известно, что синдром Жильберта развивается на почве генетически обусловленной энзимопатии – уридиндифосфатглюкуронозилтрансферазы (УДФГТ), проявляющийся нарушением внутрипеченочного обмена билируби-

на. Генетический субстрат болезни состоит в наличии дополнительного динуклеотида на промоторном участке TATAA гена UGT1A1, расположенного на второй хромосоме [1, 12, 36]. При этом нарушение фермента глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы не имеет особой связи с синдромом Жильберта [24].

В патогенезе синдрома лежит нарушение захвата билирубина микросомами васкулярного полюса гепатоцита, нарушение его транспорта глутатион-S-трансферазой, доставляющей неконъюгированный билирубин к микросомам гепатоцитов, а также неполноценность фермента микросом уридиндифосфат-глюкурозилтрансферазы, при помощи которого осуществляется конъюгация билирубина с глюкуроновой и другими кислотами [20]. Особенностью является увеличение содержания неконъюгированного билирубина, который не растворим в воде, но хорошо растворим в жирах, поэтому может взаимодействовать с фосфолипидами клеточных мембран, в особенности головного мозга, чем объясняется его нейротоксичность. Происходит снижение активности фермента на 30% и конъюгации билирубина в гепатоцитах на 80% по отношению к норме [22, 23].

Макроскопически печень при синдроме Жильберта не изменена (по крайней мере, в первые несколько лет от рождения). При гистологическом и гистохимическом исследованиях биоптатов обнаруживается отложение в гепатоцитах пигмента золотисто-коричневого цвета (сходного с липофусцином), желчные пигменты в гепатоцитах имеют повышенную электроплотность, регистрируется ожирение, гликогенез ядер, аномальное строение печеночных долек, активация клеток Купфера и дальнейшая клеточная инфильтрация, белковая или зернистая дистрофия гепатоцитов, фиброз портальных трактов. В ранние сроки указанные признаки заболевания могут не проявляться, но они закономерно появляются в более поздние сроки болезни [3].

Общее состояние больных чаще всего удовлетворительное. Основные жалобы пациентов на появление желтухи, неинтенсивную боль и чувство тяжести в правом подреберье, диспептические явления (тошнота, горечь во рту, снижение аппетита, отрыжка), вздутие живота, нередко нарушение стула (запоры или поносы), астеновегетативные проявления (подавленное настроение, утомляемость, плохой сон, головокружение). Указанные жалобы, а также появление желтухи провоцируются стрессовыми ситуациями (эмоциональный стресс, тя-

желая физическая нагрузка), эпизодами интеркуррентной инфекции [1].

Желтуха является основным симптомом заболевания и имеет следующие характерные особенности: бывает интермиттирующей (возникает периодически после воздействия провоцирующих факторов – психической травмы, физической нагрузки, погрешностей в диете, приема алкоголя, лекарственных средств и др.) или хронической. Степень выраженности желтухи различная: у многих пациентов она проявляется только истеричностью склер, у ряда больных возможно достаточно выраженное диффузное матово-желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек или только частичное окрашивание ладоней, стоп, подмышечных впадин. В отдельных случаях наблюдаются ксантелазмы век, пигментация лица, рассеянные пигментные пятна на коже. В некоторых случаях желтуха может отсутствовать, хотя уровень билирубина в крови повышен. Увеличение печени наблюдается у 25% больных, при этом печень выступает из-под реберной дуги на 1-4 см, консистенция ее обычная, пальпация безболезненная. Увеличение селезенки может быть у 10% больных [15, 21].

У новорожденных детей, независимо от того – доношенный ребенок или нет – при наличии синдрома Жильберта желтуха может развиваться в первые 24 ч и принять довольно «агрессивный» характер и устойчивость в плане лечения фототерапией [34].

Синдром Жильберта относится к наследственным пигментным гепатозам и в Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10) занимает раздел «Нарушение обмена веществ» (E70-E90), подраздел «Нарушение обмена порфирина и билирубина» (E80). Синдром Жильберта кодируется по МКБ-10 как E80.4

Исследователями предложена классификация синдрома Жильберта по клиническим вариантам. Впервые выделены клинические варианты течения синдрома Жильбера: диспептический (43,2%), астеновегетативный (15,9%), желтушный (14,8%), бессимптомный (26,1%). Установлено частое (в 38,6% случаев) сочетание синдрома Жильберта с эссенциальным тремором. Если наряду с прямым (неконъюгированным) билирубином повышается прямой билирубин – то такая форма синдрома Жильберта называется альтернирующей. Также синдром Жильберта может быть с гемолизом эритроцитов и анемией или без них [15, 21].

В практической деятельности данный синдром не расшифровывают. В постановке диагноза очень помогает тщательно собранный анамнез. Особенно если пациент указывает в анамнезе на периодические эпизоды умеренной желтухи, которые проявляют себя чаще после физического перенапряжения или инфекционного заболевания, после продолжительного голодания или соблюдения какой-либо низкокалорийной диеты. Возможно развитие токсических реакций при приеме следующих препаратов: парацетамол; морфин и антагонисты опиоидных рецепторов (налорфин и налтрексон); гиполипидемический препарат гемфиброзил; антигистаминное, противоаллергическое, противовоспалительное – дезлоратадин; противоопухолевое, цитостатическое – иринотекан; вазодилатирующее, антиангинальное, антиаритмическое – карведилол; антидепрессант – сертралин.

При составлении истории болезни необходимо расспросить про характер стула – он будет без изменений. Также стоит расспросить о наличии подобных симптомов у родственников пациента. Во время физикального обследования стоит обратить внимание на субиктеричность кожных покровов и слизистых оболочек, тщательно пропальпировать печень и селезенку. Рутинные методы лабораторных обследований (общий анализ крови и общий анализ мочи) могут помочь исключить другую патологию, например, гемолитическую анемию. При синдроме Жильберта они будут в пределах нормы. При обострении синдрома в общем анализе мочи возможна уробилинурия и небольшое потемнение мочи.

В биохимическом анализе крови на высоте приступа отмечается повышение уровня неконъюгированного билирубина до 6 мг/дл (102,6 мкмоль/л). У большинства пациентов этот показатель билирубина не превышает 3 мг/дл (51,3 мкмоль/л). Содержание прямого билирубина составляет менее 20%. В 30% случаев уровень билирубина остается в пределах нормальных значений. При этом другие биохимические показатели, такие как уровень трансаминаз, щелочная фосфатаза, белковые фракции и другие, остаются в пределах нормы [1]. У пациентов с синдромом Жильберта снижены липопротеины низкой плотности, а также средний объем тромбоцитов и уровень С-реактивного белка [11, 28, 33, 39, 41].

При диагностике синдрома Жильберта проводятся следующие провокационные пробы: проба с голоданием – отмечается увеличение уровня непрямого билирубина на фоне

голодания. В течение 48 ч больной получает питание энергетической ценностью 400 ккал/сут. В первый день пробы натошак и спустя двое суток определяют билирубин сыворотки крови. При подъеме на 50-100% проба считается положительной. Также применяются проба с фенобарбиталом – снижение уровня билирубина на фоне приема фенобарбитала за счет индуцирования конъюгирующих ферментов печени; проба с никотиновой кислотой – внутривенное введение вызывает повышение уровня билирубина за счет уменьшения осмотической резистентности эритроцитов. Генетические методы обследования на определение мутации гена UGT1A1 и консультация клинического генетика являются «золотым» стандартом для постановки точного диагноза, но далеко не дешевыми методами рутинной диагностики. Также это один из методов, позволяющих точно дифференцировать синдром Жильберта от других пигментных гепатозов [1, 9, 10, 19]. Все гомозиготные и гетерозиготные полиморфизмы A(TA)_nTAA в рамках TATA-боксов аллеля и экзона 1 G211A мутаций гена UGT1A1 были успешно идентифицированы по анализу ДНК. Данный анализ, следовательно, является эффективным молекулярным методом экспресс-диагностики синдрома Жильберта, так как он обнаруживает не только TATA-боксы полиморфизмы, но и G211A мутацию экзона 1, расположенного внутри гена UGT1A1 [2].

Одним из довольно новых методов генетической диагностики является метод специальных зондов-переносчиков, содержащих нуклеиновые кислоты (LNA), которые закреплены на микрочипе, чтобы обеспечить точную идентификацию. Разработанный метод микрочипов для идентификации полиморфных вариантов гена UGT1A1 [(ТТ) 5, (ТА) 6, (ТА) 7, (ТА) 8] является перспективным и надежным диагностическим лабораторным инструментом, который может быть успешно реализован в клинической практике [19, 22].

Диагностика синдрома Жильберта до сих пор остается достаточно сложной, несмотря на развитие диагностических технологий. Диагноз, как правило, ставится методом исключения, с применением пункционной биопсии печени. Все это занимает достаточно много времени и приводит зачастую к гипердиагностике хронических гепатитов, или нередко больные остаются недообследованными. При наличии огромного количества функциональных тестов (гипокалорийный, рифампициновый, с никотиновой кислотой, с фенобарбиталом) до сих пор не выработано оптимального алгоритма при-

менения, основанного на их чувствительности и специфичности [23]. Выявлено нарушение функционального состояния печени у 60,0% больных с синдромом Жильберта, которое проявилось падением клиренса антипирина вследствие снижения активности печеночных моноаминоксидаз. Впервые установлено уменьшение синтеза норантипина и увеличение синтеза гидроксиантипина у больных синдромом Жильберта, что может являться одной из причин развития побочных реакций при приеме медикаментов, метаболизирующихся системой микросомальных ферментов печени у данной группы больных. Разработаны современные критерии диагностики синдрома Жильберта на основании генетических и функциональных методов исследования, позволяющих уменьшить необходимость проведения диагностической биопсии печени. Достоверная диагностика синдрома Жильберта осуществима при последовательном применении функциональных тестов: низкокалорийной диеты и пробы с фенобарбиталом. Одним из разработанных генетических методов является денатурирующая высокоэффективная жидкостная хроматография (DHPLC). Анализ позволяет определить дефектность гена UGT1A1 и наличие полиморфизма (ТА) [9].

Как правило, пациенты в специальном лечении не нуждаются, поскольку синдром Жильберта – это не заболевание, а индивидуальная, генетически обусловленная особенность организма. Основное значение имеет соблюдение режима питания, труда, отдыха, учебы. Крайне нежелательны при этом заболевании алкогольные напитки и жирная пища, грейпфруты; физические перегрузки (профессиональные занятия спортом); длительное пребывание на солнце; большие перерывы между приемами пищи, голодание, ограничение жидкости; прием гепатотоксических препаратов (парацетамол, морфин, антагонисты опиоидов, антигистаминные, противоопухолевые, цитостатические препараты и др.) [4, 8, 14, 19, 34]. Также противопоказаны тепловые физиопроцедуры на область печени. Обязательны санация хронических очагов инфекции и лечение имеющейся патологии желчевыводящих путей.

Выведение конъюгированного билирубина возможно с помощью усиленного диуреза, применения активированного угля, адсорбирующего билирубин в кишечнике. Посредством фототерапии достигается разрушение билирубина, фиксированного в тканях, тем самым высвобождаются периферические рецепторы,

которые могут связать новые порции билирубина, предотвращая его проникновение через гематоэнцефалический барьер.

В доступной литературе описан случай лечения новорожденного, у которого помимо синдрома Жильберта был наследственный сфероцитоз. При этом генетически был подтвержден только синдром Жильберта. Так как в первые 24 ч начала нарастать желтуха, были проведены курсы фототерапии, инфузия 10% декстрозы, антибиотикотерапия, но без особого эффекта, уровень непрямого билирубина продолжал нарастать. В терапевтических дозах решили давать фенобарбитал, и уровень билирубина начал постепенно уменьшаться [32].

Определены группы риска больных с синдромом Жильберта по развитию побочных реакций при медикаментозной терапии [25]. В целом прогноз благоприятный. Гипербилирубинемия сохраняется пожизненно, имеет волнообразное течение, однако не сопровождается значительными деструктивными прогрессирующими изменениями в печени и повышением смертности. Возможно развитие воспаления в желчевыводящих путях, ЖКБ, психосоматические расстройства [3].

Необходимо отметить, что родители детей, страдающих этим синдромом, должны проконсультироваться у клинического генетика перед планированием очередной беременности. Аналогичным образом следует поступать, если у родственников семейной пары, планирующей рождение детей, диагностирован этот синдром.

Синдром Жильбера не является поводом для отказа от прививок. Многочисленные исследования доказывают, что у пациентов с синдромом Жильберта очень низкий риск развития атеросклероза и на фоне этого ишемической болезни сердца. Кардиопротективное действие выражено на 34% [11, 28, 33, 39, 41]. У таких пациентов повышен уровень сывороточного адипонектина (APN) и снижена толщина жировой эпикардальной ткани (EAT) [7].

Также скорость распространения пульсовой волны при исследовании крупных сосудов (аорты, бедренной артерии) на определении их повышенной резистентности у пациентов с данным синдромом более низкая по сравнению с группой контроля. Это также является показателем, что риск развития атеросклероза значительно снижен [29]. Помимо «защитного» действия непрямого билирубина от атеросклеротических изменений сосудов, он

урежает частоту сердечных сокращений, положительно влияет на дисперсию QT-интервала и P-волны, что снижает риск развития аритмий [35]. Пациенты с синдромом Жильберта имеют низкие уровни оксидативного стресса, связанного с гипербилирубинемией, и повышение эндотелий-зависимой вазодилатации [6].

В одном из исследований генотипирование гена UGT1A1 показало явное распределение общего A(TA)(II)TAA полиморфизма по отношению к европейскому населению. Из-за большей опасности гипербилирубинемии и наследственной гемолитической анемии диагностика синдрома Жильберта в этой группе пациентов является очень важным аспектом [26].

Выявлена положительная связь между неконъюгированным билирубином и свободным плазменным гемом, железом и карбоксильным гемоглобином. Кроме того, снижение индекса массы тела у пациентов с синдромом Жильберта было связано со снижением воспаления, на которое могут оказывать влияние циркулирующие гемаксогеназы, и способствующим снижению риска неинфекционных заболеваний в этой группе населения [16].

При проведении хирургических операций более эффективно использование такого препарата для наркоза, как изофлуран, который считается наиболее безопасным (<0,2% метаболизируется печенью), также он сохраняет печеночный кровоток. Диклофенак натрия и пентазоцин можно использовать для послеоперационного обезболивания. Рекомендуется избегать использования парацетамола и морфина [18]. Описан случай успешной операции по протезированию митрального клапана у женщины 72 лет с синдромом Жильберта, который был выявлен случайно [42].

Наличие Синдрома Жильберта не является ограничением по трансплантологии правой доли печени, о чем свидетельствует ряд проведенных успешных операций [5, 31]. Есть данные, что непрямой билирубин обладает цитопротективным действием и защищает эпителиальные клетки от злокачественного перерождения, что в свою очередь способствует снижению риска развития рака легких и рака толстого кишечника и прямой кишки. Но при этом пациенты с синдромом Жильберта имеют мутацию гена UGT1A1, ответственного за фермент УДФГТ, расщепляющий 4-ОН-эстрогены. Эти продукты катаболизма являются хорошо известными канцерогенами. В теории у пациентов с данным синдромом происходит накопление 4-ОН-эстрогенов и, следовательно, мо-

жет быть более высокий риск развития рака молочной железы, особенно при воздействии высоких доз эстрогенов [27, 40].

Относительно новорожденных были проведены исследования, которые показывают, что данный синдром может привести к индуцированию так называемой желтухи от грудного молока (у 42,0% обследуемых новорожденных против 12,8% у группы контроля), или вызвать у новорожденного затянувшуюся желтуху [13]. Смертность наблюдаемых пациентов с синдромом Жильберта в общей численности населения почти вдвое меньше, чем людей без данной патологии (были проведены когортные исследования с участием 350 000 человек) [37].

ВЫВОДЫ

1. В целом синдром Жильберта выявляется редко. Генетический скрининг по синдрому Жильберта в Республике Казахстан не проводится, а другие методы диагностики, такие как провокационные пробы с фенобарбиталом или голоданием, не являются эффективными и могут представлять опасность для новорожденных. Не разработаны эффективные классификации данного состояния. Прогноз для жизни благоприятен.

2. Особую настороженность представляют новорожденные с данным синдромом, так как при непрямой гипербилирубинемии возникает риск развития билирубиновой энцефалопатии.

Конфликт интересов: Конфликт интересов не заявляется

Благодарности: Выражаем благодарность доценту, кандидату медицинских наук, почетному профессору КГМУ К. А. Кенжебаевой как наставнику за общую поддержку в ходе реализации исследования, а также интернухирургу М. В. Беркут за техническую поддержку.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Рамазанов В. О. Синдром Жильберта //В. О. Рамазанов, Д. М. Габитова //Успехи современного естествознания. – 2011. – №11 – С. 99.
- 2 Arslan E. Investigation of the aortic pulse wave velocity in patients with Gilbert's syndrome //E. Arslan, M. Çakar, H. Şarlak //Clin. Exp. Hypertens. – 2013. – V. 35(7). – P. 512-515.
- 3 Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. Hyperbilirubinemia syndromes (Gilbert-Meulengracht, Crigler-Najjar, Dubin-Johnson, and Rotorsyndrome) //Strassburg CP. – 2010 – V. 24 (5). – P. 555-571.
- 4 Boon A. C. Reduced circulating oxidized LDL is associated with hypocholesterolemia and

- enhanced thiol status in Gilbert syndrome /A. C. Boon, C. L. Hawkins, K. Bisht //Free Radic. Biol. Med. – 2012. – V. 52(10). – P. 2120-2127.
- 5 Cüre E. The effect of Gilbert's syndrome on the dispersions of QT interval and P-wave: an observational study /E. Cüre, S. Yüce, Y. Çiçek, M. C. Cüre //Anadolu Kardiyol Derg. – 2013. – V. 13(6). – P. 559-565.
- 6 Demirbas T. Right-lobe liver transplant from donors with Gilbert syndrome /T. Demirbas, T. Piskin, M. Dayangac //Exp. Clin. Transplant. – 2012. – V. 10(1). – P. 39-42.
- 7 Deterding K. Gilbert's syndrome and antiviral therapy of hepatitis C /K. Deterding, K. Grüngreiff, T. O. Lankisch //Ann. Hepatol. – 2009. – V. 8(3). – P. 246-250.
- 8 Drug Metab Rev. Gilbert-Meulengracht's syndrome and pharmacogenetics: is jaundice just the tip of the iceberg? //Strassburg CP. – 2010. – V. 42(1). – P. 168-181.
- 9 Ehmer U. Gilbert syndrome redefined: a complex genetic haplotype influences the regulation of glucuronidation /U. Ehmer, S. Kalthoff, B. Fakundiny //Hepatology. – 2012. – V. 55(6). – P. 1912-1921.
- 10 Fretzayas A. Gilbert syndrome /A. Fretzayas, M. Moustaki, O. Liapi //Eur. J. Pediatr. – 2012. – V. 171(1). – P. 11-15.
- 11 Hemmati F. Gilbert syndrome in Iran, Fars Province /F. Hemmati, F. Saki, N. Saki //Ann. Saudi. Med. – 2010. – V. 30(1). – P. 84.
- 12 Hsieh T. Y. Rapid molecular diagnosis of the Gilbert's syndrome-associated exon 1 mutation within the UGT1A1 gene /T. Y. Hsieh, T. Y. Shiu, N. F. Chu //Genet. Mol. Res. – 2014. – V. 13(1). – P. 670-679.
- 13 Ismail A. Q. Intractable neonatal jaundice due to hereditary spherocytosis and Gilbert's syndrome /A. Q. Ismail, A. Gandhi, N. El-Shimy //BMJ Case Rep. – 2011. – V. 34. – P. 16-25.
- 14 James S. Jaundice and Cholestatic /S. James, S. F. Anna, K. Andrew //Burrows Illnesses of a liver and biliary systems. – NY, 2011. – P. 234-256.
- 15 Kalotychnou V. Contribution of G71R mutation to Gilbert's syndrome phenotype in a Greek patient: A case report /V. Kalotychnou, M. Karakosta, R. Tzanetea //World J. Gastrointest. Pharmacol. Ther. – 2011. – V. 2(5). – P. 42-45.
- 16 Lee H. J. A case of concomitant Gilbert's syndrome and hereditary spherocytosis /H. J. Lee, H. S. Moon, E. S. Lee //Korean J. Hepatol. – 2010. – V. 16(3). – P. 321-324.
- 17 Lopardo G. Short communication: fasting increases serum concentrations of bilirubin in patients receiving atazanavir: results from a pilot study /G. Lopardo, E. Bissio, L. Espinola //AIDS research and human retroviruses. – 2013. – V. 29(3). – P. 456.
- 18 Matsui K. Combined effect of regulatory polymorphisms on transcription of UGT1A1 as a cause of Gilbert syndrome /K. Matsui, Y. Maruo, H. Sato //BMC Gastroenterol. – 2010. – V. 8. – P. 10-57.
- 19 Mlakar S. J. Development of a new DHPLC assay for genotyping UGT1A (TA)_n polymorphism associated with Gilbert's syndrome /S. J. Mlakar, B. Ostanek //Biochem. Med. – 2011. – V. 21(2). – P. 167-173.
- 20 Nag D. S. General anesthesia in a patient with Gilbert's syndrome /D. S. Nag, N. Sinha, D. P. Samaddar //J. Anaesthesiol. Clin. Pharmacol. – 2011. – V. 27(2). – P. 253-255.
- 21 Rawa K. Coexistence of Gilbert syndrome with hereditary haemolytic anaemias /K. Rawa, A. Adamowicz-Salach, M. Matysiak //Clin. Pathol. – 2012. – V. 65(7). – P. 663-665.
- 22 Rodrigues C. Impact of UGT1A1 gene variants on total bilirubin levels in Gilbert syndrome patients and in healthy subjects /C. Rodrigues, E. Vieira, R. Santos //Blood Cells Mol. Dis. – 2012. – V. 48(3). – P. 166-172.
- 23 Saki F. Prevalence of Gilbert syndrome in parents of neonates with pathologic indirect hyperbilirubinemia /F. Saki, F. Hemmati, M. Haghghat //Ann. Saudi. Med. – 2011. – V. 31(2). – P. 140-144.
- 24 Tapan S. Decreased small dense LDL levels in Gilbert's syndrome /S. Tapan, N. Karadurmus, T. Dogru //Clin. Biochem. – 2011. – V. 44(4). – P. 300-303.
- 25 Varol E. Decreased mean platelet volume in Gilbert's syndrome: role of oxidative stress //Blood Coagul Fibrinolysis. – 2013. – V. 24(6). – P. 673.
- 26 Zahedpasha Y. Relation between Neonatal Icter and Gilbert Syndrome in Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficient Subjects /Y. Zahedpasha, M. Ahmadpour //Niaki Clin. Diagn. Res. – 2014. – V. 8(3). – P. 63-65.
- 27 Žaja O. Correlation of UGT1A1 TATA-box polymorphism and jaundice in breastfed newborns-early presentation of Gilbert's syndrome /O. Žaja, M. K. Tiljak, M. Štefanović //J. Matern. Fetal Neonatal. Med. – 2014. – V. 27(8). – P. 844-850.
- 28 Zhu X. Y. Ultrastructure of hepatocytes in Gilbert's syndrome patients and chronic hepatitis B patients /X. Y. Zhu, L. X. Liu //Zhonghua Gan Zang Bing Za Zhi. – 2013. – V. 21(12). – P. 929-933.
- 29 Astolfi R. H. Is Gilbert syndrome a new risk factor for breast cancer? //R. H. Astolfi, D. D. Bugano, A. A. Francisco //Med. Hypotheses. – 2011. – V. 77(2). – P. 162-164.
- 30 Bulmer A. C. Bilirubin and beyond: a review of lipid status in Gilbert's syndrome and its relevance to cardiovascular disease protection /A.

C. Bulmer, H. J. Verkade, K. H. Wagner //Prog. Lipid. Res. – 2013. – V. 52(2). – P. 193-205.

31 Canu G. Gilbert and Crigler Najjar syndromes: an update of the UDP-glucuronosyltransferase 1A1 (UGT1A1) gene mutation database /G. Canu, A. Minucci, C. Zuppi // Blood Cells Mol. Dis. – 2013. – V. 50(4). – P. 273-280.

32 Cüre E. The evaluation of relationship between adiponectin levels and epicardial adipose tissue thickness with low cardiac risk in Gilbert's syndrome: an observational study /E. Cüre, Y. Çiçek, C. Cumhuri //Anadolu. Kardiyol. Derg. – 2013. – V. 13(8). – P. 791-796.

33 Fesenko E. E. Microarray with LNA-probes for genotyping of polymorphic variants of Gilbert's syndrome gene UGT1A1(TA)_n / E. E. Fesenko, R. N. Heydarov, E. V. Stepanova // Clin. Chem. Lab. Med. – 2013. – V. 51(6). – P. 1177-1184.

34 Glimelius B. Prediction of irinotecan and 5-fluorouracil toxicity and response in patients with advanced colorectal cancer /B. Glimelius, H. Garmo, A. Berglund //The pharmacogenomics journal. – 2011. – V. 11(1). – P. 61.

35 Horsfall L. J. Gilbert's syndrome and the risk of death: a population-based cohort study /L. J. Horsfall, I. Nazareth, S. P. Pereira // Gastroenterol. Hepatol. – 2013. – V. 28(10). – P. 1643-1647.

36 Kathemann S. Gilbert's syndrome – a frequent cause of unconjugated hyperbilirubinemia in children after orthotopic liver transplantation /S. Kathemann, E. Lainka,

H. A. Baba //Pediatr. Transplant. – 2012. – V. 16(2). – P. 201-204.

37 Maruhashi T. Hyperbilirubinemia, augmentation of endothelial function, and decrease in oxidative stress in Gilbert's syndrome / T. Maruhashi, J. Soga, N. Fujimura //Circulation. – 2012. – V. 126(5). – P. 598-603.

38 Minami H. Successful operation for mitral regurgitation in a patient with Gilbert's syndrome /H. Minami, T. Asada, K. Gan //Gen. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2011. – V. 59(5). – P. 344-346.

39 Wallner M. Protection from age-related increase in lipid biomarkers and inflammation contributes to cardiovascular protection in Gilbert's syndrome /M. Wallner, R. Marculescu, D. Doberer //Clinical science. – 2013. – V. 125(5). – P. 257.

40 Wallner M. Effects of unconjugated bilirubin on chromosomal damage in individuals with Gilbert's syndrome measured with the micronucleus cytome assay /M. Wallner, S. M. Blassnigg, K. Marisch //Mutagenesis. – 2012. – V. 27(6). – P. 731-735.

41 Wang X. Diagnosis and treatment of a 16-year-old Chinese patient with concurrent hereditary hemochromatosis and Gilbert's syndrome /X. Wang, Y. Liu, Y. Chang //Eur. J. Med. Res. – 2014. – V. 28. – P. 19-51.

42 Yilmaz M. Can an extended right lobe be harvested from a donor with Gilbert's syndrome for living-donor liver transplantation? / M. Yilmaz, B. Unal, B. Isik //Transplant. Proc. – 2012. – V. 44(6). – P. 1640-1643.

Поступила 18.02.2015 г.

V. D. Gushev, A. Avdil, Ye. S. Vladimirova, B. D. Aidarova, A. Zh. Zhetpisova, I. A. Serdalina
DIFFICULTIES OF GILBERT'S SYNDROME DIAGNOSTIC IN NEWBORNS

Gilbert's syndrome is a pigmentary hepatosis which is characterized by elevated levels of unconjugated bilirubin in the bloodstream (hyperbilirubinemia). The cause of this hyperbilirubinemia is the disorder of bilirubin's intracellular transport in hepatocytes to the place of its connection with Glucuronic Acid and autosomal-dominant type of inheritance. This disorder is benign, yet it proceeds as chronic disease. Gilbert's syndrome is being detected extremely rare, especially in newborns the Republic of Kazakhstan. Possibly, this syndrome is being accepted by practitioners as other nosology or even it is not being diagnosed by pediatricians due to about one third of patients with the Gilbert's syndrome do not have any complaints. Probably, the main reason is that genetic screening for the syndrome Gilbert is not available in the Republic of Kazakhstan. In additional, other diagnostic methods are not effective and it can be dangerous for newborns. The effective classification of this condition wasn't developed in view of the rarity of this syndrome. In General, the prognosis is favorable and in some cases patients with the syndrome of Gilbert are more secure. Special vigilance is being represented by infants with this syndrome. Because the syndrome can cause and exacerbate a neonatal jaundice or jaundice from breast milk which are difficult to treat.

Keywords: Gilbert's syndrome, newborns, hyperbilirubinemia in children, glucuronosyltransferase, Glucuronic Acid

V. Д. Гусев, А. Авдил, Е. С. Владимировна, Б. Д. Айдарова, Ә. Ж. Жетписова, И. А. Сердалина
НӘРЕСТЕПЕРДЕГ ЖИЛЬБЕРТ СИНДРОМЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚИЫНДЫҒЫ

Жильберт синдромы – гепатоциттерде билирубин транспортының клетка ішілік бұзылысы, яғни оның орнына глюкурон қышқылымен байланысатын және аутосомды-доминантты түрде тұқым қуалау салдарынан қандағы байланыспаған билирубиннің құрамының баяу жоғарлауымен сипатталатын пигментті гепатоз. Бұл қатерсіз бірақ созылмалы түрде өтетін ауру. Жильберт синдромы Қазақстан Республикасында өте сирек, әсіресе

Обзоры литературы

нәрестелерде. Мүмкін бұл синдром тәжірибелік дәргерлерде басқа нозология үшін қолданылады. Немесе мүлде назарсыз кетеді, өйткені Жильберт Синдромы бар пациенттердің шамамен үшіншісі ешқандай шағымсыз болады. Бұлай болуының себебі Қазақстан Республикасында Жильберт Синдромы бойынша генетикалық скринингтің қол жетімсіздігі болуы мүмкін. Ал фенобарбиталмен провакациялық тест немесе ашықтыру сияқты басқа диагностикалық әдістер нәтижелі болып саналмайды, бірақ нәресте үшін қауіп барын көрсетеді. Синдромның сиректігіне байланысты бұл жағдайдың нәтижелі классификациясы өңделмеген. Болжамы тұрғысынан алғанда өмірге қолайлы, ал кейбір жағдайда Жильберт Синдромы бар пациенттер көбірек қорғалған/ Мұндай синдромы бар нәрестелер ерекше абайлаушылықты қажет етеді. Өйткені оларда бұл синдром емдеуге нашар көнетін ұзаққа созылған сарғаюды немесе емшек сүтінен болған сарғаюды тудырады және күшейтеді.

Кілт сөздері: Жильберт синдромы, нәресте, балалардағы гипербилирубинемия, глюкуронозилтрансфераза, глюкуроно қышқылы

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.24-007.63

Е. С. Владимирова, Б. Д. Айдарова, В. Д. Гусев, А. Авдил, А. Ж. Жетписова, И. А. Сердалина

ВРОЖДЕННАЯ ЛОБАРНАЯ ЭМФИЗЕМА

Кафедра педиатрии и хирургии ФНПР Карагандинского государственного медицинского университета

Врожденная лобарная эмфизема встречается довольно редко, истинная частота ее возникновения не установлена. Симптомы болезни мало специфичны и могут проявляться как в период новорожденности, так и в более старшем возрасте. В период новорожденности клиника может быть бессимптомной или протекать как респираторный дистресс-синдром, в старшем возрасте – в виде одышки или частых респираторных инфекций. Дифференцировать врожденную лобарную эмфизему следует с пневмотораксом, кистами легких, диафрагмальной грыжей. Лечение при минимальных респираторных проявлениях консервативное, при тяжелой дыхательной недостаточности оперативное. Прогноз при своевременной диагностике благоприятный.

Ключевые слова: врожденная лобарная эмфизема, респираторный дистресс-синдром, пневмоторакс

Мотивация к написанию данной статьи обусловлена клиническим случаем, в ходе изучения которого возникли трудности диагностики из-за редкости заболевания, определения причин заболевания.

Врожденная лобарная эмфизема (синонимы – врожденная локализованная эмфизема, гигантская эмфизема, эмфизема напряжения) – порок развития, характеризующийся растяжением паренхимы доли легкого или его сегмента и выявляющейся преимущественно в период новорожденности и младшем детском возрасте. Врожденная лобарная эмфизема – редкий порок развития легких с частотой от 1 на 70 000 – 90 000 живорожденных [2, 3, 8, 9]. Частота врожденной лобарной эмфиземы составляет примерно 14% всех врожденных аномалий легких и чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

Большинство случаев лобарной эмфиземы выявляются в неонатальном периоде, но диагноз может быть поставлен у 5% пациентов только после 5-6 мес. [16]. В 50-55% случаев причину заболевания выявить не удается, но полагают, что врожденная лобарная эмфизема может возникнуть вследствие обструкции развивающихся дыхательных путей, тяжелого поражения легких у детей раннего возраста и/или аномалии развития долевого бронха (стеноз, гипертрофия слизистой, сдавление извне). Сообщают о семейных случаях заболевания. Частота локализации: верхняя доля левого легкого – 42,2%, средняя доля – 35,3%, верхняя доля правого легкого – 20,7%, нижние доли – 0,9% [1, 13].

Этиологически возникновение локализованной врожденной эмфиземы новорожденных обусловлено недоразвитием отдельных струк-

турных элементов легкого. Полагают, что в основе лобарной эмфиземы лежит врожденный дефект хрящей бронха пораженной доли легкого. Однако хрящевые изменения выявляются лишь у половины больных с лобарной эмфиземой. Причиной возникновения лобарной эмфиземы может быть также частичное нарушение бронхиальной проходимости с развитием клапанного механизма. Это может быть обусловлено гипертрофией слизистой оболочки бронха с образованием складок и слизистых пробок, сдавлением бронха извне бронхогенными кистами, аномально расположенными сосудами и т. д. [2, 3, 8]. Возможны перегиб бронха, сдавливание его сосудом, гипертрофия слизистой оболочки. Возникающий при этом вентильный механизм приводит к резкому вздутию паренхимы легкого, которая и определяет клинико-рентгенологическую картину порока [5]. E. Michelson (1977) выделяет так называемые внутренние механизмы, к которым относит дефект бронхиальных хрящей, складки слизистой оболочки бронхов, альвеолярную гипертрофию и «внешние» – бронхогенные кисты (медиастенальные и перибронхиальные), сосудистые аномалии, удвоение кишечника [3].

Ю. Ф. Исаков и соавт. (1978) считают, что врожденная лобарная эмфизема может быть обусловлена следующими тремя пороками развития: 1) аплазией гладких мышц терминальных и респираторных бронхов, в которых отсутствуют пучки гладких мышц и имеются лишь единичные мышечные клетки; 2) отсутствием промежуточных генераций бронхов; 3) агенезией всего респираторного отдела доли. Изменения заключаются в отсутствии внутридольковых бронхов, терминальных респира-

торных бронхиол и альвеол [6]. В результате этих изменений из доли легкого при выдохе удаляется меньше воздуха, чем поступает при вдохе, повышается внутрилегочное давление и паренхима пораженной доли перерастягивается [3].

По исследованиям Каррола, врожденная лобарная эмфизема часто связана с ЦМВ-инфекциями и может принимать различные формы. При гистологических исследованиях удаленной ткани автор выявил особенности, характерные для врожденной долевого эмфиземы, а также воспаление интерстициальной ткани и тельца включения ЦМВ, и сделал заключение, что ЦМВ пневмонит приводит к воспалению и обструкции бронхиального дерева и может привести к развитию врожденной долевого эмфиземы [11].

Сущность патологического процесса заключается во вздутии пораженной доли (нередко этому способствует кашель, приводящий к повышению внутрибронхиального давления; иногда вздутие доли или сегмента происходит при первых вдохах новорожденного) [6]. Респираторный дистресс-синдром развивается из-за несоответствия вентиляции и перфузии в результате гипервоздушности легких, вызывая сжатие, ателектаз на ипсилатеральной или контралатеральной стороне с медиастинальной стороны. Это вызывает смещение звуков сердца, снижение венозного возврата, и различные степени вентиляционно-перфузионного несоответствия, что приводит к гипоксии [12].

Внутренняя обструкция дыхательных путей является наиболее распространенной из-за дефектов в бронхиальной стенке и бронхиальной атрезии в результате спада дыхательных путей во время выдоха. Это приводит к «эффекту шарового крана» с воздушными ловушками при выдохе и гипервентиляции пострадавшей доли. Гипервентиляция в доле вызывает уменьшение концевых воздушных пространств, что делает долю не функциональной. В отличие от эмфиземы взрослого типа, при врожденной лобарной эмфиземе происходит искажение, а не разрушение альвеолярных стенок. Гипервентиляция пострадавшей доли сжимает окружающие доли и таким образом уменьшает их функциональность. Сдвиг средостения может присутствовать в тяжелых случаях гипервентиляции [13].

Гистологическое исследование выявляет резкое перерастяжение и разрывы альвеол, недоразвитие стенки бронхиол, альвеолярный проток с нарушением в альвеолярных перепо-

родках в местах предполагаемых эмфизематозных изменений [6, 8, 18].

По классификации пороков развития трахеи, бронхов, легких и легочных сосудов врожденная лобарная эмфизема относится к:

- пороком развития, связанным с недоразвитием бронхолегочных структур: агенезия, аплазия, гипоплазия легких.

- пороком развития стенки трахеи и бронхов [7].

Симптомы болезни неспецифичны и могут появиться как в период новорожденности, так и в значительно более старшем возрасте. Клинические проявления врожденной лобарной эмфиземы зависят от объема поражения и степени компрессии здоровых участков легкого [1, 2, 3, 7]. N. A. Myers описал три клинических типа врожденной лобарной эмфиземы: I тип – у детей раннего возраста с выраженной клинической симптоматикой; II тип – у детей более старшего возраста; III тип – бессимптомная, выявляемая как случайная находка. II и III тип встречаются редко [1]. В зависимости от степени выраженности лобарной эмфиземы и тяжести клинических проявлений Ю.Ф. Исаков и соавт. (1978) выделяют декомпенсированную, субкомпенсированную и компенсированную формы заболевания [3]. По клиническому течению врожденные лобарные эмфиземы целесообразно разделять на острые и хронические. Острое течение лобарной эмфиземы обычно наблюдается у детей первых месяцев жизни (нередко вскоре после рождения). Заболевание проявляется прогрессирующим нарастанием признаков дыхательной недостаточности. Общее состояние ребенка тяжелое, кожные покровы бледные, с цианотическим оттенком; видны мелкоочечные подкожные кровоизлияния, губы синюшны. Определяется резкая одышка, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторно над легочным полем на стороне поражения выявляется высокий тимпанит, при аускультации дыхательные шумы отсутствуют. Границы сердца смещены в здоровую сторону. Тоны сердца приглушены. Хроническое течение лобарной эмфиземы встречается чрезвычайно редко. В таких случаях явления дыхательной недостаточности нарастают медленно, организм приспособляется к возникшим изменениям и компенсирует их [2].

Основным клиническим проявлением заболевания является дыхательная недостаточность. Тяжесть ее зависит от степени гипервентиляции пораженной доли. Наиболее тяжелые формы лобарной эмфиземы проявля-

ются в первые же дни жизни ребенка одышкой, цианозом, диспноэ, приступами асфиксии, сопровождающимися судорогами, потерей сознания. Над патологически измененной долей легкого перкуторный звук коробочный, дыхание ослаблено или не прослушивается. Средостение смещено в противоположную сторону. Такие формы врожденной лобарной эмфиземы без хирургического вмешательства в короткие сроки приводят к гибели ребенка в результате тяжелой легочно-сердечной недостаточности. При менее тяжелых формах клиническая симптоматика не столь грозная. Заболевание диагностируется несколько позже – в возрасте 2-3 мес. В таких случаях процесс приобретает подострое или хроническое течение. Клинически патология проявляется кашлем, нерезко выраженной одышкой. Больные дети имеют тенденцию к воспалительным заболеваниям бронхолегочной системы, часто отстают в физическом развитии. При небольшой степени эмфизематозного вздутия клиническая симптоматика может быть столь скудной, что заболевание у детей старшего возраста или взрослых людей иногда выявляется случайно при рентгенологическом исследовании [3, 4, 9].

Необходимо отметить, что аномалии, такие как врожденный порок сердца, имеют место у 10% больных. У ребенка обычно отмечается увеличение частоты дыхания, тахикардия, что способствует прогрессивному накоплению газа в пораженной доле и прогрессирует дыхательная недостаточность [14]. При объективном обследовании больного на стороне поражения можно обнаружить выбухание и отставание грудной клетки при дыхании [7].

Для диагностики проводят рентгенографию, бронхоскопию, компьютерную томографию. Рентген грудной клетки и КТ демонстрируют классические результаты в гипервентиляции доли, сжатие соседних долей и выпячивание через переднее средостение, что вызывает смещение средостения [13].

При рентгенографии выявляется участок легкого с повышенной прозрачностью и резким обеднением легочного рисунка. Здоровая часть легкого уменьшена в объеме и смещена к диафрагме или куполу плевральной полости в зависимости от того, какая часть легкого поражена. Средостение смещено в здоровую сторону. Степень смещения зависит от объема и «напряженности» эмфиземы [1, 14].

Бронхоскопия может быть полезна в оценке проходимости дыхательных путей, динамических изменений в дыхательных путях и в исключении препятствия, слизистой пробки [18]. При бронхоскопии выявляется изменение анатомических соотношений бронхиального

дерева. Слизистая бронхов обычно не изменена, но возможно выявление катарального эндобронхита. При бронхографическом исследовании выявляется увеличение размера пораженной доли, бронхи узкие, длинные, прослеживаются до мелких разветвлений. Количество мелких разветвлений уменьшено [1].

Компьютерная томография выявляет повышение прозрачности легочной ткани, увеличение объема пораженной доли, сужение бронхов, образование воздушных «ловушек» [1]. МРТ помогает выявить аномальные сосуды, которые могут быть причиной сдавления долевого бронха.

Осевое изображение на медиастиальной компьютерной томографии позволяет поставить точный диагноз, тип, местоположение, наличие аномальных артерий при врожденных аномалиях легких, но дополнительные мультипланарные и 3D изображения медиастиальной компьютерной томографии добавляют диагностическое значение для оценки врожденных пороков легких, связанных с аномалиями вен [19]. Перфузионная пневмосцинтиграфия позволяет выявить снижение перфузии в области эмфиземы и усиление кровотока в других участках легкого [1].

