

МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ

2015, №2 (75)
апрель-июнь



ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

MEDICINE AND ECOLOGY
2015, №2 (75)
April-June

МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ЭКОЛОГИЯ
2015, №2 (75)
сәуір - маусым

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) 50-39-30 (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.: +7 (7212) 50-39-30 (1321)

Начальник типографии
Г. С. Шахметова

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

Подписной индекс 74609

Тираж 300 экз., объем 14 уч. изд. л.,
Лазерная печать. Формат 60x84x1/8
Подписан в печать 29.06.2015

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

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

- Жумабекова Г. С., Ажиметова Г. Н., Оразбаева Б. С., Ганжула Ю. Л., Ешетова А. А., Ким М. А., Кажикенов Н. М.* Из истории сердечно-легочной реанимации **8**
- Бейсенаева А. Р.* Роль иммуногистохимического исследования в онкологии **12**

ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА

- Сраубаев Е. Н., Амреева К. Е., Сейлханова Ж. А.* Оценка состояния здоровья жителей г. Сатпаев после аварийного падения ракетносителя «Протон М» **18**
- Култанова Э. Б., Умбеталина Н. С., Калина А. С., Бейсембаева Г. А.* Оценка лабораторной службы Карагандинской области специалистами клиничко-диагностических лабораторий .. **21**
- Алиева М. Ж., Сергалиев Т. С.* Особенности отношения к аборту женщин г. Караганды **28**
- Князева А. С., Абеуова Б. А., Кунц Е. А., Андреева Л. А., Игольникова В. В., Дильдабекова А. С., Айдарова А. Б.* Антибиотикорезистентность штаммов бактерий при остром пиелонефрите у детей **31**
- Бибекова Ж. Б., Жанбырбаева С. Т.* Особенности бреда ревности при алкогольных психозах **35**
- Мулдаева Г. М., Хайдаргалиева Л. С., Рукабер Н. С., Жданова О. Г.* Состояние здоровья подростков по данным Поликлиники №1 г. Караганды **39**
- Матюшко Д. Н., Тургунов Е. М., Злотник А., Койшибаев Ж. М.* Интраабдоминальная гипертензия. Состояние проблемы в Казахстане **43**
- Бегайдарова Р. Х., Девдариани Х. Г., Байгутанова Г. Ж., Стариков Ю. Г., Джашибекова Ж. Ж., Золотарева О. А.* Клиничко-лабораторные особенности энтеровирусных менингитов, обусловленных ЕСНО-30, у детей разных возрастных групп **47**

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

- Мутайхан Ж. М., Арапова Л. М., Кожамуратов М. Т., Кабиева А. К.* Клиничко-социальная характеристика и эффективность лечения диспансерных контингентов туберкулезных больных **55**
- Васильев Д. В., Заикин О. А., Ерменова А. К., Шаханова А. А., Таюпова Г. Е.* Изменение рестриктивных свойств легочной ткани при острой пневмонии у больных реанимационного профиля **58**
- Васильев Д. В., Заикин О. А., Абсаматова Е. Н., Адамович Я. Г., Иноземцев Е. С.* Особенности биомеханики дыхания при астматическом статусе **61**
- Джумашева А. Б., Мусина Л. С., Гайнуллина М. С., Гришанин В. В., Кали А. С.* Опыт применения нейростимулятора STIMUPLEX HNS 11 при проведении регионарной анестезии у больных травматологического и ортопедического профиля **64**
- Мусина Л. С., Джумашева А. Б., Мусин Э. Н., Юнусметов Б. Э., Манапов Т. С.* Опыт проведения центральной нейроаксиальной блокады наркопином в акушерско-гинекологической практике **67**
- Васильев Д. В., Иванова А. В., Однороманенко О. Н., Олжабаева Г. К., Иноземцева Н. Ю.* Роль вентиляционной поддержки в интенсивной терапии кетоацидоза **70**
- Туйбаев З. А., Чапьев М. Б.* Санационная релапаротомия у больных острым осложненным панкреатитом **73**
- Бейсенаева А. Р.* Анализ выживаемости пациентов с опухолями без первично-выявленного очага в зависимости от иммуногистохимического фенотипа **77**
- Чапьев М. Б., Туйбаев З. А.* Санационная релапаротомия у больных осложненным эхинококкозом печени **80**

МЕДИЦИНСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

<i>Жаутикова С. Б., Абикенова Ф. С., Быстревская Л. К., Умер Ф.</i> Первый опыт организации и проведения внешней оценки учебных достижений по дисциплине патологическая физиология	86
<i>Ломан Н. Ф., Мингишева Н. А.</i> Активные методы преподавания социогуманитарных дисциплин в медицинском вузе	89
<i>Ломан Н. Ф., Джакупова Д. Е.</i> Формы и методы текущего контроля при изучении социально-гуманитарных дисциплин	93
<i>Толеуова А. С., Бейсенбекова Ж. А., Тойынбекова Р. Ж.</i> Использование ситуационных игр в образовательном процессе	98

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

<i>Амирханова Д. Т., Суббота Ю. В.</i> Трудности в постановке диагноза саркоидоз	102
--	------------

МАЗМҰНЫ

ӘДЕБИЕТ ШОЛУЫ

- Жұмабекова Г. С., Әжіметова Г. Н., Оразбаева Б. С., Ганжула Ю. Л., Ешетова А. Ә., Ким М. А., Қажыкенов Н. М.* Жүрек-өкпе реанимациясының тарихынан **8**
- Бейсенаева А. Р.* Онкологиядағы иммуногистохимиялық зерттеулердің ролі **12**

ЭКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ГИГИЕНА

- Сраубаев Е. Н., Амреева Қ. Е., Сейлханова Ж. А.* «Протон-М» зымыран-тасығыштың апатты құлауынан кейінгі Сатпаев қаласы тұрғындарының денсаулық жағдайын бағалау **18**
- Құлтанова Э. Б., Үмбеталина Н. С., Калина А. С., Бейсембаева Г. А.* Қарағанды облысының зертханалық қызметін клинико-диагностикалық зертханалар мамандарының бағалауы **21**
- Әлиева М. Ж., Сергалиев Т. С.* Қарағанды қаласы әйелдерінің түсікке қатынасы бойынша ерекшеліктері **28**
- Князева А. С., Абеуова Б. А., Кунц Е. А., Андреева Л. А., Игольникова В. В., Ділдабекова А. С., Айдарова А. Б.* Балалардағы өткір пиелонефрит кезінде бактериялар штамдарының антибиотикорезистенттілігі **31**
- Бибекова Ж. Б., Жаңбырбаева С. Т.* Алкогольді психоз кезіндегі қызғаныш сандырағының ерекшелігі **35**
- Мулдаева Г. М., Хайдарғалиева Л. С., Рукабер Н. С., Жданова О. Г.* Қарағанды қаласының №1 емханасының мәліметтері бойынша жасөспірімдердің денсаулық жағдайы **39**
- Матюшко Д. Н., Тургунов Е. М., Злотник А., Койшибаев Ж. М.* Интраабдоминалды гипертензия мәселесінің қазақстандағы жағдайы **43**
- Бегайдарова Р. Х., Байгутанова Г. Ж., Стариков Ю. Г., Джашибекова Ж. Ж., Девдариани Х. Г., Золотарева О. А.* ЕСНО-30 туындаған, әр түрлі жас топтарындағы балалар энтеровирусты менингиттерінің клиникалы-зертханалық ерекшеліктері **47**

КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА

- Мутайхан Ж. М., Арапова Л. М., Кожамуратов М. Т., Кабиева А. К.* Туберкулезді науқастардың емінің нәтижесі диспансерлік коктингентті және клинико – әлеуметтік сипаттамасы **55**
- Васильев Д. В., Заикин О. А., Ерменова А. К., Шаханова А. А., Таюпова Г. Е.* Реанимациялық профильдегі науқастардағы өткір пневмония кезінде өкпе тінінің рестриктивті өзгеруі **58**
- Васильев Д. В., Заикин О. А., Абсаматова Е. Н., Адамович Я. Г., Иноземцев Е. С.* Астматикалық статус кезінде тыныс алу биомеханикасының ерекшеліктері **61**
- Джумашева А. Б., Мусина Л. С., Гайнуллина М. С., Гришанин В. В., Қали А. С.* Травматологиялық және ортопедиялық профильді науқастарға жергілікті жансыздандыру жүргізу кезінде STIMUPLEX HNS 11 нейростимуляторын қолдану тәжірибесі **64**
- Мусина Л. С., Джумашева А. Б., Мусин Э. Н., Юнусметов Б. Э., Манапов Т. С.* Акушерлік-гинекологиялық практикадағы орталық нейроксиальдық блокаданы нарופןмен өткізу тәжірибесі **67**
- Васильев Д. В., Иванова А. В., Однороманенко О. Н., Олжабаева Г. К., Иноземцева Н. Ю.* Кетоацидозді интензивті терапиялауда вентиляциялық қолдаудың ролі **70**
- Туйбаев З. А., Чапыев М. Б.* Өткір күрделі панкреатитпен науқастардағы санациялық релапаротомия **73**
- Бейсенаева А. Р.* Иммуногистохимиялық фенотипке байланысты бастапқы анықталған ошақсыз ісіктермен пациенттердің өмір сүру жағдайына талдау **77**

<i>Чапыев М. Б., Туйбаев З. А.</i> Бауырдың күрделі эхинококкозымен науқастардағы санациялық релапаротомия	80
--	-----------

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ

<i>Жәутікова С. Б., Абикенова Ф. С., Быстревская Л. К., Умер Ф.</i> Патологиялық физиология пәні бойынша ожсб өткізу және ұйымдастыру тәжірибесін жүргізу	86
---	-----------

<i>Ломан Н. Ф., Мингишева Н. А.</i> Медициналық жоо әлеуметтік-гуманитарлық пәндер сабақтарында оқытудың озық әдістерін қолдану	89
---	-----------

<i>Ломан Н. Ф., Джакупова Д. Е.</i> Әлеуметтік-гуманитарлық пәндерді оқыту барысында ағымдық бақылауды өткізудің формалары мен әдістері	93
---	-----------

<i>Төлеуова Ә. С., Бейсенбекова Ж. А., Тойынбекова Р. Ж.</i> Оқыту үрдісіндегі рольдік ойындарды қолдану	98
--	-----------

ТӘЖІРИБЕДЕН БАҚЫЛАУ

<i>Амирханова Д. Т., Суббота Ю. В.</i> Саркоидоз диагнозын қоюдың қиын жолы	102
---	------------

CONTENTS

LITERATURE REVIEWS

- Zhumabekova G. S., Azhimetova G. N., Orazbayeva B. S., Ganzhula Y. L., Eshetova A. A., Kim M. A., Kazhikenov N. M.* From the history of cardio-pulmonary resuscitation **8**
- Beisenayeva A. R.* Role of immunohistochemical cancer research **12**

ECOLOGY AND HYGIENE

- Sraubaev Ye. N., Amreyeva K. Ye., Seylkhanova Zh. A.* Evaluation of health condition of inhabitants of satpayev town after emergency falling of the rocket carrier «PROTON M» **18**
- Kultanova E. B., Umbetalina N. S., Kalina A. S., Beisembayeva G. A.* Assessment of laboratory services in Karaganda region by the specialists of clinical and diagnostic laboratories **21**
- Aliyeva M. Zh., Sergaliev T. S.* Features of attitudes toward abortion of women of Karaganda **28**
- Knyazeva A. S., Abeuova B. A., Kunz Ye. A., Andreyeva L. A., Igolnikova V. V., Dildabekova A. S., Aidarova A. B.* Antibiotic-resistant strains of bacteria in acute pyelonephritis in children **31**
- Bibekova Zh. B., Zhanbyrbaeva S. T.* Features of clinical picture of jealousy delirium patients with alcoholic psychosis **35**
- Muldayeva G. M., Khaidargaliyeva L. S., Rukaber N. S., Zhdanova O. G.* The health status of teenagers according to the data of Clinic №1 of Karaganda city **39**
- Matyushko D. N., Turgunov Y. M., Zlotnik A., Koishibayev Z. M.* Intra-abdominal hypertension. The state of the problem in Kazakhstan **43**
- Begaidarova R. Kh., Baigutanova G. Zh., Starikov Yu. G., Dzhashibekova Zh. Zh., Zolotaryova O. A.* Clinical and laboratory features of enteroviral meningitis, caused by ECHO-30, in children of different age groups **47**

CLINICAL MEDICINE

- Mutaikhan Zh. M., Arapova L. M., Kozhamuratov M. T., Kabiyeva A. K.* Clinical and social characteristic and effectiveness of dispensary groups' treatment of tuberculosis patients **55**
- Vasiliev D. V., Zaikin O. A., Yermenova A. K., Shakhanov A. A., Tayupova G. Ye.* Changing of restrictive properties of lung tissue in acute pneumonia in patients of resuscitation profile **58**
- Vasiliev D. V., Zaikin O. A., Absamatova Ye. N., Adamovich Ya. G., Inozemtsev Ye. S.* Features of respiratory biomechanics in asthmatic status **61**
- Dzhumasheva A. B., Musina L. S., Gainullina M. S., Grishanin V. V., Cali A. S.* Experience of neurostimulator STIMUPLEX HNS 11 in regional anesthesia in patients of traumatological and orthopedic profile **64**
- Mussina L. S., Dzhumasheva A. B., Musin E. N., Yunusmetov B. E., Manapov T. S.* Experience of central neuraxial block with naropin in obstetric practice **67**
- Vasiliev D. V., Ivanova A. V., Odnoromanenko O. N., Olzhabayeva G. K., Inozemtseva N. Yu.* Role of ventilatory support in the intensive therapy of ketoacidosis **70**
- Tuibayev Z. A., Chapyev M. B.* Sanitation relaparotomy in patients with acute complicated pancreatitis **73**
- Beisenaeva A. R.* Analysis of survival in patients with tumors without primary-revealed focus depending on immunohistochemical phenotype **77**
- Chapiyev M. B., Tuibayev Z. A.* Sanitation relaparotomy in patients with complicated hepatic echinococcosis **80**

MEDICAL AND PHARMACEUTICAL EDUCATION

- Zhautikova S. B., Abikenova F. C., Bystrevskaya L. K., Umer F.* First experience in organizing and external evaluation of educational achievements on discipline pathological physiology **86**

<i>Loman N. Ph., Mingisheva N. A.</i> Application of active teaching methods in classes of social and humanitarian disciplines at medical university	89
<i>Loman N. F., Dzhakupova D. Y.</i> Forms and methods of current control during the study of socio-humanitarian disciplines	93
<i>Toleuova A. S., Beysenbekova Zh. A., Toyzbekova R. Zh.</i> Situation role games in educational process	98
CLINICAL CASES	
<i>Amirkhanova D. T., Subbota Y. V.</i> Difficulties in diagnosis of sarcoidosis	102

FROM THE HISTORY OF CARDIO-PULMANATORY RESUSCITATION

Department of Emergency aid №2 of Karaganda State Medical University the Chair of Department

The article analyzes the literature data on the evolution of algorithms of cardiopulmonary resuscitation. All over the world the problem of human revival at sudden death remains topical, therefore an approach to basic cardiopulmonary resuscitation is globally reconsidered: sequence of basic measures for life support are modified A-B-C (clearing the airway, artificial respiration, chest compressions) to C-A-B (chest compressions, clearing the airway, artificial respiration).

Keywords: cardiopulmonary resuscitation, indirect heart massage, artificial pulmonary ventilation, sudden death

Cardiopulmonary resuscitation has always been and remains relevant among the main activities on life support at sudden coronary death, performed by all regardless of whether they are qualified medical workers or non-professionals [34].

History of resuscitation numbers centuries. Even in 1543 Vesalius described intermittent positive pressure pulmonary ventilation, However, the set of measures that can be called cardiopulmonary resuscitation (CPR) was formed in the middle of the XX centuries to the present day has not undergone fundamental changes [16].

According to the definition of CPR is a complex of measures aimed at revival in the event of circulatory or respiratory arrest [22, 28, 33].

In the analysis of statistical data it was identified that the prevalence of sudden coronary death is 0,36 to 1,28 cases per 1000 population per year. In the USA there are 250 000 – 500 000 cases of death each year, in Russia there are 200,000 cases. Most common cause of sudden death is myocardial infarction. CHD is diagnosed at 80% of deaths from sudden death, almost 50% of all dead from MI die in the first hour of the disease [12, 31].

By definition of European Society of Cardiology, sudden cardiac death (primary respiratory arrest) is the death in presence of witnesses that has come instantly or within 6 (even one) hours, most commonly caused by ventricular fibrillation and which doesn't have signs that allow to make a diagnosis other than CHD, less often in cases of other diseases or cardiac abnormalities (aortic stenosis, cardiomyopathy, long QT syndrome and others) [25].

The death of organism does not occur at the moment of cardiorespiratory arrest. Between life and death there is «a kind of transition state, which is not yet a death, but cannot be called a life» (V. A. Negovsky). This condition is called

clinical death and may be reversible. During this period, irreversible cell damage, especially of CNS, as yet not available [22].

Basic principles of cardiopulmonary resuscitation (CPR) were published in the papers of V.A. Negovsky, P. Safar as early as 1954 – 1960. They have proved the effectiveness of chest compressions, the necessity of doing it in combination with ALV and the importance of restoring airway patency. More than forty years of experience in the application of complex of measures of CPR around the world proved the possibility of reviving a dead. However, the results of CPR, particularly in the pre-hospital stage, still leave much to be desired [22, 28].

Principles of cardiopulmonary resuscitation described in domestic modern diagnostic and treatment protocols, correspond to modern world idea. According to the principles a brain experiences a lack of blood flow only for 2-3 minutes – precisely for this period of time reserves of glucose in the brain is enough to ensure energy metabolism in anaerobic glycolysis, therefore resuscitation should begin with cardiac performance prosthetics, the main task – to provide blood perfusion for brain [3, 7].

Modern research has shown that despite the fact that the maximum promptness in CPR delivery in cardiac arrest remains a matter of life and death, its surplus can then have a negative impact on the health of resuscitated [26].

According to Russian scientists effectiveness of CPR outside the hospital in many ways is not only medical but also social problem. In the fate of the patient many things, but not all, depend on knowledge, skills, good equipment and rapid arrival of primary care physicians. It is important that each person who witnessed the occurrence of sudden death could properly and as soon as possible to begin the basic CPR. In the first place, initiators in educating the public to

CPR should be experienced doctors of pre-hospital stage [19].

Studies of a number of leading both domestic and foreign authors have made changes to the methodology of providing resuscitation. CPR is no longer limited to chest compressions and ALV, but already includes advanced resuscitation techniques and intensive therapy at the pre-hospital stage, which methods of conducting is selected depending on the mechanism of circulatory arrest [1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 23, 27, 32, 35].

The modern concept of resuscitation from cardiac arrest is reflected in materials and recommendations of the National Conference of the United States, dedicated to resuscitation and emergency cardiac care, which was published in the Journal of the American Medical Association (JAMA) in 1992 [8].

Despite the fact that in initial submission P. Safar recommended sharply restrict the use of "precordial thump" (precordial blow), conducted in Russian studies have shown that timely applied precordial thump is able to restore cardiac activity during ventricular fibrillation, ventricular tachycardia, and a systole.

In 1999, Russian scientists has first published algorithm of CPR, including precordial thump (sharp pressing in the center of the sternum) and composed by first letters of resuscitation steps abbreviation UNIVERSAL:

- thump (precordial);
- Indirect heart massage (IHM);
- artificial lung ventilation (by perforce);
- venipuncture (catheter needle in external jugular vein);
- E (ECG);
- discharge (countershock, defibrillation);
- stimulation (pacing) / Soda, intake;
- adrenaline and/or Atropine and/or Amiodaron and/or Lidocaine (depends on the type of circulatory arrest identified by ECG).

Information of the American Heart Association (AHA), researches published before and after 2005, have shown: quality of chest compressions requires improvement, despite the fact that implementation of AHA recommendations for CPR and emergency care for cardiovascular diseases from 2005 has led to improved quality of CPR and survival rates; survival rates from cardiac arrest outside the medical institutions vary depending on the service providing ambulance emergency care; majority of affected by sudden death outside the medical institution does not receive care (CPR) from bystanders [10, 30].

Numerous researches and their results have significantly changed approaches to the

CPR, thus AHA recommendations for CPR and emergency care for cardiovascular diseases from 2010 stress the importance of high-quality CPR: frequency of compressions must be not less than 100 compressions per minute (instead of «about 100 compressions per minute»); depth of impression must be not less than 5 cm for adults and not less than 4 cm for children; (depth of impressions were increased for adults: instead of 4-5, at least 5 cm, for children: increase in the depth is significant); thorax must recover after each compression; intervals between compressions must be minimal; the need to avoid excessive ventilation. Recommended ratio of «compression-breath» 30:2 in helping adults and children (except infants) by one person has not changed. In 2010 AHA recommendations for CPR and emergency care for cardiovascular diseases have suggested to replace the sequence of basic measures for life support A-B-C (clearing the airway, artificial respiration, chest compressions) to C-A-B (chest compressions, clearing the airway, artificial respiration) [5, 9].

Results of the study of tens of thousands of peer-reviewed researches in the field of intensive care in 29 countries over 36 months allowed a conclusion that cardiac arrest more often occurs among adult patients. The highest level of survival after cardiac arrest was observed among the victims, whose cardiac arrest took place in the presence of witnesses and was accompanied by ventricular fibrillation. The most important initial measures to maintain vital functions of such patients are compressions and timely defibrillation that are performed with delay by using the sequence A-B-C, when there is a time delay in liberation of the airways, preparation of the ventilator. When using C-A-B compressions will start earlier, artificial respiration will be performed with minimum delay necessary to carry out the first cycle of 30 compressions that will take time – about 18 seconds. The new sequence of CPR, beginning with chest compressions (C-A-B) used if the adult victim is unconscious, not breathing or breathing not properly. Thus, breathing is checked simultaneously with the check for presence of cardiac arrest. After the first series of compressions resuscitator releases the airways and makes 2 breaths [11, 20].

Modern «European» point of view: when ventricular fibrillation with circulatory arrest occurred in front of witnesses, and the defibrillator is not immediately available, it is possible to apply precordial thump. In the presence of a defibrillator, you must immediately apply one unsynchronized electric discharge of monophasic shape 360 J or biphasic shape 150-360 J (required energy

depends on the model of device; in the absence of information, maximum energy discharge should be used). If, after the development of VF several minutes have passed or time of its origin is unknown, it is necessary to begin cardiopulmonary resuscitation (closed cardiac massage with artificial respiration in combination 30:2) and to continue it at least for 2 min till attempts of defibrillation [10, 11, 20].

It is proved that the survival rate in VF depends on two factors: the time of defibrillation and maintaining perfusion coronary circulation. Continuous chest compression is the only way to maintain coronary perfusion pressure. Therefore, CPR should be started not with lung ventilation, but with chest compressions or applying an electrical charge as soon as possible [11, 19, 20].

Modern «American» point of view: in ventricular fibrillation it is not recommended to start defibrillation with high discharge. Researches in health care settings and outside showed that biphasic discharge pulses which energy corresponds to 200 J of monophasic pulses and lower are equal or even more effective for the termination of ventricular fibrillation. Due to the differences in shape of the pulses, the energy value in a range from 120 to 200 J recommended by the manufacturer for the corresponding pulse shape should be used. Based on the available data, if ventricular fibrillation cannot be stopped with the first biphasic pulse, the energy of following pulses must be not less than the energy of the first pulse or higher if possible (200 - 300 - 360 J) [11, 20].

Thus, all over the world the problem of human revival at sudden death remains topical, in 2010 approach to basic cardiopulmonary resuscitation was globally reconsidered: sequence of basic measures for life support are modified A-B-C (clearing the airway, artificial respiration, chest compressions) to C-A-B (chest compressions, artificial respiration, clearing the airway); a frequency of compressions must be not less than 100 compressions per minute; depth of impression must be not less than 5 cm for adults and not less than 4 cm for children; intervals between compressions must be minimal; recommended ratio of «compression-breath» 30:2 in helping adults and children (except infants).

REFERENCES

- 1 Ahmerov F. R. Cardiopulmonary and cerebral resuscitation. – Kazan, 2003. – P. 12-18.
- 2 Bagnenko S. F. Guidelines for emergency medical services /S. F. Bagnenko, A. L. Vertkin, A. G. Miroshnichenko, M. Sh. Habutiya. – M.: Geotar-Media, 2006. – P. 4-25.
- 3 Birtanov E. A. Development of clinical guidelines and diagnostic and treatment protocols to meet modern standards: methodical recommendations /E. A. Birtanov, S. V. Novikov, D. Z. Akshalova. –Almaty, 2006. – 44 p.
- 4 Bogoyavlenskiy I. F. First aid in emergency critical conditions. – S-Pb: Hippocrat, 2003. – P. 7-12.
- 5 Chazov E. I. Emergency cardiology. – M.: Medicine, 2010. – 792 p.
- 6 Dzhanashiya P. H. Emergency cardiology /P. H. Dzhanashiya, N. M. Shevchenko, S. V. Olishenko. – M.: Binom, 2010. – P. 12-57.
- 7 Fedorovskiy N. M. Cardiopulmonary resuscitation: clinical guidelines. – Moscow, 2008. – 81 p.
- 8 Galkin V. A. Emergency care for diseases of the internal organs at a prehospital stage: Guidelines for doctors. – M.: Med. Inform. Agency. – 2009. – 200 p.
- 9 Gelfand B. R. Intensive care: national guidelines /B. R. Gelfand, A. I. Sultanova. – M.: Geotar-Media, 2009. – 960 p.
- 10 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. – Washington: American Heart Association, 2005. – 30 p.
- 11 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. – American Heart Association, 2010. – 29 p.
- 12 Henderson J. Emergency medicine. – Texas, 2006. – P. 24-37.
- 13 Koryachkin V. A. Intensive care of threatening conditions /V. A. Koryachkin, V. I. Strashnov. – S-Pb., 2003. – P. 14-25.
- 14 Kuper N. Essential Guide to Acute Care /N. Kuper, K. Forest, P. Kremp. – M.: Medical literature, 2008. – 216 p.
- 15 Kurek V. V. Anesthesia and intensive care of children /V. V. Kurek, A. Ye. Kulagin, D. A. Furmanchuk. – M.: Medical literature, 2006. – P. 35-84.
- 16 Kuznetsova O. Yu. Sudden cardiac arrest /O. Yu. Kuznetsova, E. Ya. Danilevich, V. I. Shalnev, S. L. Gupo. – S-Pb., 2003. – P. 3-16.
- 17 Latfullin I. A. Emergency cardiology /I. A. Latfullin, R. I. Ahmerov, Z. F. Kim. – Kazan, 2010. – P. 26-57.
- 18 Miroshnichenko A. G. Emergency care /A. G. Miroshnichenko, A. G. Ruksin, V. M. Shaytor – M.: Geotar-Media, 2010. – 312 p.
- 19 Moroz V. V. Cardiopulmonary and cerebral resuscitation /V. V. Moroz, I. G. Bobrinskaya, V. Yu. Vasilyev. – M., 2011. – 48 p.
- 20 Mosby R. Emergency medicine. – Texas, 2011. – P. 24-37.

- 21 Nedashkovskiy E. V. Basic course in anesthesiology: study guide /E. V. Nedashkovskiy, V. V. Kuzkov. – Arkhangelsk: Northern State Medical University, 2010. – 238 p.
- 22 Negovsky V. A. Essays in Critical Care Medicine. – M.: Medicine, 1986. – P. 12-16.
- 23 Nikishova V. N. Cardiology /V. N. Nikishova, E. Yu. Frantseva. – M., 2008. – P. 11-57.
- 24 Nikitin N. P. Handbook of first aid and emergency medical care. – Rostov-on-Don: Feniks, 2009. – 205 p.
- 25 Oganov R. G. National clinical guidelines of All-Russian Scientific Society of Cardiology /R. G. Oganov, M. N. Mamedov. – M.: Medicine, 2009. – 389 p.
- 26 Parsonz E. P. Secrets of emergency /E. P. Parsonz, Dh. P. Viner-Kronish. – M.: Med press-inform, 2006. – P. 6-23.
- 27 Ramkarkh P. Handbook of Emergency conditions /P. Ramkarkh, K. Mur. – M., 2010. – 1216 p.
- 28 Safar P. Cardio-pulmonary and cerebral resuscitation. – M.: Medicine, 1984 – P. 3-17.
- 29 Selbst S. Secrets of emergency pediatrics /S. Selbst, K. Kronen – M., 2006. – 479 p.
- 30 Semigolovskiy N. Yu. On the evolution of algorithms of cardiopulmonary resuscitation at sudden death //Health of Kazakhstan. – 2013. – №10. – P. 14-15.
- 31 Stefart M. Vital Signs and Resuscitation. – Texas, 2010. – P. 3-46.
- 32 Sumin S. A. Emergency conditions: study guide. – M.: Med. Inform. Agency, 2010. – 960 p.
- 33 Treshchinsky A. I. Guidelines for Intensive Care /A. I. Treshchinsky, F. S. Glumcher. – Kiev, 2004. – P. 7-13.
- 34 Vertkin A. L. Cardiopulmonary resuscitation: clinical guidelines /A. L. Vertkin, O. B. Talibov, A. D. Fishchenko. – M., 2004. – 28 p.
- 35 Vyalov S. S. General medical practice: emergency care: study guide /S. S. Vyalov, S. A. Chorbinskaya. – M.: Med press-inform. – 2009. – 112 p.

Received 16.03.2015

Г. С. Жумабекова, Г. Н. Ажиметова, Б. С. Оразбаева, Ю. Л. Ганжула, А. А. Ешетова, М. А. Ким, Н. М. Кажикенов ИЗ ИСТОРИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Проведен анализ литературных данных об эволюции алгоритмов сердечно-легочной реанимации. Во всем мире остается актуальным вопрос оживления человека при внезапной смерти, однако результаты сердечно-легочной реанимации, особенно на догоспитальном этапе, оставляют желать лучшего. В настоящее время на мировом уровне пересмотрен подход к базовой сердечно-легочной реанимации: изменена последовательность основных мероприятий по поддержанию жизнедеятельности А-В-С (освобождение дыхательных путей, искусственное дыхание, компрессионные сжатия) на С-А-В (компрессионные сжатия, освобождение дыхательных путей, искусственное дыхание).

Ключевые слова: сердечно-легочная реанимация, непрямой массаж сердца, искусственная вентиляция легких, внезапная смерть

Г. С Жұмабекова, Г. Н. Әжіметова, Б. С. Оразбаева, Ю. Л. Ганжула, А. Ә. Ешетова, М. А. Ким, Н. М. Қажыкенов ЖҮРЕК-ӨКПЕ РЕАНИМАЦИЯСЫНЫҢ ТАРИХЫНАН

Мақалада жүрек-тамыр реанимациясы бойынша мәселелерге әдебиеттік талдау жасалған. Дүниежүзі бойынша адамның кенеттен өлуінен кейін қайта тірілуі негізгі мәселе болып отыр. Бірақ, жүрек-тамыр реанимациясының нәтижелері, әсіресе госпитальға дейінгі кезеңде, тек жақсылықты тілеуге мәжбүрлейді. Қазіргі кезде әлемдік деңгейде жүрек-тамыр реанимациясының базасына қол жеткізу қарастырылуда: өмірге қажетті қызметтерді қолдаудың бағыттамасы А-В-С-дан (тыныс жолдарын босату, жасанды дем алдыру, жүрек компрессиясы) С-А-В-ға (жүрек компрессиясы, тыныс жолдарын босату, жасанды дем алдыру) өзгертілді.

Кілт сөздер: жүрек-өкпе реанимациясы, жүректің тікелей емес массажы, өкпенің жасанды вентиляциясы, кенеттен өлім.

РОЛЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ

Кафедра онкологии Карагандинского государственного медицинского университета

Статья посвящена анализу данных литературы по проблеме диагностики злокачественных опухолей с помощью иммуногистохимического метода исследования. Анализ данных литературы показывает, что, несмотря на многочисленные сведения об использовании иммуногистохимического метода для диагностики опухолей различных локализации (молочная железа, легкие, щитовидная железа, желудочно-кишечный тракт, мочевой пузырь, предстательная железа), выяснилось, что иммуногистохимическое исследование редко используется для диагностики опухолей без первично-выявленного очага. На сегодняшний день недостаточно исследована диагностика опухолей без первично-выявленного очага, что вызывает растерянность и у исследователей и у практических врачей. Возникающие вопросы нуждаются в адекватных ответах, что вынуждает научных работников проводить новые исследования.

Ключевые слова: иммуногистохимическое исследование, диагностика опухолей, морфология

Одной из сложных задач онкологии является уточнение гистогенеза опухолей [12, 16]. Современная патологическая анатомия во всем мире становится клинической патологией, что сопровождается лавинообразным возрастанием количества биопсии с целью установления прижизненного диагноза и снижения числа аутопсии. Для морфологического исследования в патологоанатомические отделения доставляется материал, полученный при эндоскопическом исследовании, выполняются инцизионная и эксцизионная биопсия опухолевой ткани, все шире применяются малоинвазивные методы исследования – тонкоигольная трепанобиопсия, торакоскопия.

Для предсказания клинического течения различных новообразований и исхода при них в последнее время большое значение придается иммуногистохимическим маркерам. В ряде случаев получены доказательства того, что некоторые из этих маркеров являются независимыми прогностическими показателями. Показано, что экспрессия HER2-neu сочетается с высокой чувствительностью к химиотерапии и резистентностью к гормональному лечению. В Казахском научно-исследовательском институте онкологии и радиологии и Городском онкологическом диспансере г. Алматы обследованы 19 больных раком тела матки в период 2007-2008 гг. Иммуногистохимическое исследование проводилось окрашиванием гистологических срезов обычными способами. Проводилось иммуногистохимическое выявление рецепторов эстрогена и прогестерона и Ki-67 с помощью поликлональных антител, HER-2 с использованием моноклональных антител. В 73,6% случаев опухоли были умеренно дифференцированными, в 21,1% имели низкую

степень дифференцировки, в 1 случае – высокодифференцированную. Рецепторы эстрогенов обнаружены в 84,2% опухолей больных раком тела матки, рецепторы прогестерона – в 78,9%. При исследовании выявлена повышенная экспрессия Ki-67 (от 40 до 85%) у больных с низкой дифференцировкой опухоли, II-III стадией злокачественного процесса. Таким образом, иммуногистохимическое определение рецепторов стероидных гормонов имеет прогностическое значение при раке тела матки. Экспрессия рецепторов эстрогенов и прогестерона коррелирует с дифференцировкой опухоли. Чем ниже дифференцировка опухоли, тем ниже экспрессия рецепторов прогестерона. Информационным тестом для прогноза больных раком тела матки может служить определение пролиферативной активности к белку Ki-67. По мере нарастания неопластических изменений и снижения дифференцировки опухоли прогрессивно увеличивается пролиферативная активность. Совместное определение ER, PR, HER/2, Ki-67 у пациентов раком тела матки позволит выбрать оптимальную тактику лечения, тем самым повысить показатели выживаемости [8].

Исследования научного центра радиологии и хирургических технологий (г. Санкт-Петербург) свидетельствуют о высокой информативности иммуногистохимических маркеров для определения прогноза и предсказания эффективности лечения при новообразованиях женских половых органов. В частности, циклооксигеназы (COX-1, COX-2) являются прогностическим маркером при раке эндометрия, при высокой экспрессии достоверно снижающим 5-летнюю выживаемость вне зависимости от стадии заболевания (II или III) и по своей инфор-

мативности превосходящим другие иммуногистохимические факторы прогноза (Ki-67, ER, PR, HER/2) [4]. Обследованы 148 пациентов с аденокарциномой эндометрия в РНЦРХТ и НИИ онкологии им. Н. Н. Пирогова в период с 1989 по 2001 г. При местнораспространенном плоскоклеточном раке шейки матки было обследовано 80 больных. Гистологические срезы окрашивали обычными способами, проводилось иммуногистохимическое выявление COX-2, COX-1 [10], HER/2 с помощью поликлональных антител, антигена Ki-67, ER, PR, MUC-1, MUC-2, p53, с-тмсс использованием моноклональных антител. Экспрессия COX-2 обнаружена в 72% эндометриоидных аденокарцином тела матки, отсутствие ее наблюдалось в 28% опухолях. Многофакторный регрессионный анализ пятилетней выживаемости в зависимости от величины экспрессии перечисленных маркеров выявил, что единственным фактором, достоверно снижающим общую и безрецидивную выживаемость больных эндометриоидной аденокарциномой тела матки, является высокая экспрессия COX-2 в клетках опухоли [4]. Рецидивы рака шейки матки чаще возникают у тех больных, у которых индекс Ki-67 выше 50%. Выраженная экспрессия мутированного p53 является неблагоприятным предсказательным признаком при лучевом лечении рака шейки матки: общая 5-летняя выживаемость при его высокой экспрессии снижается до 53% [8].

Анализ данных литературы об использовании иммуноморфологических методов в дифференциальной диагностике показал обилие публикаций, посвященных различиям между доброкачественными и злокачественными опухолями [13, 17]. З. А. Афанасьевой и соавт. показана диагностическая значимость тиреопероксидазы в материале, полученном при предоперационной тонкоигольной аспирационной биопсии. Отсутствие экспрессии в более чем 80% клеток может свидетельствовать о злокачественности процесса с чувствительностью данного теста от 97 до 100% и специфичностью от 68 до 90% [10, 19].

При иммуногистохимическом исследовании с антителами к цитокератину (ЦК) эпителий папиллярных сосочков давал неравномерную, варьирующую от слабой (1+) до умеренной и выраженной (2+ и 3+) реакцию с ЦК19 и более равномерную с ЦК8. Таким образом, морфофункциональная диагностика различных форм рака щитовидной железы (ЩЖ) должна осуществляться с помощью иммуногистохимических и электронно-микроскопических методов исследования [11].

Полученные результаты могут означать, что «золотым стандартом» диагностики папиллярного рака остается обычное морфологическое исследование, а результаты иммуногистохимических реакций – вспомогательный метод, который следует учитывать при составлении морфологического диагноза [10].

Имуногистохимические исследования существенно дополняют обычные морфологические методы в проведении дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы. Улучшение показателей диагностической значимости иммуногистохимического метода связано с поиском новых, более надежных маркеров. Использование панели из двух и более антител в дифференциальной диагностике опухолей щитовидной железы поможет увеличить точность диагностики как в цитологическом материале тонкоигольных аспирационных биопсий, так и в гистологических срезах опухолей [19].

Диагностика крупноклеточных лимфом требует детального знания морфологии, клинических данных и часто невозможна без иммуногистохимического исследования. Использование широкой дифференциально-диагностической панели антител позволяет своевременно поставить правильный диагноз, выделить варианты обширного семейства В-крупноклеточных лимфом [11].

Необходимость дифференциальной диагностики крупноклеточных лимфом и лимфомы Ходжкина (ЛХ) обусловлена различиями в терапевтической тактике и прогнозе течения заболевания. В плане диагностики широко известна так называемая «серая зона» – область морфологического перекреста крупноклеточных лимфом и ЛХ, которая в последние годы стремительно пополнилась и усложнилась за счет новых вариантов ЛХ с лимфоидным преобладанием – нодулярного лимфоидного преобладания лимфомы Ходжкина (НЛПЛХ) и классического варианта, богатого лимфоцитами, а также вариантов В-крупноклеточной лимфомы.

Диагноз НЛПЛХ, как правило, требует иммуногистохимического подтверждения. Так, в пределах нодулей, сформированных за счет В-клеток, определялись дискретно расположенные крупные опухолевые CD45⁺- и CD20⁺-клетки. ДБКЛ-БТкл характеризуется диффузным характером роста, лишь в одном наблюдении отмечен нодулярный рост. В большинстве наблюдений (7 биопсий) отмечался смешанный состав опухолевых клеток с преобладани-

ем центробластов и иммунобластов. В 3 случаях опухолевые клетки были представлены Н-клетками. В 1 наблюдении крупные клетки относились к 5 типу и содержали клетки типа Ходжкина, Березовского-Штернберга, а также многоядерные клетки типа венка, что требовало проведения дифференциальной диагностики с JIX и анапластической крупноклеточной лимфомой. Иммуногистохимическое исследование имеет решающее значение в постановке диагноза [5, 6].

Морфологический диагноз является базовым и в гемопатологии, на основе которого формируется дифференциальная ИГХ-панель используемых антител [1]. Нельзя полагаться только на широкий «набор» антител, необходимо максимально правильно поставить морфологический диагноз, а иммуногистохимическое исследование позволяет его верифицировать или скорректировать [18].

В Российском научном центре радиологии и хирургических технологий г. Санкт-Петербурга исследовано 55 первичных раков печени, полученных при хирургическом лечении больных в 1985-2003 гг. Иммуногистохимические реакции проводили на срезах, полученных с парафиновых блоков опухолей, фиксированных в формалине [7]. Проводя итоги работы, следует подчеркнуть значение иммуногистохимических методов исследования различной доказательной гистологической диагностики опухолей. Для проведения работы было отобрано 55 опухолей, которые по данным гистологических окрасок в преобладающем числе считались гепатоцеллюлярная карцинома. Использование панели антител позволило выделить сравнительную группу холангиоцеллюлярной карциномы – 23 случая. Такое определение новообразований нашло отражение в выживаемости больных: среди холангиоцеллюлярной карциномы общая средняя выживаемость составила 19,7 мес., а при гепатоцеллюлярной карциноме – 86,7 мес. Наиболее информативным признаком служит экспресс-определение гепатоцитарного антигена, т.к. он является высокочувствительным и специфичным маркером гепатоцитов [7].

В последние годы появились сведения о новых иммуногистохимических маркерах для диагностики новообразований печени. Наиболее интригующим из них является глипикан-3. Предварительные данные свидетельствуют о том, что он обнаруживается в гепатоцеллюлярных карциномах с частотой 64-90%, в том числе и в низкодифференцированных раках [1]. Учитывая, что гепатоцитарный антиген

преимущественно выделяется в высокодифференцированных гепатоцеллюлярных карциномах, совместное использование этих двух маркеров будет способствовать совершенствованию дифференциальной диагностики первичных опухолей печени.

Таким образом, в настоящее время имеются предпосылки для точной гистогенетической диагностики разновидностей первичных опухолей печени, что создает возможности для исследования их молекулярно-биологических свойств.

Прогресс в молекулярной биологии опухолей человека, иммуногистохимии и цитогенетике позволил по-новому оценить и осмыслить отдельные виды опухолей, которые прежде или считались недифференцированными, или были отнесены к иным гистогенетическим источникам. С помощью новых молекулярно-генетических методов исследования для многих мелкокруглоклеточных опухолей костей удалось установить их нейроэктодермальное происхождение. К этой группе новообразований относят саркому Юинга кости и ее экстра-скелетный аналог – периферическую нейроэпителиому (синоним: примитивная нейроэктодермальная опухоль – PNET). На сегодня количество показателей, рассматриваемых в качестве потенциальных молекулярных маркеров, увеличивается лавинообразно, отражая достижения и находки в области изучения механизмов регуляции, пролиферации и дифференцировки опухолевых клеток. Было показано, что для семейства так называемых PNET опухолей также характерно наличие тканеспецифических маркеров, однако на сегодняшний день эти данные противоречивы, мнения исследователей о прогностической ценности показателей экспрессии онкомаркеров при злокачественных мелкокруглоклеточных опухолях расходятся.

В настоящее время общепризнано, что патоморфологические особенности саркомы Юинга/PNET, выявляемые при гистологическом исследовании, являются недостаточными для установления окончательного диагноза. Показаны особенности данной группы опухолей, заключающиеся в том, что опухолевые клетки экспрессируют маркеры нейроэктодермальной и мезенхимальной дифференцировки. Проведенные исследования показали, что обнаружение маркеров может быть в определенной мере прогностическим фактором дальнейшего течения заболевания. Установлена зависимость частоты и выраженности экспрессии от обнаружения метастазов и прогрессирования опухоли [3].

Рассмотрена еще одна работа, посвященная аспектам тканевых маркеров при раке молочной железы (РМЖ). Целью работы Алма-тинского городского онкологического диспансера явилось определение тканевых маркеров (рецепторов стероидных гормонов, HER2/neu рецепторов) иммуногистохимическим способом, их сравнительное изучение в зависимости от возраста и этнической принадлежности пациенток.

Проанализированы данные анкет иммуногистохимического исследования биопсийного материала 66 пациенток, оперированных по поводу РМЖ в отделении маммологии Алма-тинского городского онкологического диспансера в течение 2006 года.

Сравнительный анализ наличия стероидных рецепторов опухоли в зависимости от этнической принадлежности больных показал, что у европейских женщин значительно чаще (в возрасте до 50 лет в 50% случаев, старше 50 лет – в 54,5%) встречались прогностически благоприятные гормонопозитивные РЭ+ и РП+ опухоли в то время, как у азиаток РЭ+ и РП+ встречались реже (в 37,5% случаев – в возрасте до 50 лет и 38,9% в возрасте старше 50 лет). В группе пациенток с постменопаузой негативные гормонорецепторы опухоли почти в 2 раза реже встречались у европейских женщин по сравнению с азиатками (27,3 и 50,0% соответственно).

Определенное прогностическое значение имеет экспрессия кодируемого HER2/neu рецепторами белка p185. По литературным данным [2, 9], прогностически благоприятные опухоли с отрицательными HER2/neu рецепторами встречались несколько чаще в возрастной группе старше 50 лет (у азиаток 81,2%, у европейек – в 72,7%), а в возрасте моложе 50 лет значительно чаще у европейек (на 13,3%), чем у азиаток.

К наиболее благоприятным гистологическим формам относятся: тубулярный, слизистый, медуллярный, аденокистозный рак, отнесенные к группе «другие». Дольковый инфильтративный рак имеет тенденцию к мультицентричному росту и двухстороннему поражению молочных желез. Анализ анкет показал, что в группе постменопаузальных женщин дольковый инфильтративный рак отмечен в 25% случаев у азиаток и не встречался у пациенток европейской национальности. Благоприятные гистологические формы встречались у европейек почти в 2 раза чаще, чем у азиаток. В группе менструирующих женщин особых различий гистоструктуры опухоли в зависимо-

сти от этнической принадлежности не отмечено [14].

За последние десятилетия иммуногистохимический анализ перестал быть методом сугубо научных исследований и нашел широкое применение в каждодневной диагностической практике. В литературе имеются сведения об использовании иммуногистохимического метода для диагностики и дифференциальной диагностики опухолей различных локализации (молочная железа, легкие, щитовидная железа, желудочно-кишечный тракт, мочевой пузырь, предстательная железа). Отлаженная иммуногистохимическая методика без так называемых фоновых реакций, ложнопозитивных или ложнонегативных результатов, с необходимой титровкой антител, с использованием «внешних» позитивных и «внутренних» негативных контролей, каждодневный контроль качества иммуногистохимических реакции в патологоанатомическом отделении или лаборатории являются неременной основой для точной иммуногистохимической верификации.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Значение иммуногистохимии для изучения новообразований печени: дифференциальный диагноз, диагностические маркеры /К. М. Пожарисский, Д. А. Гранов, В. П. Тен, А. Г. Кудайбергенова //Вопросы онкологии. – 2008. – №4. – С. 417-432
- 2 Иммуногистохимическая характеристика и критерии прогноза саркомы Юинга/PNET /Д. В. Буланов, А. Н. Махсон //Рос. онкол. журн. – 2010. – № 1. – С. 17-18.
- 3 Иммуноморфологические исследования в оценке потенциала злокачественности опухолей щитовидной железы /А. Ю. Абросимов, Н. Ю. Двинских //Вопр. онкологии. – 2009. – №6. – С. 684-669.
- 4 Иммуногистохимические маркеры в качестве прогностических критериев в онкогинекологии /К. М. Пожарисский, В. Л. Винокуров, Г. М. Жаринов, Н. А. Болдарян //Вопр. онкологии. – 2008. – № 4. – С. 463-469.
- 5 Инфильтрирующий дольковый рак молочной железы: особенности метастазирования (гистологическая и иммуногистохимическая характеристика) /Я. В. Вишневская и соавт. //Архив патологии. — 2005. – №4. – С. 17-21.
- 6 Ковригина А. М. Иммуногистохимический метод в гемопатологии: пути совершенствования дифференциальной диагностики, перспективы //Архив патологии. – 2009. – №4. – С. 18-23.

7 Морфоиммуногистохимическая дифференциальная диагностика лимфомы Ходжкина с лимфоидным преобладанием и В-крупноклеточных лимфом /А. М. Ковригина, Н. А. Пробатова //Архив патологии. – 2006. – № 4. – С. 10-16.

8 Некоторые аспекты тканевых маркеров при раке молочной железы /Е. С. Танжарыков и соавт. //Медицина и экология. – 2007. – № 3. – С. 44-47.

9 Первый опыт проведения внешнего контроля качества иммуногистохимических исследований в диагностике лимфопролиферативных заболеваний /Ю. А. Криволапов, М. В. Пешков, Е. Е. Леенман, А. Э. Мационис //Архив патологии. – 2011. – №2. – С. 25-32.

10 Прогностическое значение уровня экспрессии циклооксигеназ (COX-1, COX-2) при раке эндометрия (клинико-иммуногистохимическое исследование) /Н. А. Болдарян, К. М. Пожарисский, В. Л. Винокуров, В. П. Тен //Вопросы онкологии. – 2008. – №1. – С. 19-24.

11 Реализация концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года в области ликвидации заболеваний, связанных с дефицитом йода /И. К. Дедов, И. Ю. Свириденко. – М., 2001. – 34 с.

12 Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека /С. В. Петров, Н. Т. Райхлин. – М., 2004. – 256 с.

13 Тканевые маркеры как факторы прогноза при раке молочной железы /Е. С. Герштейн, Н. Е. Кушлинский //Практическая онкология: избранные лекции /Под ред. С. А. Тюляндина, В. М. Моисеенко. – СПб, 2004. – С. 41-50.

14 Ультроструктурные и иммуногистохимические особенности рака щитовидной железы /Т. В. Павлова, Е. А. Смирнова, Л. Е. Гуревич, И. А. Павлов //Архив патологии. – 2008. – №4. – С. 10-13.

15 Факторы прогноза у больных раком тела матки (иммуногистохимический анализ) /А. А. Байназарова, Г. А. Хамидуллина, Н. В. Жасаров, Д. Р. Кайдарова //Медицина. – №7. – 2008. – С. 19-21.

16 Фридман М. В. Рак щитовидной железы: современное представление об этиологии, патогенезе, особенностях диагностики //Вопр. онкологии. – 2009. – №6. – С. 684-691.

17 Blaszyk H. Cancer of unknown primary: clinicopathologic correlations /H. Blaszyk, A. Hartmann, J. Björnsson //APMIS. – 2003. – V. 111. – P. 1089-1094.

18 Resept immunohistochemical markers in the differential diagnosis of primary and metastatic carcinomas of the liver /Gokden Murat,

Shinge Anjali //Diagn. Citopatrol. – 2005. – №3. – P. 166-167.

REFERENCES

1 The value of immunohistochemistry for the study of liver tumors: differential diagnosis, diagnostic markers /K. M. Pozharissky, D. A. Granov, V. P. Ten, A. G. Kudaibergenova //Problems of oncology. – 2008. – №4. – P. 417-432

2 Immunohistochemical characterization and prognostic criteria of Ewing's sarcoma /PNET /D. V. Bulanov, A. N. Mahson //Rus. Oncol. J. – 2010. – № 1. – P. 17-18.

3 Immunomorphological study for assessing the potential of malignant tumors of the thyroid gland /A. Yu. Abrosimov, N. Yu. Dvinskikh //Problems of oncology. – 2009. – №6. – P. 684-669.

4 Immunohistochemical markers as prognostic criteria in gynecological oncology /K. M. Pozhariysky, V. L. Vinokurov, G. M. Zharinov, N. A. Boldaryan //Problems of oncology. – 2008. – № 4. – P. 463-469.

5 Infiltrative lobular breast cancer: metastatic characteristics (histologic and immunohistochemical characterization) /Ya. V. Vishnevskaya et al. //Archives of pathology. – 2005. – №4. – P. 17-21.

6 Kovrigina A. M. Immunohistochemical method in gemopatology: improving ways for the differential diagnosis, prospects //Archives of pathology. – 2009. – №4. – P. 18-23.

