

РАЗДЕЛ I:

«ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ КАЗАХСТАНА В БОЛОНСКИЙ ПРОЦЕСС»

УДК 61:312.6-001.76-378

А.А. АКАНОВ, Ж. ПАДАЙГА, М.А. КАМАЛИЕВ, С.Ю. ЯНОНИС, А.М. АУЕЗОВА
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
Литовский университет наук здоровья

ВКЛАД МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Информатизация обязана быть наиважнейшей составной частью инновационных программ в здравоохранении Республики Казахстан и содействовать достижению поставленных целей. Она должна включать комплекс мероприятий по разработке и внедрению организационного, методического программного и технического обеспечения этих программ. Вместе с тем, в настоящее время в Казахстане ощущается острая потребность в развитии таких научно-методологических основ информационного менеджмента в системе здравоохранения, который должен обеспечить эффективное использование ресурсов информационных систем в интересах основной деятельности.

Ключевые слова: общественное здравоохранение, инновация, информатизация.

Позитивные перемены, происходящие в здравоохранении в последние годы, свидетельствуют о выходе отрасли из системного кризиса и выходе на траекторию устойчивого развития. Объективным доказательством перемен является Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы и Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы.

Интенсивное развитие отрасли демонстрируется строительством новых организаций здравоохранения, оснащением современным оборудованием, введением в строй центров высоких технологий, новшествами в оплате труда специалистов – все это свидетельствует о появлении новых возможностей для дальнейшего технологического роста.

Вместе с тем, характер проводимых мероприятий, управление ими с превалированием инициативы высших органов власти, результаты, полученные за счет колоссальных усилий большого числа задействованных чиновников всех уровней убедительно свидетельствуют об отсутствии в отрасли эффективно функционирующей и самостоятельно развивающейся на основе современных подходов системы управления инновационным развитием.

Международная статистика использует ряд показателей, характеризующих уровень научно-технического потенциала стран. Среди них: доля затрат на НИОКР в ВВП; затраты на НИОКР на душу населения; численность научных кадров на 1000 человек трудовых ресурсов; патентная динамика, коэффициент изобретательности или инновационной активности (число подавших заявки на изобретения на 10 тыс. человек); «коэффициент диффузии изобретения», измеряемый числом заявок на патент в других странах; сальдо технологического платежного баланса страны; «коэффициент технологической независимости»; индекс цитируемости научных работ и др.

Если провести оценку ситуации в медицине и здравоохранении с учетом перечисленных тенденций в области управления использованием медицинских знаний, то становится понятным существенное отставание отрасли по каждому из изложенных критериев, что, безусловно, создает негативные последствия как для научно-технического развития отрасли, так и для реализации ее интеллектуального потенциала на внутренних и международных рынках знаний [1].

В этих условиях курс на инновационное развитие здравоохранения обусловлен необходимостью перехода на новый технологический уровень как лечебно-диагностического процесса, так и организационно-управленческой деятельности. Для практического здравоохранения особую значимость приобретает создание системы инновационного управления и особенно той ее части, которая связана с трансфером и освоением новшества.

Актуальной проблемой современного здравоохранения является информатизация, направленная на построение и развитие информационной инфраструктуры, ключевое значение в которой имеют управляющие и аналитические информационные системы, созданные на базе компьютерной

техники и компьютерных сетей, информационных технологий и телекоммуникационной связи.

В Республике Казахстан информатизация системы здравоохранения является составной частью государственной информационной политики. Государственной программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438, предусмотрено создание Единой информационной системы здравоохранения (ЕИСЗ) РК, результатом которой стало внедрение информационных технологий в здравоохранение и создание республиканского информационно-аналитического центра с филиалами во всех регионах.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113, в развитие информатизации в здравоохранении включает дальнейшее совершенствование и внедрение ЕИСЗ; реализацию в ЕИСЗ клинических алгоритмов, протоколов и прочих стандартов. В этом же направлении задействован реализуемый совместно с Всемирным Банком проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан».

Вместе с тем отмечено, что, несмотря на активное внедрение ЕИСЗ РК, на сегодняшний день сохраняется недостаточный уровень информационно-коммуникационной инфраструктуры в здравоохранении, низкий уровень компьютерной грамотности среди медицинского персонала и отсутствие автоматизации лечебно-профилактического процесса.

В настоящее время информатизация здравоохранения Республики Казахстан переживает сложный период своего развития. С одной стороны, модернизация здравоохранения требует ускорения информатизации, компьютеризации и автоматизации системы, а с другой – отсутствие системности и организационной упорядоченности в условиях неподготовленности руководителей лечебно-профилактических организаций и медицинских кадров. Результатом сложившейся ситуации явилось значительное торможение в решении проблем развития информатизации здравоохранения и накопление новых проблем, требующих своего решения.

Отечественный рынок технологий информатизации и связи захвачен продукцией мировых зарубежных производителей, в большинстве американских; реально можно говорить только о перспективе появления на рынке отечественных прикладных, наукоемких обеспечивающих информационных технологий.

Казахстанский рынок технологий информатизации и связи ориентирован исключительно на технические средства зарубежного производства, что приводит к снижению общей доли отечественных разработок информационных технологий по отношению к количеству адаптируемых зарубежных.

Рынок информационных технологий сегодня располагает информационными ресурсами и технологиями. Однако многие из них морально и физически устарели с точки зрения программного обеспечения и аппаратных средств; другие не

рассчитаны на работу в едином информационном пространстве, а технологии, используемые для передачи данных, не способны обеспечить актуализацию данных в реальном масштабе времени.

Особое внимание в процессах информатизации здравоохранения большинства стран уделяется стандартизации информационных систем здравоохранения, которая направлена на достижение совместимости и взаимодействия между независимыми системами и снижение затрат на их разработку и сопровождение.

Эффективность функционирования информационных систем существенно зависит от внедрения стандартов обмена данными и единой системы классификации и кодирования. Особенно актуальной для информационных систем является проблема стандартизации обмена данными не только внутри системы, но и с участниками информационного взаимодействия.

Наиболее экономичным, технически грамотным и быстрым способом решения проблемы разработки стандарта в информационных системах здравоохранения представляется адаптация к казахстанским условиям разработок организаций международного уровня, специализирующихся на стандартизации электронного обмена данными в соответствующей отрасли. Наиболее перспективными в этом отношении являются стандарты европейского комитета по стандартизации в области медицинской информатики CEN/TC251, американского института стандартизации ANSI (HL7, X12N), технического комитета по медицинской информатике международной организации по стандартизации ISO/TC215 [1].

В этой связи представляется рациональным разработка и апробация стандарта информатизации медицинской организации в процессе пилотного проекта с их последующими доработкой и полномасштабным внедрением.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова и Литовский университет наук здоровья приступил к реализации научного проекта, цель которого заключается в разработке научно обоснованных и подтвержденных лучшей практикой модели управления медицинской организацией на основе внедрения инновационных информационных технологий.

Разрабатываемая медицинская информационная система будет отвечать следующим требованиям: полное соответствие разработанным новым процессам работы медицинской организации; простота при использовании и дружелюбна для пользователя; достижение функциональности и легко используемости без особых тренировок; создание сети между собой связанных отдельных компонентов.

Технологические характеристики к разрабатываемым информационным технологиям, которые будут адаптироваться и внедряться, следующие:

- система будет построена с использованием современных Web-технологий по современным принципам строения архитектуры информационных систем SOA (Service oriented architecture);

- хранение данных, отображение данных и логика действий реализуются на различных уровнях архитектуры информационной системы;

- система будет использоваться при помощи всех популярных интернет браузеров (Internet Explorer, Opera, Mozilla, FireFox, Google Chrome);

- система обеспечит высокую эффективность работы и безопасность данных при использовании в легко обслуживаемой среде;

- система обеспечит высокую надежность и скорость работы при одновременном использовании системы большим числом пользователей;

- система легко интегрируется с другими системами при использовании международных стандартов соответствующих транспортных протоколов;

- система легко подвергается модификации и адаптации по нуждам пользователей определенной среды. Все основные функции и компоненты системы будут сконструированы на специальном каркасе (framework), который позволяет легко производить нужные изменения системы.

В процессе адаптации и внедрения новых информационных технологий будут обучены специалисты здравоохранения, способные в дальнейшем самостоятельно выполнять работы по обслуживанию, дальнейшей модернизации и развитию приобретенных информационных технологий, обучать пользователей и готовить других аналогичных специалистов, а также студенты.

В целом медицинская информационная система направлена на совершенствование управления здравоохранением и повышение качества и доступности медицинской помощи.

Сегодня ведение документации отнимает у врача слишком много времени: карты, направления, протоколы, выписки, регистрационные формы и пр. Предлагаемые нами медицинские информационные технологии и специализированное программное обеспечение позволят легко вести полный медицинский электронный документооборот. При автоматизации медицинской организации успешно внедряются электронные амбулаторная карта и история болезни, составляются отчеты и формируется медицинская статистика.

Автоматизация медицинских организаций на основе создания единого информационного пространства лечебно-профилактической организации позволяет создавать автоматизированные рабочие места врачей, организовывать работу отдела медицинской статистики, создавать базы данных, вести электронные истории болезней и объединять в единое целое все лечебные, диагностические, административные, хозяйственные и финансовые процессы. Автоматизация поликлиники или стационара значительно упрощает ряд рабочих процессов и повышает их эффективность. Контроль, учет и планирование в единой системе в результате приведут к улучшению условий работы и качества предоставляемых услуг, а также повышению конкурентоспособности лечебно-профилактической организации на рынке.

При внедрении медицинской информационной системы и разработке новых процессов работы медицинской организации будут достигнуты следующие основные результаты: экономия времени медицинского персонала, улучшение качества планирования, улучшение управления процессами работы, помощь при принятии клинических решений, облегченный доступ к информации.

Базовой организацией, участвующей в разработке и испытании типовых проектов комплексной информатизации здравоохранения для последующего их внедрения в системе здравоохранения РК, определена объединенная клиника университета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Причины и предпосылки возникновения всемирного хозяйства и формирования мировой экономики. Закономерности развития мировой экономики // <http://do.gendocs.ru/>

А.А. АКАНОВ, Ж. ПАДАЙГА, М.А. КАМАЛИЕВ, С.Ю. ЯНОНИС, А.М. АУЕЗОВА
ИННОВАЦИОННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР

Түйін: Мақалада Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесін реформалаудағы жетістіктер мен проблемаларға, оларды қозғаушы факторларға қысқаша талдау жасалған. Авторлар қазіргідей қоғамда саяси экономикалық және басқадай процестер жүріп жатқанда денсаулық сақтау саласын қайта ұымдастыруда заң шығарушы органдар, басқару құрылымдарының атқарушы қызметінің әлі де жеткіліксіз екендігі жөнінде қорытындыға келген. Денсаулық сақтау реформасын жоспарлау шараларын тек халықаралық тәжірибе негізінде емес, республиканың экономикалық-әлеуметтік жағдайын, қоғамда денсаулық сақтау жөнінде жан-жақты экономикалық зерттеулерді ескере отыра жасалшы қажет.

Түйінді сөздер: қоғамдық денсаулық сақтау, инновация, информатизация.

A.A.AKANOV, ZH.PADAIGA, M.A.KAMALIEV, S.J.JANONIS, A.M.AUYEZOVA
CONTRIBUTION OF MEDICAL EDUCATION TO INNOVATIVE DEVELOPMENT OF HEALTH CARE

Resume: Informatization is obliged to be the most important component of innovative programs in health care and to promote achievement of goals. It has to include a complex of actions for development and deployment of organizational, methodical program and technical support of these programs. At the same time, now in Kazakhstan the sharp need for development of such scientific and methodological bases of information management for system health care which has to provide effective use of resources of information systems in interests of primary activity is felt.

Keywords: public health services, innovation, informatization.

УДК 61:378.4:378.142

М.А. АБИРОВА, С.С. САРСЕНБАЕВА, Е.А. СЛАВКО
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова.

К ВОПРОСУ РЕАЛИЗАЦИИ КРЕДИТНОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ В КАЗНМУ

В статье проанализированы основные итоги реализации Модели медицинского образования и кредитной системы обучения, обозначены сильные стороны и проблемные участки, обусловленные причинами как локального (университетского) уровня, так и системными процессами, происходящими в высшем образовании страны.

Кредитная система обучения - это способ организации учебного процесса, при котором обучающиеся имеют возможность индивидуально планировать последовательность образовательной траектории. Кредит (Credit, Credit-hour) - это унифицированная единица измерения объема учебной работы обучающего (преподавателя), соответствующая общей трудоемкости за любой академический период. В большинстве высших учебных заведениях стран Евросоюза применяется новая система оценки успеваемости студентов [1]. В европейских ВУЗах уже не встретишь привычных для казахстанского студента или преподавателя оценок от 2 до 5, так как используется кредитная система обучения, или система перевода и накопления кредитов (ECTS - The European Credit Transfer System). В Казахстане в бакалавриате 1 кредит-час равен 1 академическому часу аудиторной работы студента в неделю на протяжении семестра, причем каждый академический час лекционных и практических занятий сопровождается 2 часами (100 минут) самостоятельной работы студента. Для изучения той или иной дисциплины объемом 1 кредит за (1+2) часа в неделю, за семестр (15 недель) требуется 45 часов. Существующие и применяемые в различных странах мира системы кредитов отличаются не только своим основным назначением, но и подходом к понятию и определению «кредита». Кредитная технология обучения, в целом прогрессивна и действительно может организовать европейское образовательное пространство в единую цельную систему [2]. Предпосылками перехода на кредитную систему обучения являются: необходимость повышения качества обучения и образования; ужесточение требований рынка труда; присоединение высшего образования Казахстана к Болонскому процессу.

Медицинские вузы и факультеты Европы и России, подписавшие Великую Хартию университетов в ходе длительного обсуждения определили те направления

Болонского процесса, которые они считают приемлемыми и целесообразными для прогресса высшей медицинской школы: признание выпускных квалификаций; развитие академической мобильности; введение системы кредитов; внедрение системы управления качеством образования.

Общепризнанными достоинствами кредитной технологии обучения являются соответствие международным общеобразовательным стандартам и решение проблемы признания документов об образовании, унификация образовательных программ с учетом мировых тенденций, академическая свобода и вариативность учебных программ. У студентов появляется свободный доступ ко всем уровням университетского образования зарубежных стран, право выпускников бакалавриата и магистратуры на трудоустройство в любой стране.

При кредитной технологии обучения проверяется объем знаний студентов, что позволяет развивать творческий подход и исследовательские навыки. Самостоятельная работа как часть процесса самообразования имеет принципиальное методологическое значение. Установка на «добывание» знаний является залогом постоянного улучшения профессионализма в будущем. Самостоятельная познавательная деятельность студента предполагает его умение ориентироваться в новой ситуации, самостоятельно видеть и ставить проблему, находить подходы и пути её решения.

Характерными признаками кредитной системы обучения являются [3]:

- Кредитная система обучения является нелинейной системой обучения;
- Введение системы кредитов для оценки трудозатрат обучающихся и преподавателей по каждой дисциплине;
- Объем каждой дисциплины осуществляется на основе ГОСО и типовых учебных планов;

- Свобода выбора обучающимися дисциплин из числа дисциплин по выбору, включенных в рабочий учебный план при формировании индивидуального учебного плана;
- Свобода выбора обучающимися преподавателя;
- Непосредственное участие обучающегося в формировании своего индивидуального учебного плана;
- Вовлечение в учебный процесс эдвайзеров, содействующих обучающимся в выборе образовательной траектории;
- Широкие полномочия университета в организации учебного процесса, в определении и учете видов педагогической нагрузки преподавателей;
- Использование модульно-рейтинговой системы оценки учебных достижений обучающихся по каждой учебной дисциплине.
- Обеспечение учебного процесса всеми необходимыми учебными и методическими материалами в печатной и электронной формах;

С 2006 г. в Казахском национальном медицинском Университете (КазНМУ) имени С.Д.Асфендиярова проводится трехуровневая подготовка специалистов – бакалавр, магистр, PhD (докторантура) по специальностям «организация здравоохранения» и «менеджмент в медицине и фармации», а так же программа подготовки по специальности «общая медицина» – бакалавр, интерн, резидент. Сохраняя лучшие традиции отечественного образования, в КазНМУ осуществлена адаптация своей системы подготовки кадров к европейской, т.е. реализация непрерывности образования, интеграции науки, практики и образования и повышение его качества. Кардинальным шагом создания качественно-нового уровня медицинского образования в КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова явилась разработка запатентованной модели профессиональной компетентности выпускника КазНМУ, включающей компоненты: знание, практические, коммуникативные и правовые навыки, непрерывное самосовершенствование (свидетельство об авторском праве № 266 от 28.02.2012 г. Комитета по правам интеллектуальной собственности Министерства юстиции РК).

В КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова осуществляется поэтапное внедрение кредитной технологии при соблюдении всех требований ГОСО и при поддержке Министерства здравоохранения и Министерством образования и науки Республики Казахстан. Так в 2010-2011 учебном году, новая система обучения начала реализовываться по специальностям «Сестринское дело», «Менеджмент», «Фармация». В 2011-2012 учебном году по специальностям «Общественное здравоохранение», «Медико-профилактическое дело». В 2012-2013 учебном году кредитная система внедрена на специальностях «Общая медицина» и «Стоматология».

На начальном этапе внедрения КСО на специальностях «Общая медицина» и «Стоматология» 1 кредит в зависимости от уровней обучения был определен как 36 часов, 45 часов и 54 часа. Кредит «весом» 36 часов включал контактные часы (аудиторная работа), самостоятельную работу с преподавателем (СРС) и самостоятельную работу обучающегося (СРО, которые составляли по 12 часов. При кредите 45 часов, все виды работ имели одинаковую протяженность, т.е. по 15 часов. В кредите объемом 54 часа, все виды работ так же были равны и составляли 18 часов. С 2013 г. кредит по всем специальностям университета составит 45 часов.

Для эффективной реализации основных параметров Болонского процесса и КСО, в КазНМУ имени С.Д.асфендиярова были созданы соответствующие условия, включающие изменения в менеджменте образовательного процесса, реструктуризация ряда подразделений университета и создание новых структур. Инновационная система менеджмента университета включает матричную систему управления образовательным процессом, создание 9 учебных департаментов и 11 комитетов образовательных программ по специальностям, модернизация направлений деятельности Департамента учебно-методической работы, создание групп независимых экспертов качества учебных занятий, службы эдвайзеров, организацию системы тьюторства на младших курсах, открытие

Центров формирования и развитии компетенций выпускника и преподавателей (Центр практических навыков, Центр коммуникативных навыков, Центр языковой подготовки), создание в 2012 г. Модуля медицинского право с основами законодательства и Школы педагогического мастерства им.Х.С.Насыбуллиной. С целью разработки стратегии развития образовательного процесса в Университете, анализа проведенных преобразований и выработки рекомендаций для совершенствования образовательного процесса в ноябре 2010 г. открыт Центр мониторинга анализа качества образования и научного сопровождения реформы медицинского образования, который уже провел 26 институциональных исследований разных аспектов образовательной деятельности университета. Реализуется деятельность виртуального института Болонского процесса КазНМУ. Внесены изменения и дополнения в регламентирующие образовательный процесс документы. Начато осуществление трансфера технологий обучения путем развития академической мобильности, партнерства с вузами, приема на обучение иностранных граждан. Разработаны механизмы ответственности руководителей учебных подразделений за предоставление качественных образовательных услуг.

Наряду с изменениями управления образовательным процессом, после внедрения Модели медицинского образования КазНМУ и основных параметров Болонского процесса, с целью адаптации существующей системы подготовки выпускника медицинского вуза, были пересмотрены цели обучения и принципы обучения. Основными принципами современного обучения в медицинском университете являются: осмысленность, практическая значимость изучаемого материала; приоритет самостоятельного обучения и совместной деятельности обучающихся и обучающихся; связь изучаемого материала с жизнью и практикой и имеющимися знаниями у опора на познавательные потребности обучаемых, их жизненный опыт; ориентация на разноуровневое освоение учебного материала (бакалавриат, интернатура, резидентура); максимальная интеллектуальная и эмоциональная вовлеченность обучаемых в учебный процесс; неформальная атмосфера учебных занятий; критическое отношение к изучаемому материалу.

За период 2010-2012 г.г. в КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова осуществлены мероприятия, направленные на реализации Модели медицинского образования и кредитной системы обучения, включающие перерасчет кредитов по системе ECTS, адаптацию образовательных программ и учебных планов, методических подходов к отработке операциональных и коммуникативных навыков обучающихся, формированию компетенции саморазвития и самосовершенствования, проведена рационализация каталога элективных дисциплин, внедрена система оценки компетенций, выборность преподавателей через АИС-КазНМУ, разработаны квалификационные требования к выпускнику КазНМУ. С 2010 г. осуществляется реализация программы трехязычия и информационного проекта «Модель медицинского образования КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», итогом которой стало издание 13-ти книг, посвященных методам обучения и оценки достижений выпускника медицинского вуза, образовательным программам бакалавриата и интернатуры, системе оценки компетенций, модели формирования правовых, практических и коммуникативных навыков обучающихся.

С 2012 г. проводится подготовка специалистов по дисциплине «менеджмент в медицине и фармации» по программе дублированного образования в Высшей Школе менеджмента г. Барселона (Испания) и разработано 15 совместных образовательных программ по фармации и менеджменту в здравоохранении и фармации с ВУзами-партнерами КазНМУ Санкт-Петербургской химико-фармацевтической академией, Ташкентским фармацевтическим институтом, Национальным фармацевтическим университетом г.Харьков, Университетом ветеринарии и фармации г.Брно, Чехия, Сибирским Государственным медицинским университетом, г.Томск,

Национальным центром исследований натуральной продукции Университета Миссисипи, США.

В рамках договоров успешно реализуются программы по обмену студентами и магистрантами, так в 2011-2012 учебном году 70 обучающихся, в т.ч.49 студентов бакалавриата участвовали в программе академической мобильности. Из них 40 человек выезжали по программе внутренней мобильности и 9 студентов - в зарубежные вузы, среди которых Национальный фармацевтический Университет (Харьков, Украина), Кировская ГМА (г. Киров, Россия), Университет им. А.Людвига (г. Фрайбург, Германия). 11 магистрантов, обучающихся по специальности «Медицина», выезжали на обучение в Синьцзянский Медицинский Университет (КНР), 3 магистранта, обучающихся по специальности «Фармация» - в ТашФАРМА (г. Ташкент, Узбекистан), 4 – в Национальный фармацевтический Университет (Харьков, Украина). 3 резидента, обучающихся по специальности «инфекционные болезни», проходили обучение в Университете Erciys (г. Кайсери, Турция). 8 магистрантов специальности «Общественное здравоохранение» обучались по программе дудипломного образования в Высшей Школе менеджмента (г. Барселона, Испания). В 2012-2013 уч.г. 124 студента выезжали по программам академической мобильности в вузы Казахстана, стран СНГ, США, Европы, Китая, что в 1,8 раз больше по сравнению с предыдущим годом. В свою очередь в 2011-2012 уч.г. 8 студентов из Карагандинского ГМК и 2 студента из Кировской ГМА (г. Киров, Россия) обучались в КазНМУ. В 2011-2012 учебном году более 50-ти преподавателей прошли стажировки в ведущих зарубежных организациях образования и практического здравоохранения и/или приняли участие в международных конференциях, форумах, семинарах. В 2011-2012 г.г. 2 преподавателя выезжали в качестве приглашенных лекторов в университеты США, то в 2012-2013 уч.года уже 15 преподавателей КазНМУ приглашены в качестве визитинг-профессоров в вузы Великобритании, Австрии, Чехии, Испании, Израиля, Белоруссии и Украины.

Финансируемая Министерством образования и науки Республики Казахстан программа привлечения зарубежных специалистов, позволила КазНМУ за 2011-2012 учебный год пригласить 150 зарубежных ученых из 43 стран мира, треть из

них проводили лекции и занятия на английском языке. За 3 года существования программы КазНМУ пригласил для проведения занятий и лекций 351 зарубежный преподавателя из 23 стран мира, в том числе за 1 полугодие 2013 г. – 53.

Наряду с определенными успехами внедрения основных параметров Болонского процесса, кредитной системы обучения и Модели медицинского образования КазНМУ, определены проблемы, включающие системные и локальные причины. К системным причинам следует отнести отсутствие опыта организации учебного процесса на основе кредитной системы обучения в медицинском образовании Казахстана, «зжатость» образовательного процесса рамками ГОСО, отсутствие собственной университетской клиники, дефицит аудиторного фонда, большой контингент студентов, низкий уровень владения иностранными языками студентами и преподавателями. Локальными причинами сложностей внедрения кредитной системы обучения в КазНМУ являются следующие: инертность части профессорско-преподавательского состава, ориентированной на использование традиционной методики обучения; неумение значительной части студентов самостоятельно добывать знания (зависимы от преподавателя) и перерабатывать объемный материал; низкая активность «слабых» студентов во время СРСР; формы и содержание СРСР, критерии оценки требуют унификации и единых подходов; недопонимание студентами роли СРСР в учебном процессе; сложная система оценки компетенций. Тем не менее, при реализации Модели медицинского образования КазНМУ и кредитной системы обучения обозначены сильные стороны университета, которые следует укреплять и развивать, а именно приверженность руководства вуза изменениям структуры преподавания с приоритетом на конечный результат, поддержка со стороны Министерства здравоохранения РК новых методов в подготовке медицинских кадров, наличие ТОП-группы преподавателей, которые могут и хотят изменить образовательный процесс в вузе, наличие определенной материальной базы для реализации кредитной системы обучения, заинтересованность студентов во внедрении новых подходов в организации образовательного процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Абдыгаппарова С.Б. Основы кредитной системы обучения в Казахстане / С.Б. Абдыгаппарова, Г.К. Ахметова, С.Р. Ибатуллин, А.А. Кусаинов и др. (под ред. Ж.А. Кулекеева и др.) – Алматы: Казак университеті, 2003. – 198 с.
- 2 Чучалин А. Кредитно–рейтинговая система / А. Чучалин, О. Боев // Высшее образование в России. - 2004. - № 3.
- 3 http://elfa.bham.ac.uk/ELFA/Bologna_Declaration_1999/european_credit_trans-fer_system.htm

М.А.АБИРОВА, С.С.САРСЕНБАЕВА, Е.А.СЛАВКО
ҚАЗҰМУ КРЕДИТТІК ОҚЫТУ ЖҮЙЕСІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ МӘСЕЛЕСІ

Түйін: Мақалада медициналық білім беру үлгісін және кредиттік оқыту жүйесін жүзеге асырудың негізгі нәтижелері талданып, еліміздің жоғары оқу орындарында болып жатқан, локальді (университеттік) деңгеймен, сонымен қатар жүйелі үдерістермен анықталған мықты және күрделі жақтары белгіленген.

M.A. ABIROVA, S.S. SARSEN BAYEVA, E.A. SLAVKO.
TO THE PROBLEM OF REALIZATION OF CREDIT SYSTEM OF EDUCATION AT KAZNMU

Resume: The main results of realization of the Model of medical education and credit system of education are analyzed in the article. The strong parts and problematic zones caused by the reasons of local (university) level and system process in higher education of the country are pointed.

М.А.АБИРОВА, Э.К.КАРЛОВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЗАЧЕТА КРЕДИТОВ ПО ТИПУ ECTS НА ПРИМЕРЕ КАЗНМУ ИМЕНИ С. Д. АСФЕНДИЯРОВА

Внедрение системы кредитов в медицинское образование необходимо для интеграции в общеевропейскую систему образования и создания единого образовательного пространства, а также повышения мобильности студентов и преподавательского состава. Европейская система трансферта и накопления кредитов (ECTS) является одним из основополагающих элементов Болонского процесса. Рассмотрены особенности перерасчета учебных часов в кредиты на примере КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова.

Ключевые слова: Европейская система трансферта и накопления кредитов (ECTS), академическая мобильность, информационный пакет специальностей, приложение к диплому.

Внедрение системы перевода и накопления кредитов – системы ECTS имеет ключевое значение в рамках интеграции вузов Казахстана в международное образовательное пространство. Система ECTS является одним из основных инструментов обеспечения академической мобильности студентов и преподавателей вузов, гарантирующим сопоставимость учебных программ, признание квалификаций и применение их для образования в течение всей жизни [1].

Исходя из сказанного, внедрение в учебный процесс вуза системы зачетных единиц рассматривается как одно из наиболее значимых направлений внедрения Болонского процесса и решает следующие задачи:

- является инструментом обеспечения академической мобильности студентов и преподавателей;
- способствует повышению конкурентоспособности вуза на рынке образовательных услуг;
- открывает новые возможности для международного сотрудничества и способствует развитию коммуникативных связей между вузами;
- оказывает помощь при решении вопросов академического признания квалификаций.

➤ **Студентам** внедрение системы зачетных единиц предоставляет возможность:

- самостоятельно формировать программу обучения (индивидуальную образовательную траекторию);
- иметь доступ к полноценным учебным курсам и возможность обучения в другом вузе;
- выбрать лучших преподавателей;
- достичь признания диплома и применения его на следующих ступенях обучения.

➤ **Преподавателям** внедрение системы зачетных единиц предоставляет возможность:

- творчески подойти к обучению и постоянно самосовершенствоваться;
- повысить свою квалификацию и статус в преподавательской среде;
- улучшить качество образовательного процесса;
- реализовать академическую мобильность преподавателей.

Однако перевод учебных часов по дисциплинам, изучаемым в медицинском вузе, в кредиты ECTS требует длительной работы, поскольку накопительная система зачетных единиц должна охватывать не только аудиторную нагрузку, а все виды учебной работы, включая практику и различные аттестационные мероприятия. Недостаточно простого подсчета учебной нагрузки каждой дисциплины и соответствующего числа кредитов, но также необходимо детальное описание всей программы обучения с информацией о содержании, методологии обучения, методов оценки программ курсов. Существенная черта системы ECTS заключается в том, что кредиты сами по себе не являются единицами, а всегда

описывают выполненную работу как часть учебного плана. Следовательно, кредиты накапливаются в рамках последовательной программы обучения, отражая определенный объем работы, успешно завершённый на определенном уровне для признания квалификации [2].

В связи с переходом КазНМУ на кредитную технологию обучения начата работа по осуществлению перевода кредитов в Европейскую кредитно-трансфертную систему (ECTS) и имеются следующие достижения:

- Создана рабочая группа по перерасчету кредитов РК по типу ECTS и для составления информационного пакета специальностей
- Проведены обучающие семинары по вопросам перерасчета кредитов РК по типу ECTS для ППС и для стажеров.
- Разработано «Положение о порядке перерасчета кредитов по типу ECTS»
- Произведен перерасчет учебных часов в кредиты РК и в кредиты ECTS по всем специальностям по каждому учебному году и за весь период обучения в вузе.
- Разрабатываются информационный пакет специальностей и Общеевропейское Приложение к диплому в соответствии с моделью, разработанной Европейской комиссией, Советом Европы и ЮНЕСКО/СЕПЕС.

В Государственном общеобразовательном стандарте образования РК 2006 года объем часов по всем специальностям, кроме общей медицины и стоматологии, рассчитаны по кредитной технологии обучения. Трудоемкость одного казахстанского кредита теоретического обучения с учетом аудиторных занятий и самостоятельной работы обучающегося составляет 45 часов работы [3]. По специальностям «Общая медицина» и «Стоматология» объем часов по дисциплинам выражается числами, кратными 36, 45 и 54.

В качестве эксперимента в 2012-2013 учебном году специальности «Общая медицина» и «Стоматология» были так же переведены на кредитную систему обучения, вследствие чего возникла необходимость перерасчета объема часов в кредиты. Чтобы пересчитать эти часы в кредиты было принято решение:

- по тем дисциплинам, где объем часов - 36 или кратные 36 за кредитную единицу принимать:

1 кредит = 36 часов

- по тем дисциплинам, где объем часов 54 часа или кратные 54 за кредитную единицу принимать:

1 кредит = 54 часа

Предложенная методика перерасчета учебных часов в кредиты на переходном этапе позволила осуществить перевод кредитов в европейскую кредитно-трансфертную систему (ECTS). Таким образом, в Казахском национальном медицинском университете имени С.Д. Асфендиярова создаются все необходимые условия для предоставления образовательных услуг с учетом мировых тенденций развития образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Давыдова О.В., Звонников В.И., Чельшкова М.Б. Методические рекомендации по внедрению в вузе системы зачетных единиц (кредитов) // Государственный университет управления, Центр качества. – М.: ГУУ, 2010. – 50 с.
- 2 Закирова Г.Д., Наренова М.Н., Кеншинбай Т.И., Усенбаева Г.Д. Реформирование высшего образования в Казахстане Болонский процесс: информационные материалы для практических действий.-Алматы: 2009. - 120 с.
- 3 Правила организации учебного процесса по кредитной технологии обучения, утвержденных приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 20 апреля 2011 года № 152

М.А.АБИРОВА, Э.К.КАРЛОВА

**С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗҰМУ-ДЕ ОҚУ САҒАТТАРЫН
ECTS КРЕДИТТЕРІНЕ АУЫСТЫРУДЫҢ ӨЗІНДІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Түйін: Медициналық білім беру саласына кредиттік жүйені енгізу жалпы еуропалық білім беру жүйесіне кіріуге және бірыңғай білім беру кеңістігін қалыптастыруға, сонымен қатар оқытушылар құрамы мен білім алушылардың мобильділігін арттыруға ықпал етеді. Кредиттерді жинаудың және трансферттың еуропалық жүйесі (ECTS) Болон үдерісінің негізін қалаушы құрамдас бөліктердің бірі болып табылады. Мақалада С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-да оқу сағаттарын кредиттерге ауыстырудың және оларды қайта есептеудің өзіндік ерекшеліктері қарастырылған.

Түйінді сөздер: Кредиттерді жинаудың және трансферттың еуропалық жүйесі (ECTS), академиялық ұтқырлық, мамандықтардың ақпараттық жинағы, дипломға қосымша.

M.A. ABIROVA, E.K. KARLOVA

**FEATURES OF THE CREDIT TRANSFER SYSTEM ECTS BY THE EXAMPLE
KAZNMU NAMED AFTER S.D. ASFENDIAROV**

Resume: The introduction of a credit system in medical education is necessary for integration into the European education system and the creation of a unified educational area, and improving the mobility of students and teaching staff. The European system of transfer and accumulation of credits (ECTS) is one of the fundamental elements of the Bologna process. The features of the allocation of teaching hours in loans for example in KazNMU named after SD Asfendiayarov.

Keywords: European system of transfer and accumulation of credits (ECTS), academic mobility, information pack specialties, the Diploma Supplement.

УДК 61:37.022-001.76

А.А. АБДУХАЛЫКОВ, Г.Б.АБАСОВА, Э.Ж.ИСКАНДИРОВА, Қ.А.САРТАЕВА, Г.А.ШАГИЕВА, Ж.Б.ЖАҚСЫБАЕВА

*Қ. Яссауи атындағы ХҚТУ
ОҚМФА*

ШЫҒЫС МЕДИЦИНАСЫН ОҚЫТУДА ЖАҢА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Дәстүрлі қытай медицинасы әлемге кең таралған, оны меңгерудің өзіндік ерекшеліктері бар, замануи және шығыс медицинасы бойынша терең білімді талап етеді. Электронды кітаптар кеңінен қолданылады, мультимедиялық құрылымдар, аурикулотерапия, мануалды терапия, нүктелік массаж бойынша видеоматериалдар, рефлексотерапия әдістерінің замануи әдістері қолданылады.

Дәстүрлі қытай медицинасы (ДҚМ) Шығыс Азия елдеріне тән және де бүкіл әлемдік медицинаның салаларының біріне жататын өз алдына қалыптасқан үлкен білім. Ол кез келген ауқымта медицина қызметкерлерінің және қарапайым адамдардың аса қызығушылықпен қараған қазіргі замандағы медицинаның бір бөлігі.

СССРО-да, соның ішінде Қазақстанда тарихи қалыптасуы мен медицинаның даму ерекшеліктеріне байланысты шығыс медицинасына акупунктура емдей әдісі (инешаншу мен күйдіру) кеңінен орын алып отыр. Бүгінгі таңда су-джок, мануальды терапия мен остеопатия, ци-гун фиторапия, шығыс массажы өте жылдам дамып келе жатыр [1].

Шығыс медицинасына қызығушылықтың артуына байланысты осы сала бойынша білімі терең және практикалық дағдылары жақсы деңгейдегі, кагірлі заманауи медицинаны және дәстүрлі медицинаны игерген мамандарды дайындаудың өзектілігі бүгінгі күннің үлкен мәселесіне айналып отыр. Біздің елде бұл мәселе Қ.Ясауи атындағы халықаралық казак-түрік университетінің медицина факультетінің құрамында дипломға дейінгі шығыс медицина мамандарын дайындау арқылы іске асты.