Эхокардиография была выполнена у 14% детей. Диагноз лобарной эмфиземы может быть связан с нарушениями сердечно-сосудистой системы [13].

Дифференциальная диагностика обычно проводится при следующих состояниях: врожденной пневмонии, пневмотораксе, бронхогенной кисте, кисте легкого, врожденных пороках дыхательных путей, синдроме Свайера-Джеймса, хроническом бронхоолите с облитерацией (синдром Маклеода) [1, 2, 7, 15].

Тактика лечения зависит от тяжести проявления заболевания. Врожденная лобарная эмфизема может лечиться консервативно и оперативно. Хирургическое лечение проводят у младенцев младше 2 мес., кто в течение 2 мес. имеет тяжелую дыхательную недостаточность или неблагоприятные прогнозы при бронхоскопии. Необходимостью хирургического лечения является удаление пострадавших лепестков. Консервативное лечение включает в себя серийность клинического осмотра с интервалом рентгенографии грудной клетки, чтобы контролировать прогрессирование процесса. Было отмечено, что при средней степени тяжести у новорожденных с клиническими проявлениями респираторного дистресс-синдрома введение в трахею синтетического сурфактанта приводит к улучшению клинических исходов. Дети, которые лечились синтетическим поверхностно-активным веществом,

имеют пониженный риск развития пневмоторакса, снижение риска легочной интерстициальной эмфиземы, снижение риска внутрижелудочкового кровоизлияния, снижение риска бронхолегочной дисплазии, снижение риска неонатальной смертности, снижение риска смертности до выписки из стационара и в возрасте 1 г. [4, 7, 17].

Прогноз – благоприятный. У большинства больных после хирургического лечения – лобэктомии – отмечается компенсаторный рост легочной ткани, и симптомов респираторного заболевания в дальнейшем не отмечается. У некоторых пациентов в дальнейшем отмечаются проявления обструктивных заболеваний легких [10].

Таким образом, врожденная лобарная эмфизема – это редкая чаще патология с локализацией в верхней доле левого легкого. Полагают, что причины возникновения этой патологии связаны с пороками развития дыхательной системы, внутриутробной инфекцией. Симптомы болезни малоспецифичны, что затрудняет раннюю диагностику заболевания. Для диагностики проводят рентгенографию, бронхоскопию, компьютерную томографию. Лечение у новорожденных в тяжелых случаях оперативное. При умеренных респираторных нарушениях рекомендуется консервативное лечение. При всех клинических проявлениях в период новорожденности рекомендуется введение сурфактанта для профилактики пневмоторакса, бронхолегочной дисплазии. Прогноз чаще благоприятный при своевременном выявлении заболевания и лечении.

Конфликт интересов: Конфликт интересов не заявляется

Благодарности: Выражаем благодарность научному руководителю, доценту, к. м. н., почетному профессору КГМУ К. А. Кенжебаевой как наставнику, обеспечивающему общую поддержку.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Аверьянов А. В. Эмфизема легких /Под ред. А. Г. Чучалина. – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2009. – С. 93.
- 2 Баиров Г. А. Неотложная хирургия детей. – М.: Медицина, 1983. – 408 с.
- 3 Вельтищев Ю. Е. Врожденные и наследственные заболевания легких у детей / Под ред. Ю. Е. Вельтищева, С. Ю. Каганова, В. Таля. – М.: Медицина, 1986. – 304 с.
- 4 Керпель-Фрониус Э. Педиатрия. – Будапешт, 1983. – 426 с.
- 5 Климанский А. В. Хирургическая патология легких у детей. – М.: Медицина, 1975. – 133 с.
- 6 Ракицкий М. Р. Хирургические заболевания легких у детей. – Л.: Медицина, 1988. – 288 с.
- 7 Рачинский С. В. Болезни органов дыхания у детей: рук. для врачей /С. В. Рачинский, В. К. Таточенко, Р. Г. Артамонов. – М.: Медицина, 1987. – 496 с.
- 8 Черствой Е. Д. Болезни плода, новорожденного и ребенка. Нозология, диагностика, патологическая анатомия /Е. Д. Черствой, Г. И. Кравцова. – Минск: Вышейшая школа, 1991. – 212 с.
- 9 Шабалов Н. П. Неонатология. – М.: МЕД пресс-информ, 2006. – 656 С.
- 10 Bhandary A. Congenital malformations of the lung and the airway //Pediatric Pulmonology. – St. Louis: Mosby, Inc., 2005. – P. 60-76.
- 11 Staunton B. H. Congenital cytomegalovirus infection associated with development of neonatal emphysematous lung disease /B. H. Staunton, D. Crabbe, C. Cullinane //BMJ Case Rep. – 2012. – V. 16. – P. 24-38.
- 12 Chandran-Mahaldar D. Congenital Lobar Emphysema /D. Chandran-Mahaldar, S. Kumar, H. Kathamuth //Indian J. Anaesth. – 2009. – V. 53(4). – P. 482-485.
- 13 Taqvi L. Not all infantile respiratory distress in winter is bronchiolitis: congenital lobar emphysema /L. Taqvi, M. Griksaitis, K. Eastham //BMJ Case Rep. – 2011. – V. 28. – P. 67-78.
- 14 Prabhu M. Congenital lobar emphysema /M. Prabhu, T. T. Joseph //Challenges in diagnosis and ventilation. – 2006. – V. 12. – P. 12-24.
- 15 Nadeem M. Congenital Pulmonary Malformation in Children /M. Nadeem, B. Elnazir, P. Greally //Scientifica. – 2012. – V. 56. – P. 87-96.
- 16 Kumar S., Debata P. K., Gupta R. Congenital Lobar Emphysema and Intercostal Drainage Tube Insertion //J. Clin. Disease Diagn. Res. – 2012. – V. 6 (9). – P. 1568-1570.
- 17 Roger S. Synthetic surfactant for respiratory distress syndrome in preterm in-Cochrane Neonatal Group Published Online: 27 JUL 1998 /Assessed as up-to-date: 21 MAY 1998. //DOI: 10.1002/14651858.CD001149 // Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- 18 Sriparna B. Congenital lobar emphysema mimicking as persistent pneumonia in a newborn /B. Sriparna, K. G. Aditya, K. Ashok //Clin. Pract. – 2011. – V. 1(4). – P. 46-53.
- 19 The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) 2014 Issue 1. Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Поступила 03.02.2015 г.

Ye. S. Vladimirova, B. D. Aidarova, V. D. Gushev, A. Avdil, A. Z. Zhetpisova, I. A. Serdalina
CONGENITAL LOBAR EMPHYSEMA

Congenital lobar emphysema is quite rare, the true incidence is not installed. Symptoms of the disease a little specific and may occur in the neonatal period, and at a later age, the lesions may be asymptomatic or clinically occur as respiratory distress syndrome. At older ages, children may experience shortness of breath or frequent respiratory infections. Congenital lobar emphysema differentiate should primarily pneumothorax, lung cysts, diaphragmatic hernia. Congenital lobar emphysema can be treated conservatively as for children with minimal manifestations of respiratory distress syndrome, and promptly for severe respiratory failure and poor prognosis after bronchoscopy. The prognosis of this disease is generally favorable, the likelihood of manifestation of obstructive lung disease later in life.

Keywords: congenital lobar emphysema, respiratory distress syndrome, pneumothorax

Е. С. Владимирова, Б. Д. Айдарова, В. Д. Гусев, А. Авдил, А. Ж. Жетписова, И. А. Сердалина
ТУМА ЛОБАРЛЫ ЭМФИЗЕМА

Тума лобарлы эмфизема сирек кездеседі, кездесу жиілігі нақты анықталған жоқ. Ауру симптомдары жасқа тәуелді емес және ол нәрестелік кезеңде немесе кейде есейгенде ғана көрінеді, зақымдалу симптомсыз немесе клиникасы респираторлы дистресс-синдром түрінде өтуі мүмкін. Ересек жаста балаларда еңтігу немесе жиі респираторлық жұқпалар байқалады. Тума лобарлы эмфиземаны жіктеу ең алдымен пневмоторакспен, өкпе кисталарымен, диафрагмалық жыланкөзбен жүргізіледі. Тума лобарлы эмфиземаның емі респираторлы дистресс-синдромының минималді көріністерімен балаларды консервативті жүргізіледі, ал ауыр тыныс жеткіліксіздігімен және бронхоскопия жүргізгеннен кейін ағымы қатерлі болса оперативті ем жүргізіледі. Аурудың соңы жалпы қатерсіз, бірақ ересек жаста өкпенің обструктивті аурулары көрінуі мүмкін.

Түйінді сөздер: туа біткен лобарлы эмфизема, респираторлы дистресс-синдромы, пневмоторакс

ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ЖИЗНИ ДОНОРОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кафедра общественного здравоохранения, гигиены и эпидемиологии ФНПР,
кафедра социальной медицины и организации здравоохранения
Карагандинского государственного медицинского университета

Для успешного формирования стабильной донорской популяции, разработки более эффективных и современных форм агитации и пропаганды донорства необходимо знать социальную характеристику доноров молодого возраста. При изучении контингента молодых доноров было выявлено незначительное преобладание лиц женского пола (65,57%). Доноры со средним образованием составили 55,04% опрошенных, со средне-специальным – 26,7%, с высшим – 15,22% респондентов. В ходе проведения исследования установлено, что в группе доноров-студентов 76,21% опрошенных имели среднее образование, среди работающих – 35,29% ($p < 0,001$), а в группе работающих – 47,06% имели средне-специальное образование, среди студентов – 4,85% ($p < 0,001$). Полученные данные объясняются требованиями к данным категориям граждан при поступлении в учебное заведение или при трудоустройстве. Незначительный процент доноров (15,22%) отметили наличие высшего образования. Молодые люди с неполным средним образованием выявлены лишь среди работающих респондентов и составили только незначительную часть опрошенных молодых доноров (3,04%). Оценка жилищных условий показала, что 61,59% молодых доноров проживали в благоприятных условиях (в группе сравнения – 65,3%). Значительную часть респондентов, выбравших данный вариант ответа, составили работающие доноры (90,05%), среди студентов соответствующий показатель равнялся 31,07% ($p < 0,001$). Около трети доноров (34,19%) проживали в общежитии или на съемной квартире. В основном такие условия жизни характерны для студентов (64,08%), среди работающих данный показатель составил 6,34% ($p < 0,001$), которые в связи с необходимостью получения образования вынуждены жить отдельно от родителей.

Ключевые слова: донор, студенты, респонденты, условия жизни, здоровье, жилищные условия, образование, благоустройство

Для успешного формирования стабильной донорской популяции, разработки более эффективных и современных форм агитации и пропаганды донорства необходимо знать социальную характеристику доноров молодого возраста [1, 2, 3, 4, 5]. При изучении контингента молодых доноров было выявлено незначительное преобладание лиц женского пола (65,57%).

Доноры со средним образованием составили 55,04% опрошенных, со средне-специальным – 26,7%, с высшим – 15,22% респондентов. В ходе проведения исследования было установлено, что в группе доноров-студентов достоверное большинство опрошенных имели среднее образование (76,21%, среди работающих – 35,29%; $p < 0,001$), а в группе работающих – средне-специальное образование (47,06%, среди студентов – 4,85%; $p < 0,001$). Полученные данные объясняются требованиями к данным категориям граждан при поступлении в учебное заведение или при трудоустройстве. Незначительный процент доноров (15,22%) отметили наличие высшего образования. Молодые люди с неполным средним образованием выявлены лишь среди работающих респондентов и составили только незначительную часть опрошенных молодых доноров (3,04%) [6, 7].

Оценка жилищных условий показала, что более половины молодых доноров проживали в благоприятных условиях (61,59%, в группе сравнения – 65,3%), наличие отдельной квартиры или дома с высоким уровнем благоустройства отмечали 61,64% респондентов, в контрольной группе – 72,3% (имелись газ, централизованное тепло- и водоснабжение, канализация). Значительную часть респондентов, выбравших данный вариант ответа, составили работающие доноры (90,05%), среди студентов соответствующий показатель равнялся 31,07% ($p < 0,001$). Около 1/3 доноров (34,19%) проживали в общежитии или на съемной квартире. В основном такие условия жизни характерны для студентов (64,08%, среди работающих данный показатель составил 6,34%; $p < 0,001$), которые в связи с необходимостью получения образования вынуждены жить отдельно от родителей (табл. 1)

В ходе проведения исследования было установлено, что более половины молодых доноров (62,53%) работали в различных организациях, 23,3% студентов совмещали работу с учебой. Постоянное место работы имели 11,17% учащихся и 88,69% работающих ($p < 0,001$), временно трудоустроены были 12,14% студентов и 10,41% работающих ($p < 0,001$) (табл. 2).

Таблица 1 – особенности жилищных условий респондентов

Жилищные условия	Обобщенные сведения		Студенты		Работающие	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отдельный дом	82	19,2	6	2,91	76	34,39*
Отдельная квартира	181	42,39	58	28,16	123	55,66*
Комната в коммунальной квартире	11	2,58	6	2,91	5	2,26
Комната в общежитии	101	23,65	94	45,63	7	3,17*
Частная квартира	45	10,54	38	18,45	7	3,17*

*p<0,001

Таблица 2 – Наличие места работы у респондентов

Признаки	Параметры признаков	Обобщенные работы	Студенты	Работающие
Наличие места работы	нет	11,94	24,76	-
	да:	62,53	23,31	99,1*
	постоянное	51,29	11,17	88,69*
	временное	11,24	12,14	10,41

*p<0,001

При оценке характера труда было установлено, что тяжелый физический труд преобладал у 31,46% доноров, статические нагрузки и вынужденное положение тела отметили 17,23% респондентов, в 42,32% случаев выявлено умственное и психоэмоциональное напряжение (табл. 3).

Определение материальной обеспеченности молодых доноров показало, что на момент проведения исследования 39,78% из чис-

ла ответивших на данный вопрос имели низкий доход (ниже прожиточного минимума), 41,99% – средний доход (на уровне прожиточного минимума), 18,23% – высокий доход (выше прожиточного минимума) из расчета совокупного дохода на одного члена семьи. Подобное соотношение объясняется невысоким уровнем стипендий, а также заработной платы в силу различных причин: отсутствие стажа и опыта работы, необходимого уровня

Таблица 3 – Преобладающий характер труда у респондентов

Характер труда	Обобщенные сведения		Студенты		Работающие	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тяжелый физический труд	84	31,46	4	36,53*	80	36,53*
Статистические нагрузки	22	8,24	8	6,39	14	6,39
Вынужденное положение тела	24	8,99	7	7,76	17	7,76
Монотонный труд	35	13,11	4	14,16	31	14,16
Умственное напряжение	56	20,97	21	15,98*	35	15,98*
Психоэмоциональное напряжение	57	21,35	25	14,61*	32	14,61*

*p<0,001

образования для продвижения по карьерной лестнице [8, 9].

Резюмируя полученные данные, можно составить социальный портрет донора молодого возраста: в основном это девушки со средним образованием, не имеющие семьи и детей, проживающие в благоприятных жилищных условиях, имеющие низкий и средний уровни дохода [10].

ЛИТЕРАТУРА

1 Богомолова Л. Г. Донорство /Л. Г. Богомолова, Л. К. Николаева, Д. И. Рафальсон. – Л.: Медицина, 1984. – С. 6-21.

2 Герчак Я. М. Формирование готовности к здоровьесбережению студентов высшего профессионального образования: автореф. дис. ...канд. пед. наук. – Новокузнецк, 2007. – 22 с.

3 Гигиена /Под ред. акад. РАМН Г. И. Румянцева. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 608 с.

4 Глушанко В. С. Квалиметрические методы оценки медицинской и социальной эффективности медицинских технологий /В. С. Глушанко, А. В. Плиш. – Витебск, 2006. – 12 с.

5 Голосова Т. В. Гемотрансмиссивные

инфекции /Т. В. Голосова, И. К. Никитин. – М., 2003. – С. 192.

6 Голосова Т. В. Еще раз о концепции вирусной безопасности гемотрансфузий /Т. В. Голосова, Т. А. Туполева, А. В. Сомова //Вестн. службы крови России. – 2009. – №1. – С.6-9.

7 Горбач Н. А. Сравнительный анализ медико-социального и психологического портрета студентов /Н. А. Горбач, Г. Н. Гончарова, И. А. Большакова //Здравоохранение РФ. – 2003. – №2. – С. 38.

8 Гриза П. В. К вопросу развития донорства в Украине. Пути решения проблемы // Пробл. гематологии и переливания крови. – 2006. – № 1. – С. 23.

9 Гришина О. В. Опыт и перспективы государственного регулирования проблем донорства крови //Трансфузиология. – 2009. – №3. – С. 4-10.

10 Гублер Е. В. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях /Е. В. Гублер, А. А. Генкин. – Л.: Медицина, 1973. – С. 116-161.

Поступила 06.02.2015 г.

T. M. Sadvakassov, Sh. D. Dzhaketaeva, K. T. Abdrakhmanov, T. S. Sergaliev, D. B. Kulov
CHARACTERISTICS OF THE LIVING OF YOUNG DONOR

For the successful formation of a stable donor population, the development of more efficient and modern forms of agitation and propaganda of the donation is necessary to know the social characteristic of younger donors. During the examination of the contingent of young donors there was found a slight predominance of females (65,57%). Donors with secondary education accounted for 55,04% of the respondents with specialized secondary – 26,7%, with higher education the 15,22% of the respondents. During the examination there was found that a group of donors included 76,21% of respondents with secondary education, among employees – 35,29% ($p < 0.001$) and the group of employees included – 47,06% who had secondary specialized education, students were 4,85% ($p < 0,001$). The results are attributed to the requirements of this category of citizens when entering the educational units or with employment. A small percentage of donors (15,22%) noted the higher education. The young people with incomplete secondary education were identified only among working respondents and were only a small part of the surveyed young donors (3,04%). An assessment of living conditions showed that 61,59% of young donors living in favorable conditions (in the comparison group - 65,3%). A significant portion of respondents who chose this answer working were working donors (90,05%), among students - 31,07% ($p < 0,001$). About a third of donors (34,19%) lived in a dormitory or in a rented apartment. Basically, these living conditions are for students (64,08%), among working donors there was 6,34% ($p < 0,001$), which are due to the need of education are forced to live separately from their parents.

Keywords: donor, students, respondents, living conditions, health, housing, education, improvement.

T. M. Saduqasov, Sh. D. Zhaketaeva, K. T. Abdrakhmanov, T. S. Serfaliyev, D. B. Kulov
ЖАС ДОНОРЛАРДЫҢ ӨМІР ЖАҒДАЙЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Тұрақты донорлық популяцияны жемісті жасақтау, донорлықты насихаттаудың тиімді және бүгінгі заманғы түрлерін әзірлеу үшін жас донорлардың әлеуметтік сипаттамасын білу қажет. Жас донорлар контингентін зерттеу кезінде әйел жыныстарлардың аздаған басымдығы байқалды (65,57%). Сауал салынғандардың арасында орта білімі бар донорлар – 55,04%, орта арнайы білімі барлар – 26,7%, жоғары білімі барлары – 15,22% респонденттер. Зерттеу жүргізу барысында анықталды, донор-студенттер тобында сауал салынғандардың 76,21% орта білімі бар, жұмыс істеушілер арасында – 35,29% ($p < 0,001$), ал жұмыс істейтіндер тобында – 47,06% орта арнаулы білімі бар, студенттер арасында – 4,85% ($p < 0,001$). Алынған мәліметтер азаматтардың осы санаттарына оқу орнына немесе жұмысқа қабылдануы кезінде қойылатын талаптармен түсіндіріледі. Донорлардың шамалы пайызы (15,22%) жоғары білімі бар екенін көрсеткен. Білімі толық емес жас адамдар тек жұмыс істейтін респонденттер арасында анықталды және сұрау салынған жас донорлардың аз бөлігін (3,04%) құрады. Тұрғын үй жағдайын бағалау мынаны көрсетті, жас донорлардың 61,59% қолайлы жағдайда тұрған (салыстыру тобында – 65,3%). Жауаптың осы нұсқасын таңдаған респонденттердің елеулі бөлігі жұмыс істейтін донорларды құрады (90,05%), студенттер арасында бұл көрсеткіш 31,07% тең болды ($p < 0,001$). Донорлардың елеулі бөлігі (34,19%) жатақханада немесе жалдамалы пәтерде тұрған. Негізінен өмірдің мұндай жағдайы студенттерге тән (64,08%), жұмыс істейтіндер арасында бұл көрсеткіш 6,34% құрады ($p < 0,001$), олар білім алу қажеттілігіне байланысты ата-аналарынан алыста тұруға мәжбүр.

Кілт сөздер: донор, студенттер, респонденттер, өмір жағдайы, денсаулық, тұрғын үй жағдайы, білім беру,

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 615.381.2

Т. М. Садвакасов, Ш. Д. Джакетаева, К. Т. Абдрахманов, Т. С. Сергалиев, Д. Б. Кулов

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ОБРАЗА ЖИЗНИ, МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ, СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРОВ

Кафедра общественного здравоохранения, гигиены и эпидемиологии ФНПР,
кафедра социальной медицины и организации здравоохранения
Карагандинского государственного медицинского университета

Увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи невозможно без применения препаратов крови. От решения проблемы развития донорства крови зависит возможность и качество оказания специализированной помощи как в мирное время, так и в чрезвычайных ситуациях. В связи с этим данный вопрос может быть отнесен к разряду вопросов безопасности страны. Донорская кровь – это ограниченный, стратегически значимый ресурс, источником которого могут быть только доноры. В настоящее время проблема донорства вышла за пределы медицины и стала социальной. Помимо практического значения донорские движения играют особую роль в жизни общества, воспитывая в человеке высокие моральные качества. Поэтому необходимо дальнейшее совершенствование агитационных мероприятий, системы морального стимулирования безвозмездного донорства, поощрение организаторов донорского движения, а также альтернативных материальных форм вознаграждения добровольного донорства. В целом объем выборки составил 20% от генеральной совокупности доноров, находящихся в информационной базе Карагандинской областной станции переливания крови. Репрезентативность данной выборки подтверждена расчетом с использованием формулы определения необходимых наблюдений. В ходе проведения исследования был выяснен ряд причин, отвлекающих доноров от выполнения донорской функции. Дефицит времени стал основным препятствием к кроводаче для 38,41% респондентов. Опасение заразиться гемотрансмиссивными инфекциями в результате донации отметили 9,6% доноров, такая же часть опрошенных указали на болезненность процедуры кроводачи, незначительное число доноров (8,9%) указали на проблемы, связанные со здоровьем.

Ключевые слова: донация, станция, переливание крови, медицинская помощь, респонденты, донорство, репрезентативность

Увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи невозможно без применения препаратов крови. От решения проблемы развития донорства крови зависит возможность и качество оказания специализированной помощи как в мирное время, так и в чрезвычайных ситуациях. В связи с этим данный вопрос может быть отнесен к разряду вопросов безопасности страны. Донорская кровь – это ограниченный, стратегически значимый ресурс, источником которого могут быть только доноры. В настоящее время проблема донорства вышла за пределы медицины и стала социальной. Помимо практического значения донорские движения играют особую роль в жизни общества, воспитывая в человеке высокие моральные качества [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Поэтому необходимо дальнейшее совершенствование агитационных мероприятий, системы морального стимулирования безвозмездного донорства, поощрение организаторов донорского движения, а также альтернативных материальных форм вознаграждения добровольного донорства.

В целом объем выборки составил 20% от генеральной совокупности доноров, находящихся в информационной базе Карагандин-

ской областной станции переливания крови. Репрезентативность данной выборки подтверждена расчетом с использованием формулы определения необходимого наблюдения [8, 9].

В ходе проведения исследования был выяснен ряд причин, отвлекающих доноров от выполнения донорской функции. Дефицит времени стал основным препятствием к кроводаче для 38,41% респондентов. Опасение заразиться гемотрансмиссивными инфекциями в результате донации отметили 9,6% доноров, такая же часть опрошенных указали на болезненность процедуры кроводачи, незначительное число доноров (8,9%) указали на проблемы, связанные со здоровьем. Стоит отметить, что работающие респонденты чаще, чем студенты, отмечали недостаток времени (44,34% и 32,04% соответственно; $p < 0,01$), гораздо меньшим препятствием к приходу на донорский пункт для данной группы стали боязнь заражения (1,81% и 17,96% соответственно; $p < 0,001$) и болезненность манипуляции (4,07% и 15,53% соответственно; $p < 0,001$). Отсутствие разного рода факторов, отвлекающих от выполнения донорских функций, отметили лишь незначительное число молодых доноров (3,28%).

Для оценки факторов, оказывающих влияние на стремление молодежи к участию в донорстве, была отобрана контрольная группа из 430 молодых людей, ранее не принимавших участия в кроводачах, соответствующая по возрасту группе доноров. Специально разработанная для этой цели анкета состояла из вопросов об отношении к существующим мерам поддержки донорского движения, современным способам пропаганды донорства.

В исследовании оценивались побудительные мотивы к донорству. Они условно были разделены на «альтруистические», «материальные», «получение донорских льгот» и «прочие». К альтруистическим мотивам была отнесена помощь больным (в том числе родственникам или друзьям), к материальным – денежное вознаграждение. К получению донорских льгот были отнесены нефинансовые виды поощрений. Часть доноров одновременно выбирали материальные и нематериальные причины, что не противоречило исследованию.

Одной из важнейших задач для решения комплектования донорских кадров является привлечение в донорство таких групп населения, которые будут принимать участие в кроводачах безвозмездно. Альтруистический мотив был отмечен в подавляющем большинстве случаев (64,4 на 100 опрошенных, в контрольной группе данный показатель составил 76,28 на 100 опрошенных; $p < 0,001$), что свидетельствует о гуманности, отзывчивости значительной части молодых людей. При этом стоит отметить, что целью участия в кроводачах для подавляющего большинства студентов (82,52 на 100 опрошенных) стала помощь больным людям, в группе работающих респондентов соответствующий показатель составил 47,51 на 100 опрошенных ($p < 0,001$). Эти показатели свидетельствуют о недостаточной информированности населения по вопросам поддержки донорства, что отрицательно влияет на приток доноров на пункты сдачи крови [10].

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Агаджанян Н. А. Проблема здоровья студентов и перспективы развития //Матер. I Всерос. науч. конф. «Образ жизни и здоровье студентов». – М.: РУДН, 2005. – С. 5-9.
- 2 Агаджанян Н. А. Этюды об адаптации и путях сохранения здоровья /Н. А. Агаджанян, А. И. Труханов, Б. А. Шендеров. – М.: Сирин, 2012. – 156 с.
- 3 Анискина М. Б. Квазибезвозмездное донорство: определение, истоки, следствия // Здравоохранение РФ. – 2008. – №3. – С. 39-42.
- 4 Афонин Н. И. Донорство в Российской Федерации //Вестн. службы крови России. – 2002. – № 3. – С. 3-13.
- 5 Афонин Н. И. Донорство крови: трудности и решения //Вестн. службы крови России. – 2004. – №2. – С. 7-9.
- 6 Бабарыкина А. А. Социальный портрет донора /А. А. Бабарыкина, Т. И. Поспелова, М. И. Лосева //Пробл. гематологии и переливания крови. – 2003. – №1. – С. 38.
- 7 Базарный В. В. Социально-демографическая характеристика доноров Екатеринбург /В. В. Базарный, В. А. Терских, А. И. Кузьмин //Гематология и трансфузиология. – 2006. – Т. 51, №1. – С.44-46.
- 8 Бакуменко О. Е. Оценка состояния здоровья и анализ фактического рациона питания учащихся вуза /О. Е. Бакуменко, А. Ф. Дорнин, Б. А. Шендеров //Вестн. ОГУ. – 2005. – №11. – С. 43.
- 9 Безопасность крови и ее наличие в мире //Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2009. – №279. – 16 с.
- 10 Белин Н. Б. Служба крови субъекта федерации и муниципальная система здравоохранения: формирование системы гарантированного обеспечения компонентами крови муниципальных учреждений здравоохранения // Новое в трансфузиологии. – 2004. – Вып. 39. – С. 8991.

Поступила 09.02.2015 г.

T. M. Sadvakassov, S. D. Dzhaketaeva, K. T. Abdrakhmanov, T. S. Sergaliev, D. B. Kulov

MODERN NOTIONS ABOUT SOCIAL AND HYGIENIC ASPECTS OF LIFESTYLE, MEDICAL ACTIVITY AND HEALTH OF THE DONORS

The increase of high-tech medical care is impossible without the use of blood products. The opportunity and quality of specialized assistance both in peacetime and in emergency situations depends on the solving the problem of blood donation. Donated blood - is limited, the strategic important resource, provided by only a donor. Currently, the problem exceeded the bounds of donation of medicine and became social. Therefore, further improvement of communications, moral voluntary donation system, encourage of the donor movement organizations, as well as alternative material forms of voluntary donation reward. In general, the sample size was 20% of the total number of donors in the data base of the Karaganda regional blood transfusion. The representativeness of the sample was confirmed by the using the formula determining the necessary observations. In the course of the study there was a number of reasons,

distracting donors to fulfill donor function. A lack of time was the main obstacle to the donations for 38.41% of the respondents. A fear of contracting bloodborne infections as a result of the donation indicated 9.6% of the donors; the same proportion of respondents pointed to the pain procedures, a small number of donors (8.9%) indicated problems with their health.

Keywords: donation, station, blood transfusion, medical care, respondents, donation, representativeness

Т. М. Садуақасов, Ш. Д. Жакетаева, К. Т. Абдрахманов, Т. С. Серғалиев, Д. Б. Құлов
ДОНОРЛАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САЛТЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ ҚЫРЛАРЫ, МЕДИЦИНАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІ МЕН ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ ТУРАЛЫ ҚАЗІРГІ КӨЗҚАРАСТАР

Жоғары технологиялық медициналық көмек көлемін арттыру қан препараттарын қолданусыз мүмкін емес. Қан донорын дамыту мәселесін шешуге бейбіт уақытта да, төтенше жағдайларда да арнайы көмек көрсетудің мүмкіндігі мен сапасы тікелей тәуелді болып келеді. Соған байланысты бұл мәселе ел қауіпсіздігі мәселелерінің қатарына жатады. Донорлық қан – бұл шектелген, стратегиялық маңызды ресурс, оның көзі тек қана донорлар болып табылады. Қазіргі уақытта донорлық проблемасы медицинаның шегінен шығып, әлеуметтік мәселеге айналды. Бұған қоса донорлық қозғалыстың практикалық маңызы қоғам өмірінде ерекше роль атқарып, адамның бойында жоғары моральдық қасиеттер тәрбиелейді. Сондықтан, үгіттеу іс-шараларын одан әрі жетілдіру, қайтарымсыз донорлықты ынталандыру жүйесін қолдау, донорлық қозғалыс ұйымдастырушыларын ынталандыру, сол сияқты ерікті донорлықты ынталандырудың баламалық материалдық түрлерін енгізу қажет. Жалпы алғанда, таңдама көлемі Қарағанды облысының қан құю станциясының ақпараттық базасындағы донорлар тобының 20% құрады. Бұл таңдаманың репрезентативтілігі қажетті бақылауларды анықтау формуласын қолданумен есептеу арқылы бекітілген. Зерттеу барысында донорларды донорлық функцияларын орындаудан алаңдататын бірқатар себептер анықталды. Уақыт тапшылығы 38,41% респонденттер үшін қан тапсыруға негізгі кедергі болған. Гемотрансмиссивті инфекцияларды жұқтырып алу қатерін 9,6% донор көрсеткен, сол сияқты сауал салынғандардың үлкен бөлігі қан тапсыру рәсімінің ауырлығын көрсеткен, донорлардың шамалы бөлігі (8,9%) денсаулығына байланысты проблемаларды көрсеткен.

Кілт сөздер: донация, станция, қан құю, медициналық көмек, респонденттер, донорлық, репрезентативтілік.

**М. А. Кинаятов, А. Б. Ешмагамбетова, Г. Т. Калиева, Ж. Г. Ибрайбеков,
Е. С. Татина, Ш. Е. Турысбекова**

АРАЛ ҚАЛАСЫНДА ТҰРАТЫН ЕР АДАМДАРДЫҢ СПЕРМАТОГЕНЕЗИНЕ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

Медицинада маңызды бағыттардың бірі зиянды факторлардың әсерінен репродуктивті денсаулық бұзылысының қауіпін бағалау болып табылады. Арал қаласында тұратын ер адамдардың сперматогенезіне экологиялық факторлардың әсерін бағалау, сонымен қатар әртүрлі жас топтарының арасындағы алынған нәтижелерге салыстырмалы талдау жүргізілді. Клинико-зертханалық зерттеулердің қорытындысы сперматогенездің тұрақты бұзылысын, сондай-ақ жас ер адамдардағы сперматозоидтардың қозғалмайтын түрлерінің санының жоғарылауын көрсетті.

Кілт сөздер: сперматогенез, репродуктивті жас, эякулят, молекулалық-генетикалық өзгерістер, физиологиялық өзгерістер

Арал дағдарысы халықтың арасындағы демографиялық көрсеткіштердің өзгерістеріне әкелетін, аймақтағы экожүйелердің тозуы апатты қоршаған ортаға терең өзгерістер тудыратын, қазіргі кездегі жаһандық экологиялық мәселелердің бірі ретінде танылады. Репродуктивті денсаулық ұрпақтан - ұрпаққа берілетін өмір сапасын қолдау арқылы көрсететін, адам дамуындағы орталық және жалпы денсаулық сақтаудағы маңызды бөлігі болып табылады.

Медицинада өзекті мәселе зиянды факторлардың әсерінен репродуктивті денсаулықтың қауіпін бағалау болып табылады. Ауыр металдардың қуаты, хлорорганикалық пестицидтер және басқа да агенттер гематотескулярлы тосқауыл орнатып, репродуктивті денсаулықтың бұзылуын тудырады[1].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) ұсыныстарындағы негізгі бағыт, ер адамның репродуктивті жүйесіне кешенді экологиялық факторлардың әсерін зерттеу болып табылады[4]. Бұл аймақта ер адамның репродуктивті статус жағдайы зерттелмеген, сперматозоидтардың физиологиялық өзгерістеріне молекулалық-генетикалық зерттеу жүргізу қажет екендігін анықтады.

Зерттеу мақсаты: Арал қаласында тұратын ер адамдардың сперматогенезіне экологиялық факторлардың әсерін зерттеу болып табылды.

МАТЕРИАЛДАР ЖӘНЕ ӘДІСТЕР

Біз Қызылорда облысының Арал қаласында тұратын 18-49 жас аралығындағы репродуктивті жастағы 235 ер адамдарға

зерттеу жүргіздік, олар жастары бойынша келесідей топтарға бөлінді:

1-топ: 18-29 жас аралығындағы ер адамдар. Бұл топқа – 82 адам енгізілді. 2-топты 30-39 жас аралығындағы 80 ер адам құрады. 3-топқа 40-49 жас аралығындағы 73 ер адам енгізілді. Барлық ер адамдар Арал қаласының тұрғылықты тумасы. Эякулятты зерттеу стандартты әдіс бойынша жүргізілді [2,3]. Микроскопиялық зерттеу үшін «МИКМЕД 5» 400 есе үлкейтіп көрсететін жарық микроскопы және Горяев торшасы пайдаланылды.

Микроскопиялық зерттеуге эякуляттың 10 есе сұйылтылуы пайдаланылды. Келесідей көрсеткіштер анықталды: Белсенді және белсенсіз сперматозоидтардың түрлерінің саны (қозғалысы жылдам және баяу, қозғалмайтын); эякуляттағы сперматозоидтардың жалпы саны, 1 мл эякуляттағы сперматозоидтардың концентрациясы. Сперматозоид эякуляттың сандық және сапалық сипаттамасын анықтау үшін ДДҰ ұсынған фертильді эякулят критеріі пайдаланылды [6].

НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Жүргізілген зерттеу жұмыстары көрсетті: 1-топтағы ерлердің эякулятында қалыптан тыс ауытқулар байқалмайды, ұрықтандыруға қабілеті төмен эякулят 15,3% және ұрықтандыруға қабілетсіз 84,7% болуы мүмкіндігін көрсетті. 2-топтағы ер адамдарда қалыпты эякулят 60-69 млн/мл – 17%, төмен эякулят 40-59 млн/мл – 39%, 20-39 млн/мл – 28% және сперматозоид саны төмен эякулят – 20 млн/мл - 16% байқалды. 3-топтағы ер адамдарда қалыпты эякулят 60-69 млн/мл – 21% байқалса, 40-59 млн/мл – 39%, 20-39 млн/мл – 30% және 20 млн/мл – 10%

Кесте 1 – Зерттелген адамдардың 1мл-ғы сперматозоидтардың пайыздық саны

Сперматозоидтардын саны, %	ДДҰ бойынша стандарт	Зерттелген жастық топтар		
		18-29	30-39	40-49
70 және жоғары	100	-	-	-
60-69	-	-	17	21
40-59	-	15,3	39	39
20-39	-	43	28	30
20 төмен	-	41,7	16	10

анықталды. Жастық топтар бойынша зерттеу жүргізілген адамдардағы 1 мл-ғы сперматозидтардың саны туралы мәлімет 1-кестеде көрсетілген.

Салыстырмалы бағалау үшін біздің өз бақылауларымыз және әдеби деректерге талдау жүргізілді. 1мл-ғы 60 млн төмен сперматозоидтардың саны эякуляттық ұрықтандыру қабілеттілігі төмендігін дәлелдейді.

Қалыпты зооспермияға 1мл сперматозоидтағы 60-100 млн-ға дейінгі эякуляттар қабылданады. Әдеби деректер бойынша ер адамдардағы 1 мл эякуляттағы қалыпты сперматозоидтардың саны 70 млн/мл және оданда жоғары болады [7, 8].

Ұрықтандыруға қабілетсіз эякулятты салыстырмалы талдау жасағанда 18-29 жас аралығындағы топтарда ең жоғары құндылықты көрсетті.

ҚОРЫТЫНДЫ

1. Осылайша Қызылорда облысының Арал қаласында тұратын барлық зерттеу жүргізілген ер адамдарда сперматозоидтардың физиологиялық сипаттамасы бойынша ДДҰ ұсынған қалыптан (нормасынан) ауытқу бар, яғни потологиялық үрдістердің дамуына әкелетін сперматогенез үрдісіне экотоксиканттардың жағымсыз әсері байқалады.

2. Біздің зерттеу нәтижелеріміз әдебиеттерден алынған мәліметтер растайды, яғни сыртқы ортаның жағымсыз факторларының әсері кезінде жас жігіттердің сперматозоидтарындағы зат алмасу үрдістерінің бұзылысынын байқалатындығын көрсетті [5]. Клиникалық-зертханалық зерттеулердің қорытындысы сперматогенездің тұрақты бұзылысын, яғни: Арал қаласында тұратын жас топтағы ер адамдарда сперматозоидтардың қозғалмайтын түрлерінің

санының жоғарылауын, ал жылдам қозғалатын түрлерінің санының төмендеуін көрсетті.

ӘДЕБИЕТТЕР

1 Арыстанова Г. Т. Арал маңындағы аймақтардағы экологиялық апаттардың салдарынан қоршаған ортаның объектілерінің гигиеналық сипаттамасының сапасы. (Қызылорда облысының Арал ауданының мысалында): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Алматы, 2000. – 31 б.

2 Долгов В. В. Ер адамдардың бедеулігінің зертханалық диагностикасы /В. В. Долгов, С. А. Луговская, Н. Ж. Фанченко. – М.: Триада, 2006. – 144 б.

3 Зубков А. Ю. Эякулятты клиникалық зерттеулер /А. Ю. Зубков, М. Э. Ситдыкова, А. Р. Патрина. – Казань: ҚММУ, 2001. – 22 б.

4 Кожура В. В. Аймақтық контекстегі демографиялық үрдістердің негізгі тенденциялары /В. В. Кожура, В. В. Егеров, А. М. Мхоян //Адам экологиясы. – 2006. – №3. – Б. 26-28.

5 Култанов Б. Ж. Кейбір физикалық және химиялық факторлардың, оның коррекциясының әсері кезіндегі сперматогенездің бұзылысы: Автореф. дис. ...канд. биол. наук. – Алматы, 1998. – 38 б.

6 Миронова И. И. Жалпы клиникалық зерттеулер /И. И. Миронова, Л. А. Романова, В. В. Долгов. – М.: Триада, 2005. – Б. 165-195.

7 Сперматозоидтардың морфологиялық түрлерінің атласы /Н. П. Гончаров, А. Д. Добрачева, М. В. Корякин и др. – М.: Медициналық ақпараттық ұйым, 2006. – 96 б.

8 Ashok A. Proteomics, oxidative stress and male infertility /A. Ashok, D. Damayanthi, H. Jacques //Reproductive Biomedicine. – 2014. – V. 29. – P. 32-58.

Поступила 11.02.2015 г.

M. A. Kinayatov, A. B. Yeshmagambetova, G. T. Kaliyeva, B. Zh. Ibraibekov, Ye. S. Tatina, Sh. Ye. Turysbekova
INFLUENCE OF ECOLOGICAL FACTORS OF SPERMATOGENESIS IN MEN LIVING IN ARAL CITY

One of the most important areas in medicine is to assess the risk to reproductive health under the influence of harmful factors. The influence of environmental factors on spermatogenesis in men living in Aral city , as well as a comparative analysis of the results among the various age groups. Analysis of clinical and laboratory studies showed persistent abnormalities in sperm, as well as increasing the number of fixed forms in young men.

Keywords: spermatogenesis, reproductive age, ejaculate, molecular genetic studies, physiological changes

М. А. Кинятов, А. Б. Ешмагамбетова, Г. Т. Калиева, Ж. Г. Ибрайбеков, Е. С. Татина, Ш. Е. Турысбекова
ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СПЕРМАТОГЕНЕЗ У МУЖЧИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. АРАЛЬСКЕ

Одним из важнейших направлений в медицине является оценка риска нарушения репродуктивного здоровья при воздействии вредных факторов. Проведена оценка влияния экологических факторов на сперматогенез у мужчин, проживающих в г. Аральск, а также сравнительный анализ полученных результатов среди различных возрастных групп. Анализ клинико-лабораторного исследования показал стойкие нарушения сперматогенеза, а также увеличение количества неподвижных форм у мужчин молодого возраста.

Ключевые слова: сперматогенез, репродуктивный возраст, эякулят, молекулярно-генетические исследования, физиологические изменения

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616-036.22/.98

Р. Х. Бегайдарова¹, Г. Е. Насакаева¹, Е. А. Юхневич-Насонова¹,
Г. К. Алшынбекова¹, А. Е. Дюсембаева²

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЛЯМБЛИОЗУ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2012-2014 ГГ.