7 Morphoimmunohistochemical differential diagnosis of Hodgkin's lymphoma with lymphocyte predominance and B-large cell lymphomas /A. M. Kovrigina, N. A. Probatova //Archives of pathology. – 2006. – № 4. – P. 10-16.

8 Some aspects of tissue markers in breast cancer /E. S. Tanzharykov et al. //Medicine and ecology. – 2007. – № 3. – P. 44-47.

9 The first experience of external quality control of immunohistochemical studies in the diagnosis of lymphoproliferative diseases /Yu. A. Krivolapov, M. V. Peshkov, E. E. Leenman, A. E. Matsionis //Archives of pathology. – 2011. – №2. – P. 25-32.

10 The prognostic value of the expression level of cyclooxygenase (COX-1, COX-2) in endometrium cancer (the clinical and immunohistochemical study) /N. A. Boldaryan, K. M. Pozharissky, V. L. Vinokurov, V. P. Ten //Problems of oncology. – 2008. – №1. – P. 19-24.

11 The implementation of the concept of public health of the Russian Federation for the period up to 2005 in diseases elimination associ-

ated with iodine deficiency /I. K. Dedov, I. Yu. Sviridenko. – M., 2001. – 34 p.

12 Guidelines for the immunohistochemical diagnosis of human tumors /S. V. Petrov, N. T. Reichlin. – M., 2004. – 256 p.

13 Tissue markers as a prognostic factors in breast cancer /E. S. Gerstein, N. E. Kushlinsky //Practical Oncology: selected lectures / Ed. S. A. Tyulyandina, V. M. Moiseenko. – St. Petersburg, 2004. – P. 41-50.

14 Ultrastructural and immunohistochemical features of thyroid cancer /T. V. Pavlova, E. A. Smirnova, L. E. Gurevich, I. A. Pavlov //Archives of pathology. – 2008. – №4. – P. 10-13.

15 Prognosis factors in patients with uterine body cancer (immunohistochemistry) /A. A. Baynazarova, G. A. Khamidullina, N. V. Zhasarov,

D. R. Kaidarova //Medicine. – №7. – 2008. – P. 19-21.

16 Fridman M. V. Thyroid cancer: current concepts of etiology, pathogenesis, diagnostic features //Problems of oncology. – 2009. – №6. – P. 684-691.

17 Blaszyk H. Cancer of unknown primary: clinicopathologic correlations /H. Blaszyk, A. Hartmann, J. Björnsson //APMIS. – 2003. – V. 111. – P. 1089-1094.

18 Resept immunohistochemical markers in the differential diagnosis of primary and metastatic carcinomas of the liver /Gokden Murat, Shinge Anjali //Diagn. Citopatrol. – 2005. – №3. – P. 166-167.

Поступила 15.05.2014 г.

A. R. Beysenayeva

ROLE OF IMMUNOHISTOCHEMICAL CANCER RESEARCH

This article analyzes the literature data on the issue of diagnosis of malignant tumors using immunohistochemistry studies. Analysis of the literature shows that, in spite of numerous reports about the use of immunohistochemical method for the diagnosis of tumors of different localization (breast, lung, thyroid, gastrointestinal tract, bladder, prostate), revealed that immunohistochemical study of rarely used for diagnosis tumors with no identified primary focus. To date, insufficiently explored diagnosis of tumors revealed no primary focus, which causes confusion and researchers and practitioners. Emerging issues are in need of an adequate response, forcing scientists to conduct new studies.

Keywords: immunohistochemistry, tumor diagnosis, morphology

A. P. Бейсенаева

ОНКОЛОГИЯДАҒЫ ИММУНОГИСТОХИМИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ РОЛІ

Мақала иммуногистохимиялық зерттеу тәсілі көмегімен қатерлі ісіктер диагностикасы мәселесі бойынша әдебиет мәліметтерінің талдауына арналған. Қатерлі ісіктердің әртүрлі оқшауларын (сүт безі, өкпе, қалқан безі, асқазан-ішек жолдары, зәр қуығы, қуық безі) диагностикалау үшін иммуногистохимиялық зерттеу тәсілін қолдану туралы көптеген деректерге қарамастан әдебиет мәліметтерінің талдауы көрсеткендей, қатерлі ісіктердің бастапқы анықталған ошағын диагностикалау үшін иммуногистохимиялық зерттеу сирек қолданылатыны анықталды. Бүгінгі күнде қатерлі ісіктердің бастапқы анықталған ошағын диагностикалау жеткіліксіз зерттелген, бұл зерттеушілердің де, практикалық дәрігерлердің де алаңдаушылығын тудырады. Туындаған сұрақтар адекватты жауаптарды талап етеді, бұл ғылыми қызметкерлерді жаңа зерттеулер жүргізуге мәжбүрлейді.

Кілт сөздер: иммуногистохимиялық зерттеу, ісіктер диагностикасы, морфология

«ПРОТОН-М» ЗЫМЫРАН-ТАСЫҒЫШТЫҢ АПАТТЫ ҚҰЛАУЫНАН КЕЙІНГІ САТПАЕВ ҚАЛАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті тағам гигиенасы, жалпы гигиена және экология кафедрасы

Сатпаев қаласы бойынша жекелеген жас топтары сырқаттылық динамикасына талдау жүргізілген. Алынған нәтижелер бойынша барлық жас топтарында авариядан кейін тыныс алу аурулары жоғарлаған, ал жас өспірімдер мен үлкендерде – зәр-жыныс аурулары жоғарлаған. Балалар арасында сырқаттылық 2007 жылы 2006 жылмен салыстырғанда жоғары деңгейлік дәлділікпен ($26782,3 \pm 33,4^0/0000$ қарсы $34393,1 \pm 359,8^0/0000$; $t=15,3$; $p<0,001$) 1,3 есе жоғарлаған. Талданған жағдай нәтижесі бойынша психо-эмоционалды күйзеліс салдарынан көптеген созылмалы және жаңадан назологиялық аурулар өршуі адамның жоғарғы жүйке жүйесі іс-әрекеті түрі психо-эмоционалды жағдаймен тікелей байланысты екенін анықталды.

Кілт сөздер: сырқаттанушылық, дәрігерге қаралу, зымыран-тасымалдағыш, бағалау, тұрғындар, денсаулық жағдайы

Зымыран-ғарыштық қызмет тұрғындар денсаулығына әсерін бағалау аса күрделі, өйткені зымырандарды ұшу трассасы аймағында тұратын адам денсаулығын қалыптастырушы және оған ықпал етуші факторлар өте көп, оны анықтау көптеген қиындық тудырады. Бұл мәселенің өткірлігі мен маңыздылығы, зымыран - ғарыштық кешеннің технологиялық мәселелерінде, қырық жылдан астам уақыт еш бір бақылаусыз табиғатты пайдаланумен байланысты болып отыр [3, 4]. «Союз», «Зенит» ракеталары жанар май ретінде керосин мен сұйық оттегін падаланады, ал «Протон», «Циклон», «Рокот», «Днепр» зымырандары мен SS-19, SS-20 деген әскери зымырандар үшін аса улы сұйық құрамдастары бар диметилгидразин және тетроксид азоты сияқты жанармай қолданылады. Зымырандардың құлайтын бөлшектерінде улы жанармайдың айтарлықтай мөлшері болады (2 тоннаға дейін), ол жерге құлау кезінде қоршаған ортаға түсіп, топырақ қабатын, жер үсті су қоймаларын, жер асты сулары мен өсімдіктер дүниесін ластайды [1, 2, 5]. Ал, Байқоңырды пайдалану уақыты аралығында зымырандардың бірнеше ірі апаттары болды, кейінгі 2006 жылы (қыркүйек-желтоқсан) және 2007-2009 жылдары (қыркүйек-желтоқсан) аралығындағы «Протон –М» зымыран-тасығыштарының апаттық құлауы салдарынан осы аймақтұрғындарының денсаулыққашағымдар жоғарлаған.

Жұмысыңмақсаты. 2006 жылы (қыркүйек-желтоқсан) және 2007-2009 жылдары (қыркүйек-желтоқсан) аралығындағы зымырантасығыштарының апаттық құлау салдарынан Сатпаев қаласы тұрғындарының медициналық көмек алуы бойынша

сырқаттанушылық динамикасын салыстыра отырып бағалау.

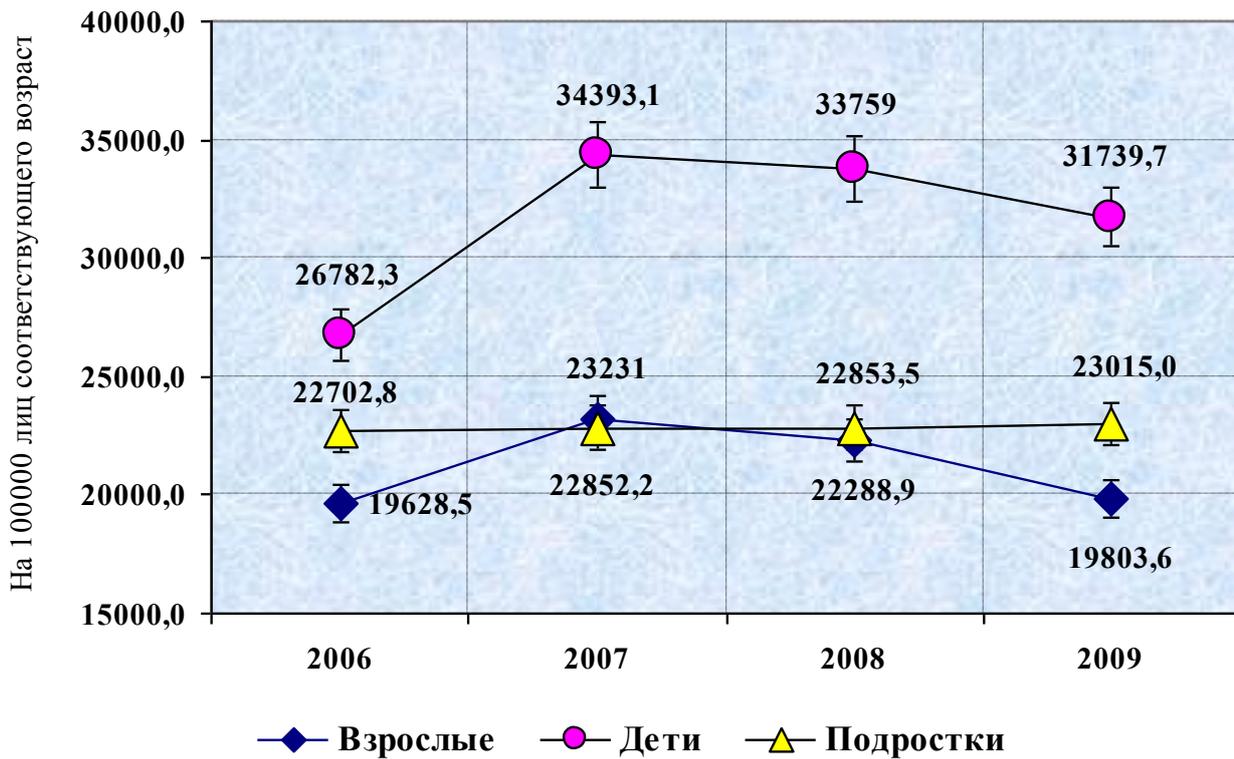
МАТЕРИАЛ МЕН ӘДІСТЕРІ

Зерттеу аймағына Қарағанды облысы, Сатпаев қаласы тұрғындары алындаы. Сатпаев қаласы апатты зымыран-тасымалдағыш құлаған аумақтан оңтүстік-батысқа қарай 40-80 км қашықтықта орналасқан. Зерттеу объектісіне науқастың амбулаторлық картасы, облыстық және қалалық денсаулық сақтау департаментінің есептік құжаттары жатты.

Зерттеу нәтижесі көрсеткендей Сатпаев қаласы тұрғындарының әртүрлі топтары арасындағы 2006 жылы (қыркүйек-желтоқсан) және 2007-2009 жылдары (қыркүйек-желтоқсан) аралығындағы сырқаттанушылық деңгейін талдағанда болжамалы гипотиз нақтыланды. Демек, ересек тұрғындар арасында 2006 ж. қыркүйек-желтоқсан айларымен ($19628,3 \pm 180,3^0/0000$), 2007ж. қыркүйек-желтоқсан айларын салыстырғанда жалпы сырқаттанушылық деңгейі статистикалық дәлділікпен өскен $23231,0 \pm 190,7^0/0000$ ($t=13,8$; $p<0,001$) (сурет 1). Одан кейінгі 2009 жылдары жалпы сырқаттанушылық деңгейі төмендеп, 2006 жылғы деңгеймен теңескен.

Жасөспірімдер арасында жалпы сырқаттанушылық деңгейі зерттеуге алған уақыт кезеңінде айтарлықтай өзгеріс байқалмады, ал 2006 және 2007 жылдар аралығындағы айырмашылық өзінің статистикалық дәлділігін таппады ($22702,8 \pm 641,0^0/0000$ қарсы $23231,0 \pm 654,4^0/0000$ ($t=0,57$; $p>0,05$)).

Балалар арасында жалпы сырқаттанушылық 2006 жылмен салыстырғанда, 2007 жылы 1,3 есеге жоғарлаған, дәлділік айырмашылығы жоғары деңгейлі мүмкіндікпен бекітілген ($26782,3 \pm 333,4^0/0000$ қарсы



Сурет 1 – 2006-2009 жж қыркүйек-желтоқсан айлары бойынша орташа жылдық сырқаттанушылық деңгейі, 100000 тұрғынға шаққанда.

34393,1±359,8⁰/₀₀₀₀; t=15,3; p<0,001). Ал 2008-2009 жылдары балалардың медициналық көмек сұрау жиілігі төмендеген.

Сонымен ересек тұрғындар арасында жоғарлаған жалпы сырқаттанушылық деңгейі, тыныс алу аурулары (8428,7±126,1⁰/₀₀₀₀ қарсы 10745,0±139,9⁰/₀₀₀₀; t=12,3; p<0,001); зәр шығару жүйесі (786,9±40,1⁰/₀₀₀₀ қарсы 1163,2±48,4⁰/₀₀₀₀; t=6,0; p<0,001), жарақат пен улану аурулары (4780,9±96,8⁰/₀₀₀₀ против 6906,9±114,5⁰/₀₀₀₀; t=14,2; p<0,001) есебінен екені анықталды.

Қан айналу жүйесі аурулары оған жататын гипертензия мен жүректің ишемиялық ауруы дәлді жиілігі (216,9±21,1⁰/₀₀₀₀ қарсы 227,6±21,5⁰/₀₀₀₀; t=0,36; p>0,05), психикалық бұзылыстар байқалмады.

Жалпы Сатпаев қаласы бойынша сырқаттамалар ішінде 2009 жылы 2007 жылмен салыстырғанда ересектер арасында онкологиялық аурулар 1,7 есеге жоғарлаған. Тыныс алу аурулары 1 есе, қан айналу жүйесі аурулары 1,1 есеге жоғарлаған. Ал 2008 жылы қыркүйек-желтоқсан айларында жалпы сырқаттану ішінде жүйке жүйесі, тері және тері асты қабаты, зәр шығару жолдары жүйесі аурулары, жарақат пен улану аурулары есебінен байқалған.

Зерттеуге алынған кезеңде медициналық көмекке жүгінген жасөспірімдер арасында көбіне құлақ және еміздікше тәріздес өсінді аурулары 1,7-2,1 есеге, қан және қан түзуші ағзалар ауруы 1,5-2,1 есеге, зәр шығарушы жүйесі аурулары 2,1-2,2 есеге жоғарлаған. Жасөспірімдер арасында жарақаттар мен уланулар 1,6 есеге көбейген.

14 жасқа дейінгі балалар арасында жалпы сырқаттанушылық 2007-2008 жылдары 26-28% өскен. Қан және қан түзуші ағзалар ауруы 1,2 есеге, эндокриндік жүйе аурулары 1,3 есеге, көз және оның қосымшалары және зәр шығарушы жүйесі аурулары 1,3-1,6 есеге жоғарлаған.

Алынған нәтижелерді қорытындылай келе 2006ж. қыркүйек-желтоқсан айларымен, 2007 ж. қыркүйек-желтоқсан айларын салыстырғанда тұрғындардың медициналық көмек сұрауы апаттан кейін жоғарлаған, бірақ одан кейінгі жылдарда төмендеген.

Сатпаев қаласы тұрғындары үшін негізгі қолайсыз әсер психо-эмоционалды реакция болып табылады, соның салдарынан үлкендер арасында жүрек-қан тамырлар жүйесі аурулары (ИБС, гипертониялық ауру), жүйке жүйесі және психикалық бұзылыстар, өкпенің асмастикалық аурулары бойынша шағымданған.

Бұндай жағдай балалар мен жасөспірімдер арасында байқалмады.

Зымыран-тасығыштар апатты құлаған аймақта тұратын тұрғындар денсаулығын терең тексеру үшін зертханалық зерттеулер қолдану, сол арқылы көрсеткіштердің өзгеру деңгейін және сандық сипатын анықтау, бейімделу, донозологиялық және патологиялық ауытқулар байқалады медико-биологиялық мониторинг бағалау жүргізу керек.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТ ТІЗІМІ

1 Кикү П. Ф. Влияние факторов среды обитания на распространение экзозависимых заболеваний в биоклиматических зонах Приморского края /П. Ф. Кикү, М. В. Ярыгина, Т. В. Горборуква //Гигиена и санитария. – 2013. – №5. – С. 87-91.

2 Козловский В. А. Характеристика среды обитания и состояния здоровья населения в регионе аварийного падения «Протон-М» в Карагандинской области /В. А. Козловский, Ж. К. Жубатов, З. К. Мухамеджанов //«Биоразнообразие и устойчивое развитие природы и общества»: сб. тр. междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию КазНУ им. Аль-Фараби и 75-летию биологического факультета. – Алматы, 2009. – С. 209-212.

3 Сраубаев Е. Н. Эколого-эпидемиологическое изучение состояния здоровья населения и статистические методы его анализа: Метод. пособие /Е. Н. Сраубаев, С. М. Омирбаева, А. Е. Шпаков. – Караганда, 2008. – 79 с.

4 Сраубаев Е. Н. Методика оценка ушерба здоровью: Метод. рекомендации /Е. Н.

Сраубаев, А. Е. Шпаков, С. М. Омирбаева. – Астана, 2009. – 12 с.

5 Шмаль А. Г. Факторы экологической опасности и экологические риски. – Бронницы, 2010. – 191 с.

REFERENCES

1 Kiku P. F. Impact of environmental factors on the spread of diseases in bioclimatic zones of Primorsk Territory /P. F. Kiku, M. V. Yarygina, T. V. Gorborukova //Hygiene and sanitation. – 2013. – №5. – P. 87-91.

2 Kozlovski V. A. Characteristic of environment and public health status in the region of "Proton-M" emergency fall in the Karaganda region /V. A. Kozlovski, J. K. Zhubatov, Z. K. Mukhamedzhanov // "Biodiversity and sustainable development of nature and society": collected papers of intern. scient. and pract. conf., dedicated to the 75th anniversary of Kazakh National University named after Al-Farabi and the 75th anniversary of the Biological Faculty. – Almaty, 2009. – P. 209-212.

3 Sraubaev E. N. Environmental and epidemiological study of public health status and statistical methods of analysis: Resource book /E. N. Sraubaev, S. M. Omirbaeva, A. E. Shpakov. – Karaganda, 2008. – 79 p.

4 Sraubaev E. N. Methodology of health damage assessing: Method. recommendations / E. N. Sraubaev, A. E. Shpakov, S. M. Omirbaeva. – Astana, 2009. – 12 p.

5 Shmal A. G. Environmental hazard factors and environmental risks. – Bronnitsy, 2010. – 191 p.

Поступила 27.03.2015 г.

Ye. N. Sraubaev, K. Ye. Amreyeva, Zh. A. Seylkhanova

EVALUATION OF HEALTH CONDITION OF INHABITANTS OF SATPAYEV TOWN AFTER EMERGENCY FALLING OF THE ROCKET CARRIER «PROTON M»

Analysis of dynamics morbidity by separate age groups of population of Satpayev town was verified. Results indicated that general phenomena for all age group was considerable frequency disease of organs of breath but for adults and teenagers – disease of urino-genital system alter crash. Morbidity of child's population in 2007 increased in comparison with 2006 for 1,3 times, difference is reliably with high degree of probability of such statements ($26782,3 \pm 333,4^0_{/0000}$ against $34393,1 \pm 359,8^0_{/0000}$; $t=15,3$; $p<0,0001$). Analysis showed that psycho-emotional stress, causing aggravation of many chronic and the emergence of new clinical entities of diseases closely linked to the psycho-emotional state of the type of higher nervous activity.

Key words: morbidity, negotiability, rocket carrier, evaluation, population, health condition

Е. Н. Сраубаев, Қ. Е. Амреева, Ж. А. Сейлханова

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ Г. САТПАЕВ ПОСЛЕ АВАРИЙНОГО ПАДЕНИЯ РАКЕТОНОСИТЕЛЯ «ПРОТОН М»

Проведен анализ заболеваемости населения г. Сатпаев по отдельным возрастным группам за период сентябрь-декабрь 2006 г. и после аварии. Результаты показали, что общим явлением для всех возрастных групп было значительное учащение после аварии болезней органов дыхания, а у взрослых и подростков – болезней мочеполовой системы. Заболеваемость детского населения в 2007 г. возросла по сравнению с 2006 г. в 1,3 раза, различия достоверны с высоким уровнем вероятности такого утверждения ($26782,3 \pm 333,4^0_{/0000}$ против $34393,1 \pm 359,8^0_{/0000}$; $t=15,3$; $p<0,001$). Анализ ситуации показал, что психозэмоциональный стресс, вызывающий обострение многих хронических и появление новых нозологических форм заболеваний, тесно связан с психозэмоциональным состоянием типа высшей нервной деятельности человека.

Ключевые слова: заболеваемость, обращаемость, ракетноноситель, оценка, население, состояние здоровья

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 610.2

Э. Б. Култанова¹, Н. С. Умбеталина¹, А. С. Калина¹, Г. А. Бейсембаева²

ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ СПЕЦИАЛИСТАМИ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

¹Карагандинский государственный медицинский университет,

²Областная клиническая больница г. Караганды

В статье изложены данные социологического опроса специалистов клиничко-диагностических лабораторий Карагандинской области. В социологическом опросе по специально разработанной анкете приняли участие 96 респондентов. Изучен возрастно-половой состав респондентов, их стаж работы, категорированность, вопросы повышения квалификации, мнение специалистов о состоянии лабораторной службы, оснащенности расходными материалами, реагентами, оборудованием, эффективности его использования, соответствия современным требованиям, об объеме проводимых исследований.

Результаты социологического опроса показали, что в целом лабораторная служба Карагандинской области была оценена на достаточно хорошем уровне. Основными проблемами в деятельности клиничко-диагностических лабораторий региона остаются недостаточный уровень современной технической оснащенности оборудованием и эффективности его использования, недостаточная обеспеченность расходными материалами, реагентами, калибраторами, контрольными материалами для проведения внутрिलाбораторного контроля качества. Для полноценного обеспечения деятельности клиничко-диагностических лабораторий необходимо изучение потребности в кадровых ресурсах разного профиля (с медицинским и немедицинским образованием, менеджера по качеству контроля) и совершенствование нормативно-правовой базы лабораторной службы.

Ключевые слова: лабораторная служба, социологический опрос, кадры, клиничко-диагностическая лаборатория, Карагандинская область

Обеспечение качества медицинской помощи в значительной мере зависит от полноценного функционирования каждой службы здравоохранения. Одним из важных звеньев оказания медицинской помощи является лабораторная диагностика, значимость которой постоянно повышается на современном этапе развития медицины [1, 3, 4]. Для оценки анализа структурных компонентов качества и деятельности лабораторной службы полезным может быть изучение мнения самих профессиональных кадров [2]. Автор считает, что метод социологического опроса среди персонала клиничко-диагностических лабораторий (КДЛ) позволяет определить проблемы организации лабораторного процесса в пределах региона и должен быть обязательным в системе контроля качества лабораторного обслуживания [6].

Цель работы – изучить мнение специалистов клиничко-диагностических лабораторий о состоянии лабораторной службы в Карагандинской области.

На предварительном этапе были изучены статистические данные государственной ведомственной отчетности Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Карагандинской области, касающиеся кадровых ресурсов и деятельности лабораторной службы за последние девять лет. В ранее опубликованных работах [5] показано, что в Караган-

динской области число специалистов КДЛ с высшим образованием в 2013 г. составило 135, что на 39,2% (87) меньше по сравнению с 2005 г. (222). Численность специалистов среднего звена уменьшилась на 11,3% с 971 в 2005 г. до 861 в 2013 г. Штатных должностей в городских лабораториях в 13,4 раза больше по сравнению с сельскими. Обращает на себя внимание резкое снижение укомплектованности КДЛ специалистами с высшим образованием за 9-летний период: с 69,3% в 2005 г. до 53,1% в 2013 г. Процент занятости штатных должностей среди специалистов с высшим образованием значительно выше, чем показатель укомплектованности физическими лицами, что в большей части обусловлено совместительством. Также за 9 лет на 5,4% снизился процент занятости, составив в 2005 г. 95,8%, а в 2013 г. – 90,4%, что связано с оттоком из КДЛ специалистов с немедицинским образованием из-за изменений в нормативно-правовой базе по лабораторной службе в Республике Казахстан. О большом дефиците квалифицированных кадров как высшего, так и среднего звена в лабораторной службе Казахстана указывает главный внештатный специалист по лабораторной диагностике МЗ РК, д.м.н. Г. Ж. Абильдинова в представленной в интернете презентации [1].

Проведенный анализ деятельности клиничко-диагностических лабораторий Караган-

динской области показал, что в среднем ежегодно проводится 20 995,7±625,7 тыс. исследований, в том числе государственными КДЛ 16 764,7±237,7 тыс. и частными – 4 231,0±486,2 тыс. Общее количество проведенных исследований, независимо от форм собственности, за 9 лет возросло на 16,6% (с 19 593,3 тыс. в 2005 г. до 22 850,9 тыс. в 2013 г.). В структуре лабораторных исследований общеклинические составили 33,9% (7 139,2 тыс.) от общего числа исследований, гематологические – 30,9% (6 504,3 тыс.), биохимические и коагулологические – 24,0% (5 045,6 тыс.), иммунологические – 7,3% (1 533,0 тыс.), микробиологические – 2,3% (474,7 тыс.), цитологические – 1,3% (263,2 тыс.), медико-генетические – 0,5% (93,7 тыс.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалами исследования явились данные анкетного опроса специалистов КДЛ по специально разработанной анкете (Свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права №637 от 29.04.2014). Анкета обсуждена и утверждена на заседании научно-экспертной комиссии КГМУ «Гигиена, эпидемиология, общественное здоровье и здравоохранение» протокол №5 от 05.03.2014; методика социологического опроса одобрена этической комиссией.

Количество вопросов в анкете – 34. Каждый вопрос имеет несколько вариантов ответа, и в конце каждого вопроса предоставляется возможность высказать специалисту свое мнение о данном вопросе. Часть вопросов оценивалась по 5-балльной шкале, в которой 1 – самый низкий балл, а 5 – самый высокий.

С помощью анкеты изучен возрастнополовой состав респондентов, их стаж работы, категорированность, вопросы повышения квалификации, мнение специалистов о состоянии лабораторной службы, оснащенности реагентами, оборудованием, эффективности его использования, соответствия современным требованиям, об объеме проводимых исследований и другие. Всего в социологическом опросе участвовали 96 специалистов с высшим образованием, работающих в КДЛ Карагандинской области. Охвачено 71% лиц из общего числа врачей лаборантов (135), количество которых было определено на предварительном этапе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты социологического опроса показали (табл. 1), что подавляющее большинство специалистов КДЛ (92,7%) женского пола, значительная часть в возрасте 40-59 лет (74,0%), со стажем работы более 15 лет

(41,7%). Большая часть специалистов (84,4%) работают в лабораториях государственных медицинских организаций и 15,6% – в частных. Базовое высшее медицинское образование имеется у 78 (79,2%) из 96 респондентов, высшее немедицинское образование у 18, в том числе у 14 – биологическое, 4 – химическое. Первичную специализацию прошли 76 (79,2%) респондентов, повышение квалификации не менее чем один раз в последние пять лет – 91 (94,8%), за последние три года – 51 (56,0%).

Новую информацию о лабораторной службе респонденты предпочитают получать в 46,9% случаев из журналов периодических изданий, циклов ФПК, интернета, монографий и других изданий. Желание к самосовершенствованию, заинтересованное отношение к своему профессиональному делу прослеживается практически по всем ответам на вопросы анкеты. Готовность к обучению на новом оборудовании продемонстрировали положительные ответы 66,7% респондентов. Желание пройти обучение на специально организованном курсе по лабораторному контролю качества выразили 78,1% респондентов, а на необходимость проведения обзорных лекций для клиницистов о возможностях новых лабораторных тестов ответили утвердительно все 96 человек.

Согласно ответам респондентов, за один рабочий день в 69,8% случаев специалистами проводится более 6 видов исследований и в 77,1% случаев более 15 исследований. Анализ ответов на вопрос №9 показал, что многие лаборатории медицинских организаций оснащены автоматическими и полуавтоматическими анализаторами, поскольку 84,4% специалистов умеют работать на автоматических и 53,1% на полуавтоматических анализаторах. Однако и ручные методы еще достаточно широко (87,5%) применяются в КДЛ. Оснащенность лабораторий в среднем оценена на 3,8±0,12 балла. При этом 4,2% респондентов отметили плохую оснащенность, 8,3% – ниже среднего уровня. Наиболее высокий балл – 5.0 отмечен в 38,5% анкет. Проанализировано распределение ответов на вопрос №11 (рис. 1).

То, что оборудование лабораторий полностью отвечает современным требованиям и эффективно применяется в работе лабораторий, считают 41 (42,7%) из 96 специалистов КДЛ. Неэффективность использования имеющегося оборудования отметили 17 (17,7%) анкетированных; 28 (29,2%) засвидетельствовали, что оборудование устаревшее, но хорошо

Таблица 1- Результаты анкетного опроса специалистов КДЛ

Вопросы с вариантами ответов*	Варианты ответов:				
	1	2	3	4	5
1. Возраст: 1) 20-29 лет; 2) 30-39 лет; 3) 40-49 лет; 4) 50-59 лет; 5) 60 лет и старше	3	14	48	23	8
	3,1%	14,6%	50,0%	24,0%	8,3%
2. Стаж работы: 1) менее 5 лет; 2) 5-10 лет; 3) 11-15 лет; 4) свыше 15 лет	10	16	30	40	
	10,4%	16,7%	31,3%	41,7%	
3. Образование: 1) высшее медицинское; 2) интернатура; 3) аспирантура; 4) высшее биологическое; 5) высшее химическое	55	19	4	14	4
	55,2%	19,8%	4,2%	14,6%	4,2%
4. Категория: 1) высшая; 2) первая; 3) вторая; 4) нет	17	26	7	45	
	17,7%	27,1%	7,3%	47,9%	
5. Повышение квалификации: 1) за последний год; 2) за последние три года; 3) за последние 5 лет	18	51	22		
	19,8%	56,0%	24,2%		
6. Используемые источники новой информации о лабораторной службе: 1) журналы периодических изданий; 2) циклы ФПК; 3) интернет; 4) монографии и другие изданий; 5) все перечисленное	10	21	12	8	45
	10,4%	21,9%	12,5%	8,3%	46,9%
7. Среднее число видов лабораторных исследований за один рабочий день: 1) 1-2 исследования; 2) 3-4 исследования; 3) 5-6 исследований; 4) более 6 исследований	5	14	10	67	
	5,2%	14,6%	10,4%	69,8%	
8. Среднее количество лабораторных исследований за один рабочий день: 1) менее 10 исследований; 2) 10-15 исследований; 3) более 15 исследований	8	14	74		
	8,3%	14,6%	77,1%		
9. Методы исследования: 1) ручные методы; 2) автоматические анализаторы; 3) полуавтоматические анализаторы	84	81	51		
	87,5%	84,4%	53,1%		
10. Оснащенность лаборатории: 1) 1 балл – плохая; 2) 2 балла – ниже средней; 3) 3 балла – средняя; 4) 4 балла – выше средней; 5) 5 баллов – достаточно хорошая	4	8	30	17	37
	4,2%	8,3%	31,3%	17,7%	38,5%
11. Применяемое оборудование: 1) отвечает современным требованиям и эффективно применяется в работе лаборатории; 2) отвечает современным требованиям, но неэффективно используется; 3) устаревшее, но хорошо работает; 4) устаревшее и требует ремонта	41	17	28	10	
	42,7%	17,7%	29,2%	10,4%	
12. Сервисное обслуживание оборудования: 1) 1 балл – плохое; 2) 2 балла – ниже среднего; 3) 3 балла – среднее; 4) 4 балла – выше среднего; 5) 5 баллов – достаточно хорошее	10	10	41	16	19
	10,4%	10,4%	42,7%	16,7%	19,8%
13. Оценка качества работы оборудования лаборатории: 1) 1 балл – качество плохое; 2) 2 балла – ниже среднего; 3) 3 балла – среднее; 4) 4 балла – выше среднего; 5) 5 баллов – достаточно хорошее	4	5	17	21	49
	4,2%	5,2%	17,7%	21,9%	51,0%
14. Обеспеченность расходными материалами, реагентами: 1) 1 балл – плохая; 2) 2 балла – ниже средней; 3) 3 балла – средняя; 4) 4 балла – выше средней; 5) 5 баллов – достаточно хорошая	4	10	12	21	49
	4,2%	10,4%	12,5%	21,9%	51,0%
15. Обеспеченность калибраторами: 1) 1 балл – плохая; 2) 2 балла – ниже средней; 3) 3 балла – средняя; 4) 4 балла – выше средней; 5) 5 баллов – достаточно хорошая	1	8	20	21	46
	1,0%	8,3%	20,8%	21,9%	47,9%
16. Обеспеченность контрольным материалом для внутрилабораторного контроля качества лаборатории: 1) 1 балл – плохая; 2) 2 балла – ниже средней; 3) 3 балла – средняя; 4) 4 балла – выше средней; 5) 5 баллов – достаточно хорошая	4	7	17	19	49
	4,2%	7,3%	17,7%	19,8%	51,0%
17. Обсуждение с лечащим врачом результатов клинико-лабораторного исследования: 1) да, иногда; 2) да, часто; 3) да, всегда; 4) нет	31	41	16	8	
	32,3%	42,7%	16,7%	8,3%	
18. Организация лабораторной службы: 1) 1 балл – плохая; 2) 2 балла – ниже средней; 3) 3 балла – средняя; 4) 4 балла – выше средней; 5) 5 баллов – достаточно хорошая		7	17	21	51
		7,3%	7,7%	21,9%	53,1%
19. Удовлетворенность отношением администрации МО к лабораторной службе: 1) затрудняюсь ответить; 2) не удовлетворен; 3) частично удовлетворен; 4) удовлетворен		14	34	48	
		14,6%	35,4%	50,0%	
20. В лабораторной службе Карагандинской области по кадровым ресурсам имеет место: 1) дефицит; 2) достаточное количество; 3) избыточное количество	67	27	2		
	69,8%	28,1%	2,1%		
21. На Ваш взгляд, специалисты с высшим немедицинским образованием в КДЛ: 1) не должны быть; 2) должны быть в пределах: 3) 10-20%; 4) 21-40%; 5) 41-50%; 6) более 50%		12	51	22	11
		12,5%	53,1%	22,9%	11,5%
22. Количество исследований, проводимое одним врачом, считаете: 1) нормальным; 2) чрезмерным; 3) недостаточным	41	47	8		
	42,7%	49,0%	8,3%		
23. Проводится ли в лаборатории: 1) внутрилабораторный контроль качества; 2) межлабораторное сличение; 3) внешняя оценка качества	70	33	51		
	72,9%	34,4%	53,1%		

*В таблицу включены только вопросы, имеющие более 2 вариантов ответа



Рисунок 1 – Распределение ответов на вопрос №11 анкеты

работающее. В 10 (10,4%) анкетах отмечено, что оборудование устарело и требует ремонта. Недостаточное качество работы оборудования подтверждается и ответами на вопрос №13. Почти 1/3 (27,1%) респондентов оценила качество работы оборудования на 3 балла и ниже.

Серьезным дефектом деятельности КДЛ является недостаточная обеспеченность расходными материалами и реагентами. Известно, что стоимость реагентов достаточно высокая, что, очевидно, является причиной низкой оценки (на 3 балла и ниже) респондентов по вопросу обеспеченности реагентами. Проблемы с реагентами отражаются на эффективности работы оборудования, являясь причиной его простоя. В 30,1% анкет прослеживается и такая проблема, как недостаточная обеспеченность калибраторами.

Ответы на вопрос №16 отражают недостатки в очень важном разделе работы КДЛ – проведении внутрилабораторного контроля качества. Из-за нехватки контрольных материалов трудно добиться обеспеченности хорошего контроля качества лабораторных исследований, что может стать причиной искаженных и недостоверных результатов.

Вышеперечисленные проблемы в материальной оснащённости КДЛ, безусловно, отражаются на удовлетворенности специалистов

вопросами организации лабораторной службы, которая в среднем оценена на $4,2 \pm 0,10$ балла, и снижают оценку респондентов до $3,35 \pm 0,07$ баллов деятельности администрации по отношению к лабораторной службе. Специалистами КДЛ был отмечен дефицит кадровых ресурсов в 69,8% случаев, достаточным количество кадровых ресурсов посчитали 28,1% респондентов и 2,1% отметили избыток кадровых ресурсов.

Что касается необходимости работы в КДЛ специалистов с немедицинским образованием, то все респонденты считают, что они должны обязательно входить в кадровый состав лабораторной службы. При этом в анкетах процент специалистов с немедицинским образованием указан разный: 12 респондентов отметили 10-20%, 51 респондентов – 21-40%, 22 респондента выбрали ответах в пределах 41-50% и 11 человек указали на то, что специалистов с высшим немедицинским образованием в КДЛ должно быть более половины. Положительно о том, что имеет место внутренний контроль качества, ответили 72,9% респондентов, 33,4% – межлабораторное сличение, 53,1% указали на проведение внешней оценки качества.

Представляло интерес изучить мнение специалистов КДЛ в зависимости от стажа работы. С этой целью все респонденты были раз-

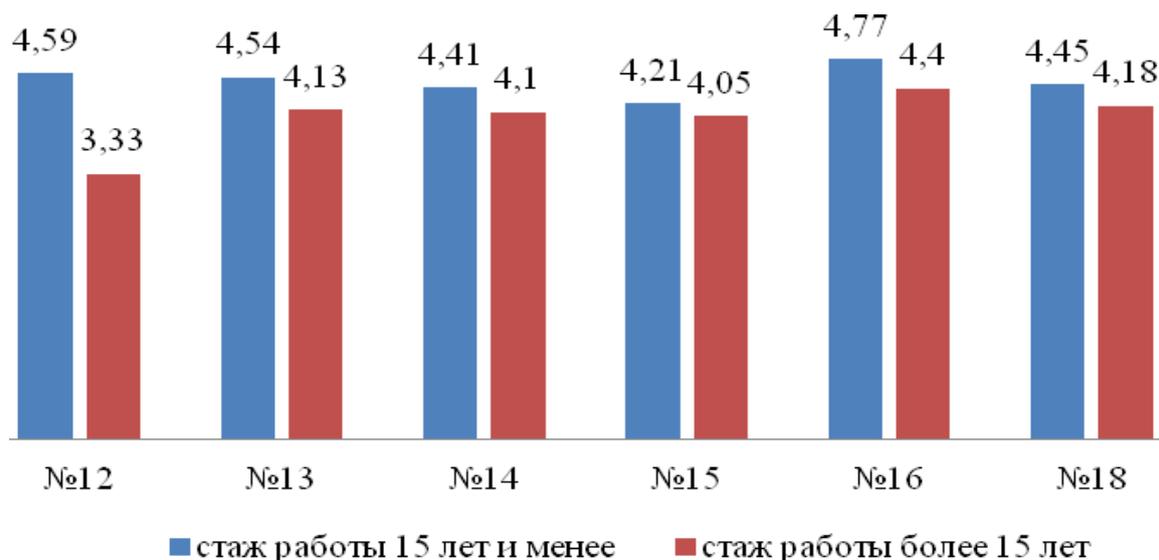


Рисунок 2 – Сравнительный анализ ответов специалистов КДЛ на вопросы анкеты в зависимости от стажа работы

делены на две подгруппы: I подгруппа – со стажем работы в лаборатории 15 лет и менее и II подгруппа – со стажем работы более 15 лет. Сравнительный анализ показал, что имела место существенная разница в ответах по ряду вопросов анкеты.

Так, на целый ряд вопросов, касающихся сервисного обслуживания оборудования (вопрос №12), оценки качества работы оборудования (вопрос №13), обеспеченности расходными материалами, реагентами (вопрос №14), калибраторами (вопрос №15), контрольными материалами для проведения внутрिलाбораторного контроля качества (вопрос №16), удовлетворенности организацией лабораторной службы (вопрос №18), более опытные специалисты, имеющие большой стаж работы, критичнее оценивают ситуацию, более аргументированно и откровенно высказывают свое мнение (рис. 2).

Выявлено, что отношение администрации к лабораторной службе удовлетворяет специалистов с меньшим стажем работы в большем проценте случаев (76,8%), чем специалистов КДЛ со стажем работы более 15 лет. Удовлетворенность последних составила 55,0%, что на 21,8% ниже по сравнению с удовлетворенностью специалистов со стажем работы 15 лет и менее (рис. 3).

ВЫВОДЫ

1. Результаты социологического опроса показали, что кадровые ресурсы с высшим образованием, работающие в КДЛ медицинских организаций Карагандинской области, имеют достаточно хороший уровень квалификации с категорированностью – 52,1%, обладают стремлением к самообразованию, совершенствованию, готовностью к освоению инновационных технологий.

2. Основными проблемами лабораторной службы региона остаются: недостаточный уро-

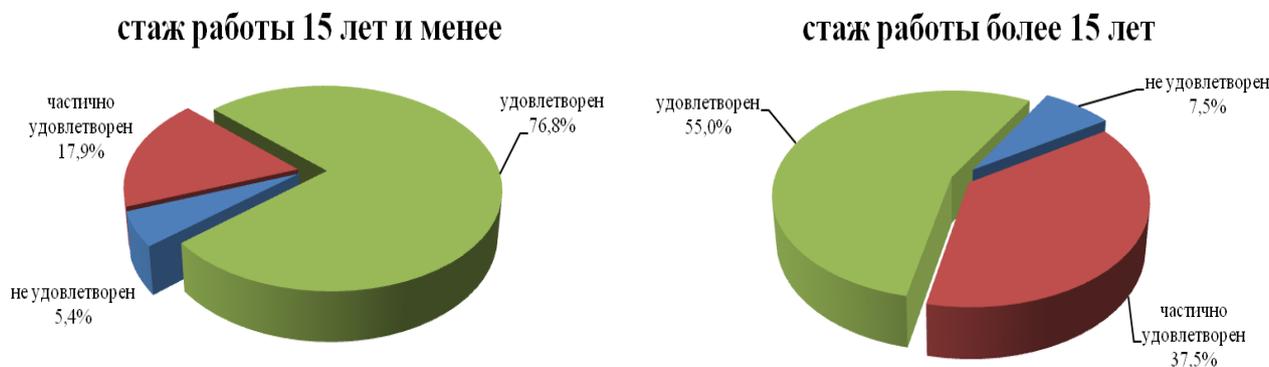


Рисунок 3 – Удовлетворенность респондентов отношением администрации МО к лабораторной службе

вень современной технической оснащенности оборудованием и эффективности его использования, недостаточная обеспеченность необходимыми расходными материалами, реагентами, калибраторами и контрольными материалами для проведения внутрилабораторного контроля качества.

3. Повышение достоверности результатов лабораторного исследования и развитие аналитического процесса лабораторного анализа может быть достигнуто разработкой и внедрением новых технологий мониторинга качества работы лабораторий.

4. Для полноценного обеспечения деятельности клинико-диагностических лабораторий необходимо изучение потребности в кадровых ресурсах разного профиля (с медицинским и немедицинским образованием, менеджера по качеству контроля) и совершенствование нормативно-правовой базы лабораторной службы.

ЛИТЕРАТУРА

1 Абильдинова Г. Ж. Состояние и перспективы развития лабораторной службы Республики Казахстан [Электронный ресурс] /Г. Ж. Абильдинова. – Режим доступа: <http://www.myshared.ru/slide/60502/>, дата обращения 20.04.2015.

2 Аминев Р. А. Социально-гигиенические и организационные аспекты совершенствования лечебно-диагностической помощи населению (на примере Республики Башкортостан) [Текст] дис. ...к.м.н. /Аминев Руслан Айратович. – Уфа, 2014. – 164 с.

3 Долгов В. В. Клиническая лабораторная диагностика [Текст] : в 2 т.: национальное руководство / ред.: В. В. Долгов, В. В. Меньшиков. – М.: ГЭОТАР-Медиа – Т. 1. – 2013. – 928 с.

4 Дусмагамбетов М. У. О приоритетах совершенствования подготовки-врачей лаборантов [Текст] /М. У. Дусмагамбетова, А. М. Дусмагамбетова //Лабораторная медицина. – 2014. – №4(11). – С.17-19.

5 Култанова Э. Б. Анализ кадрового обеспечения лабораторной службы по Карагандинской области [Текст] /Н. С. Умбеталина, Г. А. Бейсембаева, Ш. Е. Диканбаева // Лабораторная медицина. – 2014. – №4(11). – С. 24-26.

6 Хоровская Л. А. Научное обоснование региональной системы управления качеством клинических лабораторных исследований [Текст] автореферат дис. ...д.м.н. /Хоровская Лина Анатольевна. – Санкт-Петербург, 2007. – 37 с.

REFERENCES

1 Abildinova G. J. Condition and prospects of development of laboratory services of the Republic of Kazakhstan [electronic resource] /G. J. Abildinova. – Access: <http://www.myshared.ru/slide/60502/>, date 20.4.2015 treatment.

2 Aminev R. A. Social-hygienic and organizational aspects of perfection of medical-diagnostic care to the population (in the case of the Republic of Bashkortostan) [Text] dis. ... c.m.s. /Ruslan Aminev Ayratovich. – Ufa, 2014. – 164 p.

3 Dolgov V. V. Clinical laboratory [Text]: in Vol 2: national leadership /Ed.: V. V. Dolgov, V. V. Menshikov. – M.: GEOTAR-Media – V. 1. – 2013. – 928 p.

4 Dusmagambetov M. U. About the priorities of improving the training of laboratory doctors [Text] /M. U. Dusmagambetova, A. M. Dusmagambetova //Laboratory Medicine. – 2014. – №4 (11). – P.17-19.

5 Kultanova E. B. Analysis of staffing of laboratory services in Karaganda region [Text] / N. S. Umbetalina, G. A. Beisembayeva, Sh. E. Dikanbaeva //Laboratory Medicine. – 2014. – №4 (11). – P. 24-26.

6 Khorovskaya L. A. Scientific substantiation of a regional system of quality management of clinical laboratory tests [Text] Author's abstract... MD /Khorovskaya Lina Anatolevna. – St. Petersburg, 2007. – 37 p.

Поступила 20.04.2015 г.

E. B. Kultanova, N. S. Umbetalina, A. S. Kalina, G. A. Beisembayeva
ASSESSMENT OF LABORATORY SERVICES IN KARAGANDA REGION BY THE SPECIALISTS OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC LABORATORIES

The article presents the data of sociological survey of specialist working at clinical and diagnostic laboratories in Karaganda region. The sociological survey with specially designed questionnaire was attended by 96 respondents. The authors studied the age-sex composition of the respondents, their work experience, categorization, advanced training, expert opinion on the state of laboratory services, equipment consumables, reagents, equipment, and its efficient use, compliance with modern requirements on the amount of the research.

The results of sociological survey showed that, in general laboratory service of Karaganda region was estimated at a fairly good level. The main problems in the activities of clinical diagnostic laboratories in the region remains insuffi-

cient technical equipment of modern equipment and its efficient use, inadequate supply of consumables, reagents, calibrators, control materials for internal quality control. In order to ensure full activity of clinical diagnostic laboratories it is necessary to examine the need for human resources in different fields (medical and non-medical education, quality control manager) and improving the legal framework of laboratory services.

Keywords: laboratory services, opinion poll, human resources, clinical diagnostic laboratory, Karaganda region

Э. Б. Құлтанова, Н. С. Үмбеталина, А. С. Калина, Г. А. Бейсембаева

ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТІН КЛИНИКО-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЗЕРТХАНАЛАР МАМАНДАРЫНЫҢ БАҒАЛАУЫ

Мақалада Қарағанды облысының клиникалық-диагностикалық зертханасының мамандарына жүргізілген әлеуметтік пікір сұраудың мәліметтері көрсетілген. Әлеуметтік пікір сұрауда арнайы құрастырылған сауалнама бойынша 96 респондент қатысты. Респонденттердің жас-жыныстық құрамы, олардың жұмыс өтілі, санаттылығы, біліктіліктерін көтеру сұрақтары, зертханалық қызметтің жағдайы жөніндегі мамандардың ойлары, шығын материалдарын жарақтандыру, реагенттермен жабдықтау, олардың қолданылуы, заманауи талаптарға сәйкестігі, өткізілген зерттеулердің көлемі жөнінде зерттелген.

Әлеуметтік пікір сұраудың нәтижесі Қарағанды облысының зертханалық қызметінің жақсы деңгейде бағаланғанын көрсетті. Өңірдің клиникалық-диагностикалық зертханаларының қызметінің негізгі проблемалары заманауи техникалық жабдықтармен жабдықталмауы және олардың қолдану тиімділігі, шығын материалдары жарақтандырылмауы, реагенттердің, калибраторлардың, ішкі зертханалық бақылау сапасы үшін қосымша материалдардың, жеткілікті деңгейде болмауы болып табылады. Клиникалық-диагностикалық зертханалардың қызметтерін толық түрде қамтамасыз ету үшін әртүрлі профилдегі кадрлік қордың қажеттіліктерін қарастыру (медициналық және медициналық емес біліммен, бақылау сапасы бойынша менеджер) және зертханалық қызметтің нормативтік-құқықтық базасын жетілдіру қажет.

Кілт сөздер: зертханалық қызмет, әлеуметтік пікір сұрау, кадрлер, клиникалық-диагностикалық зертхана, Қарағанды облысы.

М. Ж. Әлиева, Т. С. Серғалиев

ҚАРАҒАНДЫ ҚАЛАСЫ ӘЙЕЛДЕРІНІҢ ТҮСІККЕ ҚАТЫНАСЫ БОЙЫНША ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті
ҰҚДҚ қоғамдық денсаулық сақтау гигиена және эпидемиология курсымен кафедрасы

Мақалада жас аналардың репродуктивті құрылымы және репродуктивті мінез-құлқының, оның ішінде түсіктің әлеуметтік және медициналық факторлармен байланысы қамтылады. Айтылмыш тақырыпты зерттеудің маңызы жоғары, Қарағанды қ. әйелдерінің репродуктивті мінез-құлқында өзгерістер бар екендігі айқындалды. Сонымен қатар, Қарағанды қ. нақты түсік жиілігі зерттелді. Халықаралық ұйымдардың мәліметтеріне сәйкес көп аспектілі ақпараттар, және репродуктивті мінез-құлқтың әртүрлі жақтарының кезеңді мониторингі, түсіктің таралуы, сонымен қатар жеке және ведомствалық жағдайына қарамастан, барлық медициналық мекемелердің есептік толық қатысуымен қамтамасыз етуі негіз болды.

Кілт сөздер: репродуктивті мінез-құлқы, репродуктивті денсаулық, жүктілік, түсік, статистикалық ақпарат

Әйелдердің репродуктивті денсаулығын қорғау мәселесі елдің мәдени, кәсіби-өндірістік және репродуктивті потенциалы ретінде аса өзекті болып қала береді. Кез келген жастағы әйелдердің репродуктивті денсаулық жағдайы көп жағдайда оның репродуктивті мінез-құлқымен анықталады [1].

Репродуктивті мінез-құлқы – бұл некелі немесе некесіз баланың тууылуына немесе туылуын болдырмауға қатынасы және іс-әрекеттер жүйесі.