Алғашқы рет Қазақстанда бұл күрделі мәселенің құқықтық және юридикалық нормативтері толығынан шешілді. Республика көлемінде «Шығыс медицина» мамандығы бойынша дипломға дейінгі білім берудің типтік және жұмыс бағдарламалары құрастырылды. Олар Қытай халық республикасының, Монғолия, Индия, Тибет медициналық мектептерінің, Қазақстандағы жоғарғы медициналық оқу мекемелерінің оқу бағдарламаларының негізінде құрастырылды. Осы негізгі құжаттарға сүйене отырып 1995 жылы «Шығыс медицина» - 0407 мамандығы бекітілді, ал 1996 жылы қазақстан республикасының негізгі жоғарғы медициналық білім Мемлекеттік стандарты қайта қаралды.

Сонда, Шығыс медицинасын оқыту қандай ғылыми негізделген принциптерге сүйенеді? Ең алдымен, шығыс медицинасы маманы өзінің ой-өрісін өзгертуі қажет, адами қасиеттерін дамытып, салауаттылық деген ұғымдарды жете түсінуі қажет [2].

Студенттердің фундаментальді білімі қазіргі заманауи жалпы медициналық, философиялық концепцияларды және шығыстың буддистік философиясын, тибеттік медицинаны (Джуд-ши), Абу Али Ибн синаның “Медициналық ғылымның

каноны”, “У-синь”, “Инь-Ян”, “Ци-сюе”, “Чжан-фу», «Цзан-фу» т.б теориялар мен концепцияларды зерттеу арқылы қалыптасуы қажет. Жоғарыда айтылған философиялық әбеби трактаттарды зерттеу болашақ шығыс медицинасы дәрігерлерінің адам денсаулығы және жалпы патология туралы көз қарасын қалыптастыруда маңызы зор.

Шығыс медицинасын зерттеудің практикалық жағы фундаментальды еңбектерге сүйенеді, онда салауатты өмір сүру, тағамдарды дұрыс қолдану және дұрыс тамақтану, тұрмыстық-салттық және еңбектенудеі денсаулықты сақтау үшін дұрыс пайдалану әдістері айтылады, және де осы заңдылықтарды ауру пайда болғанда пайдалану туралы талқыланады [3].

Шығыс медицинасында ауруды емдеу үшін кешенді әдістер (инешаншу, күйдіру, каналу, циг-унтерапия, т.б.), сонымен қатар табиғи заттар (фитотерапия, минералотерапия, аллопатия, т.б.) кеңінен қолданады.

Екінші кезекте еуропалық медицина жүйесі аурудың себептерін патогенезі мен маногенезін, диагностикасы мен емдеу әдістерін зерттеуде үлкен жетістіктерге жетті. Сондықтан, бұл жаңалықтардың бәрі оқу бағдарламаларында тиісті орын алады, және олардың көлемі мен мазмұны республикадағы жоғарғы медициналық оқу орындарындағы көлемге сәйкес келеді.

Бірдің ойымызша, жаңа мен көне білімдерді зерттеу кезінде үлкен сақтық болу керек, бұл келешек практикалық дәрігерлерді дайындау кезінде қиындықтардан құтылуға мүмкіндік береді. Нервтік аурулар және шығыс медицина кафедрасында дипломға дейінгі “Шығыс медицина” мамандарын дайындайды үлкен ғылыми-тәжірибелік, оқу-әдістемелік және емдеу жұмыстары жүргізілді. Емдік-консультативтік жұмыстар барысында жаңа заманауи әдістер кеңінен қолданылды- олар квантты медицина жаңалықтары, электрональгезия әдістері, микроакупунктура әдістері, аурикулотерапии, су-джок терапия, т.б..

Кафедра республиканың және басқа аймақтардағы тәстүрлі медицина орталықтарымен және мамандарымен тығыз байланыста оқу-әдістемелік, ғылыми жұмыс атқарады, бұл студенттерді оқытудың сапасын едәуір биікке көтереді. Соның ішінде айта кететіндер, дәрігерлердің білімін жетілдіру

институтының дәстүрле медицина кафедрасы және оның қызметкерлері профессор Чемерис А.В., профессор Тұлеусаринов А.М., профессор Красноярова З.И., т.б.

Бүгінгі таңда кафедрада жаңа инновациялық білім беру технологиялары кеңінен қолданылуда, соның ішінде мультимедиялық қондырғылар, жаңа аудио және видеокондырғылар, электронды оқулықтар, инешаншудың, аурикулотерапияның және су-джоктерапияның жаңа электронды атластары кеңінен орын алып отыр. Кафедрада студенттер оқытушылардың басшылығымен және де жеке өздері аурикулодиагностикадан, мануальды терапиядан және пульсдиагностика әдістерінен оқу бейне-құралдарын жасады [4].

Университеттің көпсалалы жеке клиникасында машықтану дағдыларын игеріге және жетілдіруге толық мүмкіндік жасалынған. Инешаншу, мануальды терапия, лазеротерапия оқу бөлмелерінде оқушылар негізгі диагностикалық және емдеу әдістерін зерттейді және практикада игереді, соның ішінде электропунктура, электроанальгезия, квант-терапия, лазеротерапия, магнитті резонанс терапия ерекше орын алады. Сонымен қарат, компьютерлік диагностикалық диодаракү, аурикулодиагностика жүйелерін игереді

Кафедра құрылғалы бері 100 астам мақалалар мен ғылыми еңбектер жарық көрді, оның ішінде қазақ және орыс тілдерінде жазылған “Ине шаншу және күйдіру”, «Избранные лекции по восточной медицине», «Теоретические основы традиционной китайской медицины в алгоритмах и таблицах», «Шығыс медицинасының теоретикалық негіздері», «Дәстүрлі қытай медицина негіздерінің диагностикалық алгоритмдері», «Дәстүрлі қытай медицинасындағы негізгі синдромдардың емдік алгоритмдері» оқулықтар мен оқу құралдарын атап өту керек.

Қазіргі кезеңдегі заманауи жаңа инновациялық технологиларды қолдану оқыту сапасын жаңа деңгейлерге көтеріп, дипломға дейінгі мамандарды дайындау сапасын жаңа деңгейге жеткізді, практикалық машықтану дағдыларын игеріге көп мүмкіндік жасады, шығыс медицинасының негізгі емдеу әдістерін игеруге жаңа мүмкіндіктер тудырды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. А.М.Абдухалыков, Г.А.Шагиева, Э.Д.Искандирова, К.А.Сартаева, Б.О.Сахова// Инновационные направления в медицинском образовании//материалы международного семинара «Болонский процесс и реформы в системе высшего образования Казахстана». – Түркістан: 17-18 ноября, 2011
2. Zhu Ming, The Medical Classic of The Yellow Emperor.- FLP. – Beijing. – China: 2001.
3. Современная трактовка Желтого Владыки: Основы восточной медицины /Перевод с древнекитайского и комментарии Д.Аланова. - Ника-Центр. – 2006. – 312 с.
4. Молчанова Е. Диагностика в традиционной медицине. Учебно-методическое пособие. – Благовещенск: 2005.

А.А.АБДУХАЛЫКОВ, Г.Б.АБАСОВА, Э.Ж.ИСКАНДИРОВА, Қ.А.САРТАЕВА, Г.А.ШАГИЕВА, Ж.Б.ЖАКСЫБАЕВА
ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ИНОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ

Резюме: Традиционная китайская медицина имеет широкое распространение во всем мире, ее изучение имеет свои особенности, требует широких знаний по современной и восточной медицине. Широко используются электронные учебники, мультимедийные установки, видеоматериалы по аурикулотерапии, мануальной терапии, по точечному массажу, используются современные методы рефлексотерапии.

A.A.ABDUHALYKOV, G.B.ABASOVA, E.ZH.ISKANDIROVA, Қ. А.SARTAEVA, G.A.SHAGIEVA, ZH.B.ZHAKSYBAEVA
THE EXPERIENCE OF USING THE NEW INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN TEACHING THE EASTERN MEDICINE

Resume: Traditional chinese medicine has a broad spreading all over the world, her(its) study has their own particularities, requires the broad knowledge on modern and east medicine. Widely used online tutorials multimediinne installation videos on auriculotherapy, manual therapy, acupressure, reflexology – modern methods.

Б.А. АБДУРАХМАНОВ, А.К. БАЙМАГАМБЕТОВ, М.Е. ЖАНТЕЕВ

*Учебно-клиническая база Международного Казахско-Турецкого Университета им. Х.А.Яссави,
кафедра хирургических дисциплин и сердечно-сосудистой хирургии*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Решение задачи удовлетворения потребностей здравоохранения в высококвалифицированных и компетентных специалистах неразрывно связано с оптимизацией профессионального образования медицинских кадров. Современные потребности рынка труда в высококвалифицированных специалистах выдвигают определенные требования к их подготовке. В научной статье описываются пути развития использования инновационных, проблемно-ситуативных форм обучения в учебном процессе.

Ключевые слова: хирургия, проблемно-ситуативное обучение.

Медицинские кадры, являясь главной, наиболее ценной и значимой частью ресурсов здравоохранения, в конечном итоге обеспечивают результативность и эффективность деятельности как всей системы здравоохранения в целом, так и каждого ее структурного подразделения. Качество медицинской помощи населению определяется не только адекватностью организационных форм, состоянием материально-технической базы учреждений здравоохранения, но и наличием квалифицированных специалистов [1]. Как справедливо отмечают Щепин О.П. и соавт. (1988), эффективное функционирование любой национальной системы здравоохранения определяется ее кадровыми ресурсами.

Проблема подготовки медицинских кадров на современном этапе развития медицины стала чрезвычайно актуальной и приобрела особую важность и значимость, которая обусловлена стремительным прогрессом науки и техники, интенсивным развитием отраслей медицинской науки, резким увеличением объемов и потоков информации в области медицины, появлением новых медицинских технологий. Программа бакалавриатуры по хирургическим болезням предусматривает теоретическую и практическую подготовку на кафедре хирургических дисциплин. Задачей кафедры при этом является оптимальная подготовка студента-медика, с тем чтобы он приобрел нужный запас знаний для успешной работы в практическом здравоохранении. В связи с чем, мы полагаем, что теоретическая подготовка в период прохождения бакалавриатуры должна быть ведущей. Учитывая, что приобретаемые знания нуждаются в регулярной практической проверке, возникает вопрос – как применить полученные теоретические знания к хирургической работе. Это резонно наталкивает на поиск новых форм общения и связи преподавателя со студентами, на создание и применение на деле новых видов дидактики. Проверка знаний студентов-бакалавров большей части также осуществляется путем применения тестовых вопросов, ситуационных задач и деловых игр, которые позволяют преподавателю совершенствовать практические занятия.

Одной из форм наиболее прогрессивного и динамичного обучения являются деловые игры. Проведение деловых игр является своего рода формой проверки полученных знаний, уровня теоретической подготовки. Различают типовое и вариантное решение практического вопроса. При первом – типовом, может быть какое-то одно решение как наиболее частое, а при втором варианте студент указывает возможное, вариантное решение и выбирает для этого наиболее оптимальный путь с последующим его теоретическим обоснованием. Деловые игры со студентами бакалаврами проводили следующим образом: расстановка сил и участников (студенты-хирурги), назначение дублеров; затем составление плана игры и определение каждому участнику свою программу, благодаря чему вся группа участвует в игре [2]. Каждый участник имеет свое задание, которое выполняется по ходу игры. Также условиями игры было предусмотрено решение задания в двух вариантах: в первом типовом – с вынесением одного решения и вторым – вариантным, нетипичным, возможным решению задания. Первоначально шла разработка полученной темы в течение 15 мин., далее проводили выполнение всех заданий, их проверка с последующим разбором. Кардинальным моментом

деловой игры является проверка преподавателем всех инструкций у участников, в также у дублеров. При этом для проверки решений отводится минимальное количество времени: решения принимаются исполнителями и сразу же анализируются, причем к этому привлекается вся группа. При разборе результатов задания руководитель уделяет внимание и смежным вопросам, которые логически исходят от основной темы и могут остаться в тени в практической работе хирурга и его помощников. В ходе игры выясняются творческие возможности исполнителей, их деловые качества, как организаторов здравоохранения, врачей-клиницистов. Обсуждать результаты игры начинает руководитель группы – педагог. Он повторяет обстановку, зачитывает ситуационную задачу, цели, ход деловой игры. Руководитель при этом является активным участником и создателем вариантных ситуаций, душой всей игры. В решении и разборе деловых задач большую роль играет использование технических средств обучения – наглядных пособий, видеофильмов, слайдов. Данные слайдов, наглядных пособий или фрагменты из кинофильмов могут служить материалом для создания типовой и возможной вариантной ситуации. В этом случае дается задание по определенному фрагменту кинофильма. Участники игры – хирург, анестезиолог и ассистенты, проводят решение и определяют план действия. Через 30 мин проводится проверка решений с последующим разбором. Подобный анализ на практических занятиях является особенно полезным и проводится с учетом возможностей различных вариантных решений. Приводим пример деловой игры по теме: «Портальная гипертензия». В сценарии по данной теме указываются цели и задачи игры, направленные на отработку диагностических критериев, выбора метода хирургической операции, определение возможных осложнений и пути их коррекции. Руководитель сообщает ситуационную задачу, данные о больном, поступившем в хирургическое отделение клиники.

Больной Х., 23 лет поступил с жалобами на тяжесть и боли в левом подреберье, общую слабость, увеличение объема живота, уменьшение количества выделяемой мочи. Из анамнеза: год назад произведена операция портосистемного шунтирования с наложением дистального спленоренального анастомоза с сохранением селезенки, камера анастомоза до 1,2 см. Послеоперационное течение гладкое. На спленопортографии – функционирующий дистальный спленоренальный анастомоз. На контрольной эзофагогастродуоденофиброскопии – отмечается варикозное расширение вен нижней трети пищевода I степени. За 3 месяца до поступления появился и стал нарастать асцит, самостоятельно принимал диуретики, однако добиться адекватного диуреза не смог. Дано задание эндоскописту, рентгенологу, врачу лаборатории ультразвука, врачу-лаборанту, хирургу, анестезиологу и трем ассистентам хирурга. Через 30 мин группа докладывает о результатах осмотра больного.

Помощник хирурга сообщает: состояние больного при поступлении средней тяжести, тяжесть обусловлена выраженностью отечно-асцитического синдрома. Живот резко увеличен в размерах, напряжен. Врач-эхографист сообщает о выявленных диффузных изменениях паренхимы печени с атрофией ее правой доли, большое количество свободной

жидкости в брюшной полости, из-за которой визуализировать область анастомоза не представляется возможным. Врач эндоскопист докладывает о наличии варикозно расширенных вен I степени нижней трети пищевода, высказывает мнение о возможности проведения эндоскопической склеротерапии 3% раствором тромбовара с целью превентивной терапии для профилактики угрозы кровотечения из варикозных вен. Доклад анестезиолога: ЦВД – 30 мм.водн.ст., определяет возможность обезболивания и вид анестезии при планировании спленопортографии или же оперативного вмешательства. Выступление рентгенолога: произведена спленопортография под местной анестезией раствором новокаина 0,25%-20,0 путем прокола пульпы селезенки в IX межреберье по задней подмышечной линии. Отмечен функционирующий спленоренальный дистальный анастомоз, камера анастомоза 1,2 см. Доклад врача-лаборанта: анализы крови – эритроциты 4,5x10¹²/л, гемоглобин – 122 г/л, тромбоциты 162x10⁹/л, лейкоциты – 4,0x10¹²/л, палочкоядерные лейкоциты – 13%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 22%, СОЭ – 36 мм/час. Билирубин составлял 58,8 ммоль/л, прямой – 25,5 ммоль/л, общий белок – 65,2 г/л, АСТ – 107 н/моль/л, АЛТ - 218 н/моль/л, альбумины 41,6 г/л, глобулины 58,4 г/л, А/Г коэффициент – 0,62, тимоловая проба 13,44 ед.

Далее проблему решает хирург: больному производится операция перитонеоатриального шунтирования с клапаном Левина. Печень крупнобугристая с атрофией правой доли. Селезенка умеренных размеров. В области ее ворот, выраженный локальный спаечный процесс, из-за которого четко дифференцировать область анастомоза не представляется возможным. Интраоперационно эвакуировано до 8 литров прозрачной асцитической жидкости. Абдоминальный катетер проведен по ходу правого бокового канала до уровня входа в малый таз. Венозный катетер проведен через внутреннюю яремную вену справа до уровня правого предсердия. Пущен ток, шунт нормально функционирует. Назначенные педагогом дублиры решают задачу ведения больного в послеоперационном периоде: послеоперационный период протекал относительно гладко. Имело место кратковременное нарастание активности цирротического процесса, которое

купировано консервативными мероприятиями. В течение первой недели применяли диуретики по схеме, затем постепенно полностью отменены. Диурез самостоятельный, адекватный. Больной в относительно удовлетворительном состоянии выписан домой. Повторно осмотрен через 3 месяца – диуретики не принимает, асцит не нарастает. Каждый из участников во время деловой игры дает анализ проведенному исследованию с указанием вариантов нормы, состоянию исследуемого органа при патологии, возможные осложнения; указывает особенности анатомического строения, физиологии; указываются возможные варианты оперативного пособия, осложнения, меры предупреждения осложнений и их лечение. При решении вопросов оперативного лечения педагог требует от хирурга, анестезиолога и помощников, а также от дублиров, т.е. от всей группы, вариантов решений, учитывающих различные состояния пациента и течения заболевания. Вся группа активно, творчески участвует в решении проблемно-ситуативных задач. После подробного анализа педагог представляет слово хирургу, который давая заключение на проведенную операцию на основании анализа, отмечает возможный ход выздоровления больного: в приведенном случае даже при адекватно функционирующем анастомозе с достаточной портальной декомпрессией, в отдельных случаях можно наблюдать усиление асцито-ликворпродукции и при недостаточности функции насыщающих люков диафрагмы это может привести к диуретикорезистентным формам асцита, что видимо, можно связать с усилением гипоксии тканей вследствие выраженной декомпрессии сосудов портальной системы, а также присоединением инфицирования асцитической жидкости. В подобных случаях нельзя снимать со счетов возможность адекватного купирования асцитического синдрома с помощью перитонеоатриального шунтирования. Деловые игры при проведении занятий раскрывают большие возможности творческой активности участников. Такого рода проблемно-ситуативное обучение позволяет положительно решить целый ряд задач стоящих перед педагогом высшего учебного заведения и способствует дальнейшему развитию программированного обучения и контроля знаний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Денисов И.Н., Мелешко В.П. Медицинские кадры России // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – М.: 1996. - №2. – С.30-33.
2. Қ.С.Бураханова, А.С. Бураханова Использование новых технологий в образовательном процессе // Вестник КазНМУ. – Алматы: 2012. – №4. – С. 348-350.

Б.А. АБДУРАХМАНОВ, А.К. БАЙМАГАМБЕТОВ, М.Е. ЖАНТЕЕВ

БІЛІМ БЕРУ ҮДЕРІСІНДЕГІ ЗАМАНАУИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОДЛАНУ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Денсаулық сақтаудың қажеттілігі жоғарыквалификациялық және құзыретті мамандарға сұранысы бойынша, медициналық кадрларды дайындаумен тікелей байланысты. Заманауи еңбек наργының сұранысы жоғарыквалификациялық мамандарды дайындауға белгілі талаптары бар. Ғылыми мақалада оқу процессінде инновациялық, ситуациялық-есептерді дамыту жағдайында оқытылады.

Түйінді сөздер: хирургия, ситуациялық-есепті оқыту

B.A. ABDURAHMANOV, A.K. BAIMAGAMBETOV, M.E. ZHANTEEV

THE EFFICIENCY OF USING THE MODERN TECHNOLOGIES IN EDUCATIONAL PROCESS

Resume: Solving the problem of healthcare needs in competent and highly-qualified specialists is connected with optimization of professional education of medical personnel. Medical needs of labour market in highly-qualified specialists demand the appropriate preparation. This scientific article describes the stages of developing the usage of innovative, problem-solving ways of teaching.

Keywords: surgery, problem-solving teaching

ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

В данной работе обсуждаются вопросы широких возможностей, предоставляемых дистанционным обучением в рамках медицинского образования. Онлайн классы могут быть использованы для сертификационных программ по различным разделам общественного здравоохранения для студентов и врачей. Подобные сертификаты повысят конкурентоспособность выпускников и врачей при устройстве на работу.

Ключевые слова: медицинское образование, дистанционное обучение, общественное здравоохранение, сертификат.

Не так давно старенький сосед моей знакомой говорил своей жене во время просмотра очередного бразильского сериала: «Глянь, бабка, как иностранцы нашего человека дураят – думают мы не заметим, что у нее телефонная трубка-то без провода...» В наши дни этот человек уже не представляет себя без сотового телефона. Новые технологии стремительно и неуклонно вторгаются в нашу жизнь, сменяя друг друга с головокружительной быстротой. Одной из сфер, в которой новые технологии широко внедряются, является система образования, а одной из технологий, в использование которой в последние десятилетия вовлекается все больше и больше высших учебных заведений, является дистанционное обучение. Дистанционное обучение – это комплекс образовательных услуг, предоставляемых с помощью специализированной информационно-образовательной среды на расстоянии от обучающих учреждений. Оно представляет собой все более популярную и эффективную альтернативу как традиционному очному, так и заочному обучению по многим специальностям высшего образования. Несмотря на то, что дистанционное обучение посредством компьютеров широко практикуется во всем мире уже в течение более, чем 30 лет (стаж дистанционного обучения посредством почтовой переписки ведет счет с начала восемнадцатого века), его преимущества и недостатки по сравнению с традиционным очным обучением до сих пор горячо дискутируются в попытках ответить на вопрос, сравним ли оно по качеству преподавания и результатам обучения с традиционным.

Некоторые преимущества дистанционного обучения довольно очевидны как для обучающего учреждения, так и для обучающихся. Для университета это прежде всего экономическая эффективность. В условиях неуклонно возрастающего числа студентов отпадает необходимость в предоставлении учебных комнат, более гибким является составление учебного расписания, появляется возможность постоянного и быстрого обновления учебно-методических материалов. Большим преимуществом онлайн классов является разнородность студентов в классе (по месту проживания, возрасту, социальному положению и т.д.). Когда, например, я в своем онлайн классе разбирала со студентами вопросы федерализма и политики штатов по вопросам здравоохранения, у нас разгорались очень интересные и горячие дискуссии, так как студенты превносили в обсуждение свой опыт проживания и работы в разных штатах.

Для студентов преимущества онлайн обучения также очевидны. Перечислю только некоторые из них. Это доступность обучения независимо от места проживания и загруженности работой или семейными обязательствами; социальное равноправие (так как онлайн обучение несколько дешевле традиционного); гибкость в составлении своего учебного расписания; доступ к мировым ресурсам и свежие учебно-методические материалы; экономическая эффективность вследствие отсутствия необходимости использования транспорта, проживания в чужом городе и пропуска работы; отсутствие определенных психологических барьеров, ощущаемых некоторыми студентами в традиционном классе. К тому же, исследования показали, что процент учащихся, не бросающих учебу, выше среди студентов, обучающихся дистанционно. Это, вероятно, связано с более развитой внутренней мотивацией и дисциплиной (или их развитием) среди тех студентов, которые предпочли дистанционное обучение традиционному.

Многочисленные исследования показывают, что разница в знаниях в результате традиционного и дистанционного обучения отсутствует [1, 2, 3, 4].

Дистанционное обучение – это фактически дальнейшее развитие хорошо знакомого нам заочного образования, лишенное, однако, таких его основных недостатков, как прерывистость учебного процесса, когда студенты авралом штурмуют учебный материал перед сессиями; отсутствие обратной связи между преподавателем и обучающимся; и затрудненный доступ к ресурсам. Существует большое разнообразие компьютерных программ – систем менеджмента класса (платных и бесплатных), как например, Blackboard, CourseWork, Moodle, Sakai и Desire2Learn. При необходимости некоторые занятия можно строить и по типу интерактивного класса, с осуществлением двухстороннего аудио- и видео сообщения между преподавателем и студентами в реальном времени (например, программа Wimba). Для студентов, которые не имели возможности «присутствовать» в классе во время занятия, занятие может быть записано для последующего просмотра.

В настоящее время около девяносто шести процентов университетов Соединенных Штатов предлагают хотя бы один онлайн класс в семестр, и около одной трети всех студентов США берут хотя бы один такой класс. С каждым годом число онлайн программ быстро нарастает, и, в то время, как рост числа традиционных студентов в год в среднем составляет около 1,2-2,0 процентов, ежегодный прирост числа онлайн студентов достигает 12-21 процента.

Болонский процесс, в который вступил КазНМУ, предполагает усиление рыночных отношений и конкуренции учебных заведений за студента. В целях сохранения конкурентоспособности в условиях такой тенденции, в недалеком будущем, хотим мы этого или нет, университет вынужден будет вводить в расписание онлайн классы. Движение в сторону дистанционного образования в рамках медицинских университетов только начинается. Эта ниша еще «не заполнена», и учебные заведения, занявшие ее на ранних этапах этого процесса, окажутся в большом выигрыше.

Реформы в образовании, протекающие в настоящее время в Казахском Национальном Медицинском Университете, предполагают постепенный переход на асинхронную организацию обучения, когда студенты курса проходят через процесс обучения не одной стандартной когортой, а имеют возможность составлять себе более-менее индивидуализированные расписания. Это дает прекрасную предпосылку для успешного внедрения дистанционных классов в процесс учебы. Естественно, что дистанционные классы, в которых более восьмидесяти процентов материала должно преподаваться с использованием Интернета, пока могут применяться не для всех предметов. Дистанционные классы в клинические предметы, в которых очень важен аспект работы студента у постели больного, возможно, будут использоваться, но не сейчас, а в будущем. Возможно, в очень недалеком будущем. Хотя и сейчас уже существуют адекватные условия для введения гибридных классов, когда от тридцати до семидесяти девяти процентов материала преподается с использованием Интернета. А вот введение дистанционных классов по таким специальностям и предметам, как например, общественное здравоохранение, эпидемиология, гигиена, политика и

менеджмент здравоохранения, и ряд других теоретических и фундаментальных наук, возможно уже сейчас.

В советский период (да и в настоящее время) администрирование и менеджмент лечебных заведений имели очень характерное отличие от такового многих развитых стран. Администраторами лечебных заведений и департаментов здравоохранения, например, главными врачами, назначаются лица с чисто медицинским образованием, в то время как зарубежом эту должность занимают подготовленные специалисты в этой области – управленцы, менеджеры, финансисты. Несомненно, «советский» подход к этому вопросу имеет свои преимущества. Однако, таким администраторам приходилось наработать свои подходы и навыки в этой работе методом проб и ошибок, так как недостаток знаний и формального образования в области управления, менеджмента и финансов часто давал о себе знать. В современных условиях, когда рыночные отношения все глубже внедряются в сферу медицинских услуг, администраторы медицинских учреждений обязаны обладать знаниями и навыками по управлению, менеджменту и финансам. Дистанционные классы предоставляют превосходную возможность для студентов-медиков получить в стенах университета образование не только по своей специальности, но и более углубленные знания (по сравнению с тем, что они получают в настоящее время) по вопросам управления, менеджмента, организации здравоохранения и другим смежным отраслям. Это способствовало бы повышению конкурентоспособности выпускников-медиков.

В большинстве университетов за рубежом, наряду со своей специальностью, студенты имеют возможность получить в течение процесса обучения дополнительные сертификаты по тем отраслям деятельности, которыми они хотели бы заниматься в будущем. Сертификат представляет комбинацию

пяти-шести наиболее значимых и углубленных для той или иной специализации предметов, которые студент должен пройти дополнительно к своей программе. Например, в департаменте общественного здравоохранения такими специализациями для студентов-медиков могут быть управление и менеджмент в больницах, управление кадрами в здравоохранении, здоровый образ жизни, геронтология, методы научных исследований, экономика и финансы в здравоохранении, анализ политики здравоохранения и другие. В последующем такие сертификаты могли быть востребованы и практикующими врачами, планирующими переход от лечебной деятельности к административной, что принесло бы дополнительные средства университету.

В заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть основные моменты, обсуждаемые в данной работе:

1. Дистанционное обучение все более прочно входит в учебные расписания университетов всего мира. Так как введение онлайн классов в недалеком будущем неизбежно, лучше как можно раньше «занять» эту пока пустующую нишу на нашем ранке образования с целью повышения конкурентоспособности университета.

2. Асинхронная организация обучения, предполагаемая Болонским процессом, дает великолепную возможность интегрировать дистанционные классы в учебное расписание университета.

3. Предоставление студентам и врачам возможности получения дополнительных сертификатов по различным разделам общественного здравоохранения будет способствовать повышению конкурентоспособности и гибкости выпускников и врачей при устройстве на работу.

4. Сертификационные программы по общественному здравоохранению могут быть предоставлены студентам и врачам в виде дистанционного обучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Caywood, K., & Ducket, J. Online vs. on-campus learning in teacher education.//Teacher Education and Special Education. - 2003. - №2. - С. 98-105.
- 2 Phipps, R., & Merisotis, J. What's the difference? A review of contemporary research on the effectiveness of distance learning in higher education.//Washington: The Institute for Higher Education Policy. - 1999.
- 3 Robertson, J.S., Grant, M.M., & Jackson, L. Is online instruction perceived as effective as campus instruction by graduate students in education?//The Internet and Higher Education. - 2005. - №8. - С. 73-86.
- 4 Schulman, A.N., & Sims, R.L. Learning in an online format versus an in-class format: An experimental study.//T.H.E. Journal. -№11. - С. 54-56.

Н. АЛМАГАМБЕТОВА

МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДЕ ҚАШЫҚТЫҚТАН ОҚЫТУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйін: Берілген жұмыста медициналық білім беру шегінде дистанциялық білім берудің кең мүмкіндіктеріне қатысты мәселелер талқыланды. Онлайн сыныптар студенттер мен дәрігерлер үшін қоғамдық денсаулық сақтаудың әртүрлі бөлімдері бойынша сертификатталған бағдарламалар үшін қолданылуы мүмкін. Осындай сертификаттар түлектер мен дәрігерлердің жұмысқа орналасу кезінде бәсекеге қабілеттілігін жоғарылатады.

Түйінді сөздер: медициналық білім беру, қашықтықтан оқыту, қоғамдық денсаулық сақтау, сертификат.

N. ALMAGAMBETOVA

POSSIBILITIES OF DISTANT EDUCATION IN MEDICAL UNIVERSITIES

Resume: The article discusses the wide possibilities offered by online education in medical universities. Online classes could be utilized for various public health certificate programs for students and medical professionals. Having such certificates will increase employability of medical graduates and physicians.

Keywords: medical education, distant education, public health, certificate program.

**М.АСИМОВ, У. В.ХАНКЛОСКИ, А. А.КУРБАНОВ, Т.ФОМЕНКО,
А.ДАВЛЕТБАКОВА, П.ШЕИН, Т.АЙБАСОВА, А.НУРМУХАМБЕТОВА, Б.ЖАНТУРИЕВ**
*Кафедры коммуникативных навыков, основ психотерапии, общей и медицинской психологии
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,
Медицинская школа университета Южная Каролина (США)*

«БЛЕНДЕРНОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ИНТЕГРАЦИЯ ОН-ЛАЙН И ТРАДИЦИОННОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ КОММУНИКАТИВНЫМ НАВЫКАМ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ»

Используя возможности дистанционного обучения, учитывая особенности обучения коммуникативным навыкам, «блендерное обучение» может дать дополнительные возможности в качественной и оптимальной подготовке профессионалов в медицинской сфере. При получении высокого уровня эффективности «блендерного обучения» нами планируется внедрение данного метода в педагогический процесс КазНМУ при развитии коммуникативной компетенции обучающихся.

Ключевые слова: блендерное обучение, коммуникативные навыки, «смешанное» обучение, «гибридное» обучение, «обучение, поддерживаемое web -технологиями», он-лайн обучение.

Вводная часть

С 2011 года в на территории КазНМУ в году стал доступен WiFi, это способствовало развитию таких форм обучения, как «блендерное обучение». «Блендерное обучение» - образовательная программа, сочетающая в себе стандартные методики обучения в классе и компьютерное управление деятельностью обучающегося. В рамках этой образовательной программы студент получает часть образовательного контента (содержания) и инструкций через он-лайн обеспечение, одновременно имея возможность самостоятельно контролировать время, место, способы и темп работы. Таким образом, традиционная школьная структура, так называемого классического обучения «лицом к лицу» сочетается с деятельностью управляемой через компьютер [1]. Методология «блендерного обучения» включает классическое (традиционное) школьное обучение, мобильное получение образования и возможность получения он-лайн образования.

Согласно мнению сторонников, эта образовательная стратегия создает более интегрированный (оптимальный) подход как для преподавателей, так и для студентов [2]. В современной литературе используется и взаимозаменяют друг друга термины «смешанное» ("blended"), «гибридное» ("hybrid"), «обучение посредством компьютерной технологии» ("technology-mediated instruction"), «обучение, поддерживаемое web -технологиями» ("web-enhanced instruction") и «обучение через смешанные способы» ("mixed-mode instruction") [3].

Данная педагогическая модель широко используется США. В настоящее время в КазНМУ «блендерное обучение» является пилотным проектом. Используя возможности дистанционного обучения, учитывая особенности обучения коммуникативным навыкам «блендерное обучение» может дать дополнительные возможности в качественной и оптимальной подготовке профессионалов в развитии коммуникативной компетентности. При получении высокого уровня эффективности «блендерного обучения» нами планируется внедрение данного метода в педагогический процесс КазНМУ для развития коммуникативной компетенции обучающихся.

Цель проекта

Определение эффективности уровня овладения практическими и теоретическими знаниями по коммуникативным навыкам при блендерном обучении и традиционном обучении студентов медиков.

Задачи проекта

- Создание он – лайн обучающего материала по коммуникативным навыкам.
- Создание оценочных листов по коммуникативным навыкам.
- Обучение студентов медиков коммуникативным навыкам традиционным методом.
- Обучение студентов медиков коммуникативным навыком методом блендерного обучения.
- Сбор полученных данных.
- Анализ полученных результатов.

Научная новизна и значимость проекта

Впервые в КазНМУ будет использоваться блендерное обучение коммуникативным навыкам студентов медиков, разработаны сценарии «ролевых игр» по коммуникативным навыкам, сняты «ролевые игры» по предмету коммуникативные навыки, будет внедрено блендерное обучение коммуникативным навыкам.

Методы исследования

1. Анализ
2. Синтез
3. Анкетирование
4. Статистический (дисперсионный анализ и факторный анализ).

Материал исследования:

4 группы студентов 2 курса факультета ОМ. В каждой группе по 10 человек (всего 40 студентов). 40 студентов будут поделены на 2 группы: 20 студентов (группа № 1), проходящие обучение коммуникативным навыкам традиционным методом освоения, 20 студентов (группа № 2) экспериментальных, находящихся на блендерном обучении.

Результаты будут измерены посредством статистического дисперсионного анализа (АНОВА). Полученные результаты оценочных листов будут оценены с помощью факторного анализа.

Результаты проекта

К настоящему моменту проведены следующие мероприятия, согласно плану проекта:

- 1) Разработаны сценарии по коммуникативным навыкам, отражающие различные клинические ситуации, охватывающие заболевания основных органов и систем: ОРЗ, Туберкулез, Острый аппендицит, Ишемическая болезнь сердца, Мигрень, Внематочная беременность. Каждый сценарий имеет 3 варианта ведения медицинского интервью врачом и соответствующего оказания медицинских услуг;
- 2) Разработаны универсальные оценочные листы по коммуникативным навыкам, которые отражают основные принципы оценочных листов Калгари-Кембриджского гида (Kurtz, Silverman & Draper, 1998) и Калгари-Кембриджские Навыки Коммуникационного процесса (Silverman, Kurtz & Draper, 2005) [4,5,6]

Оценочный лист содержит в себе определенные параметры медицинского интервью, охватывающие такие разделы как начало медицинского интервью, выявление проблемы, сбор информации, сбор анамнеза, выяснение видения пациента, развитие раппорта, клиническое обследование, поддержка структуры интервью, объяснение, совместные решения, завершение интервью. Суть данных параметров раскрывают последовательные шаги (коммуникативные навыки), которые оцениваются по 4-х бальной системе: «0» - навык отсутствует; «1» - выполнен скромно; «2» - адекватно, достаточно; «3» - выполнен отлично, превосходно;

3) Снято 18 обучающих видеороликов по коммуникативным навыкам, на каждую тему снято 3 модели (варианта) медицинского интервью и поведения врача, с разной степенью профессионализма и коммуникативной компетентности;

4) Осуществлен просмотр и анализ каждого обучающего ролика по разработанному оценочному листу преподавателями кафедры коммуникативных навыков в количестве 12 человек (экспериментальная часть). По анализу всех оценочных листов (12 штук на ролик) – созданы эталонные оценочные листы, отражающие объективную оценку, отражающую степень профессионализма и коммуникативную компетентность врача в каждой конкретной клинической ситуации. Эталонные оценочные листы на соответствующий ролик являются ориентиром, на который студент в процессе обучения будет опираться, сравнивая свой анализ видеоролика с «правильным ответом».

В дальнейшем планируется:

1. Подготовить и провести обучение студентов медиков коммуникативным навыкам традиционным методом.
2. Подготовить и провести обучение студентов медиков коммуникативным навыкам он - лайн методом.
3. Сбор полученных данных, посредством оценки приобретенных коммуникативных навыков посредством экзамена, в материалы которого будут включаться видеоролики, которые не использовались в процессе обучения данной группы студентов.
4. Анализ полученных результатов, формулировка выводов с учетом оптимальности, пользы внедрения в обучение коммуникативных навыков соответствующих форм обучения.