¹Кафедра детских инфекционных болезней

Карагандинского государственного медицинского университета,

²Департамент Комитета Госсанэпиднадзора по Карагандинской области

По данным государственного санитарно-эпидемиологического надзора проведен сравнительный анализ заболеваемости лямблиозом с 2012-2014 гг. по Карагандинской области. Анализируя территориальное распределение лямблиоза по Карагандинской области, можно отметить, что в 2014 г. заболеваемость по сравнению с 2013 г. несколько уменьшилась, но все же показатели заболеваемости остаются на высоком уровне. Наибольшая заболеваемость приходилась на крупные города Карагандинской области (Караганда, Темиртау, а также Абайский, Казыбекбийский и Октябрьский районы), а минимальная, вплоть до нулевых значений, была отмечена практически во всех районах области.

Анализ заболеваемости среди различных контингентов населения за 2014 г. показал, что наиболее неблагоприятным контингентом по данному заболеванию являются дети до 14 лет – 163 (41,2%) человека, прочие – 90 (22,7%), рабочие – 52 (13,3%).

Ключевые слова: анализ, заболеваемость, лямблиоз, эпидемиология, население, контингент, дети, рабочие

В настоящее время наблюдается стремительный рост паразитарного загрязнения внешней среды, в том числе простейшими. Наиболее значимой паразитарной инвазией в настоящее время является лямблиоз. В ходе ретроспективного эпидемиологического анализа установлено, что динамика заболеваемости лямблиозом в Карагандинской области имеет тенденцию к росту и оценивается как выраженная. Этому способствует ухудшение экологической обстановки, сопровождающееся снижением иммунной защиты организма.

Лямблиоз встречается повсеместно и в среднем выявляется у 20% практически здорового населения. Клинические проявления лямблиоза регистрируются во всем мире почти у 500 млн. больных в год. Лямблиоз – наиболее распространенная инвазия кишечника в развитых странах, во всех климатогеографических зонах. В развитых странах инвазированность среди взрослых составляет 3-5%, в развивающихся – свыше 10% [1, 2.]

В последние годы отмечается тенденция к увеличению уровня заболеваемости лямблиозом, так, по данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в странах Азии, Африки, Латинской Америки лямблиозом ежегодно заражаются около 200 млн. человек [3]. В большинстве стран, в том числе в России, случаи лямблиоза подлежат обяза-

тельной регистрации и статистическому учету. Лямблиоз регистрируется во всех возрастных группах. В Российской Федерации ежегодно регистрируется более 100 тыс. больных, из которых до 90 тыс. детей. Если сравнивать российские показатели уровня заболеваемости лямблиозом, то они будут почти на уровне с африканскими странами. По данным ВОЗ, распространенность лямблиоза в детской популяции составляет 350 случаев на 100 000 детского населения. Этот показатель в разных регионах может значительно колебаться в большую или меньшую сторону в зависимости от санитарно-бытовых условий, возможности диагностики и начертанности врачей [3].

Неблагополучная эпидемиологическая обстановка по заболеваемости лямблиозом обусловлена прежде всего неудовлетворительным обеспечением населения доброкачественной питьевой водой, загрязнением открытых водоемов неочищенными канализационными стоками. Основным резервуаром инфекции служит человек, но и млекопитающие (собаки, кошки) могут быть заражены лямблиями и выделять цисты [4, 5].

Лямблиоз относится к контагиозным протозоозам. Факторами передачи возбудителя являются грязные руки, вода, пища, содержащие цисты лямблий. Насекомые (мухи, тараканы, мучные хрущаки, навозные жуки) также могут способствовать распространению цист

лямблий. Механизм передачи инвазии – фекально-оральный. Заражающая доза составляет порядка 10-100 цист. Восприимчивость людей к заражению различна.

Немалый вклад в увеличение заболеваемости лямблиозом вносят различные неблагоприятные состояния: прежде всего несбалансированное питание в виде повышенного потребления легкоусвояемых углеводов на фоне значительного дефицита белка, а также нарушение микрофлоры кишечника после терапии антибиотиками.

Лямблии поражают преимущественно желудочно-кишечный тракт, при этом поражение 12-перстной кишки, желчевыводящей системы и тонкого кишечника является доминирующим в клинической картине болезни. Ведущая роль в формировании устойчивости к инфицированию лямблиями отводится барьерной функции слизистой оболочки тонкой кишки, состоянию местного и активности клеточного иммунитета. Инвазии предшествует снижение резистентности слизистой оболочки тонкой кишки, нарушение ее защитных свойств. Существенное повреждающее действие на слизистую оболочку могут оказать ксенобиотики: консерванты, красители, некоторые вкусовые добавки, входящие в состав низкокачественных пищевых продуктов.[5].

Несмотря на проводимые противоэпидемические мероприятия, лямблиоз остается одним из распространенных контагиозных паразитарных заболеваний. Паразитоносители представляют особую угрозу в качестве источников инвазии, так как они не получают лечения. Зараженный человек и животные выделяют зрелые инвазионные цисты, так как уже в дистальных отделах тонкой и ободочной кишки осуществляется инцистирование трофозон-

тов. Период выделения у человека цист начинается в среднем на 9-12 сут после заражения и может длиться многие месяцы.

Цель работы – анализ эпидемиологической ситуации при лямблиозных инвазиях в Карагандинской области за 2012- 2014 гг.

Ежегодно в Казахстане свыше 10 тыс. детей страдают лямблиозом. По Карагандинской области в разные годы эти цифры варьируют от 396 до 929 тыс. (табл. 1).

Изучение заболеваемости лямблиозом за 2012-2014 гг. по Карагандинской области показало тенденцию к снижению. Так, если в 2012 г. заболеваемость лямблиозом составляла 929, то в последующие годы отмечается снижение до 399. По данным статистического исследования установлена более высокая частота лямблиоза у взрослых, которая в 2-3 раза превышает таковую у детей.

Интенсивный показатель на 100 тыс. населения колеблется в пределах от 68,2% до 28,91% с 2012 по 2014 г. Показатели заболеваемости среди детей до 14 лет составили 313 случаев в 2012 г. с последующей тенденцией к снижению в 2014 г. до 163 случаев. Интенсивный показатель заболеваемости на 100 тыс. детского населения был в пределах 109,6% в 2012 г., а в 2014 г. равнялся 54,59%. Проведен анализ заболеваемости по возрастному составу (табл. 2).

Заболеваемость лямблиозом у детей до 1 года составила 25 случаев с пиком подъема в 7-10 лет до 72 случаев. У взрослых самые высокие показатели регистрировались в возрасте 20-29 лет и в возрасте 40-49 (49-50 случаев соответственно). Изучены показатели заболеваемости лямблиозом среди детского населения по различным контингентам (табл. 3). Так, наибольшие показатели по лямблиозу

Таблица 1 – Показатель заболеваемости лямблиозом по данным эпидемиологического отдела Областной СЭС г. Караганды с 2012 по 2014 г.

Год	Всего заболеваний	В том числе дети до 14 лет	Заболеваемость на 100 тыс. населения	Заболеваемость на 100 тыс. детского населения
2012	929	313	68,2	109,6
2013	446	145	32,72	49,48
2014	396	163	28,91	54,59

Таблица 2 – Заболеваемость лямблиозом по возрастному составу

1-3 года	4-6 лет	7-10 лет	11-14 лет	15-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше	Всего
25	21	72	45	30	49	46	50	39	19	396

Таблица 3 – Заболеваемость лямблиозом среди детского населения

Контингент детского населения	Заболеваемость	
	абс.	%
Детское дошкольное учреждение	17	10,04
Общеобразовательная школа	87	53,4
Неорганизованные дети	59	36,6
Школа-интернат	0	0
Детские дома	0	0
Контактные	0	0
Всего выявлено	163	

выявлены у учеников общеобразовательных школ – 87 (53,4%) детей, а также у неорганизованных детей – 59 (36,6%).

Поанализирована заболеваемость лямблиозом по Карагандинской области (табл. 4, рис. 1). При изучении территориального распределения лямблиоза по Карагандинской области отмечено, что в 2014 г. заболеваемость по сравнению с 2013 г. несколько уменьшилась, но все же показатели остались на высоких цифрах. Наибольшая заболеваемость приходилась на крупные города Карагандинской области (Караганда, Темиртау), а также Абайский, Казыбекбийский, Октябрьский районы, а минимальная, вплоть до нулевых значений, была отмечена практически во всех районах области. Низкие показатели заболеваемости лямблиозом в районах свидетельствуют о далеко не благополучной эпидемиологической конъюнктуре и напрямую говорят о неудовле-

Таблица 4 – Заболеваемость лямблиозом по Карагандинской области за 2013-2014 гг.

Территориальная заболеваемость лямблиозом	Всего заболевших		Показатель на 100 тыс. населения		В том числе дети до 14 лет		Показатель на 100 тыс. детского населения	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
г. Балхаш	1	6	1,29	7,69	1	3	5,7	11,38
г. Жезказган	5	4	5,62	4,49	2	4	9,78	19,39
г. Каражал	1	1	5,22	5,22	0	0	0	0
г. Приозерск	2	2	15,17	15,09	2	2	58,16	58,51
г. Сарань	1	0	1,95	0	1	0	12,96	0
г. Сатпаев	0	3	0,00	4,28	0	0	0	0
г. Темиртау	131	88	72,38	48,21	37	37	108,76	105,3
г. Шахтинск	7	6	12,27	10,48	4	3	38,73	28,61
Абайский р-н	36	21	66,58	38,37	29	11	253,08	93,96
Актогайский р-н	0	1	0	5,49	0	0	0	0
Бухар-жырауский р-н	17	47	26,87	74,73	8	32	57,2	226,1
Жана-аркинский р-н	2	10	6,19	30,55	0	7	11,8	94,34
Каркаралинский р-н	4	5	9,89	12,67	3	1	31,12	10,47
Нуринский р-н	0	12	0	49,1	0	5	0	84,88
Осакаровский р-н	1	2	3	6,05	0	1	0,00	12,71
Шетский р-н	13	8	28,89	17,95	6	5	48,66	40,78
Улытауский р-н	0	0	0	0,00	0	0	0	0
Казыбек-би р-н	108	74	41,94	25,36	28	30	53,49	56,52
Октябрьский р-н	117	106	52,73	47,05	24	22	51,08	44,24
Всего по области	446	396	32,72	28,91	145	163	49,48	54,59

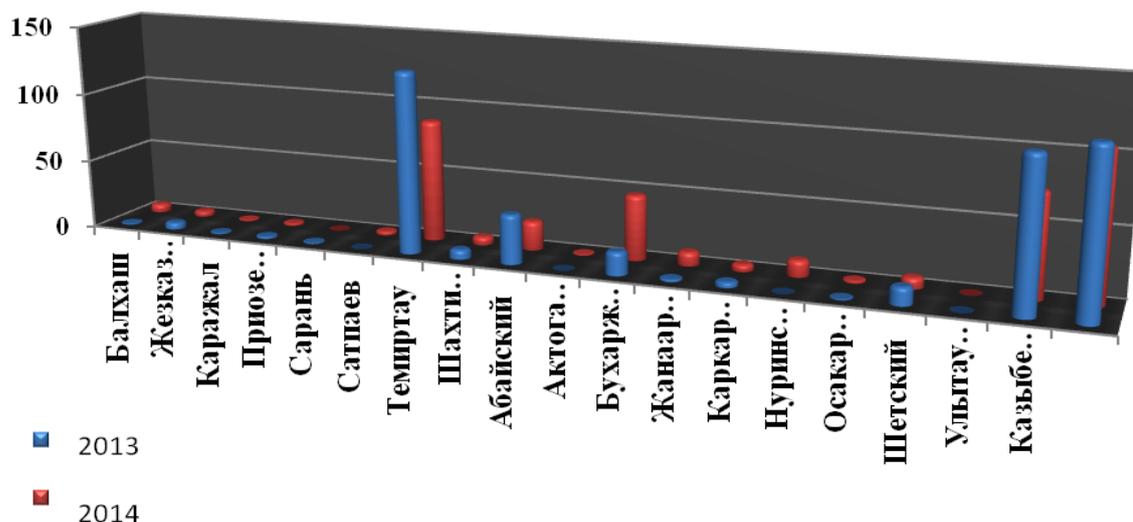


Рисунок 1 – Количество больных лямблиозом по Карагандинской области за 2013-2014 гг.

творительной работе лабораторной службы в районных больницах.

Проанализирована заболеваемость среди различных контингентов населения за 2014 г. (табл. 5, рис. 2). Так, наиболее неблагоприятным контингентом по данному заболеванию являются дети до 14 лет – 163 (41,2%), прочие – 90 (22,7%), рабочие – 52 (13,3%).

Таблица 5 – Показатель заболеваемости лямблиозом среди различных контингентов населения по данным отдела эпидемиологического надзора за паразитарными заболеваниями Департамента Комитета Госсанэпиднадзора по Карагандинской области за 2014 г.

Контингент населения	Заболеваемость	
	абс.	%
Служащие	11	2,8
Работники образования	2	0,5
Ветеринарные специалисты	0	0
Рабочие	52	13,1
Без определенного рода занятий	53	13,4
Дети до 14 лет	163	41,2
Студенты	8	2,02
Пенсионеры	17	4,3
Туристы	0	0
Прочие	90	22,7
Всего выявлено	396	

Охват больных лечением составил 100%, эффективность проведенного лечения положительная. Исследованы 382 пробы питьевой воды, цисты лямблий не обнаружены.

Таким образом, по данным государственного санитарно-эпидемиологического надзора Карагандинской области за 2012-2014 гг. наблюдается тенденция к снижению заболеваемости лямблиозом. Если в 2012 г. заболеваемость лямблиозом составляла 929, то в 2014 г. отмечено снижение до 399. По данным статистического исследования установлена более высокая частота лямблиоза у взрослых, которая в 2-3 раза превышает таковую у детей.

Анализируя территориальное распределение лямблиоза по Карагандинской области, можно отметить, что заболеваемость в 2014 г. по сравнению с 2013 г. несколько уменьшилась, но все же показатели заболеваемости остаются на высоких цифрах. Наибольшая заболеваемость наблюдается в крупных городах Карагандинской области (г. Караганда, г. Темиртау, Абайский, Казыбекбийский, Октябрьский), а минимальная, вплоть до нулевых значений, была отмечена практически во всех районах области.

Низкие показатели заболеваемости лямблиозом в районах свидетельствуют о далеко не благополучной эпидемиологической конъюнктуре и напрямую говорят о неудовлетворительной работе лабораторной службы в районных больницах.

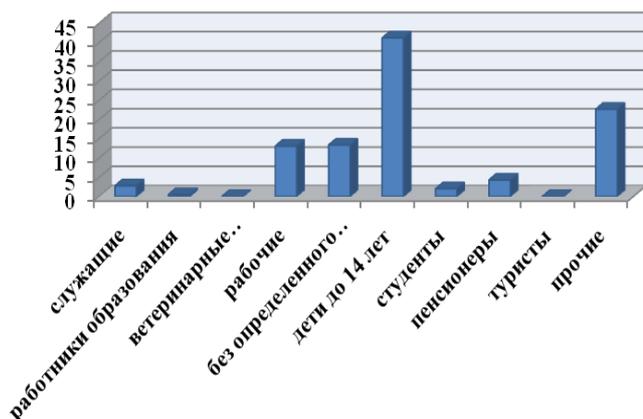


Рисунок 2 – Показатель заболеваемости лямблиозом среди различных контингентов населения

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Авдюхина Т. И. Лямблиоз: Учеб. пособие /Т. И. Авдюхина, Т. Н. Константинова, Т. В. Кучеря. – М., 2003. – 34 с.
- 2 Бандурина Т. Ю. Лямблиоз у детей / Т. Ю. Бандурина, В. Н. Самарина. – М., 2002. – 53 с.
- 3 Иванова В. В. Инфекционные болезни у детей: Рук. для врачей. –М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009. – 832 с.
- 4 Руководство по инфекционным болезням /Под Ю. В. Лобзин. – СПб.: Фолиант, 2003. – 678 с.
- 5 Yoder J. S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) /J. S. Yoder, C. Harral, M. J. Beach //Giardiasis surveillance. – 2010. – V. 59 (6). – P. 15-25.

Поступила 16.02.2015 г.

R. Kh. Begaydarova, G. Ye. Nasakayeva, Ye. A. Yukhnevich, G. K. Alshynbekova, A. Ye. Dusembayeva
EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF GIARDIASIS IN KARAGANDA REGION FOR 2012-2014

According to state sanitary-epidemiological surveillance carried out a comparative analysis of the morbidity of giardiasis from 2012-2014 in Karaganda region. By analyzing the territorial distribution of giardiasis in Karaganda region, it may be noted that the morbidity in 2014, compared to 2013 decreased slightly, but all the same incidence rates remain high figures. The highest morbidity occurs in the major cities of Karaganda regions (Karaganda, Temirtau, Abay, Kazybekbi, October), and the minimum has been featured in almost all districts of the region.

Analysis of the incidence among different populations for 2014 showed that the most disadvantaged contingent on this disease are children under the age of 14 163 (41,2%), other – 90 (22,7%), the workers – 52 (13,3%).

Keywords: analysis, morbidity, giardiasis, epidemiology, population, contingent, children, workers

P. X. Бегайдарова, Г. Е. Насакаева, Е. А. Юхневич-Насонова, Г. К. Алшынбекова, А. Е. Дюсембаева
ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНДА 2012-2014 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДА ЛЯМБЛИОЗ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Мемлекеттің санитарлы-эпидемиологиялық бақылау мәліметтері бойынша 2012-2014 жылдары Қарағанды облысы бойынша лямблиозбен науқастанудың салыстырмалы сараптамасы жүргізілді. Қарағанды облысының лямблиозбен территориялық жайылуын сараптай келгенде, науқастанудың 2014 ж., 2013 ж. қарағанда азайғанын атап өтуге болады, алайда науқастанудың сандары әлі де жоғарғы сандарда қалған. Ең көп науқастану Қарағанды облысының ірі қалаларында байқалған (Қарағанды, Теміртау, Абай, Қазыбек би, Октябрь), ал минималды, тіпті нөлдік өлшемдерде, облыстың барлық аудандарында тіркелген.

2014 жылғы әр түрлі контингенттер арасындағы науқастану сараптамасы бойынша, ең жаман көрсеткіште осы аурумен ауыратын контингентке 14 жасқа дейінгі балалар 163 (41,2%), басқа да 90 (22,7%), жұмыскерлер 52 (13,3%) жатады.

Кілт сөздер: анализ, ауыру, лямблиоз, эпидемиология, тұрғындар, контингент, балалар, жұмысшылар

Б. А. Омаржанова, Ш. Д. Джакетаева, Т. С. Сергалиев

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения
Карагандинского государственного медицинского университета

Заинтересованность государства в укреплении здоровья детей и улучшении демографической ситуации нашла отражение в современных системах реформирования отечественного здравоохранения, в определении приоритетности направлений профилактики заболеваний, эффективного оздоровления больных детей. По экспертной оценке в оздоровительных мероприятиях в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений нуждаются 51,8% детей, в санаторно-курортном оздоровлении – 15,9%. В динамике изучаемых пяти лет (2009-2014 гг.) выявлен рост уровня заболеваемости детского населения в Карагандинской области, причем наиболее значительный – в показателях первичной заболеваемости болезнями органов дыхания: в среднем по Карагандинской области с 451,6 до 675,0 на 1 000 человек. Во многих сельских районах области (Осакаровский, Нуринский, Бухар-Жырауский, Жана-Аркинский и др.) темп роста этого класса болезней был существенно выше: 71,2-108,1%. Уровень первичной заболеваемости болезнями органов дыхания среди детей в настоящее время составляет в селах от 118,8 до 767 случаев на 1 000 человек. В Осакаровском районе данный показатель является средним по Карагандинской области. По результатам медосмотров учащихся школ Осакаровского района 6-15 лет (от подготовительного класса до выпускников основной общеобразовательной школы) выявлено, что распространенность болезней дыхательной системы в 2014 г., многократно превышая другие группы заболеваний, равнялась 1 564,0 случаям на 1 000 обследованных детей, составляя 78,5% от всех болезней, и при этом определяются половозрастные различия. Сочетанная патология и функциональные нарушения других органов и систем организма среди школьников с хроническим бронхитом в стадии ремиссии наблюдались у 73,6% обследованных, среди больных бронхиальной астмой – у 71,5%, тогда как у часто болеющих детей – в 41,2% случаев, а у здоровых детей встречались лишь у нескольких человек. Чаще всего у школьников с заболеваниями органов дыхания выявлялись нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, что согласуется с данными литературы.

Ключевые слова: органы дыхания, детский санаторий, болезненность, заболеваемость, амбулатория, поликлиника, бронхит, бронхиальная астма

Заинтересованность государства в укреплении здоровья детей и улучшении демографической ситуации нашла отражение в современных системах реформирования отечественного здравоохранения, в определении приоритетности направлений профилактики заболеваний, эффективного оздоровления больных детей. По экспертной оценке в оздоровительных мероприятиях в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений нуждаются 51,8% детей, в санаторно-курортном оздоровлении – 15,9% детского населения.

В динамике изучаемого 5-летнего периода (2009-2014 гг.) проанализирован рост уровня заболеваемости детского населения в Карагандинской области, который оказался наиболее значительным в показателях первичной заболеваемости болезнями органов дыхания: в среднем по Карагандинской области с 451,6 до 675,0 на 1 000 человек. Во многих сельских районах области (Осакаровский, Нуринский, Бухар-Жырауский, Жана-Аркинский и др.) темп роста этого класса болезней был существенно выше – 71,2-108,1%. Уровень первичной забо-

леваемости болезнями органов дыхания среди детей в настоящее время в селах составляет от 118,8 до 767 случаев на 1 000 человек. В Осакаровском районе данный показатель является средним по Карагандинской области. По результатам медосмотров учащихся школ Осакаровского района в возрасте 6-15 лет (от подготовительного класса до выпускников основной общеобразовательной школы) выявлено, что распространенность болезней дыхательной системы в 2014 г., многократно превышая другие группы заболеваний, равнялась 1564,0 случаям на 1 000 обследованных детей, составляя 78,5% от всех болезней, при этом регистрировались половозрастные различия. Уровень данного класса болезней во всех возрастных группах был статистически достоверно выше среди мальчиков по сравнению с девочками и составлял от 1912,3 до 2280,4 случаев на 1 000 детей с пиковым значением у первоклассников. У девочек наивысшие значения данного показателя наблюдались среди 15-летних – 2017,3 случаев. Углубленный анализ заболеваемости органов дыхания школьников

показал, что уровень практически всех нозологических форм с возрастом повышается, и присутствует сильная положительная корреляция между возрастом и распространенностью этих заболеваний: $R_{xy}+mr_{xy}=0,77+0,16$ (у мальчиков) и $R_{xy}+mr_{xy}=0,93+0,05$ (у девочек).

С учетом того, что распространенность неспецифических заболеваний органов дыхания наивысшей была среди 13-15-летних школьников, на последующих этапах работы в углубленный анализ результатов социально-гигиенических и клинично-инструментальных исследований включали только этот контингент. Сравнение данных специально разработанных карт медико-социальной оценки состояния здоровья ребенка и факторов, его формирующих, позволило установить, что среди школьников в возрасте 13-15 лет с диагнозом хронический бронхит (ХБ) и бронхиальная астма (БА) статистически достоверно большей, чем среди здоровых детей и часто болеющих детей, была доля лиц, имеющих нарушения в физическом развитии и различные формы сопутствующей патологии [1, 2, 3].

В группе школьников с хроническим бронхитом у 35,6% детей определилось дисгармоничное развитие, в том числе у 24,1% обследованных было обусловлено дефицитом массы тела, у 4,6% детей – избытком массы тела и у 6,9% – низким ростом. Среди детей с БА эти величины соответственно распределились следующим образом: 31,7% (18,7%; 9,8% и 3,2%). Полученные результаты можно расценить, с одной стороны, как свидетельство того, что хронические болезни органов дыхания у детей чаще развиваются на фоне дисгармоничного физического развития, с другой стороны, у детей с нарушениями физического развития больше вероятность формирования бронхолегочной патологии.

Выявлено, что среди сельских школьников с заболеваниями органов дыхания частота встречаемости сочетанных заболеваний оказалась существенно выше. Однофакторным дис-

персионным анализом было доказано статистически значимое влияние этого фактора. Сочетанная патология и функциональные нарушения других органов и систем организма среди школьников с хроническим бронхитом в стадии ремиссии наблюдались у 73,6% обследованных, среди больных БА – у 71,5%, тогда как у часто болеющих детей – в 41,2% случаев, а у здоровых детей встречались лишь у нескольких человек. Чаще всего у школьников с заболеваниями органов дыхания выявлялись нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, что согласуется с данными литературы.

В группе наблюдения 80,4% детей улучшили свои показатели жизненной емкости легких, в контрольной – 56,1%. Убедительным доказательством более высокой эффективности оздоровления по экспериментальной программе является процент детей, у которых показатели жизненной емкости легких из «ниже нормы» перешли в градацию «нормальные»: в основной группе такие изменения произошли у 24,6% находящихся под наблюдением, в контрольной – у 5,8% ($24,6 \pm 2,4$ против $5,8 \pm 4,5$ на 100 обследованных ($p < 0,05$)).

Перед началом оздоровления распределение школьников в основной и контрольной группах по результатам показателя пикфлоуметрии практически не различалось. По окончании периода оздоровления среди часто болеющих детей и детей с ХБ независимо от программы оздоровления число лиц с низким уровнем пиковой скорости выдоха статистически достоверно уменьшилось. В основной группе одновременно в 1,4 раза увеличилось число лиц с оптимальными показателями, чего не наблюдалось в контрольной группе (табл. 1).

Более существенное увеличение резервных возможностей дыхательной системы у большинства школьников с неспецифическими заболеваниями органов дыхания, прошедших санаторный курс по экспериментальной программе, по сравнению с теми, кто оздоравливался по традиционной программе, подтвер-

Таблица 1 – Распределение школьников двух групп по вариантам оценки показателя пиковой скорости выдоха в динамике оздоровления (на 100 обследованных в группе)

Оценка показателя пиковой скорости выдоха	Основная группа		Контрольная группа	
	в начале оздоровления	в конце оздоровления	в начале оздоровления	в конце оздоровления
Оптимальный	16,7	24,6	16,1	18,1
Средний	75,4	71,7	74,2	78,7
Низкий	8,0	3,6	9,7	3,2

Таблица 2 – Распределение школьников двух групп по результатам ортостатической пробы в динамике санаторного оздоровления (на 100 обследованных в группе)

Градации индекса	Основная группа		Контрольная группа	
	начало оздоровления	окончание оздоровления	начало оздоровления	окончание оздоровления
Хороший	21,0	32,4	20,0	27,1
Допустимый	60,1	60,5	59,4	61,9
Худший	18,9	6,5	21,0	11,0

ждалось и результатами пробы Генча. Длительность задержки дыхания на выдохе возросла (по показателю положительного сдвига не менее 10%) в основной группе у 64,5% детей, в контрольной группе – у 43,9% ($p < 0,01$). Кроме того, в основной группе доля детей, имеющих результаты пробы Генча в пределах нормы, увеличилась с 38,4 до 52,7% ($p < 0,05$), тогда как в контрольной группе изменение было незначительным – с 39,4% до 42,6%.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали с помощью ортостатической пробы в первой половине дня. Тип ортостатической реакции артериального давления определяли в соответствии с общепринятыми критериями: «наилучшие» (100-85) и «худшие» индексы (84-75). По результатам динамических исследований в конце оздоровления определяется увеличение числа лиц с оптимальными индексами: с 21,0 до 32,4%; в контрольной – с 20,0 до 27,1% соответственно (табл. 2).

Уровень адаптации оценивался по значению адаптационного показателя, расчет которого проводился по методу В. М. Авербух [3, 4]. Изучена частота различных вариантов функционального состояния среди детей двух изучаемых групп в динамике оздоровления (рис. 1).

Следующий этап был посвящен внедрению программы комплексного круглогодичного оздоровления сельских детей с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания на базе сельского лечебно-профилактического учреждения, систематического применения технологий оздоровления в школе и дома. Эффективность профилактических и оздоровительных мероприятий для школьников с неспецифическими заболеваниями органов дыхания обеспечивалась обязательной доступностью всех необходимых форм оздоровления на уровне лечебно-профилактического учреждения и санатория. Важным элементом внедрения модели оздо-

ровления явилось повышение осведомленности врачей сельского лечебно-профилактического учреждения в вопросах санаторного оздоровления [5, 6, 7].

ВЫВОДЫ

1. В динамике изучаемого 5-летнего периода (2009-2014 гг.) проанализирован рост уровня заболеваемости детского населения в Карагандинской области, который оказался наиболее значительным в показателях первичной заболеваемости болезнями органов дыхания: в среднем по Карагандинской области с 451,6 до 675,0 на 1 000 человек.

2. В структуре распространенности заболеваний ведущее место занимают неспецифические заболевания органов дыхания (78,5%), при этом более высокие уровни наблюдаются у мальчиков.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Абрамова Ж. И. Лечебное и лечебно-профилактическое питание. – Л.: Медицина, 2007. – 186 с.
- 2 Абросимов И. Д. Менеджмент как система управления хозяйственной деятельностью: Учеб. пособие /И. Д. Абросимов, В. Л. Медведев. – М.: Знание. 2012. – 176 с.
- 3 Авербух В. М. Система отраслевых обзоров как информационная база прогнозирования и перспективного планирования //НТИ. Сер.1. – 2004. – №7. – С.24-25.
- 4 Авербух В. М. Этап прогнозирования // Стандарты и качество. – 2008. – №7. – 48 с.
- 5 Агаджанов С. А. Новая классификация диет //Советская медицина. – М.: Медицина, 2005. – С.47-50.
- 6 Айвазян С. А. Применение методов корреляционного и регрессионного анализов к обработке результатов эксперимента //Заводская лаборатория. – 2006. – №6. – С. 38-42.
- 7 Аксаментов Г. В. О проведении вневедомственного контроля качества медицинской помощи //Здравоохранение РФ. – 2008. – №3. – С. 13-17.

Поступила 27.02.2015 г.

B. A. Omarzhanova, S. D. Dzhaketaeva, T. S. Sergaliev

IMPACT ASSESSMENT OF BIOMEDICAL AND SOCIOHYGIENIC FACTORS ON THE FORMATION OF NON-SPECIFIC RESPIRATORY DISEASES

The state's interest in promoting the health of children and the improvement of the demographic situation reflects in modern reform systems of national health care, in the effective rehabilitation of sick children. According to the expert estimates health precautions in the conditions of outpatient clinics are necessary to 51.8% of children, in the sanatorium improvement – 15.9%. In the dynamics of the five studied years (2009-2014) a rise in the incidence of child population in the Karaganda region was revealed, moreover, in terms of the primary respiratory diseases incidence: an average of Karaganda region from 451,6 to 675,0 to 1000 people. In many rural areas of the region (Osakarovskii, Nura, Bukhar-Zhyrau, Jana-Arka and others) this class of diseases growth rate was significantly higher: 71,2-108,1%. The level of primary respiratory diseases incidence among children in the villages is currently from 118,8 to 767 cases per 1000 people. The Osakarovskii region has an average rate in the Karaganda region. According to the results of medical examinations pupils of 6-15 years in the Osakarovskii region (from pre-school to secondary school graduation) the prevalence of respiratory system diseases in 2014, exceeding manifold the other group of diseases was 1 564,0 cases per 1 000 of examined children, accounting for 78,5% of all diseases, and in this case determined by gender and age differences. Combined pathology and functional disorders of other organs and body systems among pupils with chronic bronchitis in disease-free survival was observed in 73,6% of patients, including patients with bronchial asthma – 71,5%, while the sickly children are 41,2% of cases and just a few healthy children met such disorders. The pupils with respiratory diseases were detected the gastrointestinal tract disorders, which is consistent with the literature.

Keywords: respiratory organs, health camp, pain, disease, dispensary, ambulant clinic, bronchitis, bronchial asthma

Б. А. Омаржанова, Ш. Д. Жакетаева, Т. С. Серғалиев

ТЫНЫС АЛУ ОРГАНДАРЫНЫҢ СПЕЦИФИКАЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРЫ ПАЙДА БОЛУЫНА МЕДИКО-БИОЛОГИЯЛЫҚ, ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІН БАҒАЛАУ

Мемлекеттің балалар денсаулығын нығайту мен демографиялық ахуалды жақсартуға мүдделілігі отандық денсаулық сақтау саласын реформалаудың қазіргі заманғы жүйелерінен, аурулар профилактикасы бағытының басымдылығын анықтаудан, науқас балаларды тиімді сауықтырудан көрініс тапты. Сараптамалық бағалау бойынша амбулаториялық-емханалық мекемелер жағдайында сауықтыру іс-шараларына 51,8% бала, санаториялық-курорттық сауықтыруға – 15,9% бала мұқтаж. Зерттелетін бес жылдың динамикасында (2009-2014 жылдар) Қарағанды облысында балалар ауруы деңгейінің артуы анықталды, бұл ретте барынша маңыздысы – тыныс алу жолдары органдарының бастапқы ауыру көрсеткіштерінде: орта есеппен Қарағанды облысы бойынша 1 000 адамға 451, 6-дан 675, 0 дейін. Облыстың көптеген селолық аудандарында (Осакаров, Нұра, Бұқар жырау, Жаңаарқа және т.б.) аурудың осы түрінің арту деңгейі едәуір жоғары болды: 71,2-108,1%. Балалар арасындағы тыныс алу органдарының бастапқы ауру деңгейі қазіргі уақытта селоларда 1 000 адамға 118,8-ден 767 жағдайға дейін артқан. Осакаров ауданында бұл көрсеткіш Қарағанды облысы бойынша орташа болып табылады. Осакаров ауданы мектептерінің 6-15 жас аралығындағы оқушыларын (дайындық сыныбынан мектеп түлектеріне дейін) медициналық тексерудің нәтижелері бойынша 2014 жылы тыныс алу жолдары жүйесі ауруының таралуы басқа топтағы аурулардан бірнеше есеге артып, 1 000 тексерілген балаға 1 564,0 жағдайдан келетіні анықталды, бұл барлық аурулардың 78,5% құрайды, бұл ретте жыныс-жас ерекшеліктері белгіленеді. Оқушылар арасында ремиссия кезеңінде созылмалы бронхитпен басқа органдар мен ағзалардың құрамдас патологиясы мен функционалдық бұзылушылықтары зерттелушілердің 73,6%, бронхиалдық астмамен науқастардың арасында 71,5% анықталды, ал жиі ауыратын балалар – 41,2%, дені сау балалар бірнешеу ғана болды. Оқушылар арасында тыныс алу жолдарының ауруларымен асқазан-ішек трактісі тарапынан науқастанатындар арасынан жиі көрініс тапқан, бұл әдебиет мәліметтеріне сәйкес келеді.

Кілт сөздер: тыныс алу органдары, балалар санатории, аурушандық, ауыру, амбулатория, емхана, бронхит, бронхиалды астма

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 613.4

**Т. М. Садвакасов, Ш. Д. Джакетаева, Г. А. Жаналина, Ж. А. Алданова, К. Т. Абдрахманов,
Т. С. Сергалиев, Д. Б. Кулов**

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Карагандинский государственный медицинский университет

В статье представлен детальный анализ характеристик, отражающих особенности повседневной жизни и наиболее значимых для оценки образа жизни молодых лиц. К таким показателям ученые относят характер питания, режим дня, физическую активность, а также группу поведенческих факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем). Для характеристики здорового образа жизни используется ряд основных позиций, отражающих наиболее благоприятное воздействие на здоровье. К ним относятся сбалансированное питание, соблюдение режима дня, полноценный отдых, высокая активность и т.д. Противоположная позиция (малоподвижный образ жизни, наличие вредных привычек, недостаток отдыха, неполноценное питание) характеризует нездоровый образ жизни. Игнорирование основополагающих элементов здорового образа жизни является главной причиной значительных нарушений в состоянии здоровья, способствующих возникновению и прогрессированию различных заболеваний, а также появлению осложнений.

Ключевые слова: осложнение, лекарство, донор, питание, здоровый образ жизни, достоверность, анализ, студент

Большое количество элементов, составляющих образ жизни молодых доноров, и их опосредованный характер влияния на состояние здоровья данной категории лиц затрудняют проведение комплексного исследования, поэтому в статье представлен детальный анализ характеристик, отражающих особенности повседневной жизни и наиболее значимых для оценки образа жизни молодых доноров. К таким показателям ученые относят характер питания, режим дня, физическую активность, а также группу поведенческих факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем).

Для характеристики здорового образа жизни используется ряд основных позиций, отражающих наиболее благоприятное воздействие на здоровье. К ним относятся сбалансированное питание, соблюдение режима дня, полноценный отдых, высокая активность и т.д. [1, 2]. Противоположная позиция (малоподвижный образ жизни, наличие вредных привычек, недостаток отдыха, неполноценное питание) характеризует нездоровый образ жизни.

Игнорирование основополагающих элементов здорового образа жизни является главной причиной значительных нарушений в состоянии здоровья молодых доноров, способствующих возникновению, прогрессированию различных заболеваний, а также появлению осложнений.

Одним из факторов, играющих особую роль в сохранении здоровья молодых доноров, является характер питания, т.к. потеря с донацией необходимых веществ и отсутствие их восполнения с пищей может привести к нару-

шениям в организме донора. Анализ отдельных характеристик питания респондентов позволил выявить ряд негативных особенностей. Одной из основных рекомендаций по приему пищи является регулярное питание с кратностью не менее 3 раз в день [3, 4, 5].

В ходе проведения исследования подавляющее большинство респондентов (79,16%) указали на регулярность питания. При этом работающие достоверно чаще, чем студенты, указывали на соблюдение данных рекомендаций – 90,5% и 66,99% соответственно ($p < 0,001$).

Одной из рекомендаций по здоровому питанию является кратность приема горячей пищи (не менее 2-3 раз в сут). По данным исследования лишь 23,19% доноров употребляли горячую пищу 1 раз в сут. Достаточно большое число молодых доноров (39,58%) не смогли определиться с выбором ответа. Затруднения в выборе ответов на вопросы, касающиеся питания, могут говорить о незнании базовых рекомендаций в данной области или о несоблюдении их исследуемой группой лиц [6, 7].

Физически активный образ жизни вели 48,24% респондентов, в контрольной группе – 17,39% ($p < 0,001$). При этом лишь 14,52% молодых доноров занимались каким-либо видом спорта, по сравнению с респондентами контрольной группы, где данный показатель составил 28,91% ($p < 0,001$). В ходе исследования было установлено, что число студентов, занимающихся спортом, в 3,4 раза больше, чем работающих доноров (22,82% и 6,79% соответственно; $p < 0,001$). В ходе проведения

сравнительного анализа установлено, что студенты чаще, чем рабочие, отмечали достаточную периодическую физическую нагрузку (26,21% и 14,93% соответственно; $p < 0,001$) и реже – нагрузку, связанную с домашними делами (18,45% и 38,01% соответственно; $p < 0,001$).

При анализе ответов, дающих характеристику свободному времяпрепровождению молодых доноров, было установлено, что свободное время активно проводили 41,45% опрошенных, тогда как в контрольной группе этот показатель составил 27,17% ($p < 0,001$). Пассивный отдых преобладал у 52,22% доноров, в группе сравнения – 2,09% ($p < 0,001$). Затруднились ответить на поставленный вопрос 6,32% респондентов основной группы и 51,3% из группы контроля ($p < 0,001$). При этом сочли свой отдых достаточным по продолжительности 54,1% респондентов, недостаточным – 43,33% доноров. При этом стоит отметить больший процент довольных продолжительностью своего досуга среди работающих доноров, чем среди студентов (60,18% и 47,57% соответственно; $p < 0,01$).

Подводя итог, стоит отметить, что образ жизни большинства молодых доноров не является здоровым. Лишь незначительное число молодых доноров (7,03%) может быть отнесено к соблюдающим основные принципы здорового образа жизни (достаточный уровень фи-

зической активности, соблюдение режима дня, отсутствие поведенческих факторов риска, регулярное и полноценное питание).

ЛИТЕРАТУРА

1 Агаджанян Н. А. Проблема здоровья студентов и перспективы развития // Матер. I Всерос. науч. конф. «Образ жизни и здоровье студентов». – М.: РУДН, 2005. – С. 5-9.

2 Агаджанян Н. А. Этюды об адаптации и путях сохранения здоровья /А. И. Труханов, Б. А. Шендеров. – М.: Сирин, 2012. – 156 с.

3 Анискина М. Б. Квазибезвозмездное донорство: определение, истоки, следствия // Здравоохранение РФ. – 2008. – №3. – С. 39-42.

4 Афонин Н. И. Донорство в Российской Федерации // Вестн. службы крови России. – 2012. – № 3. – С. 3-13.

5 Афонин Н. И. Донорство крови: трудности и решения // Вестн. службы крови России. – 2004. – №2. – С. 7-9.

6 Бабарыкина А. А. Социальный портрет донора /А. А. Бабарыкина, Т. И. Поспелова, М. И. Лосева // Пробл. гематологии и переливания крови. – 2003. – №1. – С. 38.

7 Базарный В. В. Социально-демографическая характеристика доноров Екатеринбург /В. В. Базарный, В. А. Терских, А. И. Кузьмин // Гематология и трансфузиология. – 2006. – Т. 51, №1. – С. 44-46.

Поступила 04.03.2015 г.

T. M. Sadvakassov, S. D. Dzhaketaeva, G. A. Zhanalina, J. A. Aldanova, K. T. Abdrakhmanov, T. S. Sergaliev, D. B. Kulov

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF YOUNG PEOPLE LIFESTYLE

This article presents a detailed analysis of the characteristics that reflect the peculiarities of everyday life and the most important for assessing of the lifestyle of young people. These indicators include the nature of food, day regimen, physical activity and a group of risk factors (smoking, alcohol abuse). To characterize a healthy lifestyle one use a number of key positions, reflecting the most beneficial effect on health. These include a balanced diet, adherence of the day, a good rest, high activity, etc. The opposite position (sedentary lifestyle, bad habits, lack of rest, hyponutrition) characterizes an unhealthy lifestyle. Ignoring the fundamental elements of a healthy lifestyle is the main cause of significant disturbances in the state of health contributing to the contraction and progression of various diseases, as well as the appearance of complications.