Өкінішке орай, әлемнің барлық елінде дерлік бірнеше жылдардан бері түсік туу көрсеткішін реттеуші негізгі әдіс болып қала береді және әйелдердің түсік жасау құқығы кеңеюінен есептік тенденция байқалуда. Түсік жасауға толығымен небәрі әлемнің 6 елінде ғана тыйым салынған: Ватикан, Доминикан Республикасы, Мальта, Никарагуа, Сальвадор және Чили [2].

Осыған сәйкес, көрші мемлекет Ресей Федерациясында әрбір үшінші ана өлімінің себебін құрушы, 3 млн. түсік жасалынады екен. Оперативті жолмен бала туғызу көршілес Ресейде соңғы 5 жылда 20,2% жоғарылаған, 2002 жылы бұл көрсеткіш 1000 туылғандарға шаққанда 154,8 құрады, ал 2003 жылы – 159,1. Сонымен, әрбір 6-7-ші операция жолымен туылуға жол берілетіндігін көрсетті. Ресей Федерациясында ана және перинатальды өлім көрсеткішінің төмендеуіне қарамастан, оның деңгейі экономикасы дамыған елдерге қарағанда 3-3,5 есе жоғары [3].

Статистикалық ақпаратқа сәйкес, Қазақстан Республикасында 2010 жылы 2008 жылмен салыстырғанда түсік саны 1000 фертильді жастағы әйелге шаққанда 28,1-ден 23,0-ге, ал 100 тірі және өлі туылғандарға

шаққанда – сәйкесінше 33,9-дан 28,5-ке төмендеген.

Қарағанды қаласы әйелдерінің репродуктивті мінез-құлқын және түсік жағдайын бағалау.

МӘЛІМЕТТЕР ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ ТӘСІЛДЕРІ

Қарағанды қаласының статистикалық Департаментінен алынған мәліметтер негізінде зерттеу жүргізілді.

Арнайы өңделген «Әйелдердің репродуктивті мінез-құлқына әсер ететін факторларды» зерттеу үшін анонимді сұраунама 42 сұрақтан тұрды, оның ішінде 17 сұрақ әлеуметтік жағдайын анықтауға бағытталған сұрақтардан, ал 25 сұрақ медициналық тұрғысынан, яғни әйелдердің денсаулық күйін, оның ішінде репродуктивті денсаулығын зерттеуге бағытталған сұрақтар қойылды.

Осы сұраунаманың көмегімен Қарағанды қаласының №5 емхана және Облыстық перинатальдық орталығында тіркелген 15-49 жас аралығындағы 150 әйелдер сұрас-тырылды.

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІ ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Қарағанды қаласы – Қазақстан Республикасының өндірістік орталығы екені белгілі. Қарағанды қаласы бойынша туу коэффициентінің жоғары көрсеткіші 25-29 жас аралығындағы әйелдердің (2013 ж. 1000 туған әйелдерге есептегенде 130,91) үлесіне тиді. Қарағанды қаласының туудың жиынтық коэффициенті 2010 ж. 1,98, сәйкесінше 2013 ж. 2,08 өсті. Алайда, жасанды түсіктің жалпы коэффициенті 2013 жылы 15-49 жастағы 1000 әйелге есептегенде 26,0, жасанды түсіктің жиілігі 100 туғандарға есептегенде 38,5 көрсетті.

Осыған сәйкес, түсікке қатынасы бойынша №5 емханада тіркелген

респонденттердің 25,3% ($p=0,2$; $m=0,05$; $t=0,4$, қатесіз болжам ықтималдығына $>99,9\%$ сәйкес келді) «иә» жауабын көрсетті, 74,6% ($p=0,7$; $m=0,05$; $t=1,4$, қатесіз болжам ықтималдығына $>99,9\%$ сәйкес келді) «жоқ» нұсқасын белгіледі. Сәйкесінше, Облыстық перинатальды орталықта тіркелеген респонденттердің 34,6% ($p=0,35$; $m=0,055$) «иә» жауабын көрсетсе, 65,3% ($p=0,6$; $m=0,06$) «жоқ» нұсқасын белгіледі.

Қаламаған жүктіліктен сақтануы бойынша екі топта да №5 емханада тіркелген респонденттерінің басым бөлігі 50,6% ($p=0,6$; $m=0,06$) сақтанбағаны, сәйкесінше облыстық перинатальдық орталығына да 60% ($p=0,0,6$; $m=0,06$) осы үлес тән болды. ең төменгі көрсеткіш қорғану тәсілін 10,6% ($p=0,11$; $m=0,036$), келесі топ биологиялық күнтізбе қолданатындығын 6,7% ($p=0,07$; $m=0,03$) мәлімдеді.

Сөйтіп, сұралған әйелдердің арасында балалы болуға жиі кедергі себептері бойынша келесі себептер аталған: білім алу себептерімен (2%), қиын тұрмыс жағдайы (4,7%), ертеңгі күнге сенімсіздік (8,7%), карьера, жұмыс өтілінің, біліктілігінің төмендеп кетуінен қорқу (4,0%), жеке жағдайының мәселелері (11,3%), сондай-ақ, жауап бере алмағандар (69,3%). Алынған мәліметтер әйелдердің репродуктивті мінез-құлық үдерісінде материалдық табыстың және басқа да мәселелерінің маңызы бар екенін растайды.

Көптеген әйелдер отбасында туу көрсеткішінің қысқаруын (47,3%) әлеуметтік ортасына экономикалық бағыныштылықпен байланыстыратыны байқалды. Солай бола тұра, респонденттердің 16%-ы өз үйінің болмауымен айқындаса, 27% басқа жауап нұсқасын белгілеген, сонымен бірге, 4% отбасылық қатынасына байланысты сенімсіздік және жоғары оқу орнында оқуына байланысты көрсетсе, 1,3% респондент отбасындағы туу көрсеткішінің қысқаруын әлеуметтік ортасына экономикалық бағыныштылығы және өз үйінің болмау себептерімен байланыстырды. Анықталған мәліметтер отбасындағы туу көрсеткішінің қысқаруы материалдық жағдайымен, өз үйінің болмауымен байланысты екенін дәлелдейді.

Жүргізілген зерттеу нәтижесі бойынша келесідей қорытынды беруге болады:

1. Қарағанды қаласы бойынша жасанды түсіктің жалпы коэффициенті 2013 жылы 15-49 жастағы 1000 әйелге есептегенде 26,0, жасанды түсіктің жиілігі 100 туғандарға

есептегенде 38,5 көрсетті;

2. Әлеуметтік зерттеуде, әйелдердің түсікке қатынасы бойынша басым бөлігі бірінші топ әйелдерінде де 76% ($p=0,7$; $m=0,05$; $t=1,4$, қатесіз болжам ықтималдығына $>99,9\%$ сәйкес келді), сонымен қатар сәйкес келесі топ әйелдерінде де (65,3% ($p=0,6$; $m=0,06$) түсік жағдайы болмағандығы расталды;

3. Қаламаған жүктіліктен сақтануы бойынша екі топта да едеуір басым бөлігі (50,6% ($p=0,6$; $m=0,06$); 60% ($p=0,0,6$; $m=0,06$) сақтанбағандығы анықталды;

4. Әйелдердің арасында балалы болуға жиі кедергі себептерін респонденттердің басым бөлігі (69,3%) жауап нұсқасын көрсетпеді;

5. Көптеген әйелдер отбасында туу көрсеткішінің қысқаруын (47,3%) әлеуметтік ортасына экономикалық бағыныштылықпен байланыстыратыны байқалды.

Осыған орай, тұрғындар арасында қаламаған жүктілікті болдырмауда жаппай ақпараттандыру және туу көрсеткішін жоғарылатуда мемлекет тарапынан материалдық қолдауды арттыру қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР

1 Фролова О. Г. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья /О. Г. Фролова, З. З. Токова //Акушерство и гинекология. – 2005. – №1. – С. 3-6.

2 Хамошкина М. В. Репродуктивное поведение и контрацептивный выбор девушек-подростков приморского края //Акушерство и гинекология. – 2005. – №2. – С. 46-49.

3 Demoscope Weekly. – 2011. – 19-31 дек., №491-492. <http://demoscope.ru/weekly/2011/0491/barom03.php>. – p. 26-28. - 16.04.2015.

REFERENCES

1 Frolova O. G. Main indicators of obstetric services and reproductive health /O. G. Frolova, Z. Z. Tokova //Obstetrics and gynecology. – 2005. – №1. – P. 3-6.

2 Hamoshkina M. V. Reproductive and contraceptive choice of adolescent girls of Primorsk Territory //Obstetrics and Gynecology. – 2005. – №2. – P. 46-49.

3 Demoscope Weekly. – 2011 – 19-31 of Dec., №491-492. <http://demoscope.ru/weekly/2011/0491/barom03.php>. - P. 26-28. - 16.04.2015.

Поступила 23.04.2015 г.

M. Zh. Aliyeva, T. S. Sergaliev

FEATURES OF ATTITUDES TOWARD ABORTION OF WOMEN OF KARAGANDA

In the article connection between reproductive health and behavior of young mothers, including abortions on a social and medical factor embraced. In connection with the change of reproductive behavior of women and negative relation of young women to abortion importance of this theme is actual. Frequency of abortions was therefore investigated among the women of reproductive age Karaganda.

It is established that multi-aspect statistical information is needed to compare with the date of international organizations, and the regular monitoring is important to control the different characteristic of population reproductive behavior, abortion prevalence and the all-inclusive participation in the reporting activity of all medical institutions involved independently of property forms and sectorial membership.

Key words: reproductive behavior, reproductive health, pregnancy, abortion, statistical information.

М. Ж. Алиева, Т. С. Сергалиев

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К АБОРТУ ЖЕНЩИН Г. КАРАГАНДЫ

Авторами статьи проанализирована связь между репродуктивным здоровьем и поведением молодых матерей, в том числе рассмотрен такой социальный фактор, как медицинский аборт. Тема статьи очень актуальна в связи с изменением репродуктивного поведения женщин и негативным отношением молодых женщин к аборту, поэтому исследовалась частота абортов среди женщин репродуктивного возраста г. Караганда.

Выявлена необходимость в многоаспектной информации, сопоставимой с данными международных организаций, и периодический мониторинг различных сторон репродуктивного поведения населения, распространенности абортов, в том числе с обеспечением полноты участия в отчетной деятельности всех медицинских учреждений, осуществляющих эту деятельность, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности.

Ключевые слова: репродуктивное поведение, репродуктивное здоровье, беременность, аборты, статистическая информация

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.61-002.3-085-053.2

А. С. Князева¹, Б. А. Абеуова¹, Е. А. Кунц², Л. А. Андреева², В. В. Игольникова¹,
А. С. Дильдабекова¹, А. Б. Айдарова¹

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШТАММОВ БАКТЕРИЙ ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра педиатрии и детской хирургии факультета непрерывного профессионального развития Карагандинского государственного медицинского университета,

²Областная детская клиническая больница

В нефрологическом отделении Областной детской клинической больницы г. Караганды в период 2014 г. на стационарном лечении находились 174 ребенка: 106 (61%) девочек и 68 (39%) мальчиков. В возрасте от 0 до 1 года было 42 (24%) ребенка, от 1 года до 3 лет – 61 (35%), от 3 до 7 лет – 36 (21%), от 7 до 17 лет – 35 (20%). Всем исследуемым был поставлен диагноз острый пиелонефрит. У 174 (100%) обследуемых диагноз был подтвержден лейкоцитурией.

По данным проведенного исследования наиболее частым микроорганизмом при остром пиелонефрите явилась *E. coli*, которая высевалась в 85% случаях. Реже выявлялись стафилококки (16%), стрептококки (10%), энтерококки (11%). По результатам проведенного анализа выяснилось, что резистентность *E. coli* к препаратам пенициллинового ряда и цефалоспоринов I поколения очень высока.

Ключевые слова: острый пиелонефрит, инфекция мочевой системы, антибиотикорезистентность, детский возраст, мочевыделительная система

В структуре инфекционной заболеваемости инфекции мочеполовой системы (ИМС) занимают II место, уступая лишь респираторным инфекциям, в то время как собственно пиелонефрит встречается реже. В структуре внутрибольничных инфекций доля ИМС может достигать 40% [1].

Инфекционно-воспалительные заболевания мочевой системы у детей, в том числе острый пиелонефрит (ОП), являются одной из актуальных проблем детской урологии и нефрологии и характеризуются этиологической мультифакторностью. Из микробных факторов наиболее полно изучены бактериальные патогены с доминированием представителей семейства *Enterobacteriaceae*. Этиологически причастными к формированию ОП у детей могут быть грампозитивная флора, неферментирующие грамотрицательные бактерии (*Pseudomonas* sp.), а также другие бактериальные и вирусные патогены [2]. Воспалительные заболевания органов мочевой системы, в том числе почек, могут быть вызваны моно- и микст-инфекцией.

В педиатрической практике эта проблема приобретает особую актуальность, так как в силу ряда причин дети раннего возраста наиболее восприимчивы к инфекционным заболеваниям [3].

Лечение острого пиелонефрита у детей в подавляющем большинстве случаев основано на использовании антибактериальной терапии, которая нередко затруднена за счет морфологических и функциональных особеннос-

тей почек и мочевыводящей системы, способствующих селекции штаммов микроорганизмов, устойчивых к бактерицидному действию гуморальных факторов защиты [4, 5, 9].

В США на долю ИМС приходится более 7 млн. визитов к врачу в год, из которых более 2 млн. связаны с циститом, в то время как собственно пиелонефрит является причиной более 100 000 госпитализаций в год. Около 15% всех амбулаторно назначаемых в США антибиотиков, общей стоимостью более 1 млрд. долларов, выписываются по поводу ИМС. Не менее 40% всех нозокомиальных инфекций обусловлены ИМС, вызванной в большинстве случаев катетеризацией мочевого пузыря [5].

По данным ряда исследований, в США, странах Азии и Европы в 22-70% случаев родители давали антибиотики (АБ) своим детям [4]. В Российской Федерации и Республике Казахстан данная проблема распространена широко в связи с безрецептурным отпуском антибиотиков и отсутствием достаточной информированности населения [2, 5].

Цель работы – определение антибиотикорезистентности бактерий, этиологически причастных к формированию острого пиелонефрита у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нефрологическом отделении Областной детской клинической больницы г. Караганды в период 2014 г. на стационарном лечении находились 174 ребенка: 106 (61%) девочек и 68 (39%) мальчиков. В возрасте от 0 до 1 года было 42 (24%) ребенка, от 1 года до 3 лет –

61 (35%), от 3 до 7 лет – 36 (21%), от 7 до 17 лет – 35 (20%). Всем исследуемым был поставлен диагноз острый пиелонефрит, активная фаза. У 116 (67%) детей встречались сопутствующие заболевания, чаще всего в виде дефицитной анемии – у 80 (68%) детей, реже регистрировались дискинезия желчевыводящих путей – у 5 (3%), хронический гастродуоденит, аллергический дерматит – у 8 (5%).

При обследовании лейкоцитоз был выявлен у 73 (42%) пациентов - в среднем 20×10^9 /л. У всех 174 (100%) обследуемых диагноз был подтвержден лейкоцитурией. У 45 (26%) детей была выявлена микрогематурия. Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря проводилось всем пациентам. У 30 (17%) пациентов на ультразвуковом исследовании почек выявлена дилатация или пиелозктазия чашечно-лоханочной системы почек, исходя из этого детям была назначена микционная цистография. У 3 (10%) детей на цистографии регистрировался односторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс I-II степени, не требующий эндоскопической коррекции.

В отделении каждому пациенту было проведено микробиологическое исследование с выявлением бактерий и определением чувствительности к антибактериальным препаратам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Микробиологический пейзаж мочи представлен следующими образом: стрептококки у 18 (10%), стафилококки у 27 (16%), энтерококки у 20 (11%), E. coli 85 (49%), P. rettgeri 4 (2%), St. haemolyticus 20 (12%). Устойчивость к антибиотикам выявлена у 63 человек (36%), резистентность у 17 пациентов (10%) (рис. 1).

Изучена резистентность микроорганизмов к препаратам пенициллинового ряда при

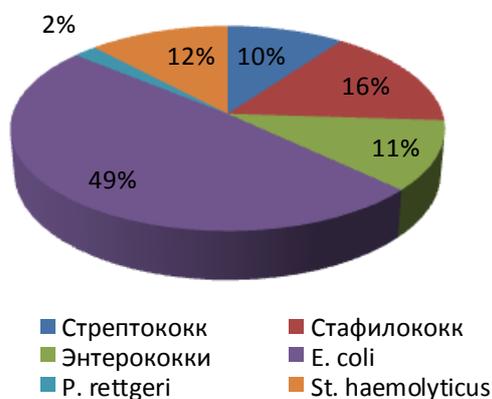


Рисунок 1 – Микробиологический пейзаж мочи

остром пиелонефрите (рис. 2), так резистентной оказалась E. coli (81%), что согласуется с литературными данными [2, 4]. Также проанализирована резистентность микроорганизмов к цефалоспорином I поколения (рис. 3), где также преобладает E. coli (77%).

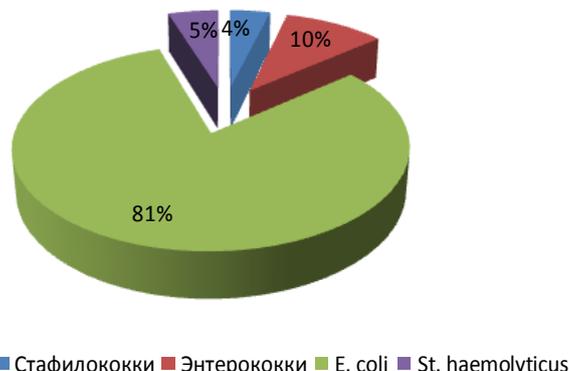


Рисунок 2 – Резистентность микроорганизмов к препаратам пенициллинового ряда



Рисунок 3 – Резистентность микроорганизмов к цефалоспорином I поколения

ВЫВОДЫ

1. По результатам исследования выявлено, что острый пиелонефрит встречается чаще у девочек и чаще у детей до 3 лет. Из сопутствующей патологии чаще всего регистрировалась железодефицитная анемия 68 (80%).

2. Наиболее частым микроорганизмом при остром пиелонефрите являлась E. coli (49%). Реже выявлялись стафилококки (16%), стрептококки (10%), энтерококки (11%). Отмечалась высокая резистентность E. coli к препаратам пенициллинового ряда и цефалоспоринов I поколения.

ЛИТЕРАТУРА

1 Гриценко В. А. Информативность маркеров персистенции E. coli при бактериологической диагностике хронического пиелонефрита у детей /В. А. Гриценко, И. Э. Ляшенко, А. М. Гордиенко //Журн. микробиологии. – 2008. – №3. – С. 80-83.

2 Игнатова М. С. Новости педиатрической нефрологии с международного конгресса нефрологов //Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2009. – №1. – С. 47-50.

3 Козлов Р. С. Антимикробная резистентность Streptococcus pneumoniae в России: результаты проспективного многоцентрового исследования (фаза А проекта ПеГАС-I) /Р. С. Козлов, О. И. Кречикова, О. В. Сивая // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2006. – Т. 4, №3. – С. 267-277.

4 Козлов Р. С. Серологическая характеристика и чувствительность к антибиотикам пневмококков, выделенных у детей в возрасте до 5 лет в отдельных регионах Российской Федерации /Р. С. Козлов, А. Н. Чагарян, Л. В. Козлова //Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2011. – №13 (2). – С. 177-187.

5 Лабинская А. С. Руководство по медицинской микробиологии /А. С. Лабинская, Е. Г. Волина. – М.: БИНОМ, 2008. – 280 с.

6 Козлов Р. С. Антибиотикорезистентность Streptococcus pneumoniae в России в 1999-2005 гг.: результаты многоцентровых проспективных исследований ПеГАС-I и ПеГАС-II /Р. С. Козлов, О. В. Сивая, К. В. Шпынев // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2006. – №8. – С. 33-47.

7 Юшко Е. И. Инфекция мочевыводящих путей у детей: эпидемиология, этиопатогенез, клиника, исходы и профилактика //Журн. урологии. – 2008. – № 2. – С. 57-64.

8 Is self-medication with antibiotics in Europe driven by prescribed use? /L. Grigoryan, J. G. Burgerhof, F. M. Haaijer-Ruskamp et al. //J. Antimicrob. Chemother. – 2007. – V. 59. – P. 152-156.

9 Zakharova Ye., A. The sensitivity of pathogens of community-acquired urinary tract infections /Ye. Zakharova, A. Chesca, I. Azizov //Annals of RSBC. – 2013. – V. 18, Iss. 2. – P. 52-55.

REFERENCES

1 Gritsenko V. A. Informational content of markers of persistent E. coli in the bacteriological

diagnosis of chronic pyelonephritis in children /V. A. Gritsenko, I. E. Lyashenko, A. M. Gordienko // Journal. Microbiology. – 2008. – №3. – P. 80-83.

2 Ignatova M. S. News of the pediatric nephrology from the International Congress of Nephrology //Rus. vestnik. perinatology and pediatrics. – 2009. – №1. – P. 47-50.

3 Kozlov R. S. Antimicrobial resistance of Streptococcus pneumoniae in Russia: results of a prospective multicenter study (phase A project of PeGAS-I) /R. S. Kozlov, O. I. Krechikova, O. V. Sivaya //Clinical microbiology and antimicrobial chemotherapy. – 2006. – V. 4, №3. – P. 267-277.

4 Kozlov R. S. Serological characteristics and sensitivity of pneumococcal antibiotics isolated from children under the age of 5 years in some regions of the Russian Federation /R. S. Kozlov, A. N. Chagaryan, L. V. Kozlova //Clinical microbiology and antimicrobial chemotherapy. – 2011. – №13 (2). – P. 177-187.

5 Labinskaya A. S. Guidline for medical microbiology /A. S. Labinskaya, E. G. Volina. – M.: Bean, 2008. – 280 p.

6 Kozlov R. S. Antibiotic resistance of Streptococcus pneumoniae in Russia in 1999-2005: results of a multicenter prospective studies of Pegasus and PeGAS-I and PeGAS-II /R. S. Kozlov, O. V. Sivaya, K. V. Shpynev //Clinical microbiology and antimicrobial chemotherapy. – 2006. – №8. – P. 33-47.

7 Jushko E. I. Urinary tract infections in children: epidemiology, etiopathogenesis, clinical outcomes and prevention //Journal. Urology. – 2008. – № 2. – P. 57-64.

8 Is self-medication with antibiotics in Europe driven by prescribed use? /L. Grigoryan, J. G. Burgerhof, F. M. Haaijer-Ruskamp et al. //J. Antimicrob. Chemother. – 2007. – V. 59. – P. 152-156.

9 Zakharova Ye., A. The sensitivity of pathogens of community-acquired urinary tract infections /Ye. Zakharova, A. Chesca, I. Azizov //Annals of RSBC. – 2013. – V. 18, Iss. 2. – P. 52-55.

Поступила 29.04.2015 г.

A. S. Knyazeva, B. A. Abeuova, Ye. A. Kunz, L. A. Andreyeva, V. V. Igolnikova, A. S. Dildabekova, A. B. Aidarova
ANTIBIOTIC-RESISTANT STRAINS OF BACTERIA IN ACUTE PYELONEPHRITIS IN CHILDREN

During 2014 174 children were hospitalized in the Nephrology department of the Regional children's hospital in Karaganda: 106 (61%) girls and 68 (39%) boys. 42 (24%) children were at the age from 0 to 1 year old, 61 (35%) children from 1 to 3 years, 36 (21%) – from 3 to 7 years, 35 (20%) – from 7 to 17 years. All examined children had acute pyelonephritis. The diagnosis was confirmed by leukocyturia in 174 (100%) children. According to the study the most frequent microorganism in acute pyelonephritis was E. coli, which was registered in 85% of cases. Less staphylococci (16%), streptococci (10%) and enterococci (11%) had been detected. According to the results of the analysis it was revealed, that E. coli resistance to drugs penicillin and cephalosporins of I generation is very high.

Key words: acute pyelonephritis, urinary tract infection, antibiotic resistance, child, urinary system

А. С. Князева, Б. А. Абеуова, Е. А. Кунц, Л. А. Андреева, В. В. Игольникова, А. С. Ділдабекова, А. Б. Айдарова
БАЛАЛАРДАҒЫ ӨТКІР ПИЕЛОНЕФРИТ КЕЗІНДЕ БАКТЕРИЯЛАР ШТАММДАРЫНЫҢ
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТТІЛІГІ

Қарағанды қаласының Облыстық балалар ауруханасының нефрологиялық бөлімшесінде 2014 жыл кезеңінде 174 бала стационарлық емделуде болған: 106 (61%) қыз бен 68 (39%) ұл балалар. Олардың арасында 0-1 жасқа дейінгі балалар 42 (24%), 1-3 жасқа дейінгі балалар – 61 (35%), 3-7 жасқа дейінгі балалар – 36 (21%), 7-17 жасқа дейінгі балалар – 35 (20%). Барлық зерттелушілерге өткір пиелонефрит диагнозы қойылған. Зерттелген 174 (100%) балаға лейкоцитурия диагнозы бекітілді.

Жүргізілген зерттеулердің деректері бойынша өткір пиелонефрит кезінде жиі кездесетін микроорганизм *E. Coli* болған, ол 85% жағдайда кездескен. Ал стафилококктар (16%), стрептококктар (10%), энтерококктар (11%) орын алған. Жүргізілген талдау нәтижелері *E. coli* пенициллин қатарының препараттарына және цефалоспориноидтердің I буынына резистенттілігі өте жоғары екенін көрсетті.

Кілт сөздер: өткір пиелонефрит, зәр жүйесінің инфекциясы, антибиотикорезистенттілік, балалар жасы, зәр бөлу жүйесі

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.89

Ж. Б. Бибекова, С. Т. Жанбырбаева

ОСОБЕННОСТИ БРЕДА РЕВНОСТИ ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗАХ

Кафедра психиатрии и наркологии Карагандинского государственного медицинского университета

В статье представлены результаты анализа архивных материалов, обзор клинических особенностей бреда ревности пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя. Вероятность возникновения алкогольной болезни, темп ее развития зависят от ряда факторов (наличия факторов риска), индивидуальной предрасположенности, обусловленной наследственностью, личностных особенностей и т.д. Обычно развитию алкоголизма предшествует бытовое пьянство. Продолжительность пьянства у анализируемых пациентов составила 5-10 лет.

Бред ревности в течение всего периода своего существования сопровождается аффективными нарушениями, удельный вес которых в клинической картине психоза весьма значителен. На ранних этапах болезни аффективные нарушения редуцируются, но с утяжелением клинической картины алкоголизма они включаются в структуру личности больного.

Ключевые слова: алкогольный психоз, бред ревности, аффективные расстройства, нарушения поведения, аутоагрессия

Освещая проблему взаимоотношений между алкоголизмом и сексуальной патологией, нельзя игнорировать вопрос алкогольного бреда ревности. Удельный вес этой клинической формы среди психозов алкогольной этиологии является довольно значительным, причем следует отметить его стабильность на протяжении многих лет. Хотя бред ревности встречается и в клинических рамках других нозологических форм, все же он является наиболее характерным для психозов алкогольной этиологии. Не случайно В. П. Сербский назвал бред ревности родимым пятном алкоголизма. Вместе с тем в литературе неоднократно высказывалось мнение о том, что возникновению бреда ревности благоприятствует сочетание алкоголизма с некоторыми добавочными факторами. Так, например, особенно часто бред ревности развивается у пациентов с расстройствами личности после того, как алкоголизм приводит к характерному типу деградации [3, 7].

В вопросе о выделении бреда ревности в качестве самостоятельной клинической формы алкогольного генеза в литературе не достигнуто единства взглядов. Так, Нассе рассматривал бред ревности лишь в качестве этапа развития тяжелых алкогольных психозов. Крепелин также не выделял алкогольный бред ревности в качестве самостоятельной клинической формы, а включал его в рамки алкогольного психоза более сложной структуры – алкогольной паранойи с сочетанием идей ревности и преследования. Напротив, Е. Блейлер и Полит считали подобное сочетание возможным лишь в рамках шизофрении. И в вопросе о природе клинически чистых форм бреда ревности нет

единства взглядов [6]. Так, Бонгеффер и Вольфенсбергер придавали решающее значение в происхождении бреда ревности не алкоголизму, а конституциональному фактору. Напротив, во французской литературе проявляются тенденции поставить развитие бреда ревности в непосредственную связь с таким расстройством бесспорно алкогольного генеза, как импотенция [2].

Проблема алкогольного бреда ревности представляет большую сложность, и даже такие ее практические аспекты, как вопросы клинической квалификации и диагностики, связаны с рядом трудностей. Кататимное содержание идей ревности, их близость к самым интимным переживаниям личности, делают затруднительным отграничение не только бредовых от сверхценных идей, но и в ряде случаев, как справедливо указывает О. В. Кербинов, даже дифференцировку между патологической и обычной ревностью [6, 7, 8]. В работах как отечественных, так и зарубежных авторов издавна понятие «алкогольный бред ревности» трактовалось как собирательное. Некоторые авторы наблюдали самостоятельный психоз в виде алкогольного параноида ревности, а также бред ревности при остром и хроническом алкогольном галлюцинозе и алкогольном делирии. Е. А. Готвиг (1985) выделяет три варианта «алкогольного бреда ревности»: 1) с актуальными бредовыми переживаниями в рамках типичного паранойяльного синдрома; 2) с ридументарными проявлениями этого синдрома с включением элементов образности; 3) в виде резидуальных паранойяльных состояний бреда ревности по прошествии острых алкогольных психозов [9].

Необходимость клинического обособления алкогольного бреда ревности от других алкогольных психозов, в том числе от параноида, не вызывает сомнений, поскольку вообще группа алкогольных психозов с бредом ревности в структуре клинически неоднородна. Аналогично представляют себе вопросы соотношения алкогольного бреда ревности («типичная алкогольная паранойя») и других алкогольных психозов I. Rektor, O. Sahanek, относя к последним алкогольный делирий, Корсаковский психоз, «чистые галлюцинаторные синдромы», а также галлюцинаторно-параноидные синдромы – шизоформные и смешанные. Все психозы, как полагают авторы, возникают на почве злоупотребления алкоголем, при этом имеют значение абстинентные состояния. Можно упомянуть и исследования R. Bilz, также признающего значение одних и тех же факторов для клиники всех экзогенно-симптоматических алкогольных психозов как с бредом ревности, так и без него. Существенным в рассматриваемом плане является указание Г. В. Морозова, Н. Н. Иванца на возможность возникновения бредовых идей ревности в структуре алкогольного делирия, а также галлюциноза и параноида [2, 8].

Цель работы – анализ архивных материалов Областного психоневрологического диспансера г. Караганды, клинических особенностей бреда ревности пациентов, проходивших стационарное лечение с диагнозом психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя за период 2012-2014 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Базой научного исследования являлся КГКП «Областной психоневрологический диспансер» г. Караганды. Клинический анализ архивного материала включал в себя изучение причин, связанных с госпитализацией, изучение анамнеза заболевания, психопатологического состояния при поступлении в стационар и на момент выписки. Использован статистический метод обработки данных, полученных в результате исследования.

Изучены медицинские карты стационарного больного 221 пациента, страдавших

алкогольным бредом ревности. Все больные были мужчины в возрасте от 22 до 55 лет – средний возраст составил 42 года.

По данным медицинской документации 55% больных состояли в официальном браке, наиболее постоянным и устойчивым объектом их переживаний в бреде ревности была жена. Пациентов страдающих импотенцией не было.

У 49% больных была диагностирована II стадия алкогольной зависимости, у 51% – клинические проявления алкоголизма соответствовали III стадии болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изучена структура распределения больных по возрасту, длительности алкоголизма и стадиям алкогольного бреда ревности (221 больных) (табл. 1). Повторность госпитализаций отмечена у 104 пациентов (47%), первичных – у 117 больных (53%).

Во всех изученных случаях мотивом для госпитализации послужили аффективные переживания и грубые нарушения поведения, проявляющиеся агрессией, угрозами в адрес близких (жены или сожительницы), психомоторным возбуждением. В 28 (13%) случаях жены больных сообщили, что мужьям и раньше была свойственна ревность, но она не была столь выраженной. Не удавалось получить точных сведений о начале болезни, за исключением 15 больных, у которых бред ревности возник «по озарению». Необходимо отметить, что аффективные расстройства при алкоголизме отличаются полиморфизмом и изменчивостью. Снижение настроения, тревога, повышенная раздражительность, реже апатия часто сочетаются с другими психопатологическими расстройствами.

У 8 больных отмечалась посттравматическая и сосудистая энцефалопатия, осложненная многолетней алкоголизацией, однако ни у одного этих пациентов не наблюдалось признаков абстинентного синдрома. У 3 больных причиной органического поражения головного мозга были сосудистые изменения головного мозга (атеросклероз, гипертоническая болезнь). У 5 больных в анамнезе имелись указания на тяжелые черепно-мозговые

Таблица 1 – Распределение больных по возрасту, длительности алкоголизма и стадиям алкогольного бреда ревности

Возраст (г.)	Длительность алкоголизма и стадия психоза	Число случаев
22-35	3-10 лет, II стадия	66
36-45	8-15 лет, II или III стадия	108
46-55	15-20 лет, III стадия	47

травмы. У всех больных энцефалопатический синдром был подтвержден неврологическими и параклиническими данными.

В клинической картине алкогольной зависимости во всех исследуемых случаях имели место запои с похмельем, физической и психической зависимостью от алкоголя. На высоте тяжелых похмельных состояний у больных наблюдались неопределенные страхи, подозрительность, бессонница. Больные были конфликтными, грубыми, эгоистичными. Как только возникали подозрения в неверности партнера, они быстро охватывали личность. Явные формы поведения, направленного на расследование этих подозрений и предубеждений, встречались часто, их замечали все заинтересованные лица. Такое поведение включало в себя расспросы партнера, повторные телефонные звонки на работу и внезапные посещения, преследование партнеров. Ревнивцы обыскивали одежду и личные вещи партнера, читали его дневники и письма, проверяли постельное и нижнее белье, пытались найти доказательства половой активности. Некоторые доходили до крайних мер, включая насилие, с целью добиться признаний со стороны своего партнера. Повторное отрицание супружеской неверности провоцировало сильный гнев. В других вариантах партнер, которому в течение длительного времени приходилось выслушивать подобные претензии, устав от бесконечных допросов и обвинений в неверности, сдавался и давал ложные признания. Героические усилия с целью доказать невиновность или отвергнуть обвинения всегда претерпевали неудачу. Отмечались обвинения и насильственные действия в отношении третьих лиц, которые рассматривались как любовники партнера (43 случая). Обычно это человек из ближайшего окружения, часто значительно моложе больного. Агрессивные поступки по отношению к партнеру сопровождались глубоким чувством раскаяния, которое приводило к суицидальным действиям (4 случая). Продолжающееся пьянство не только способствовало усилению симптомов психоза, но и увеличивало риск агрессии больных.

Рассматриваемое заболевание было хроническим, с затяжным течением и устойчивой, малодинамичной симптоматикой. Тем не менее, удавалось проследить стадии его становления и развития, усложнения клинических проявлений, а также редуцирования клиниче-

ских картин в далеко зашедших случаях алкоголизма и психоза.

Из психопатических черт пациентов преобладали черты неустойчивой, возбудимой и истерической психопатии, реже встречались психопатические личности эпилептоидного, астенического и шизоидного типа.

ВЫВОДЫ

1. Нарушения мышления при бреде ревности являются важнейшими факторами психопатологической симптоматики. Бредовые идеи ревности сопровождаются аффективными переживаниями, что поддерживает актуальность бреда и представляет наибольшую опасность для окружающих.

2. Бредовые идеи ревности требуют своевременной диагностики и психофармакологической коррекции в связи с грубыми нарушениями форм поведения больных, проявляющих ауто- и гетероагрессию.

ЛИТЕРАТУРА

1 Барденштейн Л. М. Алкоголизм, наркология, токсикология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 332 с.

2 Гавенко В. Л. Психиатрия и наркология. – М.: Медицина, 2009. – 446 с.

3 Кирпиченко А. А. Психиатрия и наркология. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – 286 с.

4 Малин Д. И. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках: Учеб. пособие / Д. И. Малин, В. М. Медведев. – М.: Вузовская книга, 2008. – 172 с.

5 Наркология: Нац. рук. /Под ред. Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, М. А. Винникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

6 Наркология /Под ред. П. Д. Шабанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 832 с.

7 Общая и частная наркология /Под ред. И. Н. Пятницкой. – М.: Медицина, 2008. – 640 с.

8 Психиатрия и наркология: Учеб. пос. для медвузов /Под ред. В. Д. Менделевич. – М.: Академия, 2005. – 368 с.

9 Сергеев И.И. Психиатрия и наркология. – М.: Медпрессинформ, 2009. – 468 с.

REFERENCES

1 Bardenshteyn L. M. Alcoholism, drug addiction, toxicology. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – 332 p.

2 Gavenko V. L. Psychiatry and narcology. – M.: Medicine, 2009. – 446 p.

3 Kirpichenko A. A. Psychiatry and narcology. – Minsk: Higher school, 2005. – 286 p.

4 Malin D. I. Clinical narcology in charts, tables and figures: Textbook /D. I. Malin, V. M. Medvedev. – M.: High school book, 2008. – 172 p.

5 Narcology: Nat. textb. /Ed. N. N. Ivanec, I. P. Anokhina, M. A. Vinnikova. – M.; GEOTAR-Media, 2008. – 720 p.

6 Narcology /Ed. P. D. Shabanova. – M.: GEOTAR-Media, 2015. – 832 p.

7 General and private narcology /Ed. I. N. Pyatnitskaya. – M.: Medicine, 2008. – 640 p.

8 Psychiatry and narcology: Textbook for medical universities /Ed. V. D. Mendelevich. – M.: Academy, 2005. – 368 p.

9 Sergeev I. I. Psychiatry and narcology. – M.: Medpressinform, 2009. – 468 p.

Поступила 04.05.2015 г.

Zh. B. Bibekova, S. T. Zhanbyrbaeva

FEATURES OF CLINICAL PICTURE OF JEALOUSY DELIRIUM PATIENTS WITH ALCOHOLIC PSYCHOSIS

The authors presented the results of the analysis of archival materials, a review of the clinical features of delirium of jealousy patients receiving inpatient treatment with a diagnosis of mental and behavioral disorders due to use of alcohol. The probability of alcoholism, the pace of its development depend on several factors (presence of risk factors); individual predisposition due to heredity; personal characteristics, etc. The duration of drinking ranges of 5-10 years, and this time, most often at a young age.

Delirium jealousy over the entire period of its existence, accompanied by affective disorders, the weight of which in clinical psychosis is very significant. In the early stages of the disease are reduced affective disorders, but with the worsening of the clinical picture of alcoholism, they are included in the structure of the individual patient.

Keywords: alcoholic psychosis, delusions of jealousy, affective disorder, behavioral disturbances, autoaggression.

Ж. Б. Бибекова, С. Т. Жаңбырбаева

АЛКОГОЛЬДІ ПСИХОЗ КЕЗІНДЕГІ ҚЫЗҒАНЫШ САНДЫРАҒЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

Мақалада алкогольді пайдаланған салдарынан пайда болған психикалық және мінез-құлық өзгерісінің бұзылысының диагнозымен стационарда емделген, науқастардың қызғаншақ сандырағының клиникалық ерекшеліктері, мұрағат құжаттарының нәтижесі бойынша көрсетілген.

Маскүнемдік аурулардың туындауы, оның дамуы факторлардың тізімі бойынша болуы мүмкін; жеке шарттастық тұқым қуалаушылықты орналастыру; тұлға ерекшеліктері және т.б. Негізінде маскүнемдіктің дамуына тұрмыстық маскүнемдік әсер етеді. Маскүнемдік 5-10 жылға созылады және ол жасөспірімдік жаста пайда болады. Сандырақ қызғаншақтығы барлық кезеңінің тіршілігінде аффективті бұзылыстармен қосарлана, айтарлықтай клиникалық психоздардың бейнесі салыстырмалы салмағы маңыздырақ. Аурудың ерте кезеңінен бастап аффективті бұзылыстары жоғалады, жеке науқастың құрылымы маскүнемдіктің клиникалық бейнесін қосады.

Кілт сөздер: алкогольді психоз, қызғаншақ сандырағы, аффективті бұзылыстар, мінез-құлықтың бұзылулары, ішкі бұлқыныс

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.1/9-07-053.2

Г. М. Мулдаева, Л. С. Хайдаргалиева, Н. С. Рукабер, О. Г. Жданова

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ПОЛИКЛИНИКИ №1 Г. КАРАГАНДЫ

Кафедра общей врачебной практики №1

Карагандинского государственного медицинского университета

В статье поднимаются актуальные вопросы обеспечения и повышения качества медицинского обслуживания подросткового населения. Для сохранения и поддержания здоровья необходимо осуществлять медицинское наблюдение с момента рождения. Для оценки состояния здоровья подростков были проанализированы результаты ежегодного комплексного обследования в КГП «Поликлиника №1» г. Караганды. Особое значение было уделено заключениям узких специалистов, так как в структуре заболеваемости наибольшее количество выявленных больных с патологией зрения и опорно-двигательной системы. Результаты исследования отличаются от республиканских показателей, где наибольший процент выявленных патологий приходится на заболевания желудочно-кишечного тракта, дыхательной и нервной системы. Рост заболеваемости среди подростков объясняется коротким сроком диспансерного наблюдения, недостаточным оздоровлением в связи с отсутствием профилакториев и санаториев для подростков, низкой мотивацией подростков в силу возрастных особенностей.

Для получения адресной помощи подросткам, нуждающимся в медицинской помощи, необходима разъяснительная работа среди подростков, их родителей, педагогических коллективов школ, колледжей, вузов.

Ключевые слова: заболеваемость, подростковый возраст, выявляемость, скрининг, динамическое наблюдение

Охрана здоровья подрастающего поколения – важнейшая стратегическая задача государства, т.к. фундамент здоровья взрослого населения страны закладывается в детском возрасте. Все перспективы социального и экономического развития государства, высокого уровня жизни населения, уровень развития науки и культуры являются итогом достигнутого здоровья детьми сегодня [4].

В современном обществе человек испытывает на себе целый комплекс неблагоприятных факторов: эмоциональное напряжение, информационные перегрузки, плохие экологические условия. Совокупное действие неблагоприятных факторов окружающей среды оказывает чрезвычайно негативное воздействие на организм, нарушая его нормальное развитие и функционирование, способствует развитию различных заболеваний. Особенно тревожно обстоит с этим делом у подростков. Не секрет, что большинство людей лишь с возрастом познают истинную цену своего здоровья. Вполне естественно, что детей и вовсе не волнует проблема сохранения здоровья. Забота о нем всегда была и будет делом взрослых – семьи, школы, внешкольных и дошкольных учреждений. Однако неумещающее число подростков с отклонениями в состоянии здоровья, как и общий уровень здоровья детей, говорит о невысокой эффективности этой работы.

Цель работы – определение структуры, уровня, динамики и причинных факторов болезней среди подростков путем ретроспективного анализа медицинской документации и

выявление проблем со здоровьем подростков на уровне ПМСП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты комплексных профилактических осмотров подростков (15-18 лет) для выявления наиболее часто встречающихся заболеваний в этой возрастной группе. Использована первичная документация, содержащая сведения о диспансеризации (форма 112/У), статистическая карта профилактического медицинского осмотра (форма 025-07/У), конъюнктурные отчеты подросткового кабинета за 2013 и 2014 гг. Осуществлен сравнительный анализ заболеваемости подростков по данным скрининга и по данным обращаемости за 2013-2014 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На момент исследования КГКП «Поликлиника №1» обслуживала 55 035 единиц населения, из них 2 150 подростков (2014 г.), в 2013 г. их количество составляло 2 194 человек. Варьирование количества подростков обусловлено взрослением, передачей их в возрасте с 15 до 18 лет подростковому врачу и с достижением совершеннолетия – под наблюдение врача общей практики.

Состояние здоровья подростков оценивалось по результатам углубленного медицинского осмотра, который проводится ежегодно согласно приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №685 от 10 ноября 2009 г. «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» [3], который включал

в себя: антропометрию, общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), флюорографию, сахар крови, электрокардиографию (ЭКГ), осмотр узких специалистов (ЛОР-врач, невропатолог, офтальмолог, эндокринолог, хирург, акушер-гинеколог, дерматолог, психолог, стоматолог). Согласно проведенным комплексным обследованиям подростки были распределены по 3 группам здоровья (рис. 1).

Из общего количества обследованных подростков (2 360) в 2013 г. к здоровым и лицам, имеющим хронические заболевания вне обострения, были отнесены 2 040 (86%) человек, что на 7% больше по сравнению с 2014 г. (из 2 156 к 1 и 2 группам здоровья были отнесены 1 996 подростков). В 3 группу здоровья были отнесены 320 (14%) подростков в 2013 г. и 160 (7%) подростков в 2014 г., требующих постоянного динамического наблюдения.

В структуре заболеваемости подростков наибольшее количество выявленных случаев приходилось на заболевания органов зрения (нарушения рефракции и аккомодации). Эта

тенденция сохранялась на протяжении двух анализируемых лет: в 2013 г. – 7,2%, в 2014 г. – 5,8%. На II месте находились заболевания опорно-двигательного аппарата (сколиоз, нарушение осанки, плоскостопие) – 3,2% в 2013 г. и 3,6% в 2014 г. Стойкому сохранению высокой заболеваемости органов зрения, опорно-двигательного аппарата у подростков способствует несоблюдение санитарно-гигиенических норм и стандартов в школах, большая зрительная нагрузка, ношение обуви без супинаторов. На III месте соматическая патология – заболевания сердечно-сосудистой системы (0,5% в 2013 г. и 0,6% в 2014 г.), почек (0,4% в 2013 г. и 0,5% в 2014 г.) и желудочно-кишечного тракта (0,4% в 2013 г. и 0,5% в 2014 г.).

В 2013 г. гинекологическая патология была выявлена у 3 (0,3%) девушек из 1 039. В 2014 г. гинекологическая патология не была выявлена ни у одной из 1 181 девушек, хотя по литературным данным, гинекологическая патология выявляется в 1 466 случаях из 100

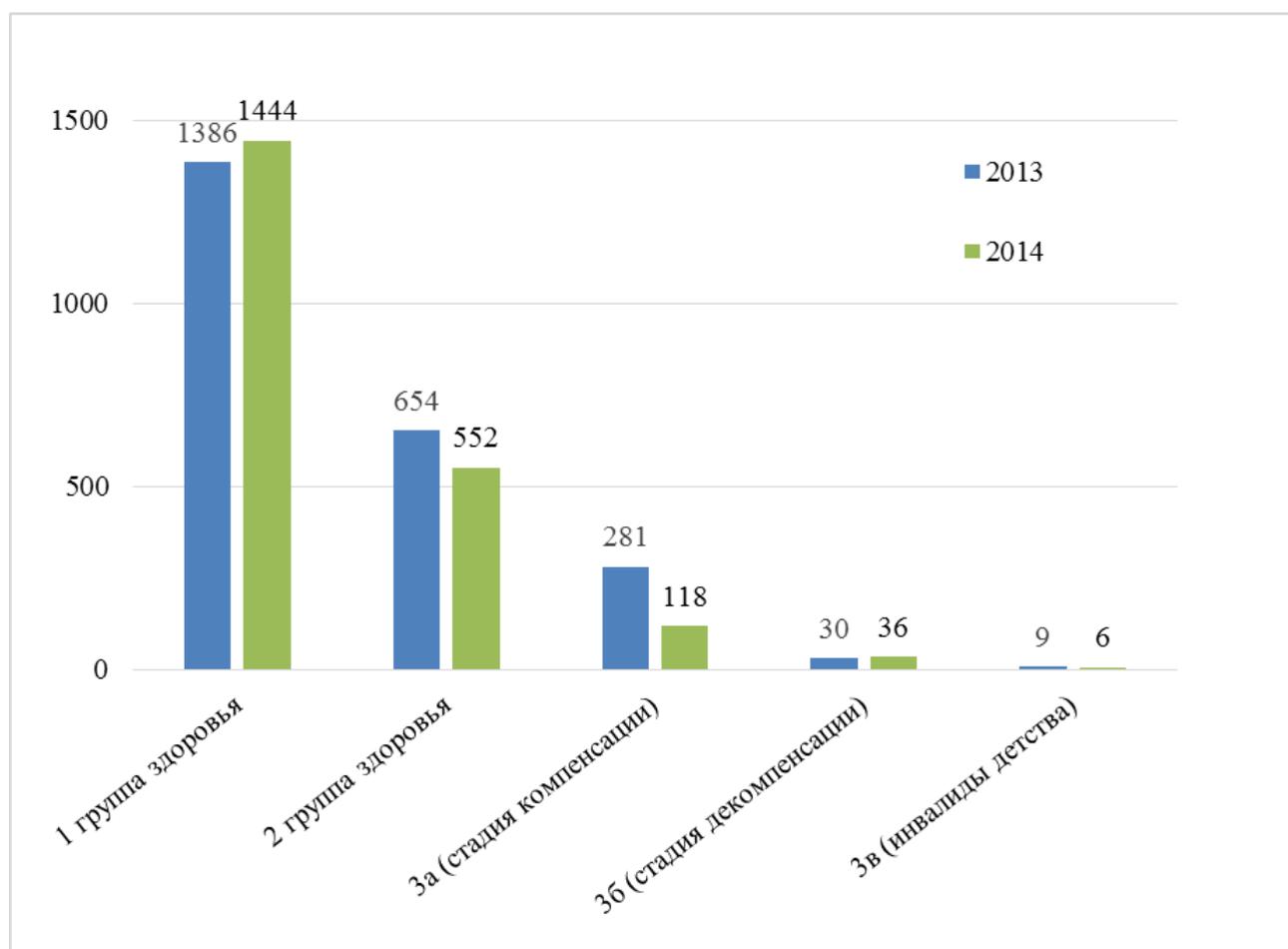


Рисунок 1 – Распределение подростков по группам здоровья

тысяч осмотренных подростков [4], таким образом, эти цифры не отражают истинного положения дел. Недостаточность выявления данной патологии, по-видимому, объясняется низкой обращаемостью девочек-подростков, хотя в 2013 г. было зарегистрировано 5 случаев подростковой беременности. Не до конца отработан механизм медицинского осмотра гинекологом (осмотр может производиться в присутствии матери или опекуна), этим объясняется низкий процент выявляемости гинекологической патологии.

Результаты скринингового медицинского осмотра подростков отличаются от литературных данных, согласно которым в структуре заболеваемости подростков в Республике Казахстан на первом месте – заболевания желудочно-кишечного тракта, на втором – болезни органов дыхания, на третьем – болезни нервной системы [2]. Гинекологическая патология наблюдается у 10% подростков, что в более чем в половине случаев связано с дисфункциональными заболеваниями репродуктивной системы [4].

В проведенном анализе структуры заболеваемости у подростков по данным КГП «Поликлиника №1 г. Караганды» на первом месте – заболевания органов зрения, на втором – заболевания опорно-двигательного аппарата, на третьем – соматическая патология (в том числе заболевания желудочно-кишечного тракта). Выявлен малый процент девушек-подростков с гинекологической патологией, что, по-видимому, потребует определенных усилий со стороны врачей, родителей, педагогов для разъяснения девушкам важности профилактики заболеваний репродуктивной сферы.

С целью изменения сложившейся ситуации необходимо проводить разъяснительную работу среди самих подростков, их родителей, педагогических коллективов школ, колледжей, вузов на предмет своевременного обращения к врачу, необходимости динамического наблюдения и проведения профилактических мероприятий, соблюдения врачебных рекомендаций, активизировать работу центра репродуктивного здоровья молодежи [5].

Проблемы со здоровьем подростков в большей степени связаны с низкой эффективностью профилактических мероприятий, коротким сроком диспансерного наблюдения, низкой мотивацией подростков в силу возрастных особенностей и недостаточной информированностью относительно профилактики, выявления и лечения заболеваний, несоблюдением

санитарно-гигиенических норм и стандартов в школах, большой зрительной нагрузкой, ношением обуви без супинаторов.