Исследовательская среда

Использование сервера Moodle.

Ожидаемые результаты

Предполагаемый результат подразумевает, что речевой ответ будет простым измерением понятий и принципов учащегося, в то время как письменный ответ, при блендерной форме обучения, будет документом, подтверждающим логическое мышление, теоретические знания, коммуникативные навыки, клинические навыки учащегося. При блендерном обучении у студентов происходит слияние анализа и синтеза предлагаемого материала. Во время изучения материала в он-лайн режиме, студент должен подробно остановиться на информационном блоке, который ему необходим для аргументации своего мнения. В сравнении, во время традиционного обучения, необходимая информация для аргументации своего мнения сжата в наиболее важные моменты, чтобы суммировать или синтезировать краткие идеи, требуемые для сохранения регламента занятия. При блендерном обучении происходит процесс изучения той же информации, как и при традиционном обучении, но на более высоком и более сложном уровне взвешенных результатов учебной деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Strauss, Valerie (22 September 2012). Three fears about blended learning, The Washington Post
- 2 Jacob, Anna M. (2011). Benefits and Barriers to the Hybridization of Schools. Journal of Education Policy, Planning and Administration. - 1(1). – P. 61-82.
- 3 Martyn, Margie (2003). "The hybrid online model: Good practice." - Educause Quarterly. – P. 18–23.
- 4 Silverman, Johnathan, Kurtz, Suzanne & Draper, Juliet (2005). "Skills for Communicating with Patients (2nd Ed.)" Radcliffe Publishing Ltd. : Abingdon, Oxon. – P. 19-26.
- 5 Kurtz, Suzanne; Silverman, Jonathan & Draper, Juliet (1998). "Teaching and Learning Communication Skills in Medicine." Radcliffe Medical Press Ltd.: Abington, Oxon. - P.38-50
- 6 The Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. Jonatan Silverman, Suzanne Kurts, Juliet Draper. - 2005. - P. 1-4

М.АСИМОВ, У. В.ХАНКЛОСКИ, А. А.КУРБАНОВ, Т.ФОМЕНКО, А.ДАВЛЕТБАКОВА, П.ШЕИН, Т.АЙБАСОВА, А.НУРМУХАМБЕТОВА, Б.ЖАНТУРИЕВ

« ДӘРІГЕР СТУДЕНТТЕРДІ КОММУНИКАТИВТІК ДАҒДЫЛАРДЫҢ ДӘСТҮРЛІ ӘДІСПЕН ЖӘНЕ БЛЕНДЕРЛІК ОҚЫТУДЫҢ ОН-ЛАЙН ИНТЕГРАЦИЯСЫН ЖҮРГІЗУ »

Түйін: «Блендерлік оқыту» коммуникативтік дағдылардың оқыту ерекшелігін, сонымен қатар, дистанциондық оқытуды есепке алып, медициналық сферасында сапалы кәсіпқойлықтарды үйлесімді дайындау мүмкіндіктерді қолдана алады. «Блендерлік оқытудың» жоғары дәрежесінің тиімділігіне жету мақсатында, студенттерде коммуникативтік компетенциясын дамыту үшін, бұл әдісті КазНМУ – дағы педагогикалық үрдісіне енгізу,

Түйінді сөздер: блендерлік оқыту, коммуникативтік дағдылар, «аралас» оқыту, «гибридті» оқыту, «web -технологиялар» қолдаумен, оқыту, он-лайн оқыту.

M. ASSIMOV, U.B. HANKLOWSKY, A. DAVLETBAKOVA, T. FOMENKO, A. KURBANOVA, A. AYBASOVA, A.NURMUHAMBETOV, P. SHEIN, B. ZHANTURIEV.

"BLENDED LEARNING AS THE INTEGRATION OF ONLINE AND TRADITIONAL METHOD OF TEACHING COMMUNICATION SKILLS FOR MEDICAL STUDENTS"

Resume: Using the capabilities of distance learning and the implementation of "blended learning" communication skills teaching can provide additional opportunities for quality and optimal training of professionals in the medical environment. With successful results of "blended learning" studies we are planning to implement this method in the teaching process in KazNMU for the development of the communicative competence of future physicians.

Keywords: blended learning, communication skills, "mixed learning", "hybrid" learning, "web-enhanced instruction", on-line learning.

А.А.БАЯХМЕТОВА

*Модуль пропедевтики терапевтической стоматологии Института стоматологии
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, Алматы*

РОЛЕВАЯ ИМИТАЦИОННАЯ ИГРА КАК ИНТЕРАКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ПРОПЕДВИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ»

С целью оценки отношения студенческой аудитории к интерактивным методам обучения на модуле пропедевтики терапевтической стоматологии было проведено анонимное анкетирование студентов 4 курса стоматологического факультета. Большинство студентов знакомы с интерактивными методами обучения и оценивают их положительно. Одним из наиболее отмеченных анкетлируемыми студентами методов являются деловые имитационные игры. Деловые имитационные игры преподаватели модуля применяют при изучении клиники, диагностики и лечения простого кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба. Ниже приводится стенограмма ролевой имитационной игры, проведенной в одной из групп 4 курса стоматологического факультета.

Ключевые слова: анкетирование студентов, отношение к интерактивным методам, деловая имитационная игра, стенограмма.

Ориентация медицинского образования нашей страны на международные стандарты диктует необходимость перехода к новым методам обучения с внедрением в учебный процесс современных педагогических технологий. Наряду с приобретением теоретических знаний у студента медицинского вуза должно формироваться критическое мышление, развиваться способности и навыки самостоятельного принятия решений, что является необходимым в его будущей профессиональной деятельности [1]. Внедрение в учебный процесс интерактивных методов обучения, имитирующих профессиональную врачебную деятельность, является одним из путей решения данной задачи. Интерактивные методы обучения предусматривают активное взаимодействие не только преподавателя со студентами, но и самих студентов друг с другом в решении конкретной клинической ситуации [2,3].

На модуле пропедевтики терапевтической стоматологии проводится внедрение в учебный процесс интерактивных методов обучения с активным вовлечением студентов в образовательный процесс. В связи со сказанным возникает интерес к отношению самих студентов к интерактивным методам обучения. Для ответа на этот вопрос нами было проведено анонимное анкетирование 45 студентов 4 курса стоматологического факультета, проходивших цикловое обучение на модуле по дисциплине «Пропедевтика терапевтической стоматологии». В анкетах были сформулированы вопросы, позволяющие провести не только оценку отношения обучающихся студентов к интерактивным методам обучения, но и контроль частоты их применения преподавателями на занятиях.

На вопрос: «Какие интерактивные методы применялись у Вас на занятиях?» смогли назвать различные интерактивные методы обучения 37 студентов (82,2%), у 8 студентов (17,8%) этот вопрос вызвал затруднения, они не смогли правильно назвать ни одного интерактивного метода, или называли их неправильно. В ответах студентов были названы такие интерактивные методы обучения, как ролевые имитационные игры, их назвали 37 студентов (82,2%), работу в малых группах отметили 20 студентов (44,4%), значительно реже упоминались такие интерактивные методы, как «рыбья кость», «снежный

ком», «ручка в центре стола», «ромашка», «каждый учит каждого».

На вопрос: «Какие интерактивные методы проведения занятий Вам понравились и почему?» большинство студентов особо отметили деловые имитационные игры. Анкетлируемые отмечали, что проведение деловых имитационных игр вызывает интерес, так как не только открывает возможности дискуссионного обсуждения темы, но и возникает так называемый «соревновательный дух», что становится мотивацией для лучшей подготовки к занятиям. Коллективная работа, по мнению студентов, способствует сплоченности, каждый учится работать в коллективе, имеет возможность высказаться. «Мы научились дискутировать, выступать и слышать друг друга», «Мы чувствуем себя врачами и нам это нравится».

На вопрос: «Проведение занятий и лекций в интерактивном режиме требует от студентов предварительной подготовки по обсуждаемой теме для участия в свободном ее обсуждении на занятии, или на лекции. Ваше отношение к этому условию, готовы ли Вы к самостоятельной предварительной работе по обсуждаемой теме? Если да, то почему? Если нет, то почему?» не ответили 6 студентов (13,3%), остальные студенты ответили положительно (86,7%). Мотивирующими моментами были названы: интерес к предмету, желание самосовершенствования, быть хорошо подготовленным к обсуждению темы, чтобы не подвести группу и выглядеть достойно. В процессе дискуссии у студентов развивается умение формулировать мысли и аргументировать, формируются навыки критического мышления.

Деловые имитационные игры. преподаватели модуля применяют при изучении клиники, диагностики и лечения простого кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба. Ниже приводится стенограмма ролевой имитационной игры, проведенной в одной из групп 4 курса стоматологического факультета.

СТЕНОГРАММА РОЛЕВОЙ ИМИТАЦИОННОЙ ИГРЫ.

Тема занятия: «Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика быстро и медленно прогрессирующего глубокого кариеса».



Рисунок 1 - Деловая имитационная игра

Вводная часть занятия.

Преподаватель назвала тему занятия «Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика быстро и медленно прогрессирующего глубокого кариеса», обосновала актуальность темы занятия, сообщила студентам, что разбор темы данного занятия будет проводиться с использованием имитационной ролевой игры, объяснила условия и порядок проведения игры, назвала роли и предложила студентам выбрать свою роль в игре.

Студенты сами распределили роли в игре.

Распределение ролей:

1. Пациент
2. Лечащий врач
3. Врач дополнительных методов обследования
4. Заведующий отделением
5. Арбитр ролевой игры

Основная часть игрового занятия.

Лечащий врач – Проходите, садитесь в кресло. Ваша фамилия, возраст, чем занимаетесь?

Пациент - называет фамилию, возраст 23 года, студент вуза.

Лечащий врач – На что жалуетесь?

Пациент – зуб болит, на верхней челюсти справа, боли возникают при приеме пищи, от холодного и горячего.

Лечащий врач – зуб болит только от температурных раздражителей, бывают ли боли самопроизвольные, без причины?

Пациент – Нет, не замечал, только при приеме пищи.

Лечащий врач – Давайте я осмотрю вас, откройте рот. Берет зеркало и зонд. На верхней челюсти справа первый моляр, имеется глубокая кариозная полость в пределах околульпарного дентина, заполнена большим количеством размягченного дентина. Зондирование дна болезненно. По глубине кариозной полости и болезненном зондировании дна кариозной полости выставляю предварительный диагноз «Глубокий кариес». Надо провести для уточнения диагноза дополнительные методы исследования. Выбираю электроодонтометрию и термометрию.

Заведующий отделением - У меня есть вопросы к лечащему врачу. Это касается расспроса пациента. Не собран в полной мере анамнез заболевания и полностью отсутствуют данные анамнеза жизни, неизвестен аллергоанамнез.

Лечащий врач – обращается к пациенту. Когда у вас начал болеть зуб? Обращались ли вы к врачу?

Пациент – Зуб начал чувствовать холодное и горячее в последние два месяца, к врачу не обращался.

Лечащий врач – Есть ли у вас какие – либо общие заболевания, была ли аллергическая реакция на лекарственные препараты?

Пациент – Нет, я здоров, да и аллергии у меня никогда не было.

Преподаватель обращается к участникам игры. У кого есть замечания, дополнения на данном этапе?

Арбитр - У меня есть замечания. Недостаточно данных по визуальному осмотру, нет данных по внешнему осмотру, состоянию региональных лимфатических узлов, не сообщена зубная формула. Относительно кариозной полости, есть ли нависающие края у кариозной полости, какой цвет нависающих эмалевых краев, какого цвета размягченный дентин?

Лечащий врач - Внешний осмотр без особенностей, проводит пальпацию регионарных лимфоузлов, регионарные лимфоузлы не увеличены. Края кариозной полости нависают, меловидно измененные, имеется большое количество светлого размягченного дентина.

Врач дополнительных методов исследования - Электроодонтометрию буду проводить с использованием аппарата электроодонтометра. Рассказывает методику проведения электроодонтометрии. Активный электрод помещается на дно кариозной полости, пульпа реагирует на силу тока в 10 мкА. Для термометрии использую струю воздуха из пистолета стоматологической установки. Реакция на холодную струю воздуха болезненная, но кратковременная.

Лечащий врач - Дифференциальную диагностику буду проводить с хроническим простым пульпитом, острым очаговым пульпитом. Проводит дифференциальную диагностику с этими заболеваниями. Сообщает окончательный диагноз «Глубокий кариес».

Заведующий отделением - У меня есть замечания по поводу работы отделения. К врачу дополнительных методов обследования. При электроодонтометрии надо было определить показания аналогичного зуба с противоположной челюсти. К лечащему врачу. Окончательный диагноз выставлен неполностью, не указано и не обосновано течение глубокого кариеса.

Лечащий врач – Уточняет и обосновывает окончательный диагноз «Быстро прогрессирующее течение глубокого кариеса». Намечает план лечения – препарирование кариозной полости, медикаментозная обработка, лечебная прокладка -дайкал, изолирующая прокладка, постоянная пломба. Лечение планирует в одно посещение.

Преподаватель обращается к участникам игры. У кого есть замечания или дополнения на данном этапе?

Заведующий отделением - Почему нет обезболивания, ведь препарирование при глубоком кариесе достаточно болезненная процедура?

Врач дополнительных методов исследования - Лечащий врач так и не сообщил на какой поверхности находится кариозная

полость, ведь существуют особенности препарирования, неясно какой пломбировочный материал планирует использовать, не обосновал выбор лечебной прокладки.

Пациент - Можно мне тоже сказать. Почему в одно посещение? Ведь показатели электроодонтометрии показывают понижение электровозбудимости пульпы, наверное, нужно планировать два посещения с предварительным наложением лечебной повязки, нормализующей состояние пульпы?

Лечащий врач - Я согласен со сделанными в мой адрес замечаниями.

Моя ошибка, что я не учел быстро прогрессирующее течение глубокого кариеса и не предпринял никаких действий для нормализации состояния пульпы. В первое посещение необходимо наложение лечебной противовоспалительной повязки под временную пломбу.

Заведующий отделением - Надо определиться четко с выбором пломбировочного материала, учитывая функциональные особенности моляра, это жевательный зуб и необходим материал, обладающий в первую очередь высокими прочностными свойствами.

Врач дополнительных методов исследования - Мне кажется, что надо еще указать, что необходимо во второе посещение посмотреть динамику электровозбудимости пульпы

Преподаватель обращается к участникам игры. Сделаны правильные и существенные дополнения. У кого еще есть замечания или дополнения на данном этапе? Если нет, то приступаем к обсуждению игры. Арбитр, пожалуйста, вам слово.

Арбитр - К тем замечаниям, которые уже были высказаны, надо добавить прежде всего некачественное обследование, недостаточный сбор анамнеза. При описании кариозной полости были упущены такие моменты, как нависающее меловидно измененные края кариозной полости, большое количество светлого размягченного дентина, а ведь это клинические признаки быстро прогрессирующего течения. При осмотре не проведена перкуссия зуба, не осмотрена слизистая оболочка в области проекции верхушки корня. Осмотр проведен достаточно небрежно и поверхностно, поэтому и диагноз выставлен был без указания клинического течения процесса. Относительно обезболивания, лечащий врач должен был нам сообщить, какой метод будет использовать, какой анестетик

выберет в данной конкретной клинической ситуации. Я думаю, что заведующему отделением надо было вмешаться в эти моменты и исправить положение.

Арбитр оценивает выполнение роли каждого участника игры с пробным заполнением оценочных чек-листов. В завершении было проведено обсуждение результатов, где каждый участник игры высказал свои замечания, или несогласие с мнением других участников игры.

Преподаватель в заключении отмечает, что не были указаны особенности медикаментозной обработки глубокой кариозной полости, не были названы лечебные противовоспалительные прокладки, которые надо было использовать на первом этапе лечения быстро прогрессирующего глубокого кариеса, подводит итог деловой имитационной игры, заполняет оценочные рубрики с объяснением и комментариями по каждому пункту чек-листа.

Заключение.

Как показано в стенограмме при выполнении своей роли каждому участнику требовалось не только наличие теоретических знаний по теме занятия, но и умение вести диалог с коллегами на профессиональном языке, задавать «правильные» вопросы пациенту, правильно интерпретировать полученную информацию в ходе игры, развивать навыки клинического мышления и умения работать в команде.

Преподавателю требовалось умение внести в нужный момент коррективы и при необходимости направить ход игры в правильное русло.

На модуле пропедевтики терапевтической стоматологии деловые имитационные игры проводятся по следующим темам дисциплины:

1. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика начального кариеса. Принципы и этапы лечения. Ремтерапия.
2. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика поверхностного и среднего кариеса.
3. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика быстро- и медленно прогрессирующего глубокого кариеса.
4. Некариозные поражения твердых тканей зуба. Клиновидный дефект. Эрозия эмали. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Модель медицинского образования Казахского Национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова. Вып.1. – Алматы: КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, 2010. - Часть 3. - Методы и формы обучения. – 72 с.
2. Мынбаева А.К., Садвокасова З.М.. Инновационные методы обучения, или как интересно преподавать: учебное пособие. – 4-е изд., доп. – Алматы: 2010. – 344 с.
3. Сарсенбаева С.С., Рамазанова Ш.Х., Баймаханова Н.Т. Активные методы обучения в медицинском вузе. Учебное пособие. – Алматы: 2011. - 45 с.

А.А. БАЯХМЕТОВА

«ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПРОПЕДЕВТИКАСЫ» ПӘНІНІ ҮЙРЕНУДЕ ИНТЕРАКТИВТІ ОҚУ ӘДІСІ РӨЛДІК ИМИТАЦИЯЛЫҚ ОЙЫНЫ.

Түйін: Терапиялық стоматология пропедевтикасы модулінің 4 курс стоматология факультетінің студенттер арасында жасырын сауалнама жүргізеді. Бұның максаты - студенттерді интерактивті әдіспен оқытудағы көзқарасын бағалау. Көптеген студенттер интерактивті әдіспен таныс және оң көзқарасын бағалайды. Соның ішінде жасырын сауалнама көрсеткіші бойынша студенттер имитациялық ойындар түрін көп мысалға келтіреді. Модульдің оқытушылары іскерлі имитациялық ойындарға қатысып «Тіскегі және тістің қатты тіндерінің тіскегі емес ақауларының клиникасын, диагностикасын және емдеуге атсалысады. Төменде 4 курс стоматология факультетінің бір тобында жүргізілген. Рөлдік имитация ойындардың стенограммасы көрсетілген.

Түйінді сөздер: студенттердің жасырын сауалнамасы, интерактивті әдіске көзқарас, іскерлі имитациялық ойын, стенограмма

А.А. БАЯХМЕТОВА

ROLE-PLAYING IMITATING GAME, AS AN INTERACTIVE METHOD OF TRAINING, IN DISCIPLINE STUDYING "PROPAEDEUTICS OF THERAPEUTIC STOMATOLOGY".

Resume: For the purpose of an assessment of the relation of student's audience to interactive methods of training on the module of propaedeutics of therapeutic stomatology anonymous questioning of students 4 courses of stomatologic faculty was conducted. The majority of students are familiar with interactive methods of training and estimate them positively. One of the methods most noted by questioned students are role-playing imitating games. Role-playing imitating games teachers of the module apply when studying clinic, diagnostics and treatment of simple caries and not carious lesions of hard tissues of tooth. Below the shorthand report of the role-playing imitating game held in one of groups 4 courses of stomatologic faculty is provided.

Keywords: questioning of students, relation to interactive methods, role-playing imitating game, shorthand report.

И.В. БАСКАКОВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, Алматы

МЕТОД МИНИ-ПРОЕКТОВ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ

Современному обществу требуются высокообразованные специалисты, умеющие добывать знания и применять их. В обучении все чаще используются инновационные технологии, позволяющие сделать учебный процесс более значимым для обучающихся, повысить их мотивацию к учению. К инновационным технологиям, в том числе, относится технология проектной деятельности. В статье рассматриваются метод мини-проектов как один из способов формирования ключевых компетенций у студентов-стоматологов.

Ключевые слова: метод мини-проектов, ключевые компетенции, стоматологическое образование

Процесс обучения сегодня должен давать результат, ориентированный на будущее, определять стратегию всей последующей жизни участника образовательного процесса. Образованный человек в современном обществе должен уметь добывать знания для решения стоящих перед ним проблем, применять их в любой ситуации, адаптироваться к быстро меняющимся условиям, самостоятельно критически мыслить, быть коммуникабельным и востребованным на рынке труда. От того, насколько студент овладеет способами учебной деятельности, т.е. научится учиться, зависит успешность его обучения, желание и умение совершенствовать своё образование всю жизнь.

Известно, что традиционный подход в обучении медицинским специальностям не оправдал себя: обучающиеся усваивали знания, заучивая множество терминов, определений, классификаций, клиническую симптоматику, принципы лечения заболеваний и т.д. Впоследствии сталкиваясь с реальными ситуациями в клинической практике, молодые специалисты не могли применить полученные знания, так как в стенах ВУЗа не участвовали в деятельности, которая проецировала бы применение полученных в ходе обучения знаний на практику, т.е. слабым звеном выступало неумение интегрировать знания, а также применять их для получения новых знаний. Нельзя не учитывать тот факт, что у части студентов значительно страдала мотивация к обучению и практически отсутствовал интерес к получению новых знаний.

В последние годы предпринимается ряд усилий, чтобы решить эту проблему: разрабатываются новые модели образования, внедряются инновационные технологии, используется опыт зарубежных стран. Активно применяются и различные педагогические технологии в рамках личностно-ориентированного обучения, такие, как обучение в сотрудничестве, разноуровневое обучение, «портфолио обучающегося», индивидуальный и дифференцированный подход к обучению и, конечно, проектная деятельность. Эта педагогическая технология может достаточно эффективно использоваться на всех ступенях образования, не заменяя традиционную систему, а органично дополняя ее.

Анализ мирового опыта позволил констатировать широкое распространение «проект – технологии» в системах образования разных стран. Причина в том, что в условиях информационного общества, в котором стремительно устаревают знания о мире, необходимо не столько передавать студентам сумму тех или иных знаний, сколько научить их приобретать эти знания самостоятельно, уметь пользоваться приобретенными знаниями для решения новых познавательных и практических задач [1].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности метода мини-проектов как способа формирования ключевых компетенций у студентов стоматологического факультета.

Внедрение метода мини-проектов проводили на модуле пропедевтики терапевтической стоматологии, в процессе изучения дисциплины «Пропедевтика терапевтической стоматологии» студентами 4 курса стоматологического факультета КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, в период с 2011 по 2013 гг.

Дидактическая цель преподавателя заключалась в формировании ключевых компетентностей студентов, а алгоритм ее достижения выражался в технологии создания ситуаций, в которых разворачивались проекты студентов, и научно-методическом сопровождении проектной деятельности студентов.

Преподаватель формулировал задание, выполнением которого являлось решение студентам ряда конкретных (практических) задач, а студенты, в свою очередь, выполняли все шаги алгоритма проектной деятельности:

1. Организационный момент (тема проекта, цель)
2. Планирование работы, выдвижение гипотезы, формулирование задач.
3. Работа с информацией, подведение итогов сбора необходимой информации по поставленной проблеме.
4. Практическая работа по созданию продукта проекта и его публичному представлению.
5. Презентация готового продукта проектной деятельности.
6. Рефлексия [2]

На модуле пропедевтики терапевтической стоматологии в 2011 – 2012-м учебном году студентами 4 курса группы СТ 08-004-2 выполнялся групповой мини-проект «Оценка эффективности комплексного лечения хронического катарального гингивита с применением шунгитовой мази на ланолиновой основе». В работе над проектом приняли участие 5 студентов (Агапов И., Аманжолова А., Асылханова А., Еменова Л., Молдашев Н., Утеева З.).

Результаты исследований в форме мультимедийных презентаций были заслушаны на заседании научного студенческого кружка (НСК) модуля пропедевтики терапевтической стоматологии и вызвали неподдельный интерес у студенческой аудитории.

В 2012 – 2013 учебном году с участием обучающихся и преподавателей модуля пропедевтики терапевтической стоматологии и модуля терапевтической выполнены групповые мини-проекты на тему: «Оценка клинической эффективности применения композитных пломбирочных материалов компании 3М» (рисунок 1).



Рисунок 1 - Пример эстетического пломбирования зубов 45, 46 на фантоме в ЦПН по стоматологии (работа студенток 4 курса стоматологического факультета Баязитовой З., Юсуповой А.)

Проектная деятельность обучающихся осуществлялась при материально-технической поддержке представительства компании «ЗМ» в Республике Казахстан (региональный представитель - д.м.н., профессор Алдашева М.А.). В процесс выполнения мини-проекта были вовлечены уже 32 участника

(студенты 4, 5 курсов и врачи-интерны Института стоматологии КазНМУ), что свидетельствовало о том, что данный метод обучения в достаточно короткие сроки стал популярным у обучающихся (рисунок 1).



Рисунок 2 - Студенты группы СТ 08-006-2 Утекулов А. и Ережепова Г. в ходе реализации мини-проекта демонстрируют навыки работы «в 4 руки»

Результаты проектной деятельности студентов презентовались на заседаниях НСК модулей пропедевтики терапевтической стоматологии и терапевтической стоматологии, секции молодых ученых научно-практической конференции с международным участием «Инновации в стоматологическом образовании», проводившейся в рамках Дней Университета – 2012, лучшие доклады были представлены на выставке KAZDENTEXPO-2013, на стенде компании ЗМ, в рамках конкурса студенческих работ. Победители и участники были награждены призами и памятными подарками от компании ЗМ-Казахстан.

В ходе наблюдения за обучающимися, выполнявшими мини-проекты, было установлено, что проектная деятельность создает на практических занятиях атмосферу творческой заинтересованности, здоровой конкуренции, погружает в стихию, в которой преподаватель и студенты выступают в роли партнеров, единомышленников и соавторов. Анализ динамики учебных достижений обучающихся в течение 40 учебных дней изучения дисциплины «Пропедевтика терапевтической стоматологии» убедительно доказал эффективность проектной деятельности (рисунок 3).

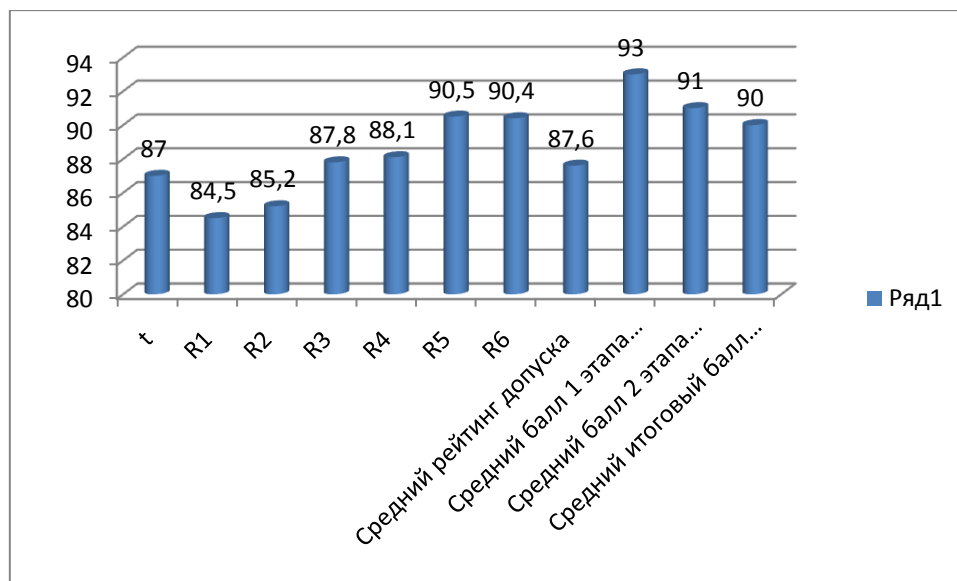


Рисунок 3 - Средние показатели учебных достижений студентов 4 курса стоматологического факультета по дисциплине «Профилактика терапевтической стоматологии» (в динамике) на примере одной из учебных групп

Практика показала, что проектный метод может с успехом использоваться как фрагмент практического занятия или реализовываться через весь цикл обучения студентов на модуле. Мини-проект возможно также включать на этапах повторения учебного материала по какому-либо разделу, для обобщения и систематизации знаний либо с целью опережающего ос. Проектная деятельность, в большей степени, нацелена на всестороннее, многоплановое развитие личности обучающегося, что обеспечивает формирование познавательного интереса и проявление творческих способностей. Суть метода должна оставаться неизменной: самостоятельная поисковая, исследовательская, проблемно-ориентированная, творческая деятельность обучающихся - совместная и (или) индивидуальная.

Наш опыт свидетельствует о том, что с первых дней обучения студентов-стоматологов на профилирующих модулях необходимо активное приобщение их к самостоятельной поисково-творческой деятельности, обучение размышлению, рациональной организации своей работы, принятию решений в конкретных, реальных ситуациях. При этом очень важными стратегическими моментами являются: наглядность, опора на конкретные клинические примеры, постоянный, но не навязчивый контроль. Темы студенческих проектных работ лучше выбирать исходя из содержания учебной программы дисциплины или близких к ней областей.

В заключении необходимо подчеркнуть, что метод мини-проектов способствовал формированию у обучающихся интереса к изучаемой дисциплине, приобретению исследовательского опыта, оттачиванию операционального и коммуникативного компонентов компетенции, навыков индивидуальной, парной и командной работы, развитию умения творчески оформлять накопленный материал и доносить его до заинтересованной аудитории.

Не вызывает сомнения личностно ориентированная и деятельностная направленность проектного метода, базирующегося на принципах проблемного обучения. Анализ учебных достижений обучающихся позволил установить, что внедрение метода мини-проектов в учебный процесс стимулировало студентов к постоянной самооценке и детальной рефлексии, побуждало к самостоятельной деятельности, реализовывало принцип связи обучения с реальной жизнью, практикой.

Фактически, мини-проект оказался той формой организации практических занятий, в которой представилось возможным создать все необходимые условия для приобретения у студентов-стоматологов реального клинического опыта, формирования операциональных и коммуникативных навыков, непрерывного самосовершенствования, что вполне согласовывается с действующей компетентностно-ориентированной моделью медицинского образования КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кирьякова А.В., Каргапольцева Н.А., Ольховая Т.А., Матвеева Е.А. «Проект – технология» в компетентностно-ориентированном образовании: учебно-методическое пособие / А.В. Кирьякова, Н.А. Каргапольцева, Т.А. Ольховая, Е.А. Матвеева; Оренбургский гос. ун-т. – Оренбург : ОГУ, 2011. – 114 с.
- 2 Панфилова А.П. Инновационные педагогические технологии. Активное обучение: учебное пособие / Панфилова А.П.: АСАДЕМА - Москва: Издательский центр "Академия", 2009. – 51 с.

И.В БАСКАКОВА

СТОМАТОЛОГ-СТУДЕНТТЕРДЕ КОМПЕТЕНЦИЯНЫ
ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖОЛЫ РЕТІНДЕГІ МИНИ-ЖОБА ӘДІСІ

Түйін: Замануи қоғамға білім алуға және оны пайдалануға қабілетті жоғарғы білімді маман қажет. Оқуда білім алушылардың оқуға деген мотивациясын жоғарылып, оқу үрдісін барынша маңызды ету үшін жиі инновациялық технология қолданылады. Инновациялық технологияға жобалық саладағы технология да жатады. Мақалада стоматолог-студенттердің компетенциясын қалыптастыру әдістерінің бірі ретінде мини-жоба әдісі қарастырылады.

Түйін сөздер: мини-жоба әдісі, түйінді компетенция, стоматологиялық білім

I.V.BASKAKOVA

METHOD OF MINI-PROJECTS AS THE WAY OF FORMATION OF COMPETENCES AT STUDENTS STOMATOLOGISTS

Resume: To the modern society the highly educated experts, able to get knowledge are required and to apply them. In tutoring the innovative technologies, allowing to make educational process by more significant for being trained are even more often used, to increase their motivation to the doctrine. To innovative technologies, including, the technology of design activity belongs. In article are considered a method of mini-projects as one of ways of formation of key competences at students stomatologists.

Keywords: method of mini-projects, key competences, stomatology education

УДК 616.9:378.147-057.875

К.Т.БАЙЕКЕЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА,
А.М. САДЫКОВА

ҚазҰМУ, жұқпалы және тропикалық аурулар кафедрасы
Алматы қаласы

ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР ПӘНІН ОҚЫТУДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ИНТЕРБЕЛСЕНДІ ОҚЫТУ ӘДІСТЕРДІҢ ТӘСІЛДЕРІ

«Жұқпалы аурулар» циклын өту кезінде оқытудың интерактивті тәсілдері тиімді және нәтижелі болды. Қимылмен және қимыл арқылы студенттер өз қолдарымен жасағандарын жақсырақ есте сақтайды және меңгереді.

Түйінді сөздер: жұқпалы аурулар, интерактивті әдістер.

Медициналық оқу орындарында студенттердің білімді іс-әрекет арқылы игеруі интербелсенді оқытудың тиімділігін көрсетеді [1]. Тәжірибелік сабақтарда студенттер өз қолымен жасаған әрекеттерін, жазбаларын есінде жақсы сақтап, үйренген дағдыларын келешекте қолдана алады.

Жұқпалы аурулар пәнін өту кезінде белсенді әрекеттер жасау нәтижесінде студенттер ойлауға, пікір таластыруға, талқылауға, шешім қабылдауға, өз көзқарастарын дәлелдеуге үйренеді.

Дидактикалық тәсілдерден тәжірибелік сабақта кіші топтар, Т-кестесі, кластерлер, ми шабуылы, пікірталастар, үш кадамды сұхбат, Жигсо және т.б. әдістерді қолдану сабақтың тиімділігін арттырады.

Кластерлер – әртүрлі ой-пікірлер мен ақпараттардың арасындағы байланыстарды айқындауға арналған жазба кестелер. Жұқпалы аурулар «Жалпы медицина» факультетінің 6 курс интерндерінде синдромалды салыстырмалы диагностика түрінде жүргізіледі. Кластерлер сияқты жазба кестелерді қолдану кезінде интерндер дәптердің немесе тақтаның ортасына бір клиникалық синдромның (мысалы, диарея, гепатит, лимфаденит, менингит, энцефалит) атауын жазып, оның жан-жағына шеңбер түрінде клиникасында осы синдром кездесетін жұқпалы және жұқпалы емес ауруларға қатысты мәліметтерді таңдап, олардың өзара байланыстары туралы ауызша жариялайды. Кластерді интерн алдымен жекеше, сосын жұпта немесе шағын топта жалғастырады.

6-7 курс интерндердің тәжірибелік сабақтарында салыстырмалы диагностика жасағанда көлемді ақпараттарды өздігімен игеруге және бірін-бірі оқытуға бағытталған «Жигсо» сияқты тиімді тәсіл қолданылады. Ол үшін оқытушы екі топ құрады: «бастапқы топ» және «сарапшылар тобы». Алғашында интерндер көлемді мәліметті әрқайсысы жеке-жеке шағын топ («бастапқы топ» құрамында №1, №2, №3 студенттер бар, барлығы 3 топ) ішінде оқып шығады. Сосын оқытушы топтар құрамын өзгертіп, «сарапшылар тобын» (1-і топ құрамында тек №1, 2 топта - тек №2, 3 топта - тек №3 студенттер бар) құрайды. Бұл топтарда олар берілген тақырыптың қиын жерлерін бірігіп талқылайды, бір-біріне түсіндіреді. Үйрету барысында студенттердің осы тақырып бойынша білімі басқалармен салыстырғанда жоғарылайды, «сарапшы» болады. Ойынның

үшінші кезеңінде сарапшылар бастапқы топтарына қайта оралады, басқа студенттерді өз бөлімдеріне үйретеді.

Заманауи өзекті мәселелердің бірі - АИВ-инфекциясы тақырыбын талқылау үшін барлық студенттерді төрт топқа бөліп, пікір алмасуға келесі сұрақтар беріледі: осы аурулар нәтижесінде туындайтын медициналық, экономикалық, әлеуметтік-құқықтық, оқыту мәселелері. Топтағы жұмыс қатысушы студенттердің белсенділігін арттырып, өз ойымен қатар өзгелердің де ортаға салған ой-пікірлерін тыңдап, пікір алмасуға ықпал етеді. Тапсырма уақыты біткенде әрбір топтан өздері сайлаған бір студент (шешен) топ тұжырымдарын ауызша жария етеді.

Өткізілген топтық пікірталастар студенттердің жұқпалы аурулар пәніне деген қызығушылығын арттырып, талқылау барысында айтылған ұтымды пікірлерге жасалынған талдаулардың тиімділігін жақсы түсініп, жоғары бағаланады.