Keywords: complication, medication, donor, nutrition, healthy lifestyle, reliability, analysis, student

T. M. Saduqasov, Sh. D. Jaketaeva, G. A. Janalina, Zh. A. Aldanova, K. T. Abdrahmanov, T. S. Serqaliev, D. B. Qulov

ЖАС АДАМДАРДЫҢ ӨМІР САЛТЫНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

Мақалада жас адамдардың күнделікті өмірі мен бағалау үшін барынша маңызды өмір салтының ерекшеліктерін көрсететін сипаттамалардың жан-жақты талдауы ұсынылған. Мұндай көрсеткіштерге ғалымдар тамақтану сипатын, күн режимін, дене белсенділігін, сол сияқты қатер факторлары тобын (шылым шегу, алкоголь ішімдігін шектен тыс қолдану) жатқызады. Саламатты өмір салты сипаттамасы үшін денсаулыққа әсер ететін бірқатар негізгі позициялар қолданылады. Оларға дұрыс тамақтану, күн режимін сақтау, толық демалу, жоғары белсенділік және т.б. жатады. Бұған қарама-қарсы позиция (аз қозғалатын өмір салты, зиянды дағдылар, дұрыс демалмау, толық тамақтанбау) саламатты емес өмір салтын сипаттайды. Саламатты өмір салтының негізгі элементтерін елемей денсаулық жағдайының елеулі бұзылуларының басты себебі болып табылады, олар әртүрлі аурулардың пайда болуы мен өршуіне, сол сияқты асқынуларға ұрындырады.

Кілт сөздер: асқыну, дәрі, донор, тамақтану, саламатты өмір салты, дәйектілік, анализ, студент

Г. Н. Талиева, Б. Искакова

ТАМАҚ КӘСІПОРЫНДАРЫНЫҢ ӨНДІРІСТІК БӨЛМЕЛЕРІ АУАСЫНЫҢ ЛАСТАНУЫН ЛАБОРАТОРИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

Қарағанды облыстық санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығы

Тамақ кәсіпорындарында өндірістік бөлмелердің ауа ортасы зерттелді. Лабораторлық зерттеулер өндірістік бөлмелердің жұмыс аймағында ауаның химиялық заттармен ластанғанын анықтады. Бақылаудағы кәсіпорындардың ауа ортасының ластану деңгейі ерекшеленді, олардың мөлшері шектелген рұқсат етілген концентрациялардан жоғары болғаны байқалды.

Кілт сөздер: тамақ кәсіпорындары, лабораториялық бақылау, шектелген рұқсат етілген концентрация

Қазіргі уақытта тамақ кәсіпорындары гигиенасына көптеген жұмыстар арналған, олардың көпшілігі маңызды сұрақтардың бірі тамақтық азық-түліктердің сапасына және қауіпсіздігіне, тағам арқылы таралатын инфекциялық аурулар мен улануларды алдын алуға арналған [1, 2, 3]. Осының салдарынан тамақ өндірісі кәсіпорындарының ауа ортасын жұмыс жағдайының бірден бір факторы ретінде зерттеуге машина жасау, энергетика, көлік, құрылыс өнеркәсіптеріне қарағанда аз көңіл бөлінді. Сонымен қатар экономикалық конъюнктураның өзгеруі, отандық орта және кіші бизнестің дамуы, елімізде шетел компанияларының пайда болуы соңғы кездері тамақ кәсіпорындарының қарқынды дамуына ықпалы тигізуде. Сонымен қатар, басқа саладағы өндірістің қысқарылуы тек қана салыстырмалы емес, сонымен бірге тамақ кәсіпорындарында жұмыскерлердің абсолютті санының өсуіне әкелді, [4, 5]. Осы жағдай тамақ өндіру саласы кәсіпорындарының жұмысшыларының жұмыс жағдайын зерттеуге қызығушылық тудырды.

Жұмыстың мақсаты. Қарағанды қаласында орналасқан тамақ кәсіпорындарының өндірістік бөлмелері ауасының ластануын зерттеу болып табылды.

ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕМЕСІ

Зерттеу «Қарағанды сүт зауытында», «Қарағанды ет комбинатының» шұжық цехінде, «Қарағанды – нан» корпорациясында жүргізілді. Өндірістік бөлмелер ауасының ластануын зерттеудің мақсаты тамақтық азық-түліктерді өндіру барысында технологиялық үдерісінде қалыптасатын аэрольдер мен химиялық заттардың ауадағы концентрациясын анықтау болды. Ауаның 62 сынамасы талдауға алынды.

НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Сүт өндірісі, ет өндірісі, нан және нан бұйымдарын өндіру кәсіпорындарының ауа ортасын ластайтын факторларды зерттеу барысында негізгі ластаушы көз ретінде шаң, майлы аэрозоль, сонымен қатар технологиялық үдерісте қолданылатын химиялық заттар болып табылатыны анықталды.

Жұмыс аймағының ауасы аэрозольмен ластануына зерттеу жүргізу ет өндіру, сүт өндіру, нан өндіру кәсіпорындарында азық-түліктерді тиеу және тасу, бөлшектеу, араластыру кезінде, сонымен бірге техникалық және технологиялық үдерістері барысында ауа ортасы шаңмен, шикізат пен өсімдік және жануар негізді қосымша өнімдермен, тамақтық қосымшалармен, жанармайдың толық жанған өнімдерімен ластанатынын көрсетті.

Шаңның мөлшері көптеген кәсіпорындарда шектелген рұқсат етілген концентрация деңгейінде болды немесе сәйкесті концентрациядан маңызды емес жоғары мөлшерде анықталды. Шаңның жоғары концентрациясы, яғни шектелген рұқсат етілген концентрациядан 8-12 рет жоғары, сүт өндірісі кәсіпорындарында құрғақ сүтті тиеу кезінде байқалды.

Тамақ кәсіпорындарының жұмыс аймағының ауасында тамақ өнімдерін дайындауда қолданылатын және пайда болатын келесі химиялық заттар анықталды, яғни жуу және дезинфекциялау құралдардың құрамына кіретін хлор және сілті, термиялық процесстерді қамтамасыз ететін отынның толық жанбауында құралатын сутегі тотығы, қамырдың ашу процесінде бөлінетін сутегінің қос тотығы, коррозияға қарсы жұмыстарда қолданылатын ортофосфор қышқылы, нан өндірісі кәсіпорындарында майларды

1 кесте – Өндірістік бөлмелердің ауасындағы зиянды заттардың құрамы

Заттар	Құрылу жағдайы	Концентрация (мг/м ³)	ШРЕК (мг/м ³)
Сілті	Қондырғыны жуу	1,0 - 1,5	0,5
Хлор	Қондырғыны дезинфекция лау	0,5 – 1,2	1,0
	Дезинфекциялық сұйықтықтарды жасау	0,1	0,2
Акролеин	Термиялық үдерістер	0,1	0,2
Аммиак	Компрессорлардың жұмысы	10,0 – 21,0	20

термиялық өндеу барысында пайда болатын акролеин, карамель кәмпітін хош иістендіру заттардың құрамына кіретін этиленгликоль, сүт өндіру кәсіпорынында техникалық үдерістермен және компрессорлардан өндірістік бөлмелерге өтетін аммиак.

Жұмыс аймағы ауасында анықталған көптеген зиянды заттар салыстырмалы түрде төмен концентрацияларда болды (1 кесте).

Сүт өндірісі кәсіпорынында қондырғыларды жуу кезінде жұмыс аймағының ауасында сілтінің концентрациясы шектелген рұқсат етілген концентрациядан 2 есе жоғары (максималды концентрация бойынша) болды. Сонымен қатар нан өндірісі кәсіпорынында термиялық үдеріс барысында ауаға шығатын акролеин және аммиактың концентрациясы шектелген рұқсат етілген концентрациядан 1,5 есе жоғарылағаны анықталды.

Тамақ кәсіпорындарында ауаның жағдайына лабораторлық бақылау жүргізе отырып, ет өндірісі және сүт өндірісі кәсіпорындарында арнайы иістің болуына назар аударуға болмайды. Бұл фактор нормаланбайды, өйткені, оны бағалау қиынға түседі, бірақ жұмыскерлерге жағымсыз әсер тигізеді.

Лабораторлық бақылау нәтижелері оқшалау сипатта болатын өндірістік бөлмелер ауасының ластануын анықтады. Бұл өз кезегімен қолмен жұмыс жасағанда, кей кездері тар бөлмелерде жұмыс жасау барысында жергілікті ауа алмасу жүйесінің тиімсізділігімен немесе жоқтығымен түсіндіріледі.

Сонымен, өндірістік бөлмелердің ауасының құрамында табылған кейбір химиялық заттардың оқшалау сипатына және шектелген рұқсат етілген концентрациялардан салыстырмалы неғұрлым жоғары емес мөлшерін, сонымен қатар тамақ кәсіпорындарының көпшілігінде шектеулі ауданда қол жұмысы орын алып отырғанын ескере отырып, химиялық заттар-мен жұмысшылардың улану қаупі барын естен шығаруға болмайды.

ӘДЕБИЕТТЕР

1 Измеров Н. Ф. Оценка профессионального риска в медицине труда: принципы, методы и критерий //Н. Ф. Измеров, Э. И. Денисов // Вестник РАМН. – 2004. – №2. – С. 17-21.

2 Кураева Н. Г. Гигиенические и эргономические особенности труда работников молокоперерабатывающих предприятий //Гигиена труда и медицинская экология. – 2003. – №11. – С. 31-34.

3 Кураева Н. Г. Гигиенические и эргономические особенности труда работников молокоперерабатывающих предприятий //Гигиена труда и медицинская экология. – 2003. – №11. – С. 31-34.

4 Малышева А. Г. Неучтенная опасность воздействия химических веществ на здоровье человека //Гигиена и санитария. – 2003. – №6. – С. 34-36.

5 Механтьева Л. Е. Закономерности действия условий труда на состояние здоровья работающих //Журн. теоретической и практической медицины. – 2007. – №2. – С. 163-165.

Поступила 05.03.2015 г.

G. N. Talieva, B. Iskakova

LABORATORY MONITORING OF AIR POLLUTION OF FOOD PROCESSORS INDUSTRIAL PREMISES

In the article the air pollution condition in food processors industrial premises is examined. Laboratory studies revealed a contamination of air of the working area by chemical substances. The level of air pollution in industrial premises varied in the surveyed enterprises, and in some cases the level of air pollution exceeded the maximum permissible concentration.

Keywords: food processors, laboratory control, maximum permissible concentration

Г. Н. Талиева, Б. Исакова

ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ЗАГРЯЗНЕНИЕМ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЙ ПИЩЕВЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Изучено состояние воздушной среды на пищевых предприятиях. Лабораторные исследования выявили загрязнение воздуха рабочей зоны химическим веществами. Уровни загрязнения различались на обследованных предприятиях, в ряде случаев превышали предельно допустимые концентрации

Ключевые слова: пищевые предприятия, лабораторный контроль, предельно допустимая концентрация

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.992.282.03**А. Х. Абушахманова, Н. Т. Дилдабекова, М. К. Кудеринова,
М. Т. Асмагамбетова, А. Р. Романова****ГЕНЕТИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ФАРМАКОТЕРАПИЯДАҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН БОЛАШАҒЫ**

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

XXI ғасыр фармакологиясы жоғары технологияларды пайдалануға мүмкіндік беретін биотехнология, гендік инженерия, геномика, протеомика, робот технологиясы, ақпараттық технологиялар мен нанотехнологиялар саласындағы ғылыми және технологиялық артықшылықтарға қатысты. Гендік ауруларды, мультифакторлық және гендік емес ауруларды қазіргі таңда жасушалардың қызметін немесе гендік ақауын өзгерту мақсатында науқас жасушасына генді енгізу арқылы емдеу жүйесін гендік терапия іске асырады. Гендік терапияның генетикалық ауруларға жүргізілетін алғашқы клиникалық сынамасының нәтижелі болғаны басқа тұқымқуалайтын ауруларда қолданылатын гендік терапияның жаңа түрін ойлап табуға ынталандырды.

Кілт сөздер: фармакология, фармакотерапия, гендік терапия, ген, генетикалық аурулар

Генетика – физиология, биология, биохимия және тағы басқа ғылымдармен қатарласа жүретін қазіргі таңда медицинаның негізгі іргетасы болып табылады. Өмірдің ерекше көріністері негізіне тұқымқуалаушылық жатады. Тұқымқуалаушылықтың өзіне тән ерекшелігі мен өзгерістерсіз жер шарында тіршілік эволюциясы болмас еді. Оның ешқандай жетістіктері іс тәжірибеде дәрігерлерсіз іске асырылуы мүмкін емес, ол үшін дәрігер адамның денсаулығын және патологиясын анықтауда тұқымқуалаушылықтың рөлін түсінуі тиіс. Сыртқы әсерге реакция нормаларының генетикалық детерминациясы туралы және одан ауытқу механизмі туралы білу, науқастарға көмек көрсетуде одан әрі жалғастырудың басты талабы болып табылады. Бұл өте маңызды, себебі дәрігер үшін тек қана науқас емес, сонымен қатар оның отбасы да байқау объектісі болуы тиіс. Бұл концепция қазіргі таңдағы және болашақтағы дәрігерлердің жұмыс стиліне берік енуі тиіс.

Адам патологиясында тұқымқуалаушылықтың рөлін, тұқым қуалайтын аурулардың ұрпақтан – ұрпаққа берілу заңдылықтарын, диагностикалауды жоспарлау әдістерін, оның емі мен алдын алуын іске асыратын ғылым – медициналық генетика. Осы саланың дамуы тұқым қуалайтын патологиясы бар науқастардың өмірін ұзартуға, олардың репродуктивті қызметін жақсартуға, популяцияда санының көбеюіне септігін тигізуде. Себебі сау адам мен науқас адамның өмір сүруге құқығы бірдей.

Медициналық генетика жетістіктерінің арқасында XXI ғасырдың басында ауыр сырқаттар гендерінің картасын жасау мәселесі

шешілді, адам геномының молекулярлық ұйымдастырудың мәні ашылды. Клиникалық іс тәжірибеде молекулярлық – генетикалық технологияда пайдалану ауырлығы және клиникалық созылуы бойынша әр түрлі аурулар диагностикасын алдын алудың және оларды емдеудің жаңа әдістерін жасауда өзінің жоғары тиімділігін көрсетті. Клиникалық жұмыс, біріншіден, диагнозды нақты қоюды, екіншіден, аурудың этиологиясын түсінуді, үшіншіден, патогенездің жекелеген санаттары туралы анық біліп тануды болжайды. Науқас адамның тиімді емдеу тактикасы осы негізінде ғана құрылуы мүмкін.

Медициналық генетика медицинамен қатарласа дамып келе жатқан ғылым ретінде тәжірибеде алып жатқан дәрігерге патологиялық үдеріс мәнін түсіну үшін негіз берудің, диагноздың қазіргі замандағы әдістері туралы оның білімін толықтырады, алдын алуды ойлауды қалыптастырады, патологияның созылуындағы генетикалық факторлардың рөлін және олардың ортамен өзара іс әрекетін ұсынуға алып келеді, сонымен қоса науқастың генотиптік ерекшелігін ескере отырып, ерекше түрде емдеу қажеттілігін айқындайды.

Гендік ауруларды, мультифакторлық және гендік емес (инфекциялық) ауруларды қазіргі таңда жасушалардың қызметін немесе гендік ақауын өзгерту мақсатында науқас жасушасына генді енгізу арқылы емдеу жүйесін гендік терапия іске асырады. Гендік терапия әдісі қолданылған алғашқы моногенді тұқым қуалайтын ауруға аденозин-дезаминаза (ADA) генінің мутациясынан туындаған тұқымқуалаушылық иммуно-тапшылық. 1990 жылы 14 қыркүйекте Бетесдте

Клиническая медицина

(АҚШ) осы сирек кездесетін (1:100000) сырқатпен 4 жасар қыз балаға ағзадан тыс (ex vivo) ADA генімен алдын ала өңделген өзіндік лимфоциттері қайта енгізілді (ген ADA+ген нео + ретровирусты вектор). Бірнеше айлар бойы емнің әсері бақылауда болды, осыдан кейін 3-5 ай интервалымен процедура жалғастырылды. 3 жыл бойы жүргізілген терапияда 23 ADAтрансформирленген Т – лимфоциттердің тамыр ішілік трансфузиясы жағымсыз әсерлерсіз өтті. Емнің оңтайлы нәтижесінің арқасында науқастың жағдайының жақсарғаны соншалықты, ол өтпелі инфекциялардан қорықпай, қалыпты өмір

салтын ұстанды. Осы сырқатпен ауырған екінші науқастың емі де оң нәтиже көрсетті. Қазіргі таңда осы аурудың гендік терапиясының клиникалық сынамасы Италияда, Францияда, Ұлыбританияда және Жапонияда өткізілді.

Гендік терапияның осы генетикалық ауруларға жүргізілетін алғашқы клиникалық сынамасының нәтижелі болғаны басқа тұқымқуалайтын ауруларда қолданылатын гендік терапияның жаңа түрін ойлап табуға ынталандырды. Төменде гендік терапиялық әдіс мүмкін, болашақта нақты сенімділікпен іске асатын генокоррекция, сонымен қатар

1 кесте – Генокоррекциясы клиникалық зерттеу сатысында, тәжірибелі құрастырылу және болашақта іске асатын генетикалық аурулар тізімі

Ауру	Ақау ген	Жасуша тосқауылы	Кезең
Иммунотапшылық	Аденазиндезаминаза	Лимфоциттер	КИ
Иммунотапшылық	Пуриннуклеозидфосфорилаза	Лимфоциттер	ПВ
Жанұлы гиперхолестерин Емия	Тығыздығы төмен липопротеиндердің рецепторы	Гепатоциттер	КИ
Гемофилия В	IX фактор	Фибробласттар	КИ
Гемофилия А	VIII фактор	Миобласттар, фибробласттар	ЭР
Гоше ауруы (сфинголипидоз)	P- Глюкоцереброзидаза	Макрофактар, бағаналы жасушалар	КИ
Хантер ауруы	Идуронатсульфатаза	Макрофактар, бағаналы жасушалар	ПВ
Гурлер синдромы	L-идуронидаза	Макрофактар, бағаналы жасушалар	ПВ
Өкпе эмфиземасы Муковисцидоз	A-1-Антитрипсин СГ-трансмембарнды реттеуші	Лимфоциттер Бронх эпителиі	КИ
Фенилкетонурия	Фенилаланингидроксидаза	Гепатоциттер	ЭР
Гипераммонемия	Орнитинтранскарбамилаза	Гепатоциттер	ПВ
Цитрулинемия	Аргиносукцинатсинтетаза	Гепатоциттер	ПВ
Дюшеннің бұлшық ет дистрофиясы	Дистрофия	Миобласттар, миофибрилолар	ЭР
Талассемия	β - Глобин	Эритробласттар	ЭР
Орақ түрді жасушалы анемия	β - Глобин	Эритробласттар	ЭР
Респираторлы дистресс – синдром	Сурфактант В -ақуызы	Бронх эпителиі	ЭР
Созылмалы грануломатоз	NADPH- оксидаза	Гранулоциттер	ЭР
Альцгеймер ауруы	В – амилоид ақуызы(AAP)	Нерв жасушалары.	ЭР
Паркинсон ауруы	Тирозингидроксилаза	Миобласттар, фибробласттар, нерв жасушалары	ЭР
Миохроматикалық лекодистрофия	Арилсульфатаза А	Қанның бағаналы жасушалары, нерв жасушалары	ПВ
Леш – Нихан синдромы	Гипоксантинфосфорибозил-трансфераза	нерв жасушалары	ПВ

клиникалық зерттеудің әр түрлі дәрежесінде жүрген және ресми түрде нақтыланған хаттамасы бар аурулар тізімі берілген.

Қазақстанда басым жағдайларда тұқым қуалайтын аурулар диагностикасы үлкен қиыншылықтармен жанасады және жиі кешіктіре отырып жүзеге асады. Бұл бір жағынан, диагнозды дұрыс қою үшін арнайы білімнің және тұқым қуалайтын аурулар диагностикасының ерекше әдістерін талап етілуімен байланысты. Дүние жүзінде: медицина саласының жетістіктеріне қарамастан, жүктілікке дейінгі емдеудің жаңа әдістерінің енгізілуі туғаннан дамытын ауытқулар жиілігінің төмендеуіне алып келген жоқ, керісінше кейбір елдерде бұл жиілік жоғарылауда. Қазақстанда жыл сайын 3 – 3,5 мың балаларда генетикалық ауытқулар анықталады. Солардың ішінде 220-270 балада (2011 жылы – 335) Дауын синдромы, 175 – 200 -і орталық жүйке жүйесінің және тағы да басқа тұқым қуалайтын патологиялар анықталуда. Бұл көрсеткіштер екі есе жоғары болар еді, егер біздің елімізде 2007 жылдың 1 шілдесінен бастап, жүкті әйелдермен жаңа туылған сәбилерге арналған жалпы халықаралық, мемлекеттік тегін бағдарлама – генетикалық скрининг енгізілмегенде. Біздің мемлекетіміз болашақта дені сау ұрпақтың туылуына барлық жағдайды жасау үстінде. Скрининг тест енгізілгеннен бері, бүгінгі таңда, баяу болса да, соған қарамастан, сәбилерде Дауын синдромы, тумастан пайда болған орталық жүйке жүйесінің, жүрек ақаулары жиілігінің азайғанын, сонымен қатар мүгедектілік пен өмір көрсеткіштерінің төмендегенін де айтуға болады. Мысалы, 2011 жылы 167 жүктілік тоқтатылды, себебі ұрықтарда Дауын синдромы анықталды. Өкінішке орай біз бұл скринингті 100 % камти алмаймыз. Өткен жылы жүкті әйелдердің 49 % ғана бұл тесттен өтті. Қандай да болмасын генетикалық ауруды алсақ та, оны оперативті жолмен емдеу ауыр және қомақты қаржыны талап етеді, ота жасалған жағдайда да толығымен сауығып шығуына кепілдік жоқ. Сондықтан да бұл ауытқуларды алдын ала ескерген жөн. Мысалы Қазақстанда дәрігерлер фенилкетонурия және тумастан пайда болған гипотиреозды емдеуде оң нәтиже беруде. Зат алмасудың тұқымқуалаушылық бұзылысының алғашқа диагнозы бір ферменттің жеткіліксіздігіне алып келеді. Соңғы 5 жыл ішінде, скрининг тестті қолдану аясында, 45 баладан осы ауруды анықтап, емдеп шығарды. Жаңа технология арқасында жүктіліктің алғашқы айларында анықтауға мүмкіндік береді.

XXI ғасыр фармакологиясының жиырма жыл бұрыңғы фармакологиядан елеулі айырмашылығы бар, өйткені ол өзінің жаңа фармакологиялық компоненттерді іздеу ісінде басқа да ғылыми пәндерді пайдаланды. Әсіресе, бұл өндірістің даму саласына және дәрі-дәрмектерді жеткізуге, сондай – ақ химияны және фармацевтикалық зерттеулерде өлімге әкеп соқпай әсер ету және одан қорғану технологияларын дамытуда қозғаушы күшке айналып келе жатқан жоғары технологияларды пайдалануға мүмкіндік беретін биотехнология, гендік инженерия, геномика, протеомика, робот технологиясы, ақпараттық технологиялар мен нанотехнологиялар саласындағы ғылыми және технологиялық артықшылықтарға қатысты.

Қазіргі таңда жалпы жаңа технологиялардың дамуын ескере отырып, оны медицина саласында да кеңінен пайдалану керек. Жоспарланған медициналық мақсатқа сай жасалған тиісті технология құралдарын қолдансақ, ауруға шалдыққан науқастардың ағзасына күнделікті тәжірибеде гендік деңгейде талдау жасауәбден мүмкін болады. Бұл ретте ауыртпалығы әр түрлі болып келетін ауруларды емдеуде жаңа әдіс – тәсілдерді қолдануға фармакологияның да жұмысы жанданып, жаңа деңгейге көтерілер еді.

ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Баранов В. С. Генная терапия XXI века //Соросовский образовательный журнал. – 1999. – №3. – С. 63 – 68.
- 2 Бочков Н. П. Генетические подходы к оценке безопасности и эффективности лекарственных средств //Клинические исследования лекарственных средств в России. – 2002. – №2. – С. 4-6.
- 3 Кукес В. Г. Метаболизм лекарственных средств: клинико-фармакологические аспекты. – М.: Реафарм, 2004. – С. 113-120.
- 4 Кукес В. Г. Значение генотипирования полиморфных «медленных» аллелей цитохрома P-450 2D6 для индивидуализированной оценки фармакокинетики амитриптилина в московской популяции /В. Г. Кукес, Г. В. Раменская, Р. С. Кучумов //Клинические исследования лекарственных средств в России. – 2002. – №3-4 – С. 40-46.
- 5 Ляхович В. В. Фармакогенетика и современная медицина /В. В. Ляхович, В. А. Вавилин, А. Ю. Гришанова //Вестник РАМН. – 2004. – №10. – С. 40-45.
- 6 Полякова Д. Фармакогенетика: действительность и перспективы //Аптека. – 2006. – №5. – С. 526.
- 7 Сычев Д. А. Клиническая фармакогене-

тика //Клиническая фармакология /Под ред. В. Г. Кукеса. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 154-167.

8 Сычев Д. А. Полиморфизм гена CYP2C9: клинико-фармакологические аспекты /Д. А. Сычев, И. В. Игнатьев, Е. В. Стасяк //Медицинская генетика. – 2005. – №3. – С. 98-102.

9 Факмакотерапия наследственных заболеваний: Нац. рук. – М., 2013. – 45 с.

10 Arnett D. K. Pharmacogenetic association of the angiotensin-converting enzyme insertion/deletion polymorphism on blood pressure and cardiovascular risk in relation to antihypertensive treatment /D. K. Arnett, B. R. Davis, C. E. Ford //The Genetics of Hypertension – Associated Treatment (GenHAT) study. Circulation. – 2005. – V. 111(25). – P. 3374-3383.

11 Evans W. E. Pharmacogenomics – drug disposition, drug targets, and side effects /W. E. Evans, H. L. McLeod //N. Engl. J. Med. – 2003. – V. 348(6). – P. 538-549.

12 Huang S. M. Effect of pharmacogenetics and drug-drug interactions on exposure response: what needs to be done <http://www.fda.gov/cder/genjmics/presentations.htm>

13 Kirchheiner J. Pharmacogenetics – based therapeutic recommendations – ready for clinical practice? /J. Kirchheiner, U. Fuhr, J. Brockmoller //Nat. Rev. Drug Discov. – 2005. – V. 4(8). – P. 639-647.

14 Lindpaintner K. Pharmacogenetics and pharmacogenomics //Methods Mol. Med. – 2004. – V. 108. – P. 235-260.

15 Tang C. In vitro metabolism of celecoxib, a cyclooxygenase-2 inhibitor, by allelic variant forms of human liver microsomal cytochrome P450C9: correlation with CYP2C9 genotype and vivo pharmacokinetics /C. Tang, M. Shou, T. H. Rushmore //Pharmacogenetics. – 2001. – V. 11. – P. 223-235.

16 Van der Bol J. M. CYP3A4 phenotype-based dosing algorithm for individualized treatment of irinotecan /J. M. Van der Bol, R. H. Mathijssen, G. J. Creemers //Clin. Cancer. Res. – 2010. – V. 16 (2). – P. 736-742.

17 Samari N. J. The personal genome – the future of personalized medicine? /N. J. Samari, M. Tomaszewski, H. Schunkert //Lancet. – 2010. – V. 375 (9725). – P. 1497-1498.

Поступила 02.02.2014 г.

*A. Kh. Abushakhmanova, N. T. Dildabekova, M. K. Kuderinova, M. T. Asmagambetova, A. R. Romanova
PROBLEMS AND PROSPECTS OF PHARMACOTHERAPY OF GENETIC DISEASES*

Pharmacology of the XXI century uses scientific and technical achievements, giving the opportunity to apply high technologies: biotechnology, genetic engineering, genomics, proteomics, robot technology, information technology and nanotechnology. Gene therapy and genetic multifactorial diseases are currently based on introducing into a cell of a healthy copy of a gene encoding the information for changing the normal functions of the cell. The success of the first clinical trial of gene therapy of some genetic diseases stimulated the search for and development of new gene therapy of other hereditary diseases.

Keywords: pharmacology, pharmacotherapy, gene therapy, gene, genetic diseases

*A. X. Абушахманова, Н. Т. Дилдабекова, М. К. Кудеринова, М. Т. Асмагамбетова, А. Р. Романова
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ГЕНЕТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ*

Фармакология XXI века использует научные и технические достижения, дающие возможность применять высокие технологии: биотехнологию, генную инженерию, геномику, протеомику, робот-технологию, информационные технологии и нанотехнологию. Генная терапия генетических и мультифакторных заболеваний в настоящее время основана на введении в клетку копии здорового гена, кодирующего нормальную информацию для изменения функции клетки. Успешность первых клинических испытаний генной терапии некоторых генетических болезней стимулировала поиск и разработку новых видов генной терапии других наследственных болезней.

Ключевые слова: фармакология, фармакотерапия, генная терапия, ген, генетические заболевания

A. Cheșcă, G.A. Gyurka, I. S. Azizov**IMAGING ASPECTS OF SINUSITIS**

Faculty of Medicine of Transilvania University of Brașov (Romania)

This study aims to present the theoretical data on sinusitis, as an adjacent pathology of the upper respiratory tract infections. In addition, it will present radiological images representing diagnostic methods used in the pathology of sinuses. From this point of view, natively made computer tomographic images will be presented, having as reference the conventional radiography of sinuses. There were made images of two female patients who came to the specialized ambulatory having signs and symptoms of acute sinus infections.

Key words: sinusitis, cases, diagnostic, imaging aspects

Nowadays, the incidence of respiratory infections is at high level. This fact is caused by numerous risk factors and determining factors predisposing and contributing to the appearance of signs and symptoms of these types of pathologies [2].

In the context of respiratory pathology, there are some cases in which respiratory pathology can be associated with sinus infections [16]. From this point of view we can recall that upper respiratory tract infections often can be the consequence of sinus infections which had not been treated correctly and on time [8, 13]. Sinus pathology is common in any age group, considering the existence of numerous factors which contribute to the occurrence of this pathology [7, 15]. Clinically, sinusitis can be classified into acute and chronic [10, 12]. Acute sinusitis is caused by incorrectly or insufficiently treated viral or bacterial infections. The most common signs of the occurrence of this pathology are stuffy nose, accompanied by runny nose, cough, fever, headache, pain in the ears [5, 6].

Chronic sinusitis occurs as a result of incorrectly or insufficiently treated repeated bacterial infections. Frequently, however, it can be caused by a chronic inflammatory disease that affects the upper respiratory tract and that may show symptoms specific to asthma, considering the influence of respiratory allergies as predisposing factor. In this context, decreased immunity and the low defense ability against infections are major risk factors in chronic sinus infections. Chronic sinusitis is characterized by a variety and complexity of forms, therefore it is imperative a specialized medical consult in order to establish an appropriate diagnosis and treatment [3, 8].

The methods of diagnosis of sinusitis are the performing conventional radiography of the sinuses and native CT scanning [1, 14]. These methods are joined by those used by Otorhinolar-

ingology physicians who perform, when required, endoscopic examinations by using optical fibre instruments [4, 11]. This method allows, by exploring areas in detail, to observe barely visible structural aspects of high accuracy that can be used as diagnostic support [9, 17].

Antibiotic treatment associated with anti-inflammatory and other types of drugs are required in sinusitis. In this type of pathology the treatment must be individualized and specific to each patient, according to the form of the disease. In the context of the incidence of the pathology extensively presented previously, this study aims to present diagnostic aspects of sinusitis.

MATERIALS AND METHODS

Radiological images were analyzed for this study. Conventional radiography is usually used as a routine investigation to examine the sinuses. As specific investigation, native computed tomography is preferred according to the recommendations of specialized physicians. In the following we will present particular issues concerning imagistic changes in sinusitis, using both standard radiography and computed tomography images. To carry out this study radiological aspects of two female patients, aged 41-50, were selected.

RESULTS AND DISCUSSION

The study presents the cases of two female patients who came to the specialized ambulatory accusing symptoms of sinusitis. In order to establish a diagnosis, in addition to clinical examination, imaging investigations were made using conventional imaging and native computer tomography. The standard radiographic image shown in this study highlights the skull bone and the aspect of the frontal, maxillary and paranasal sinuses. In this context, the image presented in this paper reveals changes in the frontal and a buckling of the maxillary sinus, accompanied by thickening of the ethmoid's lining. (fig. 1).



Figure 1 – Standard X-ray image

Computed tomography images show dense, inclined fluid accumulation at right maxillary sinus level associated with circumferential mucosal thickening and polypoid mucosal thickening of the lining of the paranasal sinuses and of the right inferior and middle cornets. These issues are revealed on computed tomography reconstructions performed in axial plane. (fig. 2, 3). Also, axial computed tomography reconstructions show dense fluid accumulation at anterior and posterior ethmoid cells level and at right sphenoid sinus level as well (fig. 2, 3).



Figure 2 – CT image. Native examination

The changes in sinusitis shown above can be seen on computed tomography image reconstructions of images obtained in coronal plane modus. (fig. 4, 5).

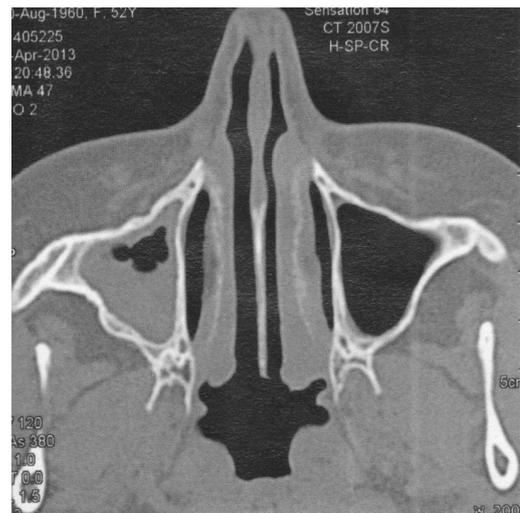


Figure 3 – CT image. Native examination



Figure 4 – CT image. Native examination



Figure 5 – CT image. Native examination

Native examination computed tomography images emphasize circumferential thickening of the frontal sinus mucosa, without evidencing the heterodense infra and supratentorial intracerebral lesions. These structures can be observed in axial, as well as coronal reconstructions in the figures above. The reconstructed coronal computed tomography images highlight the aspect of the frontal sinus (fig. 6).

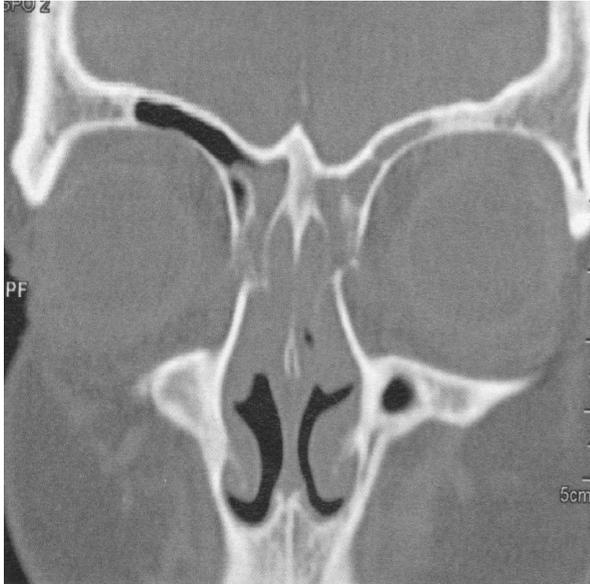


Figure 6 – CT image. Native examination

Coronal computed tomography reconstructed images can also highlight the morphology of the maxillar sinuses (fig. 7).

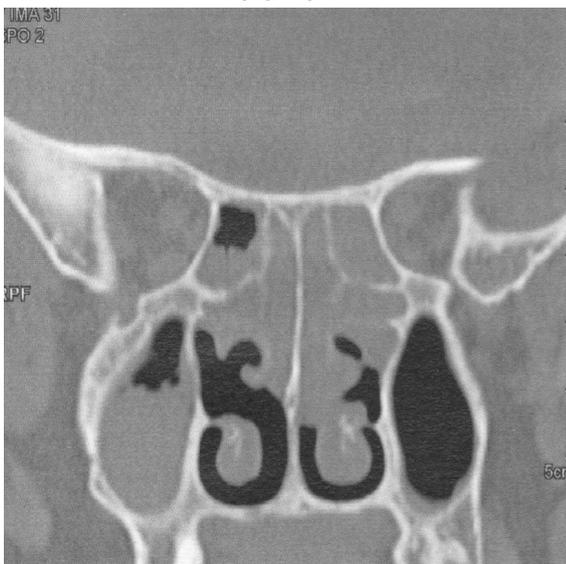


Figure 7 – CT image. Native examination

By observing the imagistic changes, the female patient from whom the computed tomography images were selected, was diagnosed with

chronic sphenoid and facial paranasitis without detectable brain lesions. In the case of the first female patient, the diagnosis of chronic maxillary and frontal sinusitis was established, observing the changes and analyzing the data obtained by conventional radiography.

Given the high incidence of sinusitis in different age groups, in both sexes, and due to the issues presented in this case study, greater attention should be paid to this pathology. From this point of view, preventively, it is worth presenting information materials regarding this pathology and the consequences of incorrect diagnosis and improperly administered medications in public institutions.

REFERENCES

- 1 Benson M. L. Nasal and paranasal sinus imaging /M. L. Benson, P. J. Oliverio, S. J. Zinreich //Journal belge de radiologie. – 1997. – V. 80(2). – P. 89-91.
- 2 Bolger W. E. Changing concepts in chronic sinusitis /W. E. Bolger, D. W. Kennedy // Hospital practice. – 1992. – V. 27(9). – P. 20-28.
- 3 Druce H. M. Emerging techniques in the diagnosis of sinusitis //Annals of allergy. – 1991. – V. 66(2). – P. 132-136.
- 4 Ferrié J. C. Paranasal sinuses and facial imaging: exploratory strategies /J. C. Ferrié, J. M. Klossek //Journal de radiologie. – 2003. – V. 84. – P. 963-967.
- 5 Friedman W. H. Diagnosis and medical and surgical treatment of sinusitis in adults /W. H. Friedman, R. G. Slavin //Clinical reviews in allergy. – 1984. – V. 2(4). – P. 409-428.
- 6 Hildmann H. Sinusitis in the child from the ENT specialty point of view //Fortschritte der Medizin. – 1991. – V. 109(19). – P. 397-400.
- 7 Ide C. Chronic sinusitis: the role of imaging /C. Ide, J. P. Trigaux, P. Eloy //Acta oto-rhino-laryngologica. – 1997. – V. 51(4). – P. 247-258.
- 8 Jorissen M. Recent trends in the diagnosis and treatment of sinusitis. //European radiology. – 1996. – V. 6(2). – P. 170-176.
- 9 Lazar R. H. The current management of sinusitis in children /R. H. Lazar, R. T. Younis // Clinical pediatrics. – 1992. – V. 31(1). – P. 30-36.
- 10 Lund V. J. Staging for rhinosinusitis /V. J. Lund, D. W. Kennedy //Otolaryngology – head and neck surgery. – 1997. – V. 117. – P. 35-40.
- 11 Mafee M. F. Modern imaging of paranasal sinuses and the role of limited sinus computerized tomography; considerations of time, cost and radiation //Ear, nose, & throat journal. – 1994. – V. 73(8). – P. 532-534.
- 12 Moulin G. Radiologic imaging of chronic sinusitis in the adult /G. Moulin, T. Pascal, A.

Jacquier //Journal de radiologie. – 2003. – V. 84. – P. 901-919.

13 Ott N. L. Childhood sinusitis /N. L. Ott, E. J. O'Connell, A. D. Hoffmans //Mayo Clinic proceedings. – 1991. – V. 66(12). – P. 1238-1247.

14 Roithmann R. CT-imaging in the diagnosis and treatment of sinus disease: a partnership between the radiologist and the otolaryngologist / R. Roithmann, L Shankar, M. Hawke //The Journal of otolaryngology. – 1993. – V. 22(4). – P. 253-260.

15 Willner A. Sinusitis in children: current management /A. Willner, R. H. Lazar, R. T.

Younis //Ear, nose, & throat journal. – 1994. – V. 73(7). – P. 485-491.

16 Zeifer B. Update on sinonasal imaging: anatomy and inflammatory disease // Neuroimaging clinics of North America. – 1998. – V. 8(3). – P. 607-630.

17 Zinreich S. J. Imaging of chronic sinusitis in adults: X-ray, computed tomography, and magnetic resonance imaging //The Journal of allergy and clinical immunology. – 1992. – V. 90. – P. 445-451.

Received 04.02.2015

А. Ческа, Г. А. Гюрка, И. С. Азизов

ОСОБЕННОСТИ ВИЗУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНУСИТОВ

Проведенное исследование имело цель представить теоретические данные о синуситах как сопутствующей патологии при инфекциях верхних дыхательных путей. В статье представлены радиологические изображения, демонстрирующие возможности диагностических методов, используемых при патологии носовых пазух. С этой точки зрения, в статье представлены как изображения, сделанные при компьютерной томографии, так и при использовании метода традиционной рентгенографии придаточных пазух носа. В статье представлены снимки носовых пазух двух пациенток женского пола, которые обратились за специализированной амбулаторной помощью с признаками и симптомами острого инфекционного синусита.

Ключевые слова: синусит, клинический случай, диагностика, визуальные методы

А. Ческа, Г. А. Гюрка, И. С. Азизов

СИНУСИТТЕРДІҢ ВИЗУАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Жүргізілген зерттеудің мақсаты жоғары тыныс алу жолдарының инфекциясы кезінде қосалқы патология ретінде синуситтар туралы теориялық мәліметтер алуды мақсат етті. Мақалада мұрын қуысы патологиясы кезінде қолданылатын диагностикалық әдістердің мүмкіндіктерін көрсететін радиологиялық көріністер ұсынылған. Осы көзқарас тұрғысынан компьютерлік томография кезінде жасалған және мұрын қуысын дәстүрлі рентгенографиялау әдісін қолдану кезінде жасалған көріністер ұсынылады. Мақалада өткір инфекциялық синусит белгілерімен және симптомдарымен арнайы амбулаториялық көмекке жүгінген екі әйел пациенттің мұрын қуысының суреттері ұсынылған.