Таким образом, здоровье подрастающего поколения – это не только забота подросткового и школьного врачей, врачей общей практики, психологов. В настоящее время необходимо рассматривать мультицентровой подход для решения проблем со здоровьем подростка – интегрированное ведение пациента, включающее в себя профилактические мероприятия, диагностику заболеваний и комплексное лечение совместно с узкими специалистами [1].

ЛИТЕРАТУРА

1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

2 Кенжебаева У. М. Анализ заболеваемости и профилактика соматических заболеваний подростков при диспансеризации в условиях городской поликлиники ГККП ГП №5 г. Алматы //Вестник КазНМУ. – 2012. – №10. – С. 12-21.

3 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №685 от 10 ноября 2009 г. «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»

4 Турдалиева Б. С. Здоровье детей и подростков республики казахстан: проблемы и пути решения /Б. С. Турдалиева, Г. Е. Аимбетова, У. А. Абдукаюмова //Вестн. КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова. <http://kaznmu.kz/press/2012/01/18> (дата обращения 15.11.2014 г.)

5 Хайдарова Т. С. Роль врачей в реализации профилактики заболеваний на уровне ПМСП и ФЗОЖ по Республики Казахстан /Т. С. Хайдарова, Р. Н. Нурмуханбетова, А. А. Акимбаева //Теоретические и организационные вопросы совершенствования системы ФЗОЖ в Республике Казахстан и других странах. – 2009г. – №2, <http://www.hls.kz/rus/files/magazine/2-09.pdf#page=54> (дата обращения 27.01.15 г.).

REFERENCE

1 State Program for Development of Health of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015.

2 Kenjebayeva U. M. Analysis of morbidity and prevention of physical illness in the medical examination of adolescents in urban clinics SMMC GE №5 Almaty //Vestnik KazNMU. – 2012. – №10. – P. 12-21.

3 Order of acting Minister of health of the Republic of Kazakhstan №685 dated November

10, 2009. "Approval of rules for preventive medical examinations of the target population"

4 Turdalieva B. S. Child and adolescent health of the Republic of Kazakhstan: problems and solutions /B. S. Turdalieva, G. E. Aimbetova, U. A. Abdukayumova //Vestn. KazNMU named S. D. Asfendiyarov. <http://kaznmu.kz/press/2012/01/18> (the date of circulation of 15.11.2014)

5 Khaydarova T. S. The role of physicians in the implementation of disease prevention at

the level of PHC and FHLS the Republic of Kazakhstan /T. S. Khaydarov, R. N. Nurmuhanbetova, A. A. Akimbaeva //Theoretical and organizational issues to improve the system of FHLS in Kazakhstan and other countries. – 2009. – №2, <http://www.hls.kz/rus/files/magazine/2-09.pdf#page=54> (the date of circulation of 27.01.15).

Поступила 06.05.2015 г.

G. M. Muldayeva, L. S. Khaidargaliyeva, N. S. Rukaber, O. G. Zhdanova

THE HEALTH STATUS OF TEENAGERS ACCORDING TO THE DATA OF CLINIC №1 OF KARAGANDA CITY

The article is devoted to the issues of quality of care and improvement of health services among teenager population. To preserve and maintain the health it is necessary to carry out medical supervision from birth. For assessment of the health status of teenagers the results of the annual comprehensive survey of the clinic №1 of Karaganda city were analyzed. Particular importance was given to the conclusions of specialists, as in the structure of morbidity the highest number detected cases of pathology of the eyesight and musculoskeletal system. Our results differ from national, where the highest percentage of identified abnormalities refers to diseases of the gastrointestinal tract, respiratory and nervous systems. The increased incidence among teenagers it explained by short-term of follow-up, inadequate of rehabilitation because of lack of dispensaries and health centers for teenagers, low motivation of teenagers because of age characteristics.

For receiving medical care for teenagers, who are in need it is necessary to organize explanatory work among, their parents, the teaching staff of schools, colleges and universities.

Keywords: incidence, teenager, detection, screening, follow-up

Г. М. Мулдаева, Л. С. Хайдарғалиева, Н. С. Рукабер, О. Г. Жданова

ҚАРАҒАНДЫ ҚАЛАСЫНЫҢ №1 ЕМХАНАСЫНЫҢ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Осы мақалада жасөспірімдерге көрсетілетін медициналық қызметтің сапасын қамтамасыздандыру және жақсартудың өзекті сұрақтары талқыға түсті. Денсаулықты сақтау және бір қалыпта ұстау үшін туғаннан бастап медициналық бақылауды жүзеге асыру қажет. Жасөспірімдердің денсаулығын бағалау үшін Қарағанды қаласы ҚМК №1 емханасында жыл сайынғы толық тексеру нәтижелері талданды. Әсіресе, жеке сала мамандарының қорытындысына үлкен мән берілді, себебі аурушандық құрылымында көз және тірек-қимыл жүйесінің патологиясымен көп науқастар анықталды. Бізбен алынған нәтижелер республикалық нәтижелерден ерекшеленеді, яғни анықталған патологиялардың көп пайызы асқазан-ішек жолдарына, тыныс алу және жүйке жүйесінің ауруларына алып келеді. Жасөспірімдердің арасында аурушандықтың өсуі қысқа мерзімді диспансерлік бақылаумен, жасөспірімдерге арналған профилакториялар мен санаторидің болмауымен байланысты жеткіліксіз сауығумен, жас ерекшеліктеріне байланысты жасөспірімдердің ынталануының төмен болуымен түсіндіріледі.

Медициналық көмекке зәру жасөспірімдерге тұрғылықты мекен – жайына байланысты көмекті алу үшін жасөспірімдер арасында, олардың ата-аналары мен мектеп, колледж, ЖОО-ның педагогикалық әріптестері арасында түсіндіру жұмыстарын жүргізу қажет.

Кілт сөздер: аурушандық, жасөспірім, анықталуы, скрининг, динамикалық бақылау

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 612.339:616.381-089

Д. Н. Матюшко¹, Е. М. Тургунов¹, А. Злотник², Ж. М. Койшибаев¹

ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В КАЗАХСТАНЕ

¹Карагандинский государственный медицинский университет,

²Университет Бен Гуриона (г. Беэр-Шева, Израиль)

В статье представлен анализ состояния проблемы интраабдоминальной гипертензии в Казахстане на основании проведенного опроса среди 205 практикующих врачей хирургического профиля. Приведенные в статье результаты опроса наглядно отражают необходимость более широкого освещения проблемы интраабдоминальной гипертензии среди врачей, внедрения обязательного стандарта измерения интраабдоминального давления у определенных категорий пациентов, приобретения в клиники Казахстана соответствующих приборов и устройств.

Ключевые слова: интраабдоминальная гипертензия, интраабдоминальное давление.

Проблема интраабдоминальной гипертензии является темой междисциплинарного масштаба и широко обсуждается за рубежом: данные о частоте развития этого осложнения в литературе последних лет сильно варьируются. При перитоните, панкреонекрозе и т.д. происходит повышение внутрибрюшного давления в 30% случаев, а компартмент-синдром развивается у 5,5% пациентов с этой патологией [1]. В исследованиях Eddy и Morris (2007) при установленном компартмент-синдроме летальность составила 68%.

Первые упоминания о проблеме интраабдоминальной гипертензии относятся к концу XIX века: именно тогда Marey и Vurt обратили внимание на прямую зависимость выраженности дыхательной недостаточности от напряженности передней брюшной стенки [2, 4], что повлекло за собой появление в периодической печати ряда публикаций, посвященных этой

проблеме. Однако широкий интерес у исследователей проблема интраабдоминальной гипертензии вызвала лишь в 90-е годы XX века: именно с этих пор по сегодняшний день написано большинство научно-исследовательских работ, статей, проведены несколько международных согласительных конференций. Безусловно, этому способствовал не только рост интереса к не до конца изученной проблеме, но и бурное развитие в этот период лапароскопической хирургии, обязательное условие которой – создание пневмоперитонеума, который является одним из вариантов интраабдоминальной гипертензии [3].

Проанализировав данные отечественной и зарубежной литературы, можно сделать вывод, что интерес к проблеме интраабдоминальной гипертензии со стороны ученых разных стран мира растет из года в год, о чем свидетельствует ответ на поиск в базе Pubmed

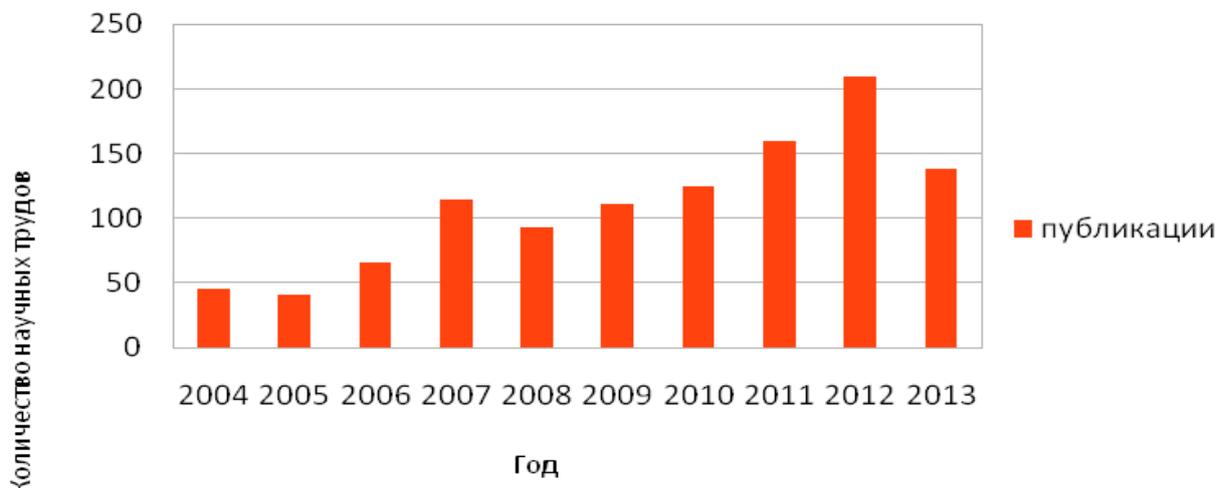


Рисунок 1 – Результаты поиска публикаций в базе Pubmed по ключевым словам *intra-abdominal hypertension*

(US National Library of Medicine National Institutes of Health). Ниже приведены результаты по поиску ключевых слов *intra-abdominal hypertension* (всего в базе обнаружено 1 435 публикаций) (рис. 1).

Необходимо отметить, что среди 1 435 найденных работ не обнаружено ни одной публикации из Казахстана.

Цель работы – изучение и анализ состояния проблемы интраабдоминальной гипертензии в Казахстане среди врачей хирургического профиля.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования послужило состояние проблемы интраабдоминальной гипертензии в Казахстане. Основным методом исследования – опросный (анкетирование). Программой исследования предусмотрено проведение опроса врачей хирургического профиля Казахстана. Всего опрошено 205 практикующих врачей из Карагандинской, Акмолинской, Алма-тинской, Павлодарской, Восточно-Казахстанской, Павлодарской, Актюбинской, Северо-Казахстанской и Южно-Казахстанской областей. Анкетирование проводилось в течение 9 мес. (с июня 2014 по февраль 2015 г.).

Критериями включения врачей в опрос являлись:

- специальность врача – общая хирургия, анестезиология и реаниматология;
- стаж работы врача – более двух лет;
- место работы врача на момент анкетирования – стационар Казахстана городского или областного значения с наличием ургентной хирургической службы.

Для опроса была разработана анкета. Анкета содержит вопросы, которые помогают оценить следующие аспекты: осведомленность врачей о понятиях интраабдоминальная гипертензия и норма внутрибрюшного давления; навыки врачей для измерения внутрибрюшного давления у пациентов и их применение в практике; наличие возможности и соответствующих устройств для измерения внутрибрюшного давления на местах работы врачей.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенного исследования, 73% опрошенных врачей знакомо понятие интраабдоминальная гипертензия, и они систематически встречают данное состояние в своей практике. Стоит отметить, что более чем половина ответивших таким образом – врачи со стажем работы более 10 лет. Обратная ситуация с теми, кто «смутно представляет себе данное патологическое состояние» – 85% от-

ветивших имеют стаж работы менее 5 лет. Лишь 58% опрошенных врачей верно указали цифру нормального внутрибрюшного давления. По двум этим фактам можно косвенно судить о том, что описываемой проблеме не уделено должного внимания в программах бакалавриата, интернатуры, резидентуры Казахстана (табл. 1).

Никогда не измеряли интраабдоминальное давление у пациентов 88% опрошенных врачей, а 66% не владеют ни одной из известных методик его измерения. Лишь 2 (1%) врача из числа опрошенных часто измеряют интраабдоминальное давление у пациентов, специальность обоих – анестезиология и реаниматология. Безусловно, что на это влияет в первую очередь отсутствие оснащенности клиник Казахстана устройствами и приборами для измерения интраабдоминального давления. Результаты ответов на пятый вопрос анкеты говорят сами за себя – 100% опрошенных врачей признали, что не имеют таких измерительных устройств и приборов в клиниках.

При анализе действующих в Казахстане протоколов диагностики и лечения всех острых хирургических заболеваний (острая кишечная непроходимость, перитонит, панкреонекроз и т. д.), такого стандарта, как измерение интраабдоминального давления, в них не нашли.

Проведенное исследование показало необходимость принятия в Казахстане соответствующих организационных мероприятий и проведения научных исследований, демонстрирующих необходимость более широкого освещения проблемы интраабдоминальной гипертензии среди врачей хирургического профиля, внедрения обязательного стандарта измерения интраабдоминального давления у определенных категорий пациентов, приобретения в клиники Казахстана соответствующих приборов и устройств.

ВЫВОДЫ

1. Врачи хирургического профиля Казахстана крайне низко осведомлены о понятии «интраабдоминальная гипертензия», о норме интраабдоминального давления и о способностях его измерения.

2. Стационары городского и областного значения Казахстана не оснащены устройствами и приборами для измерения интраабдоминального давления.

3. В действующих в Казахстане протоколах диагностики и лечения всех острых хирургических заболеваний отсутствует стандарт измерения интраабдоминального давления.

Таблица 1 – Результаты анкетирования практикующих врачей хирургического профиля Казахстана

Вопрос анкеты	Предложенные варианты ответов	Полученные ответы врачей (%)
Знакомо ли Вам понятие интраабдоминальной гипертензии?	Да, знакомо, часто встречаю в своей клинической практике	73
	Да, знакомо, но почти не встречаю это состояние в своей клинической практике	8
	Я смутно представляю, что это такое	19
Известна ли Вам норма интраабдоминального давления у человека?	Да, известна, она составляет ____ (в случае неверного ответа автоматически засчитывался ответ «нет, не знаю»)	58
	Нет, не знаю	42
В своей клинической практике измеряли ли Вы интраабдоминальное давление у своих пациентов?	Да, измеряю часто	1
	Измерял в прошлом, но последние 1-3 года не делаю этого	11
	Никогда не измерял	88
Владеете ли Вы методикой измерения интраабдоминального давления?	Да, владею	36
	Нет, не владею	64
Имеются ли в клинике, которой Вы работаете, специальные приборы или устройства для измерения интраабдоминального давления?	Да, имеются	0
	Нет, не имеется	100

ЛИТЕРАТУРА

1 Абакумов М. М. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике / М. М. Абакумов, А. Н. Смолар // Хирургия. – 2003. – №12. – С. 66-72.
 2 Каракурсаков Н. Э. Синдром интраабдоминальной гипертензии у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2011. – №3-4. – С. 155-161.
 3 Alberti A. Abdominal compartment syndrome in video laparoscopic surgery. Etiopathogenic aspects, physiopathology and personal experience / A. Alberti, G. Giannetto, F. Littori et al. // Chir. Ital. – 1998. – №50. – P. 35-42.
 4 Burch J. M. The abdominal compartment syndrome / J. M. Burch, E. E. Moore, F. A. Moore, R. Franciose // Surg. Clin. North. Am. – 1996. – №76(4). – P. 833-842.

REFERENCES

1 Abakumov M. M. Value of the syndrome of high intra-abdominal pressure in surgical practice / M. M. Abakumov, A. N. Smolar // Surgery. – 2003. – №12. – P. 66-72.
 2 Karakursakov N. E. Abdominal hypertension syndrome in patients with acute surgical abdominal diseases // Crimean journal of experimental and clinical medicine. – 2011. – №3-4. – P. 155-161.
 3 Alberti A. Abdominal compartment syndrome in video laparoscopic surgery. Etiopathogenic aspects, physiopathology and personal experience / A. Alberti, G. Giannetto, F. Littori et al. // Chir. Ital. – 1998. – №50. – P. 35-42.
 4 Burch J. M. The abdominal compartment syndrome / J. M. Burch, E. E. Moore, F. A. Moore, R. Franciose // Surg. Clin. North. Am. – 1996. – №76 (4). – P. 833-842.

Поступила 20.05.2015 г.

D. N. Matyushko, Y. M. Turgunov, A. Zlotnik, Z. M. Koishibayev
INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION. THE STATE OF THE PROBLEM IN KAZAKHSTAN

The analysis of the state of the problem of intra-abdominal hypertension in Kazakhstan on the basis of the survey of 205 practicing doctors with surgical profile is presented in this article. The results of the poll visually reflect necessity of more extended coverage of the problem of intra-abdominal hypertension among doctors, introductions of the obligatory standard of intra-abdominal pressure measurement at certain categories of patients, acquisitions special devices for clinics of Kazakhstan.

Keywords: intra-abdominal hypertension, intra-abdominal pressure

Д. Н. Матюшко, Е. М. Тургунов, А. Злотник, Ж. М. Койшибаев
ИНТРААБДОМИНАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ МӘСЕЛЕСІНІҢ ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЖАҒДАЙЫ

Мақалада «интраабдоминалды гипертензия» мәселесінің Қазақстандағы жағдайы хирургиялық бағытта тәжірибеленетін 205 дәрігерден сұрақ алудан негізделген сараптамасы көрсетілген. Мақалада көрсетілген сұрақ алу қорытындылары «интраабдоминалды гипертензия» мәселесін дәрігерлердің арасында ауқымды түрде талқылауды, белгілі науқастар санатында «интраабдоминалды қысымды өлшеу» міндетті стандартын енгізуді, Қазақстан клиникаларына тиісті өлшегіштермен құрылғыларды орнатуды қажет етеді.

Кілт сөздер: интраабдоминалды гипертензия, интраабдоминалды қысым

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.831.9-002/.9-053.2

**Р. Х. Бегайдарова, Х. Г. Девдариани, Г. Ж. Байгутанова, Ю. Г. Стариков,
Ж. Ж. Джашибекова, О. А. Золотарева**

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЕСНО-30, У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кафедра детских инфекционных болезней Карагандинского государственного медицинского университета,
Департамент по защите прав потребителей Карагандинской области ДЗППКО

Проведен сравнительный анализ менингитов энтеровирусной этиологии у детей, госпитализированных в Областную инфекционную больницу г. Караганды в период вспышки энтеровирусной инфекции 2014 г. в Центральном Казахстане. Этиологическим фактором энтеровирусного менингита во всех возрастных группах детей был вирус ЕСНО-30.

Под наблюдением находились 200 детей, из них 77 больных – в возрасте от 1 г. до 7 лет (I группа) и 123 ребенка – с 8 до 18 лет включительно (II группа). Энтеровирусные менингиты у детей от 1 г. до 7 лет и с 8 лет и старше имели ряд отличительных особенностей.

Начало заболевания в 100% случаев было острым на фоне общего благополучия. Течение энтеровирусного менингита у всех детей сочеталось с выраженными катаральными явлениями, головной болью, рвотой, лихорадкой. У детей старшего возраста, помимо этого, в 20% случаев наблюдался синдром секреторной диареи.

У детей старшего возраста энтеровирусный менингит протекал не только тяжелее в сравнении с детьми дошкольного возраста, но и с более выраженными воспалительными изменениями со стороны ликвора.

Заболевание у всех детей характеризовалось благоприятным течением, и проводимое катамнестическое наблюдение по месту жительства за реконвалесцентами показало стойкую положительную динамику.

Ключевые слова: энтеровирусный менингит, детский возраст, ЕСНО-30, вспышка энтеровирусной инфекции, Центральный Казахстан

В последние 10 лет наметилась четкая тенденция в активации энтеровирусной инфекции (ЭВИ) в мире, что нашло отражение в описании вспышек в Приморском и Хабаровском краях, Испании, США, Италии, Египте, Франции. [4, 12, 13, 14, 15, 16]. ЭВИ были чаще обусловлены вирусами Коксаки А2, А4, А6, А16, В5, В3, В1, EV-71, ЕСНО 6, 30 [1, 5, 14].

Большое разнообразие клинических проявлений ЭВИ объясняется широкой пантропностью энтеровируса (ЭВ) к нервной, сердечно-сосудистой системам, желудочно-кишечному и респираторному трактам [6]. Наиболее частой клинической формой ЭВИ, по данным исследователей, является энтеровирусный менингит (ЭМ) [7, 12, 16]. Частое развитие серозных менингитов энтеровирусной природы у детей можно объяснить увеличением концентрации воспалительных и уменьшением содержания противовоспалительных цитокинов в церебральной жидкости и снижением антиоксидантной защиты [3].

Для ЭМ характерны сезонность (летне-осенний период года), легкое и/или среднетяжелое течение, благоприятный исход, преимущественное вовлечение в процесс детей дошкольного и школьного возраста [2, 4]. Напротив, имеются прямо противоположные

данные, свидетельствующие, что ЭМ болеют новорожденные и дети первых лет жизни [11].

Н. О. Мишакина сообщает, что, несмотря на благоприятный исход, в большинстве случаев у отдельных детей даже через 2 года после перенесенного заболевания регистрируются такие осложнения, как нарушение зрения, цереброастения, неврозоподобный синдром [3].

В. Я. Плоткин и соавт. показали, что ЭВИ способствует развитию таких грозных осложнений, как инфаркт миокарда, кардиогенный шок [10]. Имеются единичные описания тяжелых неврологических осложнений, связанных с ЭВИ [14].

ЭМ нередко сочетаются с такими клиническими формами ЭВИ, как герпетическая ангина, эпидемическая миалгия, малая болезнь. Сочетание различных клинических форм у детей, больных ЭМ, зависит от их возраста. У детей первых лет жизни ЭМ сочетается с диареей, судорожным и катаральным синдромами, у старших – напротив, с миалгией, экзантемой, герпетической ангиной [6].

По мнению ряда исследователей, преобладающим этиологическим фактором ЭМ у детей является вирус ЕСНО-30. Клиническое течение серозных менингитов, вызванных ЭВ, зависит от серологического типа возбудителя.

Для ЕСНО-менингитов, в отличие от Коксаки-менингитов, характерны более тяжелое течение, яркая неврологическая симптоматика и выраженные воспалительные изменения в ликворе [9].

Многочисленные исследования свидетельствуют, что в остром периоде ЭМ в гемограмме отмечается умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ) [2, 6, 8].

Со стороны спинномозговой жидкости в разгар заболевания наблюдается смешанный плеоцитоз в пределах 200-600 кл/мкл с преобладанием нейтрофилов, повышение концентрации белка до 0,5 г/л [2, 7, 8, 9].

Из лабораторных методов исследования большой ценностью обладает метод полимеразно-цепной реакции (ПЦР) как метод молекулярной биологии, применение которой позволило значительно усовершенствовать диагностику вирусных менингитов. ПЦР в настоящее время остается «золотым» стандартом диагностики и позволяет обнаруживать даже несколько молекул ДНК или РНК [1, 4, 9, 12, 14].

В Центральном Казахстане практически ежегодно регистрируются случаи ЭВИ, в том числе ЭМ. В летне-осенний период 2014 г. в Карагандинской области отмечался значительный подъем заболеваемости ЭМ среди детей.

Немногочисленные исследования клинических проявлений ЭМ в сравнительном возрастном аспекте у детей в Центральном Казахстане в эпидемический период послужили основанием для настоящих разработок.

Цель работы – сравнительный анализ клинико-лабораторных данных детей, больных ЭМ, в возрасте от 1 г. до 18 лет включительно, госпитализированных в Областную инфекционную больницу (ОИБ) г. Караганды в период вспышки ЭМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе использованы клинические материалы находившихся на госпитализации детей, архивные медицинские карты стационарных больных и личные наблюдения авторов (курация больных, интерпретация клинико-лабораторных данных, анализ литературных источников, оформление статейного материала).

Под наблюдением находились 200 детей в возрасте от 1 г. до 18 лет. Согласно общепринятой возрастной периодизации, больные были распределены на группы: 6 больных в возрасте 1-3 г., включая 4 год; 71 ребенок в возрасте 4-7 лет, включая 8 год; 68 пациентов в возрасте 8-12 лет, включая 13 год; 55 детей

были в возрасте 13-18 лет. Больные в возрасте до 1 г. под наблюдением не состояли (рис. 1).

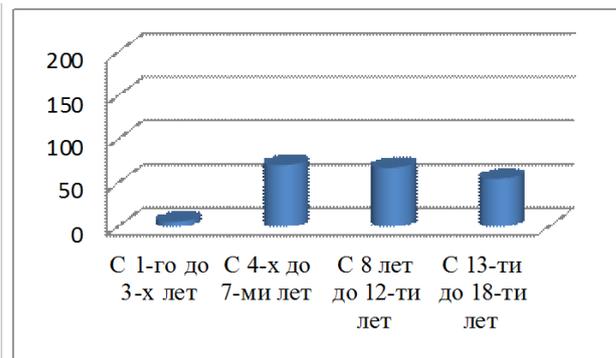


Рисунок 1 – Распределение детей по возрасту

Всем больным при поступлении в стационар с диагностической и лечебной целью проводилась люмбальная пункция, только после разрешения родителей. Этиологический диагноз ЭМ устанавливался на основании вирусологических и молекулярно-биологических исследований. В качестве исследуемого материала использовали ликвор, фекалии.

Как показали наблюдения, основным этиологическим агентом во всех материалах был вирус ЕСНО-30. При необходимости применялись дополнительные методы исследования: рентгенография органов грудной клетки, консультации отоларинголога, окулиста, невролога и др.

ЭМ в группах детей в возрасте от 1 г. до 7 лет и с 8 лет и старше имели ряд отличительных особенностей, что явилось основанием для проведения сравнительного анализа.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинико-лабораторные особенности энтеровирусных менингитов у детей в возрасте от 1 г. до 7 лет (I группа). Под наблюдением находились 77 детей в возрасте от 1 года до 7 лет, среди них 53 (68,8%) мальчика и 24 (31,2%) девочки. Из них организованных было 47 (61,1%) детей, не организованных – 30 (38,9%). Городские дети составили 67 (87,0%), сельские – 10 (13,0%). Контакт с больными ЭВИ установлен у 4 (5,2%) больных. Госпитализация в ОИБ в первые сутки заболевания свидетельствовала о остроте заболевания, своевременном обращении и диагностике на догоспитальном этапе.

Заболевание начиналось бурно, на фоне полного здоровья, без продромального периода. В первый день болезни у всех больных чет-

ко прослеживались 3 ведущих синдрома: менингеальный, интоксикационный, общемозговой. Состояние при поступлении в большинстве случаев оценивалось как среднетяжелое (98,7%) и тяжелое (1,3%). Повышение температуры тела было постоянным симптомом. Лихорадка в пределах субфебрильных цифр была у 71 (92,2%) больных и только у 6 (7,8%) превышала 39-40 С⁰. Продолжительность лихорадки у 85,7% больных составляла 2-4 сут. В большинстве случаев лихорадка носила одноволновой характер. Исключение составили 2 больных, у которых на фоне нормализации температуры на третий день болезни состояние вновь ухудшилось, и была зарегистрирована вторая волна температурной реакции до 40 С⁰.

Постоянным признаком (94,8%) была диффузная распирающая головная боль, без четкой локализации, усиливающаяся при звуковых раздражителях и перемене положения тела.

У части больных отмечалась диарея. Относительно постоянным признаком был катаральный синдром (84,4%) в виде ринореи, конъюнктивита, гиперемии и зернистости ротоглотки.

С первого дня болезни, реже со второго, у 98,7% больных была выявлена ригидность мышц затылка. У 8 (10,4%) больных ригидность сочеталась с симптомом Кернига, у 6 (7,8%) – с верхним Брудзинским, у 3 (3,9%) – с нижним Брудзинским. Изучено распределение менингеальных симптомов у больных энтеровирусным менингитом (рис. 2).

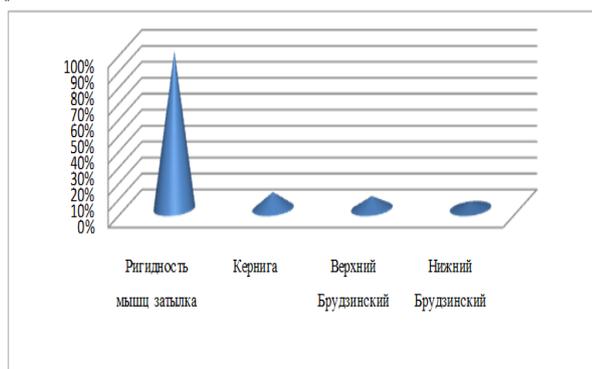


Рисунок 2 – Распределение менингеальных симптомов у детей, больных энтеровирусным менингитом

Менингеальные знаки в 62,3% случаев сохранялись до 4 сут. Ликворограмма при поступлении была представлена умеренным (139 кл/мкл) плеоцитозом при незначительном преобладании лимфоцитов над нейтрофилами

(46,5% против 40,5%). Белок и сахар оставались в пределах нормативных величин.

У 1 (1,3%) больного менингеальных знаков не отмечалось, и серозный ликвороположительный менингит диагностирован на основании эпидемической конъюнктуры, интоксикации и изменений со стороны ликвора.

Со стороны гемограммы в острый период в 40% случаев отмечался лейкоцитоз, в 60% – нейтрофилез, в 20% – повышенная СОЭ. Перед выпиской из стационара картина периферической крови нормализовалась. Больные выписаны в среднем на 10,4 день заболевания под наблюдение невролога по месту жительства.

Клинико-лабораторные особенности энтеровирусных менингитов у детей старше 8 лет (II группа). Под наблюдением состояли 123 больных в возрасте от 8 лет и старше, среди них 78 (63,4%) мальчиков и 45 (36,6%) девочек. В г. Караганде проживали 78,9% больных. При сборе эпидемиологического анамнеза контакт с больными вирусными инфекциями установлен у 12 (9,8%) больных. Заболеваемость во всех случаях носила спорадический характер и только в 2 семьях одновременно заболели двое детей.

В первые сутки заболевания госпитализированы 115 (93,5%) детей, на 2-3 сут – 8 (6,5%) больных. Поздние сроки госпитализации объяснялись несвоевременным обращением и самолечением, в 2 случаях – отказом от предложенной госпитализации.

Начало заболевания в 100% случаев было острым и развивалось на фоне полного благополучия. Все больные, поступавшие в стационар, предъявляли жалобы на сильные головные боли, повторную рвоту, тошноту, гипертермию и слабость. Такие симптомы, как боль в глазах, светобоязнь и боли в животе были зарегистрированы в 11,4, 12,2 и 12,2% случаев соответственно. У единичных больных отмечались умеренные катаральные явления в виде першения в горле, заложенности носа, чихания, конъюнктивита.

Повышение температуры тела до 38⁰С было у 85 (69,1%), выше – у 38 (30,9%) больных. Лихорадка держалась в течение 2-4 дней и носила одноволновой характер. У 20 больных (16,3%) лихорадка продолжалась более 6 дней. У этих больных после клинического улучшения и нормализации температуры тела, через 1-2 дня вновь на фоне ухудшения состояния наблюдалась повторная волна температурной реакции.

Состояние при обращении в стационар у большинства больных расценивалось как среднетяжелое, у 8 (6,3%) больных – как тяжелое. Ранним и постоянным признаком была рвота, которая у 63 (51,2%) продолжалась 1 сут, у 21 (17,1%) больных – 2-3 сут. Рвота была внезапной, 1-2 кратной, без предшествующей тошноты, не приносящей облегчения.

У 25 (20,3%) больных был синдром секреторной диареи, носивший кратковременный характер. Изучено распределение клинических симптомов при ЭМ (рис. 3).

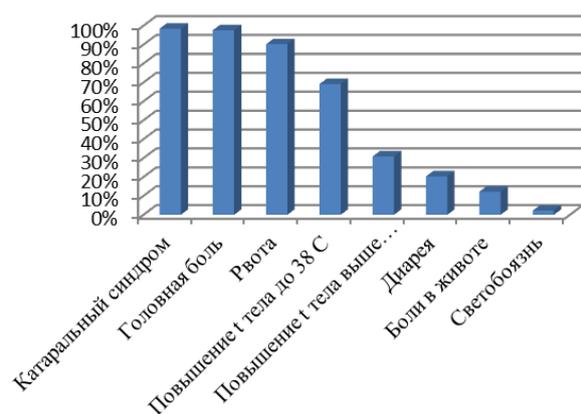


Рисунок 3 – Спектр клинических симптомов у детей при энтеровирусном менингите

Менингеальные симптомы появлялись в первые сутки заболевания и проявлялись ригидностью мышц затылка у 98,4% пациентов, симптомами Кернига – у 20,3%, верхнего и нижнего Брудзинского – у 14,6% больных. Менингеальные знаки у 68,3% заболевших сохранялись в течение 5 дней, у остальных они исчезали уже на 3-4 сут заболевания.

У 2 больных менингеальных знаков на всем протяжении заболевания не регистрировалось и диагностика серозного ликвороположительного менингита осуществлялась на основании эпидемиологической ситуации, интоксикации, катаральных явлений и данных люмбальной пункции. Изменения со стороны гемограммы в остром периоде заболевания характеризовались лейкоцитозом – у 29,3% больных, лейкопенией – у 1,6%, нейтрофилезом – у 49,6%, лимфоцитозом – у 9,7%, повышенной СОЭ – у 22,0% больных. Изменения в гемограмме отсутствовали у 37 (30,1%) больных. Трехзначный плеоцитоз был отмечен у 104 (84,5%), у остальных – двухзначный, который колебался от 45 до 90 кл/мкл. Содержание белка и сахара оставалось в

пределах нормы. У 28% больных плеоцитоз носил нейтрофильный характер с диапазоном разброса от 55 до 85%, у остальных – лимфоцитарный.

Большинство больных были выписаны на 10,8 сут заболевания с выздоровлением под наблюдением невролога по месту жительства.

При проведении сравнительного изучения менингитов энтеровирусной природы в возрастном аспекте в период вспышки ЭИ 2014 г. в Центральном Казахстане выявлен ряд определенных закономерностей. Отмечено, что мальчики заболевали гораздо чаще девочек, но каких-либо клинических особенностей в течении ЭМ у них выявлено не было. Организованные дети, учащиеся и лица, проживающие в г. Караганде, были преобладающими. Заболеванью были подвержены дети всех возрастов, но наибольшее количество приходилось на возраст 8 лет и старше. Заболевших детей до 1 г. не было.

Этиологический диагноз ЭМ был установлен на основании вирусологических и молекулярно-биологических методов исследования. Применение последних, по данным отечественных и зарубежных исследователей, позволяет значительно ускорить и классифицировать этиологию серозных менингитов [9, 12, 16].

Преобладающим этиологическим фактором в наблюдениях были ЕСНО-30, что согласуется с отечественными и зарубежными исследователями [2, 5, 6, 9, 16]. Начало заболевания у всех детей в изучаемых группах было острым, внезапным на фоне общего благополучия, что описывается и другими исследователями [7, 12, 16].

Отдельные работы свидетельствуют, что у детей первых лет жизни ЭМ протекает с диареей, судорожным и катаральным синдромами, у старших – с миалгией, экзантемой, герпетической ангиной [6]. Исследования, проведенные в г. Ливерпуле (Великобритания) в 2014 г., констатируют, что у детей раннего возраста энтеровирусы, помимо менингита, могут вызывать сепсис, энцефалит [11]. Напротив, сообщения из Испании и Египта утверждают, что ЭМ чаще протекает как асептический мономенингит [12, 16].

В собственных наблюдениях течение ЭМ сочеталось с такими проявлениями, как боль в глазах, светобоязнь, выраженная головная боль, гиперемия и зернистость ротоглотки, причем статистически значимые различия по критерию Стьюдента ($p < 0,05$) были выше у детей старшего возраста. Частота поражения

Таблица 1 – Некоторые статистические параметры больных ЭМ в возрастном аспекте

Симптом	1-7 лет (n=77)				8 лет и старше (n=123)				t	p-level
	P %	m	-95 ДИ	+95 ДИ	P %	m	-95 ДИ	+95 ДИ		
Слабость					52	4,5	43,2	60,86		0,000*
Снижение аппетита	5,19	2,53	0,24	10,14	28,5	4,07	20,49	36,43	4,86	0,000*
Боль в глазах					11,4	2,86	5,77	16,99		0,000*
Светобоязнь	2,6	1,81	0	6,15	12,2	2,95	6,42	17,98	2,77	0,006*
Тяжелое состояние	1,3	1,29	0	3,83	6,5	2,22	2,14	10,86	2,03	0,044*
Головная боль	41,56	5,62	30,55	52,57	59,4	4,43	50,67	68,03	2,49	0,013*
Лихорадка до 4 сут	5,19	2,53	0,24	10,14	13	3,03	7,06	18,96	1,98	0,049*
Рвота 1 сут	76,62	4,82	67,17	86,07	51,2	4,51	42,39	60,05	-3,85	0,000*
Симптом Кернига	10,39	3,48	3,57	17,21	20,33	3,63	13,22	27,44	1,98	0,049*
Ригидность мышц затылка	98,7	1,29	96,17	101,23	98,4	1,14	96,13	100,61	-0,17	0,861
Сохранность менингеальных знаков 1 сут	5,19	2,53	0,24	10,14	8,13	2,46	3,3	12,96	0,83	0,405
Сохранность менингеальных знаков 2-3 сут	31,17	5,28	20,82	41,52	22	3,73	14,64	29,26	-1,42	0,157
Сохранность менингеальных знаков 4 сут	62,34	5,52	51,52	73,16	68,3	4,2	60,07	76,51	0,86	0,391
Менингеальных знаков не было	1,3	1,29	0	3,83	1,63	1,14	0	3,87	0,19	0,848
Диарея 1 сут	1,3	1,29	0	3,83	7,32	2,35	2,72	11,92	2,25	0,025*
Диарея 2-3 сут	1,3	1,29	0	3,83	9,76	2,68	4,52	15	2,84	0,004*
Диарея 4 сут					3,25	1,6	0,12	6,38		
Диареи не было	97,4	1,81	93,85	100	79,7	3,63	72,56	86,78	-4,36	0,000*
Лейкопения	1,3	1,29	-1,23	3,83	1,63	1,14	-0,61	3,87	0,19	0,848
Лейкоцитоз	38,96	5,56	28,07	49,85	29,3	4,1	21,23	37,31	-1,40	0,163
Лимфоцитоз	7,79	3,05	1,8	13,78	9,76	2,68	4,52	15	0,49	0,628
Нейтрофилез	59,74	5,59	48,79	70,69	49,6	4,51	40,75	58,43	-1,41	0,159
Повышение СОЭ	19,48	4,51	10,63	28,33	22	3,73	14,64	29,26	0,43	0,667
Норма в гемограмме	25,97	5	16,18	35,76	30,1	4,14	21,98	38,18	0,64	0,525

*p<0,05

тонкого кишечника также преобладала у детей старшего возраста (20,3% против 2,6% у детей от 1 года до 7 лет).

Болей в мышцах, кратковременной эфемерной экзантемы, описываемых рядом исследователей в Запорожской области, Испании и Каире [7, 12, 16], в собственных наблюдениях не отмечено.

Течение ЭМ у детей старше 8 лет было более тяжелым (p<0,05), с выраженной интоксикацией, головной болью, продолжительной лихорадкой; состояние у них в 6,5% случаев было расценено как тяжелое; у детей дошкольного возраста этот показатель составил 1,3%.

Менингеальный синдром выявлялся в первые 2 сут болезни у детей всех возрастных групп с одинаковой частотой, выраженностью и продолжительностью, но симптом Кернига у старших детей определялся с большим постоянством.

Сравнительное изучение плеоцитоза и его качественных характеристик выявило ряд возрастных особенностей. Если в I группе плеоцитоз в среднем составил 139 кл/мкл при практически равном соотношении нейтрофилов и лимфоцитов, то в группе детей старшего возраста плеоцитоз был достоверно выше (248 кл/мкл $<0,05$) с явным преобладанием нейтрофилов над лимфоцитами (63,5% против 46,6% соответственно), что прямо свидетельствует о более выраженном воспалительном процессе в ликворе. Подобных отличительных признаков со стороны спинномозговой жидкости при ЭМ в зависимости от возраста в отечественной и зарубежной литературе не встретилось.

Продолжительность госпитализации в обеих группах составила в среднем 10,6 сут. Все больные были выписаны с выздоровлением под наблюдение невролога по месту жительства. Катамнестическое наблюдение за реконвалесцентами показало положительную стабильность состояния.

В литературе, напротив, имеются сообщения о тяжелых неврологических поражениях [14] и отдаленных осложнениях в виде нарушения зрения, цереброастении, которые наблюдались даже через 2 г. после перенесенного ЭМ [3]. Проанализированы статистические данные, больных ЭМ (табл. 1).

ВЫВОДЫ

1. Заболеванию ЭМ более подвержены дети старшего возраста, проживающие в г. Караганде и лица мужского пола. ЭМ у детей старшего возраста протекает более тяжело, с выраженной интоксикацией и воспалительными изменениями со стороны ликвора, продолжительной лихорадкой.

2. ЭМ у детей старше 8 лет, в отличие от детей дошкольного возраста, сочетается не только с катаральными явлениями, но с более частым синдромом секреторной диареи. ЭМ во всех возрастных группах характеризовался благоприятным исходом, а катамнестические наблюдения за реконвалесцентами показали положительную динамику состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1 Вспышка острой кишечной инфекции энтеровирусной этиологии в Сахалинской области в августе 2010 года /А. В. Демина, В. А. Терновой, Б. Б. Дарижапов и соавт. //Вестник РАМН. – 2012. – №2. – С. 64-67.

2 Ешмолов С. Н. Клинико-лабораторные особенности и оптимизация терапии энтеровирусных менингитов у детей на современном этапе: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2013. – 24 с.

3 Мишакина Н. О. Клинико-патогенетические особенности острого и отдаленного периодов при серозном менингите энтеровирусной этиологии у детей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Тюмень, 2012. – 23 с.

4 Протасеня И. И. Энтеровирусная инфекция у детей: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2010. – 32 с.

5 Сезонный подъем заболеваемости энтеровирусным менингитом в Новгородской области /М. А. Бичурина, В. А. Пьяных и соавт. // Инфекция и иммунитет. – 2012. – №4. – С. 747-752.

6 Скачков М. В. Энтеровирусные заболевания у детей г. Оренбурга на этапе подъема заболеваемости /М. В. Скачков, Н. Б. Денисюк //Медицинский альманах. – 2011. – №6. – С. 173-177.

7 Современные клинико-лабораторные особенности энтеровирусных менингитов /Е. В. Усачева, Е. С. Миронова, О. М. Фирюлина, В. К. Сыволап //Патология. – 2014. – №1. – С. 76-79.

8 Современные особенности течения энтеровирусной инфекции у детей /Е. В. Михайлова, И. А. Зайцева, Б. А. Кашаев, А. П. Кошкин //Практическая медицина. – 2010. – №7. – С. 90-91.

9 Штейнберг А. В. Клинико-лабораторная диагностика и этиотропная терапия энтеровирусного менингита у детей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Саратов, 2009. – 24 с.

10 Энтеровирусная инфекция как фактор риска острого коронарного синдрома и его осложнений /В. Я. Плоткин, В. Л. Воронель, М. А. Тимошина, З. А. Зарипова //Клиническая медицина. – 2011. – №2. – С. 25-29.

11 Distinct systemic and central nervous system disease patterns in enterovirus and parechovirus infected children /H. Harvala, M. Griffiths, T. Solomon, P. Simmonds //Journal of Infection. – 2014. – №1. – P. 69-74.

12 Enterovirus reverse transcriptase polymerase chain reaction assay in cerebrospinal fluid: An essential tool in meningitis management in childhood /A. I. Ruiz, C. S. Garcia, A. M. Docon, S. A. Miguelez //Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica. – 2013. – V. 31, №2. – P. 71-75.

13 Enteroviral Testing and Length of Hospital Stay for Children Evaluated for Lyme Meningitis /L. E. Nigrovic, K. A. Cohn, T. W. Lyons, P.

Simmonds //The Journal of Emergency Medicine. – 2013. – V. 44, №6. – P. 1196-1200.

14 Outbreak of hand, foot and mouth disease/herpangina associated with coxsackievirus A6 and A10 infections in 2010, France: a large citywide, prospective observational study /A. Mirand, C. Henquell, C. Archimbaud, S. Ughetto // Virology. – 2012. – V. 30. – P.110-118.

15 Recent outbreak of aseptic meningitis in Italy due to Echovirus 30 and phylogenetic relationship with other European circulating strains / M. G. Milia, F. C. Cerutti, G. Gregori, E. Burdino // Journal of Clinical Virology. – 2013. – V. 58, №3. – P. 579-583.

16 Shaker O.G. Detection of enteroviruses in pediatric patients with aseptic meningitis /O. G. Shaker, N. Abdelhamid //Clinical Neurology and Neurosurgery. – 2015. – V. 129. – P. 67-71.

REFERENCES

1 Outbreak of an acute intestinal infection of enterovirus etiology in the Sakhalin region in August 2010 /A. V. Demin, V. A. Ternovoy, B. B. Darizhapov et al. //Reporter of RAMS. – 2012. – №2. – P. 64-67.

2 Eshmolov S. N. Clinical and laboratory features and optimization of therapy of enterovirus meningitis in children at the present stage: Author's abstract ... cand. of med. sciences. – M., 2013. – 24 p.

3 Mishakina N. O. Clinical and pathogenetic features of acute and long-term periods with serous meningitis of enteroviral etiology in children: Author's abstract ... cand. of med. sciences. – Tyumen, 2012. – 23 p.

4 Protaseny I. I. Enterovirus infection in children: Author's abstract... dr. of med. sciences. – M., 2010. – 32 p.

5 Seasonal incidence of enterovirus meningitis in the Novgorod region /M. A. Bichurina, V. A. Pyanin et al. //Infection and immunity. – 2012. – №4. – P. 747-752.

6 Skachkov M. V. Enterovirus infections in children in Orenburg city on the step of disease incidence /M. V. Skachkov, N. B. Denisyuk // Medical almanac. – 2011. – №6. – P. 173-177.

7 Modern clinical and laboratory features of enteroviral meningitis /E. V. Usacheva, E. S. Mironova, O. M. Firulina, V. K. Syvolap //

Pathology. – 2014. – №1. – P. 76-79.

8 Modern peculiarities of enterovirus infection in children /E. V. Mikhailova, I. A. Zaitseva, B. A. Kashaev, A. P. Koshkin //Practical Medicine. – 2010. – №7. – P. 90-91.

9 Steinberg A. V. Clinical and laboratory diagnosis and etiotropic treatment of enterovirus meningitis in children: Author's abstract... cand. of med. sciences. – Saratov, 2009. – 24 p.

10 Enterovirus infection as a risk factor for acute coronary syndrome and its complications / V. J. Plotkin, V. L. Voronel, M. A. Timoshina, Z. A. Zaripova //Clinical Medicine. – 2011. – №2. – P. 25-29.

11 Distinct systemic and central nervous system disease patterns in enterovirus and parechovirus infected children /H. Harvala, M. Griffiths, T. Solomon, P. Simmonds //Journal of Infection. – 2014. – №1. – P. 69-74.

12 Enterovirus reverse transcriptase polymerase chain reaction assay in cerebrospinal fluid: An essential tool in meningitismanagement in childhood /A. I. Ruiz, C. S. Garcia, A. M. Docon, S. A. Miguelez //Enfermedades Infecciosas y Microbiologia Clinica. – 2013. – V. 31, №2. – P. 71-75.

13 Enteroviral Testing and Length of Hospital Stay for Children Evaluated for Lyme Meningitis /L. E. Nigrovic, K. A. Cohn, T. W. Lyons, P. Simmonds //The Journal of Emergency Medicine. – 2013. – V. 44, №6. – P. 1196-1200.

14 Outbreak of hand, foot and mouth disease/herpangina associated with coxsackievirus A6 and A10 infections in 2010, France: a large citywide, prospective observational study /A. Mirand, C. Henquell, C. Archimbaud, S. Ughetto // Virology. – 2012. – V. 30. – P.110-118.

15 Recent outbreak of aseptic meningitis in Italy due to Echovirus 30 and phylogenetic relationship with other European circulating strains / M. G. Milia, F. C. Cerutti, G. Gregori, E. Burdino // Journal of Clinical Virology. – 2013. – V. 58, №3. – P. 579-583.

16 Shaker O.G. Detection of enteroviruses in pediatric patients with aseptic meningitis /O. G. Shaker, N. Abdelhamid //Clinical Neurology and Neurosurgery. – 2015. – V. 129. – P. 67-71.

Поступила 21.05.2015 г.

R. Kh. Begaidarova, Kh. G. Devdariany, G. Zh. Baigutanova, Yu. G. Starikov, Zh. Zh. Dzhashibekova, O. A. Zolotaryova
CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF ENTEROVIRAL MENINGITIS, CAUSED BY ECHO 30, IN CHILDREN OF DIFFERENT AGE GROUPS

The comparative study of meningitis of enterovirus etiology in children was conducted among the children hospitalized in the regional infectious hospital in Karaganda during the outbreak of enterovirus infection in Central Kazakhstan 2014. The etiological factor of enterovirus meningitis in all age groups of children was ECHO-30 virus.

The authors observed 200 children, 77 patients were at the age from 1 to 7 years (the first group) and 123 children – from 8 to 18 years (the second group). The enterovirus meningitis had a number of distinctive features in children from 1 year to 7 years and older 8 age. Onset of the disease was sharp in 100% of cases against the general well-

being. Enterovirus meningitis was combined with severe catarrhal symptoms, headache, vomiting, fever in all children. Secretory diarrhea syndrome was in 20% of cases of older children. Enterovirus meningitis in older children proceeded not only heavier in comparison with pre-school children, but also with more severe inflammatory changes of liquor.

The disease was characterized by favorable course, and follow-up observation of the place of residence for convalescents was showed stable positive dynamics.

Key words: enterovirus meningitis, children age, ECHO-30, episode of enterovirus, Central Kazakhstan

Р. Х. Бегайдарова, Х. Г. Девдариани, Г. Ж. Байгутанова, Ю. Г. Стариков, Ж. Ж. Джашибекова, О. А. Золотарева
ЕCHO-30 ТУЫҢДАҒАН, ӘР ТҮРЛІ ЖАС ТОПТАРЫҢДАҒЫ БАЛАЛАР ЭНТЕРОВИРУСТЫ МЕНИНГИТТЕРІНІҢ
КЛИНИКАЛЫ-ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

2014 жылы Орталық Қазақстанда энтеровирусты инфекциялар індетінің өршуі кезеңінде, облыстық жұқпалы аурулар ауруханасында жатып емделген балалардағы энтеровирусты этиологиялы менингиттерге салыстырмалы зерттеулер жүргізілді.

Барлық жас топтарындағы балаларда ЭМ этиологиялық факторы ЕCHO 30 болып табылды.

200 бала бақылауға алынды, олардың ішінде 77 бала 1 жастан 7 жасқа дейінгі (бірінші топ) және 123 бала – 8-жастан 18 жасқа дейінгіқоса алғанда (екінші топ). 1 жастан 7 жасқа дейінгіжәне 8 жас пен одан үлкен балаларда ЭМ ерекшелік айырмашылықтары анықталды.

Сырқаттылықтың 100% жалпы қалыпты жағдай фонында жедел басталған. Барлық балалардағы энтеровирусты менингит айқын катаралды белгілермен, бастың ауруымен, құсумен, қызбамен басталды. Осыдан басқа, ересек жастағы балаларда, 20% жағдайда секреторлық диарея синдромы байқалды. Мектепке дейінгі жастағы балалармен салыстырғанда ересек жастағы балалардағы энтеровирусты менингит ауыр ағымда өтіп қана қоймай, ликвордағы айқын қабыну белгілерін көрсетті.