«Вирусты гепатиттер» тақырыбына арналған тәжірибелік сабақта рөлдік ойын қолданылады. Алдымен оқытушы ойынның максаттарын (науқаспен, оның туыскандарымен, әріптестермен қарым-қатынастағы коммуникативтік дағдыларды көрсету; науқасты тексеру дағдыларын және анықталған клиникалық белгілерді талдау; лабораторлық-инструментальдық тексеру нәтижелерін дұрыс талдай білу және емдеу тактикасы) түсіндіріп, ойын орнын анықтап, рөлдерді бөледі (науқас, оның туысканы, учаскелік дәрігер, жедел жәрдем дәрігері, жұқпалы аурухананың қабылдау бөлімшесінің дәрігері, эксперттік топ). Бұл әдістің артықшылығы, ойынға қатысушы әр студент өзін ұсынылған мән-жайға бейімдеуге, ойын барысында әртүрлі жағдайларды нақты сезінуіне және шешім қабылдауына мүмкіндігі бар [2]. Ойын аяқталғаннан кейін бірігіп талқылау болашақ дәрігерлердің клиникалық дағдыларын жетілдіруге бағытталған.

Қорыта айтқанда, жұқпалы аурулар пәнін оқыту барысында қолданылатын әртүрлі интербелсенді оқыту әдістері студенттер мен интерндердің мамандығына деген қызығушылығын арттырады, нақты ситуациялық жағдайда қатысушы ролінде болған әрбір студенттің өзінің жасаған іс-әрекеттері, қолымен жазған жазбалары әрқашан есінде қалады және жақсы нәтижелерге жеткізетін тиімді жүйе ретінде саналынады.

ӘДБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Әлімов А.. Интербелсенді әдістерді жоғарғы оқу орындарында қолдану. – Алматы: 2009. – 327 б.
- 2 Муминов Т.А., Даулетбақова М.И.. Инновационные технологии в образовательном процессе медицинских ВУЗов. – Алматы: 2003. – 144 с.

**К.Т.БАЙЕКЕЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА,
А.М.САДЫКОВА**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ОБУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Резюме: Интерактивные методы обучения, применяемые во время прохождения цикла «Инфекционные болезни» оказались эффективными и результативными. Обучение действием и посредством действия студенты лучше запоминают и усваивают то, что они делали своими руками.

Ключевые слова: инфекционные болезни, интерактивные методы

**K.T.BAYEKEEVA, A.K.DUISENOVA, L.B. SEIDULAEVA,
A.M.SADYKOVA**

THE USE OF INTERACTIVE METHODS OF TEACHING IN THE DISCIPLINE OF INFECTIOUS DISEASES

Resume: Interactive methods of teaching, that used in «Infectious diseases» were effective and resultative. This method helps students to remember better that they done by self.

Keywords: infectious diseases, interactive methods

УДК: 61.1:378.1:616-022(378)

**А.В.БАЛМУХАНОВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, Г.А.ШОПАЕВА,
Ф.Г. ОРАЗАЕВА**

*КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова
Высшая Медицинская Школа*

кафедра инфекционных и тропических болезней

АКАДЕМИЧЕСКАЯ МОБИЛЬНОСТЬ РЕЗИДЕНТОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

В рамках интеграции национальной системы образования в мировое образовательное пространство в КазНМУ созданы условия для академической мобильности обучающихся. Академическая мобильность ориентирована на повышение качества профессиональной подготовки резидентов в соответствии с общепризнанными требованиями Болонской декларации.

Ключевые слова: резидентура, академическая мобильность, качество образования

Повышение уровня образованности как фактор конкурентоспособности нации определен Главой Государства Н.А.Назарбаевым в качестве одного из основных государственных приоритетов. Национальная система образования сегодня должна соответствовать современным требованиям и мировым стандартам. В условиях глобализации разработка общих стратегий и принципов развития высшего образования способствует повышению адаптационного потенциала вузов и программ подготовки.

Концепция развития системы образования в Республике Казахстан до 2015 года как основополагающий методологический документ процесса модернизации всей системы образования принимает во внимание доминирующие современные тенденции. 11-12 марта 2010 года на II Болонском Форуме Министров образования стран-участниц Болонского процесса Казахстан присоединился к Болонской декларации и стал 47 страной-членом Болонского процесса.

Присоединение в Болонской декларации подразумевает принятие обязательств по вхождению в единое образовательное пространство. Осуществление реформ в ведущих странах мира стимулировало международное сотрудничество в сфере образования и его универсализацию. В соответствии с Болонской Декларацией ключевым вопросом создания единого образовательного пространства выступает качество как фундаментальная основа формирования доверия. Предполагается создание взаимопризнанных критериев качества образования, учитывающих многообразие стран и особенности национальных систем высшего образования.

Академическая мобильность – один из основных принципов Болонского процесса, направленный на гармонизацию образовательных систем. Этому способствует введение совместных программ обучения и научных исследований, создание интегрированных учебных курсов и совершенствование учебных планов.

Современная система высшего постдипломного медицинского образования предполагает обучение в резидентуре. Данный уровень образования ориентирован на развитие специальных профессиональных компетенций у обучающихся. Прикладная направленность, специализация обучения в резидентуре обеспечивают высокую востребованность выпускников на рынке труда.

Особенностью программ резидентуры является обеспечение оптимального баланса между обучением и практической деятельностью; обеспечение академической мобильности; подготовка специалиста новой формации, обладающего широкими фундаментальными знаниями, инициативного, способного адаптироваться к меняющимся требованиям рынка труда и технологий.

В 2012 году в рамках академической мобильности и расширения международных связей с зарубежными университетами трое резидентов 1-го года обучения кафедры инфекционных и тропических болезней КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова прошли обучение в Университете Erciyes г.Кайсери, Турция в течение 3-х месяцев. Программа курса обучения «Инфекционный контроль в отделениях интенсивной терапии» включала изучение различных аспектов наиболее часто встречающихся инфекционных болезней и внутрибольничных инфекций.

Учебная программа была рассчитана на 417 часов, реализация ее проводилась в форме семинарских и практических занятий по воздушно-капельным, особо опасным инфекциям, инфекциям кожи и мягких тканей, мочевыводящей, центральной нервной систем, внутрибольничным инфекциям дыхательных путей, рациональному использованию антибиотиков. Программа инфекционного контроля освещала вопросы эпидемиологии и контроля за внутрибольничными инфекциями, инфекционного контроля в отделениях (интенсивной терапии, ожоговой, неотложной помощи, операционных залах, эндоскопии, трансплантации костного мозга, диализа), организации вентиляционной системы в стационаре, вопросы контроля за здоровьем медперсонала и основы дезинфекции и стерилизации. Наши резиденты работали в клинике – участвовали в обходах и консилиумах

профессоров и доцентов клиники, курировали больных с различной инфекционной патологией, участвовали в научных конференциях (в т.ч. с собственной презентацией), семинарах; приобрели дополнительные практические навыки врача-клинициста, а также навыки в области инфекционного контроля в стационаре.

Таким образом, первый опыт академической мобильности резидентов кафедры инфекционных и тропических болезней КазНМУ показал, что международное сотрудничество вузов в рамках образовательных программ является одним из инструментов повышения качества образования, мотивируя обучающихся к более углубленному освоению специальности, а преподавателей – к разработке образовательных программ интегрированных учебных курсов.

**А.В.БАЛМУҚАНОВА, А.Қ.ДҮЙСЕНОВА, Г.А.ШОПАЕВА,
Ф.Г.ОРАЗАЕВА**

РЕЗИДЕНТТЕРДІҢ АКАДЕМИЯЛЫҚ ҰТҚЫРЛЫҒЫ БІЛІМ САПАСЫН ЖЕТІЛДІРУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ

Түйін: Ұлттық білім бері жүйесінің әлемдік кеңістікке интеграциялану саласында ҚазҰМУ-да оқытылушылардың академиялық мобильділігі үшін жағдай жасалынған. Академиялық мобильділік Болон декларациясының жалпы қабылданған талаптарына сай резиденттердің кәсіби дайындығының сапасын жетілдіруге бағытталған.

Түйінді сөздер: резидентура, академиялық мобильділік, білім сапасы

A.V.BALMUKHANOVA, A.K.DUISENOVA, G.A.SHOPAYEVA, F.G.ORAZAEVA
ACADEMIC MOBILITY OF RESIDENTS AS TOOL TO IMPROVE THE QUALITY OF EDUCATION

Resume: As part of integration of the national education system in the world educational space in KazNMU created the conditions for academic mobility of students. Academic mobility is focused on improving the quality of training of residents in accordance with the generally recognized requirements of the Bologna Declaration.

Keywords: residency, academic mobility, quality of education.

УДК 371.4

Л.М. БЕГІМБЕКОВА, Ж.У. СУЛЕЙМЕНОВА

*Акушерлік және гинекология кафедрасы, Қ.А.Ясауи атындағы
Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ.*

БІЛІМ АЛУШЫЛАРДЫҢ ТҰЛҒА РЕТІНДЕ ҚАЛЫПТАСУЫНА ТӘРБИЕЛІК ІС-ШАРАЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Мақалада тәрбие жұмысының барысы, студент/интерн тұлға ретінде қалыптастыруда тәрбие жұмысын жүргізудің технологиялары сипатталған. Топтағы тұлғааралық қарым-қатынастарды зерттеудің социометрикалық әдістері мен куратор-эдвайзеріне қойылатын талаптар қамтылған.

Түйінді сөздер: тәрбие жұмысы, тұлғалық даму, қалыптасу, куратор-эдвайзер.

Тәрбие саласы мемлекеттік саясаттың білім беру саласындағы басым бағыттарының бірі болып табылады. Жоғары оқу орнында жастардың тұлға ретінде қалыптасу мәселелері студенттік топтардағы тәрбие жұмысының тиімді жүйесіз жүзеге асуы мүмкін емес. Мұнда студенттердің аса маңызды өзін-өзі тануы, қарым-қатынас, басқа тұлғаларды бағалау, тұлға ретінде өзіне баға беру сияқты әлеуметтік қажеттіліктері жүзеге асырылады. Топтың бірлігіне, оның мүшелерінің арасындағы өзара қарым-қатынас, көшбасшылардың беделі көптеген жағдайда оның ұжым ретіндегі даму деңгейіне байланысты болады, яғни әрбір студенттің тұлғалық әлеуметтену үдерісіне тиімді ықпал етеді. Сондықтан да топ университеттің бүкіл оқытушылар ұжымының жүзеге асыратын тәрбие жұмысының негізгі нысаны болуы тиіс [1].

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ-нің оқу-клиникалық базасы акушерлік және гинекология кафедрасының куратор-эдвайзерлері

студенттік топтарда оқу-тәрбие жұмысын жүргізу барысындағы басты тұлға ретінде топтағы білім алушылардың қызметін ұйымдастырып, тәрбие жұмыстарды үйлестіреді.

Куратор-эдвайзердің тәрбие қызметінің аса маңызды бағыттары жастардың әлеуметтік-тұрмыстық және бос уақытты ұтымды өткізу мәселелерін шешу барысында көмек көрсету, студенттік топта достықты, қайырымдылықты, бірлікті, өзара қолдауды қалыптастыру, бірегей жоғары оқу орны қауымдастығының оқытушылары мен студенттеріне қатыстылығын сезіндіру, бірыңғай әрі біріктіріле ұйымдасқан мәдениетке, жүйеге және көзқарастар мен қиындықтарға тиістілігін ұғындыру болып табылады [1].

Сондай-ақ кураторлар білім алушылардың тұлға ретінде қалыптасуына ықпал ету мақсатында ұйымдастырушылық және коммуникативтік қабілеттерді, оқу-тәрбие материалын оңтайлы үйлестіре білу дағдыларын талап етеді. Студенттермен

жүргізілетін тәрбие жұмысы шығармашылық жұмыс болып табылады, бірақ аталған жұмыстың креативтілігі тәрбие саласы қызметінің нақты негізгі бағыттарын және мазмұнын анықтайтын жүйеде көрініс табуы тиіс.

Оқу жылының барысында біздің кафедраның куратор-эдвайзерлері өзінің қызметін нақты жоспарлайды. Жоспардың негізгі құрылымдық элементтері төмендегідей аспектілерден құралады: жеке жұмыс; кураторлық сағаттар; ата-аналармен өзара қарым-қатынас; университеттің, факультеттің іс-шараларына топтың қатысуын қамтамасыз ету.

Қазақстан Республикасының 2007 жылғы 27 шілдедегі №319-111 «Білім туралы» Заңына сәйкес әзірленген ережеге сүйене отырып, акушерлік және гинекология кафедрасы 2012-2013 оқу жылында негізгі бағыттарда тәрбие жұмыстарын ұжым жоспарына сәйкес жүргізді: салауатты өмір салты; адамгершілік рухани тәрбие; ұлттық рухани тәрбие және патриоттық тәрбие; рухани адамгершілік мәдениетін қалыптастыру. Кафедрада жоспардан тыс мынадай іс-шаралар өткізілді: ҚР Президенті Н.Ә. Назарбаевтың жолдауындағы «Жалпыға ортақ Еңбек Қоғамына қарай 20 қадам» атты мақаласын талдау; 5 қыркүйек 2012ж . Астана қаласында Назарбаев университетінде ел басының «Қазақстан білім қоғамы жолында» атты тақырыптағы интербелсенді дәрісі талқыланды [2, 3].

Дәріс интерактивті тақта арқылы өткізілді. Интернатура және түлектерді жұмысқа орналастыру бөлімі бойынша 6 және 7 курс 54 интерн акушер-гинеколог дәрігерлері теледидар арқылы тыңдады.

- Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә. Назарбаевтың Қазақстан халқына жолдауы «Қазақстан-2050» стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты туралы баяндама талқыланды.

Елбасымыз Н. Назарбаевтың жолдауы жастарға жалпы Қазақстан халқына берер тағлымдық - тәрбиелік мәнінің мол екенін білім алушылар айта келіп, жолдау жөнінде өз пікірін білдірді. Біздің ендігі міндетіміз – егемендік жылдары қол

жеткізгеннің барлығын сақтай отырып, XXI ғасырда орнықты дамуды жалғастыру қажеттілігі атап өілді. Біздің басты мақсатымыз – 2050 жылға қарай мықты мемлекеттің, дамыған экономиканың және жалпыға ортақ еңбектің негізінде берекелі қоғам құру екендігі айтылды. Мықты мемлекет күнкөріс саясатымен емес, жоспарлау саясатымен, ұзақмерзімді дамумен және экономикалық өсумен айналысатындығы сөз етіліп, жастарды осы жаңа саяси бағыттың дамуына келешекте өз үлестерін қосуға үндедік.

Кафедра ұжымының ұйымдастыруымен жүргізілді: елдің жаңа елордасы – Астанада еліміздің мүмкіндігін әлемге көрсету үшін халықаралық қауымдастық таңдауымен ЭКСПО-2017 көрмесі өткізілетіні атап өілді; 16.11.2012 жылғы «Жас Отан» Жастар қанатының II съезінде қаралған мәселелері талқыланды; «Жаңа Қазақстандық патриотизмнің консолидация, яғни, бірігуі, нығайту, шоғырлау, ықпалдары» атты тақырыпта тәлімгерлік топтармен семинар ұйымдастырылды; «Этносаралық саладағы ахуал және ұлтаралық бірлік пен келісімді нығайту» деген тақырыпта дөңгелек үстел өткізілді.

Аталған іс-шаралар өткізу барысында студент/интерндер көптеген сұрақтарға зейін қойып, ерекше көзқарас танытты. Жеке тұлға ретінде ой-пікірлерін ортаға салып, ұлы ақын атамыз айтпақшы бір кірпіш болып қоғамда өз орындарын дұрыс таңдай біліу маңыздылықтарын сезінді. Сонымен қатар, куратор-эдвайзер топтың тізімін жасақтап, студенттің/интерннің ақпараттық және диагностикалық картасын толтырған. Студенттің ақпараттық картасы студент туралы толық мәліметтен тұрады: аты-жөні, жасы, орта білім алған жері, ата-анасы (кім болып жұмыс істейді), отбасы құрамы, материалдық жағдайы, денсаулығы, студенттің, ата-анасының байланыс телефондары, мекен жайлары, студенттерді сипаттайтын басқа да маңызды мәліметтер. Диагностикалық картаны толтыру барысында куратор-эдвайзер студенттің мінез-құлқының белгілі бір сипаттарының көрініс табу деңгейін бағалайды (1-кесте).

Кесте-1 - Студенттің/интерннің диагностикалық картасы

Сипаттама	Айқындалу дәрежесі (қажетін белгілеу)			Ескерту
	төмен	орташа	жоғары	
Тіл табысу		+		Ұйымдастырушылық және көшбасшылыққа ұмтылу қабілеттерін дамытуға ықпал ету
Топтағыларымен қарым-қатынас		+		
Ұйымдастырушылық	+			
Тәртібі			+	
Бастамашылдық		+		
Көшбасшылыққа ұмтылу	+			
Өзін-өзі ұстауы		+		

Ескерту: қажетін «+» таңдау.

Ақпараттық және диагностикалық мәліметтерді алу үшін тәлімгерлер жазбаша сауалнама, оқытушылармен, ата-аналармен, студенттермен әңгімелесу, студенттердің құжаттарын талдау, қадағалау, социометрия, сауалнамалар сияқты әдістердің кешенін пайдаланады. Сондықтан, куратор-эдвайзерлер топтардағы тұлғааралық қарым-қатынастарды зерттеудің социометрикалық әдісін қолданып, мүмкіндігінше жеткіліксіз қабілеттерін арттыруға тырысады.

Куратор-эдвайзерлер топтарда жағымды әлеуметтік-психологиялық орта (климат) қалыптастыруға тырысады. Бұл бағытта Дж. Морено әзірлеген социометрикалық техниканы тұлғааралық және топаралық қарым-қатынастарды айқындап, оларды өзгерту, жақсарту және жетілдіру үшін қолдануда. Социометрияның көмегімен студенттік топ мүшелерінің әлеуметтік-психологиялық сәйкестілігі туралы мәлімет алып,

оңтайлы орта және жеке тұлғалардың жан-жақты өркеніетті жетілуіне ықпал етуге тырысуда.

Социометрикалық үдеріс, біріншіден, топтың қаншалықты деңгейде ұйымшыл екендігін көрсетеді. Екіншіден, «социометрикалық ұстанымдарды» анықтау, яғни симпатия-антипатия белгілері бойынша топ мүшелерінің беделін анықтау, мұнда «аластатылған» немесе топтың «көшбасшысы» оңтайлы нәтижелерге ие болады. Үшіншіден, топ ішіндегі бірлескен жүйеішілік құрылымдарды анықтап тұруы мүмкін.

Социометрикалық үдеріс бойынша топ мүшелеріне олардың симпатиялары мен антипатияларын анықтауға мүмкіндік беретін сұрақтарға (социометрикалық шарттар) жауап беру ұсынылады. Куратор-эдвайзер алдын-ала дайындалған сұрақтар бойынша студенттердің жауап беруін өтінеді. Іскери қатынастарды зерттеуге арналған сұрақтардың үлгісі жасалған.

Нәтижелерді өңдеу. Жауаптарын математикалық өңдеуден өткізеді. Сандық өңдеудің қарапайым тәсілі кестелік-социоматрица бойынша талдау жасайды. Таңдау нәтижелері матрица бойынша шартты белгілердің көмегімен таратылады.

Нәтижелер кестесі бірінші толтырылады, іскери және жеке қатынастар бойынша жеке толтырылады. 702 АГҚ тобының социоматрицасы төменде көрсетілген.

Кесте 2 - Студенттік/интерн тобының социоматрицасы

№	Фамилиясы	1	2	3	4	5	6	7
1	Айымбаева А.		+1			+2	+1	+1
2	Дауренбекова Ж.	+1			+3	+2		
3	Еркінбек Р.	-1	+1		-1	+3		
4	Есболаева Ж.		+1	-1			+2	+3
5	Кадырбердиева Г.		+2		+1			-2
6	Қырықбаева Р.	+2			+3		+2	-1
7	Ордабекова М.	+1		+1	+3	-1		
	Таңдау саны	4	4	2	5	4	3	3
	Жалпы сомасы	3	5	0	11	6	5	1

Ескерту: + оң таңдау; - теріс таңдау.

Көлденеңінен барлық топ мүшелерінің фамилиялары нөмерленіп жазылған, тігінен - олардың тек нөмерлері жазылған. Сәйкес орындарға сандармен бірінші, екінші, үшінші сыналғандар +1, +2, +3 белгіленген, одан кейін тәжірибеге қатысушы бірінші, екінші, үшінші болып таңдамаған сандар -1, -2, -3 қойылған. Содан кейін оңтайлы және теріс таңдалымдар кестеге салынған (таңдалымның кезегіне тәуелсіз). Оңтайлы және теріс таңдалымдар кестеге салынып, әрбір топ мүшесінен алынған (таңдалым сомасы) барлық алгебралық сома көлденеңінен есептелген. Содан кейін топтың әр мүшесі үшін ұпай саны есептеліп, бірінші кезекте +3 ұпайға (-3), екінші — +2 (-2), үшінші — +1(-1) теңестірілгендігі ескерілген. Кейін жалпы алгебралық саны есептеліп, ол топтың мәртебесін анықтап отыр. Әрбір шарт бойынша социоматрицаны талдау барысында топтағы өзара қарым-қатынас туралы толыққанды мәлімет аламыз. Социоматрицаның басты ерекшелігі таңдауды сандық түрде көрсетуінде болып табылады, ол өз кезегінде топтағы тәртіпті бекітуге, алынған таңдаулардың саны бойынша топ мүшелерін жіктеуге мүмкіндік береді. Социоматрицаның негізінде социограмма немесе социометрикалық таңдаулардың картасы (социометрикалық карта) құрылады. Куратор-эдвайзер жұмысы тиімді жүргізілсе сандық және сапалық көрсеткіштер жақсарыды: топ үлгерімінің оңтайлы

қарқыны; топ студенттерінің арасында құқық бұзушылықтың болмауы; түрлі деңгейдегі әлеуметтік-дамытушы іс-шараларға студенттердің қатысуы; топ студенттерінің арасында марапатталғандардың, сертификат алушылар санының көп болуы; топпен және нақты студентпен жұмыс жасау барысында шығармашылық тұрғыдан әрекет ету; кураторлық жұмысты ұйымдастыру бойынша әдістемелік материалдарды әзірлеу; республикалық бұқаралық ақпарат құралдарындағы жарияланымдар және т.б.

Жоғары оқу орнының оқытушысы, тәлімгері ретінде басты мақсатымыз жастардың тұлғалық дамуының үйлесімділігін қалыптастыру, студенттерді азаматтық белсенділікке тәрбиелеу, білім алушылардың мамандықтың жұмыс оқу жоспары аясында білім алу траекториясының таңдамалығы негізінде өзін-өзі қалыптастыру және өзін-өзі көрсету қабілеттерін дамыту болып отыр. Сонымен қатар, оқу тобында тәрбие жұмысын ұйымдастыру, өзін-өзі басқаруды қалыптастыру және студенттерді/интерндерді университеттің қоғамдық және шығармашылық өміріне белсенді қатысуға ықпал ету және оқу кезеңі барысында білім алу бағдарламаларын меңгерту болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Студенттік топтарда тәрбие жұмысын ұйымдастыру бойынша әдістемелік нұсқаулар Қ.А. Ясауи атындағы ХҚТУ. Түркістан. – 2011. - 26 б.
- 2 Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың Қазақстан халқына жолдауы «Қазақстан-2050» стратегиясы.
- 3 Қазақстан Республикасының 2007 жылғы 27 шілдедегі №319-111 «Білім туралы» Заңы.

Л.М.БЕГИМБЕКОВА, Ж.У.СУЛЕЙМЕНОВА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СТАНОВЛЕНИИ ЛИЧНОСТНОГО РОСТА ОБУЧАЮЩИХСЯ

Резюме: мероприятия воспитательного процесса и воспитательная работа проводимая в становлении личностного роста обучающегося описаны в данной статье. Продемонстрированы социометрические методы исследования меж-личностных отношений в группе и требования к куратору-эдвайзеру.

Ключевые слова: воспитательная работа, становление личностного роста, куратор-эдвайзер

L.M.BEGIMBEKOVA, J.U.SULEIMENOVA

THE EFFECTIVENESS CARRYING OUT EDUCATIONAL MEASURES IN A FORMATION OF THE PERSONAL GROWTH AMONG THE LEARNERS

Resume: The measures of the character building process and educational work lead in making personal growth of the learners are described in this article. Demonstrate analysis border-personal attitude in the student/intern group and the requirements for curator-adviser.

Keywords: character building process, personal growth, curator-adviser.

Л. М. БЕГИМБЕКОВА, Э.Н. АЛИЕВА, С.У. МАМЫРБЕКОВА
Кафедра акушерства и гинекологии МКТУ им. Х.А.Ясави, г.Шымкент

РОЛЬ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТА

Статья демонстрирует необходимость формирования коммуникативных навыков в процессе подготовки современных медицинских работников. В статье приведены методы оценки коммуникативных навыков, необходимых для эффективного обучения и применяемые в подготовке акушер-гинекологов на нашей кафедре.

Ключевые слова: коммуникативные навыки, компетенция, знание, практические навыки.

Современные международные требования подготовки специалистов в области высшего медицинского образования имеют целью обеспечение подготовки квалифицированных, грамотных, психологически и социально компетентных врачей и клинических психологов, социальных работников и медицинских сестер. Современный врач должен владеть когнитивными и поведенческими навыками принятия клинических решений, навыками эффективного поведения в процессе профессионального взаимодействия с пациентами, их родственниками и коллегами, высокоразвитыми коммуникативными навыками, профессиональной компетентностью и морально - этическими установками на уровне современных достижений медицины [1].

Коммуникативная и психологическая компетентность врача включает такие компоненты, как знание и понимание психологических особенностей пациента, самого врача, коммуникативных процессов, возникающих при взаимодействии врача, больного и его родственников, психологии медицинской среды; приобретение клинических навыков общения, решения этических и профессиональных проблем, психологических аспектов профилактики и основ психотерапии заболеваний, укрепления здоровья, реабилитации, а также способности к познанию, личностному росту и повышению квалификации на протяжении всей жизни.

Современный медицинский работник должен уметь идентифицировать психологические компоненты болезни и ее последствий, распознавать желания и ожидания пациента, принимая во внимание его ценности, цели и проблемы. Врач обязан уметь правильно информировать пациента и его родственников об их роли в терапевтическом процессе, о терапевтических альтернативах и рекомендациях, объяснять и комментировать соответствующее лечение для достижения согласия на его проведение, как со стороны пациента, так и его родственников. Кроме этого он должен уметь мотивировать пациента на преодоление болезни, поддерживать и поощрять его автономию (суверенность), распознавать и понимать индивидуальные и социальные факторы, влияющие на течение болезни, выбор варианта лечения и реабилитации [1].

Как только студенты приобрели основные навыки коммуникации, им необходимо предоставить для изучения специальные ситуации, которые заслуживают углубленного проникновения. Они должны оказаться на высоте и демонстрировать очень хорошие навыки коммуникации, анализа, умение оказать помощь и дать рекомендации.

В настоящее время в Республике Казахстан (РК), как и во всем мире, уделяется все больше внимания реформированию системы высшего образования. В Послании Президента РК перед высшей школой поставлена цель- подготовка компетентного специалиста, конкурентоспособного на рынке труда. Подготовка по специальности «Акушерство и гинекология» является формой специализированной подготовки врачей по специальности «Акушерство и гинекология».

Основной задачей обучения является подготовка специалистов для самостоятельной работы в органах и организациях здравоохранения или частной практики.

В связи с этим на кафедре акушерства и гинекологии МКТУ им. Х.А.Ясави используются интерактивные методы обучения, а также различные методы для объективной оценки как знаний, так и практических навыков. Развитие науки внедрение инновационных технологий в здравоохранение требует коренной перестройки системы подготовки медицинских работников, тем более, что одним из главных направлений Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» является совершенствование медицинского, фармацевтического образования с целью создания конкурентоспособного потенциала здравоохранения. Формирование коммуникативной компетентности у студентов требует структурирования обучения коммуникативным навыкам. Это подразумевает создание моделей коммуникации, описания и формализации приемов и методов привития коммуникативных навыков. Многие модели коммуникации для клинической практики уже предложены, и каждая из них подробно описана, и не просто описана, но даны рекомендации по ее апробации и внедрению. (Pendleton et al., 1984; Stewart et al., 2003; Silverman et al., 2005) Моделью коммуникации может стать клиническая или ситуационная задача, которую преподаватель использует, насыщая точными деталями своей дисциплины. Такого рода занятия являются более эффективными в малой группе. Обучение коммуникативным приемам и методам будет более эффективным, если оно будет содержать практический опыт и обратную связь, так же как и теоретический материал. Реализация коммуникативных навыков в условиях безопасной среды и эффективная ее оценка лежат в основе формирования коммуникативной компетентности [2].

Оценка результатов обучения коммуникативным навыкам формативные и суммативные элементы как объективные показатели успешности обучающегося. Формативная оценка может быть лучше адаптирована к реальной клинической ситуации, а также к потребностям современного общества. Формативная оценка сосредоточена на конструктивной обратной связи. Отчеты о проведенном курсе, формативные комментарии о результатах обратной связи предоставляют сведения о поступательном движении на протяжении семестра или даже учебного года. Однако важно, чтобы этот тип конструктивной обратной связи использовался в целях изучения подлинной картины учебного процесса, процесса освоения коммуникативных навыков[2].

С начала 2012-2013 учебного года на кафедре акушерства и гинекологии МКТУ внедрена методика по коммуникации университета Квинс (Queens) Модель Калгари Кембридж (Calgary Cambridge)[4]. В этой связи, для формативной оценки знаний и степени освоения коммуникативных навыков применяется чек лист Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise).

Таблица 1 - Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise)

Sample Mini-CEX Data Collection Form												
Evaluators:		Date:				Student:						
Settings:	<input type="checkbox"/> OPD	<input type="checkbox"/> In-patient	<input type="checkbox"/> ED	<input type="checkbox"/> Other								
Patient:	<input type="checkbox"/> Age	<input type="checkbox"/> Sex: M/F	<input type="checkbox"/> New	<input type="checkbox"/> Follow-up								
Complexity:	<input type="checkbox"/> Low	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> High									
Focus	<input type="checkbox"/> Data Gathering	<input type="checkbox"/> Diagnosis	<input type="checkbox"/> Therapy	<input type="checkbox"/> Counselling								
1. Medical Interviewing Skills [0 Not observed]												
1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Unsatisfactory			Satisfactory			Superior						
2. Physical Examination Skills [0 Not observed]												
1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Unsatisfactory			Satisfactory			Superior						
3. Humanistic Qualification/Professionalism [0 Not observed]												
1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Unsatisfactory			Satisfactory			Superior						
4. Clinical Judgment [0 Not observed]												
1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Unsatisfactory			Satisfactory			Superior						
5. Counselling Skills [0 Not observed]												
1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Unsatisfactory			Satisfactory			Superior						
6. Organizational Efficiency [0 Not observed]												
1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Unsatisfactory			Satisfactory			Superior						
7. Overall Clinical Competency [0 Not observed]												
1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Unsatisfactory			Satisfactory			Superior						
Mini-CEX time- observing:	 min				Providing Feedback:min						
Evaluator's Satisfaction with mini-CEX												
		Low	1	2	3	4	5	6	7	8	9	High
Student's Satisfaction with mini-CEX												
		Low	1	2	3	4	5	6	7	8	9	High
Comments:												

15-25 мин прямое наблюдение, целостная оценка выполнения, удобства использования и хорошая надежность.

• Комментарий: используется для оценки обучающихся в реальной обстановке. Клиническая встреча с пациентом в условиях реальной жизни (15 минут). Следует отметить, что клинические и коммуникативные навыки взаимосвязаны. Сразу же после встречи проводим обсуждение того, как прошел прием. Это помогает определить, что необходимо улучшить, а также предоставить положительную обратную связь – самые важные составляющие процесса (10 минут).

В итоге, низкий балл: 1-3, средний балл: 4-6, высокий балл: 7-9. Суммарная оценка коммуникативных навыков осуществляется во время объективного структурированного клинического экзамена (OSCE), одним из этапов которого является «Сбор анамнеза». При оценке данной компетенции мы создаем клиническую ситуацию с использованием следующего оценочного листа.

Таблица 2 - ФИО студента _____ № гр. _____

№	Коммуникативные навыки	Выполнено (+) 1 балл; не выполнено (-) 0 баллов	Балл max.-10 балл
1.	Налаживание первоначального контакта и дальнейшее установление отношений для эффективного процесса лечения		
2.	Навык снятия эмоционального напряжения и тревожности в ходе ведения опроса, клинического обследования и лечения		
3	Вовлечение пациента в процесс диагностики и лечение. Профессиональное отношение к пациенту.		
4.	Навык прогнозирования. Навык без оценочного отношения к пациентам.		
5.	Навык общения и взаимодействия врача акушер-гинеколога с проблемным пациентом		
6.	Умение грамотно и в то же время доступно для пациента излагать свои мысли		
7	Навык совместного решения проблемы с другими специалистами.		
8	Профессиональное отношение с коллегами и мед персоналом. Рабочие взаимоотношения.		
9	Профессиональное поведение в стрессовой ситуации, и реакция на критику.		
10	Навыки решения проблем пациента и принятия решений, основанных на принципах доказательной медицины и эффективного взаимодействия		
	Сумма баллов:		

Комментарий: удовлетворительно: 4-5 балл, хорошо: 6-8 балл, отлично: 9-10 балл.

Из всего изложенного следует отметить, что коммуникативная компетентность предполагает не только наличие знаний по психологии, но и умение устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач. Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений, когда вместо ролевой структуры «врач — больной», возникают отношения дружбы, психологической близости,

зависимости, любви. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает умение не только психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли.

Таким образом, коммуникативные навыки – это не дополнительные или выборочные черты характеристики специалиста. Они являются необходимыми и занимают ведущее место в эффективной медицинской практике. Коммуникативные навыки наиболее эффективно преподаются с использованием активных методов обучения, которые включают ролевые игры, моделируемые ситуации, работу со стандартизированными и симулируемыми пациентами, работу с реальными больными «case study», «standardized patient». Для поддержания конструктивной обратной связи необходимо применять различные методы оценки коммуникативных навыков.

Преподаватели дисциплины «коммуникативные навыки», равно, как и другие преподаватели, обучающие коммуникативным приемам в ходе преподавания специальных предметов, должны быть превосходными коммуникаторами и образцами для подражания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пальцев М.А. Болонский процесс и высшее медицинское образование в России // Вестник РАН. – Том 75. – № 2. – 2005. – С. 1067-1076.
- 2 Мацневская Л.Л. Сферы компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентность: Коммуникативные навыки. - Методические рекомендации. – Караганда. – 2010 г. – 46 с.

Л. М. БЕГИМБЕКОВА, Э.Н. АЛИЕВА, С.У. МАМЫРБЕКОВА
КОММУНИКАТИВТІ КОМПЕТЕНЦИЯНЫҢ МАМАН ДАЙЫНДАУДАҒЫ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Түйін: Заманауи мамандарды талапқа сай дайындау барысында коммуникативті дағдыларын қалыптастыру қажеттілігі мақалада тілге тиек етілген. Біздің кафедрада акушер-гинекология саласы бойынша білім алатын болашақ мамандардың коммуникативті дағдыларын дамыту, шыңдау және бағалауда қолданылатын әдістер осы мақалада қамтылған.

Түйінді сөздер: коммуникативтілік, құзырлық, білім, тәжірибелік дағдылар.

L.M.BEGIMBEKOVA, E.N.ALIEVA, S.U.MAMIRBEKOVA

ROLE OF COMMUNICATION COMPETENCE FOR THE FORMATION OF MEDICAL SPECIALIST'S

Resume: This article describes the necessity of formation medical specialist's with the high "communication skills" in time of education process at nowadays. In this article present of the valuation methods of the communication skills, effectiveness training ways and methods for the students. In our department of obstetrics and gynecology are using this valuation methods.

Keywords: communication, competence, knowledge, skills.

УДК 61:37:681.142

М.И. ВАНСВАНОВ

Модуль пропедевтики хирургической стоматологии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, Алматы

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ИНТЕРАКТИВНЫЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ БЛОКИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

В качестве универсальной модели методического обеспечения высшего медицинского образования рекомендуем использовать информационные интерактивные дидактические блоки (ИИДБ). В роли информационного и контролирующего инструмента нами вот уже несколько лет с успехом применяется программа - «minitest». Обратная связь с целью адекватной коррекции предлагаемого обучающего материала и выявления некорректных данных и проведения автоматизированного анализа результатов осуществлялась с помощью электронной анкеты.

Ключевые слова: информационный интерактивный дидактический блок, медицинское образование, электронная анкета, тестирование.

Стремительное внедрение информационных процессов в различные сферы жизни требует разработки новой модели системы медицинского образования на основе современных информационных технологий. Практическое использование компьютерных технологий предполагает новый вид познавательной активности обучаемого, результатом которой является развитие познавательной самостоятельности учащихся [1, 5].

Использование информационных компьютерных технологий на практических занятиях позволяет педагогу значительно разнообразить процесс обучения, делая его более интересным и интенсивным, способствует повышению мотивации учащихся и активизации их речемыслительной деятельности, эффективному усвоению учебного материала, формированию целостной системы знаний, позволяет увеличить темп работы на занятии без ущерба для усвоения знаний учащимися [2]. Дидактическими преимуществами персонального компьютера (ПК) по сравнению с другими средствами обучения являются: полифункциональность, интерактивность, диалоговое взаимодействие, многообразие возможных режимов организационных форм работы [3].