Кілт сөздер: синусит, клиникалық жағдай, диагностика, визуалдық әдістер

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 618.1-616.943-07

Т. А. Алексеева, Д. В. Зубков

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. КАРАГАНДЫ

Кафедра акушерства и гинекологии Карагандинского государственного медицинского университета

В структуре патологии репродуктивной системы 60-65% случаев гинекологической заболеваемости занимают воспалительные заболевания женских половых органов и 10% – гнойные воспалительные образования маточных труб и яичников. После проведенного ретроспективного анализа историй болезни женщин с гнойно-деструктивными заболеваниями придатков матки, пролеченных в Областной клинической больнице г. Караганды, выявлено, что с большей частотой эта патология регистрируется у женщин репродуктивного возраста. Основными факторами возникновения различных клинических форм гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки являются наличие в анамнезе хронических и острых форм воспалительных заболеваний в области малого таза, а также аборт и проведенных ранее полостных операций. Контрацепция в виде внутриматочной спирали в 80% случаев может явиться фактором риска возникновения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки, причем, чем длительнее внутриматочная спираль находилась в полости матки, тем объемнее процесс поражения органов малого таза. Благоприятным фоном в лечении пациенток с изучаемой патологией стало выполнение адекватных по объему хирургических вмешательств, а также комплексная и адекватная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Также необходимо отметить, что сочетание антибиотиков с различной направленностью действия дало хороший терапевтический эффект.

Ключевые слова: тубоовариальное образование, гнойно-деструктивный процесс, пиосальпинкс, гнойно-воспалительные заболевания, органы малого таза

Наиболее актуальной из проблем практической гинекологии всегда были воспалительные заболевания женских половых органов (ВЗЖПО) [2, 5, 7]. В общей популяции женщин ВЗЖПО занимает 30% среди стационарных больных, а в структуре патологии репродуктивной системы 60-65% случаев гинекологической заболеваемости. Причем почти у каждой десятой больной диагностируются гнойные воспалительные образования маточных труб и яичников.

Результаты ряда исследований свидетельствуют, что частота гнойно-деструктивных форм ВЗЖПО не имеет тенденции к снижению, а наоборот, в последнее время она возросла на 13-25% в общей популяции женщин детородного возраста [4, 9].

Воспалительные изменения, как правило, обратимы только при неосложненном сальпингите. Все остальные формы гнойных заболеваний являются осумкованными абсцессами, то есть осложненными формами – это пиосальпинкс, пиовар и гнойный тубоовариальный абсцесс. Еще недавно любая абсцедирующая форма воспалительного заболевания придатков матки являлась практически абсолютным показанием к их удалению, что приводило к утрате или значительному снижению фертильности [13].

В последнее десятилетие в развитых странах мира наметилась четкая тенденция при гнойно-воспалительных заболеваниях выполнять в определенных случаях органосохраняющие операции на придатках матки [1, 4, 12]. По некоторым данным при гнойном сальпингите, осложненном пельвиоперитонитом, при консервативном лечении впоследствии бесплодие составляет 50-56%, а при использовании лапароскопической санации – 18-22% [3, 4].

Целью настоящего ретроспективного исследования явилось определение оптимальной тактики диагностики и лечения пациенток с ВЗЖПО в условиях Областной клинической больницы г. Караганды с выявлением их особенностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования послужили истории болезней 70 пациенток в возрасте от 19 до 46 лет, поступивших в гинекологическое отделение Областной клинической больницы г. Караганды в 2013 г. в экстренном порядке с различными клиническими гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки.

Проведен ретроспективный анализ, в котором отражены: клинико-лабораторные и анамнестические данные течения гнойно-

воспалительных заболеваний придатков матки, течение и ведение послеоперационного периода, объема проведенного хирургического и консервативного лечения у 70 пациенток.

В объём анализируемых лабораторно-инструментальных данных входили общий анализ крови и мочи, коагулограмма, анализ мазков на степень чистоты, бактериологический посев из очага поражения, УЗИ органов малого таза, гистологические результаты макропрепаратов. Оценивались такие клинические параметры, как возраст, температура тела, частота пульса, артериальное давление, частота дыхания, степень нарушения сознания, сроки госпитализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты ретроспективного исследования историй болезни пациенток показали, что возраст 2 женщин составил 19-20 лет, 31 пациентки – 21-30 лет, 28 – 31-40 лет, 9 – 41-46 лет. В возрастной группе до 30 лет ВЗЖПО наблюдались у 47% пациенток, старше 40 лет – у 13%.

Длительность заболевания от момента появления первых симптомов до поступления в стационар составила от 1 до 30 сут, в среднем – 3,9 сут. У 74% пациенток продолжительность настоящего заболевания составила около 7 сут, однако у каждой пятой пациентки (в 22,7% случаев) длительность заболевания составила около 1 мес. Среди обследованных у 68,5% женщин ВЗЖПО возникли на фоне использования внутриматочного контрацептива (ВМК). При этом наиболее тяжелые формы гнойно-воспалительных заболеваний регистрировались у женщин, использовавших ВМК более 5 лет (24,3%).

Одним из провоцирующих факторов развития осложненных форм гнойного воспаления также является наличие перенесенной ранее гинекологической патологии в виде эндометрита, сальпингита и сальпингоофорита. Так, хронические формы с последним обострением в течение года-полтора отмечались в анамнезе у 77,1% пациенток, острые проявления – у 12,9% находившихся под наблюдением. У 80% из общего числа пролеченных в анамнезе отмечались аборт, из них 69,9% проведено инструментальным путем и 30,4% – медикаментозным. В количественном составе 29 пациенток (41,4%) имели в анамнезе 2 и более абортов. Прогрессирование гнойного воспаления в результате неадекватной тактики ведения пациенток имело место у 8,6% больных.

В прошлом у 15 (21,4%) пациенток были

выполнены оперативные вмешательства, из них аппендэктомия – у 4 женщин, удаление придатков матки по поводу ВЗЖПО – у 2, удаление маточной трубы вследствие внематочной беременности – у 4, клиновидная резекция яичников – у 3, наличие пельвиоперитонита было у 2 больных.

Наиболее характерными клиническими проявлениями заболевания были тазовые боли (96,1%), фебрильная и гиперпиретическая лихорадка (78,5%), симптомы раздражения брюшины (28,5%), а также озноб, слабость, недомогание (34,2%), и только у 2 (2,9%) больных отмечалось асимптомное течение патологического процесса.

Повышение температуры тела при поступлении в стационар на субфебрильных цифрах отмечалось у 18,6%, фебрильной (выше 37,5 С⁰) – у 81,2% пациенток. По результатам лабораторного тестирования для 81,5% больных было характерно наличие нейтрофильного лейкоцитоза. Степень выраженности лейкоцитоза, как правило, соответствовала тяжести инфекционного процесса, а лейкопения являлась неблагоприятным прогностическим признаком. У 91,5% обследованных было выявлено увеличение СОЭ, у 81,5% – гиперфибриногенемия. Показатели гемоглобина в большинстве случаев не превышали общепринятой нормы (64,2%), однако в связи с тяжестью процесса в 10% случаев отмечалась анемия I-II степени. На основании данных бактериологического исследования мазков на степень чистоты при поступлении о воспалительном процессе можно было говорить в 72,9% случаев.

Всем пациенткам хирургическое лечение осуществляли под эндотрахеальным наркозом лапаротомным доступом. Показаниями для лапаротомии являлись гнойные tuboовариальные образования, пиосальпинкс, пиовар, распространенный перитонит, угроза перфорации tuboовариального образования в брюшную полость, мочевого пузыря, прямую кишку. Во время лапаротомии выполняли ревизию органов брюшной полости, оценивали анатомические взаимосвязи, степень вовлечения в процесс маточных труб и яичников, наличие сопутствующей патологии, спаечного процесса, экссудата. Интраоперационно устанавливали окончательный диагноз. Наиболее часто у 34,2% диагностировался односторонний tuboовариальный абсцесс в сочетании с контралатеральным пиосальпинксом, билатеральные абсцессы – в 23,1% случаев, односторонний абсцесс – в 19,6%, билатеральные пиосальпинксы – 12%, односторонний пиосальпинкс –

5,8%, односторонний пиовар – 5,3% случаев.

Анализ абдоминальной хирургической патологии показал, что у больных одновременно имели место спаечная болезнь брюшной полости – у 8 (11,4%) пациенток, вторичные изменения в червеобразном отростке – у 3 (4,6%), оментит – у 2 (2,9%), межпетлевой абсцесс – у 1 (1,4%).

В посевах из брюшной полости и гнойного очага были выявлены *E. coli* – у 33 (57,8%) пациенток, *Enterococcus* – у 14 (24,6%), *St. haemolyticus* – у 13 (22,8%), *Klebsiella oxytoca* – у 6 (10,5%). Отсутствие микроорганизмов регистрировалось у остальных 4 (5,7%) пациенток. Отрицательные результаты посева гноя следует рассматривать как следствие длительного лечения антибиотиками или использования недостаточно информативных методов диагностики.

Основную массу оперативного вмешательства составили односторонние аднексэктомии (82,4%), 2-сторонней аднексэктомией были завершены 10% операций и в 5,2% случаев произведена цистэктомия.

Оценка результатов оперативного лечения показала, что независимо от объема хирургического вмешательства у 97,1% пациенток послеоперационный период протекал без осложнений, а в остальных случаях, где имелись осложнения, отмечено наличие подкожных гематом. Длительность пребывания в стационаре после операции составила в среднем 8,9 койко-дня.

При лечении пациенток большое значение имела антибактериальная терапия препаратами, обладающими высокой активностью относительно грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных возбудителей. В лечении пациенток применяли следующие терапевтические схемы: а) карбопенемы (инваз) + цефалоспорины (цеф 3) – в 10% случаев; б) производные имидазола (метрид) + цефалоспорины (цефазолин) – 82,9% больных; в) β-лактамы пенициллины (амиклав) + производные имидазола (метрид) – 7,1%.

Основными направлениями инфузионного лечения являлись восстановление объема циркулирующей крови, дезинтоксикация, нормализация водно-электролитного баланса, поддержание коллоидно-осмотического давления, профилактика пареза кишечника. Для профилактики тромбозомболических осложнений назначали антикоагулянты (клексан, фраксипарин), использовали компрессию нижних конечностей эластичными бинтами, практиковали раннюю активацию больных в кровати,

лечебную гимнастику.

В морфологической картине наблюдалось превалирование гнойно-продуктивных форм воспаления с преимущественным формированием хронических tuboовариальных абсцессов у 78,6% больных.

ВЫВОДЫ

1. Пик возникновения воспалительных заболеваний женских половых органов приходится на репродуктивный период, в связи с чем необходимо строго соблюдать регламент нахождения внутриматочного контрацептива (фактор риска возникновения воспалительных заболеваний женских половых органов) в полости матки.

2. Следует отметить повышение частоты гнойно-деструктивных заболеваний придатков матки у женщин репродуктивного возраста на фоне прогрессивного увеличения частоты перенесенной острой и хронической гинекологической патологии (90%), проведенных ранее аборт (80%) и имеющих в анамнезе каждой пятой женщины (21,4%) полостных оперативных вмешательств.

3. Безусловно, основополагающим фактором успешного лечения пациенток с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза явилось выполнение адекватных по объему хирургических вмешательств, обеспечивающих удаление всех деструктивных тканей, а также полная комплексная противовоспалительная, инфузионная и антиагрегантная терапия.

4. Объем производимых оперативных вмешательств был различным. При наличии необратимых гнойно-некротических изменений в придатках матки проводили радикальные операции с удалением основного гнойного очага, у больных репродуктивного возраста – в приоритете были органосберегающие операции.

5. Учитывая мультибактериальную природу заболевания, следует считать оправданным использование комбинации 2 или 3 современных антибактериальных препаратов с различной направленностью действия.

ЛИТЕРАТУРА

1 Адамьян Л. В. Современные подходы к хирургическому лечению гнойно-воспалительных образований органов малого таза // Л. В. Адамьян, А. В. Козаченко // Эндоскопия в гинекологии. – М., 1999. – С. 418-424.

2 Антонова Л. В. Особенности клинического течения острых воспалительных заболеваний придатков матки на фоне использования внутриматочных контрацептивов // Л. В. Антонова, С. Г. Карапетян, Е. Н. Каухова //

Акушерство и гинекология. – 2006. – №10. – С. 41-44.

3 Багненко С. Ф. Критерии и возможности выполнения органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и придатков у женщин репродуктивного возраста /С. Ф. Багненко, Е. И. Новиков, И. А. Плахотников //Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – Вып. 3. – С. 19-21.

4 Гинекология: Нац. рук. /Под ред. В. И. Кулакова, Г. М. Савельевой, И. Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 24 с.

5 Долгов Г. В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2008. – 173 с.

6 Краснополяский В. И. Гнойная хирургия В. И. Краснополяский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина. – М.: МЕД пресс-информ, 2001. – 288 с.

7 Краснополяский В. И. Гнойная гинекология /В. И. Краснополяский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина. – М.: МЕД-прес-информ, 2006. – 295 с.

8 Краснополяский В. И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /В. И. Краснополяский, С. Н. Буянова, Н. А. Щукина. – М.: МЕДпресс, 1999. – 233 с.

9 Костючек Д. Ф. Гнойные тубоовариаль-

ные образования (клиника, диагностика, принципы терапии) //Журнал акушерства и женских болезней. – 1997. – Вып. 1. – С. 63-65.

10 Серов В. Н. Критерии прогноза осложнений и выбора основного метода лечения у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями матки и придатков /В. Н. Серов, Е. О. Панкова //Матер. 6 Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 479-480.

11 Синчихин С. П. Некоторые современные аспекты этиологии, клинической картины и лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки /С. П. Синчихин, О. Б. Мамиев, Е. В. Пахилова, А. В. Буров //Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2004. –№2, Т. 4. – С. 35-38.

12 Стрижаков А. Н. Патогенетическое обоснование хирургического лечения больших гнойными воспалительными тубоовариальными образованиями /А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, Д. Ф. Курбанова //Сб. тр «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии». – Москва – Сургут, 2001. – С. 240-249.

13 Стрижаков А. Н. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки /А. Н. Стрижаков, Н. М. Подзолкова. – М.: Медицина, 1996. – 436 с.

Поступила 18.02.2015 г.

T. A. Alekseeva, D. V. Zubkov

SOME PECULIARITIES OF PYOINFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPENDAGES MANAGEMENT ON MATERIALS OF THE REGIONAL CLINICAL HOSPITAL OF KARAGANDA

In the pathological structure of reproductive system 60-65% of cases of gynecological morbidity are inflammatory diseases of the female genital organs, and 10% - suppurative and inflammatory masses of the fallopian tubes and ovaries. After a retrospective analysis of case histories of women with suppurative destructive diseases of the uterine appendages treated in the Regional clinical hospital of Karaganda, there were revealed that the women of reproductive age are at risk for this pathology. The main factors of the different clinical forms of uterine appendages chronic inflammatory diseases are a presence in a medical history of chronic and acute forms of inflammatory diseases in the small pelvis area, as well as abortion and prior abdominal operations. The contraception in the form of an intrauterine device in 80% of cases may be a risk factor for chronic inflammatory diseases of the uterine appendages. The longer the intrauterine device was in the uterine cavity, the bigger process of destruction of the pelvic organs. The treatment of patients with this pathology was the appropriate performance of surgical procedures, as well as comprehensive and appropriate antibiotic therapy and detoxification. Also it should be noted that the combination of antibiotics for different purposes produced a good therapeutic effect.

Keywords: tubo-ovarian mass, purulent-destructive process, pus tube, purulent-inflammatory disease, pelvic organs

T. A. Алексеева, Д. В. Зубков

ҚАРАҒАНДЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ОБЛЫСТЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНАСЫНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ БОЙЫНША ЖАТЫР ҚОСАЛҚЫЛАРЫНДАҒЫ ІРІНДІ-ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУДІҢ БІРҚАТАР ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Әйелдердің гинекологиялық ауруларының репродуктивтілік жүйесі патологиясының құрылымында 60-65% жағдайды әйелдердің жыныс органдарының қабыну ауруы мен 10% – жатыр жолдарындағы іріңді қабыну құрылымдары алады. Қарағанды қаласының облыстық клиникалық ауруханасында жатырдың іріңді-деструктивті ауруынан емделген әйелдердің ауру тарихына жасалған ретроспективті талдаудан кейін бұл патологияның көп ретте репродуктивті жастағы әйелдерде тіркелетіні анықталды. Жатырда пайда болатын іріңді-қабыну ауруларының әртүрлі клиникалық түрлерінің пайда болуының негізгі факторлары шағын жамбастың маңында қабыну ауруларының созылмалы және өткір анамнезінің болуы болып табылады. Жатыр ішінде спираль түріндегі контрацепция 80% жағдайда жатырдың іріңді-қабыну аурулары қатерінің факторы болып табылуы мүмкін, жатыр ішіндегі спираль жатыр қуысында ұзақ уақыт болған сайын, шағын жамбас органдары зақымдалуы процесі сонша ұзақ болуы мүмкін. Зерттелетін патология бойынша пәцінеткаларды емдеуде көлемдері бойынша адекватты хирургиялық араласу, сол сияқты кешенді және адекватты антибактериалдық және дезинтоксикациялық терапия оң әсер етеді. Сол сияқты атап көрсету керек, әртүрлі әсер ету бағытындағы антибиотиктер құрамдастығы жақсы терапевтикалық әсер берді.

Кілт сөздер: тубоовариалды құрылым, іріңді-деструктивті процесс, пиосальпинкс, іріңді-қабыну аурулары, кіші жамбас органдары

© В. И. Березняков, 2015

УДК: 616.24-002-06:616.12-008.46-036.1]-085.33

В. И. Березняков

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кафедра семейной медицины – общей практики

Харьковской медицинской академии последипломного образования

Цель работы: совершенствование лечения больных внебольничной пневмонией с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью на основании сравнения эффективности ступенчатого и традиционного режимов антибактериальной терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 139 пациентов в возрасте от 44 до 73 лет. В I (основную) группу были включены больные с внебольничной пневмонией и хронической сердечной недостаточностью, получавшие ступенчатую антибактериальную терапию. Пациенты с внебольничной пневмонией и хронической сердечной недостаточностью, получавшие традиционную парентеральную антибактериальную терапию, вошли во II группу. III группу представили больные с внебольничной пневмонией без хронической сердечной недостаточности, получавшие ступенчатую терапию. Эффективность лечения внебольничной пневмонии оценивали через 12 ± 2 сут.

Результаты и обсуждение. Показатели шкалы CRB-65 в основной группе ($0,11 \pm 0,36$ баллов) не отличались от таковых в других группах. Положительный результат лечения (выздоровление + улучшение) зарегистрирован у 97,3% больных основной, 91,7% – второй и 96,7% – третьей групп. Длительность пребывания в стационаре ($11,1 \pm 0,4$ сут) и длительность антибактериальной терапии ($9,3 \pm 0,3$ сут) в основной группе не отличались от таковых в других группах.

Заключение. Документирована эффективность ступенчатой терапии у больных с нетяжелой внебольничной пневмонией и сопутствующей хронической сердечной недостаточностью.

Выводы. Ступенчатая терапия у больных с нетяжелой внебольничной пневмонией и сопутствующей хронической сердечной недостаточностью по эффективности не отличалась от традиционной антибактериальной пневмонии, но ассоциировалась с уменьшением одышки за период наблюдения, снижением доли пациентов с жалобами на кашель в более ранние сроки (через 7 ± 1 день от начала лечения) и сопоставимыми сроками обратного развития инфильтративных изменений в легких. Длительность применения антибиотиков и сроки пребывания в стационаре лиц с коморбидной патологией при применении ступенчатой или традиционной антибактериальной пневмонией не различались.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, хроническая сердечная недостаточность, ступенчатая терапия, эффективность.

Отличительной особенностью современной клиники внутренних болезней является наличие у одного больного двух и более заболеваний внутренних органов. Особую актуальность коморбидная патология приобретает в случае сочетания распространенных болезней, лечение и профилактика которых требует существенных экономических затрат [6]. К таким заболеваниям относятся, без сомнения, внебольничная пневмония (ВП) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

Согласно данным эпидемиологических исследований, заболеваемость ВП составляет 5-11 случаев на 1 000 населения в год и возрастает среди лиц старшей возрастной группы [1, 5]. У госпитализированных больных с ВП повышен риск возникновения или обострения кардиальных состояний (аритмий, ХСН и/или инфаркта миокарда) [3]. При этом основная часть расходов на лечение больных как ВП, так и ХСН, приходится на расходы, связанные с госпитализацией пациентов.

Одним из способов уменьшения расходов на оказание медицинской помощи при сохранении высокой клинической эффективности терапии является перевод пациента с парентерального на непарентеральный путь введения медикаментов (ступенчатая терапия). В клинической практике наибольшее распространение ступенчатая терапия получила при лечении инфекционных заболеваний. Эффективность ступенчатого подхода для лечения ВП была неоднократно продемонстрирована в зарубежных исследованиях [2]. Но эффективность, безопасность и целесообразность применения ступенчатой терапии у больных ВП с сопутствующей ХСН все еще требуют подтверждения.

Цель работы – совершенствование лечения больных нетяжелой внебольничной пневмонией с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью на основании сравнения эффективности ступенчатого и традиционного режимов антибактериальной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании обобщены результаты наблюдений за 139 пациентами с ВП в возрасте от 44 до 73 лет, среди них 58 мужчин (41,4%) и 81 женщина (57,9%). Протокол исследования одобрен этическим комитетом Харьковской городской клинической многопрофильной больницы (ГКМБ) №25. Перед включением в исследование пациенты подписывали информированное согласие на участие в нем. Больные распределены в 3 группы в зависимости от наличия или отсутствия коморбидной патологии (ХСН) и режима терапии (ступенчатая или традиционная). Пациенты с ВП и сопутствующей ХСН, получавшие ступенчатую терапию, вошли в состав основной группы (I группа), больные ВП с сопутствующей ХСН, получавшие традиционную антибактериальную терапию (АБТ), были включены во II группу, лица с ВП без ХСН, получавшие ступенчатую АБТ – в III группу. Под традиционным применением антибактериальных средств понимали парентеральное введение антибиотиков (в случае назначения монотерапии) и парентеральное введение первого антибиотика и парентеральное или пероральное введение второго антибиотика (в случае применения комбинированной АБТ) для лечения ВП в течение всего курса терапии антибиотиками. Рандомизацию больных с коморбидной патологией в группы вмешательства (основную и вторую, исходное соотношение 2:1) осуществляли с помощью конвертов.

Обследование проводилось на базе терапевтического отделения Харьковской городской клинической многопрофильной больницы №25. Диагноз ВП устанавливали согласно Протоколу оказания медицинской помощи больным ВП и нозокомиальной (госпитальной) пневмонией у взрослых, который введен в действие приказом Министерства здравоохранения Украины №128 от 19.03.2007 г. [1]. Тяжесть ВП оценивали с помощью шкалы CRB-65. Шкала CRB-65 состоит из четырех параметров (сознание пациента, частота дыхания, уровень артериального давления (АД), возраст). Минимальное количество баллов, которые больной может получить по этой шкале, составляет 0, максимальное – 4 балла. При наличии 1 и более баллов (у больных ≥ 65 лет – 2 и более) рекомендуется лечение в условиях стационара.

Верификацию ХСН проводили на основании углубленного клинико-анамнестического (наличие перенесенного инфаркта миокарда и др.) и лабораторно-инструментального исследова-

ований с использованием критериев, рекомендованных Украинским обществом кардиологов (2008-2011 гг.) и Протокола оказания медицинской помощи больным с ХСН, введенного в действие приказом Министерства здравоохранения Украины №436 от 03.07.2006 г. У большинства больных с коморбидной патологией наличие ХСН документировано также путем измерения концентрации натриуретического пептида NTpro-BNP (во всех случаях она была повышенной). Функциональный класс (ФК) ХСН определяли по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (НУНА, 1964 г.): II ФК был установлен у 78 больных (71,6%), III ФК – у 31 (28,4%).

В исследование не включали больных с тяжелой ВП, ХСН I и IV ФК, младше 18 лет. К другим критериям исключения относились отказ от госпитализации и участия в исследовании, заболевание нозокомиальной пневмонией, наличие бронхоэктазов, эмпиемы плевры, деструкции/абсцесса легких на рентгенограмме, туберкулеза, злокачественных новообразований, диффузных болезней соединительной ткани, тяжелых заболеваний почек или печени, анамнестических указаний на острое нарушение мозгового кровообращения или инфаркта миокарда в предыдущие 3 мес., травматического повреждения центральной нервной системы, психических заболеваний, наркомании, алкоголизма, синдрома приобретенного иммунодефицита. Для больных ВП с сопутствующей ХСН обязательным условием включения в исследование было наличие интактного и функционирующего пищеварительного тракта (отсутствие стойкой тошноты и рвоты, синдрома кишечной мальабсорбции, документированной непроходимости кишечника и т.д.).

Рентгенологическое исследование проводилось в передней прямой и боковых проекциях в начале госпитализации и через 7 ± 1 сут от начала лечения, при необходимости – через 12 ± 2 сут и 17 ± 2 сут от начала АБТ.

Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела} / \text{рост}^2 \text{ (кг/м}^2\text{)}.$$

Эффективность лечения ВП оценивали через 12 ± 2 сут по следующим критериям:

- *выздоровление*: отсутствие жалоб, связанных с пневмонией, отсутствие физических признаков заболевания, отклонений в лабораторных показателях и инфильтрации легочной ткани по данным рентгенологического исследования;

- *улучшение*: сохранение жалоб, связанных с пневмонией (например, кашель), наличие

некоторых физикальных признаков заболевания (субфебрилитета, ослабленного дыхания или мелкопузырчатых хрипов при аускультации легких) при отсутствии отклонений в лабораторных показателях и инфильтрации легочной ткани на рентгенограммах;

- *положительный результат*: сумма больных, которые выздоровели и у кого состояние улучшилось;

- *клиническая неудача*: сохранение инфильтрации легочной ткани на рентгенограммах через 12±2 сут от начала лечения, необходимость замены назначенных антибиотиков из-за развития побочных эффектов или неэффективности стартовой АБТ, развития осложнений (плевральный выпот);

- *невозможно оценить*: отказ от АБТ (без объяснений или вследствие возникновения аллергической реакции на антибиотик), госпитализация в другое лечебное учреждение в связи с необходимостью исключить специфическое поражение легких (туберкулез).

ческое поражение легких (туберкулез).

Полученные в исследовании данные были обработаны и проанализированы с помощью «Statistica for Windows 6.0.» (StatSoft, Inc., США) и «Microsoft Excel 2003». При анализе количественных параметров использовались выборочное среднее (M), ошибка среднего (m), доля (%). Для определения различий между группами применяли методы пара- и непараметрической статистики с определением t-критерия Стьюдента или критерия Вилкоксона. При уровне значимости $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты всех групп были сопоставимы по полу, возрасту и ИМТ (табл. 1).

В день включения в исследование («день 0») больные основной группы по сравнению с лицами с ВП без ХСН (III группа) чаще предъявляли жалобы на одышку и пастозность/отеки голеней (табл. 1). При физикаль-

Таблица 1 – Распределение больных с ВП (с ХСН и без нее) по полу, возрасту, ИМТ и жалобы пациентов в день включения в исследование

Показатель	I (основная группа (n=73))	II группа, (n=36)	III группа (n=30)	p ₁₋₂	p ₁₋₃
Средний возраст, г. (M±m)	59,3±0,6	59,1±1,0	60,6±0,8		
Старше 65 лет, n (%)	6 (8,2%)	6 (16,7%)	1 (3,3%)		
Мужчины, n (%)	31 (42,5%)	16 (44,4%)	12 (40%)		
Женщины, n (%)	42 (57,5%)	20 (55,6%)	18 (60%)		
ИМТ, кг/м ² (M±m)	25,4±0,3	25,2±0,4	24,8±0,5		
Одышка	58 (78,1%)	27 (75%)	5 (16,7%)		<0,05
Общая слабость	37 (92,5%)	36 (100%)	29 (96,7%)		
Кашель	72 (98,6%)	36 (100%)	30 (100%)		
Выделение мокроты	44 (60,3%)	19 (52,8%)	20 (66,7%)		
Мокрота слизистая	19 (26%)	8 (22,2%)	8 (26,7%)		
Мокрота слизисто- гнойная	23 (31,5%)	11 (30,6%)	12 (40%)		
Мокрота гнойная	2 (2,7%)	0	0		
Лихорадка	65 (89%)	29 (80,6%)	26 (86,7%)		
Лихорадка фебрильная	23 (31,5%)	9 (25%)	9 (30%)		
Лихорадка субфебрильная	42 (57,6%)	20 (55,6%)	17 (56,7%)		
Боль в грудной клетке	14 (19,2%)	6 (16,7%)	6 (20%)		
Боль в области сердца	7 (9,6%)	5 (13,9%)	5 (16,7%)		
Пастозность голеней	13 (17,8%)	9 (25%)	0		<0,05
Отеки голеней	9 (12,3%)	7 (19,4%)	0		

Клиническая медицина

Таблица 2 – Данные физикального и лабораторного исследования пациентов с ВП (с ХСН или без нее) в день включения в исследование

Показатель	I группа (n=73)	II группа (n=36)	III группа (n=30)	P ₁₋₂	P ₁₋₃
Температура тела, С° (M±m)	37,6±0,1	37,5±0,1	37,6±0,1		
ЧД, движений/мин. (M±m)	20,4±0,3	20,4±0,4	17,6±0,2		<0,05
ЧСС, уд/мин. (M±m)	86,8±2,0	90,0±4,1	81,3±1,9		<0,05
Везикулярное дыхание, n (%)	8 (11%)	0	2 (6,7%)		
Ослабленное дыхание, n (%)	54 (74%)	30 (83,3%)	26 (86,7%)		
Жесткое дыхание, n (%)	11 (15,1%)	6 (16,7%)	2 (6,7%)		
Сухие хрипы, n (%)	12 (16,4%)	1 (2,8%)	3 (10%)	<0,05	
Мелкопузырчатые хрипы, n (%)	38 (52,1%)	18 (50,0%)	11 (36,7%)		
Крепитация, n (%)	17 (23,3%)	9 (25,0%)	10 (33,3%)		
Увеличение печени, n (%)	8 (11,0%)	3 (8,3%)	0		
Лейкоциты, n×10 ⁹ /л (M±m)	7,6±0,3	8,3±0,9	7,4±0,4		
Палочкоядерные нейтрофилы, % (M±m)	2,6±0,3	3,3±0,6	3,6±0,6		
СОЭ, мм/ч (M±m)	24,3±1,6	22,3±2,5	25,5±3,1		
NTpro-BNP, Пг/мл (M±m, n)	1235,03±177 (n=30)	1427,04±89,2 (n=33)	–		

ном обследовании документирована статистически значимая разница между пациентами указанных групп по таким показателям, как частота дыхания в минуту (ЧД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) (табл. 2). Динамику клинической симптоматики оценивали спустя 48-72 ч, через 7±1 и 12±2 сут от начала АБТ. Различия между больными I и II групп в «день 0» (за исключением частоты аускультации сухих хрипов) отсутствовали, что объясняется однородностью как самих пациентов (лица с нетяжелой ВП и сопутствующей ХСН), так и сходством стартовой терапии. Инфильтрация легочной ткани по данным рентгенографии документирована у всех включенных в исследование больных.

Больные основной и контрольных групп не различались по показателям шкалы CRB-65: соответственно 0,11±0,36, 0,19±0,47 и 0,03±0,18 баллов. Ни у кого из обследованных не было нарушений сознания, одышки с ЧД ≥ 30 дыханий в мин., систолической гипотензии (систолическое АД < 90 мм рт. ст.), у 1 пациента во II группе диастолическое АД равнялось 60 мм рт. ст., а у 2 человек в основной группе диастолическое АД оказалось равным соответственно 50 и 60 мм рт. ст. Таким образом, за исключением 3 упомянутых больных

количество баллов по шкале CRB-65 в каждой из групп обусловлена распространением лиц в возрасте 65 лет и старше. Невысокие показатели по шкале CRB-65 указывают на то, что большинство пациентов было госпитализировано по социальным причинам, нежели лечение в стационаре продиктовано медицинскими данными. В соответствии с современными представлениями, подавляющее большинство включенных в исследование больных могло лечиться в амбулаторных условиях.

Стартовая АБТ больным ВП, включенным в исследование, назначалась лечащим врачом в соответствии с действующим «Протоколом ...» [1] с учетом предыдущего «антибиотического анамнеза». Во всех группах лечение начинали с парентерального введения антибиотиков. Только в случаях использования комбинированной АБТ, когда первый антибиотик (β-лактамы) вводился парентерально, второй (макролид или фторхинолон) – мог назначаться или парентерально, или – при условии согласия пациента – внутрь. После стабилизации и улучшения клинического состояния больных (как правило, спустя 48-96 ч от начала АБТ) в основной и III группах при согласии пациентов с интактным и функционирующим желудочно-кишечным трактом приме-

нялся ступенчатый подход – перевод с парентерального на пероральный путь введения антибиотиков. Критерии стабилизации и улучшения определяли в соответствии с действующим «Протоколом...» [1]. Во II группе (традиционное лечение) больным вводили антибиотики парентерально (как минимум, один из них в случае использования комбинации) до завершения курса АБТ.

В основной группе 25 человек (34,3%) получали монотерапию (из них 19 пациентов – β -лактамами антибиотиками), 48 больных (65,8%) – комбинированную АБТ (в 28 случаях использовалась комбинация β -лактама с макролидом, в 20 – комбинация β -лактама с фторхинолоном). Во II группе монотерапия была назначена 15 пациентам (41,7%, причем 10 человек получали β -лактамы антибиотик), в III – 13 больным (43,3%, 10 обследованных получали β -лактамы). Комбинированную терапию во II группе получал 21 пациент (58,3%), в том числе 15 человек – β -лактамы с макролидом, 6 – β -лактамы с фторхинолоном. Соответствующее распределение в III группе оказалось таким: 17 больных (56,7%) получали комбинированную АБТ, из них 12 – комбинацию β -лактама с макролидом, 5 – β -лактама с фторхинолоном.

Распределение больных, получавших монотерапию или комбинированную АБТ, среди пациентов основной группы не отличалось от такового во II и III группах. Отсутствовали различия между группами и в особенностях монотерапии (β -лактамами, фторхинолонами или макролидами) и комбинированной АБТ (сочетание β -лактамов с фторхинолонами или макролидами). Выбор того или иного режима АБТ был обусловлен предыдущим «антибактериальным» и аллергологическим анамнезом пациента и личными пожеланиями врача или больного.

Через 48-72 ч. от начала лечения доля больных основной группы, предъявлявших жалобы на одышку, превышала таковую среди пациентов без сопутствующей ХСН (III группа): соответственно 78,1% по сравнению с 6,7% ($p < 0,05$). Жалобы на выделение гнойной мокроты в день включения в исследование предъявляли лишь 2 пациента основной группы (2,7%), а после ее исчезновения через 48-72 ч. от начала лечения она не возобновлялась ни в одной из групп наблюдения.

Через 2-3 сут после начала АБТ в группах больных с сопутствующей ХСН (основная и II) увеличилось количество лиц с жалобами на пастозность голеней – за счет уменьшения

количества пациентов с отеками. Доля лиц с пастозностью голеней в основной группе, как и в начале наблюдения, превышала таковую в III группе: соответственно 13,7% и 0 ($p < 0,05$).

Через 7 ± 1 сут после начала лечения доля больных основной группы, которые жаловались на одышку, оставалась большей, чем в III группе: соответственно 75,3% и 3,3% ($p < 0,05$). Только 1 пациент (из основной группы) жаловался на выделение слизисто-гнойной мокроты. Как и во время предыдущего обследования, в основной группе количество больных с пастозностью голеней превышало таковое в III группе: соответственно 19,2% и 0 ($p < 0,05$).

Количество пациентов с инфильтрацией легочной ткани через 7 ± 1 сут значительно снизилось во всех группах и составило 24 (32,9%) человек в основной, 15 (41,7%) – во II и 7 (31,8%) – в III группах.

Через 12 ± 2 сут от начала лечения доля больных основной группы, которые жаловались на одышку, существенно уменьшилась, но оставалась большей, чем в III группе: соответственно 62,0% и 0 ($p < 0,05$). Ни один из обследованных не жаловался на выделение гнойной или слизисто-гнойной мокроты. Только 2 пациента II группы жаловались на выделение слизистой мокроты. Ни один из обследованных больных в эти сроки не жаловался на боли в области сердца или в грудной клетке. Субфебрильная лихорадка сохранялась лишь у 1 пациента основной и 1 больного II группы. Количество обследованных, которые жаловались на пастозность/отеки голеней, существенно уменьшилась во всех группах, причем статистически значимая разница между больными основной и III групп исчезла. Инфильтрация легочной ткани в эти сроки сохранялась у 8,2% пациентов основной группы, у 16,7% – II группы и отсутствовала у обследованных III группы.

Через 17 ± 2 сут от начала лечения у всех обследованных с сопутствующей ХСН инфильтрация легочной ткани отсутствовала. В целом, полученные данные свидетельствуют о более медленной эволюции рентгенологических изменений у больных ВП с сопутствующей ХСН по сравнению с лицами с изолированной ВП (без ХСН). Кроме того, обратное развитие рентгенологических изменений в легких у пациентов с ВП и сопутствующей ХСН, получавших ступенчатую терапию, не отличалось от такового в группе лиц, получавших традиционную АБТ.

Клиническая медицина

Динамику симптомов ВП с ХСН и без нее изучали с помощью критерия Вилкоксона. Количество больных основной группы, жаловавшихся на одышку, статистически значимо уменьшилось по сравнению с исходными данными лишь через 12 ± 2 сут от начала лечения ($p < 0,02$). В отличие от основной группы, во II и в III группах значимые различия отсутствовали в течение всего периода наблюдения,

хотя у пациентов с ВП без ХСН разница между исходными данными и показателями через 12 ± 2 сут от начала лечения имела характер тенденции ($p = 0,068$ по критерию Вилкоксона). С другой стороны, в III группе в последний срок наблюдения ни один из больных не жаловался на одышку, то есть она исчезла у всех пациентов, которые жаловались на нее в начале лечения (рис. 1).

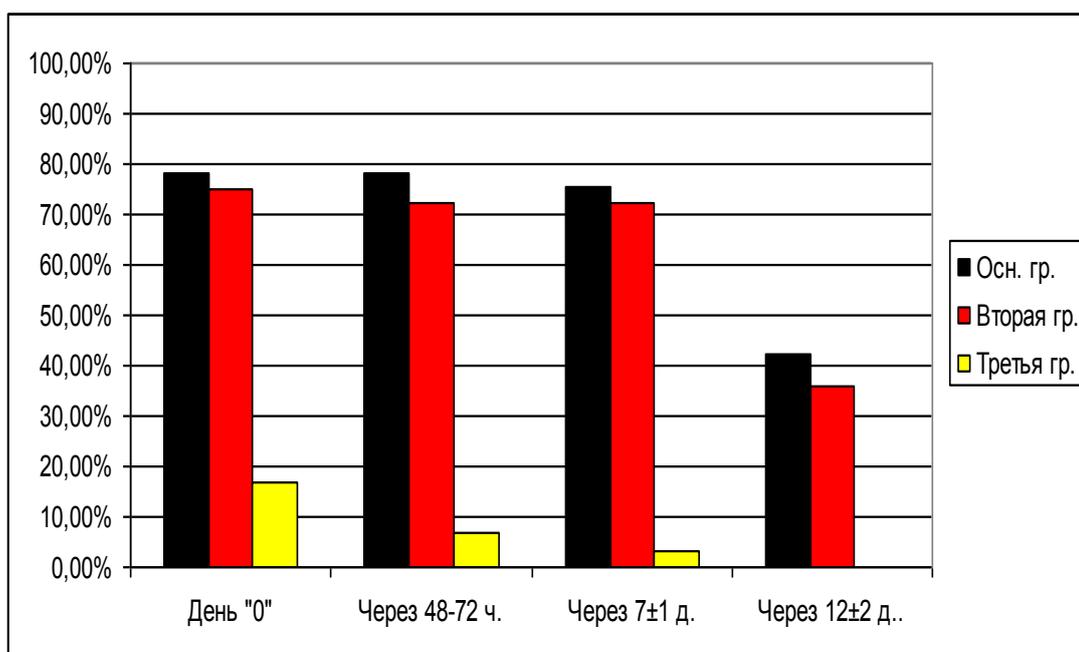


Рисунок 1 – Динамика распространения жалоб на одышку среди обследованных больных за время наблюдения

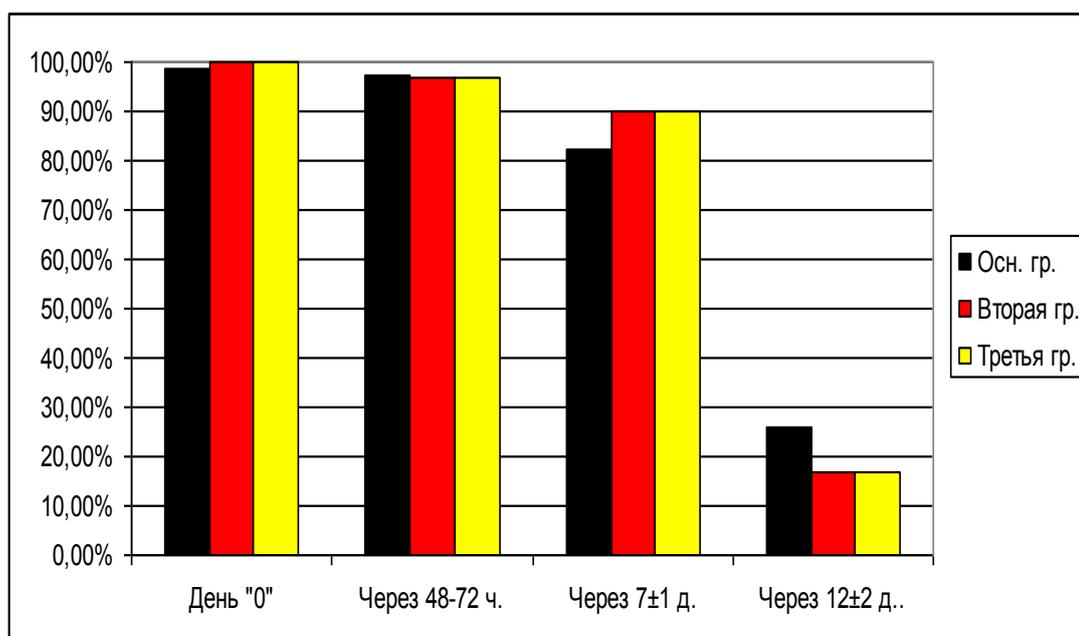


Рисунок 2 – Динамика распространения жалоб на кашель среди обследованных больных за время наблюдения

Таким образом, среди пациентов с ВП и сопутствующей ХСН уменьшение одышки за время наблюдения зарегистрировано только у тех, кто получал ступенчатую терапию. Выявленные различия можно объяснить лучшей переносимостью ступенчатой терапии, более эффективным лечением сопутствующей ХСН (или лучшим соблюдением предписанной терапии), либо проявлением случайности.