Сырқаттылық барлық балаларда қолайлы ағымымен сипатталды, және реконвалесценттерді тұрғылықты жерде катамнестикалық бақылау жүргізу арқылы тұрақты оң динамикасы анықталды.

Кілт сөздер: энтеровирусты менингит, балалар жасы, ЕCHO-30, энтеровирусты инфекция өршуі, Орталық Қазақстан

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.24-002.5-08

Ж. М. Мутайхан, Л. М. Арапова, М. Т. Кожамуратов, А. К. Кабиева

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ДИСПАНСЕРНЫХ КОНТИНГЕНТОВ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Кафедра фтизиатрии Карагандинского государственного медицинского университета, Карагандинский областной противотуберкулезный диспансер

Проведен анализ контингентов впервые выявленных больных с туберкулезом органов дыхания среди населения 2 участков г. Караганды за 2009-2012 гг. Дана возрастная-половая, социальная характеристика контингентов, а также в динамике проанализированы причины неэффективности лечения, одна из которых – несвоевременность определения устойчивых форм. Анализ случаев возврата больных с обострением туберкулеза показал, что доля больных с исходом «вылечен» завышена из-за оценки эффективности лечения по одному критерию – прекращению бактериовыделения. Установлено, что больных с первичной лекарственной устойчивостью было 22%, из них 63% были мультирезистентные формы; этот процент значительно повышался у повторных случаев туберкулеза (82%). Лечение препаратами второго ряда привело к увеличению доли больных с эффективным исходом лечения.

Ключевые слова: контингенты туберкулезных больных, лекарственная устойчивость, эффективность лечения

Туберкулез представляет глобальную угрозу для здоровья людей во всем мире, являясь одной из ведущих медико-социальных проблем, индикатором социально-экономического состояния общества [1].

Одним из разделов работы участкового фтизиатра, кроме правильной организации противотуберкулезной работы на участке, является ежегодный анализ эпидемиологической ситуации на участке, включающий в себя не только основные показатели, но и более глубокое структурное изучение контингентов заболевших туберкулезом пациентов.

Цель работы – изучение контингентов туберкулезных больных, структуры клинических форм, оценки эффективности лечения на 2 городских фтизиатрических участках диспансерного отделения Карагандинского Областного противотуберкулезного диспансера за 2009-2012 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены медицинские карты больного туберкулезом (ТБ-01) 165 впервые выявленных больных туберкулезом, находящихся под наблюдением на 2 идентичных фтизиатрических участках I диспансерного отделения Карагандинского Областного противотуберкулезного диспансера (ОПТД) за 2009-2012 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен анализ структуры клинических форм среди диспансерных больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза легких. Установлено, что у 80 (48,5%) больных туберкулез выявлен по обращаемости в общей лечебной сети, у 76 человек (45,4%) – при про-

филактическом осмотре; бактериоскопически – у 10 (6,1%).

Наиболее частой исходной формой был инфильтративный туберкулез (79,3%), очаговый туберкулез (10,9%), экссудативный плеврит (6,6%). Редко встречались такие клинические формы, как туберкулема (1,8%) и диссеминированный туберкулез (1,2%) среди обследованных. У 17 (10,3%) больных специфический легочный процесс был осложнен экссудативным плевритом.

Из числа лиц, обследованных на туберкулез, с бактериовыделением зарегистрировано 40,0% случаев, с распадом легочной ткани – 47,2%. При гендерном распределении преобладали мужчины, которых было 107 (65%), женщин – 58 (35%), 81,6% заболевших были пациенты в возрасте до 44 лет. Наиболее частыми факторами риска у больных активным туберкулезом легких были контактные с туберкулезным больным (8,0%), неработающие (60%), среди работающих – лица, занятые тяжелым физическим трудом (66,1%), разведенные (15,3%), холостые в возрасте 25 лет и старше (18,1%), послеродовой период у женщин детородного возраста (7,6%).

Исходы лечения были следующие: вылечены 40 (60%) из 66 бактериовыделителей (60%), лечение было завершено у 83 (84%) пациентов из 99 больных без бактериовыделения. В 4 категорию были переведены 20 (12%) больных. Тест на лекарственную чувствительность выявил 36 (22%) случаев устойчивости, среди них 23 (63%) составили пациенты с множественной лекарственной устойчивостью.

Оценка результатов лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких только по одному критерию – прекращению бактериовыделения – приводит к искусственному увеличению доли больных с эффективным исходом лечения. Поскольку в эту группу включают больных, у которых остались незакрытыми полости распада в легких [2]. В дальнейшем у больных туберкулезом легких с эффективным исходом лечения, но имевших незакрытые полости распада в легких, нередко возникают рецидивы заболевания.

Анализ медицинских карт (ТБ-О1) показал, что в последующем после достигнутого благополучного исхода 16 больных вернулись на повторное лечение с различными типами случаев туберкулеза. Из них 3 человека закончили лечение с исходом «лечение завершено», 13 переведены в 4 категорию, так как множественная лекарственная устойчивость обнаружена в 82%.

Необходимо отметить, что все 9 человек с ранними рецидивами (возникшими в короткое время после исхода по I категории) получали в поддерживающей фазе I категории химиопрепараты в ежедневном режиме. Итого, 49 (29,6%) человек из 165 имели или приобрели устойчивость, из них больные с первичной устойчивостью составили 22% от всех первичных больных, а больные с первичной мультирезистентностью – 14% от всех первичных больных, и 63% от всех устойчивых форм. Подавляющее большинство повторных случаев туберкулеза (82%) составили лица с множественной лекарственной устойчивостью. Из них по DOTS+ пролечен 31 человек, с исходом вылечено и лечение завершено у 25 человек.

Большинство (60%) из всех впервые выявленных больных – неработающие люди, около 1/3 – разведенные или холостые. Анализ половой и возрастной структуры лиц с впервые установленным диагнозом туберкулеза показал преобладание мужчин (107 и 58 соответственно), но у женщин было выявлено больше бациллярных форм (33 и 53% соответственно), 82% из всех заболевших – это люди в возрасте 18-44 лет. Наиболее частой исходной формой был инфильтративный туберкулез легких (79%). Доля бациллярных больных (40%) оказалась меньше количества форм туберкулеза с распадом (47%), что свидетельствует о низкой результативности мазка мокроты. Около 1/3 лиц с первичной устойчивостью составляют больные с моно- и полирезистентностью, с мультирезистентностью – 63%. Среди больных со вторичной устойчивостью 82% – с мультирезистентностью. Довольно

низкий удельный вес излеченных (60,6%) впервые выявленных больных с бактериовыделением значительно повышается после лечения в 4 категории препаратами второго ряда – до 86,3%, а среди больных без бактериовыделения – с 83,8% до 95%. Фактором, повышающим риск возникновения вторичной множественной лекарственной устойчивости, является не только отсутствие приверженности части больных к лечению (недисциплинированность и отрывы), но и прием препаратов в поддерживающей фазе I категории в ежедневном режиме. Но, необходимо отметить, что за последние годы не выявлено научных исследований, посвященных изучению влияния режима приема препаратов в поддерживающей фазе на риск возникновения лекарственной устойчивости.

ВЫВОДЫ

1. Частота встречаемости туберкулеза наиболее высока в группе лиц 18-44 лет – самой трудоспособной части населения.

2. У 22% впервые выявленных больных установлена первичная лекарственная устойчивость к препаратам I ряда.

3. Все ранние рецидивы возникли у больных, получавших лечение в поддерживающей фазе I категории в ежедневном режиме. Среди повторных случаев значительно больше устойчивых форм, при этом почти все они – мультирезистентные.

4. Для повышения эффективности лечения необходимо вести более пристальный диагностический поиск устойчивых форм туберкулеза у первичных больных уже в начале лечения, а также разрабатывать индивидуальные подходы к выработке приверженности больных к лечению (учитывая характеристики контингентов), шире применять интермиттирующий способ приема препаратов в поддерживающей фазе.

ЛИТЕРАТУРА

1 Нечаева О. Б. Мониторинг и оценка изменений эпидемиологических показателей в РФ //Туберкулез и болезни легких. – 2012. – №8. – С.16-22.

2 Цыбикова Э. Б. Оценка факторов риска, влияющих на результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких /Э. Б. Цыбикова, Е. Н. Долженко //Туберкулез и болезни легких. – 2014. – №12. – С. 40-46.

REFERENCES

1 Nechayeva O. B. Monitoring and evaluation of epidemiological indicators of changes in the Russian Federation //Tuberculosis and lung disease. – 2012. – №8. – P.16-22.

2 Tsybikova E. B. Assessment of risk factors affected the outcomes of patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis /E. B. Tsybiko-

va, E. N. Dolzhenko //Tuberculosis and lung disease. – 2014. – №12. – P. 40-46.

Поступила 16.04.2015 г.

Zh. M. Mutaikhan, L. M. Arapova, M. T. Kozhamuratov, A. K. Kabyeva

CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTIC AND EFFECTIVENESS OF DISPENSARY GROUPS' TREATMENT OF TUBERCULOSIS PATIENTS

There was made the analysis of groups of emergence patients with tuberculosis of respiratory organs among population of 2 sectors of Karaganda city for 2009-2012. Also, there was provided age-sexual and social characteristic of groups, as well as analyzed the reasons of non-effective treatment, one of it is delay determination of resistant forms. We have observed co-relation between appearance of secondary resistance and the mode of anti-tuberculosis medications intake in supporting phase. Analysis of return cases of patients with tuberculosis aggravation has shown that a part of patients with diagnosis «cured» is increased due to estimation of treatment effectiveness according to the criteria – termination of bacterioexcretion. It was stated that there are 22% of patients with primary drug resistance, where 63% are multi-drug resistant forms; this percentage is significantly increased in recurrent case of tuberculosis is 82%. Treatment using drugs of the second line cause increase of a part of patients with effective treatment results.

Key words: patients groups, drug resistance, treatment effectiveness

Ж. М. Мутайхан, Л. М. Арапова, М. Т. Кожамуратов, А. К. Кабиева

ТУБЕРКУЛЕЗДІ НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМІНІҢ НӘТИЖЕСІ ДИСПАНСЕРЛІК КОКТИНГЕНТТІ ЖӘНЕ КЛИНИКО – ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТТАМАСЫ

2009-2011 жылдарда Қарағанды қаласының 2 аудандарында тыныс алу жолдарының туберкулезі мен ауратын науқастарға алғаш рет континген анализі жүргізілді. Контингенке жас тыныстық және әлеуметтік сипаттама берілді және де емінің сәтсіздігінің себебінен димамикалық анализі жүргізілді, оның бірі өз ауқытында төзімділік формасын анықтайды. Туберкулез аурумен аурған емделушілердің қайта ауруханаға қайтып түсу жөніндегі жағдайлардың талдауы арқылы «емделуден кейін жазылып шыққан» аурулардың үлесі аса көтеріңкі болып тұрғаны анықталды.

Осы жағдайдың негізгі себебі: емдеу тиімділігін бағалауы жалғыз ғана критерий – бактериялар бөлінудің тоқтатылуы арқылы анықталғаны. Алғаш дәрілік тұрақтылығы анықталған аурулардың саны – 22% тең екендігі анықталды, олардың ішіндегі – 63% дәрілік тұрақтылығының мультирезистенттік түрлері анықталды; осы көрсеткіш туберкулез қайта дамыған сәттерде едәуір жоғарлайды – 82%. Екінші сыныптағы дәрілермен емдеу «емделуден кейін жазылған» аурулардың үлесін жоғарлатады.

Кілт сөздер: туберкулезді науқастардың контингенті дәрілік төзімділік, емінің оң нәтижесі

Д. В. Васильев, О. А. Заикин, А. К. Ерменова, А. А. Шаханова, Г. Е. Таюпова

ИЗМЕНЕНИЕ РЕСТРИКТИВНЫХ СВОЙСТВ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

Карагандинский государственный медицинский университет

В работе представлена динамика основных показателей рестриктивной функции легких у больных с тяжелой формой острой пневмонии, находившихся на принудительной вентиляционной поддержке. Сравнительный анализ данных показателей проведен в контексте оценки газового состава артериальной и венозной крови, сатурации гемоглобина крови.

Сделан акцент на регуляции параметров вентиляции легких путем изменения соотношения вдох/выдох и уровня положительного давления в конце выдоха при стойкой гипоксемии. Сопоставлена динамика изменений растяжимости легочной ткани и бронхиальной проходимости в зависимости от сдвигов газового состава крови.

Ключевые слова: рестриктивные свойства легких, острая пневмония, вентиляционная поддержка, газовый состав крови

Применение вентиляционной поддержки у пациентов с тяжелой формой острой двусторонней пневмонии преследует цель стабилизировать газовый состав крови, уменьшить работу дыхательной мускулатуры и нормализовать диффузионную способность легочной ткани. Данный подход в интенсивной терапии требует непрерывного мониторинга рестриктивной функции легких на протяжении всего периода респираторного протезирования, а также состояния вентиляционной функции легких при постоянном контроле паттернов дыхания [2, 3].

Понимание патофизиологических сдвигов, возникающих при острой пневмонии, требующей в силу тяжести нарушений газообмена принудительной искусственной вентиляции легких, позволяет грамотно регулировать параметры вентиляции, управлять градиентами давлений в дыхательных путях и тем самым оптимизировать рестриктивные свойства легочной ткани. Уменьшение растяжимости или комплаенса легких сопряжено с артериовенозным шунтированием в легких, заключающимся в сбросе крови «справа налево», минуя легочные капилляры. Данный механизм приводит к снижению артериовенозной разницы по кислороду и развитию стойкой гипоксемии, резистентной к оксигенотерапии [1, 2].

Следовательно, механическая вентиляция легких (МВЛ) является одним из приоритетных направлений в интенсивной терапии больных с тяжелой формой острой пневмонии, осложнившейся дыхательной недостаточностью и глубоким нарушением кислородного статуса крови [1, 2, 3].

Цель работы – оценка рестриктивных свойств легочной ткани у больных с тяжелой

формой острой пневмонии, находящихся на вентиляционной поддержке.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованию подверглись 23 больных в возрасте от 28 до 74 лет. У большинства пациентов (n=17) имело место двустороннее поражение легких внебольничного характера, у 4 пациентов развилась респиратор-ассоциированная пневмония (проведение МВЛ в связи с основным заболеванием – острым нарушением мозгового кровообращения). В 2 случаях диагностирована посттравматическая пневмония вследствие ушиба грудной клетки и легкого.

Показанием для перевода на принудительную вентиляцию легких у всех пациентов считалась комбинация двух и более из перечисленных сдвигов в газовом составе артериальной (Pa) или венозной (Pv) крови и показателей ее карбонатной буферной системы: снижение парциального давления кислорода менее 70 мм Hg (PaO₂) или менее 30 мм Hg (PvO₂), повышение парциального давления углекислого газа более 50 мм Hg (PaCO₂) или более 55 мм Hg (PvCO₂), снижение сатурации гемоглобина смешанной крови (SpO₂) менее 90%, снижение pH крови ниже 7,30 при одновременном увеличении концентрации буферного карбоната крови (HCO₃⁻) свыше 25 ммоль/л. Последний показатель отражал степень метаболической компенсации респираторного ацидоза и являлся дополнительным критерием тяжести состояния больных. Показатели газового состава определялись с помощью газоанализатора ABL800Flex.

Искусственную вентиляцию легких всем больным проводили в режиме нормовентиля-

ции с учетом нарушенной рестриктивной функции легких. Дыхательный объем (V_{TE}) устанавливали в пределах 6-8 мл/кг, частоту дыхания (f) – в пределах 12-16 мин, соотношение вдоха к выдоху (I:E) в среднем составляло 1:2, 1:2,5, однако при тяжелой и рефрактерной к интенсивной терапии гипоксемии увеличивали продолжительность вдоха до соотношения I:E 1,4...1,6 – 2...2,5. Фракционную концентрацию кислорода на вдохе (FiO_2) при вентиляционной поддержке устанавливали в пределах 0,6-1,0.

Для оценки рестриктивных свойств легких в период МВЛ учитывали растяжимость легочной ткани (C_{st} , мл/см вод. ст.), временную экспираторную константу (RC_{exp} , с), величину спонтанного положительного давления в конце выдоха ($a_{уто}$ ПДКВ, см вод. ст.).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На основании оценки вентиляционной функции легких больных в течение всего периода проведения МВЛ установлено, что у всех пациентов отмечалось снижение C_{st} в средних значениях $57,3 \pm 4,2$ мл/см вод. ст., что, по всей видимости, было обусловлено непосредственно воспалительным процессом в легочной ткани. У подавляющего числа больных ($n=19$) отмечалось уменьшение величины RC_{exp} до 0,5-0,7 с. Снижение последнего показателя, отражающего бронхиальную проходимость, было связано с обструкцией дыхательных путей большим количеством мокроты, что было подтверждено при последующем неоднократном лаваже трахеобронхиального дерева.

Следует подчеркнуть, что у большинства пациентов ($n=17$) в первые часы респираторного замещения регистрировалось высокое $a_{уто}$ ПДКВ в диапазоне от 6 до 11 см вод. ст., что требовало увеличения уровня положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) респиратора до 8-12 см вод. ст. для улучшения вентиляции ателектазированных участков легких. Данная тактика в течение 12-18 ч способствовала увеличению RC_{exp} в колебаниях от 0,7 до 0,9 с при несущественном регрессе C_{st} (увеличение на 4-6% от исходной величины). Независимо от уровня $a_{уто}$ ПДКВ, респираторустанавливаемое ПДКВ превышало его на 40-50%.

Сохранение низкого значения C_{st} у данных пациентов, несмотря на достаточный уровень ПДКВ и оптимальные дыхательные объемы, тесно коррелировало с сохраняющейся

гипоксемией – PaO_2 и PvO_2 в $68,4 \pm 3,3$ мм рт. ст. и $29,6 \pm 2,5$ мм рт. ст. соответственно при SpO_2 в $88,5 \pm 2,3\%$.

С целью оптимизации оксигенации крови за счет улучшения рестриктивных свойств легких предпринятое инвертное соотношение I:E 1,6-1,7:2,0-2,2 в данных случаях (при FiO_2 в 1,0), способствовало через 24-36 ч вентиляции существенному росту C_{st} . Сравнительный анализ динамики величин растяжимости легочной ткани показал увеличение указанного параметра на 38-54%, что в абсолютных значениях составило $82,3 \pm 3,5$ мл/см вод. ст. Одновременно отмечалось улучшение кислородной ёмкости крови в виде повышения PaO_2 до $84,6 \pm 3,4$ мм рт. ст. и SpO_2 до $92,5 \pm 0,4\%$. Достигнутая тенденция в улучшении газового состава крови и рестриктивной функции позволила через сутки у большинства больных с предшествующей резистентной гипоксемией ($n=14$) снизить FiO_2 до 0,5-0,6 на фоне несколько увеличенной RC_{exp} до 0,8-0,9 с. Придерживаясь данной тактики по регуляции I:E, FiO_2 и уровня ПДКВ, на фоне регулярного мониторинга газового состава артериальной, венозной крови и рестриктивных свойств легочной ткани через 48-70 ч вентиляционной поддержки удалось отлучить и в дальнейшем экстубировать 18 пациентов. В 5 случаях на фоне манифестации и прогрессирования септического шока наблюдался летальный исход, несмотря на временное улучшение показателей C_{st} и газового состава крови в первые сутки механической вентиляции.

ВЫВОДЫ

1. Своевременное применение инвертного соотношения вдох/выдох у пациентов с тяжелой формой острой пневмонии, находящихся на принудительной вентиляции, может способствовать улучшению оксигенации и рестриктивных свойств легочной ткани.

2. Изменение уровня ПДКВ в зависимости от величины $a_{уто}$ ПДКВ при вентиляционной поддержке данной категории больных может позволить улучшить вентиляцию ателектазированных участков легких и предотвратить прогрессирование глубокой гипоксемии.

ЛИТЕРАТУРА

1 Анестезиология и интенсивная терапия: Практич. рук. /Под ред. Б. Р. Гельфанда. – М.: Литтерра, 2006. – 576 с.

2 Интенсивная терапия. Нац. рук. в 2-х т. /Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова.

– М.: Медицина, 2011. – Т. 1 – 960 с.; Т. 2 – 784 с.

3 Сатишур О. Е. Механическая вентиляция легких. – М.: Мед. литература, 2007. – 352 с.

REFERENCES

1 Anesthesiology and intensive care: Practice guidelines /Ed. B. R. Gelfand. – М.: Littera, 2006. – 576 p.

2 Intensive Care. Nat. guidelines 2 Vols. /Ed. B. R. Gelfand, A. I. Saltanov. – М.: Medicine, 2011. – Volume 1 – 960 p.; Т. 2 – 784 p.

3 Satischur O. E. Mechanical lung ventilation. – М.: Med. literature, 2007. – 352 p.

Поступила 21.04.2015 г.

D. V. Vasiliev, O. A. Zaikin, A. K. Yermenova, A. A. Shakhanov, G. Ye. Tayupova

CHANGING OF RESTRICTIVE PROPERTIES OF LUNG TISSUE IN ACUTE PNEUMONIA IN PATIENTS OF RESUSCITATION PROFILE

The article presents the dynamics of the main indicators of restrictive lung function in patients with severe acute pneumonia, which had forced ventilatory support. The comparative analysis of these indicators held in the context of assessing the gas composition of arterial and venous blood oxygen saturation of hemoglobin.

The authors focused on the regulation of ventilation parameters by changing the ratio of inhale/exhale and the level of positive end-expiratory pressure at persistent hypoxemia. The authors compared the dynamics of changes in extensibility of the lung tissue and bronchial obstruction, depending on the changes of blood gas composition.

Keywords: restrictive properties of the lung, acute pneumonia, ventilatory support, blood gases

Д. В. Васильев, О. А. Заикин, А. К. Ерменова, А. А. Шаханова, Г. Е. Таюпова

РЕАНИМАЦИЯЛЫҚ ПРОФИЛЬДЕГІ НАУҚАСТАРДАҒЫ ӨТКІР ПНЕВМОНИЯ КЕЗІНДЕ ӨКПЕ ТІНІНІҢ РЕСТРИКТИВТІ ӨЗГЕРУІ

Мақалада мәжбүрлеулі вентиляциялық қолдаудағы өткір пневмонияның ауыр түрімен нақастардағы өкпенің рестриктивті функциясының негізгі көрсеткіштерінің динамикасы ұсынылған. Бұл көрсеткіштердің салыстырмалы талдауы артериалдық және тамырлық қанның газ құрамын бағалау, қан гемоглобині сатурациясы тұғырында жүргізілген.

Тыныс алу/тыныс шығару қатынастарын өзгерту және тұрақты гипоксемия кезінде тыныс шығару соңында оң қысым деңгейі жолымен өкпе вентиляциясы параметрлерін реттеуге басымдық берілген. Қанның газ құрамындағы өзгерістерге байланысты өкпе тіні созылуы мен бронхиалды өтімділік өзгерістерінің динамикасы салыстырылған.

Кілт сөздер: өкпенің рестриктивті ерекшеліктері, өткір пневмония, вентиляциялық қолдау, қанның газ құрамы

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.248:612.819.73

Д. В. Васильев, О. А. Заикин, Е. Н. Абсаматова, Я. Г. Адамович, Е. С. Иноземцев

ОСОБЕННОСТИ БИОМЕХАНИКИ ДЫХАНИЯ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ

Карагандинский государственный медицинский университет

В работе представлены особенности динамики основных величин паттернов дыхания у пациентов с астматическим статусом, находящихся на искусственной вентиляции легких. Проанализирована особенность изменений градиентов давлений в дыхательных путях в рамках коррекции газового состава артериальной крови.

Проведена сравнительная оценка показателей рестриктивных свойств легких при вспомогательной и принудительной искусственной вентиляции легких на фоне развившегося спонтанного положительного давления в конце выдоха.

Оценена роль комплексной интенсивной терапии астматического статуса, включая непосредственно респираторное протезирование вентиляционной функции легких.

Ключевые слова: астматический статус, биомеханика дыхания, искусственная вентиляция легких, газовый состав крови

Астматический статус (АС) как серьезное осложнение бронхиальной астмы требует четкой и целенаправленной интенсивной терапии, включающей, помимо устранения бронхиальной обструкции, респираторную поддержку в случае выраженной дыхательной недостаточности и истощения дыхательной мускулатуры пациентов. Важное место в комплексном лечении данной категории больных занимает слежение за показателями функции внешнего дыхания с целью контроля эффективности вентиляционной функции легких [1].

Дополнительное снижение чувствительности β_2 -адренорецепторов бронхов формирует резистентность к общепринятой терапии и способствует нарастанию экспираторного сопротивления дыхательных путей в результате описанных патофизиологических механизмов [1, 2].

Растянутые альвеолы обуславливают появление спонтанного положительного давления в конце выдоха ($a_{\text{уто}}\text{ПДКВ}$), что дополнительно усугубляет газообмен и снижает вентиляционную способность легких. Оценка параметров дыхательной системы во время проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) основывается в данном случае на особенностях динамики градиентов давлений в дыхательных путях во избежание баро- и волюмотравмы на фоне развивающейся острой эмфиземы легких [1, 2, 3].

Цель работы – анализ биомеханических свойств легких у пациентов с астматическим статусом при проведении вспомогательной и принудительной вентиляции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 19 больных в возрасте от 19 до 54 лет с АС, сопровож-

давшимися тяжелой дыхательной недостаточностью, потребовавшей проведения вентиляционной поддержки.

У 12 пациентов АС был спровоцирован передозировкой ингаляционных форм β_2 -адреномиметиков в связи с обострением бронхиальной астмы. У 6 больных развитию АС способствовали интеркуррентные воспалительные заболевания бронхолегочной системы (острый бронхит, респираторная вирусная инфекция). У одного пациента с бронхиальной астмой развитие АС было связано с применением парентеральных форм антибиотиков по поводу рожистого воспаления нижней конечности.

Время госпитализации с момента манифестации АС варьировало от нескольких часов до одних суток, а временной интервал от перевода в отделение интенсивной терапии до начала проведения ИВЛ составлял от 6 до 12 ч проводимой консервативной терапии.

Показанием для перевода больных на принудительную вентиляцию легких в 10 случаях явилось выраженное истощение дыхательной мускулатуры, сопровождавшейся олиго- и брадипноэ на фоне первых признаков гипоксической энцефалопатии. У 9 больных на первый план выступал декомпенсированный респираторный ацидоз со снижением парциального давления кислорода (PaO_2) и повышением углекислого газа (PaCO_2) в артериальной крови до $48,5 \pm 1,6$ мм Нг и $59,3 \pm 0,9$ мм Нг соответственно, падением сатурации гемоглобина крови (SaO_2) до $74,5 \pm 2,1\%$.

Предварительная седация предшествовала интубации трахеи и переводу пациентов на ИВЛ, параметры которой подбирали с учетом нарушенной рестриктивной функции лег-

ких. В режиме с контролем по объему (SIMV) устанавливали относительно короткий вдох (T_i) в 1,2-1,4 с и длинный выдох при частоте дыхания (f) 14-15 мин и дыхательном объеме (V_{te}) в 9-10 мл/кг. Для вовлечения в процесс вентиляции как можно большего количества альвеол налаживали высокую скорость инспираторного потока (60-70 л/мин).

Для предотвращения экспираторного закрытия дыхательных путей при уровне $a_{\text{уто}}\text{ПДКВ}$ в диапазоне 4-9 см вод. ст. аппаратный ПДКВ устанавливали в пределах 2-3 см вод. ст. Фракционная концентрация кислорода на вдохе (FiO_2), учитывая выраженную гипоксемию, составляла у всех пациентов 1,0 (100%).

Для оценки механических свойств легких в период ИВЛ учитывали растяжимость легочной ткани (C_{st} , мл/см вод. ст.), сопротивление дыхательных путей (R , см вод. ст./л/с), временную экспираторную константу (RC_{exp} , с), свидетельствующую о скорости достижения пикового давления на вдохе, величину спонтанного положительного давления в конце выдоха ($a_{\text{уто}}\text{ПДКВ}$, см вод. ст.), динамику градиентов давления в дыхательных путях (давление плато – P_{plato} и давление пика вдоха – P_{peak}). Дополнительно на протяжении всего периода вентиляции оценивали динамику PaO_2 , $PaCO_2$, SaO_2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В момент перевода пациентов на ИВЛ во всех случаях отмечалось снижение C_{st} до $62,2 \pm 3,4$ мл/см вод. ст. (на фоне хронического течения бронхиальной астмы) с резким замедлением бронхиальной проходимости, выраженной в высоком R ($0,6 \pm 0,09$ см вод. ст./л/с) и низкой RC_{exp} ($0,7 \pm 0,07$ с). Показатели PaO_2 и $PaCO_2$ отражали глубокое нарушение газового состава крови – $50,1 \pm 3,2$ мм Нг и $63,4 \pm 2,1$ мм Нг соответственно, независимо от первоначальных показаний к принудительной респираторной поддержке. Заданные параметры ИВЛ не меняли до момента улучшения вентиляционных характеристик легких к началу появления попыток самостоятельного дыхания больных. Уровень $a_{\text{уто}}\text{ПДКВ}$ существенно не изменялся на протяжении всего периода вентиляции, что, по всей вероятности, было обусловлено сохраняющимся механизмом экспираторной «ловушки» на фоне хронических изменений рестриктивных свойств легочной ткани.

Регулярный лаваж трахеобронхиального дерева (ТБД) и вибромассаж грудной клетки в течение первых суток вентиляции (при FiO_2 1,0) позволили, в первую очередь, стабилизи-

ровать газовый состав крови за счет улучшения бронхиальной проходимости. К концу первых суток вентиляции на фоне сохраняющихся средних значений C_{st} и R PaO_2 повысилось на 27-31% при снижении $PaCO_2$ на 34-42% от первоначальных показателей. Данная тенденция прямо коррелировала с увеличением RC_{exp} в среднем до 0,8-1,0 с, что было обусловлено достаточно хорошей элиминацией мокроты при умеренно высоком R ($0,7 \pm 0,04$ см вод. ст./л/с).

На протяжении синхронизированной ИВЛ у части пациентов ($n=9$) отмечалось повышенное P_{peak} (до 30-42 см вод. ст.), связанное с достаточно высоким экспираторным давлением в дыхательных путях. По мере улучшения оксигенации крови и снижения $a_{\text{уто}}\text{ПДКВ}$ (через 24-36 ч вентиляции легких), увеличивали ПДКВ на 2-3 см вод. ст. для предупреждения прогрессирования острой эмфиземы легких.

На этом фоне дальнейшая динамика P_{plato} и P_{peak} отражала постепенное их снижение при колебаниях в пределах 17-23 см вод. ст. и 20-27 см вод. ст. соответственно. Разница данных градиентов давлений в 3-4 см вод. ст. отражала относительно пропорциональное распределение кислородо-воздушной смеси в альвеолярном пространстве.

Основным критерием, служившим для перевода больных на вспомогательную ИВЛ (ВИВЛ), служило сохранение оптимальных значений оксигенации крови и снижение величин R и RC_{exp} на протяжении нескольких часов от момента появления адекватных попыток самостоятельного дыхания. В большинстве случаев ($n=15$) показатель C_{st} не претерпевал достоверно значимых изменений ($69,9 \pm 2,2$ мл/см вод. ст.), что, тем не менее, не сопровождалось регрессом улучшенной оксигенации крови и проходимости дыхательных путей.

Следует отметить, что проводимая принудительная ИВЛ и последующая ВИВЛ сопровождалась регулярным (3-4 раза/сут) лаважем ТБД и комплексной медикаментозной терапией метилксантинами и инфузионной нагрузкой. Данный подход позволил стабилизировать респираторную функцию пациентов в течение последующих 2 сут после экстубации трахеи.

ВЫВОДЫ

1. Использование принудительной ИВЛ у пациентов с АС может являться приоритетным направлением интенсивной терапии для купирования тяжелой гипоксемии и нормализации самостоятельной вентиляционной функции.

2. Основными критериями улучшения бронхиальной проходимости и перевода паци-

ентов на спонтанное дыхание могут являться одновременное улучшение газового состава крови, снижение градиента давлений в дыхательных путях, временной экспираторной константы и сопротивления дыхательных путей.

ЛИТЕРАТУРА

1 Анестезиология и интенсивная терапия: Практич. рук. /Под ред. Б. Р. Гельфанда. – М.: Литтерра, 2006. – 576 с.
2 Интенсивная терапия: Нац. рук. в 2-х т. /Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – М.: Медицина, 2011. – Т.1 – 960 с.; Т. 2 – 784 с.

3 Сатишур О. Е. Механическая вентиляция легких. – М.: Мед. литература, 2007. – 352 с.

REFERENCES

1 Anesthesiology and intensive Care: Practice guidelines /Ed. B. R. Gelfand. – M.: Litterra, 2006. – 576 p.
2 Intensive Care. Nat. guidelines 2 Vols. /Ed. B. R. Gelfand, A. I. Saltanov. – M.: Medicine, 2011. – Volume 1 – 960 p.; T. 2 – 784 p.
3 Satishur O. E. Mechanical lung ventilation. – M.: Med. literature, 2007. – 352 p.
Поступила 21.04.2015 г.

D. V. Vasiliev, O. A. Zaikin, Ye. N. Absamatova, Ya. G. Adamovich, Ye. S. Inozemtsev
FEATURES OF RESPIRATORY BIOMECHANICS IN ASTHMATIC STATUS

The article presents the main features of the dynamics of breathing pattern variables in patients with status asthmaticus who are on ventilators. The features of a gradient of pressure in the airways in the correction arterial blood gas analysis.

It had been done the comparative evaluation of indicators restrictive properties of light in assisted and forced mechanical ventilation on a background of established spontaneous positive end-expiratory pressure.

The authors estimated the role of complex intensive therapy of status asthmaticus, including prosthetics directly respiratory lung ventilation function.

Keywords: status asthmaticus, respiratory biomechanics, mechanical ventilation, blood gas

Д. В. Васильев, О. А. Заикин, Е. Н. Абсаматова, Я. Г. Адамович, Е. С. Иноземцев
АСТМАТИКАЛЫҚ СТАТУС КЕЗІНДЕ ТЫНЫС АЛУ БИОМЕХАНИКАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада өкпенің жасанды вентиляциясындағы астматикалық статуспен пациенттердегі тыныс алу паттерндерінің негізгі көлемдері динамикасының ерекшеліктері ұсынылған. Артериалды қанның газ құрамын коррекциялау аясында тыныс алу жолдарындағы қысым градиенттері өзгерістерінің ерекшеліктеріне талдау жасалған.

Тыныс шығарудың оң қысымының кенет дамыған фонында өкпеге көмекші және мәжбүрлі вентиляция кезінде рестриктивті ерекшеліктерінің көрсеткіштеріне салыстырмалы бағалау жүргізілген.

Астматикалық статустың кешенді интенсивті терапиясының, соның ішінде өкпенің вентиляциялық функциясын тікелей респираторлық протездеудің ролі бағаланған.

Кілт сөздер: астматикалық статус, тыныс алу биомеханикасы, өкпенің жасанды вентиляциясы, қанның газ құрамы

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 617.3 – 009.614

А. Б. Джумашева, Л. С. Мусина, М. С. Гайнуллина, В. В. Гришанин, А. С. Қали

ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ОРТОПЕДИЯЛЫҚ ПРОФИЛЬДІ НАУҚАСТАРҒА ЖЕРГІЛІКТІ ЖАНСЫЗДАНДЫРУ ЖҮРГІЗУ КЕЗІНДЕ STIMUPLEX HNS 11 НЕЙРОСТИМУЛЯТОРЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, КМК «№1 емхана»,
КМК « Қарағанды қаласының қалалық балалар ауруханасы»

Қолға жасалған оперативті араласулар кезінде, жұмысты StimuplexHNS 11 аппаратын қолдану арқылы жергілікті жансыздандырудың әдістемесі көрсетілген. Иық өрімінің блокадасына жасау үшін жалпы принциптік әдістемелер қолданады. Олар: Соколов, Куленкамф, қолтық асты ену жолы.

Жалпы анестезия мен жергілікті анестезия арасында салыстырмалы түрде артықшыларын бағалау жүргізілді. Жансыздандырудың адекваттылығын салыстырмалы бағалау үшін, келесі көрсеткіштер қолданылды: ЖЖЖ, АҚ, ТАЖ, SpO₂. Қолға жасалған ота кезіндебарлық жас топтарда, кең түрде перифериялық жергілікті блокадада нейростимуляторды қолдануға мүмкіндік береді. Қазіргі таңдағы медициналық тәжірибеде, анестезиясының ең басты негізгі баслымдылықтың бірі экономикалық түрін таңдау болып табылады. Жергілікті анестезия бойынша анестезиологтың, хирургтың, науқастың қызығушылығын қанағаттандыру үшін, жергілікті техниканы жиі таңдауының экономикалық шешімі болып табылады.

Кілт сөздер: жергілікті жансыздандыру, нейростимулятор, жүйке өрімдерінің блокадасы, анестетик, периневральды кеңістік

Бүгінгі таңда травматологиялық және ортопедиялық оталардың көп бөлігі орталықтық немесе шеткері жергілікті жансыздандыру арқылы жасалады. Шеткері нерв талшықтарының блокадасын жергілікті жансыздандырыштармен жүргізу қол және аяқ бастарының сенімді түрде жансыздануын қамтамасыз етеді. Шеткері жергілікті блокаданы дұрыс жүргізу хирургиялық араласулар кезінде адекватты жансыздандыруды және бұлшықеттік босаңсуды, сонымен қатар операциядан кейінгі ұзақ жансыздану барысында науқастың өмірлік маңызды қызметтеріне ең төмен ықпалмен әсер етуді қамтамасыз етеді. Бірақ аталған блокадалардың орындалу техникасы тұрғысынан қарағанда басты кезең периневральды кеңістікті дұрыс идентификациялау болып табылады. Бұл тапсырманы шешудің ең қарапайым нұсқасы -нейростимуляторды қолдану арқылы периневральды кеңістікті дұрыс идентификациялау [1].

Жалпы жансыздандыру алдында жергілікті жансыздандырудың артықшылығы, ең алдымен, нақты көрсетілген ұзақтығымен қатар блокаданың тез және тиімді әсер етуі және науқас үшін максимальды психоэмоциональды жайлылығының болуы, операциядан кейінгі ауырсыну синдром айқындылығының азаюы, оталық жарақатқа ағзаның нейрогуморальды жауабының төмендеуі, ота жасалған аяқ-қолдардағы микроциркуляцияның жақсаруы болып табылады.

Зерттеу мақсаты. Жүйке өрімдеріне және діңдеріне блокада жасау барысында жансыздандырудың жергілікті әдісін StimuplexHNS 11 аппаратын қолдану арқылы жүргізудің артықшылықтарын, жалпы жансыздандыру алдында, анықтау.

МӘЛІМЕТТЕР ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

18 жастан 63 жас аралығындағы 36 науқасқа қолға ота жасау кезінде нейростимуляторды қолдану арқылы жансыздандырудың жергілікті әдісінің эффективтілігін, жалпы жансыздандыру алдында, анықтау үшін сараптама жүргізілді. Науқастарға білектің екі сүйегінің ортаңғы үштен бір бөлігінің ығысумен жабық сынуына (n=11), кәрі жіліктің типті орнының жабық сынуына (n=6), алақан сүйектерінің ығысумен жабық сынуына (n=8), саусақ сүйектерінің ығысумен жабық сынуына (n=7), шынтақтық өсіндінің ығысумен жабық сынуына байланысты ота жасалынды.

Қолға ота жасау барысында үш әдіс қолданылды:

- Соколовский бойынша иық өрімінің блокадасы - иненің кіру орны бұғана мен төс-бұғана-емізікше тәрізді бұлшықеттің қиылысуынан түзілген бұрыш биссектрисасының қиылысу нүктесі және бұғананың ортасынан биссектрисаға жүргізілген перпендикуляр болып табылады.

- Куленкамф бойынша блокада – бұғана ортасының жоғарғы жиегіне перпендикуляр жүргізілді және перпендикуляр бойымен 1-2 см қалдырылды. Түзілген орын ине енгізу нүктесі болып табылды.

- Қолтық асты арқылы кіру блокадасы. Енгізу нүктесі қолтық асты шұңқырындағы қолтық асты артериясының пульсациясы анықталған орын, иық сүйегі басының үстіне сәйкес келеді [2, 3].

StimuplexHNS 11 аппаратының көмегімен жергілікті жансыздандыру барысында жүйке өрімдерін іздеу терілік электродты блокада жасау орнынан шеткері бекіту арқылы жүргізілді, шприцке жалғанған электрод – инені қажетті нүктеге 1-2 Гц жиілікпен электр импульстарының берілуімен енгіземіз және иннервацияланған аймақта көзге көрінерлік бұлшықет жиырылуы пайда болғанша жүйке бағыты бойымен инені жүргіземіз, бұлшықет жиырылуы тоқтағанға дейін нейростимулятордың ток күшін төмендетеміз. Ары қарай жансыздандырғыш 2% - 5 мг/кг лидокаин ерітіндісін енгіземіз [4, 5].

Жансыздандырғыш сипатына орай науқастар екі топқа бөлінді. Бірінші топта жергілікті жансыздандыру әдісі қолданылды (n=19). Екінші топта жалпы жансыздандыру әдісі қолданылды (n=17). Жансыздандырудың адекваттылығын бағалау үшін науқастарда жүректің жиырылу жиілігі (ЖЖЖ), артериялық қысымы (АҚ) мм сын. бағ., тыныс алу жиілігі (ТАЖ), гемоглобиннің оттегімен сатурациясы (SpO₂) өлшенді.

НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Жергілікті жансыздандыру жүргізілген бірінші топта науқастарға StimuplexHNS 11 аппаратын қолданумен периневральды кеңістікке қатаң түрде есептелген жансыздандырғыш дозасы енгізілді. Жансыздандыру уақытында ЖЖЖ орташа 88,3±6,5 соққы мин., АҚ орташа 104,2±3,2 мм сын. бағ., ТАЖ 18,1±1,2 тыныс мин., SpO₂ оперативті араласулар кезінде 99% деңгейінде сақталып тұрды.

Жалпы жансыздандыру (көк тамыршілік және ингаляционды бетперделік наркоз) жүргізілген екінші топ зерттелушілерінен келесі нәтижелер алынды. Көк тамыршілік наркоз үшін жалпыға бірдей қабылданған мөлшердекетамин, пропофол, фентанил, брүзепам қолданылды. Отаның негізгі кезеңінде бірінші топпен салыстырғанда ЖЖЖ орташа 9,3±2,4 соққы мин., АҚ орташа 15,8±2,8 мм сын. бағ., ТАЖ орташа 2,1±1,3 тыныс мин. жоғарлағандығы анықталды. SpO₂ жансыздандырудың барлық кезеңдерінде 96-99% шамасында сақталып тұрды.

Севоран және изофлюран қолдану арқылы жүргізілген ингаляционды бетперделік наркоз барысында бірінші топпен салыстырғанда ЖЖЖ 4,6±2,1 соққы мин.

жоғарлауы, АҚ 2,3±1,2 мм сын. бағ. төмендеуі, кейбір науқастарда (n=2) SpO₂ 86-89% дейін аз уақытты төмендеумен тыныс депрессиясы бақыланды.

ҚОРЫТЫНДЫ

1. StimuplexHNS 11 нейростимуляторын қолдану жансыздандырғыштың нақты дозасын енгізуді бақылауға болатынын көрсетті, сонымен қатар гемодинамикалық көрсеткіштердің тұрақтылығымен дәлелденген адекватты жансыздандыруға қол жеткізді.

2. Жергілікті жансыздандыруды, жалпы жансыздандыруға қарағанда, экономикалық жағынан тиімді деп есептеуге болады. Ол интраоперациялық және операциядан кейінгі бақылаудың азаюымен, кері әсерінің минимальдығымен, ояну уақытының төмендігімен, операциядан кейінгі жақсы жансыздандырумен байланысты.

3. Үлкен жастағы науқастарда, жалпы жансыздандыру барысында қолданылатын дәрілік заттарға қарағанда, жергілікті жансыздандыру кезінде қолданылатын дәрілік заттардың жүрек және тыныс алу қызметінің тежелуіне алып келетін қиылысқан әсердің қаупі төмендейді.

ӘДЕБИЕТ

- 1 Гилёва М. Н. Проводниковая анестезия. – Харьков: Оригинал, 1995. – 109 с.
- 2 Морган Д. Э. Клиническая анестезиология: в 3 т. /Д. Э. Морган, С. Мэвид, В. Михайл. – М.; СПб.: БИНОМ- Невский Диалект, 2001. – 396 с.
- 3 Попов В. Ю. Варианты проводниковой анестезии плечевого сплетения у травматологических больных: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Новосибирск, 1999. – 107 с.
- 4 Рафмелл Д. П. Регионарная анестезия: самое необходимое в анестезиологии /Д. П. Рафмелл, Д. М. Нил, К. М. Вискоуми. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 272 с.
- 5 Al-Kaisy A. Analgetic effect of interscalene block using low dose bupivacaine for outpatient arthroscopic shoulder surgery /A. Al-Kaisy, G. McGuire, V. W. Chan //Reg. Anesth. Pain. Med. – 1998. – V. 23(5). – P. 469-473.

REFERENCES

- 1 Gilyova M. N. Conduction anesthesia. – Kharkiv: Original, 1995. – 109 p.
- 2 Morgan D. E. Clinical anesthesiology: Vols 3 /D. E. Morgan, S. Magid, V. Mikhail. – M.; S. Petersburg.: BINOM-Nevsky Dialect, 2001. – 396 p.
- 3 Popov V. Yu. Options of the conduction anesthesia of the brachial plexus in trauma patients: Author's abstract... cand. of med. sciences. - Novosibirsk, 1999. – 107 p.

4 Rafmell D. P. Regional anesthesia: the most necessary in anesthesiology /D. P. Rafmell, D. M. Nil, K. M. Viskoumi. – M.: MEDpress-Inform, 2013. – 272 p.

5 Al-Kaisy A. Analgetic effect of interscalene block using low dose bupivacaine for outpa-

tient arthroscopic shoulder surgery /A. Al-Kaisy, G. McGuire, V. W. Chan //Reg. Anesth. Pain. Med. – 1998. – V. 23(5). – P. 469-473.

Поступила 29.04.2015 г.

A. B. Dzhumasheva, L. S. Musina, M. S. Gainullina, V. V. Grishanin, A. S. Cali

EXPERIENCE OF NEUROSTIMULATOR STIMUPLEXHNS 11 IN REGIONAL ANESTHESIA IN PATIENTS OF TRAUMATOLOGICAL AND ORTHOPEDIC PROFILE

The article presents the methods of regional anesthesia for surgical interventions on the upper limbs using the device StimuplexHNS 11. When covering the general principles perform brachial plexus block using several methods: by Sokolovsky, Kulenkampf, axillary approach.

The authors made comparative evaluation of the benefits of regional anesthesia technique before general anesthesia. The authors used such indicators as heart rate, respiratory rate, blood pressure, SpO₂ to assess the adequacy of anesthesia. Using a neurostimulator allows extensive use of peripheral regional blockade in all age groups during operations on the upper limbs. In modern medical practice, selection of the most cost-effective type of anesthesia is one of the main priorities. Regional anesthesia is an economical solution to meet the interests of the anesthesiologist, the surgeon, the patient, and therefore the Regional appliances chosen more often.

Key words: regional anesthesia, nerve stimulator, the blockade of nerve plexus anesthetic, perineural space

А. Б. Джумашева, Л. С. Мусина, М. С. Гайнуллина, В. В. Гришанин, А. С. Кали

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОСТИМУЛЯТОРА STIMUPLEX HNS 11 ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО И ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

В статье представлены методы регионарной анестезии при оперативных вмешательствах на верхних конечностях с применением аппарата Stimuplex HNS 11. Освещены общие принципы выполнения блокад плечевого сплетения с использованием нескольких методик: по Соколовскому, Куленкампу, подмышечным доступом.

Проведена сравнительная оценка преимуществ регионарного метода анестезии перед общей анестезией. Для оценки сравнения адекватности анестезии использовались показатели ЧСС, ЧДД, АД, SpO₂. Использование нейростимулятора дает возможность широко применять периферические регионарные блокады во всех возрастных групп при операциях на верхних конечностях. В современной медицинской практике выбор наиболее экономичного вида анестезии является одним из основных приоритетов. Регионарная анестезия является экономичным решением, удовлетворяющим интересы анестезиолога, хирурга, пациента, в связи с чем регионарная техника выбирается все чаще.

Ключевые слова: регионарная анестезия, нейростимулятор, блокада нервных сплетений, анестетик, перинеуральное пространство

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 618 – 009.614

Л. С. Мусина, А. Б. Джумашева, Э. Н. Мусин, Б. Э. Юнусметов, Т. С. Манапов

АКУШЕРЛІК-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДАҒЫ ОРТАЛЫҚ НЕЙРОАКСИАЛЬДЫҚ БЛОКАДАНЫ НАРОПИНМЕН ӨТКІЗУ ТӘЖІРИБЕСІ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, КМК «Қарағанды қ. перзентханасы»

Осы жұмыста 2012-2014 жылдар кезеңінде КМК «Қарағанды қ. перзентханасында» стационарлық ем алған науқастардың ауру тарихының ретроспективті талдауы көрсетілген. Қазіргі уақытта акушерлік және гинекологиялық практикада нарופןмен өткізілген эпидуральды анестезияның үлес салмағы өсті. Мақалада нарופןмен эпидуральды анестезияны өткізу кезінде операцияішілік жансыздандыруының сәйкестілігі бағаланған. Науқастардағы нарופןмен дамыған эпидуральды анестезия операцияішілік гемодинамикасы тұрақты болуына әсер етті, симпатомиметиктерді қолданбай сапалық сенсорлық блогының қатысуына байланысты. Қатар келген анестезияның жоғары белсенділігімен, төмен жүйелік уыттылығымен гемодинамикаға кіші әсерімен, нақтыланған блокаданы шақыру қабілетімен акушерлік практикада эпидуральды анестезияны өткізуге арналған нарופןді таңдау препараты болып қабылданады.

Кілт сөздер: эпидуральды анестезия, нарופן, анестетик, ауырсыну, эпидуральды кеңістік, бупивакаин

Соңғы жылдары орталық сегментарлы блокадалар акушерияда және гинекологияда анестезиялық тәжірибесінде ажырамас құрамдасы болып саналады. Нейрональды блокадаларға анестезиологтардың үлкен қызығушылығын хирургиялық стресске патофизиологиялық реакциялардың түрімен және жарақатталған жерден ноцицептивті импульсацияны тиімді блогының болуымен түсіндіруге болады. Орталық сегментарлы блокадалар науқастардың есінің сақталуымен, желдеткіштің адекватты бақылауымен және төмен қауіп – қатерімен болатын респираторлы депрессияның, өте тиімді операциядан кейінгі анальгезиясын қамтамасыз етеді [1, 2]. Босануының бірінші кезеңіндегі ауырсыну Th₁₀-L₁ сегменттердің жүйкелерімен қабылдап сезінеді және жұлын-миының төменгі кеуделік – бел бөлімінің сенсорлы және симпатикалық блокадасымен тиімді жойылады. Босанудың бірінші кезеңі екінші кезеңіне өтпей тұрғанда осы блокада босанып жатқан әйелдерді ауырсындудан құтқарады [3]. Бұтараның толық сенсорлық және қозғалыстық блокадасында қажет болса, бел немесе сегізкөз деңгейіне сәйкес эпидуральды кеңістігіне анестетиктің көбірек концентрленген ерітіндісін беруге болады [4].

Зерттеу мақсаты – нарופןмен орталық нейроаксиальды блокаданың (эпидуральды анестезияның) тиімділігімен қауіпсіздігін көрсету болып табылады.

МӘЛІМЕТТЕР ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

2012 – 2014 жылдар кезеңінде КМК «Қарағанды қ. перзентханасында» стационарлық ем алған науқастардың ауру тарихының ретроспективті талдауы өткізілді.