В настоящее время обучающие и контролирующие компьютерные программы во многом копируют традиционные методические материалы и схемы обучения. Одновременное насыщение их мультимедийными и гипертекстовыми элементами приводит к интенсификации подачи материала за счет увеличения используемых информационных каналов и выдвигает на первый план вопросы медико-психологической адаптации обучаемых [4]. Роль преподавателя при этом становится существенно более значимой, прежде всего на этапе подготовки методических материалов.

В качестве универсальной модели методического обеспечения высшего медицинского образования можно предложить информационные интерактивные дидактические блоки (ИИДБ). В нашем представлении ИИДБ должны включать в себя средства подачи материала, контроля и обратной связи.

В роли информационного и контролирующего инструмента нами вот уже несколько лет с успехом применяется программа - «minitest»

Программное обеспечение (ПО) предназначено для индивидуального или группового самообучения, проверки

знаний учащихся по различным направлениям медицинского образования. Для разработки, создания тестов ПО включает в себя модуль - редактор тестов, в качестве конструктора тестов, может использоваться редактор WordPad. Вопросы в тесте представляют собой сочетание форматированного текста, графики и звука. В созданном тесте можно использовать различные типы выбора, ввода ответов.

ПО minitest не требует установки. При этом обеспечивается проведение тестирования знаний, как с удаленного компьютера, так и со сменного носителя (рисунок 1). Использование электронной версии интерактивные тесты minitest – SL позволит внедрить инновационную методику обучения «вопрос-ответ», повысит удовлетворенность потребителя в сфере оптимизации усвоения обучающего материала. ПО помогает создавать неограниченное количество ИИДБ, составлять тесты с включением звуковых файлов, например тесты дифференциальной диагностики по данным аускультации (тоны сердца, хрипы, патологические формы дыхания Биота и др.). Система встроенной подсказки позволяет реализовать метод сегментной подачи учебного материала непосредственно связанного с тестом (рисунок 2). Программа упрощает процедуру контроля и анализа усвоенных знаний в ходе практических занятий и рубежных контролей, снижает затраты на расходные материалы: картриджи, бумагу. Облегчен процесс анализа результатов тестирования, хранения первичного материала. Применяя разные встроенные протоколы анализа результатов тестирования имеется возможность создания архива результатов с сохранением индивидуальных показателей, выявить вопросы вызывающие наибольшие затруднения у студентов (рисунок 3). ПО сокращают затраты человеко-часов, так как есть возможность не впечатывать каждый тест, а скопировать его.

В качестве инструмента обратной связи с целью адекватной коррекции предлагаемого обучающего материала и выявления некорректных данных и проведения автоматизированного анализа результатов мы предлагаем использовать комплекс Interrog-SL (рисунок 4).

Состав комплекса:

Модуль создания опросных листов

Модуль проведения опроса

Аналитический модуль

Количество вопросов в анкете может быть неограниченным. Вариантов ответов в вопросе не более 10-ти.

Комплекс работает под управлением операционных систем Windows 98SE, 2000, 2003, XP, Vista. Комплекс не требует установки и не вносит изменений в компьютер. Для удаления достаточно удалить файлы комплекса.

Наш опыт использования комплекса свидетельствует о том, что: значительно упростился процесс опроса потребителей и анализа результатов; Анкета Interrog – SL имеет опции не только опроса, но и графического и математического анализа результатов анкетирования (рисунок 5). Программа позволяет проанализировать по принципу взаимосвязи вопросов. Таким образом полностью исключен человеческий фактор при оценке итогов анкетирования. программа проста в использовании и не требует специального обучения. В целях профилактики искажения результатов, рекомендуется ограничить число лиц имеющих доступ к дистрибутиву. Опрашиваемый помимо ответов в конце анкетирования имеет возможность внести свои пожелания или идеи. Результаты анкетирования можно получить в виде таблицы, диаграмм и графиков (рисунок 6).

Использование информационных технологий в медицинском образовании сегодня уже нельзя считать абстрактной перспективой. Информатизация высшего медицинского образования — это составная часть глобального процесса, реализуемого в рамках реформации системы высшего образования РК. Однако в настоящее время, большая часть обучающей информации, распространяется с помощью компьютеров, в виде научной или справочной литературы, т.е. представляет собой аналог печатных изданий, что не соответствует современным требованиям. Одним из вариантов решения проблемы на наш взгляд является применение ИИДБ. Показателем заинтересованности учащихся во внедрении ИИДБ по всем темам практических занятий является то, что в их создании и совершенствовании принимали активное участие студенты и члены научно-студенческого кружка модуля.

Однако не смотря на все положительные стороны ИИДБ следует помнить, что компьютерные технологии не могут рассматриваться как основной метод медицинского образования, а лишь, как средство создания оптимальных условий теоретического освоения учебного материала



Рисунок 1 - Пример рабочего окна приложения «minitest».

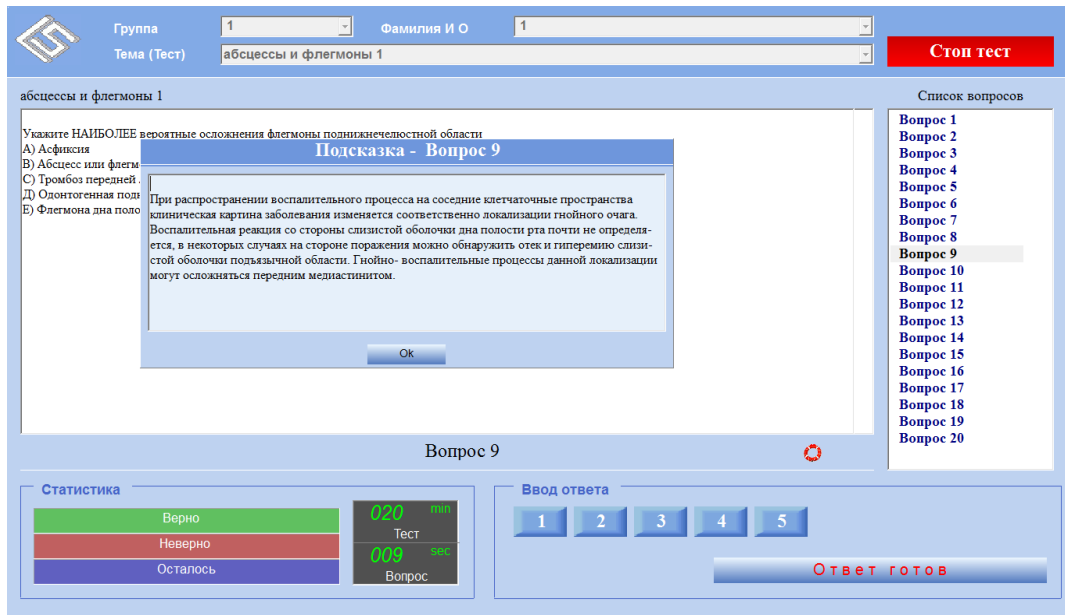


Рисунок 2 - Пример использования встроенной подсказки приложения «minitest»

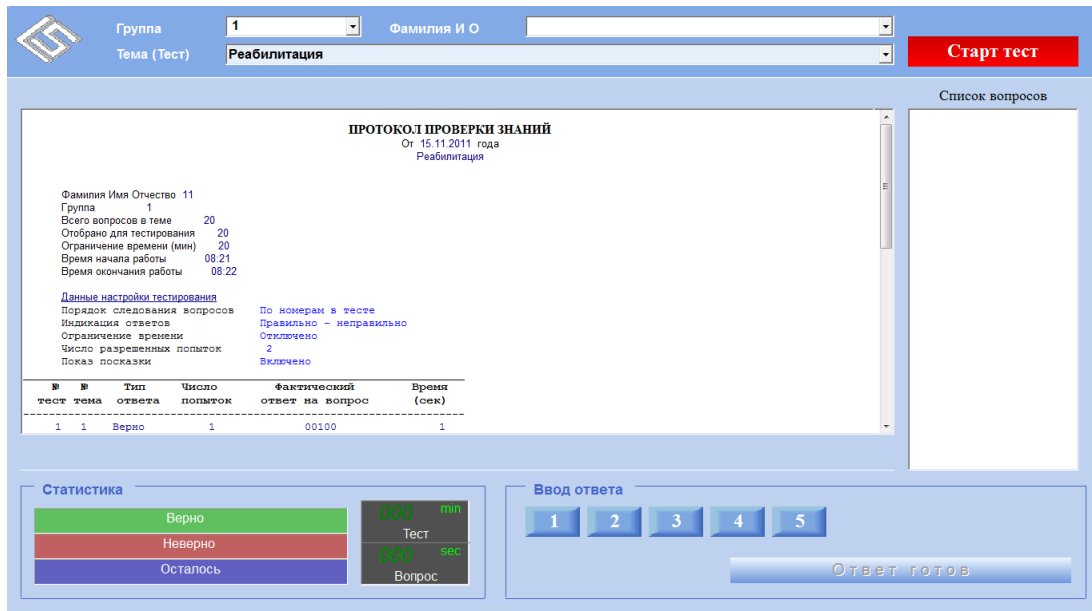


Рисунок 3 - Протокол проверки знаний

Интерrog-SL (Проведение опроса)

анкета 1 (вопросов 10)

1. Удовлетворены ли Вы организацией учебного процесса на кафедре хирургической стоматологии?

Ответ № 1

Ответ № 2

Ответ № 3

Ответ № 4

Ответ № 5

Клик левой кнопкой мыши на тексте ответа - выбор ответа
Кнопки "Вперед" - "Назад" служат для перехода к другому вопросу.

Назад <<

Вперед >>

Рисунок 4 - Интерфейс опросной страницы

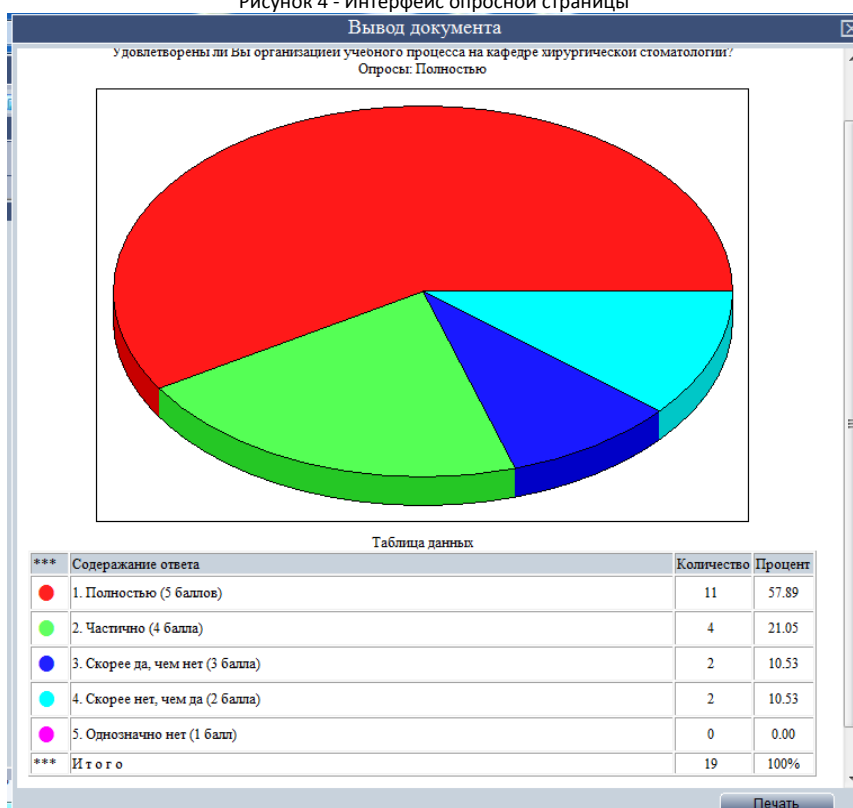


Рисунок 5 - Диаграмма полученных результатов

Вывод документа

анкета 1

Отпросы: Полностью

№	Содержание вопроса	Количество	Процент
Удовлетворены ли Вы организацией учебного процесса на кафедре хирургической стоматологии?			
1	Полностью (5 баллов)	11	55.00
2	Частично (4 балла)	4	20.00
3	Скорее да, чем нет (3 балла)	2	10.00
4	Скорее нет, чем да (2 балла)	2	10.00
5	Однозначно нет (1 балл)	0	0.00
Как Вы оцениваете качество получаемых Вами знаний и навыков на кафедре хирургической стоматологии? Уровень учебно-методического обеспечения занятий:			
1	0	0	0.00
2	1	0	0.00
3	2	0	0.00
4	3	3	15.00
5	4	13	65.00
6	5	4	20.00
Удовлетворены ли Вы организацией основных практических занятий на кафедре:			
1	0	0	0.00
2	1	1	5.00
3	2	1	5.00
4	3	6	30.00
5	4	9	45.00
6	5	3	15.00
Оцените качество проведения рубежных контролей знаний и навыков и соответствии с Вашими ожиданиями:			
1	Полное соответствие (5 баллов)	8	40.00
2	Неполное соответствие (4 балла)	9	45.00
3	Удовлетворительное соответствие (3 балла)	2	10.00
4	Неудовлетворительное соответствие (2 балла)	1	5.00

Печать

Рисунок 6 - Тестовый аналог результатов опроса

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Амбрушкевич, Ю. Г. Современные информационные технологии в образовательном пространстве медицинского вуза: проблемы и перспективы / Амбрушкевич Ю. Г. // Использование информационных образовательных технологий и электронных средств обучения в вузе: материалы науч.-метод. конф. Гродно. - ГрГМУ. – 2011. – С. 6-8.
- 2 И.Х. Галеев, Д.Л. Храмов, А.П. Светлаков, О.В. Колосов. Адаптивное обучение и тестирование. //Материалы Всероссийской научно-методической конференции «Развитие методов и средств компьютерного адаптивного тестирования». - 17-18 апреля 2003 г. – С. 33-35.
- 3 Кривошеев А.О. Компьютерная поддержка систем обучения. //Бюллетень Минобразования России «Проблемы информатизации высшей школы». – 1998. - №1-2. – Р.11-12. – С. 179-183.
- 4 И.П. Лукашевич. Проблемы информационного взаимодействия в медицине. // Новости искусственного интеллекта. - 2005. - №2.
- 5 И. А. Щербинина. Интеграция традиционного контроля и компьютерного тестирования как средство повышения эффективности обучения в вузе: автореф. дис. ... канд. пед. - Владивосток, 2007. - 165 с.

М.И. ВАНСВАНОВ

МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДЕ АҚПАРАТТЫҚ ИНТЕРАКТИВТІ ДИДАКТИКАЛЫҚ БЛОКТАР

Түйін: Жоғары медициналық білім беруде әдістемелік қамтамасыз етудің әмбебап моделі ретінде ақпараттық интерактивті дидактикалық блоқты қолдануды ұсынамыз(АИДБ).“minitest” программасы ақпараттық және бақылаушы инструменті рөлі ретінде бізбен бірнеше жылдан бері үлкен жетістікпен қолданылып келеді.Ұсынылып отқан оқыту материалдв дұрыс түзету мақсатынла және дұрыс емес берілгендерді анықтау және қорытындыларға автоматизацияланған анализді өткізу үшін кері байланысты электронды сауалнама арқылы жүргізеді.

Түйінді сөздер: ақпараттық, интерактивті дидактикалық блок, медициналық білім,электронды сауалнама,білімін тексеру- тестілеу.

M.I.VANSVANOV

INFORMATION INTERACTIVE DIDACTIC BLOCS IN MEDICAL EDUCATION

Resume: We recommendate to use interactive information blocs for universal model methodical ensuring of high medical education . We have used «minitest »program a long time, like a information and controlling instrument. Reverse signal realized with electron form for normal correction ,training material,reveal of incorrect facts and conduction of analysis to results.

Keywords: are information interactive blocs, medical education, electron form, tests

КВАЛИМЕТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ ВЫПУСКНИКОВ ВУЗА

Система контроля знаний и умений выпускников, как известно, должна отвечать таким требованиям, как: измеряемость, объективность их оценки, унифицированность, технологичность и надежность.

Ключевые слова: технология, инновации, квалиметрия, образовательный процесс, ОСКЭ

В конце последнего десятилетия XX века возникло несоответствие содержания образования и уровня развития образовательных систем научно-техническому прогрессу. Это обусловило кризис системы образования во всем мире, в том числе и Республике Казахстан. В этой связи высшее образование вошло в число главных государственных приоритетов многих стран, в том числе и Казахстане. Были проведены крупномасштабные мероприятия: разработана Концепция развития образования, согласно которой осуществлен переход на многоуровневую структуру; в образовательный процесс внедрены Государственные общеобразовательные стандарты образования, система аттестации вузов, система аккредитации, лицензирования, стандартизация образовательных программ и специальностей, а также промежуточный контроль (ПГК) студентов 2-х и 3-х курсов.

В 2004 г Указом Президента №1459 от 11.10.2004 определена стратегия дальнейшего развития, приоритеты, задачи и механизмы реализации политики в области образования, реформирования здравоохранения. Все это, безусловно, способствовало существенному изменению как образования, так и развитию здравоохранения.

Среди приоритетов, связанных с созданием условий для достижения высокого качества образования, одно из главных мест отводится использованию в образовании педагогических инноваций и применению в учебном процессе новых технологий [1]. Внедрение новых технологий сопряжено с переходом от процесса обучения к образованию. Чем отличаются эти два понятия? Процесс *обучения* приобретает обучаемого в основном к информации в традиционной «знаниевой форме» и в будущем безперспективен. В то время как *образование* ориентировано на формирование целостного восприятия мира, создающего условия для развития личности через самообразование, что является перспективным и теперь и в будущем.

В этой связи в педагогике на смену традиционной *методике* приходит технология. Известно, что под методикой подразумеваются рекомендации по проведению образовательного процесса. Тогда как под педагогической *технологией* разумеется набор технологических процедур, обеспечивающих профессиональную деятельность педагога и гарантирующих конечный результат – качество образования [2]. Сегодня в вузах актуально внедрение, так называемых технологических стандартов, которые становятся одним из ведущих критериев при определении конкурентоспособности образовательного учреждения [3].

Что составляет понятие качество образования? Это качественный состав абитуриентов, квалификация профессорско-преподавательского состава, материально-техническая база вуза, обучающиеся лица, их посещаемость, текущая успеваемость, состояние здоровья, полноценность клинической базы, общежития, пищеблока, спортивной базы и безусловно качество контроля. Отсюда качество образовательного процесса оценивается по качеству его составляющих.

Что определяет конкретно качество образования? Основными индикаторами, определяющими качество образования в вузе являются следующие:

- совершенствование профессионального уровня преподавательского корпуса, его научной, педагогической и клинической состоятельности
- существенная реорганизация академической работы в университете во всех его звеньях
- внедрение интегрированного подхода к обучению межпредметных связей
- использование активных личностно-ориентированных методов обучения: «круглых столов», деловых игр, решения ситуационных задач, работа в малых группах, в которых заключена направленность отстаивать собственную точку зрения, строить общение, слушать оппонента и принимать решение
- внедрение в образовательный процесс обучающих технологий: электронные учебники, обучающие компьютерные программы, электронные тренажеры, мультимедийные программы по эндоскопической диагностике, сосудистой хирургии, локальная компьютерная сеть с выходом в интернет
- обеспечение необходимого уровня социальной инфраструктуры: общежития, блоки питания, спортивные сооружения;
- в воспитательной работе ориентация на действенные методы воспитания: гуманизм, чувство ответственности за пациента, патриотизма.

Как видно, основными индикаторами, определяющими качество образования в вузе, являются приведенные выше 6 показателей. А поскольку качество образования - категория системная, то «сбои», возникающие в одной из подсистем, могут сказываться на функционировании всей системы. Отсюда – для оценки качества образования в целом необходима оценка качества всех ее составляющих.

Профессиональная компетентность, кроме знаний и умений, включает когнитивную готовность, коммуникативность, креативную подготовленность и корпоративное позиционирование. Усиление конкурентной борьбы в мире за повышение образовательного потенциала требует соответствующей стратегии обучения, готовой к инновационным изменениям, к смене новых технологий новейшими. Эта образовательная политика получила название *компетентностное образование*, ориентированное на результат. Компетентность включает в себя содержательный компонент- умение, обладает гибкостью решения проблем и критичностью мышления [4].

Непрерывное повышение требований к специалисту, его творческим и прогностическим способностям, физическому и духовному развитию общей культуре актуализирует проблему оценки качества образования. В сфере образования решением этих вопросов занимается *квалиметрия образования*.

Квалиметрия – это термин от латинского *qualitas* – качество и греческого *metreo* – измерение. Это распространенное понятие в теории и практике управления.

Важной задачей квалиметрии является объективное установление уровня качества образования. В данном сообщении рассматривается уровень качества медицинского образования выпускников при различных методах его оценивания в разные годы.

Как оцениваются практические навыки в вузах? Систему контроля умений выпускников вузов отличает высокая степень

консерватизма, которая складывалась десятилетиями. К недостаткам системы контроля навыков и умений относятся:

- недостаточная связь традиционных методов контроля с современными технологиями обучения, направленными на развитие вариативности для студентов образовательных программ;
- отсутствие форм, методов и средств контроля практических навыков, адекватных современному компетентностному подходу;
- субъективизм оценок преподавателей, т.к. все «нити» контроля и «рычаги» управления находятся в руках преподавателя;
- отсутствие стандартизованных измерителей и единых шкал приводит к несравнимости результатов контроля.

В связи с приведенными аргументами перед медицинскими вузами стоит задача внедрения в образовательный процесс как новых методов преподавания, так и надежных форм их оценки, соответствующим квалиметрии.

Система контроля, по требованиям квалиметрии, должна отвечать таким составляющим, как: измеряемость, объективность их оценки, унифицированность, технологичность и надежность.

В КазНМУ разработана и внедрена система контроля практических навыков выпускников по всем специальностям, полностью отвечающая выше приведенным требованиям. Это объективный, структурированный, клинический экзамен (сокращенно ОСКЭ), применяемый в престижных медицинских школах Великобритании, США, Канады и др. стран в комплексе с другими методами контроля (тестовый, письменный).

За основу принята американская модель, адаптированная нами к условиям казахстанского медицинского вуза. Перечень практических навыков, подлежащих контролю, соответствует квалификационным требованиям специальности.

По специальности «лечебное дело» ОСКЭ проводится по дисциплинам: «внутренние болезни», «хирургические болезни» и «акушерство и гинекология». По каждой специальности в экзамен включено 9 наиболее необходимых навыков, всего 27 заданий, именуемых этапами. Каждый этап расчленен, на так называемые «шаги», в количестве 7-10 в зависимости от сложности навыка. Каждый «шаг» оценивается по баллам, сумма которых составляет бальную оценку задания (этапа). Для выполнения каждого этапа выделено время в минутах. Большая часть заданий, выполняются на манекенах, тренажерах с

электронным устройством, различного рода имитаторах. При необходимости «живого» общения с обследуемым объектом (сбор анамнеза, перкуссия, пальпация, аускультация), привлекаются стандартизованные (обученные) студенты младших курсов. В качестве экзаменаторов приглашаются врачи высшей категории из ЛПУ. Которые по ходатайству ректора направляются Департаментом здравоохранения города. Рабочее место экзаменатора оснащено таймерами, эталонами ответов, необходимыми устройствами и манекенами. Экзаменуемый и экзаменатор предупреждаются о недопустимости вербального и невербального общения между собой. Студент присутствует на экзамене под индивидуальным кодом. По окончании экзамена проводится анонимное анкетирование экзаменаторов и экзаменуемого.

Экзамен ОСКЭ предназначен для специальностей клинического профиля. Для специальностей «фармация» и «медико-профилактическое дело» нами разработан по тем же принципам и внедрен объективный структурированный практический экзамен ОСПЭ. Все приведенные выше характеризует ОСКЭ и ОСПЭ как надежный инструмент в оценке практических навыков выпускников на Государственном квалификационном экзамене (ГКЭ).

В таблице 1 представлен сравнительный анализ 3-х методов оценивания практических навыков при итоговой аттестации, проводимый в разные годы на руководимой автором кафедре внутренних болезней №2. При оценивании применен принцип квалиметрии.

Сравнительный анализ результатов ГКЭ, проводимый в разные годы в университете, свидетельствует о значительном преимуществе ОСКЭ в сравнении с методом собеседования экзаменатора с экзаменуемым (таблица 1).

Первый метод - собеседования при решении задачи, характеризуется бессистемностью, не унифицирован. Экзамен принимается педагогом кафедры, где обучается выпускник. В этом случае речь идет об оценке знаний, оставляя в стороне умения выпускника. Приведенное выше характеризует метод как ненадежный.

Второй метод имеет ряд преимуществ перед первым: экзамен проводится у постели больного, но действия экзаменуемого не стандартизованы, не ограничены конкретным временем. Экзамен проводится у постели конкретного больного ЛПУ, что нередко

Таблица 1– Квалиметрический подход к оцениванию знаний и умений выпускников КазНМУ при различных методах контроля

Критерии	Собеседование на основе решения ситуационных задач с оценкой результатов по пятибальной системе. до 1992 г	Рейтинговая система оценки практических навыков выпускников «у постели больного». 1992-2002 гг	Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ). 2002-2008 гг.
Системность контроля	Нет системности	Имеется системный подход	Имеется системный подход
Унифицированность	Нет унифицированности	Частично унифицирован	Полностью унифицирован
Технологичность	Собеседование при решении задачи позволяет оценить в известной мере клиническое мышление и интерпретацию результатов клинико-лабораторных исследований	Частично технологичен	Метод технологичен, для контроля практических навыков используются манекены, тренажеры, волонтеры и полный набор необходимых медицинских инструментов. все навыки структурированы, последовательность шагов построена по алгоритму
Изменяемость	«Нити контроля» и «рычаги управления» находятся в руках экзаменатора, каковым является преподававший педагог	Результаты контроля практических навыков в значительной мере измеримы	Результаты оценки действий выпускника измеримы за счет бальной оценки каждого «шага» при выполнении практических навыков

Объективность оценки	Собеседование не может обеспечить объективной оценки	В известной мере имеет место субъективность оценки, т.к. экзаменаторы – педагоги выпускающей кафедры; экзаменуемый сдает экзамен под своей фамилией; задания не структурированы.	Экзамен объективен: задание структурировано, имеет бальную оценку, студент присутствует на экзамене под индивидуальным кодом, преподаватели выпускающих кафедр на экзамен не допускаются, полностью запрещено вербальное и невербальное общение экзаменатора и экзаменуемого
Надежность	Не надежен	Не полностью надежен	Надежен. Есть обратная связь- анонимное анкетирование студентов и экзаменаторов.

осложняет положение отказом больного. Экзамен принимает преподаватель выпускающей кафедры, где обучается экзаменуемый.

Третий метод ОСКЭ и ОСПЭ, отличается измеряемостью результатов, унифицированностью, технологичностью, объективностью и надежностью, т.к. «учат одни, а экзаменуют другие». Студент на экзамене присутствует под индивидуальным кодом. Преподаватель данной и других кафедр на экзамены не допускаются, запрещено вербальное и невербальное общение экзаменуемого и экзаменатора. В конце экзамена проводится анонимное анкетирование как экзаменатора так и студентов. Обеспечивающие обратную связь.

При анализе результатов ГКЭ установлено: до 1992 года средний балл составил 3,9; с 1992 – 2002 гг – 4,1; 2002 – 2008 гг – 4,2.

Как видно из изложенного, первые два подхода для контроля знаний и умений выпускника по современным требованиям не приемлимы. Для контроля подготовленности выпускника к врачебной профессии приемлим ОСКЭ, отвечающий условиям квалификации.

ОСКЭ и ОСПЭ были успешно внедрены для контроля знаний и умений выпускников КазНМУ. Ежегодное увеличение набора абитуриентов вело к увеличению числа выпускников. Площадь, занимаемая техническими средствами и выделение отдельных кабин каждому экзаменатору, не соответствовало возможностям проведения ОСКЭ в полном объеме. В связи с чем экзамен ОСКЭ был упрощен и представлен 4 этапами.

По инициативе ректора, старое отдельно стоящее здание было в корне реконструировано, в котором выделен отсек для ОСКЭ, т.о. он будет снова внедрен в образовательный процесс в полном объеме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алексеева, Л. Н. Инновационные технологии как ресурс эксперимента/ Л. Н. Алексеева// Учитель. - 2004. - № 3. - С. 78.
- 2 Дебердеева, Т. Х. Новые ценности образования в условиях информационного общества/ Т. Х. Дебердеева// Инновации в образовании. - 2005. - № 3. – С. 79.
- 3 Кваша В.П. Управление инновационными процессами в образовании. Дис. канд. пед. наук. - М.:1994. – 345с.
- 4 Сластенин В.А. и др. Педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. А. Сластенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов (под ред. В.А. Сластенина). - М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 576 с.

М.И. ДАУЛЕТБАҚОВА

ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНЫҢ ТҮЛЕКТЕРІНІҢ БІЛІМІН КВАЛИМЕТРИЯЛЫҚ ӘДІСПЕН БАҒАЛАУ

Түйін: Жоғарғы оқу орыны түлектерінің кәсіптілік білімі мен дағдылары бағалау жүйесінің келесі талаптарына: өлшеуіне, объективтілігіне, технологиялықтылығына және сенімділігіне сәйкес келуі керек.

Түйінді сөздер: инновация, квалиметрия, оқыту үрдісі, объективті құрастырылған клиникалық емтихан.

M.I.DAULETBKOVA

QUALIMETRICAL APPROACH TO THE ASSESSMENT OF KNOWLEDGE OF GRADUATES OF HIGHER EDUCATION INSTITUTION

Resume: The monitoring system of knowledge and abilities of graduates has to meet such requirements, as: izmeryaemost, objectivity of their assessment, commonality, technological effectiveness and reliability.

Keywords: technology, innovations, kvalimetriya, educational process, the objective structured clinical examination.

Р.Т.ДЖУМАШЕВА, Г.Т.ТАНЕЕВА, А.К.КЫДЫРБАЕВА, М.Ж.ЖУМАГУЛ, К.Е.ЖУЗЖАН
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, Алматы

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ И ГЕНЕТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

В статье рассматриваются инновационные технологии, которые применяются в процессе преподавания на кафедре молекулярной биологии и генетики. Внедрение инновационных технологий приводит к повышению у студентов интереса, мотивации к обучению, развитию практических навыков, клинического мышления, способствует развитию основных компетенций, принятых в Модели образования КазНМУ.

Ключевые слова: инновационные методы преподавания, компетенции, деятельностная технология обучения.

В последнее время в связи с переходом на кредитную систему обучения, образовательный процесс в университете направлен на обучение студентов самостоятельному активному овладению системой общих и специальных компетенций, на накопление творческого опыта и создания собственного портфолио. В стенах университета нужно научить студентов логическому и клиническому мышлению, сформировать навыки и умения в выбранной профессии и ориентировать их на самообучение для непрерывного профессионального самосовершенствования.

В Казахском Национальном медицинском университете принята собственная модель образовательной деятельности, согласно которой выпускник должен овладеть такими основными компетенциями как знания, практические навыки, коммуникативные способности, правовая компетенция и способность к постоянному самосовершенствованию [1].

Однако, в условиях низкого конкурсного набора абитуриентов на медицинские специальности, реализация этой модели требует решения целого ряда проблем. У обучающихся студентов слабая мотивация к овладению профессией, недостаточный уровень навыков научной организации труда. Возникает необходимость внедрения таких технологий, которые бы не только обеспечивали необходимый уровень обученности по конкретным учебным дисциплинам, но и способствовали развитию профессиональных навыков, мотивации к будущей профессиональной деятельности. В связи с этим, преподавателями кафедры молекулярной биологии и генетики ведется постоянный поиск новых технологий преподавания с целью наилучшего усвоения студентами учебного материала. При этом приоритетной технологией в преподавании дисциплины является деятельностная технология обучения, так как ведущая цель ее использования – подготовка профессионала-специалиста обладающего запасом хорошо сформированных умений, навыков, способного клинически мыслить, квалифицированно ставить диагноз и назначать лечение, решать профессиональные задачи [2,3].

Для достижения поставленной задачи учебные занятия выстраиваются следующим образом: после теоретического блока следует практический, где студентам соответственно цели занятия, предлагаются задания по решению проблемных ситуаций, моделированию биологических процессов, анализу ситуационных задач, деловые игры, ролевые игры, научно-практическая конференция, дебаты, кейс-методы и многие другие [4,5]. Эти методы дополняют традиционные методы обучения, позволяют сохранить приоритеты высшей медицинской школы - формировать личностные качества врача. Целесообразность такого подхода заключается также в том, что у студентов резко повышается мотивация к обучению, обучение становится интересным, складывается правильное и целостное представление о происходящих в организме биологических процессах, начиная с молекулярного до организменного уровня. Так, например, на практическом занятии по теме «Основы онкогенетики» применяется метод ролевой игры. Студентам предлагаются роли эколога, вирусолога, генетика, нутрициолога, онколога, молекулярного биолога, которые во

время игры должны всесторонне рассмотреть молекулярно-генетические механизмы возникновения онкологических болезней. На занятии по теме «Наследственная изменчивость» применяется метод командной игры, где студенты распределяются по 2-3 человека на команды и выполняют практические задания по кариотипированию геномных мутаций соответственно рассматриваемым вопросам темы занятия, затем представляют свои работы, в результате которого происходит обсуждение, дополнения и самостоятельно делаются выводы. На занятии «Генетический аппарат клетки» студенты моделируют уровни компактизации молекулы ДНК и белков из проволочного материала, решая ситуационные задачи о возможных путях упаковки генетического материала.

Одним из перспективных инновационных технологий считают метод анализа ситуаций (кейс-метод) [6]. Суть метода анализа ситуаций заключается в том, что студентам предлагают осмыслить реальную жизненную ситуацию, описание которой одновременно отражают не только какую-либо клиническую проблему, но и актуализирует определенный комплекс знаний, который необходимо усвоить при разрешении данной проблемы. При этом сама проблема не имеет однозначных решений. Такой метод с успехом используется на занятии по теме «Наследственные болезни». Целью занятия является выработка практических навыков поведения в некоторых критических ситуациях, которые могут возникнуть у врача в ходе его профессиональной деятельности. Приводится как минимум две ситуации, которые необходимо обсудить в аудитории.

На занятии ситуация зачитывается вслух, проводится предварительное обсуждение плана занятия, группа делится на малые подгруппы, каждая из которой начинает работать над своей проблемой. Обычно студентами высказывается большое количество гипотез для решения данной проблемы. Следующим этапом идет анализ высказанных версий и коллективная выработка стратегии поведения врача в подобных клинических ситуациях. В процессе всестороннего анализа ситуации у студентов развивается способность применять все предшествующие знания для решения проблемы, клиническое мышление, практические навыки, вырабатываются коммуникативные навыки общения с пациентом, родственниками больного и т.д.

Таким образом, метод способствует развитию основных компетенций, принятых в Модели образования КазНМУ [1].

Большую заинтересованность проявляют студенты на занятии, посвященное экогенетике, которое проводится в виде пресс-конференций. Студенты в качестве представителей различных специальностей отвечают на вопросы «журналистов» по вопросам темы занятия. Затем студенты меняются ролями и, в заключении идет обсуждение темы вместе с преподавателем. Делаются выводы по обсуждаемой теме. Преподаватель дает оценку каждому студенту, также студенты сами оценивают друг друга и в целом пресс-конференцию.

Заключает раздел медицинской генетики занятие по теме «Фармакогенетика». Фармакогенетика изучает значение наследственности в реакции организма на лекарства, опирается на основные закономерности наследования

признаков. На этом занятии студенты имеют возможность применить полученные генетические знания для решения конкретных задач, связанных с различными реакциями организма на лекарства, разобраться в осложнениях лекарственного лечения. Например, как объяснить повышенную чувствительность индивида к лекарству, похожей на передозировку, хотя больному назначена доза, соответствующая его возрасту и полу? Или полную толерантность больного к лекарству, даже, несмотря на увеличение дозы? С чем связаны некоторые парадоксальные реакции на лекарство, включающие совсем другие осложнения, чем те, которые могли бы обусловить механизмы действия лекарства? Студентам на практическом занятии предлагаются ситуационные задачи с вариантами таких фармакологических реакций. Например: «В начале 50-х годов XX века для лечения туберкулеза стали применять новое эффективное средство изониазид. Однако у некоторых больных при применении стандартных доз наблюдались токсические эффекты, соответствующие превышению дозы во много раз. Разберите возможные причины и механизмы этого явления. Определите тип наследования недостатка фермента». Задачи такого типа заставляют студента использовать уже имеющиеся у них знания, учить анализировать, сравнивать и обобщать. Кроме того, на кафедре студентам предлагается компьютерная обучающая программа «Фармакогенетика», где в игровой форме рассматриваются различные клинические ситуации, раскрываются механизмы действия

лекарств на различные индивиды, решаются задачи и т.д. В заключении студентам необходимо систематизировать полученные знания и заполнить таблицу в котором представлены лекарственные средства для которых нужно определить характер фармакологического действия, нарушение ферментных систем, тип наследования.