Изучена динамика доли больных с жалобами на кашель за время наблюдения (рис. 2). Существенное уменьшение количества пациентов с кашлем в основной группе по сравнению с исходными данными было зарегистрировано через 7 ± 1 сут от начала лечения ($p < 0,01$), которое продолжалось и в дальнейшем (через 12 ± 2 сут по сравнению со сроком через 7 ± 1 сут; $p < 0,001$). В отличие от основной группы, во II группе существенное уменьшение количества больных с жалобами на кашель зарегистрировано только через 12 ± 2 сут от начала лечения ($p < 0,01$), в то время как раньше (через 7 ± 1 сут) отмечалась лишь тенденция к уменьшению ($p = 0,058$). В III группе статистически значимое уменьшение количества больных с жалобами на кашель также было зарегистрировано лишь через 12 ± 2 сут от начала лечения ($p < 0,01$). Таким образом, уменьшение доли пациентов с жалобами на кашель в основной группе начиналось раньше (через 7 ± 1 сут от начала АБТ), чем в обеих контрольных группах. Такие результаты можно объяснить по-разному: 1) во II группе у части больных кашель мог быть обусловлен не пневмонией, а приемом ингибиторов АПФ; 2) ступенчатая терапия переносится лучше; 3) проявление случайности; 4) влияние различий в неанти-

бактериальной терапии пневмоний.

Различий в динамике других симптомов ВП у пациентов всех групп во время наблюдения не выявлено.

Таким образом, среди лиц, получавших ступенчатую терапию, течение нетяжелой ВП у больных с ХСН по сравнению с изолированной ВП характеризуется повышением частоты жалоб на одышку на протяжении всего заболевания, повышением частоты жалоб на пастозность голеней в первую неделю лечения и замедленным обратным развитием рентгенологических изменений в легких. В отличие от одышки, исходная разница в показателях ЧД и ЧСС между больными с сопутствующей ХСН и без нее, исчезает уже через 48-72 ч от начала АБТ.

У больных с нетяжелой ВП и сопутствующей ХСН, получавших ступенчатую терапию, в отличие от пациентов, получавших традиционную АБТ, документировано уменьшение одышки за период наблюдения, снижение доли больных с жалобами на кашель в более ранние сроки (через 7 ± 1 сут от начала лечения) и сопоставимое по срокам обратное развитие инфильтративных изменений в легких.

Проанализированы результаты лечения обследованных больных (табл. 3). Независимо от того, использовалась ступенчатая или традиционная АБТ, статистически значимая разница между группами отсутствовала. Выбор стартовой АБТ (монотерапия или комбинация антибиотиков) не влиял на результаты лечения.

Продолжительность АБТ и сроки лечения в стационаре не различались у больных ВП, которые получали ступенчатую терапию или традиционное лечение.

Таблица 3 – Оценка эффективности лечения ВП, длительность антибактериальной терапии и сроки пребывания в стационаре пациентов, включенных в исследование

Показатель	I группа (n=73)	II группа (n=36)	III группа (n=30)	p ₁₋₂	p ₁₋₃
Выздоровление, n (%)	57 (78,1%)	24 (66,7%)	28 (93,3%)		
Улучшение, n (%)	14 (19,2%)	9 (25%)	1 (3,3%)		
Положительный результат, n (%)	71 (97,3%)	33 (91,7%)	29 (96,7%)		
Клиническая неудача, n (%)	2 (2,7%)	3 (8,3%)	0		
Невозможно оценить, n (%)	0	0	1 (3,3%)		
Длительность АБТ, дни M±m	9,3±0,3	8,9±0,5	8,5±0,4		
Длительность пребывания в стационаре, дни M±m	11,1±0,4	11,9±0,8	10,4±0,5		

Полученные данные во многом согласуются с опубликованными ранее. Так, в метаанализе 7 сравнительных клинических исследований у госпитализированных больных с нетяжелой ВП с обычным уровнем иммунитета пероральный прием антибиотиков по сравнению с парентеральным введением не сопровождался ни снижением клинической эффективности, ни возрастанием смертности [6].

В другом метаанализе сравнивали эффективность ранней ступенчатой терапии и традиционной парентеральной АБТ у госпитализированных больных со среднетяжелой и тяжелой ВП. Под ранней ступенчатой терапией понимали перевод пациентов с парентерального на пероральный путь введения антибиотиков спустя 2-4 сут от начала лечения. Клиническая эффективность обоих режимов терапии не различалась (относительный риск (ОР) 0,92, 95% доверительный интервал (95% ДИ) 0,61-1,39. Сравнимые группы не различались ни по смертности (ОР 0,81, 95% ДИ 0,49-1,33), ни по частоте рецидивов (ОР 1,81, 95% ДИ 0,70-2,72). При этом риск нежелательных лекарственных явлений в случае использования ступенчатой терапии был статистически значимо ниже: ОР 0,65, 95% ДИ 0,48-0,89 [2]. Длительность пребывания в стационаре в группе больных, получавших ступенчатую терапию, была ниже в среднем на 3,34 сут. (95% ДИ 2,25-4,42). Отсутствие различий в длительности пребывания в стационаре в нашем исследовании, по-видимому, отражает не столько истинную необходимость продолжения лечения в условиях больницы, сколько врачебную инерцию (привычку ориентироваться на средние сроки госпитализации больных с ВП и/или ХСН).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В соответствии с действующим «Протоколом...» [1], больные с тяжелой ВП госпитализируются в отделения реанимации и интенсивной терапии и нуждаются в скорейшем назначении комбинированной парентеральной АБТ. Пациенты с нетяжелой ВП могут лечиться в условиях терапевтического отделения, причем антибиотики на начальном этапе вводятся парентерально в случае монотерапии и – хотя бы один из них – в случае комбинированной АБТ. Перевод больных с парентерального на пероральный путь введения антибиотиков рекомендуется после стабилизации клинического состояния пациента. Хотя эффективность подобного подхода неоднократно продемонстрирована в клинических исследованиях, на пути его широкого внедрения в

клиническую практику существует немало ограничений. Они могут быть связаны как с особенностями пациента (высокий показатель по шкале CRB-65 при поступлении, высокая лихорадка или выраженная одышка в день запланированного перевода и др.), так и с врачами: ошибочными представлениями (незнание рекомендаций, забывчивость), практическими суждениями (срок предполагаемого перевода приходится на выходной или праздничный день), организационными факторами (мнение заведующего отделением не совпадает с таковым лечащего врача) [4].

Продемонстрированная в нашем исследовании сопоставимая эффективность ступенчатой и традиционной парентеральной АБТ у больных нетяжелой ВП с сопутствующей ХСН может послужить как укреплению доказательной базы, так и побуждению к широкому внедрению ступенчатой терапии в клиническую практику.

ВЫВОДЫ

1. У больных нетяжелой ВП и сопутствующей ХСН эффективность ступенчатой терапии не отличалась от традиционной АБТ.

2. Применение ступенчатой терапии у больных с нетяжелой ВП и сопутствующей ХСН, в отличие от традиционной АБТ, ассоциируется с уменьшением одышки за период наблюдения, снижением доли больных с жалобами на кашель в более ранние сроки (через 7 ± 1 сут от начала лечения) и сопоставимыми сроками обратного развития инфильтративных изменений в легких.

3. Длительность применения антибиотиков и сроки пребывания в стационаре лиц с коморбидной патологией при использовании ступенчатой или традиционной АБТ не различались.

Конфликт интересов не заявляется.

ЛИТЕРАТУРА

1 Наказ № 128 від 19.03.2007р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія» //Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України – Офіц. Видання. – Київ, 2007. – 146 с. (нормативний документ МОЗ України).

2 Athanassa Z. Early switch to oral treatment in patients with moderate to severe community-acquired pneumonia. A meta-analysis /Z. Athanassa, G. Makris, G. Dimopoulos, M. E. Falas-Falagas. – 2008. – М. 68 (17). – Р. 2469-2481.

3 Corrales-Medina V. F. Cardiac complications in patients with community-acquired pneumonia: incidence, timing, risk factors, and associ-

ation with short-term mortality /V. F. Corrales-Medina, D. M. Musher, G. A. Wells //Circulation. – 2012. – V. 125. – P. 773-781.

4 Engel M. F. Barriers to an early switch from intravenous to oral antibiotic therapy in hospitalized patients with CAP /Eur. Respir. J. – 2013. – V. 41 (1). – P. 123-130.

5 File T. M. Jr. Burden of community-acquired pneumonia in North American adults /T. M. File Jr., T. J. Marrie /Postgrad. Med. – 2010. – V. 122. – P. 130-141.

6 Marras T. K. Efficacy of exclusively oral antibiotic therapy in patients hospitalized with non-severe community-acquired pneumonia: a retrospective study and meta-analysis /T. K. Marras, C. Nopmaneejumrulers, C. K. Chan //Am. J. Med. – 2004. – V. 116. – P. 385-393.

7 Welte T. Clinical and economic burden of community-acquired pneumonia among adults in Europe /T. Welte, A. Torres, D. Nathwani //Thorax. – 2012. – V. 67. – P. 71-79.

V. I. Bereznyakov

AN EFFECTIVENESS OF STEP-DOWN THERAPY IN PATIENTS WITH NON-SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AND CONGESTIVE HEART FAILURE

Objective: to improve the treatment of patients with community-acquired pneumonia (CAP) with concomitant chronic heart failure (CHF) based on comparing the effectiveness of sequential and the traditional mode of antibacterial therapy (ABT).

Materials and methods. The study included 139 patients aged 44 to 73 years. Main group consisted of patients with community-acquired pneumonia and concomitant chronic heart failure, where sequential therapy mode was used. Patients with community-acquired pneumonia and concomitant chronic heart failure treated with traditional parenteral antimicrobial therapy were included in the 2nd group. The third group included patients with community-acquired pneumonia without chronic heart failure, where sequential therapy mode was used as well. Efficacy of community-acquired pneumonia treatment was evaluated on the 12±2 days of study.

Results and discussion. CRB-65 indices in the main group (0,11±0,36 points) did not differ from those in the other groups. Positive treatment outcome (cure+improvement) was documented in 97,3%, 91,7% and 96,7% of the patients in the main group, the second group and the third group correspondingly. Duration of hospital stay (11,1±0,4 days) and duration of antimicrobial therapy (9,3±0,3 days) in the main group did not differ from those in the other groups.

Inference. An efficacy of sequential therapy was documented in patients with non-severe community-acquired pneumonia and concomitant chronic heart failure.

Conclusion. Sequential antibacterial therapy mode in patients with non-severe community-acquired pneumonia and concomitant chronic heart failure did not differ in efficacy from the traditional antibacterial therapy mode, but was associated with a decrease in dyspnoea during the observational period, a decrease in the proportion of patients with complaints of cough at an earlier date (through 7±1 day of treatment) and comparable periods of reverse development of infiltrative changes in the lungs. The duration of antibiotic use and length of stay in hospital of persons with comorbid disorders did not differ in case of application of sequential or traditional antibacterial therapy modes.

Keywords: community-acquired pneumonia, congestive heart failure, sequential therapy, effectiveness

В. И. Березняков

АУЫР ЕМЕС АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯ МЕН СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІМЕН ҚОСЫМША НАУҚАСТАРДАҒЫ САТЫЛЫ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Жұмыстың мақсаты: антибактериалды терапияның сатылы және дәстүрлі режимдерімен тиімділікті салыстырмалы негізде созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен ауруханадан тыс пневмониямен науқастарды емдеуді жетілдіру.

Материалдар мен әдістемелер. 44 жас пен 73 жас аралығындағы 139 пациент бақылауға алынған. I (негізгі) топқа сатылы антибактериалды терапия алған ауруханадан тыс пневмониямен және созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен науқастар енгізілген. Дәстүрлі парентералдық антибактериалдық терапия алған ауруханадан тыс пневмониямен және созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен науқастар II топқа енгізілген. III топқа сатылы терапия алған созылмалы жүрек жеткіліксіздігінсіз ауруханадан тыс пневмониямен науқастар енгізілген. Ауруханадан тыс пневмонияны емдеудің тиімділігі 12±2 тәуліктен кейін бағаланған.

Нәтижелер мен талқылау. 0,36 балл негізгі топтағы CRB-65 шкаласынан ерекшеленбеген. Емдеудің оң нәтижесі (сауығу + жақсару) негізгі топтағы науқастардың 97,3%, 91,7% – екінші топта және 96,7% – үшінші топта тіркелген. Негізгі топтағы науқастардың стационарда болу ұзақтығы (11,1±0,4 тәулік) және антибактериалды терапия ұзақтығы (9,3±0,3 тәулік) осындай басқа топтардан ерекшеленбеген.

Қорытынды. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен ауруханадан тыс пневмониямен науқастарды сатылы терапиямен емдеудің тиімділігі құжатталған.

Түйіндемелер. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен ауруханадан тыс ауыр емес пневмониямен науқастардағы сатылы терапия тиімділігі бойынша дәстүрлі антибактериалдық пневмониядан ерекшеленбеген, алайда байқау кезеңінде енгігу азайған, жөтелге шағымданған пациенттер қатары кеміген. Коморбидті патологиямен сатылы немесе дәстүрлі антибактериалдық пневмонияны қолдану кезінде антибиотиктерді қолданудың ұзақтығы мен стационарда болу мерзімінің айырмашылығы болмаған.

Кілт сөздер: ауруханадан тыс пневмония, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, сатылы терапия, тиімділік.

**Д. В. Васильев, О. С. Ертаев, Ж. К. Мергенбаев, А. Р. Малгажинова,
Ж. С. Шакенова**

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Карагандинский государственный медицинский университет

В статье изложены основные моменты, касающиеся интенсивной терапии больных с сахарным диабетом, находящихся в коматозном состоянии. В статье представлены группы больных с различными видами ком, явившихся осложнением сахарного диабета. Представлена интенсивная терапия данных больных, раскрыты особенности регидратации, коррекции метаболических нарушений и моменты, касающиеся перевода больных на искусственную вентиляцию легких.

Достаточно чётко сформулирована схема инсулинотерапии пациентов, находящихся в кетоацидотической, лактацидотической, гипосмолярной коме. Проведен сравнительный анализ интенсивной терапии между указанными видами ком в рамках вводимых растворов, их соотношения и объема в суточном введении.

Ключевые слова: сахарный диабет, коматозное состояние, интенсивная терапия, инсулинотерапия, респираторная поддержка

Одним из актуальных разделов клинической терапии, помимо часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной системы, является ранняя диагностика и лечение патологии эндокринного характера. В данных рамках первоочередным заболеванием, требующим неукоснительного внимания к пациенту со стороны врача, является сахарный диабет и возможные (потенциальные) его осложнения [1, 2].

В настоящее время эта патология в силу ряда причин социального, соматического и генетического характера, не имеет тенденции к снижению и остается приоритетным направлением для терапии среди эндокринных заболеваний. Несмотря на достижения в генной инженерии и гистохимических исследованиях – одних из составляющих нанотехнологий, сахарный диабет и его последствия являлись и остаются ключевой проблемой современной медицины, в частности, клинической эндокринологии.

Являясь «ведущим» заболеванием среди эндокринной патологии, сахарный диабет подвержен достаточно стабильной коррекции при своевременном лечении и относительно невыраженной стадии декомпенсации. Однако запущенные случаи данного заболевания сопряжены с развитием коматозных состояний, являющихся тяжелым осложнением указанного процесса. Тем не менее, целенаправленная и своевременная интенсивная терапия способна нивелировать нарушенные жизненно важные функции организма больного, находящегося в коме, и стабилизировать его гликемический

профиль, по крайней мере, в ближайший период после ликвидации критического состояния.

Не потерявший своего значения этап дифференциальной диагностики ком при сахарном диабете предопределяет качество и эффективность начатой интенсивной терапии. Как известно, решающим этапом в интенсивной терапии больных различного профиля, включая пациентов с эндокринной патологией, является своевременная госпитализация в отделение интенсивной терапии. Именно этот момент отражает преемственность и эффективность всего периода терапии, начатой на догоспитальном этапе. Лечебные мероприятия, осуществляемые в реанимационном отделении, по отношению к коматозным больным с сахарным диабетом являются своеобразным залогом успешности и эффективности лечения, что позволяет скорректировать дальнейшую реабилитационную терапию данных пациентов после выхода из коматозного состояния.

Цель работы – анализ конкретизированного и дифференцированного подхода в интенсивной терапии различных коматозных состояний при сахарном диабете.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 27 больных (средний возраст составил $59,9 \pm 2,6$ г.), страдающих сахарным диабетом 2 типа в стадии декомпенсации. Отобранная группа пациентов являлась ненормальной в отношении возраста, пола и степени тяжести сахарного диабета. Практически во всех случаях (91,3%) провоцирующим факто-

ром развития коматозного состояния являлся нерегулярный прием сахароснижающих препаратов, а определяющими факторами в отношении характера коматозного состояния на фоне приведенного нарушения медикаментозной терапии выступали обострение сопутствующих хронических заболеваний инфекционного характера ($n=15$), злоупотребление спиртными напитками и развитие запойного состояния ($n=8$). У 4 пациентов развитие комы было связано с тяжелой декомпенсацией сахарного диабета, несмотря на регулярный прием сахароснижающих препаратов и прогрессирование основного заболевания.

При поступлении пациентов во всех случаях проводилась верификация диагноза (уточнение характера коматозного состояния) на основе дифференциальной диагностики особенностей неврологического дефицита. При дифференциальной диагностике, прежде всего, обращалось внимание на клиническую картину, неврологический статус пациента и, в обязательном порядке, анамнестические данные.

При детальном обследовании поступивших пациентов и сборе анамнеза диагностирована гипергликемическая кетоацидотическая кома у 18 госпитализированных, лактацидемическая – у 6 пациентов, в 3 случаях – гипергликемическая гиперосмолярная кома.

При дальнейшей оценке эффективности терапии во внимание принималось время начала лечебных мероприятий от момента развития коматозного состояния, динамика гликемического профиля с акцентом на уровень сахара крови, характер инфузионной терапии, анализ сдвигов буферных систем плазмы крови и их изменение под влиянием терапии, время выхода больных из коматозного состояния. Помимо этого, дополнительно оценивалась динамика артериального давления (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), почасовой диурез.

Несмотря на характер коматозного состояния, основой интенсивной терапии являлась комплексная регидратация на фоне мониторинга указанных параметров, инсулинотерапия, устранение дисбаланса солевого градиента и противоотечная терапия. Следует отметить, что у всех обследованных пациентов, терапия, направленная на восполнение водно-солевого дефицита в связи с выраженной полиурией, была сопряжена с терапией отека головного мозга, возникшего в результате тяжелой гипоксемии на фоне критической инсулинонедостаточности и требующего в противо-

вес восполнению объема циркулирующей крови дегидратационную терапию.

В целом независимо от характера коматозного состояния предпринималась интенсивная инфузионная терапия коллоидно-кристаллоидными растворами с введением раствора соды для коррекции метаболического ацидоза, инсулинотерапия по схеме «малых» доз и респираторная поддержка при развитии острой дыхательной недостаточности в связи с отеком головного мозга ($n=7$).

Следует отметить, что в зависимости от вида коматозного состояния, несмотря на общие принципы лечения данного осложнения сахарного диабета, для ликвидации возникших коматозных состояний в терапии делался акцент на определенное патофизиологическое звено, обусловившее развитие конкретного вида комы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исходный анализ параметров гемодинамики показал, что у всех пациентов имела место достаточно выраженная гиповолемия, сопровождавшаяся снижением АД до средних значений в пределах $81,8 \pm 4,3$ мм рт. ст. и увеличением ЧСС до $109,5 \pm 3,3$ в мин. Средний уровень сахара крови у больных с кетоацидозом составлял $24,4 \pm 1,5$ ммоль/л, с лактацидемической комой – $21,8 \pm 2,2$ ммоль/л, при гиперосмолярной коме – $39,7 \pm 2,1$ ммоль/л.

При наличии у большинства больных ($n=22$) дегидратации смешанного типа II степени инфузионная терапия заключалась в назначении растворов глюкозы к солевым и коллоидным в соотношении 1:1. При этом введение растворов глюкозы начиналось при снижении гликемии до 12-13 ммоль/л. Из солевых растворов предпочтение отдавалось полиионным комбинациям (раствор Рингера, Рингер-лактата) во избежание усиления метаболического ацидоза.

Среднесуточный объем вводимой жидкости у этих пациентов (по отношению к постоянной массе тела) составил $5,1 \pm 0,3$ л, причём среди растворов глюкозы преобладала 10% концентрация с инсулином из расчёта 4 г «сухой» глюкозы на 1 ЕД инсулина [1]. Раствор глюкозы вводился с целью ликвидации внутриклеточной дегидратации в дополнение с раствором калия хлорида, восполнявшего внутриклеточный дефицит калия вследствие полиурии. Выбор солевых растворов основывался на выраженности дефицита ионов плазмы крови (Na, K, Ca, Cl, Mg), определявший выбор полиионного раствора.

При преобладании гиперосмолярного типа дегидратации ($n=3$) соотношение раство-

ров глюкозы к солевым и коллоидным составляло 2:1, при противоположном соотношении ($n=2$) – 1:2 при обязательном снижении уровня сахара крови до 12-13 ммоль/л.

У больных с лактат-ацидозом имел место выраженный дефицит буферных оснований, причём сдвиг pH плазмы крови в кислую сторону у данных больных ($7,1\pm 0,06$) был более выражен по отношению к пациентам в состоянии кетоацидоза ($7,21\pm 0,02$). В обеих группах потребовалось введение 4% раствора натрия гидрокарбоната (в среднесуточной дозе 800,0 мл) для коррекции метаболических сдвигов.

У больных с лактацидемической комой поддержанию ацидоза способствовал и повышенный уровень лактата крови ($4,3\pm 0,9$ ммоль/л), определивший необходимость повторного введения раствора соды до максимальной суточной дозы в 1 000,0 мл. Данная тактика лечения на фоне регидратационной терапии, особенно у больных с повышенным уровнем лактата, способствовала полному нивелированию (в среднем через $18,5\pm 3,3$ ч) указанного нарушения кислотно-щелочного состояния.

Инсулиноterapia у всех больных заключалась во внутривенном введении инсулина при начальной дозировке 0,2-0,3 ЕД/кг болюсом с последующим внутривенным введением со скоростью 0,1 ЕД/кг/час. Представленная методика позволила снизить сахар крови у 24 пациентов, применительно к каждому виду ком, на 36%, 29% и 48% соответственно по отношению к его исходному уровню уже в течение первых суток интенсивной терапии [1].

У части пациентов ($n=3$), госпитализированных с гиперосмолярной гипергликемической комой, на фоне использования приведенных «малых» доз инсулина, потребовалось дополнительное внутривенное введение 10-15 ЕД инсулина ввиду резистентности уровня гликемии. У этих больных устранение критического уровня гликемии удалось достигнуть только к концу первых суток интенсивной терапии. Общая доза инсулина в данных случаях составила 86,6 ЕД/сут на пациента.

Однако у 7 пациентов на фоне вышеописанной терапии прогрессировали признаки острой дыхательной недостаточности центрального генеза, что потребовало проведения искусственной вентиляции лёгких. Респираторная поддержка продолжалась в среднем $26,9\pm 4,3$ ч и во всех случаях завершилась стабилизацией функции внешнего дыхания с последующей экстубацией.

В целом комплексная терапия, включавшая в себя использование инсулина под контролем сахара крови, интенсивную регидратацию, нормализацию кислотно-основного состояния на фоне непрерывного мониторинга системной гемодинамики и неврологической симптоматики, позволила в течение 3 сут полностью вывести больных из коматозного состояния и перевести их в профильное отделение.

ВЫВОДЫ

1. Своевременная инсулиноterapia при непрерывном контроле сахара крови на фоне регидратации и устранения гиповолемии позволяет в достаточно короткие сроки (1 сут) стабилизировать состояние больных с сахарным диабетом при любом виде коматозного состояния как его осложнения.

2. С целью ликвидации метаболического, в частности, лактат-ацидоза необходимо введение гидрокарбоната натрия под обязательным контролем буферных оснований и pH плазмы крови.

3. Для предупреждения прогрессирования циркуляторной и гипоксической гипоксии у коматозных больных с сахарным диабетом на фоне сбалансированной интенсивной терапии оптимальным методом лечения может явиться искусственная вентиляция лёгких, устраняющая кислородную недостаточность.

ЛИТЕРАТУРА

1 Анестезиология и интенсивная терапия: Практич. руководство /Под ред. Б. Р. Гельфанд. – М.: Литтерра, 2013. – 576 с.

2 Интенсивная терапия: Нац. руководство /Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – М., 2011. – 960 с.

Поступила 04.03.2015 г.

D. V. Vasilev, O. S. Yertayev, J. C. Mergenbaev, A. R. Malgazhinova, J. C. Shakenova
DIFFERENTIATED APPROACH IN INTENSIVE CARE OF COMATOSE CONDITION IN DIABETES

The article outlines the main points regarding intensive care of patients with diabetes who are in a coma. There are groups of patients with different types of coma, which are the complications of diabetes. The features of intensive care of patients, rehydration features, correction of metabolic disorders, as well as aspects relating to the transfer of patients on mechanical ventilation. The article contains the clearly formulated scheme of insulin therapy of patients who are in ketoacidotic, lactatacidoticum and hyperosmolar coma. A comparative analysis of intensive care between the mentioned types of coma within injectable solutions and their ratio and the amount of daily intake.

Keywords: diabetes, coma, intensive care, insulin therapy, respiratory support

Д. В. Васильев, О. С. Ертаев, Ж. К. Мергенбаев, А. Р. Малгажинова, Ж. С. Шакенова

ҚАНТ ДИАБЕТІ КЕЗІНДЕ КОМАТОЗДЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДЫ ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПИЯЛАУДАҒЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ҰСТАНЫМ

Мақалада қант диабетімен коматоздық жағдайдағы науқастарды интенсивті терапиялауға қатысты негізгі сәттер баяндалған. Қант диабетінің асқынуы болып табынатын команың әртүрлі түрлерімен науқастар тобы ұсынылған. Науқастардың интенсивті терапиясының ерекшеліктері талданған, метаболиялық бұзылулардың регидратациясының, коррекциясының ерекшеліктері, сол сияқты науқастарды өкпені жасанды демалдыруға қосуға ауыстыруға қатысты сәттер ашылып көрсетілген. Мақалада кетоацидотикалық, лактацидотикалық және гиперосмолярлық комадағы пациенттердің инсулинотерапиясының сызбасы нақты баяндалған. Енгізілетін ерітінділер аясында команың аталған түрлері аясындағы интенсивті терапияға, олардың қатынасы мен күнделікті енгізу көлеміне салыстырмалы талдау жүргізілген.

Кілт сөздер: қант диабеті, коматоздық жағдай, интенсивті терапия, инсулинотерапия, респираторлық қолдау

**А. Ә. Сейілханова, Ш. Е. Тұрысбекова, А. К. Ыбрайманова,
Б. Н. Дюсенбекова, Г. Т. Қалиева, С. А. Түлепбергенова**

МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА БЕЛСЕНДІ ОҚЫТУ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті,
молекулярлық биология және медициналық генетика кафедрасы

Мақалада жоғарғы оқу орнында оқытудың белсенді әдістерін қолданудың тиімділігі қарастырылады. Бұл әдіс бойынша оқу үрдісінде оқытушы мен білім алушымен рөлі анықталынады. Оқытудың белсенді әдісі, білім алушылардың танымдық белсенділігін дамыта отырып, жетілдіруге үлесін қосуда. Оқытудың белсенді әдістерінің мәнін, іскерлік дағдыларын қалыптастыру бағытында, міндеттерін орындау барысында, білім алушылардың өзіндік іскерлігі мен дағдыларының орындалуын қамтамасыз етеді.

Белсенді оқыту әдісі оқыту ілімінің мотивациясын өзгертуге мүмкіндік береді, осындай белсенді әдістер жоғарғы медициналық оқу орындарында білім алуға өте тиімді. Алынған білімдерін талдай отырып, ұзақ есте сақталуына, кәсіби біліктіліктерін жетілдіру мен танымдық әрекеттерін арттыру арқылы шығармашылық ойлауды қалыптастыруға алып келеді.

Кілт сөздер: оқытудың белсенді әдістері, интерактивті тәсілдер, инновациялар, клиникалық жағдайды шешу, кейс-әдісі

Қазіргі заманауи кезеңде білім беру жүйесінде оқытудың әртүрлі әдіс-тәсілдерін қолдана отырып терең білімді барлық іс-әрекеттерінде шығармашылық бағыт ұстанатын, сол тұрғыда өз болмысын таныта алатын, білікті түрлі салалы мамандарды дайындау ісіне ерекше мән берілуде. Демек, жоғары оқу орындарындағы оқу үрдісі білім алушылардың таным белсенділігін арттырып, шығармашылық әрекетін дамытуға жол ашады.

Жоғарғы оқу орындарындағы білімнің қайта құрылу стратегиясының маңызды компоненттерінің бірі - белсенді оқыту. Белсенді оқыту – бұл жаңа әдістер, тәсілдер және оқу құралдары болып табылады. Белсенді әдістер білім алушылардың барлық аудиториялық сабақтарын қамтиды.

Жұмыстың мақсаты – медициналық орындарында белсенді оқыту әдістерін қолдану, білім алушылардың өзіндік іскерлігі мен дағдыларын қалыптастыру. Медициналық жоғары оқу орындарында білім берудің тиімді жолдарының бірі – интерактивті оқыту әдісі. Интерактивті оқыту әдісінің артықшылығы білім, шеберлік, дағды мен бағдар беріп қана қоймайды, мәселелерді шешуге жағдай жасап, жан – жақты, шығармашылық тұрғыдан дамыған, кретивті және коммуникативті дағдыларды меңгерген маманның қалыптасуына ықпал етеді. Бұл әдіс алынған теориялық білімді де, тәжірибелік дағдыларды да орындауда тиімді.

Медициналық жоғарғы оқу орындарында биологиялық және медициналық пәндерді

оқытудың белсенді әдістерін қолдану себептері біріншіден: білім алушылар тек қана нақты білімді алып қана қоймай, сонымен қатар алған білімдерін тәжірибелік дағдыларда қолданады; екіншіден: оқытудың мұндай түрлері («іскерлік ойындар», «дөңгелек үстел», «кіші топпен жұмыс», «клиникалық жағдайды шешу», «кейс-әдісі» және т.б.) оқу үдерісінің белсенділігін арттырып, білім алушы мен оқытушының қарым-қатынасын белсендіруге мүмкіндік береді.

Білім алушылар оқу барысында әдеби деректермен, оның ішінде компьютерлік технологиялармен (электронды оқулықтар, кітаптар, дәрістер, видео материалдар, тестілер т.б.) белсенді жұмыс істеуі қажет, іскерлік ойындар арқылы тәжірибелік дағдыларды қалыптастыруы, кейс әдісі кезінде клиникалық ойлаумен талдау жасау қабілетін дамытуы, топтармен жұмыс істеуде, пікір таластарда, коммуникативті дағдыларды қолдануды үйренуі тиіс.

Оқытушының білім алушылармен сабақ барысында пікір таласына қатысуы әртүрлі болуы мүмкін, бірақ өз пікірін міндет қылмау керек. Сұхбаттасу барысында қойылған мәселелік сұрақтар арқылы мардымды ойлауды талап ететін, шығармашылық ізденісін, берілген уақытта басқара білу жолымен жасалғаны жөн. Оқытушы білім алушылардың пікірлерінің қате көзқарастарының тұжырымын талқылау негізінде өзінің қорытынды көзқарасын тәжірибеде көрсете алады. Оқытушымен

берілген және туындаған сұрақтардың нәтижесінде әрине білім алушының пікірі оның позициясымен сәйкес келуі мүмкін. Мұндай әдіспен тек қана теориялық сұрақтарды ғана емес, интеллектуальды-танымдық жағынан теориялық сұрақтарды талқылауда, сонымен қатар, біріккен мардымды іс-әрекетін құрастыруға, білім алушының жеке көзқарасына әсер ете отырып, олардың оқу әрекетінде оқу-тәрбиесін қалыптастыру болып табылады.

Оқытудың белсенді әрекетінің ерекшелігі, тәжірибелік және белсенді іс-әрекетін меңгеру негізінен тұрады. Оқытудың белсенді әрекетінің пайда болуы және туындауы оқытудың жаңа міндеттерінен тұрады: білім алушыларға тек қана білім беріп қоймай, танымдық көзқарастардың және қабілеттіліктерінің дамуы мен қалыптасуын, шығармашылық ойлауын, өздік ойлау еңбегінің дағдыларын меңгеруін қамтамасыз ету. Белсенді оқыту қарапайым оқытудан өзіндік ерекшеліктерімен ажыратылады: яғни білім алушыларда ойлау іс-әрекетінің белсенділігінің арнайы жағдайларда туындау жолымен, олардың қажеттілігінен тәуелсіз белсенділікті қалыптастыру жатады.

Оқытудың белсендірілуі оқытудың әдістерімен жетілдіру құралы ретінде, сонымен қатар оқу үдерісін тұтас басқаруда және ұйымдастыруда жетілдіруші құрал болып табылады. Олар білім алушылардың танымдық әрекетін күшейтеді және көбіне диалог негізінде қарастырылады, осыларды немесе басқа мәселелерді шешу жолында көзқарастарын еркін алмастыру үшін жүргізеді. Оқытушының шеберлігін және оларды тиісті қолдану тәсілдерін, сәйкес келетін құралдың мазмұнына және оның табиғатына тәуелді. Оқытудың белсенді әдістерін қолдану оқытушылардың топта оң микроклимат құруға, сабақта еркін қарым - қатынасты құруға мүмкіндік береді. Жоғарғы оқу орындарында білім алушылардың дайындығының заманауи нарықтық қатынастық жағдайларының жоғарғы сапалы әртүрлі бағыты бар.

Сонымен қатар, жоғарғы білікті мамандар дайындауда жоғарғы оқу орнында орындалатын күрделі кешенді міндеттердің бірі – студенттердің білім алуында инновациялық әдістерді қолдана отырып оқыту. Осыған орай, білім беру үрдісінде көптеген медициналық жоғарғы оқу орындары проблемалық бағдарда оқытуға (PBL – Problem-Based-Learning) негізделген. Қазіргі таңда, медициналық

жоғарғы оқу орындарының төменгі курс студенттерінің келешекте білікті дәрігер маман болып қалыптасуында, кәсіби деңгейде бастапқы білімдерінің негізінің қалануында және олардың өзін-өзі бақылау, өздігінен оқу және өзіндік ұйымдастыру қабілеттерінің қалыптасуында тиімді әдіс ретінде оларды проблемалық бағдарда оқыту өзекті болып табылады [4].

Сапалы білім беруде оқытудың белсенді әдістерін тиімді пайдалана отырып, білім алушылардың ізденімпаздық, зерттеушілік, шығармашылық қабілеттерін дамыту мақсатында Қарағанды мемлекеттік медицина университетінің молекулярлық биология және медициналық генетика кафедрасында оқытудың белсенді әдістерінің бірі - топтық бағытталған оқыту әдісі қолданылады.

ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ ЖӘНЕ МАТЕРИАЛДАРЫ

«Молекулярлық биология және медициналық генетика» пәні бойынша «Жалпы медицина және стоматология» факультетінің бірінші курс білім алушылары үшін, топтық бағытталған оқыту әдісі жүйелі түрде ұйымдастырылған.

Топтық бағытталған оқытуды (ТВЛ) жүргізудің барысы: алдымен білім алушылардың жеке дайындығын тексеру үшін бірдей деңгейде: «жеке дайындығын бағалайтын тест» (ЖДБТ) өткізіледі, білім алушыларды екі топқа бөліп, әрбір топқа «топтық дайындығын бағалайтын тест» (ТДБТ) үлестіріледі. Дайындықтың деңгейін анықтау үшін тест нәтижелері бағаланып (ЖДБТ+ТДБТ), талқыланады. Әрбір топтың төрағасы мен хатшысы тағайындалып, ситауциялық тапсырмаларды орындайды. Ұсынылған сұрақтарды оқытушымен бірге талдап, шешу жолдарын қарастырады. Топтық оқыту үрдісінің мониторингі жүргізіледі.

Топтық оқыту нақты тапсырмаларды шешуге бағытталған. Сонымен қатар ситуациялық тапсырмаларды шеше отырып, мәселелік сұрақтарды қою және олардың шешу жолдарын қарастырады. Оқу үдерісінде білім алушылардың белсенділігін арттыра отырып, коммуникативті дағдыларын дамытып, топпен жұмыс істеу дағдысын жетілдіреді. Осы әдістердің арқасында, әрбір білім алушының жеке рөлін және топтағы барлық мүшелерін тұтас бағалауға, талдауға мүмкіндік береді және әрбір қатысушының үлесін анықтайды.

ҚОРЫТЫНДЫ

1. Оқу үрдісінде оқытудың белсенді әдістерін енгізе отырып білім алушылардың

белсенділігін арттыруға байланысты өтілген сабақтардан түйгеніміз төмендегілер: 1) оқытушы білім алушылардың ойлау қабілетін дамытып, өздігінен жұмыс істеуге баулиды; 2) топтарда оқуға деген ынта артып, білім дәрежесі бірдей топтарда оқу жеңілдейді; 3) дарынды білім алушылар өз қабілеттерін одан әрі бекіте түседі; 4) білім алушылардың даму деңгейі басқалармен емес, уақыт өткен сайын өзін-өзі салыстыру арқылы анықталады; 5) оқытуды ізгілендіру жағдайында өзін-өзі жетілдіріп, тәрбиелеуші тұлға қалыптастыруға болады.

2. Белсенді оқыту әдістерімен жұмыс істеген әрбір білім алушы кез келген материалды талдай білуді, материалды топтай отырып, қорытындылауды, түйіндей алуды, ең негіздісі мен маңыздысын ажырата білуді үйренеді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1 Айткенова А. А. Медициналық жоғарғы оқу орынында студенттердің оқу-біліктіліктерін қалыптастыру инновациялық әдістің тиімділігі / А. А. Айткенова, К. К. Аймышова, А. Ә. Сейілханова // «Қазіргі ботаника: биоәртүрлік, биоресурстар, биотехнологиялар»: Халық-

аралық ғылыми-практикалық конференцияның материалдары. – Астана, 2014. – Б. 208-211.

2 Акыжанова А. Ш. Технология білім берудегі ғылыми-әдістемелік қамтамасыз етудің негізгі бағаты ретінде /А. Ш. Акыжанова, А. Ә. Сейілханова, А. Ыбрайымжанова // «Технология және өмір қауіпсіздігі саласындағы білім беру: жағдайы мәселелері перспективалары»: Халықаралық конференция материалдары. – Астана, 2014. – Б. 110-113.

3 Газизова Г. М. Использование методов интерактивного обучения как фактор успешного овладения студентами профессиональными компетенциями //Труды МЭЛИ. – 2008. – №7. – С. 8.

4 Огольцова Е. Г. Формирование активного обучения как средство развития познавательной деятельности студентов /Е. Г. Огольцова, О. М. Хмельницкая //Матер. регион. науч.-практ. конф. «Развитие качества высшего профессионального образования в современных условиях». – М., 2009. – С. 129-133.

Поступила 16.02.2015 г.

A. A. Seilkhanova, Sh. Ye. Turysbekova, A. K. Ybraimzhanova, B. N. Dyusenbekova, G. T. Kaliyeva, S. A. Tulepbergenova
ACTIVE LEARNING IN MEDICAL SCHOOL

This article discusses the need to apply active learning in medical school. Which define the role of the teacher and the student in the learning process. Active learning, contributing to the development of cognitive activity of students. The essence of active teaching methods aimed at forming skills, is to ensure that the students of the tasks in the process of decision which they acquire their own abilities and skills. Active learning methods in higher education can change the learning motivation. Such active learning methods for learning in higher medical schools are acceptable. Discussing this knowledge to keep for a long time, students exceeding their skills rasshirayut their horizons and form their creative cognition.

Keywords: active methods of education, interactive methods, innovations, clinical decision situation, case method

A. A. Сейілханова, Ш. Е. Турысбекова, А. К. Ыбрайымжанова, Б. Н. Дюсенбекова, Г. Т. Калиева, С. А. Тулепбергена
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

В статье рассмотрены проблемы необходимости применения активных форм обучения в высшем медицинском учебном заведении, которые определяют роль преподавателя и студента в учебном процессе. Методы активного обучения способствуют развитию познавательной активности студентов. Суть активных методов обучения, направленных на формирование умений и навыков, состоит в том, чтобы обеспечить выполнение студентами тех задач, в процессе решения которых они самостоятельно овладевают умениями и навыками.

Активные методы обучения в высших учебных заведениях позволяют изменить мотивацию обучения. Такие активные методы обучения для получения знаний в высших медицинских учебных заведениях приемлемы. Обсуждая полученные знания, чтобы сохранить их в течение длительного времени, студенты расширяют свой кругозор и формируют творческие познания.

Ключевые слова: активные методы обучения, интерактивные методы, инновации, решение клинических ситуаций, кейс-метод

А. Е. Исмурзин, Т. С. Сергалиев, А. Б. Кульдибаева, М. К. Баязитова

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИКИ

Кафедра общественного здравоохранения, гигиены и эпидемиологии ФНПР КГМУ,
Областной детский психоневрологический диспансер, Поликлиника №5 (Караганда)

Психиатрическая помощь детскому населению области, которое составляет 345 079 детей до 18 лет, оказывается детскими психиатрическими кабинетами в городах: Караганда, Темиртау, Балхаш, Сатпаев (обслуживает население г. Жезказган), Сарань, Абай, в других регионах области помощь оказывается взрослыми врачами-психиатрами. Наиболее актуальным для детской психиатрии является: повышение качества и эффективности оказания помощи детям, страдающим психическими расстройствами, медицинской и социальной помощи на основе внедрения в практику новых разработок и новых технологий лечения и коррекционной работы; видеомониторинг судорожных состояний; применение в лечении новых лекарственных средств – цитикамин, глиатилин, гаммалон; для полного введения в педагогическую работу методики Монтессори необходимо доукомплектование имеющихся пособий, также требуется приобретение стандартизованных методик Векслера, в том числе на государственном языке; снижение заболеваемости, инвалидизации детского населения, стабилизация эпидемиологической ситуации, связанной с психическими расстройствами.