Науқастарға барлық босану кезінің жансыздандыруы немесе жоспарлы және жедел босандыру, жатыр миомасын алып тастау, қосымшалармен және қосымшаларсыз жатырдың экстирпациясы және ампутациясы, қынапты жамау, ана без қосалқысының кистасын алып тастау кезіндегі оперативтік араласуларының жансыздандыруы өткізілді. 17 жастан 52 жас аралығында науқастар қаралды. Эпидуральды анестезия (ЭА) ропивакаин гидрохлориді ерітіндісімен (Нарופן, АстраЗенека АБ, Швеция) өткізілді. Босану кезінің жансыздандыруы нарופן ерітіндісінің 0,2% - 40 мг жалпы мөлшерімен, хирургиялық араласу кезінде 0,75% - 150 мг жалпы мөлшерімен жүргізілді. L₂ – L₃ деңгейінде В. Braun Германия фирмасының эпидуральды анестезияға арналған шағын жиынтығымен эпидуральдық кеңістігінің пункциясы және катетеризациясы жасалды. Нарופןге дегенкөз қарасы оның ерекше қасиеттерімен байланысты. Нарופןнің негізгі артықшылығы, бупивакаинмен салыстырғанда, - сол күш әсерінде өте кіші кардио- және нейроуыттылығының болғаны. Ол перифериялық жүйкелерінің өте жылдам және терең сенсорлық блогын, азырақ дәрежесінде моторлық блокадасын шақыртады. Бупивакаинмен салыстырғанда, ЭА кезінде, моторлық және сенсорлық блогының қасиетіне қарағанда, нарופן көбірек дифференциациясымен ерекшеленеді. Жоғары мөлшерде және концентрацияда анестетик моторлық және сенсорлық блогының созылмалы тереңдігін, төмен концентрацияда – негізінен минимальды дәрежеде сенсорлық блокаданы немесе моторлық блогының толық жоқтылығын қамтамасыз етеді.

Наркотикалық анальгетиктерді қолданбай жалпы қабылданған әдістемелік бойынша премедикация өткізілді. Операцияшілік жансыздандыруының сәйкестігін жалпы қабылданған тесттер бойынша бағаланды (тері жамылғысының түсі мен ылғалдылығы, орталық гемодинамиканың негізгі көрсеткіштерінің тұрақтылығы: артериялық қысымы (АҚ), жүректің жиырылу жиілігі (ЖЖЖ), гемоглобиннің оттегімен сатурациясы ($Sp O_2$), сағат сайынғы диурез мл/сағ). Операциядан кейін кезеңінде науқастардың психоэмоционалдық статусы, анальгетиктердің қабылдау реттілігі, гемодинамика жағдайы бағаланды.

НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Көрсетілген кезеңінде КМК «Қарағанды қ. перзентханасының» белсенділігінің анализі келесі көрсеткіштерді көрсетті. Анестезиологиялық пособиялардың жалпы саны төмендеді (тамыршілік анестезиямен өткізілген 12 аптаға дейін жасалынған түсіктердің саны төмендеуіне сәйкес). Егер, 2012 жылы болған 1625 анестезия орындалса, 2013 жылы – 1339 анестезиологиялық пособиялар, ал 2014 жылы – 1281 анестезиологиялық пособиялар орындалды. Осыған қарағанда, жұлын-милық анестезия негізінен, аймақтық анестезия әдісінің үлес салмағы өсті. Сол уақытта нарופןмен өткізілген эпидуральды анестезиялардың үлесі 2014 жылғы 100% құралды. Егер 2012 жылы 378 эпидуральды блокада өткізілді және нарופןмен ЭА үлесі жалпы саннан 30% құралса (70% лидокаинмен және бупивакаинмен өткізілген ЭА құралды), 2013 жылда – 218 және нарופןмен ЭА үлесі 50% жоғарлады, сонымен қатар 2014 жылы 99 эпидуральды блокада жасалды және олардың барлығының үлесі 100% нарופןмен өткізілді.

Науқастардағы нарופןмен дамыған эпидуральды анестезия операцияшілік гемодинамикасы тұрақты болуына әсер етті, симпатомиметиктерді қолданбай сапалық сенсорлық блогының қатысуына (8 сағатқа дейін) байланысты. Систолық АҚ $120,3 \pm 10,5$ мм сын. бағ. ішінде, ЖЖЖ $96,2 \pm 6,8$ жиілігі минутына, SpO_2 96-99% деңгейінде, ерте операциядан кейінгі кезеңде дем алуының және гемодинамиканың депрессиясын жоқтылығын білдірді, сағат сайынғы диурез $50,1 \pm 4,5$ мл/сағ құралды. Науқастар өздерін жайлы сезінгендерін және ерте операциядан кейін ауру синдромының жоқтылығын білдірді. Көрсетілген кезеңде пункциядан кейінгі ауыр асқынулар (эпидуриттер, жарақаттық және токсикалық плегиялар) тіркелмеген. Бағаланбаған анестетиктің таралуымен

байланысты, «мозаикалық» анестезия және мидың қатты қабығының перфорациясы асқынуының саны (тотальды арқалық және жоғары эпидуральды блоктар, пункциядан кейінгі цефалгиялар) жоғары көрсетілген кезеңде шамалы болып, ал 2014 жылы бұл асқынулар болмады.

ҚОРЫТЫНДЫ

Белгілеуге қажетті, қазіргі уақытта акушерлік және гинекологиялық практикада нарופןмен өткізілген эпидуральды анестезияның үлес салмағы өсті, ол осы анестезиологиялық қамтамасыз ету түрінің әсерлілігіне және қауіпсіздігіне байланысты. Қатар келген анестезияның жоғары белсенділігімен, төмен жүйелік уыттылығымен гемодинамикаға кіші әсерімен, нақтыланған блокаданы шақыру қабілетімен акушерлік практикада эпидуральды анестезияны өткізуге арналған нарופןді таңдау препараты болып қабылданады, сондықтан анестетиктің концентрациясы қозғалысының жоқтығымен негізінен симпатикалық және сенсорлық блокаданы алуға беріледі (нақтыланған блокада).

ӘДЕБИЕТТЕР

1 Анестезиология и интенсивная терапия: Практич. руководство /Под ред. Б. Р. Гельфанда. – М.: Литтерра, 2006. – 576 с.

2 Морган Дж. Э. Клиническая анестезиология: в 3 томах /Дж. Э. Морган, С. Мэвид, В. Михаил. – СПб.: БИНОМ-Невский Диалект, 2001. – 396 с.

3 Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии /Под ред. Г. К. Степанковской, Б. М. Венцовского. – Киев: Здоровья, 2000. – 672 с.

4 Руководство по клинической анестезиологии /Под ред. Б. Дж. Полларда. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 912 с.

REFERENCES

1 Anesthesiology and intensive care: Practical. manual /Ed. B. R. Gelfand. – M.: Litterra, 2006. – 576 p.

2 Morgan George. E. Clinical Anesthesiology: 3 volumes / G. E. Morgan, S. Magid, V. Mikhail. – SPb.: BINOM-Nevsky Dialect, 2001. – 396 p.

3 Emergency conditions in obstetrics and gynecology /Ed. G. K. Stepankovskaya, B. M. Ventskovskiy. – Kiev: Health, 2000. – 672 p.

4 Guidelines for clinical anesthesiology /Ed. B. G. Pollard. – M.: MEDpress-inform, 2006. – 912 p.

Поступила 29.04.2015 г.

L. S. Mussina, A. B. Dzhumasheva, E. N. Musin, B. E. Yunusmetov, T. S. Manapov
EXPERIENCE OF CENTRAL NEURAXIAL BLOCK WITH NAROPIN IN OBSTETRIC PRACTICE

This article presents the retrospective analysis of medical records of patients admitted for inpatient treatment in Maternity hospital of Karaganda city for the period of 2012-2014. Epidural anesthesia with naropin in obstetric and gynecologic practice occupies larger proportion. The research assessed the adequacy of intraoperative analgesia with naropin during epidural anesthesia. The development of anesthesia in patients accompanied by intraoperative hemodynamic stability at the expense of quality of sensory block without sympathomimetic. The combination of high anesthetic activity, low systemic toxicity with little effect on hemodynamics, to cause differential blockade do naropin drug of choice for epidural anesthesia in obstetric practice.

Key words: epidural anesthesia, naropin, anesthetic, pain, epidural space, bupivacaine

Л. С. Мусина, А. Б. Джумашева, Э. Н. Мусин, Б. Э. Юнусметов, Т. С. Манапов
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ НАРОПИНОМ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В работе представлен ретроспективный анализ историй болезни пациенток, поступивших на стационарное лечение в КГП «Родильный дом г. Караганды» за период 2012-2014 гг. Эпидуральная анестезия наропином в акушерской и гинекологической практике занимает все больший удельный вес. В статье оценена адекватность интраоперационного обезболивания наропином при эпидуральной анестезии. Развитие анестезии у пациенток сопровождалось интраоперационной стабильностью гемодинамики за счет качественного сенсорного блока без применения симпатомиметиков. Сочетание большой анестезирующей активности, низкой системной токсичности с незначительным влиянием на гемодинамику, способность вызывать дифференцированную блокаду делают наропин препаратом выбора при эпидуральной анестезии в акушерской практике.

Ключевые слова: эпидуральная анестезия, наропин, анестетик, боль, эпидуральное пространство, бупивакаин

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.152.11-08

Д. В. Васильев, А. В. Иванова, О. Н. Однороманенко, Г. К. Олжабаева, Н. Ю. Иноземцева

РОЛЬ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КЕТОАЦИДОЗА

Кафедра реаниматологии с анестезиологией Карагандинского государственного медицинского университета

В статье дана оценка эффективности вентиляционной поддержки в коррекции кислотно-щелочного состояния и газового состава крови у больных с кетоацидозом. Представлена взаимосвязь регресса нарушенной карбонатной буферной системы плазмы крови и газового состава артериальной крови на фоне механической вентиляции легких. Проанализирована динамика изменений буферного карбоната, дефицита оснований и pH крови на протяжении всего периода комплексной терапии кетоацидотического состояния, включая искусственную вентиляцию легких и инфузионную терапию (раствор натрия карбоната).

В работе указана необходимость раннего использования респираторной поддержки у пациентов с кетоацидозом при появлении первых диагностических критериев в виде сдвигов в кислотно-щелочном состоянии.

Ключевые слова: кетоацидоз, вентиляционная поддержка, сахарный диабет, газы крови, буферные системы

Влияние интенсивной терапии на коррекцию нарушенного кислотно-щелочного состояния (КЩС) и газового состава крови заключается в нормализации буферных оснований и устранении гипоксемии в случае манифестации и прогрессирования респираторного и метаболического ацидоза. Тонкая взаимосвязь между состоянием буферных систем плазмы крови и степенью альвеолярной вентиляции предопределяет в целом функционирование всех систем организма [1, 3].

Патофизиологические механизмы, обуславливающие кетонемию, независимо от основного фактора, заключаются в уменьшении скорости глюконеогенеза, нарушении окисления свободных жирных кислот, повышении уровня контринсулярных гормонов [3]. Роль искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при выраженном кетоацидозе (КА) как разновидности метаболической ацидемии заключается в элиминации избытка углекислоты как основной составляющей карбонатной буферной системы организма [1, 2].

Степень выраженности метаболического ацидоза, как правило, имеет достаточно четкую корреляцию с клиническими проявлениями, выражающимися в виде респираторной компенсации (одышка), что, в некоторых случаях, может приводить к декомпенсации внешнего дыхания в виду истощения дыхательной мускулатуры. Своевременное использование вентиляционной поддержки компенсирует дыхательную недостаточность, снижает «цену» дыхания и позволяет во многих случаях корригировать нарушенное кислотно-щелочное равновесие.

Цель работы – оценка эффективности вентиляционной поддержки в коррекции кис-

лотно-щелочное состояние и газового состава крови у больных кетоацидозом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 23 пациента в возрасте от 34 до 78 лет, находящиеся на принудительной синхронизированной вентиляционной поддержке в связи с тяжелым кетоацидотическим состоянием.

У 18 пациентов КА развился на фоне сахарного диабета 2 типа, у 3 пациентов – при обострении сахарного диабета 1 (инсулинзависимого) типа. В 2 случаях КА развился на фоне хронической алкогольной интоксикации при грубом нарушении энтерального статуса, кахексии и обострении симптомов панкреатита (анорексия, рвота, расстройство стула).

При поступлении в отделение интенсивной терапии у всех пациентов регистрировалась дегидратация, причем как гиперосмолярного (n=15), так и гипоосмолярного типа (n=8). Преобладание первого типа обезвоживания, по всей видимости, было обусловлено обострением сахарного диабета, сопровождавшегося, среди прочего, полиурией, приводящей к острому водному истощению. Лабораторные тесты у всех пациентов отражали наличие кетоновых тел в моче и плазме крови на фоне гипергликемии.

Акцент в терапии КА делался на борьбу с дегидратацией, коррекцию метаболического ацидоза (введение раствора 4% карбоната натрия), нормализацию сахара крови и вентиляционную поддержку. Показаниями для перевода пациентов на ИВЛ, помимо клинических проявлений, служили сдвиги в КЩС, в частности, показателей карбонатной буферной системы плазмы крови.

Искусственную вентиляцию легких всем больным в первые часы проводили в режиме умеренной гипервентиляции. Дыхательный объем устанавливали в пределах 8-9 мл/кг, частоту дыхания – в пределах 12-16 мин, соотношение вдоха к выдоху, в среднем, составляло 1:2, 1:2,5, что согласовывалось с исходными показателями механических свойств лёгких в момент начала вентиляции. Фракционную концентрацию кислорода на вдохе (F_{iO_2}) при вентиляционной поддержке устанавливали в пределах 0,6-1,0.

Для оценки эффективности респираторной поддержки, а также для определения четких показаний для ее прекращения во внимание принимали pH плазмы крови, буферный карбонат (HCO_3^-) крови, дефицит или избыток буферных оснований (BE), концентрацию натрия (Na^+) и хлора (Cl^-) плазмы крови, анионный интервал (АИ), определяемый по формуле $Na^+ - (Cl^- + HCO_3^-)$.

Анионный интервал как важный диагностический критерий характера метаболического ацидоза дополнительно позволял установить степень прогрессирования ацидемии и скорость устранения нарушений со стороны КЩС. На фоне синхронизированной ИВЛ проводилась оценка газового состава крови: сатурация гемоглобина крови (SaO_2), парциальное давление кислорода (PaO_2), парциальное давление углекислого газа ($PaCO_2$) в артериальной крови. Важным моментом в мониторинге приведенных показателей являлся не факт констатации величин данных параметров, а их динамика на фоне всего комплекса интенсивной терапии, включая вентиляционную поддержку.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех больных исходно глубокий дефицит BE (от -3,5 до -12,3 ммоль/л) и HCO_3^- (14,3±1,4 ммоль/л) сопровождался прогрессирующей ацидезией (7,1±0,3), особенно выраженной на вторые сутки от момента развития КА. На фоне приведенных средних значений показателей карбонатной буферной системы у большинства пациентов (n=20) имела место выраженная одышка смешанного характера (дыхание Куссмауля) с участием вспомогательной мускулатуры.

Перевод на принудительное респираторное замещение в первые часы не сопровождался существенным регрессом указанных значений. Однако отмечалось достоверное улучшение оксигенации крови от первоначальных показателей PaO_2 и $PaCO_2$. Увеличение PaO_2 происходило на 24-28% от исходных показате-

лей в 76,5±2,6 мм рт. ст., а снижение $PaCO_2$ регистрировалось на 35-44% (исходно – 54,2±2,3 мм рт. ст.), учитывая режим умеренной гипервентиляции.

Анионный интервал до начала ИВЛ составлял 22,9±0,35 ммоль/л при исходной концентрации Na^+ и Cl^- плазмы крови в 134,6±0,9 ммоль/л и 92,3±0,7 ммоль/л соответственно. Низкие значения электролитов, по всей вероятности, были связаны с потерей желудочного содержимого (рвота) и предшествующей полиурией на догоспитальном этапе.

Первые сутки вентиляционной поддержки обусловили снижение АИ в среднем на 17,1% (16,3±0,2 ммоль/л) за счет повышения уровня HCO_3^- и уменьшения выраженного дефицита BE на 25-36% от исходного. Значимое снижение концентрации буферного карбоната, приведшее к указанному увеличению АИ, происходило через 8-10 ч вентиляции легких.

Следует подчеркнуть, что достигнутые показатели карбонатной буферной системы сопровождалась прямой корреляцией регресса гипоксемии и гиперкапнии. Неоднократно проведенные результаты мочи и плазмы крови на наличие кетоновых тел показали их снижение на 30% и 42% соответственно уже к началу вторых суток.

Увеличение pH крови к концу первых суток на 6,5% сопровождалось стойкой и достоверной стабилизацией газов крови до оптимальных значений PaO_2 и $PaCO_2$ (89,8±2,2 мм рт. ст. и 46,1±0,4 мм рт. ст. соответственно), SaO_2 – в 93,4±0,8%, которые сохранялись до конца периода респираторного «протезирования».

Дальнейшее проведение механической вентиляции не сопровождалось регрессом достигнутых показателей, что позволило через 48-65 ч от ее начала перевести всех пациентов с КА на режим спонтанного дыхания на фоне достигнутых показателей кислородной емкости крови и в дальнейшем полностью отлучить от вентиляционной поддержки.

ВЫВОДЫ

1. Ранними признаками для перевода пациентов с тяжелым кетоацидозом на принудительную вентиляционную поддержку могут служить характерные изменения в кислотно-щелочном состоянии, в частности, карбонатной буферной системе крови.

2. Достаточно надежным критерием эффективности механической вентиляции легких у пациентов данного профиля может являться параллельный динамический мониторинг газового состава крови и показателей карбонатной буферной системы крови.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Гесс Д. Р. Искусственная вентиляция легких /Д. Р. Гесс, Р. М. Качмарек. – М.: БИНОМ, 2009. – 432 с.
- 2 Интенсивная терапия: Нац. рук. в 2-х т. /Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – М.: Медицина, 2011. – Т. 1 – 960 с.; Т. 2 – 784 с.
- 3 Эндокринология /Под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1072 с.

REFERENCES

- 1 Gess D. R. Lung ventilation /D. R. Gess, R. M. Kachmarek. – M.: BINOM, 2009. – 432 p.
- 2 Intensive Care: Nat. textbook 2 Vols. /Ed. B. R. Gelfand, A. I. Saltanov. – M.: Medicine, 2011. – Volume 1 – 960 p.; Volume 2 – 784 p.
- 3 Endocrinology /Ed. I. I. Dedov, G. A. Melnichenko. – M.: GEOTAR-Media, 2008. – 1072 p.

Поступила 30.04.2015 г.

D. V. Vasiliev, A. V. Ivanova, O. N. Odnoromanenko, G. K. Olzhabayeva, N. Yu. Inozemtseva
ROLE OF VENTILATORY SUPPORT IN THE INTENSIVE THERAPY OF KETOACIDOSIS

The article assesses the effectiveness of ventilatory support in correction of acid-base balance and blood gas in patients with ketoacidosis. It shows the relationship of regression impaired carbonate buffer system of blood plasma and arterial blood gas analysis on the background of mechanical ventilation. The dynamics of changes in carbonate buffer, pH and base deficit of blood throughout the period of the complex therapy of ketoacidosis conditions, including mechanical ventilation and infusion therapy (sodium carbonate solution). The paper indicated the need for early use of respiratory support in patients with ketoacidosis when the first diagnostic criteria in the form of changes in the acid-base balance.

Keywords: ketoacidosis, ventilatory support, diabetes, blood gases, buffers systems

Д. В. Васильев, А. В. Иванова, О. Н. Однороманенко, Г. К. Олжабаева, Н. Ю. Иноземцева
КЕТОАЦИДОЗДІ ИНТЕНСИВТІ ТЕРАПІЯЛАУДА ВЕНТИЛЯЦІЯЛЫҚ ҚОЛДАУДЫҢ РОЛІ

Мақалада кетоацидозбен науқастардағы қышқыл-қуысты жағдайды коррекиялаудағы вентиляциялық қолдаудың тиімділігі мен қандағы гақ құрамына баға берілген. Өкпенің механикалық вентиляциясы фонында қан плазмасы мен артериалдық қан газ құрамының бұзылған карбонатты буфер жүйесі регресінің өзара байланысы ұсынылған. Өкпенің жасанды вентиляциясы мен инфузионды терапияны (карбонат натриінің ерітіндісі) қосқанда кетоацидотты жағдайды кешенді терапиялаудың барлық кезеңінде буферлік карбонатты өзгертудің, негіздер тапшылығы мен рН қанның, буферлік карбонаттың өзгерістерінің динамикасына талдау жасалған.

Мақалада қышқыл-қуысты жағдайындағы өзгерістер түрінде алғашқы диагностикалық өлшемдер туындағанда, кетоацидозбен пациенттерде респираторлық қолдауды ерте пайдалану қажеттігі көрсетілген.

Кілт сөздер: кетоацидоз, вентиляциялық қолдау, қант диабеті, қан газдары, буферлік жүйелер

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015
УДК 616.37-002-089

З. А. Туйбаев, М. Б. Чапыев

САНАЦИОННАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ ПАНКРЕТИТОМ

Ошская городская клиническая больница,
Национальный хирургический центр МЗ Кыргызской Республики

В статье изложены результаты систематического анализа акцентуемых технологий доступа, ревизии, оперативного приема, санации и дренирования брюшной полости при санационной релапаротомии у больных с послеоперационным перитонитом, причиной которого был осложненный острый панкреатит. Анализ включал в себя результаты целевого интервьюирования хирургов, привлеченных к санационной релапаротомии. По наличию полиорганной недостаточности были выделены две клинические группы: группа А, в которую вошли больные без полиорганной недостаточности; и группа Б, в которую вошли больные с полиорганной недостаточностью.

Можно констатировать, что процесс нормализации послеоперационного общего состояния больных напрямую зависит от наличия у них полиорганной недостаточности. Более быстрое восстановление происходит у больных, не имеющих полиорганной недостаточности. Послеоперационная летальность наблюдалась лишь у тех оперированных больных, кто имел полиорганную недостаточность. Летальность в группах сравнения наблюдалась лишь у больных с полиорганной недостаточностью. Летальность в подгруппе Б превысила летальность в аналогичной подгруппе больных на 33,3%.

Профессиональная квалификация хирурга для благоприятного исхода патологии не имеет высокого значения, в то время как большое значение для неблагоприятного исхода имеет полиорганная недостаточность.

Ключевые слова: санационная релапаротомия, послеоперационный перитонит, острый панкреатит, полиорганная недостаточность

Цель работы – изучение и анализ результатов лечения больных с осложненным острым панкреатитом и выработка оптимальных показаний к санационной релапаротомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Санационной релапаротомии (СРЛ) в срок <72 ч с момента первичной лапаротомии были подвергнуты 7 (87%) из 8 больных с осложненным острым панкреатитом (ООП), 62% оперированных больных были мужского пола.

По наличию полиорганной недостаточности (ПОН) были выделены две клинические группы (А, Б): в группу А вошли больные без ПОН (n=2), группу Б составили больные с ПОН (n=6). У 6 (75%) из 8 больных имело место ПОН.

У больных обеих групп регистрировалась умеренная тахикардия и тахипноэ. После СРЛ у больных группы Б частота дыхания соответствовала исходному значению (p<0,05), в то время как у больных группы А незначительно уменьшалась (p<0,05).

В недельный срок после СРЛ у больных обеих групп суточный диурез был умеренно повышенным, а удельный вес сниженным (p<0,05 и p<0,05 соответственно). До и после СРЛ у больных обеих групп сохранялась гипохромная анемия, а также высокая скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и лейкоцитоз. Регистрировались нейтрофильный сдвиг крови, а также высокий лейкоцитарный индекс

интоксикации (ЛИИ) (в среднем $4,3 \pm 0,2$ расч. ед.; p<0,05) (табл. 1).

После СРЛ содержание билирубина в крови и его фракций оставалось повышенным (p<0,05). У больных обеих групп активность АСТ умеренно снижалась, а активность АЛТ находилась на уровне исходных цифр (табл. 2).

У больных группы Б был незначительно снижен показатель общего белка. После СРЛ показатель тимоловой пробы снижался, а сулемовой возрос лишь у больных группы Б (p<0,05). В этой группе больных также увеличилось содержание амилазы (p<0,05).

После СРЛ остаточный азот, мочевина и креатинин крови имели тенденцию к уменьшению лишь у больных группы А (p<0,05). У больных обеих групп после СРЛ сохранялась гипернатриемия и склонность к гипокалиемии (p<0,05 и p<0,05 соответственно).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После СРЛ погиб 1 (16,7%) больной группы Б. В группе А также погиб 1 (50%) больной. Таким образом, летальность в группах сравнения наблюдалась лишь у больных с ПОН. Летальность в подгруппе Б превысила летальность в аналогичной подгруппе больных на 33,3%.

Изучены результаты систематического анализа акцентуемых технологий доступа, ревизии, оперативного приема, санации и дренирования брюшной полости при СРЛ у боль-

Клиническая медицина

Таблица 1 - Клинико-лабораторные параметры ($M \pm m$) в группах А и Б до и после СРЛ (6-7 сут)

Параметр	До СРЛ	Групп	
		А	Б
ЧД, в мин.	34±2,3	33±3,2*	34±5,5*
ЧСС, в мин.	120±10,2	100±12,2*	110±10,0*
АД, мм.рт.ст.	85-95/40-50	110-125/60-70	95-100/80-85
Сознание	заторможенное	заторможенное	заторможенное
Перистальтика	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Температура тела	гипертермия	субфебрильная	субфебрильная
Сут. диурез, мл/ч	1600±100,0	1520±110,3	1520±120,0
Уд. вес мочи	1015±100,5	1015±100,6	1025±100,2
Эр.х10 ¹² /л	3,3±0,3	3,7±0,3*	3,9±0,4*
Нв, г/л	53,2±6,3	54,2±8,4*	48,4±8,3*
ЦП, ед.	0,6±0,02	0,6±0,01*	0,7±0,02*
СОЭ, мм/ч.	48,2±6,2	44,4±2,5*	46,1±3,2*
Лейк.х10 ⁹ /л	17,2±1,2	12,2±1,3*	16,1±2,3*
Пал., %	10,7±1,1	10,3±1,4*	11,3±2,8*
Сегм., %	70,6±4,3	71,2±6,3*	66,4±4,1*
Лимф., %	12,2±2,2	14,2±2,5*	15,3±2,4*
Мон., %	3,2±0,2	4,3±1,3*	4,1±1,0*
Эозин., %	1,2±0,9	2,1±0,5	2,2±0,3
ЛИИ, расч. ед.	6,5±0,3	4,2±0,1*	4,5±0,3**

* достоверно по сравнению с исходными значениями; ** достоверно при сравнении подгрупп А и Б

Таблица 2 – Биохимические параметры ($M \pm m$) в группах А и Б до и после СРЛ (6-7 сут)

Показатель	До СРЛ	Группа	
		А	Б
Бил. (общ.), мкмоль/л	36,2±3,1	34,3±10,3*	35,1±2,4*
Бил. (пр.), мкмоль/л	12,2±2,2	10,4±1,2*	12,5±1,0*
Бил. (непр.), мкмоль/л	24,3±2,5	24,2±6,7*	22,2±3,1*
АСТ, ммоль/л	0,8±0,01	0,5±0,01*	0,5±0,01*
АЛТ, ммоль/л	2,3±0,2	2,1±0,2	2,3±0,2
Белок (общ.), г/л	48,4±2,1	49,6±6,0*	45,1±4,2*,**
Альбум., %	28,6±9,3	28,2±11,1*	28,3±7,1*
γ-глобулин, %	6,7±1,0	6,2±1,8	6,6±1,1
Тимоловая проба, ед.	9,4±1,2	8,3±1,1*	9,1±1,0*
Сулемовая проба, ед.	2,7±0,2	2,7±0,3*	3,1±0,2*
Амилаза, г/час.л.	93,2±9,2	88,6±4,3*	108,2±11,2*,**
Ост.Н., ммоль/л	36,4±4,2	32,2±3,2	36,2±3,2**
Мочевина, ммоль/л	10,1±2,7	11,6±1,2*	12,5±2,5*
Креатинин, ммоль/л	185,1±12,6	180,0±10,2*	196,2±18,3*
Na, ммоль/л	141,2±1,2	145,1±1,5*	142,2±1,1*
K, ммоль/л	3,9±0,1	3,3±0,2	3,3±0,1

* достоверно по сравнению с исходными значениями; ** достоверно при сравнении подгрупп А и Б.

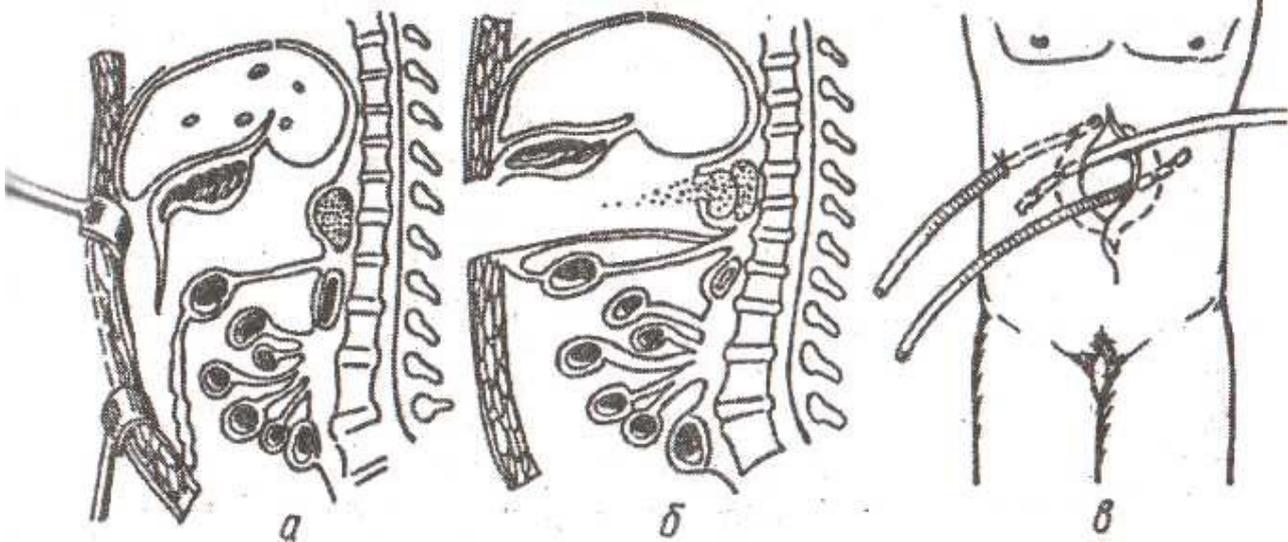


Рисунок 1 – Ревизия (а), санация (б) и дренирование (в) сальниковой полости

ных с послеоперационным перитонитом (ПП), причиной которого был осложненный острый панкреатит (ООП). Анализ включал в себя результаты целевого интервьюирования хирургов, привлеченных к СРЛ.

По мнению хирургов, имеющих опыт проведения релапротомий (РЛ), здравый смысл диктует, что при вынужденной СРЛ у больных после операции на поджелудочной железе, предпринятой по поводу ООП, прямой доступ к патологическому очагу предпочтителен.

Чаще всего показанием к СРЛ явились абсцесс сальниковой сумки (3 случая), гнойное расплавление забрюшинной клетчатки (3 случая), аррозийное кровотечение (2 случая). Во всех этих случаях предпринято вмешательство через окно в брюшной стенке, то есть через оментобурстому.

При продолжающейся деструкции головки поджелудочной железы (3 случая) осуществлялась ревизия ретроперитонеальных образований. При этом использовали прием Кохера – мобилизация 12-перстной кишки (ДПК) вместе с головкой поджелудочной железы путем рассечения тонкого заднего листка париетальной брюшины (несколько латеральнее ДПК) и постепенного отведения указанного блока в медиальном направлении (рис. 1).

Рассекают брюшину и постепенно мобилизуют подлежащие органы в медиальном направлении, включая левую половину толстой кишки, селезенку и хвост поджелудочной железы. Как рекомендуют хирурги, имеющие большой опыт СРЛ, у больных с панкреонекрозом необходимо ликвидировать застой желчи как важный патогенетический механизм развития деструктивного процесса в поджелудочной

железе (рис. 2). Рекомендуется удалить желчный пузырь и дренировать холедох через пузырный проток.

Хирурги, имеющие опыт ургентной хирургии поджелудочной железы, при ООП рекомендуют уже при первичной лапаротомии провести париетальную деперитонизацию и абдоминализацию поджелудочной железы с последующей регулярной активной хирургической санацией через оментобурзостомы.

Такая технология является основным саногенным фактором, способствующим самоограничению, а затем и ликвидации гнойно-некротического процесса. В целом указанная технология дренирования и санации может быть принята на вооружение как метод выбора и как базовый метод при СРЛ.

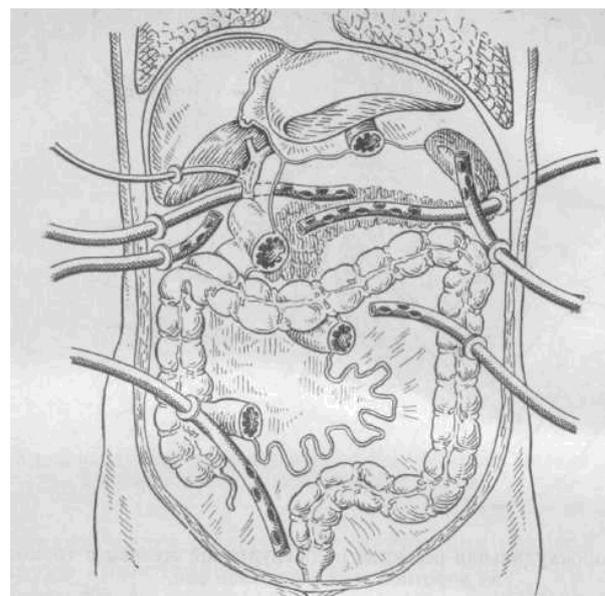


Рисунок 2 – Дренирование брюшной полости и холедоха при панкреатогенном перитоните

ВЫВОДЫ

1. Процесс нормализации послеоперационного общего состояния больных напрямую зависит от наличия у них ПОН. Более быстрое восстановление происходит у больных, не имеющих ПОН. Послеоперационная летальность наблюдалась у оперированных больных с ПОН.

2. Профессиональная квалификация хирурга для благоприятного исхода патологии не имеет высокого значения, в то время как большее значение для неблагоприятного исхода имеет полиорганная недостаточность.

ЛИТЕРАТУРА

1 Борисов А. Е. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости /А. Е. Борисов, А. В. Федоров, В. П. Земляной. – СПб: ЭФА, 2000. – 162 с.

2 Бояринцев Н. И. Повторные операции в экстренной и плановой абдоминальной хирургии /Н. И. Бояринцев, Е. В. Николаев, Н. В. Ташкинов //Дальневосточный медицинский журнал. – 2005. – №1. – С.18-21.

3 Глабай В. П. Релапаротомии после неотложных операций на органах брюшной полости /В. П. Глабай, А. И. Шаров, А. А. Абрамов //Медицинский академический журнал. – 2003. – Т. 3, №2. – С. 28-29.

4 Иманов Б. М. Оптимизация и оценка эффективности тактико-технических решений

при остром деструктивном панкреатите: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Бишкек, 1999. – 20 с.

5 Сопуев А. А. Хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита: Метод. рекомендации /А. А. Сопуев, Б. М. Иманов. – Бишкек, 1998. – 17 с.

REFERENCES

1 Borisov A. E. Errors, complications and mortality in patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity /A. E. Borisov, A. V. Fedorov, V. P. Zemlyanoy. – St. Petersburg: EFA, 2000. – 162 p.

2 Boyarintsev N. I. Repeated operations in emergency and planned abdominal surgery /N. I. Boyarintsev, E. V. Nikolaev, N. V. Tashkinov //Far East Medical Journal. – 2005. – №1. – P.18-21.

3 Glabay V. P. Relaparotomy after emergency operations in the abdominal cavity /V. P. Glabay, A. I. Sharov, A. A. Abramov //Academic medical journal. – 2003. – Volume 3, №2. – P. 28-29.

4 Imanov B. M. Optimization and evaluation of tactical and technical solutions in acute destructive pancreatitis: Author's abstract ... c.m.s. – Bishkek, 1999. – 20 p.

5 Sopuev A. A. Surgical treatment of acute destructive pancreatitis: Method. recommendations /A. A. Sopuev, B. M. Imanov. – Bishkek, 1998. – 17 p.

Поступила 05.05.2015 г.

Z. A. Tuibayev, M. B. Chapuyev

SANITATION RELAPAROTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE COMPLICATED PANCREATITIS

The article presents the results of a systematic analysis accented access technologies, audit, operational administration, sanitation and drainage of the abdominal cavity sanation at relaparotomy in patients with postoperative peritonitis, the cause of which was complicated by acute pancreatitis. The analysis includes the results of interviews with target surgeons involved in sanation relaparotomy. In the presence of multiple organ failure were identified two clinical groups: group A, which included patients without multiple organ failure; and Group B, which included patients with multiple organ failure. We can state that the process of normalization of postoperative general condition of patients depends on whether they have multiple organ failure. Faster recovery occurs in patients without multiple organ failure. Postoperative mortality was observed only in those patients operated on who had multiple organ failure. The mortality rate in the comparison groups was observed only in patients with multiple organ failure. Mortality in a subgroup B exceeded mortality in a similar subgroup of patients by 33.3%. Professional qualifications of the surgeon for a favorable outcome of the disease does not have a high value, while important for adverse outcome has multiple organ failure.

Key words: sanitation relaparotomy, postoperative peritonitis, acute pancreatitis, multiple organ failure

З. А. Туйбаев, М. Б. Чапыев

ӨТКІР КҮРДЕЛІ ПАНКРЕАТИТПЕН НАУҚАСТАРДАҒЫ САНАЦИЯЛЫҚ РЕЛАПАРОТОМИЯ

Мақалада себебі асқынған өткір панкреатит болып табылған перитонитпен операциядан кейінгі науқастардағы санациялық релапаротомия кезінде қарын қуысы санациясының жүйелі талдауы мен тексерілуінің нәтижелері берілген. Талдауға санациялық релапаротомияға тартылған хирургтерден мақсатты сұхбат алудың нәтижелері кірді. Полиоргандық жетіспеушіліктің болуына байланысты екі клиникалық топ бөлінді: А тобы, оған полиоргандық жетіспеушіліксіз науқастар кірді; Б тобы, оған полиоргандық жетіспеушілікпен науқастар кірді.

Науқастардың операциядан кейінгі жалпы жағдайының қалпына келуі оларда полиорганды жетіспеушіліктің болуына немесе болмауына тікелей байланысты екені анықталды. Полиорганды жетіспеушілігі жоқ науқастардың тез қалпына келулері байқалды. Операциядан кейін қайтыс болу тек полиорганды жетіспеушілікпен операция жасалған науқастарда байқалды. Салыстыру топтарындағы қайтыс болу тек полиорганды жетіспеушілікпен науқастарда байқалды. Б шағын тобындағы қайтыс болу көрсеткіші осындай топтағыдан 33,3% жоғары болды.

Патологияның оңтайлы аяқталуына хирургтің кәсіби біліктілігінің маңызы жоғары емес, ал қолайсыз аяқталуына полиоргандық жетіспеушіліктің маңызы үлкен.

Кілт сөздер: санациялық релапаротомия, операциядан кейінгі перитонит, өткір панкреатит, полиоргандық жеткіліксіздік

© А. Р. Бейсенаева, 2015

УДК 616-006-07

А. Р. Бейсенаева

АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ БЕЗ ПЕРВИЧНО-ВЫЯВЛЕННОГО ОЧАГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ФЕНОТИПА

Кафедра онкологии Карагандинского государственного медицинского университета

Статья посвящена анализу выживаемости пациентов с опухолями без первично-выявленного очага в зависимости от иммуногистохимического фенотипа. Проведенный анализ данных показывает, что лучшие показатели выживаемости по иммуногистохимическому фенотипу отмечаются в группе пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями, карциномами и злокачественными опухолями нервных корешков, а самые низкие – у больных со злокачественными опухолями кровеносных сосудов, меланомой и плоскоклеточным раком. Неудовлетворительные отдаленные результаты лечения у пациентов с опухолями без первично-выявленного очага объясняется стадией опухолевого процесса – все пациенты с опухолями без первично-выявленного очага поступали в стационар с IV стадией опухолевого процесса.

Ключевые слова: выживаемость онкопациентов, иммуногистохимическое исследование, диагностика опухолей

По данным различных авторов, пациенты с опухолями без первично-выявленного очага составляют от 0,5 до 15% онкологических больных, обратившихся за медицинской помощью, причем среди мужчин диагноз метастазов злокачественной опухоли без выявленного первичного очага встречается несколько чаще, чем среди женщин [2, 5]. Средний возраст составляет 51 год у мужчин и 52 года у женщин. Частота случаев, когда заболевание манифестировалось метастазами, а локализация первичной опухоли на момент морфологического (патологоанатомического) исследования неизвестна, составляет 3-15% от всех онкологических заболеваний. При этом локализация первичного очага определяется при жизни в среднем у 30-40% пациентов, на аутопсии – у 60-70% [3].

Прогноз и выживаемость онкобольных во многом зависят от стадии заболевания, определенной на основании интраоперационных находок, гистологической структуры опухоли и степени ее дифференцировки [4, 6]. Пациенты с опухолями без первично-выявленного очага зачастую поступают в стационар с III-IV стадией опухолевого процесса, что влияет на прогноз заболевания.

Цель исследования - изучение выживаемости пациентов с опухолями без первично-выявленного очага по иммуногистохимическому фенотипу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Разбору подвергнуты пациенты с опухолями без первично-выявленного очага, пролеченные в КГП «Областной онкологический диспансер» г. Караганды за 5 лет (2006-2010 гг.). Объектом клинико-лабораторных

исследований были 162 пациента с опухолями в возрасте от 5 до 84 лет (средний возраст $49,9 \pm 1,6$ г.), мужского и женского пола, разных национальностей.

Из числа всех больных с опухолями без первично-выявленного очага, пролеченных в КГП «Областной онкологический диспансер» г. Караганды с 2006-2010 гг. были отобраны пациенты, которые по гистологическим и иммуноморфологическим критериям Международной гистологической классификации опухолей (S. Hamilton, L. Aaltonen, 2000) соответствовали диагнозу недифференцированных опухолей. С лимфопролиферативными заболеваниями (включая лимфогрануломатоз) поступили 46 (28,6%) пациентов, с карциномой (низкодифференцированная, серозная, аденокарцинома, рак яичников, метастазы) – 56 (34,8%), с саркомой (хондросаркома, низкодифференцированная саркома, псевдосаркома, веретенноклеточная саркома, остеосаркома, миелосаркома, мелкоклеточная саркома, фибросаркома, липосаркома, гигантоклеточная саркома) – 20 (12,4%), с опухолями кровеносных сосудов (гемангиоперицитомы, гистиоцитомы) – 6 (3,7%), с меланомой – 8 (4,9%), с опухолями нервных корешков (нейробластома, шваннома) – 12 (7,5%), с плоскоклеточным раком – 3 (1,9%), с прочими опухолями – 4 (2,5%), с доброкачественными изменениями – 4 (2,5%) – с доброкачественными изменениями, с опухолями неясного генеза – 2 (1,2%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведена характеристика пациентов с опухолями без первично-выявленного очага по иммуногистохимическому фенотипу (табл. 1). Иммуногистохимическое исследование проводилось всем пациентам, из них лимфопрولي-

Таблица 1 – Характеристика пациентов с опухолями без первично-выявленного очага по иммуногистохимическому фенотипу

Иммуногистохимический диагноз	Число наблюдений	М среднее, %	Ошибка среднего m, %	Диапазон колебания	
				95% ДИВ	95% ДИН
Лимфопролиферативные заболевания (включая ЛГМ)	45	27,8	3,5	34,8	20,7
Карцинома	36	22,2	3,3	22,7	21,7
Саркома	17	10,5	2,4	10,9	10,1
Опухоли нервных корешков	23	14,2	2,7	14,6	13,8
Опухоли кровеносных сосудов	6	3,7	1,5	3,9	3,5
Меланома	8	4,9	1,7	5,2	4,7
Плоскоклеточный рак	7	4,3	1,6	4,6	4,1
Прочие опухоли	10	6,2	1,9	6,5	5,9
Доброкачественные изменения	10	6,2	1,9	6,5	5,9

феративные заболевания выявлены у 45 пациентов (27,8±3,5%), карцинома – у 36 (22,2±3,3%), саркома – у 17 (10,5±2,4%), опухоли нервных корешков – у 23 (14,2±2,7%), опухоли кровеносных сосудов – у 6 (3,7±1,5%), меланома – у 8 (4,9±1,7%), плоскоклеточный рак – у 7 (4,3±1,6%), прочие опухоли – у 10 (6,2±1,9%), доброкачественные изменения – у 10 (6,2±1,9%).

С целью более тщательного анализа выживаемости больных с опухолями без первично-выявленного очага использовали «таблицу жизни», где определяли выживаемость во временном интервале жизни. Количество больных на начало наблюдения принимается за 100%. Каждая «ступень» на кривой выживаемости отражает смерть пациента, и после каждой смерти процент выживших больных на графике уменьшается. Преимущество метода Каплана-Мейера (по сравнению с методом таблиц жизни) состоит в том, что оценки не зависят от разбивки времен жизни на интервалы. Величина интервала составляла 100

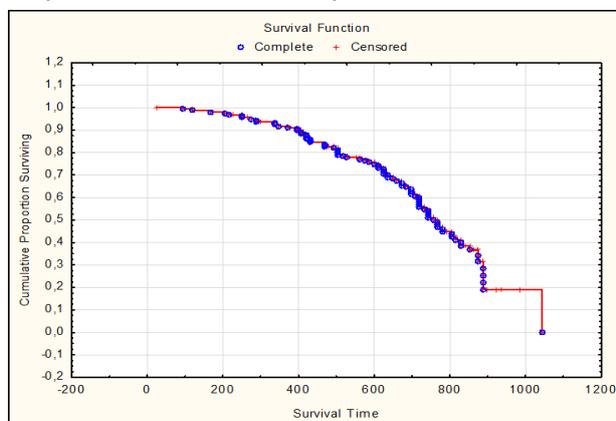


Рисунок 1 – Общая выживаемость пациентов с опухолями без первично-выявленного очага

дней. По «таблице жизни» общая годовая выживаемость пациентов с опухолями без первично-выявленного очага равна 92%, двухгодичная – 55%, трехгодичная – 0% (рис. 1).

Проанализирована продолжительность жизни пациентов с опухолями без первично-выявленного очага в зависимости от диагноза, установленного по иммуногистохимическому фенотипу (рис. 2).

Наибольшую продолжительность жизни имели пациенты с лимфопролиферативными заболеваниями, карциномами и злокачественными опухолями нервных корешков, а наименьшую – пациенты со злокачественными опухолями кровеносных сосудов, меланомой и плоскоклеточным раком.

ВЫВОДЫ

1. Лучшие показатели выживаемости по иммуногистохимическому фенотипу отмечаются в группе пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями, карциномами и злокачественными опухолями

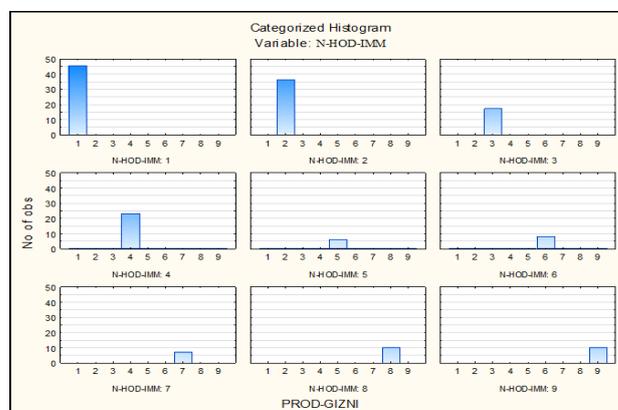


Рисунок 2 – Анализ выживаемости пациентов с опухолями без первично-выявленного очага в зависимости от иммуногистохимического фенотипа

нервных корешков, а самые низкие – у больных со злокачественными опухолями кровеносных сосудов, меланомой и плоскоклеточным раком.

2. Неудовлетворительные отдаленные результаты лечения у пациентов с опухолями без первично-выявленного очага объясняется стадией рака – все пациенты с опухолями без первично-выявленного очага поступали в стационар с IV стадией опухолевого процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1 Диагностическая и лечебная тактика при метастазах злокачественных опухолей без выявленного первичного очага /И. Г. Комаров, Д. В. Комов. – М.: Триада-Х, 2002. – 136 с.

2 Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека /С. В. Петров, Н. Т. Райхлин. – М.: Триада-Х, 2004. – 256 с.

3 Blaszyk H. Cancer of unknown primary: clinicopathologic correlations /H. Blaszyk, A. Hartmann, J. Björnsson //APMIS. – 2003. – V. 111. – P. 1089-1094.

4 Milovic M. Tumor markers in metastatic disease from cancer of unknown primary origin / M. Milovic, I. Popov, S. Jelic //Med. Sci. Monit. – 2002. – V. 8(2). – P. 25-30.

5 Reseptimmunohistochemical markers in the differential diagnosis of primary and metastatic carcinomas of the liver /Gokden Murat, Shinge Anjali //Diagn. Citopatrol. – 2005. – №3. – P. 166-172.

6 Zuur C. Diagnosis and treatment of isolated neck metastases of adenocarcinomas /C. Zuur, M. van Velthuysen, J. Schornagel //Eur. J. Surg. Oncol. – 2002. – V. 28(2). – P. 147-152.

REFERENCES

1 Diagnostic and therapeutic management of metastases of malignant tumors without revealed primary tumor /I. G. Komarov, D. V. Komov. – M.: Triada-X, 2002. – 136 p.

2 Guidelines for the immunohistochemical diagnosis of human tumors /S. V. Petrov, N. T. Reichlin. – M.: Triada-X, 2004. – 256 p.

3 Blaszyk H. Cancer of unknown primary: clinicopathologic correlations /H. Blaszyk, A. Hartmann, J. Björnsson //APMIS. – 2003. – V. 111. – P. 1089-1094.

4 Milovic M. Tumor markers in metastatic disease from cancer of unknown primary origin / M. Milovic, I. Popov, S. Jelic //Med. Sci. Monit. – 2002. – V. 8(2). – P. 25-30.

5 Reseptimmunohistochemical markers in the differential diagnosis of primary and metastatic carcinomas of the liver /Gokden Murat, Shinge Anjali //Diagn. Citopatrol. – 2005. – №3. – P. 166-172.

6 Zuur C. Diagnosis and treatment of isolated neck metastases of adenocarcinomas /C. Zuur, M. van Velthuysen, J. Schornagel //Eur. J. Surg. Oncol. – 2002. – V. 28(2). – P. 147-152.

Поступила 12.05.2015 г.

A. R. Beysenaeva

ANALYSIS OF SURVIVAL IN PATIENTS WITH TUMORS WITHOUT PRIMARY-REVEALED FOCUS DEPENDING ON IMMUNOHISTOCHEMICAL PHENOTYPE

This article analyzes the survival of patients with tumors with no identified primary focus, depending on the immunohistochemical phenotype. The analysis of the data shows that the best survival rates by immunohistochemical phenotype observed in patients with lymphoproliferative diseases, carcinoma, and malignant tumors of the nerve roots, and the lowest - in patients with malignant tumors of the blood vessels, melanoma and squamous cell carcinoma. Inadequate long-term outcomes in patients with tumors detected without primary focus is due to stage the tumor process - all patients with tumors with no identified primary focus admitted to hospital with cancer of the IV stage/

Keywords: survival of cancer patients, immunohistochemistry, tumor diagnostics

A. P. Бейсенаева

ИММУНОГИСТОХИМИЯЛЫҚ ФЕНОТИПКЕ БАЙЛАНЫСТЫ БАСТАПҚЫ АНЫҚТАЛҒАН ОШАҚСЫЗ ІСІКТЕРМЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ӨМІР СҮРУ ЖАҒДАЙЫНА ТАЛДАУ

Мақала иммуногистохимиялық фенотипке байланысты бастапқы анықталған ошақсыз ісіктермен пациенттердің өмір сүру жағдайын талдауға арналған. Жүргізілген талдау көрсеткендей, иммуногистохимиялық фенотип бойынша өмір сүру жағдайының үздік көрсеткіштері лимфопрولیферативті аурулармен, карциномалармен және жүйке талшықтарының қатерлі ісіктерімен пациенттерде байқалады, ал ең төменгі көрсеткіштері – қан тамырлары, меланома, жазық торшалы ісік ауруларымен науқастарда. Бастапқы анықталған ошақсыз ісіктермен пациенттер емделуінің қанағаттанғысыз нәтижелері ісік процесінің деңгейімен түсіндіріледі – бастапқы анықталған ошақсыз ісіктермен барлық пациенттер ісік процесінің IV деңгейімен стационарға түскен.