Таким образом, на данном занятии студенты получают необходимые базисные знания по основам фармакогенетики. Полученные знания создают преемственность для последующего более углубленного изучения фармакогенетики на старших курсах.

Какую бы технологию мы не внедряли, важно оценить ее эффективность, целесообразность. Результативность такого подхода в дальнейшем отслеживается на экзамене при сдаче практических навыков. Наблюдения показывают, что студенты могут самостоятельно моделировать биологические процессы, правильно разрешать проблемные ситуации, правильно выбирать средства и методы для ее реализации, предвидеть возможные затруднения на пути достижения цели и возможные выходы из них; на практике применять сформированные знания и умения.

Таким образом, внедрение инновационных технологий приводит к повышению у студентов интереса, мотивации к обучению, развитию практических навыков, клинического мышления. Поэтому для полноценной реализации компетентностного подхода обучения необходима постоянная поисковая и созидательная деятельность со стороны преподавателей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Модель медицинского образования Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова. - Алматы: 2012. - Ч.1. - С.103.
- 2 Артюхина А.И., Гетман Н.А., Голубчикова М.Г. и др. Компетентностно-ориентированное обучение в медицинском вузе.//Учебно-методическое пособие. Омск: «Полиграфический центр КАН».- 2012. – 198 с.
- 3 Конопля А.И. Компетентностная модель подготовки специалиста-медика // Москва: Высшее образование в России. - 2010. - №1. – С. 98-101.
- 4 Панфилова А.П. Инновационные педагогические технологии: активное обучение// Учеб. пособие для студ. вузов. — М.: - 2009. – 192 с.
- 5 Шапов И.А., Гаджиев Г.Э. Деловая игра в медицинском вузе.// Пособие для преподавателей. – Махачкала: ИПЦ ДГМА.- 2008. – 56 с.
- 6 Голубчикова. М.Г. Кейс-технологии в обучении врачей и провизоров: учебное пособие // - Иркутск: РИО ИГИУВА, 2007. – 87 с.

Р.Т.ДЖУМАШЕВА, Г.Т.ТАНЕЕВА, А.К.КЫДЫРБАЕВА, М.Ж.ЖУМАГУЛ, К.Е.ЖУЗЖАН

МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА МОЛЕКУЛАЛЫҚ БИОЛОГИЯ ЖӘНЕ ГЕНЕТИКА ПӘНІН ИННОВАЦИАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯМЕН ӨТКІЗУ

Түйін: Мақалада молекулалық биология және генетика кафедрасында оқу барысында қолданылатын инновациялық оқыту технологиялары қарастырылған. Оқу үрдісіне инновациялық технологияларды енгізу студенттердің қызығушылығының жоғарлауына, білім алуға мотивациясының артуына, тәжірибиелік дағдыларының дамуына, клиникалық ойлай қабілеттерінің қалыптасуына, ҚазҰМУ білім беру моделінде қабылданған негізгі компетенцияларды дамытуға алып келеді.

Түйінді сөздер: оқытудың инновациялық әдістері, компетенциялар, оқытудың іс-әрекеттік технологиясы.

R.T.DZHUMASHEVA, G.T.TANEEVA, A.K.KYDYRBAEVA, M.ZH.ZHUMAGUL, K.E.ZHUZZHAN

INNOVATION TECHNOLOGIES IN TEACHING OF MOLECULAR BIOLOGY AND GENETICS IN MEDICAL SCHOOL

Resume: Innovative technologies used in the process of teaching at the chair of molecular biology and genetics are discussed in the article. Implementation of innovative technologies led to increase of interests, motivations to education, development of practical skills, clinical thinking of students help to develop the main competences, accepted in the Model of education of KazNMU.

Keywords: innovative methods of teaching, competences, teaching technology.

УДК: 61.1:37:378.1:616.9(574)

А.Қ.ДҮЙСЕНОВА, Е.А.СЛАВКО, Н.К.ОСПАНБЕКОВА, Л.А.ӨМЕШЕВА, А.М.САДЫҚОВА, Б.К.УТАГАНОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті

Жұқпалы және тропикалық аурулар кафедрасы

4 КУРС «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» ФАКУЛЬТЕТІНІҢ СТУДЕНТТЕРІНЕ «ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР» ПӘНІН БІЛІМ БЕРУДІҢ КРЕДИТТІК ЖҮЙЕСІНЕ САЙ ОҚЫТУ ТӘЖІРИБЕСІ

«Жалпы медицина» мамандығы бойынша 4 курс студенттері «Жұқпалы аурулар» пәнін 2012-2013 оқу жылында жаңа кредитті - модульді технология бойынша оқи бастады. Осыған байланысты пәннің ОӘК қайта қаралып, компетенцияларға байланысты жаңадан өңделді

Түйінді сөздер: медициналық білім берудің үлгісі, оқытудың кредиттік жүйесі, «Жұқпалы аурулар» мамандығы, «Жалпы медицина» факультеті.

Жұқпалы және тропикалық аурулар кафедрасында «Жалпы медицина» мамандығы бойынша 4 курс студенттері «Жұқпалы аурулар» пәнін 2012-2013 оқу жылында жаңа кредитті – модульді технология бойынша оқи бастады. Университеттің жұмыс оқу жоспары бойынша «Жалпы медицина» мамандығының 4 курс студенттеріне арналған «Жұқпалы аурулар» пәніне 42 сағат бөлінген, оның ішінде дәрістерге - 6, тәжірибелік сабаққа – 11 ОСӨЖ-ге -11, СӨЖ-ге 14 сағат [1].

Дәрістер жұқпалы ауруларды оқытудың актуалдығынан басталып, Қазақстанда жұқпалы аурулардың таралуына, олардың жиі кездесетін түрлеріне, таралуына ықпал ететін эпидемиологиялық жағдайларға тоқталып кетеді. Келесі дәрістер жұқпалы аурулардың ішінде ең жиі кездесетін түрлеріне – ішек инфекцияларына (сальмонеллез бен дизентерияға) арналған. Соңғы жылдары вирусты гепатиттердің кең таралуына байланысты, аурудың қолайсыз нәтижелерін ескере отырып дәрістің екі сағаты осы жұқпалы ауруларға берілді. Жедел респираторлы вирусты инфекциялар мен грипптің (H1N1 пандемиялық грипптің) мәнділігі кәзіргі заманда жұқпалы аурулардың ішінде кездесуі жағынан алғашқы орындардың ішінде көрінуде, сол үшін осы аурулаға да тоқталып кетуді орынды деп санадық. Дәрістерде инновациялық әдестер белсенді қолданылады (мәселелік дәріс, дискуссия, case study) [2].

Тәжірибелік сабақтарда дәрісте орын алған жұқпалы ауруларға жеке көңіл бөлініп, студенттер оларды теориялық тұрғыдан талдайды. Ал тақырыпты толық игеру үшін, осы патологиямен жатқан науқастарды қарап, олардың сырқатнамаларымен танысу арқылы алынған білімдерін тәжірибе жүзінде бекітіп негіздей алады. Сонымен жиі кездесетін жұқпалы аурулар қарастырылып, оларға диагноз қойғанда, ауруды ертерек

анықтауға көмектесетін лабораторлық және аспаптық зерттеу әдістерін қолданғанда, ем тағайындағанда, эпидемияға қарсы шараларды жүргізгенде алынған білімдерін тәжірибе жүзінде қолдануды үйренуге клиникалық базада барлық жағдай жасалған. Студенттер науқастың шағымдарын, анамнезін, эпидемиологиялық анамнезін жинау компетенциясы мен науқастарды қарап тексеру, зерттеу және емдеу жоспарын құру дағдыларын науқастың төсегінің жанында игереді. Соңғы кездері жиі орын алып жүрген герпетік инфекциялары мен гельминтоздар туралы студенттер өз бетінше мәлімет жинап танысады.

Оқу үрдісі компетенцияларға бағытталған білім беру түріне сай жүргізіледі. Студенттердің «жұқпалы аурулар» пәні бойынша алынған білімі мен дағдылары негізгі бес компетенциялар: білім, тәжірибелік дағды, коммуникативті дағды, құқықтық құзірет және білімін өз бетінше жетілдіре алу арқылы бағаланады. Білім алушылардың науқастармен тіл табысу қабілеті, олардан толық эпидемиологиялық анамнез жинай алу дәрежесі, лабораторлық анализдердің нәтижелерін бағалай білу мүмкіндігі, алынған білімі мен мәліметтерді тұжырымдап дұрыс диагноз қоюы мен ем тағайындауы осы компетенцияларда орын алған. Сонымен қатар жұқпалы аурулармен жұмыс істеуде көмектесетін нормативтік актілер мен заңдарды білу дәрежесін құқықтық құзірет арқылы бағалай аламыз. Студенттердің білімі күнделікті бағаланады. Аралық бақылау науқастарды қарап, оларға сырқатнама жазу арқылы өткізіледі. Сабақтар инновациялық тұрғыда, кіші топтармен жұмыс істеу, ролдік ойындар ойнау, дифференциалдық кестелер құрастыру сияқты әдіспен жүргізіледі [3].

Студенттердің компетенцияларға сай құзіреттері сабақтарда №1 кестеге сай бағаланады.

1 кесте - Жалпы медицина факультетінің 4 курс студенттердің «Жұқпалы аурулар» пәні бойынша компетенцияларды бағалау кестесі

№	Сабақтың тақырыбы, СӨЖ	Бағаланатын құзыреттіліктер				
		Білім	Тәжірибелік дағдылар	Коммуникативті дағдылар	Құқықтық құзыреттілік	Өзін-өзі дамыту
	Тәжірибелік сабақтардың тақырыбы					
1	Жұқпалы аурулармен ауыратын науқастарға көмек ұйымдастыру. Жұқпалы аурулар жататын аурухананың жұмыс тәртібі мен ауруханаға науқастарды жатқызу ережелері. Жұқпалы ауруларға диагноз қою, оларды емдеудің және алдын алудың жалпы принциптері. Жедел ішек	тесттік тапсырмалар, науқастың сырқатнамасын талдау, ситуациялық есептер	Сальмонеллезбен ауыратын науқастан эпидемиологиялық анамнезін жинау (сальмонеллезге тән нақты эпидемиологиялық мәліметтерді анықтау)	эпидемиологиялық анамнезді жинау кезіндегі коммуникативті дағдылар	-	-

	инфекциялардың диагностикасы мен емі. Салмонеллез					
2	Жедел ішек инфекциялардың диагностикасы мен емі. Жедел дизентерия	Тесттік тапсырмалар, наукастың сырқатнамасын талдау, ситуациялық есептер	Жедел дизентериямен ауратын наукастан эпид.анамнез жинау (дизентерияға тән нақты эпидемиологиялық мәліметтерді анықтау)	-	01.07.2011ж. №142 бұйрық ЖИИ мен ауырған науқастарды ауруханаға жатқызу, шығару, диспансеризациялау ережелері (сұрақ-жауап)	Гельминтоздар бойынша (энтеробиоз, аскаридоз, тениоз, тениаринхоз, описторхоз) тест құрастыру
3	Вирусты гепатиттер (энтеральды және парентеральды)	Тесттік тапсырмалар, наукастың сырқатнамасын талдау, ситуациялық есептер	Вирусты гепатиттердің маркерлерін интерпретациялау (ИФА әдісінің нәтижелерін талдау)	-	-	-
4	Грипп және басқа ЖРВИ	Тесттік тапсырмалар, наукастың сырқатнамасын талдау, ситуациялық есептер	-	-	-	Вирусты инфекциялар бойынша (герпесвирусты, энтеровирусты, цитомегаловирусты инфекциялар), тест құрастыру
барлығы		5	2	1	1	1

Студенттердің «Жұқпалы аурулар» пәнін оқу барысында алынған білімдері Ішкі аурулар бойынша алынатын интеграцияланған емтихан құрамына кіретін тесттік тапсырмаларды шешу арқылы

бағаланса, ал екінші санатта орын алатын әдістемелік дағдыларды бағалауға мүмкіндік беретін тапсырмалар ұсынылады (№2 кесте).

2 кесте - Жалпы медицина факультетінің 4 курс студенттердің «Жұқпалы аурулар» пәні бойынша емтихан тапсырмалары

№	Жауаптардың эталондары	
	Тапсырмалар	Клиникалық тұжырым
1.	Наукастың нәжісін бактериологиялық зерттегенде Salmonellae enteritidis анықталды	Салмонеллез, гастроинтестиналді түрі (копродақыл Salmonellae enteritidis)
2.	Қанды бактериологиялық зерттегенде Salmonellae enteritidis анықталды	Сальмонеллез, жайылмалы түрі (гемодақыл Salmonellae enteritidis)
3.	Наукастың нәжісін бактериологиялық зерттегенде Shigellae Flexneri 2a анықталды	Жедел дизентерия (копродақыл Shigellae Flexneri 2a)
4.	Сау адамның нәжісін бактериологиялық зерттегенде Salmonellae newport анықталды	Сальмонеллез. Бактериятасымалдаушылық. (копродақыл Salmonellae newport)
5.	Сау адамның нәжісін бактериологиялық зерттегенде Shigellae Zonnei анықталды	Жедел дизентерия. Бактериятасымалдаушылық (копродақыл Shigellae Zonnei)
6.	Anti HAV IgM +	Вирусты гепатит А (HAVIgM +)
7.	Hbs Ag +, anti HBc IgM +	Жедел вирусты гепатит В (Hbs Ag +, HBc IgM +)
8.	Hbs Ag +, Hbe Ag +	Жедел вирусты гепатит В (Hbs Ag +, Hbe Ag +). Репликация сатысы.
9.	Anti HCV Ig G +, cor NS-3+, NS-4 +, NS-5+	Созылмалы вирусты гепатит С
10.	HbsAg +, anti HBc IgM +, anti HDV total+	Вирусты гепатит Д, коинфекция/суперинфекция

Студенттерді кері байланыс принципімен анкеталағанда студенттер жағынан оң пікірлер айтылып, «Жұқпалы аурулар» пәнін біліп үйренуге, осы мамандықты игеруге қызығушылықтың туандығынын байқадық. «Жұқпалы аурулар» мамандығы немен қызықтырады? – деген сұраққа, көбінесе студенттер: «дифференциалдық диагностика

жүргізу, тез шешім қабылдау қажеттілігі, дұрыс тағайындалған емнен нәтиженің тез байқалуы және өз жұмысынан ләззат алу» деп жауап берген. Осылайша біз студенттерде жұқпалы аурулардың ішінде ең негізгілері туралы білім қалыптастырамыз.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің медициналық білім беру үлгісі. 1–бөлім. – Алматы: 2010.
- 2 С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің медициналық білім беру үлгісі. 2 –бөлім. – Алматы: 2010.
- 3 С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінің медициналық білім беру үлгісі. 3 –бөлім. – Алматы: 2011.

А.К.ДУЙСЕНОВА, Е.А.СЛАВКО, Н.К.ОСПАНБЕКОВА, Л.А.ОМЕСHEVA, А.М.САДЫКОВА, Б.К.УТАГАНОВ

ОБУЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ» СТУДЕНТАМ 4 КУРСА ФАКУЛЬТЕТА «ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЫ» В СООТВЕТСТВИИ С КРЕДИТНОЙ СИСТЕМОЙ ОБУЧЕНИЯ

Резюме: В 2012-2013 учебном году кафедра инфекционных и тропических болезней впервые проводит обучение по кредитной системе на 4 курсе факультета «Общая медицина». В связи с этим был переработан УМК дисциплины с учетом компетентностного подхода. Представлен опыт внедрения новой модели образования в учебный процесс.

Ключевые слова: модель медицинского образования, кредитная система обучения, специальность «Инфекционные болезни», факультет «Общая медицина».

A.K. DUISENOVA, E.A. SLAVKO, N.K. OSPANBEKOVA, L.A. OMESHEVA, A.M. SADYKOVA, B.K. UTAGANANOV

TEACHING THE DISCIPLINE "INFECTIOUS DISEASES" TO THE STUDENTS OF THE 4TH COURSE BY SPECIALTY GENERAL MEDICINE ACCORDING TO THE CREDIT SYSTEM OF TEACHING.

Resume: In the 2012-2013 academic year the department of infectious and tropical diseases of KazNMU named after S.D.Asfendiyarov for the first time provides training for the credit system to the 4th year students of the faculty "General Medicine". In this connection, training-methodological complex discipline has been redesigned with due regard to competence approach.

Keywords: model of medical education, the credit system of training, specialty "infectious disease", faculty "General Medicine".

УДК: 61.1:37:378.1:616.9(574)

Р.А.ЕГЕМБЕРДИЕВА, Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, А.М.ДМИТРОВСКИЙ, Р.Ж.БАЙХОЖАЕВА, А.М.САДЫКОВА

*КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра инфекционных и тропических болезней*

ЭЛЕКТИВ «ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, АКТУАЛЬНЫЕ ДЛЯ КАЗАХСТАНА»

Элективный цикл «Особо опасные инфекции, актуальные в Казахстане» подготовлены для студентов 5 курса по специальности «Общая медицина» для преподавания на государственном и русском языках, рассчитан на 135 часов, 3 кредита. В каждом кредите разработан компетентностный подход обучения в 5 направлениях (когнитивные, практические, коммуникативные навыки, правовые компетенции, саморазвитие).

Ключевые слова: специальность «Инфекционные болезни», факультет «Общая медицина», особо опасные инфекции.

Согласно новой системе образования в Казахском национальном медицинском университете им. С.Д. Асфендиярова определены и внедряются элементы мирового образования (трехуровневая система образования, кредитно-модульные технологии, интегрированное обучение, раннее введение в клинику), стремление создания качественно-нового уровня медицинского образования, ориентированного на формирование профессиональных компетенций, путем реформирования и совершенствования образовательного процесса на основе компетентностного подхода к обучению[1]. По образовательной траектории предусмотрена выборность студентом дисциплины – элективного курса [2]. В 2012 г. на кафедре инфекционных и тропических болезней для студентов 5 курса по специальности «Общая медицина» подготовлен

электив на тему «Особо опасные инфекции, актуальные для Казахстана», рассчитанный на 135 часов (ответственные: доцент Егембердиева Р.А., доцент Сейдулаева Л.Б., профессор Дуйсенова А.К.). Электив подготовлен для преподавания на государственном и русском языках. Изучение данного электива рассчитано на 3 кредита по 45 часов. Для каждого кредита выделено 5 практических занятий (15 часов), 5 занятий в виде самостоятельной работы под руководством преподавателя (15 часов) и 5 тем для самостоятельной работы студента (15 часов). Контроль исходного уровня знаний проводится на каждом занятии (по 15 тестов, 2 варианта). Заключительный контроль – решение ситуационных задач. Предусмотрены 3 рубежных контроля в виде тестирования по 40 тестов. Форма контроля экзамен в 2 этапа (тестирование – 540 тестов, устный экзамен).

В тематический план электива вошли холера, чума, туляремия, сибирская язва, вирусные геморрагические лихорадки Казахстана (Конго-Крымская геморрагическая лихорадка, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом), тропические вирусные геморрагические лихорадки (желтая лихорадка, Чикунгунья, Денге, Эбола, Ласса, Марбурга, Аргентинская, Боливиjsкая), натуральная оспа, бруцеллез, сап.

5 занятий посвящены принципам биобезопасности: режим работы с ООИ, первичные противоэпидемические мероприятия, принципы проведения противоэпидемических мероприятий в полном объеме при разных ООИ, принципы проведения профилактических мероприятий в межэпидемический период, принципы забора, упаковки и транспортировки проб для лабораторно-этиологической диагностики с использованием современного оснащения, принципы эпидемиологического надзора в природных очагах ООИ, использование индивидуальных средств защиты.

Самостоятельная работа студента под руководством преподавателя направлена на изучение приказа № 623 по стандартному определению случая каждой нозологии.

Самостоятельная работа студента направлена на умение проводить дифференциальную диагностику ООИ со схожими признаками повсеместно распространенных заболеваний и на изучение принципов эпидемиологического надзора в природных очагах ООИ.

Компетентностный подход обучения включает 5 компетенций:

- Когнитивные навыки – знание.
- Практические навыки:
 - план обследования больного с подозрением на чуму;
 - план обследования больного с подозрением на Конго-Крымскую геморрагическую лихорадку, геморрагическую лихорадку с почечным синдромом;
 - порядок применения противочумного костюма.

- Коммуникативные навыки:
 - сбор эпидемиологического анамнеза у больного с подозрением на сибирскую язву;
 - сбор эпидемиологического анамнеза у больного с подозрением на бруцеллез;
 - составление плана противоэпидемической работы в очагах ООИ.

• Правовая компетенция:

– Приказ №253 от 27.09.10г. «Профилактика заноса и распространения холеры и составление комплексного плана по организации и проведению противоэпидемических мероприятий и профилактики»;

– Приказ №682 от 25.12.08г. Санитарно-эпидемиологические правила и нормы «Организация и проведение санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах Конго-Крымской геморрагической лихорадки в РК»;

– Приказ №6 от 16.01.06г. «Инструкция по проведению противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах чумы»;

– Приказ № 623 от 15.12.06г. «Об утверждении стандартов в области медицинской деятельности по определению случаев особо опасных инфекций человека при их учете и регистрации».

• Саморазвитие:

- подготовка презентации, тестовых заданий, дифференциальной таблицы.

Таким образом, представленный элективный цикл позволяет реализовать компетентностный подход в обучении путем создания необходимых для этого условий, направленных на формирование, развитие и профессиональное становление личности на основе национальных и общечеловеческих ценностей, достижений науки и практики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Абирова М.А. Компетентностно-ориентированный поход обучения // Новые подходы в системе обучения студентов КазНМУ. – Алматы: 2010. - С.6-15.
- 2 Балмуханова А.В. Роль эдвайзеров и элективных курсов в образовательном процессе КазНМУ. Формирование образовательных программ, траекторий. Система эдвайзинга// Новые подходы в системе обучения студентов КазНМУ. – Алматы: 2010. - С.16-23.

Р.А.ЕГЕМБЕРДИЕВА, Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, А.М.ДМИТРОВСКИЙ, Р.Ж.БАЙХОЖАЕВА, А.М.САДЫҚОВА
«ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ӨЗЕКТІ АСА ҚАУІПТЫ ИНФЕКЦИЯЛАР» ЭЛЕКТИВІ

Түйін: Элективты цикл «Қазақстандағы өзекті аса қауіпты инфекциялар» V курс студенттеріне «Жалпы медицина» мамандығы бойынша мемлекеттік және орыс тілінде өтуге дайындалған, 135 сағат 3 кредиттен құрастырылған. Әр кредит 5 компетенцияға бағытталып жасалған (когнитивты, тәжірибелік, коммуникативты, құқықтық және өзін өзі дамыту).

Түйінді сөздер: «Жұқпалы аурулар» мамандығы, «Жалпы медицина» факультеті, аса қауіпты инфекциялар.

R.A.YEGEMBERDIYEVA, L.B. SEYDULAIEVA, A.K.DUYSENOVA, A.M.DMITROVSKIY, R.Z.BAYHOZHAYEVA, A.M.SADYCOVA
ELECTIVE "PARTICULARLY DANGEROUS INFECTIONS,
ACTUAL FOR KAZAKHSTAN"

Resume: Elective cycle "particularly dangerous infections, actual for Kazakhstan" prepared for the 5th year students in the specialty "General Medicine" for teaching in the state and russian languages, designed for 135 hours, 3 credits. Each loan is designed competence-based approach to learning 5 directions (cognitive, practical, communication skills, legal competence, self-development).

Keywords: specialty "infectious disease", General Medicine faculty, particularly dangerous infections.

М.Е.ЖАНТЕЕВ

Қ.А. Яссауи атындағы ХҚТУ, оқу-клиникалық база,
№ 1 хирургиялық аурулар кафедрасы, Шымкент қ.

ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАР ПӘНІН ИМИТАЦИЯЛЫҚ ОЙЫН ТҮРІНДЕ ӨТКІЗУ

Мақалада қазіргі заманға сай білікті де мәдениетті медициналық мамандар даярлау үрдісіндегі қиындықтар мен оны шешу жолдары қарастырылған. Машықтану дағдыларын үйренудегі негізгі проблемалармен қатар оның болашақ мамандарға әсері жайлы баяндалған. Сонымен қатар студенттердің машықтану дағдыларын үйренуіне, және өтілетін тақырыпқа тыңғылықты дайындалуына ықпал ететін тәсіл имитациялық ойын әдісі ұсынылады.

Түйінді сөздер: машықтану дағдылары, имитация, рольдер, студент, пікірталас

Кемелденген мемлекеттер қатарына ену мақсатында заманауи үлгідегі ғылым мен техниканың жетістіктерін толық меңгеріп, бағамдай алатын, білікті де мәдениетті маман дайындау қазіргі қоғамның негізгі талабы. Бұл мақсатта Мемлекет деңгейінде біршама жұмыстар атқарылып та жатыр. Мәдениеті мен ғылыми прогресі жоғары еуропа елдерінің бағдары бойынша мемлекетімізде әр түрлі деңгейдегі және бағыттағы инновациялық механизмдер ұсынылып, іске асырылуда. Бұл бағытта жеткен жетістіктеріміз де жаман емес. Қазіргі студенттеріміздің барлығына дерлік компьютерді меңгерген, ғылым мен техниканың соңғы жетістіктерін (интернет желісі, интерактивті такта) тиімді пайдалана алатын жастар екендігі қуантарлық жағдай. Осыған қоса медициналық жоғары оқу орындары (ЖОО) студенттерінің машықтану дағдыларын игеру үшін пайдаланатын оқу- клиникалық орталықтарды айтуға болады. Бұл орталықта студенттер әр түрлі мүляждарды пайдалана отырып, өтілген сабақ тақырыбына сай машықтану дағдыларын үйренеді, қажет диагностикалық, емдік манипуляциялар жасайды. Аталған бағыттағы оқу үрдісі бір тараптан тиімді болғанымен экономикалық тұрғыдан тиімсіздеу, мүляждар қымбат, тез бұзылады, көп қаражатты және үнемі күтіп, бақылауды қажет етеді [1].

Тағы бір көкейтесті проблемалардың бірі ол осы тәртіппен білім алған жас маман дәрігерлердің талапқа сай медициналық көмек көрсетуге дайындығының төмендігі. Медициналық ЖОО тест емтиханы арқылы түсіп, аралық бақылауларының барлығын тест арқылы тапсырған (көп жағдайда компьютерлік тестілеу), машықтану дағдыларын жансыз мүляждарда шыңдаған болашақ мамандардың клиникалық ойлау қабілетінің жеткіліксіз болары сөзсіз. Оған практикалық медицинаға жаңадан келген жас мамандардың іс әрекеттері дәлел бола алады. Көп жағдайда, әсіресе шұғыл шешім қабылдау қажет жағдайларда жас мамандар сасып, мәселені оңтайлы әрі дер кезінде шешуге қабілетсіз екендігін көрсетіп отырады. Науқаспен бетпе -бет қалғанда кейде оларда қобалжу мен үрей болатындығын жасырмайды. Нәтижесінде науқас дұрыс бағытта толық зерттеліп, диагноз қойылмай қажетті емін ала алмай қалары сөзсіз.

Студенттердің машықтану дағдыларын толыққанды өтіп, клиникалық түйсінуге кедергі келтіретін бірнеше факторлар бар.

1. Студенттің медициналық сала бойынша талғамының болмауы, яғни клиникалық ойлау қабілетінің төмендігі (жоқтығы). Кездейсоқ түскен студент.
2. Машықтану дағдыларын өту барысында клиникалық базаға кіру мүмкіншілігінің шектеулі болуы.
3. Талқыланып жатқан сабақ тақырыбына сай науқастардың болмауы.
4. Науқастарды зерттеу, саралау үшін лабораторияларға, функциональды диагностикалау бөлімдеріне кіру мүмкіншіліктерінің болмауы. Т.с.с.

Осы мәселені оңтайлы шешу мақсатында соңғы кездерде әртүрлі заманауи технологиялар мен тәсілдерді пайдалану қолға алынуда.

Студенттердің өтіліп жатқан материалдарды қабылдау деңгейін арттыру мақсатында бірнеше жаңа тәсілдер ұсынылып, өндірісте пайдаланылып та жатыр [1]. Мысалы: сабақты сұхбат негізінде өткізу; пікірталас ретінде өту; кіші топтармен жұмыс жасау; презентация бойынша мәлімет беру; логикалық есептер мен мәселелер шешу; жұптасып интервью түрінде өту; топтық турнирлер т.с.с. Көрсетілген тәсілдердің барлығы студенттердің біліктілігін арттыруға, пәнді терең түсініп, өздігінен шешім қабылдауға бағытталған. Және жеткен нәтижелері де жаман емес.

Осы сияқты студенттің машықтану дағдыларын шыңдауға бағытталған «кейс әдісін» де ескерген жөн. Бұл тәсілде де студенттердің өздігінен жұмыс жасауы мен машықтануына алғышарттар белгіленген [2].

Мен осы мәселені оңтайлы шешуге бағытталған, студенттердің машықтану дағдыларын шыңдайтын, дұрыс бағыттап, шұғыл шешім қабылдауға, нәтижелі ем тағайындауға үйрететін, топтың түгелімен қатысуына мүмкіншілігі болатын ойын түрін ұсынып отырмын. Ойын сабақ клиникалық түйсігі қалыптаса бастаған жоғарғы курс студенттеріне және интерн дәрігерлерге арналған. «Әскери далалық хирургия» пәні бойынша 5 курс студенттерімен бірнеше рет өткізіліп, нәтижелілігін көрсеткен тәсіл.

Үрдіске топ студенттерінің барлығы түгел қатысуға мүмкіндігі бар. Олардың әрқайсысы өз рольдерін дұрыс орындаса (имитация) болғаны. ұсынылған ролін толық орындау үшін студент сол талқыланып тақырып бойынша бәрін білуі шарт. Ондай болмаған жағдайда ойын белгілі межеге дейін жетіп ары қарай қожырап, нәтижелі болмайтыны мәлім.

Ойынға қатысушы студенттер науқастың ауру басталғаннан, оған көрсетілетін көмектің барлық кезеңдері мен көріністерін, зерттеу, диагностикалау үрдістерін ем тағайындауы мен оны жүзеге асыру тәсілдерін бастан кешуі тиіс.

Сабақ өту әдісіне біршама тоқталып өтсек.

Сабақ жеткілікті мөлшерде кең, жарық, шынайыға мейлінше жақын жағдайда өтілгені жақсы. Клиникалық кафедралар бойынша арнайы жабдықталған аудиторияларда өткізілгені абзал. Оқу процессіне өтілетін сабақ тақырыбына сай құрал саймандар, тану материалдары, тасымалдау шиналары, зерттеу анализдерін, УДЗ ді, басқа да функциональды зерттеу тәсілдері нәтижесін жазатын арнайы бланктермен, дайын Рентген, КТ жинақтарымен қамтамасыз еткізілуі керек.

Күнтізбелік тақырыптық жоспар бойынша өтілетін сабақ тақырыбы студенттерге алдын ала айтылып, ол ойын түрінде өтілетіндігі ескертіледі.

Бірақ тақырып бойынша студенттерге берілетін рольдер (алдын ала бір бағытта ғана дайындалмауы үшін) тікелей сабақ басталар алдында айтылуы тиіс, яғни бірінші студент (интерн) науқас ролінде; екінші жедел жәрдем дәрігері; аурухананың қабылдау бөлімі дәрігері; зертхана, функциональды диагностика және басқа да қосымша зерттеу амалдарын орындаушы дәрігер; бөлімше дәрігері, хирург; консилиумға қатысушы студенттер; бақылаушы (студент және оқытушының өзі).

Бірінші студент өтілетін тақырып бойынша ауру кейпін (имитациялау) ойнайды. Өз ролін жақсы меңгеру үшін ол

берілген диагноз бойынша аурудың анамнезін, шағымдарын толық баяндап, клиникалық көрінісін айқын көрсетуі керек. Науқастың іс әрекеті жалпы ойынның тағдырын әр қилы шешуі мүмкін. Сондықтан жалпы топтың нәтижелі жұмыс жасауына осы кезеңнің маңызының мол екендігін студент түсінуі керек.

Екінші студент жедел жәрдем дәрігері науқас шақыруына барып, қажет алғашқы дәрігерлік көмегімен қатар науқас жағдайын бағамдап, тиісті шара қолдануы қажет. Көп жағдайда шұғыл операциялық іс-шаралар: трахеостомия, трахея интубациясы, қуық катетеризациясы, торакоцентез, окклюзиялық таңғыш салу, тасымалдау шиналарын салу, қан токтату т.с.с. мен шешімдер қажет болуы мүмкін.

Келесі кезеңде клиниканың қабылдау бөлімінің дәрігері іске кірісуі шарт. Ол өз кезегінде қабылдау бөлімі дәрігерінің атқаратын міндетін толық орындауы, яғни науқасты толық зерттеп, қосымша тексеру тәсілдерін тағайындауы, нәтижелерін саралап, шешім қабылдауы, қажет ем шараларын тағайындауы керек.

Стационарлық дәрігері де өз кезегінде бөлімшеге түскен науқасты толық қарап, зерттеп, клиникалық диагноз қоюы, түбегейлі емдеуге бағдар беруі қажет. Операциялық ем қажет

болған жағдайда оның көрсетпелері мен қарсы көрсетпелерін айқындап, ота жасау жолдарын, оған дайындық, ауырсыздандыру, отадан кейінгі кезеңдегі күтімін, реабилитациясын білуі керек.

Шешуі қиын мәселелер туындаған жағдайда дәрігерлер консилиумын шақыруға құқығы бар. Консилиум құрамында да студенттер мен оқытушының өзі болуы мүмкін.

Бұл оқу үрдісінде оқытушы тек қана бақылаушы ролін ғана емес, кеңес беруші жалпы бағдар беріп, қажет жерінде түсініктеме беріп отыруы шарт.

Ұсынылып отырған имитациялық ойын төмендегідей оң нәтижеге жетуге мүмкіншілік береді.

1. әр студенттің клиникалық ойлау қабілетін жетілдіру.
2. тез әрі нақты шешім қабылдауға бейімдеу.
3. өздігінен ізденуге, қосымша материалдармен жұмыс жасауға үйрену
4. әр студенттің тақырып бойынша ойынның барлық кезеңдеріне дайын болуы
5. командада жұмыс істеуге бейімдеу - жалпы жұмыстың нәтижелі болуы әр бір студенттің іс әрекетіне байланысты екендігіне көз жеткізу.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. «Современные инновационные педагогические технологии обучения» Т.С. Жданова, Н.М. Тусупова, ҚазҰМУ Хабаршысы. - № 2. - 2011. – Б. 16-20.
2. «Кейс әдісін интерактивті оқыту әдісі ретінде пайдалану арқылы оқу үрдісінде жетілдіру» Ұ.Ә. Нұралиева, Е.Ө. Қуандықов, ҚазҰМУ Хабаршысы. - № 2. - 2011. – Б. 31-35.

М.Е.ЖАНТЕЕВ

ПРОВЕДЕНИЕ ЗАНЯТИИ ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ В ВИДЕ ИМИТАЦИОННЫХ ИГР

Резюме: для улучшения усвоения студентами предмета по хирургии предложена профессионально игровой метод преподавания. Метод направлен на обучение студентов к самостоятельности, мыслить клинически и решать необходимых задач. Занятия проводится в виде профессиональных имитационных игр.

Ключевые слова: практические навыки, имитация, роли, студент, прения

M. E. ZHANTEEV

CONDUCTING CLASSES IN SURGICAL DISEASES IN THE FORM OF SIMULATION GAMES

Resume: To improve the assimilation of students the subject of surgery proposed method of teaching the game professionally. The method aims to teach students to be independent, to think and solve clinical problems required. Classes are conducted in a professional simulation games.

Keywords: practical navyky, imitation, roles, a student debate

УДК: 614.2:338.2:615.14

М.К. ИСКАКОВА

Казахский Национальный медицинский университе, модуль терапевтической стоматологии

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ

Использование активных методов в обучающем процессе помогают освоить теоретический материал, способствуют развитию ключевых компетенций, развитию логического, клинического мышления. Активные методы вызывают интерес у студентов к предмету, а в целом, и к специальности, создают условия для развития коммуникаций между преподавателем и обучающимся.

Ключевые слова: активные методы обучения, образовательный процесс, инновации, анализ, компетенция.

В процессе интеграции образовательного процесса возникла потребность и необходимость государства в компетентных, мобильных, конкурентоспособных специалистах. Актуальность

формирования профессиональных и особенно ключевых компетенций обусловлена необходимостью расширения

профессионального признания, сопоставимости и совместимости дипломов и квалификаций.

В условиях обучения необходимо обеспечить максимальную активность самого студента в процессе формирования ключевых компетенций. Это возможно достичь при наличии связи инновации в образовании с активными методами обучения, под которыми понимаются «...все виды деятельности, которые требуют творческого подхода к материалу и обеспечивают условия для раскрытия каждого обучающегося» [1].