Ключевые слова: психические расстройства, психиатрическая помощь, детский возраст, подростки, врач-психиатр

Психиатрическая помощь детскому населению области, которое составляет 345 079 детей до 18 лет, оказывается детскими психиатрическими кабинетами в городах Караганда, Темиртау, Балхаш, Сатпаев (обслуживает население г. Жезказган), Сарань, Абай, в других регионах области помощь оказывается взрослыми врачами-психиатрами.

В 2012 г. в области работал 31 детский врач-психиатр (в 2011 г. 25 врачей), из них 4 детских психотерапевта. Укомплектованность штатами составила 93,4%. Обеспеченность детскими врачами-психиатрами в 2012 г. составила 0,89 на 10 тыс. детского населения (в 2011 г. – 0,81).

Стационарную помощь осуществляет Областной детский психоневрологический диспансер на 125 коек с дневным стационаром на 60 коек и диспансерным отделением на 105 посещений в смену. Имеется стационарное отделение на 25 коек для детей при Жезказганском городском психоневрологическом диспансере. Обеспеченность детскими психиатрическими койками составляет 4,2 на 10 тыс. детского населения до 18 лет.

Амбулаторно-поликлиническую службу осуществляют 7 участковых врачей по г. Караганда и кабинет по обслуживанию сельского и иногороднего населения. Так, психиатрами на приеме принято 25 012 детей (в 2011 г. – 21 813), из них 1000 больных первичных (в 2011 г. – 659), сельских – 2 220 детей, проведено медицинских осмотров – 12 794, профессиональных осмотров – 4 425, на дому были осмотрены 711 детей. Кабинетом по обслужи-

ванию сельского и иногороднего населения принято 3 451 больных, из них 1 979 сельских жителей.

В 2012 г. врачами-психиатрами было проведено 4 командировки с целью оказания консультативно-диагностической и методической помощи населению Жанааркинского, Каркаралинского, Нуринского и Шетского районов.

Согласно приказу управления здравоохранения Карагандинской области от 30.11.2011 г. №606 «О переводе подростковой психиатрической службы» с 04.01.2012 г. подростковый кабинет передан в Областной детский психоневрологический диспансер. За 2012 г. всего принято 2 325 подростков, из них по заболеванию – 920, профилактически осмотрены 1 405 пациентов, осмотрено на дому 189 диспансерных больных.

На основании приказа управления здравоохранением Карагандинской области от 04.01.2012 г. №4 «О создании комиссий для проведения судебно-психиатрических экспертиз в КГКП «ОДПНД» проводятся судебно-психиатрические и судебно-наркологические экспертизы детей до 18 лет. Комиссия амбулаторной санитарно-психиатрической экспертизы функционирует на базе диспансера с 16.01.2012 г.

За 2012 г. проведено: судебно-психиатрических экспертиз – 327, из них комплексных – 299, на выезде под стражей – 19. Впервые выявлен и взят на учет 1 061 ребенок до 18 лет, что на 110 больных меньше чем в предыдущем. Заболеваемость составила 307,5

больных на 100 тыс. детей до 18 лет, в 2011 г. – 340,5. Число пациентов, состоящих на Д-учете, снизилось на 840 больных: с 7 279 в 2011 г. до 6 439 в 2012 г. Болезненность снизилась на 11,8% и составила 1 865,9 на 100 тыс. детского населения до 18 лет, против 2 116,6 в 2011 г.

Отмечено снижение количества взятых на учет, что обусловлено строгим соблюдением Кодекса РК «О здоровье населения и системе здравоохранения». Осмотр несовершеннолетних и взятие их на учет возможно только с разрешения законного представителя ребенка.

Все выявленные дети своевременно берутся на учет, данные вводятся в электронный портал «Регистр прикрепленного населения», что иногда вызывает отказ от подписи информированного согласия законных представителей ребенка. Часть родителей, дети которых имеют не психотические расстройства (специфические расстройства артикуляции речи, расстройства школьных навыков), пользуются консультативным наблюдением без взятия на диспансерный учет.

Необходимо отметить, что показатели заболеваемости и болезненности снижаются за счет увеличения детского населения. Согласно Постановлению Правительства №889 на льготном обеспечении психотропными препаратами находятся 239 детей по области (из них 94 в г. Караганда), из них 203 получают препараты против эпилепсии и 36 по поводу шизофрении. Перебоев в поставках медикаментов по бесплатному фонду не было зарегистрировано.

A. E. Ismurzin, A. B. Kuldibaeva, T. S. Sergaliev, M. K. Bayazitova
ORGANIZATION OF CHILDREN'S MENTAL HEALTH POLYCLINIC SERVICES

The mental health care for children's population of the region, where 345,079 of children under the age of 18, is provided by children's psychiatric offices in the following cities: Karaganda, Temirtau, Balkhash, Satpayev (serves a population of Zhezkazgan), Saran, Abai, and in the other parts of the region there are adult psychiatrists. The foremost to the child psychiatry is: to increase the quality and efficiency of treatment of children with mental disorders, medical and social care on the basis of new developments and new technologies of treatment introduction and correctional work; video monitoring of convulsive states; an administration of new medicines - citikamin, gliatilin, gammalon; a reducing of the incapacitation of children, stabilization of the epidemiological situation related to mental disorders.

Keywords: mental disorders, mental health service, children's age, teenagers, psychiatrist

A. E. Ismurzin, A. B. Kuldibaeva, T. S. Serfaliyev, M. K. Bayazitova
ЕМХАНА ДЕҢГЕЙІНДЕ БАЛАЛАРДЫҢ ПСИХИАТРИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

Облыстың 18 жасқа дейінгі 345 079 балалардан тұратын тұрғындарына психиатриялық көмекті Қарағанды, Теміртау, Балқаш, Сәтпаев (Жезқазған қаласына да қызмет көрсетеді), Саран, Абай қалаларындағы балалар психиатриялық кабинеттері көрсетеді, облыстың өзге өңірлерінде ересектерге арналған дәрігер-психиатрлар көмек көрсетеді. Балалар психиатриясы үшін барынша маңызды болып табылады: психикалық бұзылушылықтарға ұшыраған балаларға көрсетілетін көмектің сапасы мен тиімділігін арттыру, емдеу мен коррекциялық жұмыстың жаңа әдістері мен технологияларын тәжірибеге енгізу негізінде медициналық және әлеуметтік көмек көрсету; құрысу жағдайларына бейнеомониторинг; жаңа дәрілік заттар – цитикамин, глиатилин, гаммалонды емдеуге қолдану; педагогикалық жұмысқа Мантессори әдістемесін толық енгізу үшін қолда бар құралдарды толықтыру қажет, сол сияқты Векслердің стандартталған әдістемесін алу талап етіледі, соның ішінде мемлекеттік тілде; балалардың ауыруын, мүгедектікке ұшырауын төмендету, психикалық бұзылушылықтарға байланысты эпидемиологиялық ахуалды тұрақтандыру.

Кілт сөздер: психикалық бұзылулар, психиатриялық көмек, бала жасы, жасөспірімдер, дәрігер-психиатр

В прошедшем году начата активная работа врача-психотерапевта по разделу детской и подростковой суицидологии, в ходе которой проводились лекции, круглые столы, семинары с работниками образования: школ, лицеев, колледжей. В стационаре со всеми поступившими с риском суицида (22 ребенка в 2012 г.), проводится коррекционная работа, случаев повторного поступления таких детей не отмечалось.

Психологи диспансера участвовали в совместном проекте Министерства здравоохранения РК и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) для разработки мероприятий по уменьшению численности завершённых суицидов с 01.09.2012 г. по 31.12.2012 г.

Всего за 2012 г. было обследовано 200 семей, 2 психолога диспансера провели 40 интервью с семьями суицидентов в городах Караганда, Темиртау, Сарань.

Наиболее актуальными для детской психиатрии в настоящий момент являются: повышение качества и эффективности оказания помощи детям, страдающим психическими расстройствами, медицинской и социальной помощи на основе внедрения в практику новых разработок и новых технологий лечения и коррекционной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1 Кодекс РК «О здоровье населения и системе здравоохранения».

2 Приказ УЗКО от 04.01.2012 г. №4 «О создании комиссий для проведения судебно-психиатрических экспертиз в КГКП «ОДПНД».

Поступила 04.02.2015 г.

А. Айтжанова, А. Ержанкызы, Ш. Д. Джакетаева, А. А. Смагулова, Т. С. Сергалиев

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОРМАТИВОВ РАСХОДОВ НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ НА ПРИМЕРЕ СТАЦИОНАРОВ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Карагандинский государственный медицинский университет

В лекарственном обеспечении нередко нарушаются основные принципы организации, система назначения лекарственных средств недостаточно информативна, не существует единых медико-экономических стандартов лекарственного обеспечения в лечебных учреждениях, не учитываются региональные особенности формирования ежедневного лекарственного минимума. Поскольку экономические отношения и ценовая политика государства в настоящее время изменились, актуальной проблемой является рассмотрение вопросов финансирования лечебного питания на региональном уровне.

С этой целью проведено изучение структуры госпитализированной заболеваемости и лекарственного обеспечения в основных стационарных отделениях Карагандинской области за 2012-2014 гг. Анализ полученных данных показал, что среди получивших стационарное лечение 421 госпитализированных в хирургические отделения I место занимали больные абдоминальной хирургии (37,6%), II место – гинекологические (19,5%), III место – второе хирургическое отделение (19,5%). Полученные результаты согласуются с данными Областного департамента здравоохранения по Карагандинской области.

Ключевые слова: хирургия, онкопатология, гинекология, стационарное лечение, рак желудка, новообразования, желудочно-кишечный тракт, опухоль

В лекарственном обеспечении нередко нарушаются основные принципы организации, система назначения лекарственных средств недостаточно информативна, не существует единых медико-экономических стандартов лекарственного обеспечения в лечебных учреждениях, не учитываются региональные особенности формирования ежедневного лекарственного минимума.

Поскольку экономические отношения и ценовая политика государства в настоящее время изменились, актуальной проблемой является рассмотрение вопросов финансирования лечебного питания на региональном уровне [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

С этой целью изучена структура госпитализированной заболеваемости и лекарственного обеспечения в основных стационарных отделениях Карагандинской области за 2012-2014 гг.

Анализ полученных данных показал, что среди получивших стационарное лечение 421 госпитализированных в хирургические отделения I место занимали больные абдоминальной хирургии (37,6%), на II месте были пациенты гинекологического отделения (19,5%), на III месте – второе хирургическое отделение (19,5%),

Полученные данные согласуются с данными областного департамента здравоохранения по Карагандинской области. В структуре

онкопатологии у женщин на I месте находятся опухоли матки (3,3%), у обоих полов отмечается высокий уровень распространенности опухолей желудочно-кишечного тракта, в сумме составившие 1,5% от общего количества. В Республике Казахстан одним из немногих видов онкологической заболеваемости, имеющих тенденцию к снижению, является рак желудка. В то же время отмечается тенденция к росту числа новообразований других отделов желудочно-кишечного тракта. В наших исследованиях удельный вес рака желудка достаточно велик и составляет 1,03% от общего количества госпитализированных (65,6% среди опухолей желудочно-кишечного тракта).

Раздел хирургической эндокринологии (3,3% от общего числа госпитализированных) представлен двумя наиболее распространенными эндокринопатиями – сахарным диабетом (1,55%) и эндемическим зобом (1,75%).

Гинекологические больные, составившие 11,7% госпитализированных, не всегда требуют лекарственного обеспечения. Индивидуально рассматривается вопрос о питании беременных женщин. В большом разделе абдоминальной хирургии (22,4%) наиболее часто встречались операции по поводу аппендицита (4,8%), грыжи составляли 4,2% генеральной совокупности, язвенная болезнь желудка – 2,2%, желчно-каменная болезнь – 2,9%, холе-

цистит – 2,7%. Важнейшей задачей лекарственного обеспечения является преодоление в течение 10-15 сут после операции белкового, витаминного, минерального дефицита, развивающегося у многих больных в связи с недостаточным исходным фоном и питанием в первые дни после операции, кровопотерями, распадом тканевых белков, лихорадкой. Поэтому необходимо возможно более ранний перевод на полноценное питание с широким продуктовым набором, но с учетом состояния больного, способностей его организма в отношении приема и переваривания пищи. Необходимо уменьшить явления метаболического ацидоза путем включения в диету молочных продуктов, фруктов и овощей. При невозможности обеспечить питание оперированных обычным путем назначают парентеральное и зондовое питание.

Лекарственное обеспечение в торакальной хирургии (1,3%) является весьма существенным компонентом лечения. При построении лекарственного обеспечения этого контингента больных необходимо учитывать все клинико-метаболические нарушения, связанные с заболеванием.

Анализ полученного распределения по диетам показывает наибольший уровень занятости стола 15, составившего 50,0% всех назначений. Нулевое обеспечение с модификациями (0а, 0б, 0в) в совокупности составляют 12,4%, диета 1 с модификациями (1а, 1б, 1х) представлена в 8,4%, удельный вес диет 5а, 5б, 5 в – 10,6%, 10 и 10б столов – 13,8%.

В связи с этим разработана оптимальных мероприятий для оптимизации лекарственного обеспечения больных онкологического диспансера Карагандинской области является достаточно обоснованной, своевременной и актуальной.

Процесс дальнейшего повышения доступности и качества лекарственной помощи стационарным больным требует достоверной информационной поддержки, которую можно обеспечить путем четкого взаимодействия всех подразделений аптечной службы, меди-

цинского обеспечения путем создания единого информационного пространства. Для обеспечения согласованного информационного взаимодействия и обеспечения достоверной информацией о лекарственной помощи, информационного обеспечения специалистов здравоохранения и населения в области лекарствоведения были изучены информационные потребности и разработана информационная модель взаимодействия субъектов в сфере лекарственного обеспечения больных в едином информационном пространстве.

ЛИТЕРАТУРА

1 Закон Республики Казахстан от 4 декабря 2002 года «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

2 Закон Республики Казахстан от 4 июня 2003 года № 430-ІІ «О системе здравоохранения».

3 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

4 Послание Президента народу Казахстана от 19 марта 2004 года «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации».

5 Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 19 февраля 2005 года «Казахстан на пути ускоренной экономической, социальной и политической модернизации».

6 Указ Президента РК от 13 сентября 2004 №1438 «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы».

7 Указ Президента Республики Казахстан от 11 октября 2004 года № 1459 «Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2005-2010 годы».

8 Указ Президента Республики Казахстан от 15 августа 2003 года № 1165 «О стратегии инновационно-индустриального развития Казахстана».

Поступила 19.02.2015 г.

A. Aitzhanova, A. Erzhanqyzy, Sh. D. Dzhaketaeva, T. S. Sergaliev

MEDICAL AND ECONOMIC JUSTIFICATION OF STANDARD COST OF MEDICINES PROVISION AND NUTRITION OF PATIENTS ON THE EXAMPLE OF THE HOSPITAL OF KARAGANDA REGION

In medicines provision basic principles of organization is often violated, the system of medication isn't enough informative, there is no single medical and economic standards of medicines provision in hospitals, and the regional peculiarities of the drug daily minimum are not considered. As economic relations and pricing policy of the state is currently changed, the actual problem is the consideration of the clinical nutrition financing at the regional level.

For this purpose, a study of the structure of admission rate and medicine provision in the main inpatient units of the Karaganda region during 2012-2014 years. The analysis of the data showed that among 421 patients received inpa-

tient care in hospitalized surgical units the I place is occupied by abdominal surgery patients (37,6%), II place – gynecological (19,5%), III place – the second surgical department (19,5%). These results are consistent with the data of the Regional Health Department in Karaganda region.

Keywords: surgery, oncopathology, gynecology, inpatient care, gastric cancer, gastrointestinal tract, tumor

А. Айтжанова, А. Ержанқызы, Ш. Д. Жакетаева, Т. С. Серғалиев

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНЫҢ СТАЦИОНАРЛАРЫ МЫСАЛЫНДА НАУҚАСТАРДЫ ДӘРІЛЕРМЕН ЖӘНЕ ТАМАҚПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ШЫҒЫСТАРЫ НОРМАТИВТЕРІНІҢ МЕДИКО-ЭКОНОМИКАЛЫҚ НЕГІЗДЕМЕСІ

Дәрілік қамтамасыз етуде ұйымдастыру қағидаларының бұзылуы жиі орын алады, себебі дәрілерді тағайындау жүйесі жеткілікті хабардар етілмеген, емдеу мекемелерін дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етудің бірыңғай медико-экономикалық стандарттары жоқ, күн сайынғы дәрілік минимумның өңірлік ерекшеліктері ескерілмейді. Қазіргі уақытта мемлекеттің экономикалық қатынастары мен баға саясаты өзгеруіне байланысты өңірлік деңгейде емдік тамақтандыруды қаржыландыру мәселесін қарастыру маңызды болып табылады.

Осы мақсатпен 2012-2014 жж. Қарағанды облысының негізгі стационарлық бөлімшелерінде ауруханаға жатқызу мен дәрілік қамтамасыз ету құрылымын зерделеу жүргізілді. Алынған мәліметтердің талдауы мынаны көрсеткен: хирургиялық бөлімшеге жатқызылып, стационарлық ем алған 421 науқастың арасынан I орынға абдоминалдық хирургия (37,6%), II орынға гинекологиялық (19,5%), III орынға екінші хирургиялық бөлімше (19,5%) ие болды. Алынған нәтижелер Қарағанды облысының денсаулық сақтау басқармасымен келісіледі.

Кілт сөздер: хирургия, онкопатология, гинекология, стационарлық емдеу, асқазан ісігі, жаңа құрылым, қарын-ішек тракты, ісік

А. Ержанкызы, Т. С. Сергалиев

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ФУНКЦИЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ

Карагандинский государственный медицинский университет

В представленной статье на основании результатов изучения организации лекарственного обеспечения больных определены основные направления исследования: а) четкая формализация определений, однозначно отражающих целевое/нецелевое и рациональное/нерациональное использование финансовых средств, а также продукции и услуг, приобретенных на эти средства, в сфере лекарственного обеспечения больных в стационарах, работающих в системе право хозяйственного введения; б) анализ типовой технологии системы организации лекарственного обеспечения и отклонений в использовании ресурсов с целью классификации и обобщения их по критериям взаимосвязи и степени влияния каждого из них; в) постановка главной, основополагающей цели и основных (общих) целевых функций системы управления и контроля за целевым и рациональным использованием финансовых ресурсов, расходуемых на лекарственное обеспечение больных в стационарах; г) анализ и определение подцелей обеспечения основных функций, определение целевых функций подцелей; д) построение типовой модели системы управления и контроля за целевым и рациональным использованием финансовых ресурсов, расходуемых на лекарственные средства больных в стационарах.

Результаты проведенного исследования показали, что нецелевое и нерациональное использование средств имеет место в следующих случаях нарушений в деятельности системы организации лекарственного обеспечения: отсутствие в стационарах учета услуг или предоставление стационарами территориальным комитетам сведений не по формам отчетности, утвержденным в установленном порядке.

Ключевые слова: организация, лекарство, пациент, стационар, учет, обеспечение, анализ, управление

На основании результатов изучения организации лекарственного обеспечения больных были определены основные направления исследования: а) четкая формализация определений, однозначно отражающих целевое (нецелевое) и рациональное (нерациональное) использование финансовых средств, а также продукции и услуг, приобретенных на эти средства, в сфере лекарственного обеспечения больных в стационарах; б) анализ типовой технологии системы организации лекарственного обеспечения и отклонений в использовании ресурсов с целью классификации и обобщения их по критериям взаимосвязи и степени влияния каждого из них; в) постановка главной, основополагающей цели и основных (общих) целевых функций системы управления и контроля за целевым и рациональным использованием финансовых ресурсов, расходуемых на лекарственное обеспечение больных в стационарах; г) анализ и определение подцелей обеспечения основных функций, определение целевых функций подцелей; д) построение типовой модели системы управления и контроля за целевым и рациональным использованием финансовых ресурсов, расходуемых на лекарственные средства больных в стационарах.

Результаты проведенного исследования показали, что нецелевое и нерациональное

использование средств имеет место в следующих случаях нарушений в деятельности системы организации лекарственного обеспечения:

- применение в стационаре технологических процессов, заведомо или на необоснованно длительное время не обеспеченных основными средствами, техническими, кадровыми, энергетическими и др. ресурсами, необходимыми для их выполнения в соответствии с установленными нормативами;

- отсутствие в стационарах учета услуг или предоставление стационарами территориальным комитетам сведений не по формам отчетности, утвержденным в установленном порядке;

- использование ресурсов на цели, не предусмотренные бюджетом фонда расходование средств на услуги вне программы.

Анализ причинно-следственных связей факторов нецелевого и нерационального использования позволил сгруппировать их в следующих аспектах:

- факторы и причины, вызванные отсутствием в системе управления и контроля технологий информатизации, статистики, стандартизации и прогнозирования потребности в средствах лекарственного обеспечения и требуемых финансовых затрат на их приобретение с целью оценки сбалансированности последних с финансовыми средствами, выделенными на эти цели;

- факторы и причины, связанные с применением компьютерных средств разработки нормативно-плановых и отчетных документов, исключающих значительно число ошибок, нарушений нормативов, разночтение данных бухгалтерского и вневедомственного контрольно-ревизионного учета;

- факторы и причины, связанные с административно-правовыми нарушениями и неисполнением должностными лицами и субъектами системы управления и контроля установленных инструкций, законодательных и нормативно-распорядительных актов и т.п., в том числе при сертификации, аккредитации и лицензировании.

После анализа нами были определены: цель системы управления и контроля, уровни подцелей, а также выявлены причины появления факторов, положительно или отрицательно влияющих, прямо или косвенно приводящих к нецелевому и нерациональному использованию средств.

Основными причинами являются: ослабленные внутриведомственные структуры контроля и управления качеством системы организации лекарственного обеспечения или полная их утрата; низкий уровень формализовано действующих технологий данной системы и их обеспечения; ограниченность или отказ от применения технологических, организационных и др. стандартов; неточное определение границ компетенции специалистов в части экспертизы и контроля качества системы организации питания; слабая взаимная преемственность в деятельности внутриведомственных служб и создаваемых в обязательном порядке

в стационарах Советов по лекарственному обеспечению; отсутствие специалистов по организации, планированию и системному анализу системы организации лекарственного обеспечения; неэффективное использование или отказ от применения вычислительной техники; отсутствие интегрированного информационного обеспечения организации лекарственных средств; отсутствие системы управления качеством деятельности внутриведомственной структуры контроля и экспертизы качества организации лекарственных средств.

Под главной целью разрабатываемой системы управления и контроля понималось обеспечение такой деятельности системы организации лекарственного обеспечения, чтобы в результате были получены наименьшие (или нулевые) значения отклонений, подтверждающих наличие нецелевого и нерационального использования средств [1, 2, 3, 4].

ЛИТЕРАТУРА

1 Закон Республики Казахстан от 4 декабря 2002 года «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

2 Закон Республики Казахстан от 4 июня 2003 года № 430-II «О системе здравоохранения».

3 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

4 Указ Президента РК от 13 сентября 2004 №1438 «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы».

Поступила 24.02.2015 г.

A. Erzhankyzy, T. S. Sergaliev

MAINTENANCE OF PRIMARY FUNCTION OF THE PHARMACEUTICAL BENEFITS ORGANIZATION MODEL OF THE PATIENT IN AN INPATIENT HOSPITAL

According to the results of studying of the pharmaceutical benefits organization of sick people the main directions of the research are: a) a clear formalization of definitions, clearly reflecting the targeted/inappropriate and rational/irrational use of funds, as well as products and services purchased at these funds in the field of pharmaceutical benefits of the patients in hospitals, working in the system of right of economic management; b) an analysis of the types of technology management system of pharmaceutical benefits and variations in the use of resources in order to classify and summarize their according to the coordination criteria and the degree of influence; c) a setting of the main, fundamental goal and basic (general) objectives of management and control systems for the targeted and efficient use of financial resources spent on pharmaceutical benefits of patients in hospitals; g) an analysis and identification of the principal functions of the sub-goals, the definition of the objectives of sub-goals; d) a building of a standard model of management and control systems for the targeted and efficient use of financial resources spent on medicines of patients in hospitals.

The results of the study showed that inappropriate and irrational use of resources occurs in the following cases of violations in the organization activities of pharmaceutical benefits: the absence of accounting services in hospitals or providing the territorial committee with data of not reporting form approved in the established procedure.

Keywords: organization, medicine, patient, inpatient hospital, accounting, maintenance, analysis, management

А. Ержанқызы, Т. С. Серғалиев

НАУҚАСТАРДЫ СТАЦИОНАРДА ДӘРІЛЕРМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ҮЛГІСІНІҢ НЕГІЗГІ МАҚСАТТЫ ФУНКЦИЯЛАРЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

Ұсынылған мақалада науқастарды дәрілік қамтамасыз етуді ұйымдастыруды зерттеу нәтижелерінің негізінде зерттеудің басты бағыттары белгіленген: а) стационарлардағы науқастардың дәрі-дәрмектеріне арналған қаржыны, сол сияқты осы қаражатқа алынған өнімдер мен қызмет түрлерін мақсатты/мақсатсыз және тиімді/тиімсіз қолдануды нақты көрсететін анықтаманы тұжырымдау; б) классификациялау және өзара байланыс өлшемдері мен бір біріне әсер ету деңгейін жинақтау мақсатында дәрілік қамтамасыз етуді ұйымдастыру жүйесінің типтік технологиясы мен пайдалану ресурстарындағы ауытқушылықтарға талдау; в) стационарлардағы науқастардың дәрі-дәрмектеріне жұмсалатын қаржылық ресурстарды басқару мен бақылау жүйесінің функцияларының басты, негіз құраушы және негізгі (жалпы) мақсаттарын қою; г) негізгі функцияларды қамтамасыз ету мақсаттарын талдау мен белгілеу, мақсатты функцияларды анықтау; д) стационарлардағы науқастардың дәрі-дәрмектеріне жұмсалатын қаржылық ресурстарды басқару мен бақылау жүйесіне үлгі модель құру.

Жүргізілген зерттеудің нәтижелері дәрілік қамтамасыз етуді ұйымдастыру жүйесінің қызметі бұзылған келесі жағдайларда қаржыны мақсатсыз және тиімсіз қолдану орын алатынын көрсетті: есепке алу стационарларында қызмет көрсету болмауы немесе стационарлардың аумақтық комитеттерге белгіленген тәртіпте бекітілген нысанда емес есептілікпен мәліметтер ұсынуы.

Кілт сөздер: ұйымдастыру, дәрі-дәрмек, пациент, стационар, есеп, қамтамасыз ету, анализ, басқару

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 614.215-053.2

Б. А. Омаржанова, Ш. Д. Джакетаева, Т. С. Сергалиев

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ОКАЗАНИЯ КРУГЛОГОДИЧНОЙ САНАТОРНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения
Карагандинского государственного медицинского университета

Состояние здоровья подрастающего поколения является важным показателем благополучия общества и фактором, определяющим национальную безопасность страны. В настоящее время здоровье детей школьного возраста вызывает большую озабоченность. Заинтересованность государства в укреплении здоровья детей и улучшении демографической ситуации нашло отражение в современных системах реформирования отечественного здравоохранения, в определении приоритетности направлений профилактики заболеваний, эффективного оздоровления больных детей. По экспертной оценке в оздоровительных мероприятиях в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений нуждаются 51,8% детей, в санаторно-курортном оздоровлении – 15,9%. Каждый сезон в Карагандинском областном санатории оздоравливаются 200 детей 4-14 лет, которые направляются из поликлиник г. Караганды и области, из детских домов области, а также принимаются на второй этап лечения детей из стационаров.

В 2013 г. санаторное лечение получили 2 401 ребенок, из них 937 сельских детей. Среднее количество койко-дней составило 20,7 (в 2011 г. – 21,8; в 2012 г. – 22,3 дня). Выполнение койко-дней за 2013 г. составило 100% при средней продолжительности сезона 21 день (в 2012 году 102,7%). Оздоровлением охвачены все сельские районы и города области. Важным моментом оздоровления является санация хронических очагов инфекции. В связи с этим все дети однократно осматриваются ЛОР-врачом, при показаниях чаще. За 2013 г. количество пролеченных детей в ЛОР-кабинете составило 1 657 (в 2012 г. – 1431).

Ключевые слова: хронический бронхит, детский возраст, здоровье, койко-дни, санаторное лечение, оздоровление, инфекция, квота, сельские районы

Состояние здоровья подрастающего поколения является важным показателем благополучия общества и фактором, определяющим национальную безопасность страны. В настоящее время здоровье детей школьного возраста вызывает большую озабоченность [1, 2, 3, 4]. Заинтересованность государства в укреплении здоровья детей и улучшении демографической ситуации нашло отражение в современных системах реформирования отечественного здравоохранения, в определении приоритетности направлений профилактики заболеваний, эффективного оздоровления больных детей. По экспертной оценке в оздоровительных мероприятиях в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений нуждаются 51,8% детей в санаторно-курортном оздоровлении – 15,9% [5, 6, 7, 8, 9, 10].

Каждый сезон в Карагандинском областном санатории проходят курс оздоровления 200 детей с 4 до 14 лет (восьмой класс включительно), которые направляются из поликлиник г. Караганды и области. Также в санаторий активно направляются воспитанники детских домов области (детские дома «Таншолпан», «Кулыншак», «Пионерский», Литвиновская школа-интернат), а также проходят на второй этап лечения дети из стационаров.

Все дети при поступлении формируются в группы по возрастам, всего семь групп. У каждой группы свой режим дня. Весь день дети пребывают под контролем врача, медицинской сестры и воспитателя. При санатории имеется школа.

В 2013 г. В Карагандинском областном санатории был оздоровлен 2 401 ребенок, из них 937 сельских детей. Среднее количество койко-дней составило 20,7 (в 2011 г. – 21,8; в 2012 г. – 22,3). Выполнение койко-дней за 2013 г. составило 100% при средней продолжительности сезона 21 день (в 2012 году – 102,7%).

Оздоровлением охвачено детское население всех сельских районов и городов области. Каждый район имеет определенную квоту. Поддерживается связь со всеми региональными педиатрами. Однако, необходимо отметить, что в зимнее время из-за дальности расположения меньше детей поступает из Улытауского района.

Важным моментом оздоровления детского населения является санация хронических очагов инфекции. В связи с этим все дети однократно осматриваются ЛОР-врачом, при показаниях чаще. Назначения выполняет медицинская сестра ЛОР-кабинета. За 2013 г. количество детей, пролеченных в ЛОР-кабинете, составило 1 657 (в 2012 г. – 1431).

В 2013 году пролечено 2 401 детей, из них с заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 236 (в 2012 г. – 332), почек – 178 (в 2012 г. – 163), желудочно-кишечного тракта – 311 (в 2012 г. – 255), дыхательных путей – 1 265 (в 2012 г. – 1152), крови – 342 (в 2012 г. – 365).

У многих детей, находившихся на санаторном оздоровлении, была сопутствующая патология. Все дети, поступившие в санаторий, обследуются однократно. Для обследования сердечно-сосудистой системы дополнительно врач назначает ЭКГ. За 5 мес. 2013 г. ЭКГ было выполнено 186 детям (за 5 мес. 2014 г. – 214).

После осмотра пациента лечащий врач подбирает индивидуальную комплексную лечебную программу основного и сопутствующих заболеваний с учетом показаний и противопоказаний в рамках государственного объема бесплатной медицинской помощи, согласно стандартам лечения. В комплекс входит медикаментозное лечение, физические методы лечения, лечебная физическая культура, массаж, психотерапия, диетотерапия, фитотерапия [11].

Большое внимание уделяется правильному сбалансированному питанию. Диетотерапия – один из важных факторов улучшения состояния здоровья пациентов. В Карагандинском областном санатории организованы четыре лечебных стола, при необходимости назначается нужный стол. Дети с заболеваниями сердечно-сосудистой системы получают дополнительно изюм, курагу. Все дети получают физиолечение в зависимости от диагноза и кислородные коктейли.

Каждый медицинский работник участвует в формировании здорового образа жизни среди пациентов и сотрудников. Проводятся декадни, читаются лекции, беседы, организовывается просмотр видеороликов, выпускаются санитарные бюллетени.

По окончании курса восстановительного лечения одновременно с выпиской из истории болезни предоставляется справка о прохождении предметных занятий с оценками, выписанными из классных журналов.

ЛИТЕРАТУРА

1 Бабаев Ю. А. Некоторые особенности оздоровления часто и длительно болеющих детей, проживающих в сельской местности / Ю. А. Бабаев, Г. А. Герасимова //Сб. науч. тр. Всерос. науч.-практ. конференции «Среда обитания и здоровье детского населения». – Оренбург, 2003. – С.20-23.

2 Бабаев Ю. А. Иммунореабилитация детей с бронхиальной астмой в местном санатории /Ю. А. Бабаев, Т. И. Петрова //Матер.

XIII нац. конгр. по болезням органов дыхания. – СПб, 2003. – С. 97.

3 Бабаев Ю. А. Заболеваемость детей сельской местности и организации оздоровления на врачебном участке /Ю. А. Бабаев, В. Н. Кузьмин //Сб. науч. тр. «Окружающая среда и здоровье человека: причинно-следственные связи». – Чебоксары, 2004. – С. 47-52.

4 Бабаев Ю. А. Опыт применения специфической иммунотерапии больным с заболеваниями органов дыхания /Ю. А. Бабаев, А. Г. Кириллов, М. А. Рукавишников //Сб. науч. тр. науч.-практ. межрегион. конф. «Санаторно-курортная система как важный фактор профилактики, реабилитации и оздоровления населения». – Чебоксары, 1999. – С. 22-23.

5 Бабаев Ю. А. Некоторые особенности оздоровления часто болеющих детей из сельской местности в условиях местного специализированного санатория //Сб. науч. тр. «Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии». – М., 2005. – С. 39.

6 Бабаев Ю. А. Здоровье сельских детей и меры по его укреплению /Ю. А. Бабаев, Г. А. Герасимова, М. С. Алексеева //Матер. науч. конф. с междунар. участием «Современные наукоемкие технологии». – М., 2005. – С. 33-36.

7 Бабаев Ю. А. Лечение и реабилитация больных детей с хроническим бронхитом и бронхиальной астмой из группы часто и длительно болеющих в санаторных условиях // Журн. матер. науч. конф. с междунар. участием «Фундаментальные исследования». – М., 2005. – С. 38-39.

8 Бабаев Ю. А. Использование природных факторов в оздоровлении часто и длительно болеющих детей /Ю. А. Бабаев, Г. А. Герасимова //Вестн. Татарстанского отделения Российской экологической академии. – Казань, 2005. – С. 36-37.

9 Бабаев Ю. А. Организация комплексного оздоровления детей с неспецифическими заболеваниями органов дыхания с применением галоингаляционного метода: Метод. рекомендации /Ю. А. Бабаев, Г. А. Герасимова, В. Н. Кузьмин. – Чебоксары, 2005. – 16 с.

10 Бабаев Ю. А. Эффективность комплексной программы оздоровления детей с заболеваниями органов дыхания в условиях детского санатория //Тез. докл. науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов Казанского государственного медицинского университета, посвящ. 75-летию медико-профилактического факультета. – Казань: КГМУ, 2005. – С. 84.

11 Постановление Правительства РК от 15.11.2011 № 1342.

Поступила 03.03.2015 г.

B. A. Omarzhanova, S. D. Dzhaketaeva, T. S. Sergaliev

MEDICAL AND ORGANIZATIONAL PRINCIPLES OF YEAR-ROUND SANATORY ADMINISTRATION FOR CHILDREN IN THE KARAGANDA REGION

The health status of the younger generation is an important indicator of society well-being and the determinant of national security. Currently, the health of school-age children is of great concern. The state's interest in promoting the health of children and the improvement of the demographic situation reflects in modern reform systems of national health care, in the effective health improvement of sick children. According to the expert estimates health precautions in the conditions of outpatient clinics are necessary to 51.8% of children, in the sanatorium improvement - 15.9%. Each season in the health camps of Karaganda region 200 children of 4-14 years improve their health; they are sent from the clinics of Karaganda and the region, the orphan's homes and taken to the second stage of the treatment from hospitals.

In 2013, 2,401 children including 937 rural children received the sanatorium therapy. The average number of bed days was 20.7 (in 2011 - 21.8; in 2012 - 22.3 days). During 2013 the bed days was 100% with an average duration of the season of 21 days (in 2012 - 102.7%). All rural areas and towns of the region were concerned about health improvement. The important point is the health improvement of sanitation of chronic sites of infection. Therefore, all children are examined by ENT-specialist one time and more if there are indications. During 2013 the number of children treated in the ENT office was 1657 (in 2012 - 1431).

Keywords: chronic bronchitis, childhood, health, bed days, health camp, sanatorium therapy, health improvement, infection, quota, rural areas

Б. А. Омаржанова, Ш. Д. Жакетаева, Т. С. Серғалиев

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНЫҢ БАЛАЛАРЫ ҮШІН ЖЫЛ БОЙҒЫ САНАТОРИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ ЖҰМЫСЫНЫҢ МЕДИКО-ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ ҰСТАНЫМДАРЫ

Өскелең ұрпақтың денсаулық жағдайы қоғамның жайлылығының маңызды көрсеткіші және елдің ұлттық қауіпсіздігін айқындайтын фактор болып табылады. Қазіргі уақытта мектеп жасындағы балалардың денсаулығы үлкен алаңдаушылық тудырады. Мемлекеттің балалар денсаулығын нығайту мен демографиялық жағдайды жақсартуды нығайтуға мүдделілігі отандық денсаулық сақтау саласын реформалаудың қазіргі заманғы жүйелерінен, аурулар профилактикасы бағытының басымдылығын анықтаудан, науқас балаларды тиімді сауықтырудан көрініс тапты. Сараптамалық бағалау бойынша амбулаториялық-емханалық мекемелер жағдайында сауықтыру іс-шараларына 51,8% бала, санаториялық-курорттық сауықтыруға 15,9% бала мұқтаж болып табылады. Әр маусымда Қарағанды облысында санаторияларда 4-14 жас аралығындағы 200 бала сауықтылады, олар Қарағанды қаласы мен облыс емханаларынан, облыстағы балалар үйлерінен жіберіледі, сол сияқты стационарлардан балаларды емдеудің екінші кезеңіне қабылданады.

2013 жылы 2 401 бала санаториялық ем алды, оның ішінде 937 селолық елді мекендердің балалары болып табылады. Төсек-күндердің орташа саны 20,7 құрады (2011 ж. – 21,8; 2012 ж. – 22,3 күн). Төсек-күндердің орындалуы 2013 жылы маусымның орташа ұзақтығы 21 күн жағдайында 100% құрады (2012 жылы 102,7%). Облыстың барлық селолық аудандары мен қалалары сауықтырумен қамтылды. Инфекцияның созылмалы ошақтарының санациясы сауықтырудың маңызды бөлігі болып табылады. Соған байланысты барлық балаларды бір рет ЛОР-дәрігер тексереді, ауырған жағдайда жиі тексереді. 2013 жылы ЛОР-кабинетте емделген балалар саны 1 657 баланы құрады (2012 ж. – 1431).

Кілт сөздер: созылмалы бронхит, бала жасы, денсаулық, төсек-күндер, санаториялық емдеу, сауықтыру, инфекция, квота, селолық аудандар

Т. С. Сергалиев, А. А. Смагулова

ХАЛЫҚТЫ ДӘРІЛІК ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ САЛАСЫНДАҒЫ НЕГІЗГІ МЕМЛЕКЕТТІК ЖӘНЕ ДАМЫҒАН ЕЛДЕРДЕГІ САЯСАТТАҒЫ БАҒЫТТАР

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

Қазіргі кезеңде медициналық көмек көрсету деңгейінде тиімді дәрілік қамтамасыз ету тәсілдемесінің зерделенуі және формулярлы қадағалау принципімен стационар науқастарының дәрілік қамтамасыз етілуін жетілдіруі өзекті мәселе болуда. Дәрілік заттарды ұтымды қолдану және тиісті дәрілік қамтамасыз ету басқармасы үшін терең мағыналы болатын дәрілік формулярдың негізгі үдерісінің өңделуі дәрілік қамтамасыз ету саласының мәселесі болып табылады.

Кілт сөздер: дәрілік қамтамасыз ету, дәрілік көмек, дәрілік заттар

Қазақстан халқына Елбасымыздың Жолдауында денсаулық сақтауды дамытудың бірден бір бағыты денсаулық сақтау жүйесінің жоғары технологиясын дамыту негізінде медициналық қызметтің сапасын жақсарту болып табылады [19, 20, 21, 22].

Қазіргі қоғам өмірінде денсаулық сақтау жүйесі маңызды орын алуда. Кез келген мемлекеттің экономикалық құрылымында денсаулық сақтау саласы материалдық, қаржылық және адами ресурстардың көп бөлігін пайдаланатын сектор болып табылады [24].

Қазақстан Республикасындағы нарықтық қатынасты қалыптастырудағы пайда болған әлеуметтік-экономикалық шарттар халықты дәрілік қамтамасыз етудің мемлекеттік жүйесіне түбегейлі өзгерістер енгізді [2, 15, 23].

Республикамыздағы денсаулық сақтау жүйесін дамытудың басты бағыты – саланы ғылыми дамыту, медициналық көмекті жетілдіру, дәрілік қамтамасыз етуді оптимизациялау және ақпараттандыру [13, 17].

Аурушаңдықтың ұдайы өсуі медициналық көз қараспен ғана емес экономикалық жағынан да стандарттау мәселесінің маңыздылығын көрсетіп, мемлекет және жеке дара адам үшін едәуір қаржылық шығындардың науқастарды қарау және емдеу технологиясын бірыңғайға келтіру қажеттілігі туындады. Денсаулық сақтаудағы шектеулі қаржылық бюджет шартымен нарықтық қарым-қатынасқа көшумен емдік-диагностикалық мекемелердің емдеу құнына, емдеу технологиясының тиімділігі мен пайдалылығы арасындағы айырмашылыққа көп көңіл бөлінуде. Тұрғындардың медициналық қызмет көрсету тиімділігі мен зерттеу сапасына деген

қызығушылықтың артуы клиникалық жағынан ғана емес экономикалық көз-қараспен бар ресурстарды тиімді қолдануда шығындарды қысқарту қажеттілігімен түсіндіріледі [1, 3, 27, 28].