Кілт сөздер: онкопациенттердің өмір сүру жағдайы, иммуногистохимиялық зерттеу, ісіктер диагностикасы

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.36-002.951.21-089

М. Б. Чапыев¹, З. А. Туйбаев²

САНАЦИОННАЯ РЕЛАПАРОТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

¹Национальный хирургический центр МЗ Кыргызской Республики,

²Ошская городская клиническая больница (Кыргызстан)

В работе изложены результаты объективизации эффекта санационной релапаротомии при послеоперационном перитоните у больных осложненным эхинококкозом печени по данным ретроспективных когортных исследований.

В экспонированной (n=11) и неэкспонированной (n=6) группах на основе главных факторов риска, какковыми являются, согласно MIP, возраст >50 лет и наличие полиорганной недостаточности, были выделены 4 подгруппы (А, Б, В, Г).

Ретроспективные когортные исследования и ретроспективные сравнительные исследования показали, что шансы на благоприятный исход у больных экспонированной группы составляет 50%, а в не экспонированной группе – 35%. Между тем, шансы на неблагоприятный исход у них составляют соответственно 42% и 52%.

Результаты систематического анализа акцентированных технологий доступа, ревизии, оперативного приема, санации и дренирования брюшной полости при санационной релапаротомии у больных с послеоперационным перитонитом, причиной которого был осложненный эхинококкоз печени. Анализ также включал в себя результаты целевого интервьюирования хирургов, привлеченных к санационной релапаротомии.

При осложненном эхинококкозе печени, независимо от исходной тяжести больных и сложности хирургической операции, послеоперационное восстановление больных, которых оперировали высококвалифицированные хирурги (категория А) происходит более быстрыми темпами, нежели у тех, кого оперировали квалифицированные хирурги (категория Б). Летальность в неэкспонированной группе выше, чем в экспонированной группе, в 1,8 раза.

Удельный вес послеоперационных осложнений в экспонированной группе составил 36,4%, в неэкспонированной группе – 33,3%. В неэкспонированной группе ранних осложнений не регистрировалось, тогда как в экспонированной группе удельный вес ранних осложнений составил 9,1%, поздних – 27,3%, то есть в 3 раза больше

Ключевые слова: санационная релапаротомия, послеоперационный перитонит, эхинококкоз печени, полиорганная недостаточность

Цель работы – изучение и анализ результатов лечения больных с осложненным эхинококкозом печени и выработка оптимальных показаний к санационной релапаротомии при данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе изложены результаты объективизации эффекта санационной релапаротомии (СРЛ) при послеоперационном перитоните (ПП) у больных осложненным эхинококкозом печени (ОЭП) (n=17) по данным ретроспективных когортных исследований (РКИ).

В срок >72 ч с момента лапаротомии и эхинококкоэктомии 58,8% больных были подвезгнуты СРЛ, 70% составили лица мужского пола.

После СРЛ у больных неэкспонируемой группы частота дыхательных движений (ЧДД) оставалась на прежнем уровне, несколько уменьшалась частота пульса, нормализовалось АД. В послеоперационный период сознание больных обеих групп нормализовалось, но перистальтика кишечника оставалась вялой, ре-

гистрировалась субфебрильная температура тела (p<0,05 и p<0,05 соответственно). После СРЛ у больных обеих групп суточный диурез снижался. Гипохромная анемия у больных обеих групп после СРЛ сохранялась, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) уменьшалась, но не достигала уровня нормы (p<0,05). После СРЛ показатель лейкоцитоза снижался, причем у больных экспонируемой группы в опережающем режиме (p<0,05). Это касается и нейтрофильного сдвига крови, а также лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) (p<0,05 и p<0,05 соответственно).

После СРЛ концентрация общего билирубина в крови, как и его фракций, снизилась, причем у больных экспонированной группы до верхних пределов нормы (p<0,05), тогда как у больных неэкспонируемой группы уровень билирубина и его фракций оставался повышенным (p<0,05).

У больных обеих групп активность АЛТ и АСТ оставалась умеренно повышенной на уровне исходных цифр. Содержание амилазы в

крови после СРЛ незначительно уменьшилось ($p < 0,05$). Показатель общего белка в сыворотке крови, будучи сниженным до СРЛ, снова незначительно уменьшился ($p < 0,05$).

У больных обеих групп после СРЛ функциональные показатели печени имели тенденцию к снижению до исходного уровня ($p < 0,05$). Такая же динамика отмечалась и по отношению к содержанию остаточного азота и мочевины в крови ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно). Снижение уровня креатинина регистрировалось лишь у больных экспонируемой группы.

У больных обеих групп гипернатриемия, наблюдаемая до СРЛ, сменилась гипонатриемией после. Обратное регистрировалось в отношении концентрации ионов калия – гипокалиемия до СРЛ сменилась гиперкалиемией ($p < 0,05$).

Удельный вес послеоперационных осложнений в экспонированной группе составил 36,4%, тогда как в неэкспонированной – 33,3%. В неэкспонированной группе ранних осложнений не отмечалось, тогда как в экспонированной группе удельный вес ранних осложнений составил 9,1%, поздних – 27,3%, то есть в 3 раза больше.

Анализ послеоперационной смертности показал, что в разные сроки после СРЛ умерли 2 из 17 больных с ОЭП, что составляет 11,8%. В экспонированной группе умер 1 (9,1%) из 11 больных, в неэкспонированной группе погиб 1 (16,7%) из 6 больных. Таким образом, летальность в неэкспонированной группе была выше, чем в экспонированной группе в 1,8 раза.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведена оценка результативности СРЛ у больных с ОЭП по данным ретроспективного сравнительного исследования (РСИ) в ракурсе основных факторов риска. В экспонированной ($n=11$) и неэкспонированной ($n=6$) группах на основе главных факторов риска, каковыми являются, согласно MIP, возраст >50 лет и наличие полиорганной недостаточности (ПОН), были выделены 4 подгруппы (А, Б, В, Г). Преобладали больные в возрасте <50 лет, также в обеих группах преобладали больные с проявлениями ПОН, составляя 70,6%.

У всех больных в возрасте >50 лет сознание оставалось заторможенным, моторика кишечника – вялой. У больных обеих групп после СРЛ сохранялась анемия и гипохромия, причем у больных в возрасте <50 лет она была более выраженной, нежели у больных в возрасте >50 лет ($p < 0,05$). Уровень СОЭ после СРЛ уменьшился незначительно, причем у

больных в возрасте <50 лет был более выражен, нежели у больных в возрасте >50 лет ($p < 0,05$).

Количество лейкоцитов у больных экспонированной группы было меньше, чем у больных неэкспонированной группы. Необходимо отметить, что у больных в возрасте <50 лет количество периферических лейкоцитов после СРЛ снизилось больше, чем у больных в возрасте >50 лет ($p < 0,05$). Такая динамика была характерна и для процентного соотношения палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов ($p < 0,05$).

После СРЛ уровень ЛИИ в обеих группах превышал $4,1 \pm 0,2$ расч. ед. ($p < 0,05$). У больных в возрасте >50 лет ЛИИ был выше, чем у больных в возрасте <50 лет ($p < 0,05$). После СРЛ содержание общего билирубина у больных обеих групп незначительно снизилось. Более того, продолжала регистрироваться прямая фракция билирубина, составляя в среднем $10,8 \pm 2,6$ мкмоль/л в экспонируемой группе и в среднем $12,2 \pm 2,2$ мкмоль/л в неэкспонируемой ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно).

После СРЛ у больных обеих подгрупп активность АСТ и АЛТ осталась либо на уровне исходных цифр, либо незначительно повысилась, что было более заметно в подгруппах Б, то есть у больных в возрасте >50 лет ($p < 0,05$). Такую динамику можно было проследить и в отношении содержания амилазы и остаточного азота в крови ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно).

Показатель тимоловой пробы у больных обеих групп в возрасте >50 лет превышал показатели больных в возрасте <50 лет. Сулемова проба, а также содержание креатинина в крови у больных экспонированной группы были выше, чем в неэкспонированной ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно).

Через неделю после СРЛ водно-электролитный баланс у больных обеих групп остался нарушенным. В той и другой группе была зарегистрирована тенденция к гипоосморному синдрому ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно).

После СРЛ у больных обеих групп сравнения в подгруппах (В, Г) сохранялись тахикардия, тахипноэ и гиповолемия. Причем в подгруппах Г значение соответствующих показателей (частота дыхательных движений, частота сердечных сокращений, артериальное давление) были более выражены, чем в подгруппах В ($p < 0,05$). У больных подгрупп Г сознание оставалось заторможенным, перистальтика кишечника – вялой, температура тела – субфебрильной.

После СРЛ в обеих подгруппах (В, Г) количество эритроцитов, а также Hb и ЦП оставались ниже нормы ($p < 0,05$). Причем гипохромия и анемия была четче выражена у больных с ПОН. СОЭ оставалось достаточно высоким у больных всех подгрупп.

Лейкоцитоз, как и нейтрофилез, значительно снизился после СРЛ, но оставался все еще высоким, составляя в среднем $12,2 \pm 1,1 \times 10^9/\text{л}$ у больных экспонированной группы и $13,2 \pm 2,0 \times 10^9/\text{л}$ – в неэкспонированной группе. Эти показатели были менее выражены у больных с функциональными расстройствами по сравнению с больными с ПОН ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно). Кроме того, у больных подгруппы Г обеих групп ЛИИ был выше, чем у больных подгруппы В ($p < 0,05$).

После СРЛ у больных подгруппы Г экспонированной и неэкспонированной групп концентрация всех фракций билирубина была выше, чем в подгруппе В ($p < 0,05$). Аналогичную закономерность можно было отметить и в отношении активности АСТ и АЛТ ($p < 0,05$). У больных с ПОН активность АЛТ достоверно превышала таковую у больных без ПОН ($p < 0,05$).

После СРЛ содержание общего белка оставалось пониженным. Можно отметить, что диспротеинемия за счет глобулярной фракции была более характерной для больных подгруппы Г неэкспонированной группы ($p < 0,05$).

После СРЛ показатели тимоловой и сулемовой проб имели тенденцию к повышению у больных с ПОН, причем в обеих группах сравнения ($p < 0,05$). Важно отметить, что ряд показателей, в числе которых содержание амилазы, остаточного азота, мочевины, креатинина в крови после СРЛ увеличивались. Причем у больных экспонированной группы такая тенденция носила опережающий характер. Кроме того, в той и другой группе в подгруппах Г такая тенденция была более выражена, чем в подгруппах В ($p < 0,05$).

После СРЛ отмечался дисбаланс водно-электролитного обмена. В частности, у больных экспонированной группы сохранялась гипернатриемия и гипокалиемия, а у больных неэкспонированной группы – выраженная гипонатриемия ($p < 0,05$).

РКИ и РСИ показали, что у больных преклонного возраста RR равнялся 0,62, OR – 0,28. Иначе говоря, при привлечении к СРЛ хирургов категории А шансы на благоприятный исход операции возрастают на 62%, уровень риска возникновения неблагоприятного исхода возрастает на 28%.

Несколько иначе складывается отношение шансов в группе больных, которых оперировали хирурги категории Б: RR – 0,55 и OR – 0,31. То есть шансы на благоприятный исход операции возрастали на 55%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода увеличился на 31%.

У пациентов с ПОН в обеих группах параметры шансов изменялись в определенной последовательности. В частности, в экспонированной группе RR равнялся 0,5, OR – 0,42. В неэкспонированной группе RR и OR составляли 0,35 и 0,52 соответственно.

Таким образом, шансы на благоприятный исход у больных экспонированной группы составляли 50%, неэкспонированной – 35%. Между тем, шансы на неблагоприятный исход у них составляли 42 и 52% соответственно.

Итак, независимо от факторов риска шансы на благоприятный исход СРЛ у больных, которых оперировали хирурги категории Б, были в 1,3 раза выше, чем у больных, которых оперировали хирурги категории Б. Наоборот, шансы на неблагоприятный исход в последней группе больных были выше, чем в первой (экспонированной) группе.

Летальность после СРЛ в экспонированной и неэкспонированной группах составила 9,1 и 16,7% соответственно. В экспонированной группе летальности в подгруппе Б не было зарегистрировано, тогда как в подгруппе А погиб 1 (11,1%) больной. В неэкспонированной группе в подгруппе Б также умер 1 (16,7%) больной. Таким образом, летальность в неэкспонированной группе была выше, чем в экспонированной группе, в 1,8 раза.

После СРЛ в экспонированной группе погиб 1 (12,5%) больной подгруппы Г. В неэкспонированной группе также погиб 1 больной подгруппы Г, что составило для этой категории больных 25%.

Таким образом, летальность в группах сравнения наблюдалась лишь у больных с ПОН. Летальность в подгруппе Г неэкспонированной группы была в 2 раза выше, чем в подгруппе Г экспонированной группы.

При СРЛ после эхинококкоэктомии, как правило, выявляли нагноившиеся остаточные полости (10 случаев), одиночные абсцессы в поддиафрагмальном (3 случая) или подпеченочном (2 случая) пространстве, реже – случаи спаечной кишечной непроходимости (1 случай) или прогрессирования перитонита (1 случай). У этих пациентов показания к РЛ основывались больше на локальных симптомах со стороны живота, которые преобладали над общей реакцией организма.

В зависимости от характера осложнений их признаки у одних больных выражались местным напряжением мышц с раздражением или без раздражения брюшины, у других – вздутием и асимметрией живота либо наличием пальпируемого инфильтрата без четких границ с местной болевой реакцией.

Объем абсцессов составлял 100-500 мл. После эвакуации гнойного содержимого полость санировали растворами антисептиков, после чего доступ в нее расширяли, проводили детальную ревизию, выявляя и вскрывая в ряде наблюдений дополнительные затеки. Некротические ткани тупо и остро удаляли, далее осуществляли повторную санацию полости абсцесса. Дренажирование гнойника осуществляли через отдельную контрапертуру. Формирование плотного инфильтрата с участием петель кишечника и невозможность его атравматичного разделения регистрировались в 4 наблюдениях.

Вскрытие, дренирование и послеоперационное ведение больных с гнойниками брюшной полости не отличалось от общепринятых методик. Однако у пациентов с множественными внутрибрюшинными абсцессами в сочетании с динамической или спаечной кишечной непроходимостью санирование гнойных полостей завершали интубацией тонкой кишки.

При СРЛ у больных с ОЭП прямой доступ к патологическому очагу все же предпочтителен. Поперечные разрезы, которые выбрали 4 из 6 хирургов, легко продлить в ширину по типу «мерседес», обеспечив дополнительный доступ. По их мнению, при необходимости этот разрез под правой реберной дугой можно продолжить и на левую сторону (шевронообразно), обеспечивая достаточный обзор всего верхнего отдела брюшной полости.

Срединный разрез, который выбрали 2 из 6 хирургов, обеспечивает возможность более тщательной ревизии. Это связано с тем, что сложные гнойники с вовлечением кишечных петель, желудка, печени требуют более широкого доступа и обзора. Этот доступ обеспечивает в таких случаях более полную и тщательную санацию гнойников.

Традиционно режимы санаций брюшной полости включают в себя временную или постоянную ликвидацию источника перитонита. Во всех случаях СРЛ завершается дренированием брюшной полости однопросветными силиконовыми трубками, устанавливаемыми по стандартной технике (рис. 1). Нужно отметить, что концепция «сложного» абсцесса клинически оправдана. Как правило, при таких слож-

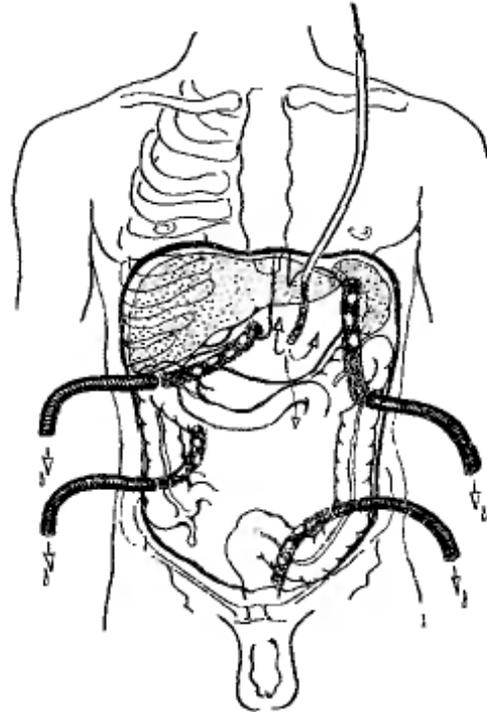


Рисунок 1 – Вариант дренирования брюшной полости при перитоните в результате осложнения постэхинококкоэктомических гнойников

ных абсцессах методом выбора остается лишь тампонада с параллельным проведением санирующего дренажа.

Множественные остаточные полости с явлениями нагноения, многоочаговые абсцессы, локализованные в поддиафрагмальном пространстве, связанные с тканевым некрозом, кишечным или желчным свищом, квалифицируются как сложные. У пациентов со сложными абсцессами, находящимися в тяжелом состоянии, возможна отсроченная СРЛ. Поддиафрагмальный и подпеченочный абсцессы могут быть дренированы внебрюшинно разрезом в правом подреберье или (при задней локализации) через ложе XII ребра.

Таким образом, при ОЭП, независимо от исходной тяжести больных и сложности хирургической операции, послеоперационное восстановление больных, которых оперировали высококвалифицированные хирурги (категория А), происходит более быстрыми темпами, нежели у тех пациентов, кого оперировали квалифицированные хирурги (категория Б).

Процесс постепенной нормализации послеоперационного общего состояния больных напрямую зависит от наличия у них ПОН. Более быстрое восстановление происходит у

больных, не имеющих ПОН. Послеоперационная летальность наблюдалась лишь у оперированных больных с ПОН. Летальность в подгруппе Г неэкспонированной группы была в 2 раза выше, чем в подгруппе Г экспонированной группы. Шансы на благоприятный исход СРЛ у больных, которых оперировали хирурги категории А, в 1,3 раза выше, чем у больных, которых оперировали хирурги категории Б. Наоборот, шансы на неблагоприятный исход в последней группе больных выше, чем в первой (экспонированной) группе.

Удельный вес послеоперационных осложнений в экспонированной группе составил 36,4%, тогда как в не экспонированной группе – 33,3%. В неэкспонированной группе ранних осложнений не отмечалось, тогда как в экспонированной группе удельный вес ранних осложнений составил 9,1%, а поздних – 27,3%, то есть в 3 раза больше.

ЛИТЕРАТУРА

1 Борисов А. Е. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости /А. Е. Борисов, А. В. Федоров, В. П. Земляной. – СПб: ЭФА, 2000. – 162 с.

2 Бояринцев Н. И. Повторные операции в экстренной и плановой абдоминальной хирургии /Н. И. Бояринцев, Е. В. Николаев, Н. В. Ташкинов //Дальневосточный медицинский журнал. – 2005. – №1. – С. 18-21.

3 Глабай В. П. Релапаротомии после неотложных операций на органах брюшной полости /В. П. Глабай, А. И. Шаров, А. А. Абрамов //Медицинский академический журнал. – 2003. – Т. 3, №2. – С. 28-29.

4 Ильхамов Ф. А. Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – Ташкент, 2005. – 45 с.

5 Кенжаев М. Г. Оптимизация диагностики, хирургического лечения эхинококкоза и меры профилактики его рецидива: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – Бишкек, 2002. – 46 с.

REFERENCES

1 Borisov A. E. Errors, complications and mortality in patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity /A. E. Borisov, A. V. Fedorov, V. P. Zemlyanoy. – St. Petersburg: EFA, 2000. – 162 p.

2 Boyarintsev N. I. The repeated operations in emergency and planned abdominal surgery /N. I. Boyarintsev, E. V. Nikolaev, N. V. Tashkinov //Far East Medical Journal. – 2005. – №1. – P. 18-21.

3 Glabay V. P. Relaparotomy after emergency operations in the abdominal cavity /B. P. Glabay, A. I. Sharov, A. A. Abramov //Academic Medical Journal. – 2003. – Volume 3, №2. – P. 28-29.

4 Ilkhamov F. A. Improvement of traditional and development of new methods of hydatid liver disease surgical treatment: Author's abstract....dr. of med. sciences. – Tashkent, 2005. – 45 p.

5 Kenjaev M. G. Optimization of diagnostics and surgical treatment of echinococcosis and prevention of its recurrence: Author's abstract.... dr. of med. sciences. – Bishkek, 2002. – 46 p.

Поступила 19.05.2015 г.

M. B. Chapyev, Z. A. Tuibayev

SANITATION RELAPAROTOMY IN PATIENTS WITH COMPLICATED HEPATIC ECHINOCOCCOSIS

The article describes the effect of objectification sanitation relaparotomy at postoperative peritonitis in patients with hepatic echinococcosis complicated by retrospective cohort studies. The exposed (n = 11) and unexposed (n = 6) groups based on the principal risk factors, which are the under MIP age > 50 years, and the presence of multiple organ failure, were isolated four subgroups (A, B, C, D).

Retrospective cohort studies and retrospective comparative studies have shown that the chances of a favorable outcome in patients exposed group was 50%, and in non-exposed group - 35%. Meanwhile, the chances of an adverse outcome from them are 42 and 52% respectively

The results of a systematic analysis accented access technologies, audit, operational administration, sanitation and drainage of the abdominal cavity sanitation at relaparotomy in patients with postoperative peritonitis, the cause of which was complicated hydatid disease of the liver. The analysis also includes the results of the target interviewing surgeons involved in sanitation relaparotomy.

In a complicated liver echinococcosis, irrespective of baseline severity of patients and the complexity of surgery, postoperative recovery of patients who were operated on highly skilled surgeons (category A) is more rapid than in those operated by qualified surgery (category B). Mortality in the group not exposed than in the exposed group, by 1.8 times.

The proportion of post-operative complications in the exposed group was 36.4% in the unexposed group - 33.3%. In the unexposed group of early complications were recorded, whereas in the exposed group, the proportion of early complications was 9.1%, later - 27.3%, i.e. 3 times more

Key words: remediation relaparotomy, postoperative peritonitis, liver hydatid disease, multiple organ failure

М. Б. Чапыев, З. А. Туйбаев

БАУЫРДЫҢ КҮРДЕЛІ ЭХИНОКОККОЗЫМЕН НАУҚАСТАРДАҒЫ САНАЦИЯЛЫҚ РЕЛАПАРОТОМИЯ

Мақалада ретроспективті когорттық зерттеулердің мәліметі бойынша бауырдың асқынған эхинококкозымен науқастардағы операциядан кейінгі перитонит кезінде санациялық релапаротомияның тиімділігінің нәтижелерін негіздеу баяндалған. Зерттелген (n=11) және зерттелмеген (n=6) топтарда МІР-қа сәйкес жасы >50 жыл және полиоргандық жетіспеушілік болған тәуекелдің басты факторлары болып табылатын негіздегі жағдайда, 4 кіші топтар (А, Б, В, Г) бөлінді.

Ретроспективті когортты зерттеулер мен ретроспективті салыстырмалы зерттеулер нәтижелері көрсетті: зерттелген топтағы жайсыз жағдай - 50%, ал зерттелмеген топтағы жайсыз жағдай - 35%. Солай болғанымен, жайсыз аяқталу жағдайлары оларда тиісінше 42% және 52% құрайды.

Себебі асқынған бауыр эхинококкозы болып табылған перитонитпен операциядан кейінгі науқастардағы санациялық релапаротомия кезінде қарын қуысы санациясының жүйелі талдауы мен тексерілуінің нәтижелері берілген. Талдауға сол сияқты санациялы релапаротомияға тартылған хирургтерден мақсатты сұхбат алудың нәтижелері кірген.

Бауырдың асқынған эхинококкозы кезінде науқастардың дертінің ауырлығы мен хирургиялық операциялардың күрделілігіне қарамастан, науқастардың операциядан кейін қалпына келуі жоғары білікті хирургтар (А санаты) жасаған операциялардан кейін білікті хирургтар (Б санаты) жасаған операциялармен салыстырғанда жылдамырақ жүреді. Зерттелмеген топтағы қайтыс болу көрсеткіші зерттелген топпен салыстырғанда 1,8 есе жоғары.

Зерттелген топтағы операциядан кейінгі асқынулардың үлес салмағы 36,4%, зерттелмеген топта 33,3% құрады. Зерттелмеген топта ерте асқынулар тіркелген жоқ, ал зерттелген топта ерте асқынулардың үлес салмағы 9,1% құраса, кеш асқынулардың үлес салмағы – 27,3%, басқаша айтқанда, 3 есе артық болды.

Кілт сөздер: санациялық релапаротомия, операциядан кейінгі перитонит, бауыр эхинококкозы, полиоргандық жетіспеушілік

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.012:61(07)

С. Б. Жаутикова, Ф. С. Абикенова, Л. К. Быстревская, Ф. Умер

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ УЧЕБНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

Кафедра патологической физиологии Карагандинского государственного медицинского университета

Статья посвящена опыту организации и проведения внешней оценки учебных достижений по дисциплине патологическая физиология для студентов выпускающих курсов специальностей общая медицина, общественное здравоохранение, медико-профилактическое дело, сестринское дело, стоматология. Авторами отмечено, что тестовые задания составлены на основе материала 15 тем из общего и частного курсов дисциплины патологическая физиология.

Впервые преподавателями кафедры для проведения внешней оценки учебных достижений по дисциплине патологическая физиология были составлены тестовые задания множественного уровня с тремя ответами по методу Аванесова. Авторы статьи показали, что наибольшее затруднение у студентов неклинического профиля вызывают вопросы из тем общего курса дисциплины патологическая физиология. Авторы акцентировали внимание студентов на то, что результаты тестирования отразятся не только на рейтинге вуза, но и результатах государственных экзаменов. Авторами отмечено, что результаты тестирования можно рассматривать как допуск к государственным экзаменам по специальностям общая медицина и стоматология.

Ключевые слова: внешняя оценка учебных достижений, выпускающих курс, государственный экзамен

Одним из приоритетов современного образования в Республике Казахстан является подготовка высококвалифицированных, конкурентоспособных специалистов в различных областях народного хозяйства, в том числе и в медицине. В соответствии с Государственной программой образования в 2014 г. впервые проведена внешняя оценка учебных достижений (ВОУД) обучающихся в медицинских вузах республики по пререквизитам к дисциплинам государственных экзаменов, сдаваемых выпускниками вузов. В перечень дисциплин – пререквизитов ВОУД – в соответствии с государственным обязательным стандартом образования вошла дисциплина патологическая физиология, предназначенная для сдачи ВОУД студентами V курса специальностей общая медицина, общественное здравоохранение, медико-профилактическое дело, сестринское дело, стоматология.

Впервые преподавателями кафедры для проведения ВОУД по дисциплине патологическая физиология были составлены тестовые задания множественного уровня с тремя ответами по методу Аванесова. Известно, что тесты множественного выбора состоят из заданий с определенными заранее предложенными (заданными) вариантами ответов [1]. В общем случае тесты множественного выбора позволяют испытуемому выбирать несколько вариантов ответов [2, 3].

Авторами статьи было составлено 263 тестовых задания по дисциплине патологическая физиология, которая представлена двумя разделами – «Общая нозология», «Типовые

патологические процессы» в соответствии с типовой учебной программой по дисциплине. В первый раздел дисциплины патологическая физиология вошли 6 тем: «Введение. Предмет и задачи патологической физиологии», «Общая нозология», «Общая этиология и патогенез», «Безвредное действие факторов внешней среды», «Роль реактивности и наследственности в патологии». «Местные и общие реакции организма на повреждение», «Аллергия». Второй раздел включал в себя 9 тем: «Нарушение периферического кровообращения», «Воспаление», «Лихорадка», «Гипоксия», «Нарушение водно-солевого баланса», «Нарушение кислотно-щелочного баланса», «Нарушение углеводного обмена», «Нарушение белкового и липидного обмена», «Опухоли». Тестовые задания получили положительный отзыв рецензентов Республиканского Центра тестирования с оценкой «тестовые задания объективны, валидны и надежны», что соответствует требованию написания тестов множественного уровня. Казахский вариант тестовых заданий был использован при тестировании студентов.

Методика составления тестового задания заключалась в его формулировке, также к заданию предлагались варианты ответов. Задачи формулировались так, чтобы было 3 правдоподобных ответа, похожих на правильные. При составлении тестовых заданий придерживались следующих правил:

- Вопрос содержал только одно утверждение.

- Все ответы были грамматически согласованы с основной частью задания.
- В основной части не использовалось отрицание.
- Каждый последующий ответ не зависел от предыдущих ответов.
- Формулировался длинный вопрос и короткий ответ.
- Правильные и неправильные ответы были однозначны по содержанию, структуре и количеству слов.
- При формулировке ответа не было выявлено неясностей или неточностей.
- Вопросы в тестовых заданиях формулировались в соответствии с порядком распределения информации в тексте.
- Задание было сформулировано в виде вопроса.
- Основная часть задания излагалась кратко и не содержала несущественной для данного задания информации.

В тестировании принимали участие 855 выпускников КГМУ, из них по специальности общая медицина – 645, стоматология – 61, общественное здравоохранение – 97, медико-профилактическое дело – 20, сестринское дело – 32.

По результатам тестирования средний балл по дисциплине патологическая физиология составил 24,33 (22,2 у студентов казахского отделения и 24,7 у студентов русского отделения) среди дисциплин, сдаваемых на ВОУД. В разрезе специальности «Общая медицина» средний балл был 29,95 (33,15 у студентов казахского отделения и 27,4 у студентов русского отделения). Средний балл по специальности общественное здравоохранение составил 23,19 (23,16 и 21,14 соответственно), по специальности медико-профилактическое дело – 21,6 (15,75 и 25,5 соответственно), по специальности сестринское дело – 22,36 (20,64 и 22,48 соответственно), стоматология – 24,56 (18,7 и 24,7 соответственно).

Разница между лучшим средним баллом, полученным по результатам тестирования, у студентов специальности общая медицина и худшим у студентом специальности медико-профилактическое дело составила 27,8%, что объясняется более высокой мотивацией студентов лечебного профиля в знаниях дисциплины патологическая физиология как предмета, формирующего основы клинического мышления.

В ходе подготовки к тестированию преподаватели кафедры отметили, что наибольшее затруднение у студентов неклинического

профиля вызывают вопросы из тем общего курса патологической физиологии, формирующего фундамент для дальнейшего изучения вопросов патологии, необходимых для установления причинно-следственных отношений при развитии патологического процесса: общей нозологии, этиологии и патогенеза, типовых нарушений обмена веществ, в то же самое время 65% студентов специальности общая медицина показали хорошие знания по типовым патологическим процессам: воспалению, нарушению периферического кровообращения, нарушению водно-солевого баланса, кислотно-щелочного равновесия, углеводного, белкового, липидного обменов. Данный факт указывает на преобладание знаний и их необходимость для усвоения при изучении вопросов этиологии и патогенеза различных нозологий и их коррекции на клинических дисциплинах.



Рисунок 1 – Средний балл по дисциплине патологическая физиология в разрезе специальностей

Учебной частью КГМУ было составлено расписание для проведения дополнительных занятий по подготовке к ВОУД. Следует отметить, что преподаватели кафедры патологической физиологии КГМУ имеют большой опыт работы проведения подобных занятий со студентами, так как дисциплина патологическая физиология входила в перечень дисциплин промежуточного государственного контроля (ПГК). Студенты всех групп и специальностей были обеспечены сборниками пробных тестов для ВОУД, подготовленными сотрудниками Центра тестирования Министерства образования Республики Казахстан.

С целью повышения среднего балла по итогам тестирования дисциплин ВОУД возможным было бы рекомендовать: 1) студентам выпускных курсов выбирать элективы по дисциплинам-пререквизитам. Для студентов V курса

специальности общая медицина, стоматология – клиническая патофизиология, для студентов V курса специальности общественное здравоохранение, медико-профилактическое дело, сестринское дело, основы общей патологии; 2) акцентировать внимание студентов, что результаты тестирования отразятся не только на рейтинге вуза, но и результатах государственных экзаменов; 3) принимать в медицинский вуз на хоздоговорной основе выпускников школ и колледжей с проходным баллом минимально отличающимся от грантового (не более 10 баллов).

Следовательно, внешняя оценка учебных достижений, осуществляемая путем тестирования по дисциплинам пререквизитам, позволяет определить выживаемость знаний по данным дисциплинам, а также результаты тестирования по ВОУД можно рассматривать как допуск к государственным экзаменам по специальностям общая медицина, стоматология.

S. B. Zhautikova, F. C. Abikenova, L. K. Bystrevskaya, F. Umer

FIRST EXPERIENCE IN ORGANIZING AND EXTERNAL EVALUATION OF EDUCATIONAL ACHIEVEMENTS ON DISCIPLINE PATHOLOGICAL PHYSIOLOGY

Article is dedicated to the experience of the organization and carrying out of the external assessment of educational achievements on the subject pathological physiology for students of the following specialties: general medicine, public health, medical-prophylactic work, nursing, stomatology. The authors noted that the test tasks are based on material from the 15 topics of general and local courses of the discipline of pathological physiology.

For the first time teachers of the department for the conducting of external assessment of educational achievements on the pathological physiology subject composed test questions of multiple levels with three answers according to the method of Avanesov. The authors of the article revealed that the difficulty for the students of non-clinical profile is in questions from the topics of the general course of pathological physiology. The authors focused attention of the students that the results of test will be reflected not only in the ranking of the university, but also the results of the state examinations. The authors noted that the test results can be considered as access to state examinations on general medicine and stomatology specialties.

Key words: external assessment of educational achievements, final courses, state examinations

С. Б. Жәутікова, Ф. С. Абикенова, Л. К. Быстревская, Ф. Умер

ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ФИЗИОЛОГИЯ ПӘНІ БОЙЫНША ОЖСБ ӨТКІЗУ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУ ТӘЖІРИБЕСІН ЖҮРГІЗУ

Жалпы медицина, стоматология, мейірбике ісі, қоғамдық денсаулық сақтау, медико-профилактикалық ісі мамандықтарын бітіруші курс студенттері үшін патологиялық физиология пәні бойынша ВОУД өткізу және ұйымдастыру тәжірибиесіне арналған мақала. Авторлардың ойы бойынша тесттік тапсырмалар 15 тақырыпты қамтиды. Тапсырмалар патологиялық физиология пәнінің жалпы және жеке тарауларын қамтиды.

ВОУД өткізу мақсатында алғаш рет кафедра оқытушылары патологиялық физиология пәні бойынша тесттік тапсырмалар құрастырды. Тесттік тапсырмалар Аванесов әдісі бойынша күрделеніп және бірнеше жауаптардан тұрады. Мақала авторлары студенттерде қиындықты клиникалық емес сұрақтар туындатпайды, патологиялық физиология пәніне жалпы тарауындағы сұрақтардан болғанын көрсетеді. Авторлар студенттерге тесттің қорытындысы тек оқу орнының рейтингіне ғана емес, мемлекеттік емтихан нәтижелеріне де әсерін тигізетініне назар аударуларын ескертті. Авторлардың ойы бойынша жалпы медицина, стоматология, мейірбике ісі, қоғамдық денсаулық сақтау, медико-профилактикалық ісі мамандықтарына тест нәтижелері мемлекеттік емтиханға рұқсат ретінде қарастырылады.

Кілт сөздер: ОЖСБ, бітіруші курс, мемлекеттік емтихан

ЛИТЕРАТУРА

1 Аванесов В. С. Форма тестовых заданий. – М.: Центр тестирования, 2005. – 155 с.

2 Аванесов В. С. Критерии качества педагогических измерений //Педагогические измерения. – 2012. – №1. – С. 27.

3 Аванесов В. С. Применение заданий в тестовой форме и квантованных учебных текстов в новых образовательных технологиях // Педагогические измерения. – 2014. – №1. – С. 33.

REFERENCE

1 Avanesov V. S. Form of tests. – M.: Testing Center, 2005. – 155 p.

2 Avanesov V. S. Quality criteria of pedagogical measurement //Pedagogical measurements. – 2012. – №1. – P. 27.

3 Avanesov V. S. Application tasks in the test form and quantized educational texts in the new educational technologies //Pedagogical measurements. – 2014. – №1. – P. 33.

Поступила 04.05.2015 г.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 61(07)

Н. Ф. Ломан, Н. А. Мингишева

АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ СОЦИОГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Кафедра истории Казахстана и социально-политических дисциплин
Карагандинского государственного медицинского университета

В статье рассматривается применение активных методов обучения при преподавании социально-гуманитарных дисциплин в медицинском вузе на примере философии и социологии. В данной работе раскрывается технология применения современных методов обучения, которые имеют своей целью активизировать студентов на практических занятиях социогуманитарного цикла. В конце статьи делаются выводы и анализируются результаты проведенных занятий, а также предложены некоторые рекомендации для дальнейшего совершенствования методов преподавания при работе в высшей школе.

Ключевые слова: высшее образование, медицинское образование, новые образовательные технологии, активные методы обучения, критическое мышление, командная работа, межкультурная коммуникация

Современное университетское образование во всем мире переживает интенсивную смену парадигм. Этот процесс, существенно меняющий облик университета как образовательной и культурной среды, со всей остротой ставит вопрос о цели, содержании, методах университетского образования. Необходимость перехода от парадигмы обучения к парадигме учения ощущается студентами и преподавателями высшей школы. Особенно остро этот вопрос стоит в медицинском образовании. Современное медицинское образование обязательно должно включать в себя философско-методологическую и гуманитарную подготовку врача, так как любая сфера медицинской деятельности требует постоянного решения аксиологических, этических проблем, связанных с процессом диагностики, гуманистическим подходом к человеку. Медицина также является важным социальным институтом, что выражается в необходимости преподавания социологии для студентов медицинского вуза, куда включается медицинская тематика.

Центральной фигурой медицинской сферы является практикующий врач. Современный врач наряду с медицинскими знаниями должен обладать высоким интеллектом, немислимым без широкого кругозора и ясного понимания смысла своей гуманной деятельности, и в то же время врач должен осознавать важность социальной составляющей системы здравоохранения и ее роль в каждом обществе.

Наш опыт преподавания философии и социологии в медицинском вузе показывает, что в современном обществе на фоне смены мировоззренческих ориентиров у студентов-медиков часто присутствуют пессимистические

установки в оценке гуманитарного знания. Все это еще раз подтверждает важность интерактивных методов в процессе обучения. Интерактивные методы направлены, прежде всего, на формирование клинического мышления, на развитие у студентов умения учиться, критически анализировать получаемую информацию [1].

Интерактивные методы преподавания не только позволяют проявиться способностям каждого студента, но и активно способствуют их формированию и совершенствованию. В частности, они дают возможность создать ситуацию, в которой бы обучающиеся самостоятельно открывали и конструировали знания.

В процессе изучения философии этого можно добиться, приобщая студентов к философским текстам. Сталкиваясь с оригинальной философской литературой, многие из обучающихся испытывают чувство растерянности из-за неумения самостоятельно анализировать текст, вычленять первоначально скрытые для них смыслы. У части студенческой аудитории затруднения вызывает даже овладение учебной литературой философского характера, особенно при изучении сложных тем.

Рассматривая проблему сознания, студенческую группу разделили на несколько малых групп. Студентам были предложены выдержки из текстов философов, представляющих различные историко-философские традиции. Каждая малая группа получила свой текст, разбитый на 3-4 фрагмента. Каждый студент в малой группе получил, таким образом, свой фрагмент. Перед всеми была поставлена задача: прочитать свой отрывок и изложить его перед коллегами по малой группе. После того как весь текст был прочитан и изложен, вся группа обсудила его в контексте

вопросов, поставленных преподавателем. Все вопросы были записаны на доске. Вопросы были общими для всех малых групп: что такое сознание с точки зрения автора текста, к какой философской традиции принадлежит данный отрывок [2].

По результатам обсуждения текста внутри малой группы студенты презентировали свой фрагмент для всей студенческой группы. Каждая малая группа делегировала выступающего, который не только проанализировал прочитанный группой текст, но и ответил на вопросы, записанные на доске. После представления всех текстов для общего обсуждения были предложены следующие вопросы: что общего и различного в представленных подходах, в чем заключается специфика философского подхода к анализу сознания, в чем заключается специфика медицинского подхода к анализу сознания.

Анализируя данный семинар можно сделать следующие выводы:

1. Любые методы требуют достаточно продолжительного периода их адаптации. Особенностью работы над проблемой сознания было выявление ряда подходов, существующих в философии, которые представлены различными традициями, а также сопоставление и анализ этих подходов, что не всегда удавалось студентам.

В условиях одного семинара невозможно полностью раскрыть по 2-3 объемных, информативных вопроса, поэтому с наибольшей эффективностью группы усваивали только их собственный фрагмент.

2. Конкретный опыт работы с авторскими текстами по проблеме сознания показал, что разбивка на отдельные фрагменты ведет к потере единого смыслового поля, неповторимого авторского стиля, единого контекста, а также не позволяет охватить весь массив учебного материала, выносимого в дальнейшем на экзамен. Студент вновь оказывается наедине с конспектом и учебником.

3. Студенты в активной диалоговой форме приобщились к философствованию. Они попытались оценить, понять и максимально точно донести свою часть материала до одногруппников, что стимулировало их активность, ответственность, самостоятельность. Студенты осознали, что только совместными усилиями они могут достичь поставленной цели.

4. Работа осуществлялась в неформальной обстановке, что давало возможность высказывать свое мнение и достигать консенсуса. Она позволила связать воедино фрагменты

знания, получить мощный интеллектуальный импульс.

5. Студенты приобщились к авторским текстам. Это подлинный акт прикосновения к философской культуре мышления и ее традициям. Студенты с удовольствием обнаружили, что это и интересно, и не трудно, поскольку работали над небольшими фрагментами и получили помощь при совместном обсуждении.

Таким образом, организованный познавательный процесс на практике показал студентам, как решать проблемы, как передавать свои знания однокурсникам, как, наконец, связывать воедино новую информацию с освоенной прежде. Обучающиеся получили возможность лучше узнать друг друга как на личном, так и на профессиональном уровне. Данный семинар способствовал формированию навыков лидерства, принятию решений, созданию доверия.

Относительно социологии были также применены активные методы обучения при работе с иностранными студентами. Социология является прикладной социальной наукой, концентрирующейся преимущественно на современных процессах, включающей широкий спектр социальных вопросов от семьи до религии. Для студентов иностранных групп была применена работа в командах, когда одна академическая группа делилась на две, для каждой из них определялся лидер команды.

Для обсуждения была отобрана тема по социологии образования, касающейся непосредственно той страны, откуда приехали сами студенты: «Новая образовательная политика Индии», которая была выложена в сети Интернет в марте 2015 г. [3].

Данная тема позволяет активно вовлечь студентов в обсуждение проблем образования в родной стране, а также способствует межкультурному взаимодействию между преподавателем и студентами, когда идет взаимный обмен мнениями и различными точками зрения. Можно сказать, что в данной ситуации активно обучаются не только сами студенты, но и преподаватель, открывающий для себя новые стороны современной Индии при помощи дискуссий со студентами.

Когда группа делилась на команды, студенты получали раздаточный материал в виде небольшого текста по новой образовательной политике в Индии и следующие задания:

1. Определить и перечислить основные составляющие новой образовательной политики в Индии;

2. Указать, чего не было учтено в новой концепции по образованию;

3. Разработать собственные предложения для улучшения данной образовательной политики.

Следует отметить, что каждая группа сумела выработать свои собственные уникальные предложения по улучшению государственной программы по образованию в Индии, несмотря на некоторые повторения относительно гендерного равенства в получении образования, а также улучшение качества образования в сельской местности. Помимо этого было приведено много других предложений, которые можно суммировать в следующие:

1. Язык обучения должен соответствовать не только требованиям времени, когда важным становится английский язык, но также необходимо развивать в системе образования родные языки, такие как хинди и санскрит, чтобы сохранить культурные особенности при помощи образования;

2. Уделять больше внимания нравственному образованию. Другими словами, здесь подтверждается социологическая концепция о том, что семья и образование являются важнейшими социальными институтами социализации личности;

3. Повысить качество подготовки самих учителей, особенно в сельской местности, где ощущается острый недостаток квалифицированных кадров.

Следует особо отметить, что у самих студентов во время обсуждения ярко проявлялось соединение глобализации и традиционности в восприятии образовательных институтов в Индии. Можно сказать, что при сравнительном анализе, несмотря на большие различия между казахстанским и индийским обществами, выявляется ряд общих проблем, таких как состояние образования в сельской местности, язык образования и вопросы духовно-нравственного воспитания.

При проведении командных дискуссий в некоторых группах было выявлено, что не у всех студентов проявились лидерские качества. Оказалось, что при высокой успеваемости по предмету, во время командной работы лидеры некоторых групп отошли на второй план, уступив место неофициальным лидерам. В других группах проявилось противоположное явление, когда лидер команды все обсуждаемые вопросы брал на себя, т.е. у таких студентов проявлялось слабое умение работать с

командой. В целом же, следует отметить, что группы работали слаженно, вместе искали дополнительную информацию и самостоятельно распределяли свои выступления.

Дискуссии вызвали живой интерес среди студентов, т.к. обсуждались насущные проблемы образования в их стране. Считаем необходимым включать в учебный процесс не только темы, касающиеся Республики Казахстан, но также учитывать культурную специфику иностранных студентов, которые могут больше рассказать о своей стране при проведении таких занятий. В таком формате активизируются не только студенты и преподаватель, но также отмечается высокая межкультурная коммуникация, которая способствует своеобразному взаимному обучению. Можно сказать, что медицинский вуз при наличии иностранных студентов имеет уникальную возможность устанавливать и развивать межкультурный обмен в процессе обучения.

Таким образом, в данном случае можно говорить о том, что социально-гуманитарные дисциплины могут способствовать развитию межкультурной коммуникации в системе образования, что является важной составляющей высшего образования в современных условиях. В заключение считаем нужным сказать, что интерактивные методы обучения способствуют активизации студентов на занятиях социогуманитарного цикла, расширяют их социальные навыки и критическое мышление, что говорит о необходимости их дальнейшего применения с использованием современных учебно-научных материалов.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Кларин Н. В. Педагогическая технология в учебном процессе. – М., 2010. – 182 с.
- 2 Разин В. И. Общая методика преподавания философии в вузах. – М., 2009. – 340 с.
- 3 <http://thepienews.com/news/indian-government-draft-new-education-policy/>

REFERENCES

- 1 Clarin N. V. Pedagogical technology in the educational process. – M., 2010. – 182 p.
- 2 Razin V. I. Common methods of philosophy teaching in high schools. – M., 2009. – 340 p.
- 3 <http://thepienews.com/news/indian-government-draft-new-education-policy/>

Поступила 12.05.2015 г.

N. Ph. Loman, N. A. Mingisheva

APPLICATION OF ACTIVE TEACHING METHODS IN CLASSES OF SOCIAL AND HUMANITARIAN DISCIPLINES AT MEDICAL UNIVERSITY

This article considers applying of active teaching methods for social-humanitarian disciplines at the Medical University on the examples of Philosophy and Sociology. This paper reveals technology of modern teaching methods' application to activate students in practical lessons of social-humanitarian subjects. The article concludes and analyzes results of these classes as well as it elaborates some recommendations for further improving of teaching methods in higher education.

Key words: higher education, medical education, new educational technologies, active teaching methods, critical thinking, team working, intercultural communication

Н. Ф. Ломан, Н. А. Мингишева

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОО ӘЛЕУМЕТТІК-ГУМАНИТАРЛЫҚ ПӘНДЕР САБАҚТАРЫНДА ОҚЫТУДЫҢ ОЗЫҚ ӘДІСТЕРІН ҚОЛДАНУ

Мақалада медициналық жоо әлеуметтік-гуманитарлық пәндерді оқыту барысында озық әдістерді қолдану философия және әлеуметтану мысалымен келтірілген.

Берілген жұмыста студенттерді әлеуметтік-гуманитарлық топтаманың тәжірибе сабақтарында белсенді етуді мақсат ете отырып, оқытудың заманауи әдістерінің технологиясы ашып көрсетіледі. Мақала соңында аталмыш сабақтардың қорытындылары талданады және қорытынды жасалады, сонымен бірге жоғары мектепте оқыту әдістерін болашақта жетілдіру үшін кейбір нұсқаулықтар әзірленеді.

Кілт сөздер: жоғары білім, медициналық білім, білім берудің жаңа технологиялары, оқытудың озық әдістері, сыни түрде ойлау, командалық жұмыс, мәдениетаралық коммуникация

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 61(07)

Н. Ф. Ломан, Д. Е. Джакупова

ФОРМЫ И МЕТОДЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН

Кафедра истории Казахстана и социально-политических дисциплин
Карагандинского государственного медицинского университета

В статье рассматриваются формы и методы текущего контроля, применяемые на занятиях по философии и основам экономической теории. В данной работе раскрывается методика осуществления различных форм текущего контроля на практических занятиях и при выполнении заданий по СРСП. Особое внимание уделяется единству обучения и контроля. Делаются выводы о результатах данных методов текущего контроля, анализируются сильные и слабые стороны, успехи и недостатки. Разрабатываются некоторые рекомендации по совершенствованию качества проведения текущего контроля.

Ключевые слова: контроль, текущий контроль, формы текущего контроля, квантование учебных текстов, интерактивные методы

Процесс контроля – одна из наиболее трудоемких и ответственных операций в обучении, поэтому его правильная организация способствует улучшению качества обучения студентов. Проблема активизации форм контроля знаний студентов при изучении ими блока социально-гуманитарных дисциплин очень важна. Существующие формы и методы контроля не дают желаемых результатов, не делают студентов субъектами данного процесса. Студенты малоактивны и воспринимают контроль как проверку, необходимую преподавателю, но никак не деятельность, необходимую им самим.

Контроль знаний студентов является важным звеном учебного процесса, от правильной постановки которого во многом зависит успех обучения. Контроль является так называемой «обратной связью» между преподавателем и студентом, тем этапом учебного процесса, когда преподаватель получает информацию об эффективности обучения предмету.

Если преподаватель будет относиться к контролю как к деятельности, важной для студентов, сама форма проведения его, обсуждения результатов, проверки может быть иной. Так, например, проверка результатов и выставление оценок могут осуществляться самими студентами, что происходит на некоторых занятиях по философии. При такой форме выставления оценок студенты ощущают значимость контроля, выясняют свои ошибки, в результате развиваются самокритичность и ответственность.

Формы текущего контроля знаний студентов многочисленны и разнообразны, поэтому каждый преподаватель разрабатывает собственные контрольные задания.

Например, на практических занятиях по философии применяются такие формы текущего контроля знаний студентов, как философский диктант, краткая самостоятельная работа, письменная проверочная работа, устный коллоквиум по изученной теме и другие. При выполнении заданий по СРСП – квантование учебных текстов по методике профессора В. С.Аванесова.

Философский диктант – форма письменного контроля знаний студентов. Он представляет собой перечень вопросов, на которые студенты должны дать незамедлительные и краткие ответы. Время на каждый ответ строго регламентировано, и его достаточно мало, поэтому сформулированные вопросы должны быть четкими и иметь однозначные, не требующие долгого размышления ответы. Именно краткость ответов диктанта отличает его от остальных форм контроля. С помощью философских диктантов можно проверить знания студентов в области определения философских дефиниций, знания представителей основных философских школ и направлений, авторства знаменитых афоризмов. Именно эти знания могут быть проверены в быстрых и кратких ответах студентов. Философский диктант позволяет проверить знания студентов в основном при изучении тем по истории философии. Сам процесс занимает немного времени, списывание невозможно, поэтому есть возможность объективно оценить знания студентов по изучаемой теме.