А.М.Смолкин дает следующее определение: *активные методы обучения* – это способы активизации учебно-познавательной деятельности, которые побуждают их к активной мыслительной и практической деятельности в процессе овладения материалом. Суть активных методов обучения, направленных на формирование умений и навыков, состоит в том, чтобы обеспечить выполнение среди обучающихся тех задач в процессе решения, которых они самостоятельно овладевают умениями и навыками [2].

На старших курсах изучение наиболее сложных разделов терапевтической стоматологии: «Заболевания пародонта», «Заболевания слизистой оболочки полости рта» возможны только при использовании в учебном процессе активных методов обучения. Активные методы обучения позволяют студентам, будущим врачам овладеть ключевыми компетенциями. Основная цель преподавания терапевтической стоматологии заключается в подготовке компетентных специалистов, владеющих когнитивными, операциональными, коммуникативными, правовыми навыками, навыками самосовершенствования и самообразования. Для того чтобы внедрить активные методы обучения необходимо соблюдение ряда условий в организации: мотивация, демократический стиль, позитивные отношения между преподавателем и студентом, сотрудничество, мобильность и активность как со стороны преподавателя, так и со стороны обучающихся, многообразие форм и методов интерактивного обучения.

Только при наличии связи инновации в образовании с активными методами обучения, под которыми понимаются «...все виды деятельности, которые требуют творческого подхода к материалу и обеспечивают условия для раскрытия каждого обучающегося» [1].

При проведении практических занятий среди студентов старших курсов по клинической специальности наиболее рациональным являются использование имитационных методов обучения: игровые и неигровые. Среди игровых методов наиболее широко используется «ролевая игра», «решение клинической ситуационной задачи», «работа в малых группах», «работа в группе с модератором-студентом», а среди неигровых – выполнение самостоятельной работы студента (СРС) в различных формах: реферат, кроссворд, презентация, алгоритм этиологии и патогенеза заболевания, алгоритм диагностики заболевания, алгоритм лечения заболевания. Выбор того или иного активного метода обучения зависит зачастую от темы практического занятия, продолжительности занятия, контингента студенческой группы и самое главное, от педагогического мастерства преподавателя, владения им самим активными методами обучения.

При изучении тем по клинике, диагностике, дифференциальной диагностики заболеваний пульпы зуба, заболеваний тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта очень эффективным является использование метода «ролевая игра». Преподаватель определяет цель и задачи занятия, распределяет «роли» среди студентов: основные роли - пациент-врач и дополнительные - врач-лаборант, врач-клиницист, врач-эксперт. В ходе проведения метода «Ролевая игра» студенты сами имитируют клиническую ситуацию, определяют характерные патологические изменения, нарушения при физикальных методах обследования, резюмируют клиническую ситуацию, проводят сравнительный анализ со сходными заболеваниями, ставят окончательный клинический диагноз. Этот метод

формирует у обучающихся логическое, клиническое мышление, позволяет заметить ошибки и исправить их, развивает творческую и коллективную активность. Кроме того, метод «ролевая игра» позволяет обучающимся лучше запоминать теоретический материал.

Другой имитационной метод, который также широко используется при проведении практических занятий среди студентов старших курсов это решение клинической ситуационной задачи. Возможны различные варианты использования данного метода: в качестве домашнего задания и во время проведения практического занятия. При первом варианте – преподаватель дает возможность каждому студенту выбрать задание по составлению клинической ситуационной задачи таким образом, чтобы студент мог знать только свое задание. На следующем практическом занятии каждый студент, имея индивидуальное задание, оглашает свою клиническую ситуационную задачу с последующим разбором и обсуждением в группе. При втором варианте – преподаватель дает задание группе по составлению клинических ситуационных задач с заранее подготовленным преподавателем заданием в виде вопросов, рентгеновских снимков, гемограмм, данных цитологических, бактериоскопических методов исследования. На протяжении фиксированного времени студенты пишут ситуационные задачи, далее совместно с преподавателем проводят разбор клинических ситуационных задач, с интерпретацией лабораторных методов исследования и обсуждением. Студенты, которые сумели составить наиболее сложную клиническую ситуационную задачу, провести правильно интерпретацию дополнительных методов исследования получают поощрительный балл, который влияет на общую рейтинговую оценку за занятие.

Одним из разновидностей активного метода обучения является «метод кейс-стади», который также широко применяется среди обучающихся старших курсов стоматологического факультета. Кейс-метод (Case study) – техника обучения, использующая описание клинических (экономических, социальных, бытовых и т.п.) ситуаций или иных проблемных ситуаций. При работе с кейсом студенты осуществляют поиск, анализ дополнительной информации из различных областей знаний, в том числе связанных с будущей профессией. Например, при разборе темы: «Методы обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Элементы поражения. Патологические изменения в слизистой оболочке рта и красной кайме губ. Особенности заполнения истории болезни» были распределены следующие кейсы: провести анализ основных методов исследования больных с патологией слизистой оболочки полости рта и интерпретировать полученные результаты; провести анализ дополнительных и специальных методов обследования больного с патологией слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, интерпретировать полученные результаты; описать патологические элементы поражения; описать патоморфологические изменения эпителия слизистой оболочки полости рта. Кейс обучающийся может составить по предлагаемой схеме, рисунку и т.п. (рисунки 1,2).

Метод «кейс-стади» имеет ряд преимуществ: студенту легко соотносить получаемый теоретический багаж знаний с реальной практической ситуацией; вносит в процесс обучения загадки, тайны; разбираемая гипотетическая ситуация не связана ни с каким личным риском ни для одного из участников; проявляется сознательность и активность; наглядность; систематичность и последовательность; прочность; научность; доступность; связь теории с практикой.

Для развития у студентов организаторской и коллективной мыслительной деятельности возможно применение другого активного метода обучения, такого как «Мозговой шторм» (мозговая атака, брейнсторминг). Этот метод способствует развитию творческого усвоения учебного материала, умению связывать теорию с практикой, активизировать познавательную

деятельность, способствует концентрации внимания на решении актуальной теоретической и практической задачи. Например, при изучении темы «Общие принципы лечения заболеваний пародонта. Местная медикаментозная терапия» требует от преподавателя предварительной подготовки к занятию: подбора, выбора вопросов для разминки (блиц-опрос), подбора вопросов по основной теме, разработки критериев для оценки.

При проведении практического занятия с использованием метода «Мозговой штурм» преподаватель определяет цели и задачи, планирует общий ход занятия, распределяет время для проведения каждого этапа (хронометраж), проводит блиц-опрос, разбор темы по основным вопросам. При разборе темы по основным вопросам необходимо дать возможность каждому обучающему высказать своё мнение по решению актуальной

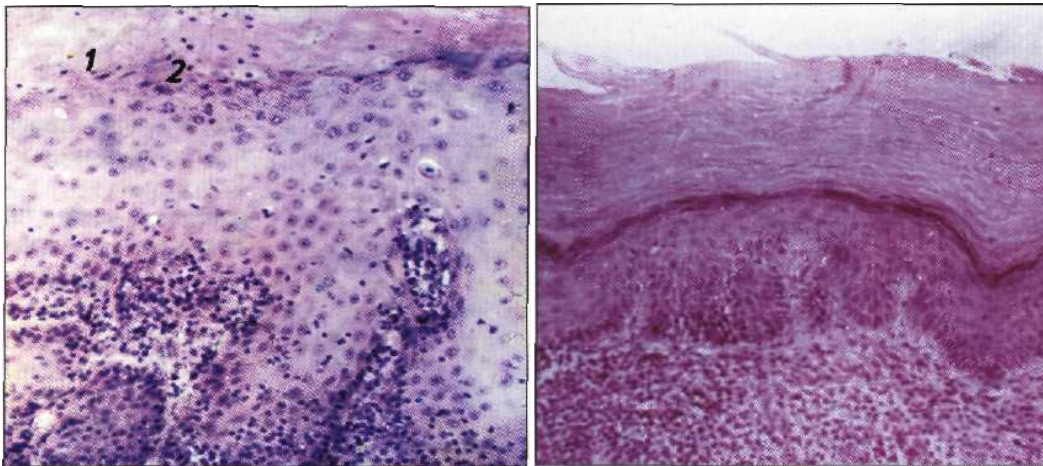
задачи, не критикуя выступления. После разбора темы преподаватель анализирует различные варианты ответов и совместно со студентами выдвигает пути решения проблемы. Таким образом, активные методы обучения необходимы для активизации учебной, познавательной, практической деятельности. При применении активных методов обучения студенты сами стремятся к самостоятельному овладению знаний. Активные методы обучения позволяют установить тесный контакт между преподавателем и обучающимся, которые способствуют также и развитию коммуникативных навыков.

Пример задания: по рисунку №1 опишите элемент поражения, дайте сравнительную характеристику, приведите клинический пример.



Пример задания: по рисунку № 2 сравните патоморфологическую картину

эпителия слизистой оболочки полости рта (гиперкератоз, паракератоз)



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Иоффе А.Н. Активная методика – залог успеха /Гражданское образование. Материал международного проекта. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2000. - 382 с.
- 2 Смолкин А.М. Методы активного обучения. - М.: 1991. - С. 30.

М.К. ИСКАКОВА

ЖОҒАРҒЫ КУРС СТУДЕНТТЕРДІҢ АРАСЫНДА БЕЛСЕНДІ ӘДІСТЕРДІ ҚОЛДАНУДЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ АНАЛИЗИ

Түйін: Оқу үрдісінде белсенді әдістерді қолдану теориялық материалды меңгеруге, түйінді компетенцияны дамытуға, логикалық және клиникалық ойлануды дамытуға септігін тигізеді. Интерактивті әдістер студенттер арасында пәнге толық айтсақ өз мамандығына деген қызығушылық танытып, оқытушымен оқып жатқандар арасында коммуникативті қарым-қатынас жасауды дамыту үшін жағдай жасайды.

Түйінді сөздер: активті оқыту әдісі, білім үрдісі, инновация, анализ, компетенция.

M.K. ISKAKOVA

COMPARATIVE ANALYSIS OF ACTIVE educational METHODS
AMONG SENIOR STUDENTS

Resume: Using of active methods in educational process can help to master theoretical material, contribute for development of key competencies, development of logical and clinical intellection. Interactive methods cause students' interest to a subject and, generally, to speciality, make conditions for development of communication between teacher and student.

Keywords: active methods in education, educational process innovations, analysis, competencies.

УДК 001:57.024:378

Т.Б. КИЛЫБАЕВ

*Әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университеті
Философия және саясаттану факультеті*

XXI ҒАСЫРДАҒЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛДЫ КАПИТАЛДЫҢ ҚАЛЫПТАСУЫ

Ақпараттандыру күллі әлемде болып жатқан үдерістердің көлемін, белсенділігін, шынайылық-жалғандығын анықтайтын пост-индустриалды кезеңнің құралына айналды. Архаикалық заманда өмір сүрген адамның өмір бойы жинаған ақпаратына қазіргі заманның тұрғыны 24 сағаттың ішінде қол жеткізеді. Ғылыми-техникалық прогрестің нәтижесінде ақпарат қолмен жазудан баспаға, кейін сандық түрге алмасты. Шапшаң түрде бір сана иесінен екіншіге ауысатын ақпарат заманауи технология әсерінен білімнің, қоғамдық қарым-қатынастың түрлерін де өзгертті. Осыған орай адам капиталы ретінде анықталған білім, дәлірек айтқанда, интеллектуалды капитал заманауи технологияның дамуына катысты дамып, қоғам санасын өзгертіп отыр. 1980-жылдары ойлап табылған интернет желісі адамның қарапайым өмірінен бастап, әлемдік бизнес өкілдерінің, мемлекеттердің тағдырларын байланыстырып отыр. Адам енді әлемде ұтқыр жұмыс істеуіне, білімі мен еңбек өнімділігін шексіз арттыруына үлкен мүмкіндік алды.

Білім алу барысында адамдар кәсіпті меңгерген маманнан ақпарат алады, өңдейді, бағалайды және қолданады. Яғни, қазіргі заманның талабына сай жеке тұлға өзінің еркіне, қанағаттанған түрде өмір сүруіне қажетті игіліктерге ақпарат, білім арқылы жетеді [1]. Егер 18 ғасырға дейін мемлекет негізі күш болса, 19-20 ғғ. – ақша, 21 ғ. білім, интеллект болып отыр. Демек, мемлекет экономикасын, саясатын, бір сөзбен айтқанда, болашақтағы оң нәтижелі дамуын интеллектуалды капитал анықтайды. Мысал ретінде біз екінші дүниежүзілік соғыстан кейін шапшаң қайта қалпына келіп, өзге елдерде өз экономикасының басымдылығын танытқан Жапонияны алсақ болады. Оның көлік концерндері көптеген мемлекеттерде үстемдікке ие болған АҚШ көлік гиганттарын ығыстырып, өздерімен санасуды мойындатты. Яғни зорлық қарсы күресті, ал байлық жемқорлықты тудырса, тек білім ғана қоғам санасына оң әсер етіп, қоғам тарапынан сенімділікті арттырады. Демек, адам өзінің қара күші және қолданатын техникасы арқылы еңбек өнімділігіне жетсе, білім бұл көрсеткішті арттырады. Білімнің күш және байлықпен салыстырғанда артықшылығы келесіден көрінеді:

- күш пен байлықтың шегі бар және олар таусылады, ал білім шексіз кеңейтіледі;

- күш пен байлықты тек оларды иеленген адамдар ғана қолданады, ал білімді қолдануға барлығының мүмкіндігі бар;

- күш пен байлықты қоғамның жоғары тап өкілдері ғана пайдаланса, білімді - әлсіздер және кедейлер қолдана алады. Яғни бұл демократияға жеткізетін жолдың бір түрі [105].

Қазіргі таңда экономика интеллектуалды еңбекке негізделген экономика болып табылады. Еңбек күші өндіріс саласынан «ақпаратты еңбек күшіне» айналды. IT технология саласында қызмет етушілердің саны күннен күнге арту үстінде. Мемлекеттік мәселелер интернет желісі арқылы online режимде талқылану деңгейіне жетті. Қазақстан да бұл орайда артта қалмады. G-Global интернет-платформасы құрылып, онда әлемдік даму мәселелері талқыға салынады. Сонымен қатар үкімет тарапынан жасалып жатқан шараларды айтып кетуге болады. Келесі бағдарламалар адам капиталының дамуына ықпал етуші деп қарастырылады:

- «Қазақстан-2050» даму стратегиясы;
- «Қазақстан-2030» даму стратегиясы;
- «Халықтың жұмыспен қамтылуы-2020»;
- «Қол жетімді баспана-2020»;
- «Болашақ»;
- «Интеллектуалды ұлт 2020».

Мемлекеттік бағдарламалар арқылы адам капиталын дамыту Елбасының, үкіметтің ұтымды ұйымдастырылған бағытарының бірі. Қазақстан соңғы жылдары ұлттық капиталды нығайтуға көп көңіл бөліп отыр. Американист-ғалымы Теодор Шульц еңбек өнімділігін арттыру мақсатында капиталға құйылатын инвестиция туралы 20 ғ. ортасында айтып кеткен болатын. Яғни ол «еңбек өнімінің жартысын жұмсалған жұмысшы күші құрса, жартысын оның кәсіптік дағдысы, білімі құрайды» деген [3]. Бұл теория кейіннен оның артынан еруші Гарри Бэккер еңбектерінен көрініс тапты. Ал қазір адамның интеллектуалды мүмкіндіктері оның еңбек нарығындағы тауарына айналды. Бұл «тауар» қаншалықты сапалы болса, соншалықты оның құны бағалы болады. Механикалық еңбекке қарағанда, интеллектуалды еңбектің шығындары аз және көп уақытты талап етпейді. Яғни индустриалды заманмен салыстырғанда, жалақыға кері әсерін тигізбейтіндей жұмыс уақыты қысқарды. Адамдар көбірек бос уақытқа ие болды және әлеуметтік еркіндіктері кеңейді. Қоғам мүшелері салауатты өмір салтын жүргізуге, уақыттарын ойын-

сауыққа арнауға мүмкіндік алды. Демек, адам өз капиталын жоғарылатқан сайын, білімін арттырған сайын, жоғары дәрежедегі игіліктерге қол жеткізеді. Ел Президенті Н.Ә. Назарбаев мемлекеттің әлеуметтік саласын дамытуда әрбір Қазақстандыққа өмір бойы білім алу концепциясын негізге алуды ұсынды. Әрбір жұмысшы еңбек өнімділігін арттыру мақсатында өз бетімен интеллектуалды ізденіс жүргізіп, дағдыларын жетілдіруі тиіс. 1990 жылдары Еуропада жүргізілген сауалнама бойынша респонденттер еңбек саласындағы кемшіліктер ретінде кәсіптік білімнің жетіспеушілігін көрсетті. Бұл мәселе тек Еуропада емес, біздің Қазақстанда да өзектілігін жоғалтпай тұр. Сапалы білім қай кезде болмасын ел экономикасына, саясатына, мәдениетіне қажетті анықтаушы фактор болып табылады. Жоғарыда айтылып кеткен бағдарламаларға қоса келесі ұсыныстар осы жұмыста көрсетіліп отыр:

- халыққа бағытталған білімді қадағалау, сүзгіден өткізу. «Ақпарат» пен «білім» айырмашалағын түсіндіру;
- сапалы білім жетіспеушілігін ІТ технологияларды қолдану және жаппай білім беру сапасын қатаң қадағалау арқылы азайтып, бәсекеге қабілеттілікті арттыру.
Қоғам санасын жүргізілетін ақпараттық саясат арқылы, яғни көп жағдайда бұқаралық ақпарат құралдары арқылы бағыттау барлық елдерге тән құбылыс. Ал болашақ ұрпақтың санасын қажетсіз, пайдасыз ақпаратпен ластамау мемлекет үшін алғашқы міндеттерінің қатарынан табылғаны дұрыс. Яғни қажетті білімді дұрыс саясатпен негізделген бұқаралық ақпарат құралдары арқылы алу қоғам мүшелерінің дұрыс әлеуметтік қарым-қатынасын қалыптастырады.
Интеллектуалды капитал адам капиталының түрі ретінде пайда болғанына көп уақыт болмады. Қазіргі өмірде көп көлемді

ақпарат пен білімге ие болған адам өмірдің жақсы шыңдарынан көрінеді. Материалды өнім өндіру екінші кезекке қойылып, қызмет көрсету саласы алға шықты. Интеллектуалды капиталға бағытталған инвестиция өз ұтымдылығы мен жоғары нәтижелілігі арқасында кең тарады. Интеллектуалды капиталының көмегімен дарынды, жоғары кәсіпті мамандар, ғалымдар жақсы қаржылай пайда түсіреді. Яғни білімді кәсіпке, ақша табудың жолына айналдыру пост-индустриалды, ақпараттық заманның бір ерекшелігі. Бұл сала қазіргі таңда қарқынды түрде дамып, экономикалық жағынан мемлекеттер үшін табысты болып отыр. Қоғамда зияткерлік меншік (интеллектуалды меншік) деген ұғым пайда болды. Яғни интеллектуалды капитал мен зияткерлік меншік жаңа экономикамен тығыз байланысты. Индустриалды заманда экономика табиғи қорлар мен еңбекке сүйенсе, жаңа экономика білімге, білімді мамандардың жұмысына сүйенеді. Мысалға, бәсекеге қабілетті болу үшін өз мамандарының білімін, кәсіптік деңгейін арттырған қандай да бір мекеме әрқашан да еңбек өнімділігін оңай арттырады.

Қорыта келе, қазіргі кезде интеллектуалды капиталдың тек еңбек өнімділігін арттыруда емес, адамдардың қоғам мүшелері ролінде қарым-қатынасын реттеуші деп қарастыруға болады. Себебі ойы, санасы жетілген, білімі жоғары азаматтар көп жағдайда мәдени, әлеуметтік және саяси тұрғыда дұрыс бағытта болады. Ал білім тек материалды және рухани табысқа жетудің құралы ғана емес, сонымен қатар капиталдың бір бөлшегі. Адам капиталы адамға қажетті деңгейде өмір сүруге, яғни мықты денсаулыққа ие болуға, қажеттіліктерін өтеуге қажетті қорларға еркін қол жеткізуге мүмкіндік береді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 В.П. Колесов. «Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса». – Мәскеу: 2008. – 59 б.
- 2 В.П. Колесов. «Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса». – Мәскеу: 2008. – 105 б.
- 3 Корицкий А.В. «Введение в теорию человеческого капитала». – Новосибирск: 2000. – 23 б.
- 4 «Интеллектуальный капитал. Новый источник богатства организации». Томас Стюарт. Перевод В. Ноздрина. «Поколение» баспасы. - 2007. - 14 б.

Т.Б. КИЛЫБАЕВ

ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КАПИТАЛА В XXI ВЕКЕ.

Резюме. В данной статье рассматривается интеллектуальный капитал как один из видов человеческого капитала и его формирование в условиях технического прогресса 21-го века. В качестве примера представлены программы и мероприятия, проводимые в Республике Казахстан по улучшению качества образования и формированию человеческого капитала.

T.B. KILYBAYEV

THE FORMATION OF INTELLECTUAL CAPITAL IN THE XXI CENTURY.

Resume. Intellectual capital as the human capital and its formation in the conditions of technical progress in the 21st century is discussed in this article. The state programs and events of the Republic of Kazakhstan for improving the education quality and formation of human capital were

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ МЕДИЦИНА» НА КАФЕДРЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

В статье описан опыт применения инновационных методов (работа в малых группах и «мозговой штурм») на кафедре внутренних болезней №1 при проведении практических занятий по дисциплине «Внутренние болезни» (кредит «Гематология») со студентами 4 курса по специальности «общая медицина».

Ключевые слова: инновационные методы обучения, учебный процесс, малые группы, практические занятия, коммуникативность.

Введение. Вступление нашего университета в Болонский процесс открыло перед системой высшего образования большие просторы. В тоже время подписание Болонской декларации и, в связи с этим, внедрение новой вузовской системы образования от образовательного начала к действенному, вызывает необходимость внедрения инновационных технологий – нетрадиционных форм и методов обучения [1].

Инновация – термин иннове (лат.) означает вхождение нового в некоторую среду, вживание в нее и порождение целого ряда изменений в этой среде. Под инновацией понимают использование в той или иной сфере общества результатов интеллектуальной (научно-технической) деятельности, направленных на совершенствование процесса деятельности или его результатов.

Инновация обеспечивает постепенное развитие, усовершенствование системы, переход ее в качественно новое состояние. Инновации – это процесс разработки новых подходов, технологий и способов работы. Инновационный процесс (инновационная деятельность) – это процесс преобразования научного знания в инновацию, который можно представить как последовательную цепь событий, он является частью научно-технического прогресса [2].

Во время учебного процесса, проведения практических занятий (контактные часы и СРСР) основным методом для будущего врача является осмотр и клинический разбор пациента с преподавателем. Но в клинике, даже по профилю, не всегда удается подобрать пациента с редкой патологией, так например врожденные пороки сердца в кардиологии; болезнь Барретта, Крона, неспецифический язвенный колит в гастроэнтерологии; гемолитические, апластическая, В12-дефицитная анемии, геморрагические диатезы в гематологии или тяжесть состояния пациента, необходимость его изоляции от окружающих не позволяет проводить клинический разбор с непосредственным участием пациента (острые и хронические лейкозы в гематологии). Здесь и приходят на помощь инновационные методы обучения. Существует немало инновационных методов (активных и пассивных), широко используются метод работы в малых группах и метод дискуссии».

Метод работы в малых группах. Групповое обсуждение любого вопроса направлено на достижение лучшего взаимопонимания и нахождения истины. Групповое обсуждение способствует лучшему усвоению изучаемого материала. Оптимальное количество участников - 5-7 человек. Перед обучающимися ставится проблема, выделяется определенное время, в течение которого они должны подготовить аргументированный обдуманный ответ [3].

Преподаватель может устанавливать правила проведения группового обсуждения – задавать определенные рамки обсуждения, ввести алгоритм выработки общего мнения, назначить лидера и др.

В результате группового обсуждения вырабатывается групповое решение совместно с преподавателем.

Дискуссия. Смысл слова дискуссия (лат. discussio) – исследование, разбор, заключается в коллективном обсуждении какого-либо вопроса, проблемы или в сопоставлении информации, идей, мнений, предположений.

Групповая дискуссия позволяет столкнуться противоположные позиции и тем самым помочь участникам увидеть разные стороны проблемы, уменьшить их сопротивление новой информации;

Если решение проблемы инициировано группой, то оно является логическим выводом из дискуссии, поддержано всеми присутствующими, его значение возрастает, так как оно превращается в групповую норму.

Среди современных дидактических средств дискуссии принадлежит одно из заметных мест. На основе проведенных исследований были выдвинуты новые формы принятия решений, новые виды групповых дискуссий, одна из таких форм, получившая самое широкое распространение – мозговая атака.

Организация учебного процесса на основе дискуссии ориентирована на воплощение активного обучения, нацеленного на формирование рефлексивного мышления, актуализацию и организацию опыта слушателей, как отправного момента для активной коммуникативно-диалоговой деятельности, направленной на совместную разработку проблемы. В качестве характерных признаков метода выделяют [4]:

- групповую работу участников,
- взаимодействие, активное общение участников в процессе работы,
- вербальное общение как основную форму взаимодействия в процессе дискуссии,
- упорядоченный и направляемый обмен мнениями с соответствующей организацией места и времени работы, но на основе самоорганизации участников,
- направленность на достижение учебных целей.

Дискуссии могут носить стихийный, свободный и организованный характер. Это разделение видов дискуссии проводится в соответствии со степенью ее организованности: планировании выступающих, их очередности, тем докладов, времени выступления. При этом стихийная дискуссия по этим параметрам не регламентируется, а свободная предполагает определение направления и времени выступлений. Организованная дискуссия проводится по регламенту и в установленном заранее порядке. В целом в мировом педагогическом опыте получили распространение следующие формы дискуссии:

Круглый стол – беседа, в которой «на равных» участвует небольшая группа обучающихся (обычно около 5 человек), во время которой происходит обмен мнениями, как между ними, так и с остальной аудиторией.

Заседание экспертной группы («панельная дискуссия»), на которой вначале обсуждается намеченная проблема всеми участниками группы (четыре-шесть участников с заранее назначенным председателем), а затем они излагают свои позиции всей аудитории.

Форум — обсуждение, сходное с заседанием экспертной группы, в ходе которого эта группа выступает в обмен мнениями с аудиторией (классом, группой).

Симпозиум — более формализованное обсуждение, в ходе которого участники выступают с сообщениями, представляющими их точки зрения, после чего отвечают на вопросы аудитории.

Дебаты — явно формализованное обсуждение, построенное на основе заранее фиксированных выступлений участников — представителей двух противостоящих, соперничающих команд (групп), — и опровержений. Вариантом этого обсуждения являются парламентские дебаты («британские дебаты»).

Судебное заседание — обсуждение, имитирующее судебное разбирательство.

Метод «мозговой штурм» (мозговой штурм, мозговая атака, англ. *brainstorming*) — оперативный метод решения проблемы на основе стимулирования творческой активности, при котором участникам обсуждения предлагают высказывать как можно большее количество вариантов решения, в том числе самых фантастичных. Затем из общего числа высказанных идей отбирают наиболее удачные, которые могут быть использованы на практике. Является методом экспертного оценивания. На первом этапе проведения «мозгового штурма» группе задается определенная проблема для обсуждения, участники по очереди высказывают предложения. На втором этапе обсуждают высказанные предложения, возможна дискуссия. На третьем этапе группа представляет презентацию результатов по заранее определенному принципу.

Цель исследования:

- изучить влияние инновационных методов (работа в малых группах и «мозговой штурм») на усвоение учебного материала студентами 4 курса.
- оценить возможность с помощью деловых игр повысить заинтересованность студентов к изучению дисциплины.
- оценить способность деловых игр в усилении запоминания учебного материала.

Материалы и методы. На нашей кафедре третий год обучаются студенты 4 курса (каз.яз, рус.яз) по дисциплине «Внутренние болезни», при проведении практических занятий используются инновационные методы, такие как работа в малых группах, «мозговой штурм», выбран организованный характер проведения дискуссии. Материальное обеспечение и сценарий деловой игры были подготовлены преподавателем заранее с использованием программы Microsoft Office Power Point. Весь материал изложен на слайдах в виде фотографий (клинические проявления заболевания, различные варианты гемограмм, миелограмм, методы, применяемые в диагностике заболеваний). Студенты были информированы заранее о проведении предстоящего практического занятия с помощью деловой игры.

Результаты. Дисциплина «Внутренние болезни» на 4 курсе составляет 9 кредитов (кардиология, гастроэнтерология, гематология, нефрология, ревматология, пульмонология, инфекционные болезни и ВИЧ-инфекция, фтизиатрия, эндокринология, дерматовенерология). На кафедре внутренних болезней №1 проводятся занятия со студентами 4 курса (каз.яз, рус.яз) по специальности «общая медицина» по трем кредитам «Кардиология», «Гастроэнтерология» и «Гематология». На кафедре проводятся занятия и по интегрированным элективным дисциплинам «Введение в кардиологию. Физиотерапия и реабилитация для кардиологических больных» и «Введение в гастроэнтерологию. Диетотерапия при заболеваниях ЖКТ» для студентов 5 курса (каз.яз, рус.яз) по специальности «общая медицина».

Метод работы в малых группах (2-3 человека) не новый, он с успехом применяется для студентов любого курса. На кафедре этот метод используется широко, в группах, обучающихся на 4 курсе занимаются по 8-10 студентов, учебная программа очень насыщена, за одно занятие необходимо изучить несколько тем, например «Кардиальный синдром» (атеросклероз, ИБС, различные виды стенокардий), поэтому физикальный осмотр пациента проводится несколькими малыми группами. Затем проводится обсуждение.

В течение двух лет на кафедре внутренних болезней №1 в учебный процесс внедрены инновационные методы, такие как презентация на основе современных мультимедийных средств. Презентация - эффективный способ донесения информации, наглядно представить содержание, выделить и проиллюстрировать сообщение и его содержательные функции. В настоящее время на кафедре имеется наглядный материал (слайды) в виде презентации, а также обзорный материал со слайдами в программе Windows по 12 темам для студентов 4 курса (каз.яз, рус.яз) по специальности «общая медицина» (3 кредита) и по 20 темам для студентов 5 курса (каз.яз, рус.яз) по специальности «общая медицина» (4 кредита). На первый взгляд этот метод довольно прост, но в тоже время его целесообразно применять при клиническом разборе пациента.

Обсуждаем клиническую картину заболевания, например язвенная болезнь желудка. Студенты перечисляют, что язва желудка может располагаться в кардиальном отделе, на малой кривизне, в дне, а антральном отделе желудка. Устное перечисление локализаций язвы не даст того эффекта, если показать слайд (схему), на котором желудок представлен в разрезе и отмечены места возможной локализации (точками или нарисована сама язва). Еще более полезным данный метод является при интерпретации лабораторно-инструментальных результатов, полученных при обследовании пациента.

Будет ли достаточной информация для студента (бакалавра) при прочтении из клинической истории болезни заключения УЗИ, рентгенологического и эндоскопического исследования любого органа, ЭхоКГ, осмотра глазного дна и др., если ее не подкрепить наглядной информацией из слайда по каждому вопросу.

В 2012-2013 учебном году на кафедре было решено расширить применение на практических занятиях инновационных методов. Для внедрения в учебный процесс была взята дискуссия (Метод «мозговой штурм», мозговая атака, англ. *brainstorming*). Решено было применить метод мозгового штурма в сочетании с методом работы в малых группах.

Деловая игра проводилась, согласно рабочей программе, по кредиту «Гематология», на который отведено всего 28 часов, из них 10 часов – СРС, то есть всего 2 дня (два практических занятия).

Выбраны две трудные темы, которые за такой короткий промежуток времени трудно усваиваются студентами, а именно в первый день изучался «Анемический синдром», во второй день – «Гемобластозы».

Темы для деловой игры выбраны неслучайно, у студентов должны были остаться знания о гемограммах после обучения на кафедрах нормальной и патологической физиологии (пререквизиты). Дискуссия проводится по предварительно определенному регламенту и в установленном заранее порядке (организованная дискуссия).

В начале практического занятия студенты (группа из 7-10 человек) были ознакомлены с целью, задачами, поставленными перед ними, и условиями проведения деловой игры. Студенты распределялись на малые группы (по 2-4 человека).



Рисунок 1 – Метод работы в малых группах (студенты составляют гемограмму)

Каждая из этих подгрупп получила отдельное задание: в течение 15 минут «написать гемограмму (развернутый анализ крови)» при железодефицитной, апластической и В12 - дефицитной анемиях на первом занятии кредита, при острых и хронических лейкозах (хронический миелолейкоз, хронический лимфолейкоз, эритремия) на втором занятии кредита (рисунок 1).

По окончании выполнения письменного задания проводилось обсуждение полученных результатов по составленным гемограммам.

Каждая подгруппа обосновала результаты своей работы. Студенты всех подгрупп высказывали свое мнение по обсуждаемым гемограммам.

После проведенной студентами дискуссии по написанным гемограммам, совместно с преподавателем проводился разбор ошибок, имеющих место при дискуссии, что позволило сделать заключение о подготовленности студентов к занятию.

Затем была начата дискуссия («мозговой штурм») с использованием презентации по теме «Анемический синдром» и «Гемобластозы» (рисунок 2).

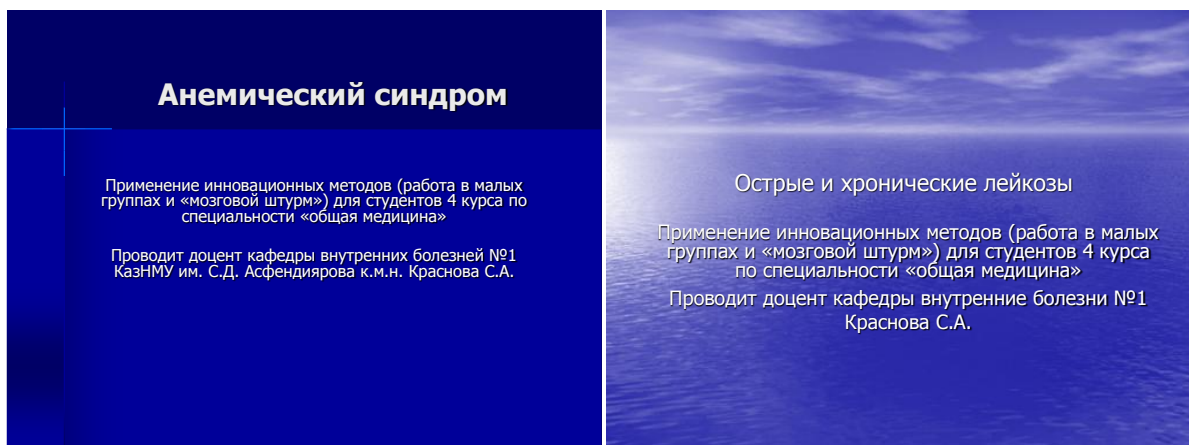


Рисунок 2 – использование презентации при проведении практических занятий

На первом этапе проведения «мозгового штурма» группе задавалась определенная проблема для обсуждения темы занятия «Анемический синдром» и «Гемобластозы», участники

по очереди высказывали свои мнения по каждому разделу темы.

Первоначально на слайде ставился вопрос: - «что Вы видите на данном слайде?» (рисунок 3).

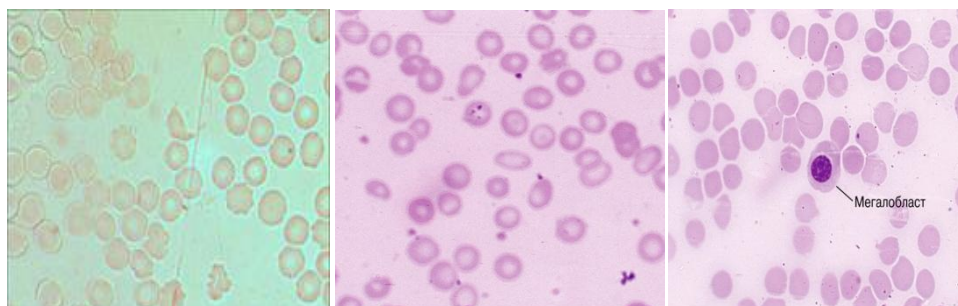


Рисунок 3 – Гемограмма при различных анемиях

Далее на очередном слайде появлялся слайд с новым вопросом.

- «что представляет из себя кровь?»,

- «что такое гемопоэз?» (представлена схема гемопоэза),

- «о каком заболевании по гемограмме и по миелограмме можно думать?» (рисунок 4),

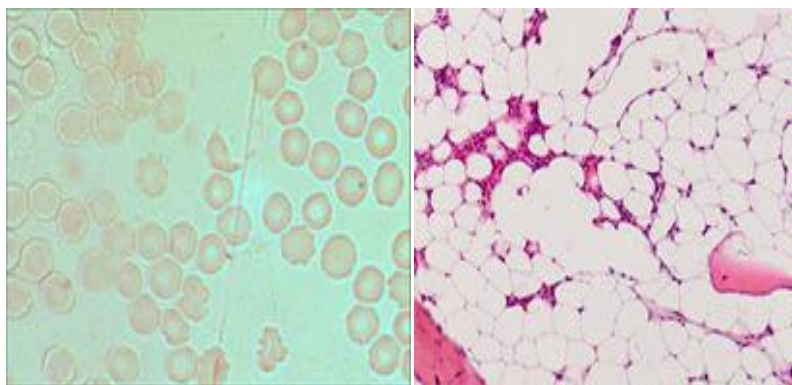


Рисунок 4 – Гемограмма и миелограмма при апластической анемии

- «каковы причины заболевания?»,
 - «какова современная классификация анемий и гемобластозов?»