Медициналық көмектің сапасын бақылау сұрағы Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіне де едәуір мағыналы сұрақ туғызуда, ол келесі белгілермен байланысты: біріншіден, мемлекеттік емес жекеменшікті формадағы медициналық мекемелердің пайда болуы; екіншіден, медициналық көмектің сапасын түсірмей денсаулық сақтаудағы бар қаржылық қаражатты ұтымды пайдалану қажеттілігі; үшіншіден, медициналық көмектің сапасын бақылайтын құқықтық негізді қалыптастыру қажеттілігі. Осы айтылғандардан медициналық көмектің тиімділігі мен сапсын бағалайтын, бақыланатын механизм қалыптастыратын медико-экономикалық стандарттарды енгізу және өңдеу қажеттілігін және маңыздылығын көруге болады [11, 18, 33, 39].

Сонымен қоса, медициналық көмек көрсету деңгейінде тиімді дәрілік қамтамасыз ету тәсілдемесінің зерделенуі және формулярлы қадағалау принципімен жоғары мамандандырылған медициналық көмек (ЖММК) алатын стационар науқастарының дәрілік қамтамасыз етілуін жетілдіруі өзекті мәселе болуда. Дәрілік заттарды ұтымды қолдану және тиісті дәрілік қамтамасыз ету басқармасы үшін терең мағыналы болатын дәрілік формулярдың негізгі үдерісінің өңделуі дәрілік қамтамасыз ету саласының мәселесі болып табылады. ЖММК шартымен формулярлы жүйенің дамуы көптеген қиындықтарға тап болуда, алдымен, жоғары технологиялы көмек көрсету есебімен

формулярды өңдеу үдерісін сақтау, келісу, дәрілік қамтамасыз ету және формулярлық жүйе саласындағы нормативті-құқықтық актілерін үйлестіру қажеттілігінің шарттарында координациялау және ұтымды фармацевтикалық менеджментті қамтамасыз ету және отандық фармакоэпидемиологиялық және фармакоэкономикалық базасының болмауы [5, 6, 7, 38].

Бұл негізде, айтарлықтай дәрілік қамтамасыз ету саласындағы қалыптасқан талаптарды сақтау талдау негізіндегі жағдай, қазіргі күші бар заңнамамен қарастырылған, қадағалау ретін регламенттейтін дәрілерді бюджет немесе басқа көздер есебінен ЖММК көрсету шартымен медициналарды клиникалық және экономикалық тиімді қолдану мақсатымен басқару шешімдерінің рөлі өсуде [9, 10, 14, 29].

Осыдан, қазіргі кезеңде дәрілік қамтамасыз етуді жетілдіру жолдарына талдау жасау және ЖММК алатын стационар науқастарын дәрілік қамтамасыз ету жүйесіндегі ресурстарды жинақтаушы технологияларының механизмін жүзеге асырудың өңделуі өзекті болып табылады [4, 16, 30, 32].

Көптеген мемлекеттерде дәрілік заттардың шығынына деген көзқарас орталықтандырылған немесе денсаулық сақтау қызметімен, әлеуметтік сақтандыру жүйесінің атымен белгіленеді. Міндетті медициналық сақтандыру жүйесі басым елдерде шығындарға қатысу амалдары Австрияда орын алатын, жүйенің категориясына байланысты түрленеді. Финляндия мен Швецияда шығындарға қатысу шешімдерін жергілікті үкімет деңгейінде қарастырылады, бірақ бекітілген ұлттық максималды заңның шегімен [31, 35, 37].

АҚШ-та денсаулық үшін жекеленген жауапкершілік басым, жеке медициналық көмек жүйесі дамып келеді, тұрғындардың белгілі бір топтары үшін міндетті және өз еркімен медициналық сақтандыру бағыты басым [8, 34, 40].

Емделушінің дәрілік заттарды төлеудегі үлесін анықтайтын әр түрлі механизм бар. Олардың маңыздылары болып табылатындар:

- Рецепт жазып беру (Норвегия, Голландия, Ұлыбритания)
- Дәрілік заттың қорабының құны (Финляндия, Швеция)
- Дәрілік зат құнының тиянақталған баға бөлігі, оның өз бағасынан тәуелсіз (Германия)

- Жалпы сақтандыру төлемдерінен дәрілік заттардың төлемдеріне жүретін сақтандыруға қатысу немесе қосымша төлемдердің тиянақталған пайызы (Италия, Бельгия, Дания,) [12, 16, 25].

Осыдан, дамыған елдердің денсаулық сақтауындағы қазіргі жағдайы емдеу нәтижелерінің бәршама өсуімен қоса шығындардың тұрақты өсуі де сипатталады. Осыған байланысты денсаулық сақтаудың ресурстарын тиімді әрі ұтымды қолдануын бақылау сұрағы бұл елдерде алдыңғы қатарда тұрады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1 Абуов Д. Ж. Совершенствование лекарственного обеспечения в РК // Медицина. – 2013. – №3. – С. 2-3.

2 Аппазов А. Д. Перспективы формирования аптечной сети в современных условиях // Сб. тез. докл. 11 междунар. выставки «Аптека». – М., 2008. – С. 3.

3 Ахметова З. Б. Ценовое регулирование на потребительском рынке: Зарубежный опыт / З. Б. Ахметова, А. С. Абен // Вестник КазНУ. – 2011. – №2. – С. 173.

4 Бабенова Г. Проблемы лекарственного обеспечения в РК // Фармация Казахстана. – 2007. – №6. – С. 13-16.

5 Вартамян Ф. Е. Актуальные проблемы обеспечения лекарственными средствами населения развитых стран / Ф. Е. Вартамян, С. В. Рожецкая // Фармация. – 2009. – №3. – С. 39-40.

6 Величковский Б. Т. Реформа и здоровье населения // Экономика здравоохранения. – 2008. – №4-5. – С. 28-31.

7 Глембоцкая Г. Т. Лекарственное обеспечение как один из путей повышения привлекательности медицинского страхования в условиях экономического кризиса / Г. Т. Глембоцкая, С. А. Богатырев // Фармация. – 2010. – №4. – С. 25-28.

8 Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. – ВОЗ, 2006. – 233 с.

9 Елманова Т. В. Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне / Т. В. Елманова, В. Н. Кикоть // Главврач. – 2006. – №7. – С. 15-24.

10 Жумабаев Н. Ж. Фармакоэкономический анализ в области повышения качества лекарственной помощи // Медицина и экология. – 2007. – №1. – С. 129-132.

11 Иванова И. В. Формирование различных моделей организации зарубежных систем здравоохранения / И. В. Иванова, А. Э. Авакян,

- О. А. Иванова //Экология человека. – 2008. – №1. – С. 46-50.
- 12 Иванова О. А. Опыт рационального лекарственного обеспечения различных групп населения в зарубежных странах /О. А. Иванова, А. Э. Авакян, И. В. Иванова //Сиб. мед. экспресс. – 2007. – №1 (4). – С. 7-10.
- 13 Исаев Д. С. Модели формирования стандартов технологического обеспечения медицинских организаций: информ.-эксперт. пособие /Д. С. Исаев, М. Б. Калажанов, Ж. К. Надиров. – Алматы, 2008. – 25 с.
- 14 Исаев Д. С. Методические основы систематизации и стандартизации в области ресурсного обеспечения (технического и технологического оснащения) организаций здравоохранения: информ.-метод. пособие /Д. С. Исаев, С. Н. Третьякова, Ж. К. Надиров. – Алматы, 2008. – 29 с.
- 15 Касымова Г. П. Совершенствование организационных форм лекарственного обеспечения населения /Г. П. Касымова, Л. А. Кузнецова //Матер. II науч.-практ. конф. «Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения в Республике Казахстан». – Алматы: ВШОЗ, 2007. – С. 155-156.
- 16 Ким С. В. Стратегия развития Республики Казахстан /С. В. Ким, Т. Н. Нурпеисов, Г. К. Бейсенбекова. – Алматы, 2007. – С. 80-83.
- 17 Кульжанов М. К. Стратегия развития здравоохранения Казахстана в 21 веке. – Алматы, 2007. – 240 с.
- 18 Кучеренко В. З. Основы стандартизации в здравоохранении в условиях ОМС. – М., 2006. – 390 с.
- 19 Қазақстан Республикасының Президенті - елбасы Н.Ә. НАЗАРБАЕВТЫҢ Қазақстан халқына Жолдауы 2006 жылғы 19 ақпандағы - «Бәсекеге қабілетті Қазақстан, бәсекеге қабілетті экономика, бәсекеге қабілетті ұлт».
- 20 Қазақстан Республикасының Президенті - елбасы Н.Ә. НАЗАРБАЕВТЫҢ Қазақстан халқына Жолдауы 2007 жылғы «Жаңа Қазақстан жаңа әлемде».
- 21 Қазақстан Республикасының Президенті - елбасы Н.Ә. НАЗАРБАЕВТЫҢ Қазақстан халқына Жолдауы 2007 жылғы «Қазақстан-2030» стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты.
- 22 Қазақстан Республикасының Президенті - елбасы Н.Ә. НАЗАРБАЕВТЫҢ Қазақстан халқына Жолдауы 2008 жылғы Қазақстан халқының әл-ауқатын арттыру –мемлекеттік саясаттың басты мақсаты.
- 23 Қазақстан Республикасы Президентінің 2005 жылғы 13 қыркүйекте Жарлығымен бекітілген Денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы.
- 24 Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 520 с.
- 25 Максимкина Е. А. Из опыта льготного и бесплатного лекарственного обеспечения в Германии //Российские аптеки. – 2007. – №4 (4). – С. 27-29.
- 26 Мешковский А. П. О документах ВОЗ в сфере лекарственного обеспечения // Фарматека. – 2007. – №6. – С. 67-70.
- 27 Нургожин Т. С. Формулярная система основа рационального использования лекарственных средств /Т. С. Нургожин, Г. Т. Абуова //Вестник ЮКМА. – 2007. – №1(34) – С. 242-246.
- 28 Ормантаева Р. К. Формирование и развитие фармацевтического рынка в РК Фармация Казахстана. – 2006. – №6. – С. 13-16.
- 29 Перхов В. И. Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в 1 полугодии 2007 года //Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Высокие медицинские технологии». – М., 2007. – С. 79-80.
- 30 Садыкова С. Б. Организация оптовой реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения //Вестник ЮКМА. – 2011. – №1. – С. 173-174.
- 31 Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе /Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас //Анализ современных стратегий. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2006. – 432 с.
- 32 Харитонов И. Б. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими учреждениями субъектов Российской Федерации и муниципальных образований в 2007 году //Сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Высокие медицинские технологии». – М., 2007. – С. 83.
- 33 Чешское здравоохранение: проблемы политики //Фармацевтический вестник. – 2007. – №24. – С. 13.
- 34 Шведов Н. А. Здравоохранение: Американская модель //Наука. – 2009. – №2. – С. 187.
- 35 Шеенко О. Н. Оптимизация лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации //Здравоохранение. – 2007. – №7. – С. 11-25.
- 36 Шертаева К. Д. Организационно-правовые аспекты социальных гарантий бесплатного лекарственного обеспечения //Фарм.

Бюллетень. – 2006. – №1-2. – С. 13-15.

37 Шертаева К. Д. Применение информационных технологий в системе организации лекарственного обеспечения // Вестник ЮКМА. – 2009. – №2. – С. 229-230.

38 Старченко А. А. Управление лекарственным обеспечением в стационаре в системе обязательного медицинского страхования // А. А. Старченко, Ю. Н. Швецова, Е. Н. Третья-

кова // Фармация. – 2008. – №6. – С. 39-45.

39 Kleinke I. D. Expensive drugs lower health care costs // The wall street Journal Europe. – 2006. – V. 6, №7. – P. 48.

40 WHO Medicines Strategy: 2003-2006. Framework for action in Essential Drug and Medicines Policy // World Health Organization. – Geneva, 2007. – №2. – P. 58.

T. S. Sergaliyev, A. A. Smagulova

THE MAIN DIRECTIONS OF THE STATE POLICY AND THE POLICY OF DEVELOPED COUNTRIES IN THE MEDICINES PROVISION FOR POPULATION

At the present stage actual are questions devoted to problems of improvement of provision of medicines by the inpatient with application of the principles of official regulation and justification of effective methods of provision of medicines at this level of delivery of health care. There are problems in the field of provision of medicines, first of all, in development of the medicinal form - the main process having fundamental value for appropriate management of provision of medicines and rational use of medicines.

Keywords: provision of medicines, medicinal help, medicines

T. S. Сергалиев, А. А. Смагулова

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ И ПОЛИТИКА В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ В ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

На современном этапе актуальными становятся вопросы, посвященные проблемам совершенствования лекарственного обеспечения стационарным больным с применением принципов формулярного регулирования и обоснованием эффективных методов лекарственного обеспечения на данном уровне оказания медицинской помощи. Имеются проблемы в области лекарственного обеспечения, прежде всего в разработке лекарственного формуляра – основного процесса, имеющего фундаментальное значение для надлежащего управления лекарственным обеспечением и рационального использования лекарственных средств.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, лекарственная помощь, лекарственные средства

Б. А. Омаржанова, Т. С. Сергалиев

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОГРАММЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения
Карагандинского государственного медицинского университета

Эффективность разработанной программы круглогодичного оздоровления была оценена в ходе естественного годичного эксперимента детей сельской местности. Группу наблюдения (основную) составил 31 школьник 13-16 лет с диагнозом хронического бронхита, в контрольную группу вошли 28 школьников того же возраста, с тем же диагнозом, проживающие в городе. Дети обеих групп в летний период первого года наблюдения прошли курс санаторного оздоровления. Количество обострений хронического бронхита в первый год до проведения эксперимента в двух сравниваемых группах было почти одинаковым: 2,52 и 2,43 случая на 100 обследованных в каждой группе. Средняя продолжительность одного случая обострения среди детей основной и контрольной групп также была приблизительно одинакова: 10,77 и 10,88 дня соответственно. Однако на протяжении второго года в ходе оздоровления школьников по экспериментальной программе в основной группе произошло значительное снижение случаев с 2,52 до 1,40 на 100 обследованных, тогда как в группе контроля снижение случаев обострений хронического бронхита было менее существенным: с 2,43 до 2,14 случая на 100 обследованных в группе. Средняя продолжительность одного случая обострения хронического бронхита среди школьников в основной группе уменьшилась также более значительно, чем в контрольной: с 10,77 по 9,98 и с 10,88 по 10,16 соответственно. Если до эксперимента у 81,35% включенных в анализ детей наблюдалось от 2 до 5 случаев обострений в год, то по его окончании таких детей в основной группе было 32,29%, в контрольной – 71,42 %. У каждого шестого школьника обострения хронического бронхита в течение этого года не отмечалось.

Ключевые слова: дети, сельские школьники, хронический бронхит, ароматерапия, галоингаляция, лечебно-физкультурный комплекс, санаторий

Эффективность разработанной программы круглогодичного оздоровления оценивали в ходе естественного годичного эксперимента детей сельской местности [1, 2, 3]. Группу наблюдения (основную) составили 31 сельский школьник 13-16 лет с диагнозом хронического бронхита, в контрольную группу вошли 28 школьников того же возраста, с тем же диагнозом, проживающие в городе. Дети обеих групп в летний период первого года наблюдения прошли курс санаторного оздоровления. Количество обострений хронического бронхита в первый год до проведения эксперимента в двух сравниваемых группах было почти одинаковым: 2,52 и 2,43 случая на 100 обследованных в каждой группе. Средняя продолжительность одного случая обострения среди детей основной и контрольной групп также была приблизительно одинакова: 10,77 и 10,88 сут соответственно. Однако на протяжении второго года в ходе оздоровления школьников по экспериментальной программе в основной группе зарегистрировано значительное снижение случаев с 2,52 до 1,40 на 100 обследованных, тогда как в группе контроля снижение случаев обострений хронического бронхита было менее существенным: с 2,43 до 2,14 слу-

чая на 100 обследованных в группе. Средняя продолжительность одного случая обострения хронического бронхита среди школьников в основной группе уменьшилась также более значительно, чем в контрольной: с 10,77 по 9,98 и с 10,88 по 10,16 соответственно.

Расчеты показали, что в результате внедрения комплексной круглогодичной программы оздоровления за год сумма всех случаев обострений хроническим бронхитом у детей основной группы снизилась на 44,87%, сумма всех дней обострений заболевания – на 48,93%. Если до эксперимента у 81,35% включенных в анализ детей наблюдалось от 2 до 5 случаев обострений в год, то по его окончании таких детей было в основной группе 32,29%, в контрольной – 71,42%. У каждого шестого школьника обострений хронического бронхита в течение этого года не отмечалось.

Расчеты экономической эффективности показали, что по результатам эксперимента за счет значительного снижения частоты обострений заболевания в основной группе существенно (на 55,13%) сократились материальные затраты на лечение всех случаев обострений хронического бронхита в сельском лечебно-профилактическом учреждении. Учет

стоимости оздоровительных процедур (галоингаляции, ароматерапии, интенсивной гимнастики и др.), проводившихся в условиях сельского ЛПУ, незначительно снижает (лишь до 35,4%) показатель экономической эффективности программы круглогодичного оздоровления сельских школьников.

ЛИТЕРАТУРА

1 Бабаев Ю. А. Некоторые особенности оздоровления часто и длительно болеющих детей, проживающих в сельской местности //Ю. А. Бабаев, Г. А. Герасимова //Сб. науч. тр. Всероссий. науч.-практ. конф. «Среда обитания и здоровье детского населения». – Оренбург,

2005. – С. 20-23.

2 Бабаев Ю. А. Иммунореабилитация детей с бронхиальной астмой в местном санатории //Ю. А. Бабаев, Т. И. Петрова //Матер. XIII нац. конгр. по болезням органов дыхания. – СПб, 2007. – С. 97.

3 Бабаев Ю. А. Заболеваемость детей сельской местности и организации оздоровления на врачебном участке //Ю. А. Бабаев, В. Н. Кузьмин //Сб. науч. тр. «Окружающая среда и здоровье человека: причинно-следственные связи». – Чебоксары, 2010. – С. 47-52.

Поступила 03.03.2015 г.

A. A. Omarzhanova, T. S. Sergaliev

ORGANIZATIONAL MODEL OF THE HEALTH IMPROVEMENT PROGRAM OF RURAL STUDENTS WITH CHRONIC NONSPECIFIC RESPIRATORY DISEASES

The effectiveness of the developed health improvement program year-round was evaluated during the year-long examination of the rural children. The observation group (basic) consists of 31 pupils of 13-16 years with a diagnosis of chronic bronchitis, also in the control group there were 28 pupils of the same age with the same diagnosis, living in the city. During the summer the children of both groups of the first year of observation have undergone the health camp rehabilitation. The number of exacerbations of chronic bronchitis in the first year before the experiment in both groups was approximately identical: 2,52 and 2,43 of cases per 100 examined children in each group. The average duration of one case of exacerbation among children and control group was also the same: 10,77 and 10,88 days, respectively. However, during the second year of the health improvement of pupils on the pilot program there was a significant reduction in cases in the main group from 2,52 to 1,40 per 100 examined, whereas in the control group an incidence decreasing of exacerbations of chronic bronchitis was less significant: from 2,43 to 2,14 cases per 100 examined in the group. The average duration of one case of chronic bronchitis exacerbations among school children in the main group decreased significantly more than in the control one: from 9,98 to 10,77 and 10,88 to 10,16, respectively. If prior to the experiment, 81,35% of children included in the analysis presented from 2 to 5 cases of exacerbations per year, so after the experiment in the study group there were 32,29% of such children, and in the control group - 71,42%. Every sixth student weren't noted the exacerbation of chronic bronchitis during this year.

Keywords: children, rural pupils, chronic bronchitis, aromatherapy, galoinhalation, medical and physical complex, health camp

Б. А. Омаржанова, Т. С. Серғалиев

ТЫНЫС АЛУ ОРҒАНДАРЫНЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ СПЕЦИФИКАЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРЫМЕН АУЫЛ ОҚУШЫЛАРЫН САУЫҚТЫРУ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ ҰЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ ҮЛГІСІ

Балаларды жыл бойы сауықтырудың әзірленген бағдарламасының тиімділігі ауылдық елді мекендердегі балаларды жыл ішіндегі табиғи эксперимент барысында бағаланды. Бақылау тобын (негізгі) созылмалы бронхит диагнозымен 13-16 жастағы 31 оқушы құрады, бақылау тобына қалада тұратын, сондай диагноз бен жастағы 28 оқушы кірді. Екі топтың да балалары бірінші бақылау жылының жазғы кезеңінде санаториялық сауықтыру курсынан өтті. Эксперимент өткізгенге дейін екі салыстырмалы топта бірінші жылы созылмалы бронхит асқынуларының саны тең болды: әр топтағы 100 тексерілушіге 2,52 және 2,43 жағдайдан. Негізгі және бақылау топтарындағы бір асқынудың орташа ұзақтығы да бірдей болды: 10,77 және 10,88 күннен тиісінше. Алайда, екінші жыл кезінде эксперименталдық бағдарлама бойынша оқушыларды сауықтыру барысында негізгі топта 100 тексерілушіге жағдайлар 2,52-ден 1,40-қа елеулі төмендегені байқалды, ал бақылау тобында созылмалы бронхит асқынуларының саны бұдан гөрі елеусіздеу болды: 100 тексерілушіге 2,43-ден 2,14-ке. Негізгі топтағы оқушылар арасында созылмалы бронхиттің біреу жағдайының асқынуының орташа ұзақтығы бақылау тобымен салыстырғанда әжептәуір азайды: 10,77-ден 9,98-ге және 10,88-ден 10,16-ге тиісінше. Егер экспериментке дейін талдауға енгізілген 81,35% балада жылына 2-5 асқину байқалса, жыл аяғында мұндай балалар негізгі топта 32,29%, бақылау тобында 71,42 % құрады. Әрбір алтыншы оқушыда созылмалы бронхит асқинуы осы жыл ішінде байқалмаған.

Кілт сөздер: балалар, ауыл оқушылары, созылмалы бронхит, ароматерапия, галоингаляция, емдеу-денешынықтыру кешені, санаторий

Требования к рукописям, представляемым в журнал «МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ»

Внимание! С 03.01.2013 г. при подаче статей в редакцию авторы должны в обязательном порядке предоставлять подробную информацию (ФИО, место работы, должность, контактный адрес, телефоны, E-mail) о трех внешних рецензентах, которые потенциально могут быть рецензентами представляемой статьи. Важным условием является согласие представляемых кандидатур внешних рецензентов на долгосрочное сотрудничество с редакцией журнала «Медицина и экология» (порядок и условия рецензирования подробно освещены в разделе «Рецензентам» на сайте журнала). Представление списка потенциальных рецензентов авторами не является гарантией того, что их статья будет отправлена на рецензирование рекомендованными ими кандидатурам. Информацию о рецензентах необходимо размещать в конце раздела «Заключение» текста статьи.

1. Общая информация

В журнале «Медицина и экология» публикуются статьи, посвященные различным проблемам клинической, практической, теоретической и экспериментальной медицины, истории, организации и экономики здравоохранения, экологии и гигиены, вопросам медицинского и фармацевтического образования. Рукописи могут быть представлены в следующих форматах: обзор, оригинальная статья, наблюдение из практики и передовая статья (обычно по приглашению редакции).

Представляемый материал должен быть оригинальным, ранее не опубликованным. При выявлении факта нарушения данного положения (дублирующая публикация, плагиат и самоплагиат и т.п.), редакция оставляет за собой право отказать всем соавторам в дальнейшем сотрудничестве.

Общий объем оригинальной статьи и обзоров (включая библиографический список, резюме, таблицы и подписи к рисункам) не должен превышать 40 тысяч знаков.

В зависимости от типа рукописи ограничивается объем иллюстративного материала. В частности, оригинальные статьи, обзоры и лекции могут иллюстрироваться не более чем тремя рисунками и тремя таблицами. Рукописи, имеющие нестандартную структуру, могут быть представлены для рассмотрения после предварительного согласования с редакцией журнала.

Работы должны быть оформлены в соответствии с указанными далее требованиями. Рукописи, оформленные не в соответствии с требованиями журнала, а также опубликованные в других изданиях, к рассмотрению не принимаются.

Редакция рекомендует авторам при оформлении рукописей придерживаться также Единых требований к рукописям Международного Комитета Редакторов Медицинских Журналов (ICMJE). Полное соблюдение указанных требований значительно ускорит рассмотрение и публикацию статей в журнале.

Авторы несут полную ответственность за содержание представляемых в редакцию материалов, в том числе наличия в них информации, нарушающей нормы международного авторского, патентного или иных видов прав каких-либо физических или юридических лиц. Представление авторами рукописи в редакцию журнала «Медицина и экология» является подтверждением гарантированного отсутствия в ней указанных выше нарушений. В случае возникновения претензий третьих лиц к опубликованным в журнале авторским материалам все споры решаются в установленном законодательством порядке между авторами и стороной обвинения, при этом изъятия редакцией данного материала из опубликованного печатного тиража не производится, изъятие же его из электронной версии журнала возможно при условии полной компенсации морального и материального ущерба, нанесенного редакции авторами.

Редакция оставляет за собой право редактирования статей и изменения стиля изложения, не оказывающих влияния на содержание. Кроме того, редакция оставляет за собой право отклонять рукописи, не соответствующие уровню журнала, возвращать рукописи на переработку и/или сокращение объема текста. Редакция может потребовать от автора представления исходных данных, с использованием которых были получены описываемые в статье результаты, для оценки рецензентом степени соответствия исходных данных и содержания статьи.

При представлении рукописи в редакцию журнала автор передает исключительные имущественные права на использование рукописи и всех относящихся к ней сопроводительных материалов, в том числе на воспроизведение в печати и в сети Интернет, на перевод рукописи на иностранные языки и т.д. Указанные права автор передает редакции журнала без ограничения срока их действия и на территории всех стран мира без исключения.

2. Порядок представления рукописи в журнал

Процедура подачи рукописи в редакцию состоит из двух этапов:

1) представление рукописи в редакцию для рассмотрения возможности ее публикации через on-line-портал, размещенный на официальном сайте журнала «Медицина и экология» www.medjou.kgmu.kz, или по электронной почте Serbo@kgmu.kz вместе со сканированными копиями всей сопроводительной документации, в частности направления, сопроводительного письма и авторского договора (см. правила далее в тексте);

2) представление в печатном виде (по почте или лично) сопроводительной документации к представленной ранее статье, после принятия решения об ее публикации редакционной коллегией.

В печатном (оригинальном) виде в редакцию необходимо представить:

1) один экземпляр первой страницы рукописи, визированный руководителем учреждения или подразделения и заверенный печатью учреждения;

2) направление учреждения в редакцию журнала;

3) сопроводительное письмо, подписанное всеми авторами;

4) авторский договор, подписанный всеми авторами. Внимание, фамилии, имена и отчества всех авторов обязательно указывать в авторском договоре полностью! Подписи авторов обязательно должны быть заверены в отделе кадров организации-работодателя.

Сопроводительное письмо к статье должно содержать:

- 1) заявление о том, что статья прочитана и одобрена всеми авторами, что все требования к авторству соблюдены и что все авторы уверены, что рукопись отражает действительно проделанную работу;
- 2) имя, адрес и телефонный номер автора, ответственного за корреспонденцию и за связь с другими авторами по вопросам, касающимся переработки, исправления и окончательного одобрения пробного оттиска;
- 3) сведения о статье: тип рукописи (оригинальная статья, обзор и др.); количество печатных знаков с пробелами, включая библиографический список, резюме, таблицы и подписи к рисункам, с указанием детализации по количеству печатных знаков в следующих разделах: текст статьи, резюме (рус), резюме (англ.); количество ссылок в библиографическом списке литературы; количество таблиц; количество рисунков;
- 4) конфликт интересов. Необходимо указать источники финансирования создания рукописи и предшествующего ей исследования: организации-работодатели, спонсоры, коммерческая заинтересованность в рукописи тех или иных юридических и/или физических лиц, объекты патентного или других видов прав (кроме авторского);
- 5) фамилии, имена и отчества всех авторов статьи полностью.

Образцы указанных документов представлены на сайте журнала в разделе «Авторам».

Рукописи, имеющие нестандартную структуру, которая не соответствует предъявляемым журналом требованиям, могут быть представлены для рассмотрения по электронной почте Serbo@kgmu.kz после предварительного согласования с редакцией. Для получения разрешения редакции на подачу такой рукописи необходимо предварительно представить в редакцию мотивированное ходатайство с указанием причин невозможности выполнения основных требований к рукописям, установленных в журнале «Медицина и экология». В случае, если Авторы в течение двух недель с момента отправки статьи не получили ответа – письмо не получено редакцией и следует повторить его отправку.

3. Требования к представляемым рукописям

Соблюдение установленных требований позволит авторам правильно подготовить рукопись к представлению в редакцию, в том числе через on-line портал сайта. Макеты оформления рукописи при подготовке ее к представлению в редакцию представлены на сайте журнала в разделе «Авторам».

3.1. Технические требования к тексту рукописи

Принимаются статьи, написанные на казахском, русском и английском языках. При подаче статьи, написанной полностью на английском языке, представление русского перевода названия статьи, фамилий, имен и отчеств авторов, резюме не является обязательным требованием.

Текст статьи должен быть напечатан в программе Microsoft Office Word (файлы RTF и DOC), шрифт Times New Roman, кегль 14 pt., черного цвета, выравнивание по ширине, межстрочный интервал – двойной. Поля сверху, снизу, справа – 2,5 см, слева – 4 см. Страницы должны быть пронумерованы последовательно, начиная с титульной, номер страницы должен быть отпечатан в правом нижнем углу каждой страницы. На электронном носителе должна быть сохранена конечная версия рукописи, файл должен быть сохранен в текстовом редакторе Word или RTF и называться по фамилии первого указанного автора.

Интервалы между абзацами отсутствуют. Первая строка – отступ на 6 мм. Шрифт для подписей к рисункам и текста таблиц должен быть Times New Roman, кегль 14 pt. Обозначения единиц измерения различных величин, сокращениям типа «г.» (год) должен предшествовать знак неразрывного пробела (см. «Вставка-Символы»), отмечающий наложение запрета на отрыв их при верстке от определяемого ими числа или слова. То же самое относится к набору инициалов и фамилий. При использовании в тексте кавычек применяются так называемые типографские кавычки («»). Тире обозначается символом «—»; дефис – «-».

На первой странице указываются УДК (обязательно), заявляемый тип статьи (оригинальная статья, обзор и др.), название статьи, инициалы и фамилии всех авторов с указанием полного официального названия учреждения места работы и его подразделения, должности, ученых званий и степени (если есть), отдельно приводится полная контактная информация об ответственном авторе (фамилия, имя и отчество контактного автора указываются полностью!). Название статьи, ФИО авторов и информация о них (место работы, должность, ученое звание, ученая степень) представлять на трех языках — казахском, русском и английском.

Формат ввода данных об авторах: инициалы и фамилия автора, полное официальное наименование организации места работы, подразделения, должности, ученое звание, ученая степень (указываются все применимые позиции через запятую). Данные о каждом авторе кроме последнего должны оканчиваться обязательно точкой с запятой.

3.2. Подготовка текста рукописи

Статьи о результатах исследования (оригинальные статьи) должны содержать последовательно следующие разделы: «Резюме» (на русском, казахском и английском языках), «Введение», «Цель», «Материалы и методы», «Результаты и обсуждение», «Заключение», «Выводы», «Конфликт интересов», «Библиографический список». Статьи другого типа (обзоры, лекции, наблюдения из практики) могут оформляться иначе.

3.2.1. Название рукописи

Название должно отражать основную цель статьи. Для большинства случаев длина текста названия ограничена 150 знаками с пробелами. Необходимость увеличения количества знаков в названии рукописи согласовывается в последующем с редакцией.

3.2.2. Резюме

Резюме (на русском, казахском и английском языках) должно обеспечить понимание главных положений статьи. При направлении в редакцию материалов, написанных в жанре обзора, лекции, наблюдения из практики можно ограничиться неструктурированным резюме с описанием основных положений, результатов и выводов по статье. Объем неструктурированного резюме должен быть не менее 1000 знаков с пробелами. Для оригинальных статей о результатах исследования резюме должно быть структурированным и обязательно содержать следующие разделы: «Цель», «Материалы и методы», «Результаты и обсуждение», «Заключение», «Выводы». Объем резюме должен быть не менее 1 000 и не более 1500 знаков с пробелами. Перед основным текстом резюме необходимо повторно указать авторов и название статьи (в счет количества знаков не входит). В конце резюме необходимо указать не более пяти ключевых слов. Желательно использовать общепринятые термины ключевых слов, отраженные в контролируемых медицинских

словарях, например, <http://www.medlinks.ru/dictionaries.php>

3.2.3. Введение

Введение отражает основную суть описываемой проблемы, содержит краткий анализ основных литературных источников по проблеме. В конце раздела необходимо сформулировать основную цель работы (для статей о результатах исследования).

3.2.4. Цель работы

После раздела «Введение» описывается цель статьи, которая должна быть четко сформулирована, в формулировке цели работы запрещается использовать сокращения.

3.2.5. Материалы и методы

В этом разделе в достаточном объеме должна быть представлена информация об организации исследования, объекте исследования, исследуемой выборке, критериях включения/исключения, методах исследования и обработки полученных данных. Обязательно указывать критерии распределения объектов исследования по группам. Необходимо подробно описать использованную аппаратуру и диагностическую технику с указанием ее основной технической характеристики, названия наборов для гормонального и биохимического исследований, с указанием нормальных значений для отдельных показателей. При использовании общепринятых методов исследования необходимо привести соответствующие литературные ссылки; указать точные международные названия всех использованных лекарств и химических веществ, дозы и способы применения (пути введения).

Участники исследования должны быть ознакомлены с целями и основными положениями исследования, после чего должны подписать письменно оформленное согласие на участие. Авторы должны предоставить детали вышеуказанной процедуры при описании протокола исследования в разделе «Материалы и методы» и указать, что Этический комитет одобрил протокол исследования. Если процедура исследования включает в себя рентгенологические опыты, то желательно привести их описание и дозы экспозиции в разделе «Материалы и методы».

Авторы, представляющие обзоры литературы, должны включить в них раздел, в котором описываются методы, используемые для нахождения, отбора, получения информации и синтеза данных. Эти методы также должны быть приведены в резюме.

Статистические методы необходимо описывать настолько детально, чтобы грамотный читатель, имеющий доступ к исходным данным, мог проверить полученные результаты. По возможности, полученные данные должны быть подвергнуты количественной оценке и представлены с соответствующими показателями ошибок измерения и неопределенности (такими, как доверительные интервалы).

Описание процедуры статистического анализа является неотъемлемым компонентом раздела «Материалы и методы», при этом саму статистическую обработку данных следует рассматривать не как вспомогательный, а как основной компонент исследования. Необходимо привести полный перечень всех использованных статистических методов анализа и критериев проверки гипотез. Недопустимо использование фраз типа «использовались стандартные статистические методы» без конкретного их указания. Обязательно указывается принятый в данном исследовании критический уровень значимости «р» (например: «Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05»). В каждом конкретном случае желательно указывать фактическую величину достигнутого уровня значимости «р» для используемого статистического критерия. Кроме того, необходимо указывать конкретные значения полученных статистических критериев. Необходимо дать определение всем используемым статистическим терминам, сокращениям и символическим обозначениям, например, M – выборочное среднее, m – ошибка среднего и др. Далее в тексте статьи необходимо указывать объем выборки (n), использованного для вычисления статистических критериев. Если используемые статистические критерии имеют ограничения по их применению, укажите, как проверялись эти ограничения и каковы результаты данных проверок (например, как подтверждался факт нормальности распределения при использовании параметрических методов статистики). Следует избегать неконкретного использования терминов, имеющих несколько значений (например, существует несколько вариантов коэффициента корреляции: Пирсона, Спирмена и др.). Средние величины не следует приводить точнее, чем на один десятичный знак по сравнению с исходными данными. Если анализ данных производился с использованием статистического пакета программ, то необходимо указать название этого пакета и его версию.

3.2.5. Результаты и обсуждение

В данном разделе описываются результаты проведенного исследования, подкрепляемые наглядным иллюстративным материалом (таблицы, рисунки). Нельзя повторять в тексте все данные из таблиц или рисунков; необходимо выделить и суммировать только важные наблюдения. Не допускается выражение авторского мнения и интерпретация полученных результатов. Не допускаются ссылки на работы других авторских коллективов.

При обсуждении результатов исследования допускаются ссылки на работы других авторских коллективов. Необходимо выделить новые и важные аспекты исследования, а также выводы, которые из них следуют. В разделе необходимо обсудить возможность применения полученных результатов, в том числе и в дальнейших исследованиях, а также их ограничения. Необходимо сравнить наблюдения авторов статьи с другими исследованиями в данной области, связать сделанные заключения с целями исследования, однако следует избегать «неквалифицированных», необоснованных заявлений и выводов, не подтвержденных полностью фактами. В частности, авторам не следует делать никаких заявлений, касающихся экономической выгоды и стоимости, если в рукописи не представлены соответствующие экономические данные и анализы. Необходимо избегать претензии на приоритет и ссылок на работу, которая еще не закончена. Формулируйте новые гипотезы только в случае, когда это оправданно, но четко обозначать, что это только гипотезы. В этот раздел могут быть также включены обоснованные рекомендации.

3.2.6. Заключение

Данный раздел может быть написан в виде общего заключения, или в виде конкретизированных выводов в зависимости от специфики статьи.

3.2.7. Выводы

Выводы должны быть пронумерованы, четко сформулированы и следовать поставленной цели.

3.2.8. Конфликт интересов

В данном разделе необходимо указать любые финансовые взаимоотношения, которые способны привести к

конфликту интересов в связи с представленным в рукописи материалом. Если конфликта интересов нет, то пишется: «Конфликт интересов не заявляется».

Необходимо также указать источники финансирования работы. Основные источники финансирования должны быть указаны в заголовке статьи в виде организаций-работодателей в отношении авторов рукописи. В тексте же необходимо указать тип финансирования организациями-работодателями (НИР и др.), а также при необходимости предоставить информация о дополнительных источниках: спонсорская поддержка (гранты различных фондов, коммерческие спонсоры).

В данном разделе также указывается, если это применимо, коммерческая заинтересованность отдельных физических и/или юридических лиц в результатах работы, наличие в рукописи описаний объектов патентного или любого другого вида прав (кроме авторского).

Подробнее о понятии «Конфликт интересов» читайте в Единых требованиях к рукописям Международного Комитета Редакторов Медицинских Журналов (ICMJE).

3.2.9. Благодарности

Данный раздел не является обязательным, но его наличие желательно, если это применимо.

Все участники, не отвечающие критериям авторства, должны быть перечислены в разделе «Благодарности». В качестве примеров тех, кому следует выражать благодарность, можно привести лиц, осуществляющих техническую поддержку, помощников в написании статьи или руководителя подразделения, обеспечивающего общую поддержку. Необходимо также выражать признательность за финансовую и материальную поддержку. Группы лиц, участвовавших в работе, но чье участие не отвечает критериям авторства, могут быть перечислены как: «клинические исследователи» или «участники исследования». Их функция должна быть описана, например: «участвовали как научные консультанты», «критически оценивали цели исследования», «собирали данные» или «принимали участие в лечении пациентов, включённых в исследование». Так как читатели могут формировать собственное мнение на основании представленных данных и выводов, эти лица должны давать письменное разрешение на то, чтобы быть упомянутыми в этом разделе (объем не более 100 слов).

3.2.10. Библиографический список

Для оригинальных статей список литературы рекомендуется ограничивать 10 источниками. При подготовке обзорных статей рекомендуется ограничивать библиографический список 50 источниками. Должны быть описаны литературные источники за последние 5-10 лет, за исключением фундаментальных литературных источников.

Ссылки на литературные источники должны быть обозначены арабскими цифрами и указываться в квадратных скобках.

Пристатейный библиографический список составляется в алфавитном порядке и оформляется в соответствии с ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления».

3.2.11. Графический материал

Объем графического материала — минимально необходимый. Если рисунки были опубликованы ранее, необходимо указать оригинальный источник и представить письменное разрешение на их воспроизведение от держателя права на публикацию. Разрешение требуется независимо от авторства или издателя, за исключением документов, не охраняющихся авторским правом.

Рисунки и схемы в электронном виде представить с расширением JPEG, GIF или PNG (разрешение 300 dpi). Рисунки можно представлять в различных цветовых вариантах: черно-белый, оттенки серого, цветные. Цветные рисунки будут представлены в цветном исполнении только в электронной версии журнала, в печатной версии журнала они будут публиковаться в оттенках серого. Микрофотографии должны иметь метки внутреннего масштаба. Символы, стрелки или буквы, используемые на микрофотографиях, должны быть контрастными по сравнению с фоном. Если используются фотографии людей, то эти люди либо не должны быть узнаваемыми, либо к таким фото должно быть приложено письменное разрешение на их публикацию. Изменение формата рисунков (высокое разрешение и т.д.) предварительно согласуется с редакцией. Редакция оставляет за собой право отказать в размещении в тексте статьи рисунков нестандартного качества.

Рисунки должны быть пронумерованы последовательно в соответствии с порядком, в котором они впервые упоминаются в тексте. Подготавливаются подрисуночные подписи в порядке нумерации рисунков.

3.2.12. Таблицы

Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Шрифт для текста таблиц должен быть Times New Roman, кегль не менее 10pt. Каждая таблица печатается через 1 интервал. Фото таблицы не принимаются.

Нумеруйте таблицы последовательно, в порядке их первого упоминания в тексте. Дайте краткое название каждой из них. Каждый столбец в таблице должен иметь короткий заголовок (можно использовать аббревиатуры). Все разъяснения следует помещать в примечаниях (сносках), а не в названии таблицы. Укажите, какие статистические меры использовались для отражения вариабельности данных, например стандартное отклонение или ошибка средней. Убедитесь, что каждая таблица упомянута в тексте.

3.2.13. Единицы измерения и сокращения

Измерения приводятся по системе СИ и шкале Цельсия. Сокращения отдельных слов, терминов, кроме общепринятых, не допускаются. Все вводимые сокращения расшифровываются полностью при первом указании в тексте статьи с последующим указанием сокращения в скобках. Не следует использовать аббревиатуры в названии статьи и в резюме.

ДЛЯ ЗАМЕТОК