Другой формой осуществления текущего контроля является устный коллоквиум. Его достоинство заключается в том, что он предполагает комплексную проверку всех знаний студентов. Устная беседа с преподавателем позволяет проконтролировать уровень подго-

товленности студентов, выявить пробелы в знаниях, рассмотреть непонятные места в курсе. Это наиболее индивидуализированная форма и она позволяет каждому студенту наиболее полно продемонстрировать свои знания. Мы считаем, что устный коллоквиум ценен тем, что это та форма контроля, где происходит непосредственная проверка знаний и умений студентов преподавателем, идет объективное оценивание результатов в сочетании с индивидуальным подходом к каждому студенту. Коллоквиум проводится в его традиционной форме как беседа преподавателя и студента.

Начало XXI века характеризуется существенными изменениями в сфере высшего образования. Возникают новые направления, меняющие наши представления об осуществлении контроля знаний. Одно из них – это технология квантования учебных текстов и применения заданий в тестовой форме для проверки качества усвоения, созданная профессором В. С. Аванесовым. Данная технология сочетает в себе единство обучения и контроля [1].

Квантование – это деление текста учебника на осмысленные части. Учебник – это глыба мрамора. Отсекаем лишнее. Текст учебника – совокупность скрытых квантов. Квант – совокупность абзацев (мыслей авторов). Каждому абзацу даётся заголовок. В настоящее время студенты не вчитываются в большие и неорганизованные тексты. Им легче воспользоваться интернетом, где они могут найти необходимую информацию и при этом быстро ее просмотреть по заголовкам. Зачастую им не требуется даже читать сам абзац. Но в интернете такая информация носит не системный характер, не предназначена для обучения и тем более не имеет обучающих заданий в тестовой форме. Таким образом, чтобы была польза от использования квантованных текстов, необходимы проверочные инструменты к ним – задания в тестовой форме разных видов. Студент, прочитав текст, может проверить себя по заданиям в тестовой форме, которые даются сразу после квантованного текста, и, если не может ответить, вновь и вновь возвращается к тексту. В связи с этим после проведенного семинара профессора В. С. Аванесова и знакомства с его методикой была начата работа по квантованию учебных текстов по философии и составлению заданий в тестовой форме к ним.

Изучение философии в медицинском вузе сопряжено с определенными трудностями, иногда материал учебника сложен и труден для восприятия. Чтобы исключить слож-

ность в понимании философского материала, следует применять квантование учебных текстов. Именно они помогут более качественно осуществить текущий контроль. Квантование учебных текстов происходит под руководством преподавателя, поэтому студент сразу же получает консультацию по тому материалу, который вызывает у него определенные трудности. Студентам перед выполнением задания объясняются правила квантования учебных текстов [2]. Первое правило – разбить весь текст на абзацы по логическому принципу (3-8 строк). Абзац – это новая мысль. Мысль начинается и заканчивается в абзаце. Каждый абзац необходимо озаглавить. Второе – фразы строятся просто, по возможности, без придаточных предложений, без причастных и деепричастных оборотов. Третье – как можно меньше наукообразия и редко используемых слов. Выделять и писать самое главное, что нужно знать и затем обязательно проверить.

Первый опыт привлечения студентов к квантованию учебных текстов выявил определенные трудности. Работа показала, что большинство студентов практически не умеют и выделять главное, излагать мысли своими словами. Они привыкли просто переписывать информацию, не вникая в ее смысл. Работа по квантованию учебных текстов с привлечением студентов будет продолжена, несмотря на возникшие трудности. Небольшой опыт в этом направлении показал, что студенты лучше усваивают материал по философии, когда осуществляют его квантование. Следует отметить, что эта работа не простая, но очень полезная и творческая. Она действительно самостоятельная, плагиат исключается. Таким образом можно осуществлять более качественно текущий контроль.

Для более эффективного осуществления текущего контроля важно использовать инновационные технологии [3]. Данные технологии особенно активно применяются при преподавании основ экономической теории. Интерактивное взаимодействие требует не простого репродуктивного воспроизведения содержания первоисточников, материалов лекций, учебника, а побуждает студентов анализировать, вскрывать противоречия в экономике, давать оценку, экономической ситуации в целом и в здравоохранении в частности.

Интерактивные методы предполагают внедрение в систему обучения наряду с традиционными новых методов и технологий, которые позволили бы более качественно осуществлять текущий контроль (рис. 1) [4].

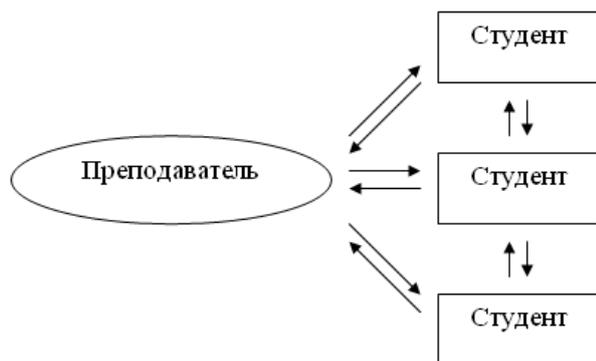


Рисунок 1 – Интерактивный метод

При подготовке к занятиям по основам экономической теории активно используются on-line системы, что способствует более качественному осуществлению текущего контроля.

Студентам предлагается 2 типа технологий – on-line и off-line. Первые обеспечивают обмен информацией в режиме реального времени, то есть сообщение, посланное студентом преподавателю, обрабатывается и отправляется обратно. При использовании off-line технологий полученные сообщения сохраняются на компьютере преподавателя и просматриваются в удобное для него время.

Основное преимущество off-line технологий состоит в том, что они менее требовательны к ресурсам компьютера и пропускной способности линий связи. Используя свой почтовый адрес, преподаватель рассылает учебную информацию, с помощью электронной почты устанавливается личное общение между преподавателем и студентом.

Эффективность технологий off-line проявляется при организации текущего контроля для проверки контрольных и самостоятельных работ. Например, некоторые задания по СРСП студенты могут присылать на электронный адрес преподавателя. Преподавателю необязательно находится в режиме on-line, ожидая работы студентов. Технология off-line дает студенту возможность отправить работу в любое время, а преподавателю, в свою очередь, возможность проверить работу в любое время.

Из on-line технологий прежде всего хотелось бы отметить chat, позволяющий осуществлять обмен текстовыми сообщениями через Internet в реальном времени. Другими словами, «разговор» происходит между двумя пользователями (преподаватель – студент).

В рамках дисциплины «Основы экономической теории» проводятся групповые on-line консультации. On-line консультации – это возможность задать вопрос преподавателю и по-

лучить ответ через интернет как в режиме on-line, так и в режиме off-line. Групповая on-line консультация по основам экономической теории предполагает коллективное обсуждение наиболее сложных или вызвавших затруднения вопросов темы при подготовке к практическим занятиям, или выполнении заданий по СРСП. Таким образом, для проведения более качественного текущего контроля и лучшего усвоения студентами учебного материала по основам экономической теории существуют следующие типы консультаций: очные консультации, проводимые преподавателем в учебном корпусе; off-line консультации, которые проводятся преподавателем с помощью электронной почты; on-line консультации, проводимые преподавателем в режиме on-line.

К числу главных недостатков обучения в режиме on-line можно отнести:

- отсутствие у студентов навыков самостоятельной работы и, как результат, неэффективное использование времени;
- неумение сосредоточиться на обучении в неофициальной, домашней обстановке, повышенная отвлекаемость и рассеянность внимания студента;
- возможные технические неполадки в системе on-line обучения;
- периодическая невозможность получить мгновенную консультацию преподавателя.

Другим активным методом является турнир по экономике [5]. Данная форма проведения занятий придает учебному процессу соревновательный характер, содействует развитию навыков работы в команде, публичных выступлений, а также личной ответственности каждого участника. В рамках дисциплины «Основы экономической теории» он проводится на двух уровнях: внутри группы и между студенческими группами. Внутригрупповые турниры могут проводиться несколько раз в семестр. Их тематика соответствует основным разделам курса либо наиболее важным проблемам, например, истории экономики здравоохранения, рынку медицинских услуг, конкуренции в здравоохранении и т.п.

Подготовка к турниру начинается с объявления преподавателем, что очередное семинарское занятие будет проводиться в форме турнира. Предлагается тема, к примеру, спрос и предложение на рынке медицинских услуг Казахстана. Готовясь к турниру, студенты должны изучить материалы лекций по этому разделу, ознакомиться с основной и дополнительной литературой. В начале занятия преподаватель разбивает группу на 2 или 3 команды, что зависит от численности группы. Если

она не превышает 15 человек, то достаточно иметь две команды численностью 5-7 человек. Состав команд должен быть примерно равным.

Для ведения турнира и определения победителей выбираются два помощника из числа авторитетных студентов. Следует заметить, что их суждения об игре команд помогают преподавателю понять студенческий взгляд на происходящее, полнее и точнее оценить достоинства игроков. При подборе заданий надо иметь в виду их количество и качество. По качеству они должны быть достаточно сложными, чтобы создавать интеллектуальное напряжение, и разнообразными, чтобы выявлять разные способности студентов: умение работать с текстами, дискутировать, анализировать жизненные ситуации, делать выводы т.д. Их количество должно давать возможность всем студентам проявить свою активность, знания и умения. Преподавателю следует добиваться, чтобы ведущие роли попеременно брали на себя все члены команд.

Турнир между группами следует отнести к соревнованиям более высокого ранга. В отличие от внутригруппового турнира здесь вводится домашнее задание. Соперничающие группы заблаговременно предлагают темы и готовят рефераты, с которыми выступают на турнире.

Жюри оценивает не только качество рефератов, их содержание и форму, но и поведение оппонентов, актуальность и оригинальность темы домашнего задания. Завершается турнир подведением итогов, определением победителей и их награждением.

Занятие по основам экономической теории, проводимое в форме турнира позволяет решать одновременно несколько задач, главной из которых является развитие коммуникативных умений и навыков. Турнир помогает установлению эмоциональных контактов между студентами, приучает работать в команде, прислушиваться к мнению своих товарищей; обеспечивает высокую мотивацию, прочность знаний, творчество и фантазию, свободу самовыражения, взаимоуважение и демократичность. Использование данной формы проведения занятия, как показывает практика, снимает нервную нагрузку студентов, дает возможность менять формы их деятельности, переключать внимание на узловые вопросы темы занятий.

Практический опыт проведения занятия в форме турнира показал, что был организован полноценный диалог между студентами,

они активно обменивались мнениями между собой и преподавателем, принимая во внимание позиции другого, наблюдалось снижение уровня агрессивности и конфликтности среди студентов. Занятия, проводимые в интерактивной форме, усиливают значимость самостоятельной работы студентов, способствуют повышению активности и ответственности каждого студента при подготовке к занятиям.

Таким образом, описанные формы текущего контроля знаний студентов способствуют более качественному его проведению и позволяют выявить, насколько усвоенные студентами гуманитарные и экономические знания отвечают предъявляемым требованиям высшей школы.

ЛИТЕРАТУРА

1 Аванесов В. С. Язык педагогических измерений //Педагогические измерения. – 2009. – № 2. – С. 29-60.

2 Аванесов В. С. От заданий в тестовой форме – к тестовым заданиям // Педагогические измерения. – 2010. – №4. – С. 105-110.

3 Бедулина Г. Ф. Интерактивные методы преподавания социально-гуманитарных дисциплин //http://www.pacademy.edu.by.htm

4 Хазова Л. В. Подходы к организации преподавания социально-гуманитарных дисциплин в негуманитарных вузах //Социально-гуманитарные знания. – 2013. – №3. – С. 34-41.

5 Янушевич И. И. Использование инновационных технологий в преподавании социально-гуманитарных дисциплин //http://www.pacademy.edu.by

REFERENCES

1 Avanesov V. S. Language of pedagogical measurements //Pedagogical measurements. – 2009. – № 2. – P. 29-60.

2 Avanesov V. S. From the task in the form of a test - to test tasks //Pedagogical measurements. – 2010. – №4. – P. 105-110.

3 Bedulina G. F. Interactive methods of teaching of social and humanitarian disciplines // http://www.pacademy.edu.by.htm

4 Hazova L. V. Approaches to the teaching of the humanitarian disciplines in non-humanitarian universities //Socially-humanitarian knowledge. – 2013. – №3. – P. 34-41.

5 Yanushevich I. I. The use of innovative technologies in the teaching of the humanities // http://www.pacademy.edu.by

Поступила 14.05.2015 г.

N. F. Loman, D. Y. Dzhakupova

FORMS AND METHODS OF CURRENT CONTROL DURING THE STUDY OF SOCIO-HUMANITARIAN DISCIPLINES

The article considered the forms and methods of current control which are carried out on classes in philosophy and bases of economic theory. In this article showed the technique of the various forms of current control on the practice lessons, when prepare tasks on individual student's work with teacher. The special attention is paid to the unity of training and control. In this article showed the conclusions about results of these methods of the current control, analyzed advantages and disadvantages, successes and failures. The recommendations about improvement the quality of current control are presented in the article.

Key words: control, current control, forms of current control, quantization of educational texts, interactive methods

Н. Ф. Ломан, Д. Е. Джакупова

ӘЛЕУМЕТТІК-ГУМАНИТАРЛЫҚ ПӘНДЕРДІ ОҚЫТУ БАРЫСЫНДА АҒЫМДЫҚ БАҚЫЛАУДЫ ӨТКІЗУДІҢ ФОРМАЛАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

Мақалада философия және экономикалық теория негіздері пәндері бойынша жасалынған ағымдық бақылаудың формалары мен әдістері қарастырылады. Берілген жұмыста ағымдық бақылауды өткізудің түрлі формаларының технологиясы ашылады. Бақылау мен оқытудың біріктірілуіне айрықша мән беріледі. Жетістіктері және кемшіліктері, күшті және әлсіз жақтары талданады, берілген ағымдық бақылау қорытындылары туралы тұжырым жасалады. Ағымдық бақылауды өткізу сапасын жетілдіру бойынша жаңа нұсқаулықтар әзірленеді.

Кілт сөздер: бақылау, ағымдық бақылау, ағымдық бақылаудың формалары, оқулықтағы тақырыптарды кванттау, интерактивті әдістер

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ИГР В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Карагандинский государственный медицинский университет

Введение. В повседневной практике врача часто встречаются критические ситуации, при которых от быстроты действий врача может зависеть жизнь больного.

Целью работы явилось изучение эффективности использования TBL в ролевых тренингах, а также сравнительный анализ с обычными видами обучения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 студентов 4 курса специальности общая медицина, по дисциплине «Внутренние болезни». Студенты были разделены на группы, одни из которых обучались на ролевых тренингах с использованием манекенов, тогда как другие только традиционным методом – теоретический разбор темы. Результаты эффективности использования ролевых тренингов по сравнению с обычными видами обучения оценивались с помощью анкетирования самих студентов после окончания курса «Внутренних болезней».

Результаты и обсуждение. В результате проведенных ролевых тренингов студенты, прошедшие активные методы обучения, в 87% случаев получали высокие отметки при итоговой аттестации, чем студенты, обучавшиеся теоретическому разбору материала. При анкетировании студентов, участвовавших в ролевых играх, 100% отметили быструю усвояемость материала, 94% респондентов оценили улучшение коммуникативных навыков, 96% – приобрели навык работы в команде, 97% опрошенных отметили появление лидерских качеств; 94% студентов приобрели уверенность в своих силах благодаря ситуационно-ролевым играм.

Выводы. Таким образом, использование активных методов обучения среди студентов вызывает интерес к учебе, стимулирует процесс запоминания, помогает студентам довести до автоматизма необходимые клинические навыки.

Ключевые слова: командный метод обучения, симуляционные технологии, ролевые тренинги, межпрофессиональное взаимодействие, навык клинического мышления, навык работы в команде

Инновационные формы организации познавательной деятельности должны обеспечить активность студентов (начинающих специалистов), коммуникабельность, компетентность, формировать у них способности принимать самостоятельные решения с формированием собственного мировоззрения и стиля деятельности [3]. В условиях применения инновационных форм, методов и средств организации учебы студенты вовлекаются в реальную творческую деятельность, которая не только привлекает их новизной, но и развивает потребность обнаруживать проблемы и разрешать противоречия, которые возникают в процессе их самостоятельной работы [1].

Современное развитие высшего образования характеризуют две основных тенденции: непрерывность как концептуальная основа политики образования и повышение качества за счет активизации личного потенциала студента в сочетании с групповыми (командными) формами организации учебы.

В последнее время широкое распространение в высшем медицинском образовании получил метод ситуационно-ролевой или деловой игры. Теоретическим базисом этого метода является положение о решающей роли активной, специально организованной деятельности студентов в процессе усвоения. Целесо-

образность использования именно активных методов согласуется и с данными экспериментальной психологии, согласно которым усваивается 10% материала, принятого на слух, 50% материала увиденного и 90% из того, что обучающиеся сделали сами. На сегодняшний день существует много различных методик обучения студентов. Среди них особое внимание заслуживают активные методы обучения [6], такие как CBL, TBL, PBL. TBL или командный метод обучения лучше всего проводить с использованием симуляционных технологий. В повседневной практике врача часто встречаются критические ситуации, при которых от быстроты действий врача может зависеть жизнь больного. С помощью симуляционных технологий можно смоделировать различные критические ситуации, возникающие в практике врача: например, кардиогенный шок, инфекционно-токсический шок, гипо- или гипергликемическая кома.

Цель работы – изучение эффективности использования TBL в ролевых тренингах и их сравнительный анализ с обычными видами обучения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 120 студентов 4 курса специальности общая медицина по дисциплине «Внутренние болезни».

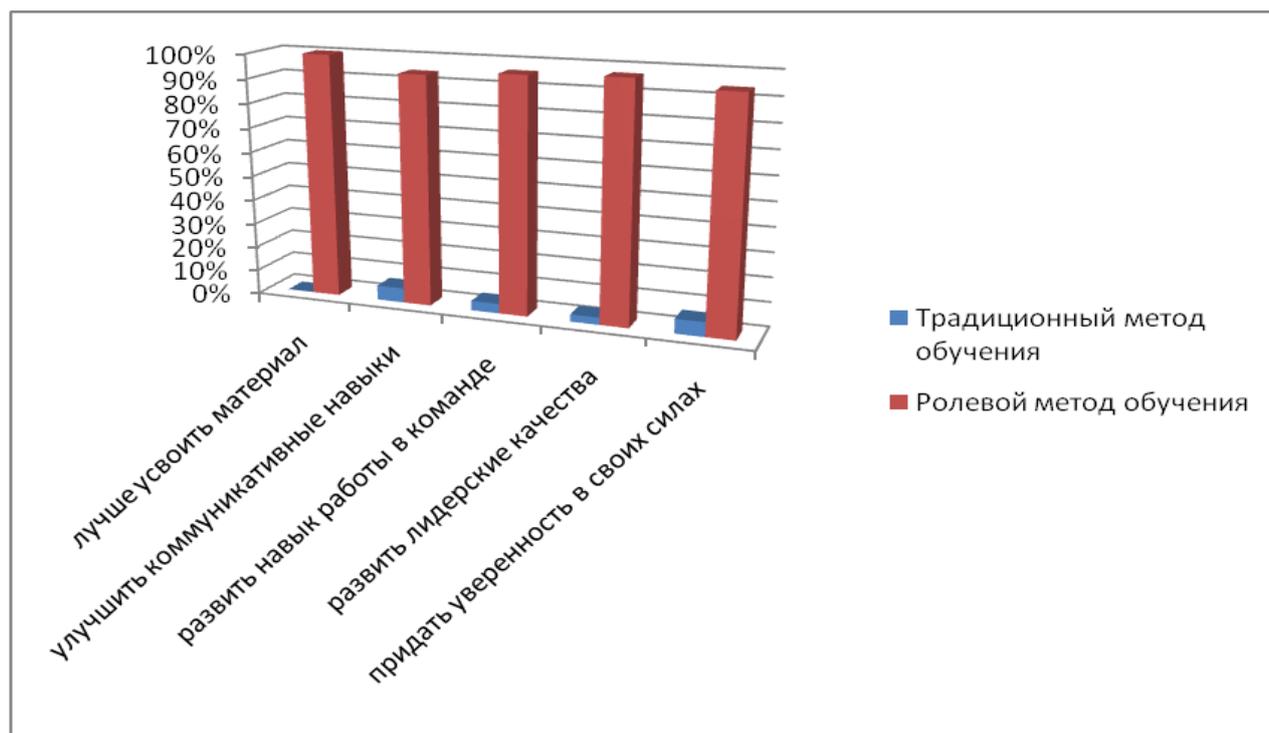


Рисунок 1 – Результаты анкетирования студентов

Студенты были разделены на группы, одни из которых обучались на ролевых тренингах с использованием манекенов, тогда как другие только традиционным методом – теоретический разбор темы. Результаты эффективности использования ролевых тренингов по сравнению с обычными видами обучения оценивались с помощью анкетирования самих студентов после окончания курса «Внутренних болезней».

На занятиях с использованием TBL студенты должны были проходить тренинги на манекенах, симулирующих критическое состояние больного. Было составлено несколько сценариев критических ситуаций с использованием манекена «Simman», который автоматически «определял» вводимые лекарства. В сценариях были использованы часто встречающиеся в практике врача неотложные состояния, такие как кардиогенный шок, гипертонический криз, инфекционно-токсический шок, гипогликемическая и гипергликемическая кома, отек Квинке и др.

Во время ситуационно-ролевых игр студенты были разделены на несколько команд. В каждой команде двое студентов исполняли роль родственников больного и создавали эмоциональный ажиотаж вокруг больного, один студент исполнял роль врача, второй студент исполнял роль помощника врача и третий студент – роль медсестры или медбрата. Таким образом, создавалась реальная критическая ситуация, которая может быть обычным яв-

нием в работе большой многопрофильной больницы. Одна команда студентов наблюдала за действиями своих одноклассников, выступая в роли экспертов-оценщиков. После одной игры команды менялись ролями. По ходу прохождения тренинга студенты в каждой команде успевали меняться ролями, например, если в предыдущем сценарии студент играл роль родственника больного, то в следующем сценарии он был врачом. После отработки сценария происходило обсуждение ошибок с помощью команды экспертов-оценщиков. Только после полного усвоения навыка проводилась смена сценария. Преподаватель в данном случае исполнял роль фасилитатора, направляя работу команд только при тупиковых ситуациях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анкетировании студентов, участвовавших в ролевых играх, 100% отметили быструю усвояемость материала (рис. 1), 94% студентов отметили улучшение коммуникативных навыков, 96% анкетированных отметили, что приобрели навык работы в команде, 97% опрошенных отметили появление лидерских качеств; 94% – приобрели уверенность в своих силах благодаря ролевым играм. После окончания цикла «Внутренние болезни» 95% студентов самым ярким и запоминающимся моментом отмечали занятия, проведенные в учебно-тренировочном центре с использованием манекена «Simman».

Когда студенты «врачи» сталкивались с «умирающим» или «агонирующим пациентом» у некоторых студентов возникала паника, в результате которой студент забывал все, что учил накануне. Видя сильный эмоциональный ажиотаж родственников больного, некоторые студенты забывали о своем обязательстве перед «больным» и начинали долгие «успокоительные беседы» с родственниками больного. Иногда студент, который исполнял роль помощника врача, начинал самостоятельно принимать решение и выполнять его. Некоторые студенты, чувствуя свое бессилие, впадали в депрессию, не веря уже в то, что смогут спасти «больного». Студенты «эксперты-оценщики», видя ошибки своих «коллег», определяли свою область незнания и пытались тут же судорожно восполнить их, начиная поиск информации в книжках или в своих карманных электронных носителях, и уже в своих ролевых играх пытались более правильно реагировать на создавшуюся ситуацию. Необходимо учитывать еще и то, что такого рода игры позволяли пролить свет на некоторые «мелочи», на которые студент обычно не обращает внимания, например, дозы некоторых лекарств, способы их введения или их взаимодействие. В конечном итоге, возможность обратно вернуться к ситуации и заново проиграть ее с благоприятным исходом помогала студентам закрепить свои теоретические знания практическими навыками. Такого рода сценарии позволяли студентам развить коммуникативные навыки, навык межпрофессионального взаимодействия, навык клинического мышления и навык работы в команде.

Поиск конкретного решения поставленной задачи заставлял студента переключаться на активные формы обучения, в частности, самообучение. В результате этого поиска студент использовал как минимум 3-4 вида самостоятельной работы (работа с литературой, анализ конкретных ситуаций, поиск информации в интернет сети и т.д.). Это позволяло ему не только расширить междисциплинарный кругозор, но и значительно повышал интерес к предмету и учебному процессу в целом [4], что в итоге является конечной целью всего процесса обучения студентов в вузе. Студент вырабатывал навык контроля своего поведения, учился адекватно воспринимать и анализировать чужое мнение.

Ролевая игра сопровождается мобилизацией творческих возможностей студентов и создает эмоциональную мотивацию к активному поиску информации, ее использованию в решении конкретной задачи.

Таким образом, использование ситуационно-ролевых игр в обучении вызывает интерес студентов к учебе, стимулирует процесс запоминания, помогает студентам довести до автоматизма необходимые клинические навыки. Важным моментом такого подхода к формированию клинического опыта студента является прямой доступ к пациенту [2]. Это создает особую психологическую атмосферу для развития творческих способностей и клинического мышления студента. Проведенный анализ показал, что использование такого вида обучения создает наибольшую мотивацию к активизации самостоятельной работы студента [5]. Несмотря на необходимость большой самодисциплины студентов при таком варианте работы, большая часть из них изъявляет желание работать по данной методике как наиболее эффективной модели самообучения, что позволяет подготовить самостоятельного, думающего врача. Таким образом, созданная образовательная среда снижает возможность рисков при взаимодействии уже с реальными пациентами и помогает достичь необходимого профессионализма.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Allen RE, Copeland J, Franks AS, et al. Team-based learning in US colleges and schools of pharmacy. Allen RE, Copeland J, Franks AS, et al. *Am J Pharm Educ.* 2013;77(6):Article 115. [PMC free article] [PubMed]
- 2 Koles P, Nelson S, Stolft A, Parmelee D, DeStephen D. Active learning in a year 2 pathology curriculum. *Med Educ.* 2005;39:1045–55. [PubMed]
- 3 Ladden MD, Bodenheimer T, Fishman NW, et al. The emerging primary care workforce: Preliminary observations from The Primary Care Team: Learning From Effective Ambulatory Practices project. *Acad Med.* 2013;88(12):1830–1834. [PubMed]
- 4 McKeachie WJ, Svinicki M, Hofer B, Suinn RM, Elbo P, Sorcinelli MD, Zhu E, Kaplan M, Coppola B, Mann R, Northedge A, Weinstein C, Halonen J. *McKeachie's Teaching Tips: Strategies, Research, and Theory for College and University Teachers.* 12th ed. Boston, MA: Houghton Mifflin Company; 2006. pp. 58–60.
- 5 Nieder GL, Parmelee DX, Stolft A, Hudes PD. Team-based learning in a medical gross anatomy and embryology course. *Clin Anat.* 2005;18:56–63. [PubMed]
- 6 Persky AM, Pollack GM. A modified team-based learning physiology course. *Am J PharmEduc.* 2011;75(10):Article 204. [PMC free article] [PubMed]

Поступила 12.05.2015 г.

A. S. Toleuova, Zh. A. Beysenbekova, R. Zh. Toynbekova
SITUATION ROLE GAMES IN EDUCATIONAL PROCESS

Introduction. There are many emergency situations in the clinical practice of a physician, when the patient's life may depend on the speed of the doctor's actions.

The aim of our research was to study the effectiveness of using TBL in the role play, and compare them with conventional forms of learning.

Materials and methods. The study involved 120 students of 4th year by «General Medicine» specialty. Students are taught as well as in role trainings and the traditional method. The results of role training efficiency compared to conventional types of training were assessed using a questionnaire of the students after the "Internal Medicine" course.

Results and discussion. Thus, as a result of simulation, the students who passed of training with the active learning methods in 87% of cases received high marks on the final exam than the students who are taught only on the theoretical analysis of material. When students participating in role-playing games are interviewed, 100% of them reported rapid assimilation of the material, 94% of students reported an improvement of communication skills, 96% said they got team work skills, 97% of respondents marked improvement of leadership qualities, and 94% of students indicated that gained confidence thanks to role-playing games.

Conclusion. Thus, using the active learning method calls of interest to study and stimulates memory, helps students to reach automaticity in necessary clinical skills.

Key words: team based learning, simulation technologies, role trainings, interprofessional relationship, clinical skill, team work skill

Ә.С. Төлеуова, Ж.А. Бейсенбекова, Р.Ж. Тойынбекова
ОҚЫТУ ҮРДІСІНДЕГІ РОЛЬДІК ОЙЫНДАРДЫ ҚОЛДАНУ

Кіріспе. Дәрігердің күнделікті тәрибесінде сыни жағдайлар көбінесе кездесіп жатады, осы жағдайлардағы дәрігердің тез әрекет жасауына байланысты науқастың өмірі шешіледі.

Біздің зерттеуіміздің мақсаты TBL әдісінің тиімділігін рольдік тренингтерде қолдану барысында бағалау болып табылады және оларды дәстүрлі оқыту әдістерімен салыстыру.

Материалдар мен әдістер. Зерттеуге «Жалпы медицина» мамандығы бойынша «Ішкі аурулар» пәнін оқыған 4 курстың 120 студенті қатысты. Студенттер екі топқа бөлінді. Бір топтар манекендерді қолдану арқылы рольдік оқыту әдістерімен оқытылса, басқалары дәстүрлі оқыту әдістерімен, яғни тақырыпты ауызша талдау әдістерін қолдану арқылы оқытылды. Оқытудың тиімділігін «Ішкі аурулар» пәнін оқыту курсы аяқтағаннан кейін студенттерге жүргізілген сауалнама нәтижелері арқылы бағаланды.

Қорытындылар және оларды талдау. Сонымен, студенттерге жүргізілген рольдік тренинг қорытындылары бойынша, ауызша талдаумен дәстүрлі оқыту әдістерін қолданған студенттерге қарағанда белсенді оқыту әдістерін қолданған студенттер 87% жағдайда қорытынды аттестация бойынша жоғары нәтиже көрсетті. Сауалнама жүргізгенде рольдік ойындарға қатысқан студенттер 100% жағдайда оқу бағдарламасын тез қабылдайтындарын атап өтті, 94% студенттердің коммуникативті дағдыларының жақсарғаны анықталды, 96% студенттерде топпен жұмыс әстеу дағдысын меңгеруі анықталды, 97% студенттерде көшбасшылық дағдының қалыптасуы анықталды; 94% студенттерде рольдік ойындардың арқысында өзіне деген сенімнің артуы анықталды.

Қорытынды. Сонымен, студенттер арасында белсенді оқыту әдістерін қолдану оқуға деген қызығушылықты туғызады, есте сақтауды күшейтеді, студенттерге қажетті клиникалық дағдыларды автоматизмдік деңгейге дейін дамытуға ықпал жасайды.

Кілт сөздер: топтық оқыту әдісі, симуляциялық технологиялар, рольдік тренингтер, мамандық аралық әрекеттер, клиникалық ойлау әдісі, топпен жұмыс істеу әдісі

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616-002.182-07

Д. Т. Амирханова¹, Ю. В. Суббота²

ТРУДНОСТИ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА САРКОИДОЗ

¹Кафедра внутренних болезней №2,

²Кафедра скорой и неотложной медицинской помощи №1 Карагандинского государственного медицинского университета

Проблема постановки диагноза саркоидоз, несмотря на прогрессивное развитие лабораторных и инструментальных методов исследования, по-прежнему остается актуальной, в связи с полисиндромным течением заболевания, сложностью диагностики, отсутствием однозначных морфологических изменений. В статье описана необычная картина течения саркоидоза с поражением пищевода и почек.

Ключевые слова: саркоидоз, полисиндромность заболевания, поражение, почки, пищевод

Согласно данным литературы, количество диагностических ошибок при саркоидозе колеблется от 60 до 90% и не имеет тенденции к снижению. По данным Московского научно-исследовательского института (НИИ) фтизиопульмонологии процент врачебных ошибок при диагностике саркоидоза I степени – 56,5%, у 1/3 больных – гипердиагностика туберкулеза. Сотрудники этого НИИ отмечали, что диагноз саркоидоз после первичного обследования ставился только в 31% случаев, а после длительного и неадекватного лечения – в 53,4%. У 46,9% больных срок обследования до постановки диагноза составлял более 12 мес., у 19% – от 6 до 12 мес., туберкулостатики получали 34,1% больных саркоидозом легких в среднем 5,2 мес.

Постановка клинического диагноза саркоидоза трудна и обусловлена многообразием клинических проявлений заболевания, изменением течения картины болезни, сходством клинических проявлений с туберкулезным воспалением. Дифференциальная диагностика саркоидоза и туберкулеза достаточно часто затруднительна, и в ряде случаев даже морфологического метода исследования недостаточно для определения диагноза [1]. Диагноз саркоидоза подтверждается при биопсии периферических лимфатических узлов в 75% случаев, нозологически определенные изменения отсутствуют не менее, чем в 10%, а однозначная трактовка невозможна в 15% случаев [1].

Приводим описание собственного клинического случая с необычным полисиндромным течением саркоидоза.

Пациент Н., 35 лет. Поступил в нефрологическое отделение Областной клинической больницы г. Караганды (ОКБ) с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, невозможность полноценного питания при наличии аппетита, похудание на 15 кг за 4

месяца, уменьшение количества выделяемой мочи, повышение АД до 180/100 мм рт. ст., общую слабость.

Из анамнеза: заболевание дебютировало в 17-летнем возрасте с повышением температуры тела до 37,7С⁰, похудения, рентгенологических изменений в верхних долях легких. В этой связи по данным амбулаторной карты с 06.1992 г. по 03.1993 г. находился на стационарном лечении в областном туберкулезном диспансере с диагнозом: инфильтративный туберкулез верхних долей обеих легких 1 гр, БК-, полисерозит, мезентерит, перикардит. Проводилось лечение туберкулостатиками с незначительным эффектом. В январе 1993 г. прооперирован по поводу адгезивного туберкулезного перитонита, острой спаечной кишечной непроходимости в условиях хирургического отделения ОКБ г. Караганды, однако в выписках не указывались результаты гистологического исследования, подтверждающие туберкулезную природу перитонита. На протяжении всего периода лечения сохранялся длительный субфебрилитет, лимфоаденопатия, артралгии, что послужило поводом усомниться в правильности постановки диагноза туберкулез, для уточнения диагноза переведен в ревматологическое отделение, учитывая лихорадку неясного происхождения. В 1994 г. при прохождении стационарного лечения в ревматологическом отделении ОКБ, учитывая полисиндромность заболевания с наличием лихорадки, лимфоаденопатии, артралгии, полисерозитов, изменения в мочевом осадке в виде незначительной протеинурии, повышения артериального давления, был выставлен диагноз: Системная красная волчанка, хроническое течение, активность 3, кардиосклероз, мочевого синдром, хроническая почечная недостаточность (ХГН) 0, синдром артериальной гипертензии. Проводилось лечение глюкокор-

тикостероидами (ГКС) в дозе 60 мг/сут, выписан с улучшением с рекомендациями дальнейшего приема поддерживающей дозы преднизолона, однако в последующем рекомендациям врачей не следовал, преднизолон не принимал.

С этого периода установлена инвалидность II группы. С 1995 по 2001 г. отмечалось улучшение состояния, отсутствовали проявления заболевания, в связи с этим перестал наблюдаться, на осмотры не являлся. В 2001 г. впервые появилась дисфагия в виде затруднения прохождения твердой пищи. При обследовании выявлена стриктура пищевода неясного генеза. Для уточнения причины дисфагии, сужения пищевода, в связи с подозрением на злокачественное образование пищевода, неоднократно обследовался в онкологическом диспансере, однако при повторно проводимых биопсиях пищевода данных, свидетельствующих об опухолевом процессе, не выявлялось. С этого периода в клинической картине болезни доминировало поражение пищевода с прогрессированием процесса, вплоть до нарушения проходимости химуса, в результате чего проводилось неоднократное бужирование пищевода.

В 2002 г. было установлено, что пищевод сдавлен извне увеличенными внутригрудными лимфоузлами. Высказано мнение о наличии саркоидоза Бека. От биопсии лимфоузлов средостения пациент отказался, в дальнейшем вплоть до 2004 г. не обследовался. В сентябре 2004 г. проводилось КТ органов грудной клетки: выявлены признаки саркоидоза II стадии в виде сочетанного поражения внутригрудных лимфатических узлов и легких. Пациент отказался в последующем обследоваться и поступил в хирургическое отделение с дисфагией, отсутствием прохождения пищи, инородным телом пищевода, для бужирования.

В марте 2011 г. зарегистрировано наличие неполного нефротического синдрома в виде суточной протеинурии до 16,75 г/л, гиперхолестеринемии 6,39 ммоль/л при отсутствии периферических отеков. Исследование мочи на белок Бенс-Джонса отрицательно, анализ мочи на микобактерии туберкулеза 3-кратно отрицательно. Эти необычные проявления нуждались в дальнейшей оценке, проведении биопсии внутригрудных лимфатических узлов, которая подтвердила бы присутствие саркоидоза. Данные гистологии бифуркации лимфатических узлов: на фоне небольшого количества клеток периферической крови обнаружены крупные эпителиальные атипиче-

ские клетки, располагающиеся скоплениями с большими грубопетлистыми гиперхромными ядрами, базофильной цитоплазмой с выраженным полиморфизмом, химической анаплазией. При повторной консультации онколога данных об опухолевом поражении пищевода не получено.

Следующая госпитализация пациента в июле 2011 г., когда выполнена миниторакотомия, пневмолиз, биопсия плевры, легкого, лимфатических узлов средостения. Гистологическое исследование препарата: в исследуемых препаратах определяются фрагменты утолщенной плевры за счет волокон соединительной ткани с фибрином, полнокровными сосудами и очаговой лимфоцитарной инфильтрацией. В части срезов к плевре прилежит ткань легкого с нарушением рисунка за счет фиброза, встречаются гиперплазированные альвеолярные пневмоциты, пролиферация моноцитов. Альвеолы различного размера, в их просвете встречаются эритроциты, лимфоциты, слущенные альвеоциты. В просвете полостей единичные лейкоциты. В интерстиции формируются фибропластические фокусы, чередующиеся с участками легочной ткани обычного гистологического строения, встречаются макрофаги, нагруженные гемосидерином. Мелкие бронхиолы деформированы, выстланы преимущественно однорядным эпителием с гиперхромными ядрами.

Заключение компьютерной томографии (КТ) грудного сегмента: КТ-признаки пневмофиброза легких, образования средней трети пищевода, супрастенотического расширения верхней трети пищевода.

Данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) средостения, МР-ангиографии грудного отдела аорты с контрастированием: МР-картина объемного новообразования среднего этажа заднего средостения, наиболее вероятно исходящего из пищевода с экстраорганным распространением на нисходящую аорту. В июле 2011 г. осуществлено наложение гастростомы ввиду усугубления непроходимости твердой и полужидкой пищи по пищеводу, тогда же впервые было отмечено снижение гемоглобина крови, который в последующем имел тенденцию к еще большему снижению, несмотря на лечение препаратами железа. С сентября 2011 г. по данным КТ-исследования органов грудной клетки определяется конгломерат бифуркационных, параэзофагеальных лимфатических узлов, визуализируются кальцинаты бронхопульмональных лимфатических узлов с обеих сторон. В мае 2012 г. возникла

Наблюдения из практики

необходимость проведения эзофагоколонопластики с ушиванием гастростомы, учитывая многократное бужирование пищевода с кратковременным положительным эффектом. В анализах крови анемия 70 г/л, гипоальбуминемия 48 г/л, увеличился креатинин крови до 0,170 ммоль/л, мочевины до 12,8 ммоль/л. В анализах мочи протеинурия 2,35 г/л, эритроцитурия 24-25 в поле зрения.

В апреле 2013 г. пациент вновь госпитализирован с жалобами на тошноту, позывы к рвоте, снижение аппетита, а также более выраженными стали изменения со стороны мочевыводящей системы: дизурический синдром в виде учащенного мочеиспускания в ночное время суток до 4 раз, появились отеки нижних конечностей до средней трети голени. Креатинин крови возрос до 0,590 ммоль/л, мочевины 33,8 ммоль/л. Протеинурия 2,75 г/л, эритроцитурия 10-12 в поле зрения. Пациент переведен на программный хронический гемодиализ. В последующем состояние пациента относительно стабилизировалось, однако уровень креатинина крови находится на цифрах 0,780 ммоль/л, мочевины 16,6 ммоль/л, гемоглобин крови 53 г/л.

За весь период наблюдения пациента отмечено стойкое ускорение СОЭ от 50 до 69 мм/час с максимальным увеличением в апреле 2013 г., а также увеличение фибриногена крови максимально до 10,8 г/л.

Таким образом, за весь период наблюдения у пациента наблюдались следующие синдромы: 1) поражение легких (пневмофиброз легких, подтвержденный гистологически при биопсии легкого и по данным КТ грудной клетки); 2) увеличение внутригрудных лимфатических узлов, лимфоузлов средостения, бифуркационных, параэзофагеальных лимфатических узлов; 3) в дебюте заболевания – полисерозиты (перитонит, мезентерит, спаечная кишечная непроходимость); 4) в дебюте заболевания полиартралгии; 5) синдром поражения пищевода извне за счет сдавливания внутригрудными лимфоузлами (дисфагия, стриктура, непроходимость пищевода, что привело к неоднократным бужированиям пищевода, в последующем к наложению гастростомы, эзофагоколонопластики), 6) мочевого синдром (незначительная протеинурия с 1994 г. с увеличением к до 16,7 г/л к марту 2011 г., микрогематурия); 7) неполный нефротический синдром (без отеков, суточная протеинурия до 16,7 г/л); 8) синдром артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 180/100 мм рт. ст.); 9) синдром хронической

почечной недостаточности, присоединившийся в 2012 г., с быстрым прогрессированием, переведен на хронический гемодиализ; 10) анемический синдром; 11) астенический – прогрессирующая потеря массы тела, общая слабость.

Учитывая полисиндромность заболевания, проводилась дифференциация диагноза с системными заболеваниями соединительной ткани – системной красной волчанкой, хроническим лимфолейкозом, туберкулезом, лимфогранулематозом, миеломной болезнью, саркоидозом Бека.

Ведущим синдромом в клинике заболевания был синдром поражения пищевода извне увеличенными внутригрудными лимфоузлами и лимфоузлами средостения, который проявлялся дисфагией и прогрессирующей потерей массы тела, существенно нарушавшей качество жизни пациента.

Согласно литературным данным, поражение пищевода саркоидозом встречается крайне редко, чаще изменения в пищеводе наблюдаются при поражении лимфатических узлов корней легких и средостения, при этом чаще отмечается сдавление пищевода увеличенными лимфатическими узлами, реже — переход патологического процесса на пищевод. Клинически болезнь проявляется дисфагией. Рентгенологические симптомы неспецифичны. В ранний период заболевания могут выявляться незначительная перестройка складок слизистой оболочки, в более поздние сроки — стриктуры [1]. Лимфоаденопатия очень типична для саркоидоза. Увеличение внутригрудных лимфатических узлов происходит в 75-90% случаев, чаще это двусторонние изменения лимфатических узлов корней легких, хотя в некоторых случаях может регистрироваться одностороннее поражение. Также саркоидоз протекает чаще всего с увеличением лимфатических узлов заднего средостения, что наблюдалось в клинике нашего больного. Гастроэнтерологи из клиники Мейо (Джексоновилль, Флорида, США) описали 48-летнего пациента, у которого развилась вторичная ахалазия вследствие саркоидоза пищевода [7]. В некоторых источниках показано, что сужение нижней части пищевода, выявленное при рентгенологическом исследовании, вызвано развитием саркоидоза в его дистальной части или поражением регионарных лимфатических узлов средостения [5, 6]. У пациента N зарегистрировано сужение дистальной части пищевода, его сдавление извне увеличенными внутригрудными лимфатическими узлами.

Учитывая, что у пациента в дебюте заболевания подозревался туберкулез, прово-

дился дифференциальный диагноз с туберкулезным поражением лимфоузлов. При туберкулезе поражаются обычно одновременно и периферические, и внутригрудные лимфатические узлы. У большинства больных туберкулез внутригрудных лимфатических узлов начинается остро, быстро прогрессирует. Большая часть больных в короткие сроки погибает от осложнений основного заболевания, таких как острый милиарный туберкулез, туберкулезный менингит, острый туберкулезный сепсис. Синдром дисфагии при туберкулезе наблюдается крайне редко, поскольку поражение пищевода микобактериями туберкулеза можно назвать казуистикой. Быстрое прохождение инфицированной мокроты не способствует фиксации возбудителя в слизистой оболочке, кроме того, слизистая оболочка пищевода бедна лимфатическими сосудами, что тоже не способствует инфицированию последнего. При пролиферативной форме туберкулеза пищевода туберкулезная гранулема располагается обычно над бифуркацией трахеи, быстро увеличивается и obturates просвет пищевода, вызывая его непроходимость. Пролиферативный процесс поражает всю толщу стенки пищевода и достигает трахеи и средостения, поражая и эти анатомические образования [3]. Таким образом, из этого следует, что у описываемого пациента картина поражения пищевода не соответствует туберкулезному процессу.

Наряду с увеличением внутригрудных лимфатических узлов с образованием конгломератов у пациента был установлен фиброз легких, плевры по данным открытой биопсии легких. Характерным признаком саркоидоза легких III стадии является появление конгломератирующих изменений, которые сочетаются с массивным очаговым или диффузным фиброзом в легких. По данным литературы при качественной оценке морфологических особенностей гранулематозного воспалительного процесса при саркоидозе в лимфатических узлах были выделены два варианта тканевых реакций: с выраженным фиброзом и минимальным фиброзом (преобладанием гранулематоза). У описываемого пациента морфологические изменения характеризовались преобладанием тканевой реакции с преобладанием фиброза. Как правило, при таком варианте течения заболевания характерна скудная клиническая симптоматика.

Известно, что в клинике описываемого пациента наблюдался мочево́й синдром (протеинурия от минимальных значений вплоть до развития нефротического синдрома)

с развитием хронической почечной недостаточности. Спектр клинических признаков, обусловленных вовлечением почек при саркоидозе, достаточно широк – от субклинической протеинурии до тяжелого нефротического синдрома, тубулоинтерстициальных нарушений и почечной недостаточности. Поражение почек при саркоидозе встречается у 10-30% пациентов и обусловлено изменениями вследствие формирования гранулем и неспецифическими саркоидоподобными реакциями, в том числе нарушениями электролитного дисбаланса и прежде всего нарушениями обмена кальция.

Проявлением саркоидоза почек является гранулематозный интерстициальный нефрит, при этом нарушение функции почек варьирует от латентного до тяжёлого [1]. Гранулемы в почках чаще локализуются в корковом слое. В медицинском центре Альберта Эйнштейна (Филадельфия, США) наблюдали двух чернокожих женщин с саркоидозом почек, подтверждённых биопсией. У обеих развилась тяжёлая почечная недостаточность. Лечение высокими дозами глюкокортикоидов вначале привело к улучшению, но затем почечная недостаточность усилилась, что потребовало гемодиализа [1]. В административном медицинском центре ветеранов (Вашингтон, США) находились 2 больных саркоидозом с гранулематозным интерстициальным нефритом и постинфекционным гломерулонефритом. У обоих пациентов была тяжёлая протеинурия, гематурия и почечная недостаточность. Гистологическое исследование почек подтвердило интерстициальный нефрит и клубочковые изменения, характерные для пролиферативного гломерулонефрита, субэпителиальными горбоподобными отложениями, выявленными при электронной микроскопии [1].

Нефротический синдром при саркоидозе встречается не часто и бывает следствием мембранозной нефропатии (либо присоединением вторичного амилоидоза), которая может развиваться у пациентов различных возрастных групп. Важный вклад в развитие нефропатии при саркоидозе вносят нарушения обмена кальция, гиперкальциемия и гиперкальциурия. Кальциевый нефролитиаз выявляется у 10-15% больных саркоидозом, у части больных кальцинаты исчезают при нормализации кальциевого обмена [4]. Саркоидоз с поражением почек потенциально опасен с точки зрения высокого риска почечной недостаточности.

Таким образом, картина заболевания пациента имеет сходство с саркоидозом, учитывая мужской пол, увеличение внутригруд-

ных лимфатических узлов, лимфоузлов средостения со сдавлением пищевода, пневмофиброза, поражения почек в виде нефротического синдрома с исходом в хроническую почечную недостаточность. Диагностическая трудность в данном случае была связана с отсутствием типичной морфологической картины с развитием неказеозной гранулемы, преобладанием процессов фиброза.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Визель А. А. Саркоидоз: от гипотезы к практике. – Казань: ФЭН, Академия наук РТ, 2004. – 348 с.
- 2 Кошечкин В. А. Туберкулез: Учеб. пособие /В. А. Кошечкин, З. А. Иванова. – М. 2007. – С. 107-113.
- 3 Косарев В. В., Справочник пульмонолога /В. В. Косарев, С. А. Баранов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2011. – 445 с.
- 4 Чучалин А. Г. Диагностика и лечение саркоидоза (Федеральные согласительные клинические рекомендации). – М, 2014. – С. 19.
- 5 Cappell M. S. Endoscopic, radiographic, and manometric findings in dysphagia associated with sarcoid due to extrinsic esophageal compression from subcarinal lymphadenopathy //Am. J. Gastroenterol. – 1995. – V. 90. – P. 489-492.
- 6 Hardy W. E. Sarcoidosis: A case presenting with dysphagia and dysphonia /W. E. Hardy, H. Tulgan, G. Haidak //Ann. Intern. Med. – 1967. – V. 66. – P. 353-357.
- 7 Lukens F. J. Esophageal sarcoidosis: an

unusual diagnosis /F. J. Lukens, V. I. Machicao, T. A. Woodward //J. Clin. Gastroenterol. – 2002. – V. 34. – P. 54-56.

REFERENCES

- 1 Wize A. A. Sarcoidosis: from hypothesis to practice. – Kazan: FAN, the Academy of Sciences RT, 2004. – 348 p.
- 2 Koshechkin V. A. Tuberculosis: Text-book /V. A. Koshechkin, Z. A. Ivanova. – M., 2007. – P. 107-113.
- 3 Kosarev V. V., Pulmonologist reference material / V.V. Kosarev, S. A. Baranov. – Rostov-on-Don: Phoenix, 2011. – 445 p.
- 4 Chuchalin A. G. Diagnosis and treatment of sarcoidosis (Federal conciliative clinical guidelines). – M., 2014. – P. 19.
- 5 Cappell M. S. Endoscopic, radiographic, and manometric findings in dysphagia associated with sarcoid due to extrinsic esophageal compression from subcarinal lymphadenopathy //Am. J. Gastroenterol. – 1995. – V. 90. – P. 489-492.
- 6 Hardy W. E. Sarcoidosis: A case presenting with dysphagia and dysphonia /W. E. Hardy, H. Tulgan, G. Haidak //Ann. Intern. Med. – 1967. – V. 66. – P. 353-357.
- 7 Lukens F. J. Esophageal sarcoidosis: an unusual diagnosis /F. J. Lukens, V. I. Machicao, T. A. Woodward //J. Clin. Gastroenterol. – 2002. – V. 34. – P. 54-56.

Поступила 20.04.2015

D. T. Amirkhanova, Y. V. Subbota

DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS OF SARCOIDOSIS

The problem of diagnosis of sarcoidosis, despite of the progressive development of laboratory and instrumental methods of research, still remains unsolved in connection with polysyndrom course of the disease, the complexity of the diagnosis, as well as the lack of definitive morphological changes. The article describes an unusual clinical manifestation of sarcoidosis with lesions of the esophagus and kidneys.

Key words: sarcoidosis, polysyndrom disease, lesion, kidneys, esophagus

Д. Т. Амирханова, Ю. В. Суббота

САРКОИДОЗ ДИАГНОЗЫН ҚОЮДЫҢ ҚИЫН ЖОЛЫ

Саркоидоз диагнозын қою қиынға соғады, зертханалық инструменталдық әдісі бойынша өзекті мәселе болып табылады, аурудың полисиндромды ағымы бойынша диагностиканың қиындауы. Саркоидоздың бүйрекпен өңештің зақымдануымен ерекше белгілері болады.

Кілт сөздер: саркоидоз, полисиндромды ауру, бүйректің өңештің зақымдануымен жүретін

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.kgma.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 редколлегией 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, подразделение, должность, 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 «Материал 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 избежать 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

ДЛЯ ЗАМЕТОК