- «каковы жалобы при том или ином заболевании?»,
 - «каковы клинические проявления?» (рисунок 4),



Рисунок 5 – Клинические проявления при апластической анемии

- «какие клинические синдромы встречаются?»,
 - «каковы стадии заболевания?»,
 - «какое можно дать определение данной нозологии?»,
 - «какие методы диагностики применяются? (объем обследования)»,
 - «какую информацию можно получить при применении того или иного метода диагностики»,
 - «какое лечение необходимо назначить?»,
 - «каковы эпидемиология и патогенез заболевания».

Ответ дискутировался всеми студентами, все предлагали свои варианты, но ведущими по темам были студенты, которые подготовили гемограмму по тому или иному заболеванию.

После дискуссии по каждому из поставленных вопросов на слайде появлялся подробный правильный ответ, в который студенты самостоятельно вчитывались, стараясь понять и в тоже время запомнить увиденное.

Преподаватель выступал в роли эксперта, оценивал правильность и точность ответов, разъяснял непонятное в представленном материале, отвечал на заданные вопросы. Продолжительность деловой игры составила 2 часа 30 минут, 30 минут отводились на вступительную и заключительную часть занятия, то есть все 3 контактных часа были заняты деловой игрой.

Обсуждение и заключение. Детально проанализировав проведенную деловую игру, можно отметить, что во время деловой игры удавалось разобрать и обсудить все клинические вопросы изучаемой темы, не смотря на то, что пациент отсутствовал.

Процесс дискуссии и используемый наглядный материал позволил каждому студенту быть в центре внимания. Студенты с большим интересом участвовали в игре, при неправильном или сомнительном ответе им можно было прибегнуть за помощью участвующих или повторив рассуждение, изменить свое

мнение. Студенты были не одинаково подготовлены к занятию, но каждый старался не отстать в обсуждении друг от друга.

Преподаватель выступал в роли эксперта и наблюдателя, оценивал правильность ответов, при необходимости корректировал их, разъясняя трудные и непонятные для студентов вопросы.

В заключении проводился запланированный разбор деловой игры.

Вероятно деловая игра побудила студентов к желанию закрепить знания, полученные во время игры, они с большим интересом просматривали изученный материал по учебнику во время СРСР, продолжая задавать вопросы по теме.

Следует отметить, что на второй день после проведения деловой игры по расписанию состоялся коллоквиум рубежного контроля и студенты показали лучшие знания, чем на занятиях.

Таким образом, деловая игра ведется по заранее созданному сценарию, позволяет студенту, а не преподавателю и пациенту быть в центре внимания, самому своевременно оценивать свои слабые места (недостаточная подготовленность к занятию), изменять свое мнение по обсуждаемому вопросу; отсутствует риск для больного (у пациентов с анемиями и особенно гемобластозами имеется резкое снижение иммунитета, а значит опасность присоединения инфекции).

Деловая игра показала умение студента работать в команде, а также стремление повысить свои знания и практические умения.

Выводы:

1. Деловая игра показала, что инновационные методы необходимо широко использовать в учебном процессе.
2. Деловая игра позволила измерить сам процесс и полученный результат.

3. Деловая игра дала возможность повысить активность и заинтересованность студента в обучении, стремление повысить свои знания (осознанное самосовершенствование).
4. Деловая игра проводилась по сценарию, носила организованный характер с последующим проведением запланированного разбора

5. Деловая игра позволила повысить успеваемость по изучаемым трудным темам и получить довольно высокие баллы во время коллоквиума.
6. Деловая игра может позволить получить объективную обратную связь (снять весь процесс игры на видеокамеру для дальнейшего просмотра студентами вместе с преподавателем).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аканов А.А., Ахметов В.И. Абилова М.А. с соавт. Модель медицинского образования КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. Вып. 1.- Алматы: КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. - 2010. - Ч.3. - Методы и формы обучения. - 72 с.
- 2 Садвакасова З.М. Инновационные методы обучения. – Алматы: 2010. – С.17.
- 3 Наливаева А.В. Информационные технологии в медицине: доказанные факты и нерешенные проблемы. ФГБУ Саратовский НИИ кардиологии Минздрава России. - 2012. - 96 с.
- 4 Информационные технологии в медицине (Тематический научный сборник). Под ред. Г.С. Лебедева, О.В. Симакова, Ю.Ю. Мухина. - М.: Радиотехника, 2010. - 152 с.

С.А.КРАСНОВА

«ІШКІ АУРУЛАР» ПӘНІ БОЙЫНША «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» МАМАНДЫҒЫ БОЙЫНША №1 ІШКІ АУРУЛАР КАФЕДРАСЫНДА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Түйін: Краснованың С.А айтылмыш акаласында инновациялық әдістің (жас топтарда жұмыс және "миның штурм") қолданысының тәжірибесі ішкі қыңқыл-сыңқылдың №1 ішкі аурулар кафедрасында при практикалық кәсіптің жаса- ша тәртіпке "ішкі қыңқыл-сыңқылдар" ("гематология" деген кредит) 4 курстың студенттерімен ша мамандыққа "ортақ медицина" суретте-.

Түйінді сөздер: тәлім-тәрбиенің инновациялық әдістері, оқу үдеріс, жас топтар, практикалық кәсіптер, коммуникатив.

S.A. KRASNOVA

THE EXPERIENCE OF USING THE INNOVATIVE METHODS ON DISCIPLINE "INTERNAL DISEASES BY SPECIALTY "GENERAL MEDICINE" AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL DISEASES #1

Resume: In this article Krasnova С.А.описан the experience of the application of innovative methods (work in small groups and «brainstorming») at the Department of internal diseases №1 in conducting practical lessons on both-line «Internal diseases» (credit «Hematology») with the students of the 4th course on a «General medicine» speciality.

Keywords: innovative methods of training, the training process, small groups, practical training, communication.

УДК 61:37:339.924

З.А.КЕРИМБАЕВА, А.А.АХМЕТОВА

ИНТЕГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ОБРАЗОВАНИИ

Использование информационных технологий, и внедрение принципов доказательной медицины с межкафедральной интеграцией приводят к повышению качества медицинской помощи и образования.

Ключевые слова: медицинское образование, информационные технологии, доказательная медицина.

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация - главный вектор развития Казахстана 2012»[1] обозначил десять ключевых направлений работы, раскрывающих суть названия Послания. Седьмое ключевое направление - качественный рост человеческого капитала в Казахстане, это, прежде всего, образование и здравоохранение.

В ходе модернизации системы образования нам важно осуществить следующие меры:

- внедрить в процесс обучения современные методики и технологии на основе международных стандартов;
- развивать сеть передовых учреждений образования;

- распространять их опыт на всю систему казахстанского образования;
- поднять к их уровню все образовательные учреждения.

В настоящее время происходит модернизация и совершенствование отечественного медицинского образования, приведение его в соответствие с международными стандартами обучения. На сегодняшний день среди приоритетов, связанных с созданием необходимых условий для высокого качества образования на первый план выступает применение в учебном процессе новых информационных технологий. Информационные технологии позволяют использовать огромные базы данных о методах и

результатах лечебных практик, а также обеспечивают доступность этих знаний для каждого заинтересованного лица. Одним из ярких примеров интеграции в образовании является Болонский процесс. Болонский процесс, это механизм для вывода системы высшего образования на новый уровень, обеспечивает гибкость и гарантии качества образования, способствует формированию единого образовательного пространства.

Болонская конвенция предполагает, прежде всего, высокую социализацию индивидуума и социальную адаптацию к условиям рыночных отношений. Кредитная система дает основу для подготовки специалистов, соответствующих мировым стандартам образования. Она позволяет активизировать интерес и самостоятельность студентов в освоении определенной области знаний, создает условия для построения индивидуальной траектории обучения[2].

Новая методология клинической медицины призвана защищать интересы пациента.

Мощным мотивационным фактором для изучения и внедрения принципов доказательной медицины является декларация нашего государства об участии в европейской интеграции и в частности, реформа, высшего образования в соответствии с Болонской декларацией.

Приоритеты по совершенствованию системы медицинского образования включают внедрение программ профессионального развития профессорско-преподавательского состава и инвестирование в инновационные технологии в медицинском образовании. Доказательная медицина включена в общую реформу системы медицинского образования. Основная цель внедрения принципов доказательной медицины в образовательный процесс заключается в улучшении качества медицинской помощи и образования.

Решение проблемы освоения принципов доказательной медицины на государственном уровне может быть осуществлено только путем создания и реализации программ систематизированного обучения будущих и нынешних врачей.

Государственная политика в сфере высшего образования нацелена на обеспечение высокого качества образовательных программ. В этой связи в целях улучшения качества профессиональной деятельности будущих врачей, руководство Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии (ЮКГФА) направляет свои усилия на внедрение принципов доказательной медицины в образовательный процесс и в подготовку преподавателей к использованию данных методов в обучении студентов. Преподаватели специальных дисциплин должны создать обучающимся мотивацию к осознанному использованию информационных технологий при изучении соответствующей дисциплины. Это станет возможным только тогда, когда все преподаватели смогут овладеть информационными технологиями и активно использовать их в повседневной деятельности. При этом у обучающихся вырабатываются способности креативно мыслить, развиваются научно-исследовательские, аналитические умения, поисковые навыки.

Необходимо понимать, что доказательная медицина – это государственная политика в области здравоохранения, а не просто методика выбора тех или иных препаратов или схем лечения. Клиническое мышление отражает эволюцию медицинской науки и меняется вместе с ней. В настоящее время происходит формирование нового уровня клинического мышления, требующего вертикальной интеграции медицинских знаний с горизонтальным охватом диагностики и терапии в единую систему. На современном этапе развития медицины в традиционную парадигму клинического мышления необходимо включить дополнительный компонент в виде принципа доказательной медицины. Врач, используя ее методологический инструмент, обосновывает в рамках медицинского стандарта адекватный объем лечебных и профилактических мероприятий у конкретного пациента при

данной патологии. Очень важным становится лечение конкретной нозологии при условии применения адекватных и эффективных медицинских технологий[3]. Поэтому в учебный процесс необходимо внедрить изучение принципов доказательной медицины с межкафедральной интеграцией как в до-, так и в последипломном периодах обучения врачей. Доказательную медицину нужно рассматривать как комплекс мероприятий, итеративно, поэтапно готовящих врача к самостоятельному принятию решений, ориентирующих его на постоянный поиск новой информации по решению медицинских проблем[4].

Основываясь на опыте преподавания предмета «Доказательная медицина» в бакалавриате, отделом доказательной медицины ЮКГФА был внедрен цикл доказательной медицины в повышении квалификации врачей. Циклы доказательной медицины внедрены как компонент по выбору и проводятся интегрировано с клиническими кафедрами. Разработана единая рабочая учебная программа по доказательной медицине, учитывающая особенности специальностей.

В преподавании используются инновационные методы обучения. Проводятся интерактивные лекции с использованием мультимедийных средств и выполнение практических заданий в малых группах.

Для обучения правильного формулирования вопроса по принципу PICO мы делим обучающихся на малые группы. Все группы получают задачи и формулируют вопросы, т.е. ведут разбор ситуаций из практики по принципу PICO. В заключении проверяется правильность записей всей группой и формулируется окончательный вопрос, то есть обучающиеся закрепляют и проверяют свои знания по доказательной медицине.

На занятиях применяются задания по поиску информации. Как известно, использование информационных технологии является одним из важнейших условий дальнейшего экономического благосостояния и социального развития общества. Информационные технологии являются тем незаменимым инструментом, которые обеспечивают доступ к новой клинической информации. Это инструмент и не более. Но современное качество этого инструмента позволяет решать практически любые задачи. Информационная грамотность и культура стали залогом успешной профессиональной деятельности специалиста. Навыки работы с информационными технологиями наиболее эффективно формируются при решении реальных задач, адекватных интересам обучающихся, учитывающих их особенности в их будущей профессиональной деятельности. Здесь занятия ведет информационный специалист. Так как, информационные технологии стали неотъемлемой частью современной системы медицинских библиотек, поэтому специалист способен предоставить доступ к необходимой информации.

Вырабатываются навыки самостоятельного сбора необходимой информации как один из вариантов проведения занятий. В результате поиска можно получить в режиме реального времени, последовательно уточняя и ограничивая суть запроса, осуществляя поиск информации с использованием информационно-справочных и поисковых компьютерных систем соответствующей информации, в итоге совместного обсуждения находят ответы на сформулированные вопросы.

Обучаемые получают материалы по доказательной медицине по диагностике, прогнозированию, терапии, профилактики, качеству лечения, систематическим обзорам.

Применение инновационных методов обучения позволяет слушателю выработать стремление к критическому анализу научной информации и укрепляет поисковые навыки. Все это необходимо для улучшения качества медицинской помощи и образования.

В заключение следует отметить, что информационно-образовательные технологии не могут являться самостоятельной формой высшего медицинского образования,

они должны быть интегрированы в уже сложившуюся систему

подготовки специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послание Президента Республики Казахстан – Лидера нации народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация - главный вектор развития Казахстана». Индустриальная Караганда, 28 января 2012 года.
- 2 Сарсембаева Г.Ж., Кайгородцев А.А. Казахстан в Болонском процессе // group-global.org
- 3 Смирнов. Ф. В широком формате// Медицинская газета №32. - 2013.
- 4 Фокин В.А., Карась С.А., Калитвянская Т.А. Доказательная медицина в профессиональной подготовке врачей: информационные и экономические аспекты//Бюллетень сибирской медицины. - №4. -2002. - С.47-61.

З.А.КЕРІМБАЕВА, А.А.АХМЕТОВА
БІЛІМ БЕРУДЕГІ ИНТЕГРАЦИЯЛЫҚ ҮРДІСТЕР

Түйін: Ақпараттық технологияларды қолдану және дәлелді медицина қағидаларын кафедрааралық интеграцияда ендіру медициналық көмектің сапасы мен білім беруді жоғарлатады.

Түйінді сөздер: медициналық білім беру, ақпараттық технологиялар, дәлелді медицина

Z.A.KERIMBAYEVA, A.A.AKHMETOVA
INTEGRATION PROCESSES IN EDUCATION

Resume: Use of information technologies, and implementation of the principles of evidence-based medicine along with the interdepartmental integration lead to increase in quality of medical care and education.

Keywords: medical education, information technologies, evidence-based medicine.

УДК 615.03-001.7

Қ.КҰНАНБАЙ, А.Қ.ҚАИРБЕКОВ, А.А.ЖАНПЕЙСОВА, М.М. ҚАЛИЕВА
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Клиникалық фармакология, ЕДШ және физиотерапия кафедрасы

КЛИНИКАЛЫҚ ФАРМАКОЛОГИЯНЫ ОҚЫТУДА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТӘСІЛДЕРДІ ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Мақалада клиникалық фармакология пәнін оқытуда инновациялық және интерактивті тәсілді қолданудың маңыздылығы көрсетілген. Медициналық білім беруде болашақ дәрігерлерге тәжірибие жүзінде кездесетін жағдайларды иммитациялау арқылы білімдерін іс жүзінде пайдалануға үйретуде кейс-әдісі өте ыңғайлы және ұтымды болып табылады. Инновациялық тәсілдер студенттерде өзіндік ойлау және өз ойын дамытуға ықпал жасап сабақтың белсенділігін арттырады.

Түйінді сөздер: инновация, интерактив, коммуникативті дағдылар, прогресс, иммитация, кейс-әдісі.

Бүгінгі таңда еліміздің білім және ғылым жүйесінің алдында Ұлт Көшбасшысы Н.Назарбаевтың Қазақстан халқына арналған «Болашақтың іргесін бірге қалаймыз» атты Жолдауында «Біз білім беруді жаңғыртуды одан әрі жалғастыруға тиіспіз. Біз университеттік білім беру мен ғылымды дамытудың жаңа деңгейін қамтамасыз етуге міндеттіміз», деп атап көрсеткен ауқымды міндеттер тұр. Сонымен бірге, Елбасы «Сапалы білім беру Қазақстанның индустрияландырылуының және инновациялық дамуының негізіне айналуы тиіс» деді. Халықаралық дәрежеде жоғары білім беру жүйесін нормативтік құжаттар негізінде ортақ талаптарға сәйкестендіру әрекеті ЮНЕСКО мен Еуропа Кеңесі арасында 90-жылдарда қолға алынған болатын. 1997 жылы сәуір айында Лиссабонда ЮНЕСКО «Еуропа аймағында жоғары білім беруге қатысты біліктілікті тану туралы» Конвенцияны жариялаған еді. Қазақстан бұл аталмыш құжатқа алғашқы 42 мемлекеттер қатарында сол жылдың желтоқсан айында қол қойып, заңдастырды.

Италияның Болон қаласында 1999 жылы 19 маусымда 29 Еуропа елдерінің өкілдері қатысуымен Болон Декларациясы қабылданған еді. Бұл Декларацияда Еуропада жоғары білім беру жүйесі бойынша реформалық нақты жүйесі айқындалды.. Осылайша Болон үрдісі басталды. Қазақстан Республикасы Болон үрдісіне 2010 жылдың наурыз айында қосылды. Болон Декларациясына бұған дейін біртұтас Еуропада жоғары білім беру мәселесін шешу бойынша қабылданған бірқатар құжаттарға негіз болды.

Негізі, ең алғаш рет кредиттік-сағаттық жүйе немесе оны кейде «кредиттік сағаттар» деп аталатын жүйе АҚШ-та туындаған болатын. Атап айтқанда, 1869 жылы Гарвард университетінің Президенті, атақты америкалық білім беру қызметкері Чарльз Элиот «кредиттік-сағаттық» түсінігін енгізді. [1].

Қазіргі уақытта Қазақстанда әлемдік білім беру кеңістігіне кіру бойынша мақсатталған іс-шаралар жүргізілуде. Болон үрдісінің

негізі болып табылатын-Университтердің Ұлы Хартиясына еліміздің 60 жоғары оқу орны қол қойған. [2].

“Инновация” ұғымын қарастырсақ әртүрлі анықтамалар берген. Мысалы, Э.Раджерс инновацияны былайша түсіндіреді: “Инновация- нақтылы бір адамға жаңа болып табылатын идея”. Ал Майлс болса: “Инновация – арнайы жаңа өзгеріс. Біз одан жүйелі міндеттеріміздің жүзеге асуын, шешімдерін күтеміз”, – дейді.

Инновациялық білім беру саласында өткен ғасырдың сексенінші жылдарында тарала бастады. Масырова Р.Линчевская Т – “Жаңару” дегенімізді былай деп түсіндіреді: “Жаңару – белгілі бір адам үшін әділ түрде жаңа ма, әлде ескі ме оған байланысты емес, ашылған уақытынан бірінші қолданған уақытымен анықталатын жаңа идея.

Қазақстанда ең алғаш «Инновация» ұғымына қазақ тілінде анықтама берген ғалым Немеребай Нұрахметов. Ол “Инновация, инновациялық үрдіс деп отырғанымыз – білім беру (Жоғарғы оқу орны) ЖОО жаңалықтарды жасау, меңгеру, қолдану және таратуға байланысты ерекше қызметі” деген анықтаманы ұсынады. Н.Нұрахметов “Инновация” жіктелесінде:Қайта жаңарту кеңістігін бірнеше түрге бөледі: жеке түрі (жеке – дара, бір-бірімен байланыспаған); модульдік түрі (жеке – дара кешені, бір-бірімен байланысқан); жүйелі түрі (оқытуды толық қамтитын). Ал жалпы инновацияны: Модификациялық, комбинаторлық, радикалдық деп үш түрге бөлуге болады. Модификациялық инновация – бұл бұрын қолда барды дамытумен, түрін өзгертумен айналысу.Радикалдық инновация – білімге мемлекеттік стандарттарды енгізу жатады.Комбинаторлық модификация – бұрын пайдаланылмаған, белгілі әдістеме элементтерін жаңаша құрастыру. Бұған пәндерді оқытудың қазіргі кездегі әдістемесі дәлел. Инновациялық үрдістерді ендіру үш инновация әдісінің өзара байланысы мен анықталады: енгізілген технологияның ерекшеліктерімен; жаңашылдардың инновациялық әлеуетімен; жаңалықты енгізу жолдарымен жүзеге асады.

Инновациялық оқыту, оқу үрдісінің барысында өзара сәйкестікке мүмкіндік беретін оқыту түрі. ойын, пікірталас, нақтылы жағдайларды ұжымдық түрде шешу және де әңгімелесу,эвристикалық және проблемалық білім беруді,топтық және жұптық жұмыстарды және т.б. шешуді қолдануда негіз болады. Интерактивті әдістер инновациялық оқыту түріне кіретін тәсіл. Жоғарыда келтірілген инновациялық оқыту түрлері негізгі пәндерді жоғары деңгейде оқытылуына оңтайлы нәтижесін береді [3].

Ғылым мен техниканың жедел дамыған, ақпараттық мәліметтер ағыны күшейген заманда ақыл-ой мүмкіндігін қалыптастырып, адамның қабілетін, талантын дамыту білім беру мекемелерінің басты міндеті болып отыр. Ол бүгінгі білім беру кеңістігіндегі ауадай қажет жаңару оқытушының қажымас ізденімпаздығы мен шығармашылық жемісімен келмек. Білім беру парадигмасының өзгеруімен жоғары кәсіби білім жүйесіне талап та өзгерді. Біздің республикамыздың «Болон» жүйесіне қосылуына байланысты еліміздің барлық жоғары оқу орындарында кредиттік оқыту жүйесі енгізілуде. Кредиттік оқыту жүйесі бойынша болашақ түлектердің құзыреттіліктер кешенін қалыптастыру мақсатында оқытудың өзіндік әдістері орын алған. «Кредит» терминінің өзі - «сенім» деген мағынаны білдіреді, яғни білім мекемесі оқытушы мен оқушының кәсіби білім аясында бірлесе атқаратын жұмысына сенім артады. Мұндағы басты шарт - студентке дайын күйінде ұсынылатын ақпараттардың үлесін азайтып, оның өздігінен іздену талпынысын арттыруға септігін тигізу. Дәрісханадағы сабақтарды қысқарту арқылы оқытушылар, бір жағынан, оқу-әдістемелік құралдарды даярлауға көбірек уақыт бөле алатын болады. Бұрынғы дәстүрлі жүйе бойынша студент, пәнді меңгеру үшін өзіндік жұмысқа оқу сағатының 33 пайызын жұмсап келсе, кредиттік технологияда барлық уақытың 66 пайызын бөлуге тура келеді. Мұндай әдістердің бірі студенттің танымдық дербестігін қалыптастыруға ықпал ететін кейс-

технология әдісі болып табылады. ҚазҰМУ-ң клиникалық фармакология, ЕДШ және физиотерапия кафедрасында оқытудың интерактивті әдістері, атап айтсақ, аз топтармен жұмыс жасау, кейс-стади, миға шабуыл, дәріс фильмдер мен презентациялар көрсету және т.б. белсенді түрде қолданылуда. Оқытудың бастапқы сатыларында тәжірбиелік дағдылар мен интерн дәрігерлердің клиникалық фармакология тұрғысынан ойлауды қалыптастырудың қазіргі кездегі әдістерінің бірі дәрігер тәжірбиесінен алынған клиникалық емдеу жағдайларды талдауға негізделген оқытудың кейс-әдісі болып табылады. Медициналық білім беруде болашақ дәрігерлерге тәжірибе жүзінде кездесетін жағдайларды имитациялау арқылы білімдерін іс жүзінде пайдалануға үйретуде кейс-әдісі өте тиімді интерактивті оқыту әдісі екені дәлелденді . Интерн – дәрігерлер кафедрала ғылыми жұмыстарға белсенді түрде атсалысып, клиникалық фармакология пәні бойынша олимпиадаларға қатысады. Құзіреттілікті-бағдарлық оқытудың жаңа тәсілдері интерн –дәрігерлерге дәріс-кеңес, іс-ойын,мыйға шауыл жасау сияқты барлық құзіреттілік қамтылған түрінде кіші топтарға қолданылады . Кәсіби - құзіреттілік, бәсекелестікке қабілетті дәрігер -бітірушілерін қалыптастыруға жол ашатын оқытудың жаңа үлгісінің артықшылығы көрсетілген белсенді оқыту түрі интерн –дәрігерлердің ғылыми жұмыстары және олимпиадалар блиц-сұрақнама, бақылау жұмыстары, ғылыми жұмыс істеу, пән бойынша фильмдер көрсету түрінде өткізіледі. Кафедра қызметкерлері силлабус, модуль оқыту әдісі бойынша жаңа форматта тест тапсырмаларын қайтадан жасап шықты. Қазіргі кездегі білім берудің басым бағыты оның парадигмдерінің өзгерту: Медициналық білім беруде болашақ дәрігерлерге тәжірибие жүзінде кездесетін жағдайларды имитациялау (ұқсату) өте маңызды екендігін ескере отырып, жаңа белсенді оқыту әдістерінің ішінде белгілі бір жағдайды (ситуация) талдау әдісі немесе кейс-әдісін клиникалық фармакология пәнін оқытудағы тәжірбиені ұсынғалы отырмыз. Кейс-әдісі (case-study) - бұл әдіс шын өмірдегі кездесетін жағдайды талдауды қажет ететін, тек белгілі бір мәселені ғана шешіп қоймай, сипаттау барысында сонымен бірге мәселені шешуге қажетті білім деңгейін қайта еске түсіруге,өмірде пайдалануға мүмкіндік береді [1]. Тағы бір ерекшелігі бұл әдісте алынған жағдай бір шешімді емес бірнеше шешімі болуы тиіс. Бұл әсіресе интерн-дәрігерлерге дәріні ұтымды қолдануды үйретуде ұтымды әдіс болып табылады.

Кейс-әдістің интерактивті оқыту әдісі ретінде пайдалану интерн-дәрігерлер тарапынан оң нәтижесімен ерекшеленеді, оның себебі оқыту барысында теория жүзінде алынған білімді іс жүзіне пайдалануға мүмкіндік беретін іскерлік ойын ретінде қабылдауына байланысты. Сонымен бірге жағдайды талдау интерн-дәрігерлерге кәсіби қызығушылықты арттыруға, білімін шыңдауға , оқуға деген оң көзқарастың қалыптасуына көмектеседі. Іс жүзіндегі іс-әрекеттің үлгісі интерн-дәрігерлердің кәсіби біліктілігін қалыптастыруда тиімді әдіс болып табылады[3].

Бұл әдісті оқу үрдісінде пайдалану интерн-дәрігерлерге дәріні ұтымды (рационалды фармакотерапия) қолдануды талдауға (қажетті және қажетсіз дәріні ажыратуға, дәрілерді жіктеуге,мүмкіндік береді. Кейс-әдіс оқытушыға ойлануға, өзінің творчестволық потенциалын жаңартуға мүмкіндік беретін жаңа оқыту моделі ретінде қабылданады. Мұндағы негізгі мәселе оқу үрдісін демократизациялау және модернизациялау оқытушының педагогикалық іс-әрекетінде ойлау стилінің, этика және мотивациясының прогрессивті дамуына, ашылуына мүмкіндік береді. [8].

Кейс құрастыруда төмендегі алгоритмді сақтау қажет етеді:

1. Сабаққа оқытушының және студенттердің дайындалуы.

Бұл кезеңде оқытушы оқу және интерн дәрігерлер материалын жинап, белгілі бір мәселені (жағдайды) қалыптастырады.

2. Ұйымдастыру бөлімі. Күнтізбелік жоспар және өткізу әдістемесіне сәйкес жүргізіледі.

3. Студенттердің жеке өз бетімен кейспен жұмыс істеуі. Бұл кезеңде интерн дәрігерлер оқу-әдістемелік нұсқаумен, қосымша әдебиеттермен жұмыс істейді. Ұсынылған жағдаймен танысады.

4. Зерттелген материалды меңгеруді тексеру. интерн дәрігерлер кейс бойынша өз бетімен жаңа материалдармен танысатын болғандықтан жиі оны тексеру қажет болады. Тексеру әдеттегідей (ауызша сұрау, тест арқылы тексеру не жазбаша жеке сұрақтар, емдеу жобалар бойынша) жүргізуге не дәстүрлі емес тексеру әдістерімен тексеруге болады.

5. Кіші топтарда жұмыс істеу. Топтағы студенттерді кіші топтарға бөледі. Кейс-әдістің ең маңызды бөлігі, өйткені бұл интерн дәрігерлерге тәжірибе алмасуда және тәжірибе жинауда өз үлесін қосады.

6. Пікірталас. Әр жағдайды шешу барысында интерн дәрігерлер арасында ой бөлісу, сұрақтар және жауаптар, қарсы ой пікірлер пайда болады.

7. Студенттердің жұмысты қортындылауы. Бұл кезеңді пікірталас кезеңімен қосуға да болады. Пікірталас соңында әр кіші топ өз шешімдерін баяндайды. Шешімін оқытушы немесе алдын ала тағайындалған сараптамашы интерн дәрігерлер өздерінің ескертулерін және түзетулерін айтады.

8. Оқытушының қортынды жасауы. Бұл кезеңді де пікірталас кезеңімен бірге жүргізуге болады. Мәселені шешуде бұл кезеңде ұжымдық шешім қабылданады, интерн дәрігерлер шешімді қалай, қандай түрде жасау керектігін білу керек [4,5].

Қазақ тілінде сабақ өтетін интерн дәрігерлерге мамандықтарына байланысты дайындалған бағдарлама бойынша қазақ тілінде оқытудың негізгі мақсаты – медицина мамандығын меңгеруге қажетті лексикалық қорды тілдік қатынаста қатысымдық тұрғыдан жаңа технология арқылы іске асырудың амал-тәсілдерін іздестіру, оның нәтижесін көрсету. Жаңа технологиялық амал-тәсілдердің бір түрі – модуль жүйесі. Модуль арқылы тілді меңгерудегі мақсат интерн дәрігерлердің болашақ жұмыс жасауына тиімді тілдік материалды жинақтап, жүйелі түрде өзара сабақтастықта игеруге мүмкіндік жасау және қажетті лексикалық, тілдік материалдарды сұрыптап, топтастыру. Модульдік оқыту бағдарламасын түзуде мынадай талаптар ескеріледі:

- болашақ маман иелерін ой-өрісі кең, жан-дүниесі бай, кәсіби білікті маман ретінде, адамдармен сауатты қатынас жасай алатын тұлға ретінде қалыптастыруға жол ашу;

- дәрігердің қазақша тілдік қатынасты жүйелі, тиімді меңгерудің амал-тәсілдерін жинақтау. Модульге алынған мәтіндердің әрқайсысы белгілі бір мағына түрін көрсетеді. Мәтіндердің сұрыпталу ұстанымы халық арасында тараған аурулардың жиілігіне және әр мамандықтың ерекшелігіне байланысты анықталады. Бағдарламада игерілетін қатысым әдісінің негізі болып саналатын сөйлесім әрекетінің түрлерін (айтылым, оқылым, жазылым, тыңдалым, тілдесім) жан-жақты іске асыру тиімділігі деңгейлік жаттығулар жиынтығы арқылы анықталды.

Интерн дәрігерлерге медицина лексикасының модульдік құрылымын төмендегідей түрде береміз: Әр тақырып бойынша

интерн дәрігерлердің таным-түсінігін қалыптастыруға байланысты құрылады. Олар мамандықтарына сай тақырыптарды өрбіту арқылы іске асыру аса тиімді.

Интерн дәрігерлердің өзіндік жұмысты ұйымдастырудың формалары әр түрлі болуы мүмкін, алайда, кез-келген формасы оқытудың компетентті-бағытталған шешіміне толық көлемде сәйкес келуі тиіс. Студенттердің өзіндік жұмысын ұйымдастыру кезінде инновациялық оқытудың әдістерінің бірі ретінде жобалар әдісі болып табылады, ол интерн дәрігерлерге алынған білімді болашақ кәсібінде практикалық қолдану мақсатында талдай білу қабілетін дамытуда, жұмыс істеудің пән аралық науқаспен қатынас дағдыларын дамытуда, топта жұмыс істеу арқылы коммуникативті дағдыларды игеруде көмек болады. Сонымен қатар интерн дәрігерлер ғылыми жұмысқа белсенді араласып, ғылыми зерттеулерінің алғашқы нәтижесі бойынша, ғылыми мақалалары жарық көрді.

Клиникалық фармакология пәнді оқыту барысында әр түрлі инновациялық әдістерді комплексті қолдану тәсілдеріне арналған: тест тапсырмалары, «милық дауыл», «case study», ситуациялық есеп. Тәжірибелік сабақтарға күнделікті дайындықты бақылау кезінде студенттердің компетенциясын бағалау критерилері ұсынылады.

ҚазҰМУ медициналық ЖОО арасында алғашқылардың бірі болып барлық факультеттерінде оқытудың кредиттік жүйесіне көшті. Білім беру үрдісін басқарудың кластерлік әдісі жүзеге асырылуда. Оқытудың әрбір кезеңінде белгілі бір біліктілікті алуға, мамандықтардың білім беру бағдарламаларына, білім беру жүйесінде бағдарланған қолданыстағы МЖБС (ГОСО) аясында әзірленіп, бейімделген. Университет бес құзырет принципіне авторлық құқық туралы куәлік алған. Студенттердің кәсіби құзыреттілігіне баға беру жүйесі әзірленген; үш тілде білім беру бағдарламасы енгізілуде. Білім беру үрдісін ұйымдастыру әдісі өзгертілді: білім беруден бастап кәсіби біліктіліктердің қалыптасуына қарай, бұл оқытудың қолданылып отырған әдістеріне кең ауқымды талап етеді, оқытудың интерактивті құралдары енгізілді. Университетте студенттердің академиялық оңтайлы принциптері енгізілуде, және визитинг-профессорлардың бағдарламасы жүзеге асырылуда. Ректордың сөзі бойынша білім берудің, ғылымның және тәжірибенің біріктірілу мақсаты толық айқындалды [7].

Болон үдерісіне Қазақстанның қатысуы жоғары білімдер аумағында салыстырмалы жүйені қабылдау арқылы Еуропалық білімге қол жетерлік жағдай туғызуда, білім сапасын арттыруға және студенттер мен профессор-оқытушылар құрамының оңтайлы деңгейін көтеруге мүмкіншілік туғызуда. Болон үдерісі – жоғарғы білімнің біртұтас еуропалық кеңістік құру мақсатымен Болон келісім-шарты шеңберінде білім жүйелерін үндестіру және жақындастыру үдерісі. [9]. Сонымен бірге білім және ғылымның ұлтаралық қатынасы әлемде қазақстандық білім беру бағдарламаларын, оқу жоспарларын, еуропалық өңірде отандық дипломдардың еркін конверсиялануын, бітірушілердің кез-келген елде жұмысқа орналасу құқығын мойындауға мүмкіндік береді.

ӘДБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Болонский процесс середина пути. - М.: 2005. - 378 с.
- 2 О.А. Бухарин, В.А. Кириллов, Т.Л.Бухарина., Инновационные подходы к обучению студентов медицинской микробиологии. // Микробиологии эпидемиологии иммунологии. - №5. - 2002
- 3 Пахомова Н.Ю. Метод учебного проекта в образовательном учреждении. - М.: Аркти, 2005
- 4 Аканов А.А., Хамзина Н.К., Ахметов В.И. и др. Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова: на пути инновационных преобразований. – Алматы: КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. - 2010. – С. 9-56.
- 5 А.Әлімов. Интербелсенді әдістерді жоғарғы оқу орындарында қолдану. – Алматы: 2009. – 327 б.
- 6 Т.А.Муминов., М.И.Даулетбакова. Инновационные технологии в образовательном процессе медицинских ВУЗов. – Алматы: 2003. –144 с.
- 7 Аканов А.А. Хамзина Н.К., Ахметов В.И., Капанова Г.Ж., Данилович Н.А., Сейдуманов С.Т. Медицинское образование, основанное на компетенциях: проблемы и перспективы. Монография. – Алматы: 2010. - 177 с.
- 8 И.В. Гладких. Методические рекомендации по разработке учебных кейсов. - СПб.: 2004.
- 9 Кошімбетова С. Инновациялық технологияны білім сапасын көтеруде пайдалану мүмкіндіктері. – А.: Білім, 2008.

К.КҰНАНБАЙ, А.К.КАИРБЕКОВ, А.А.ЖАНПЕЙСОВА, М.М.КАЛИЕВА

ЗНАЧИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ

Резюме: Статья о значении инновационных и интерактивных методов изучения клинической фармакологии. Кейс-метод является практичным и эффективным для будущих врачей в преподавании медицины, т.е. в обучении ситуации в практике через имитацию и использовании полученных знания в реальности. Инновационные методы дают возможность студентам самостоятельно развивать мышление и активности на занятиях.

Ключевые слова: инновация, интерактивный, коммуникационные навыки, прогресс, имитация, кейс-метод

K. KUNANBAY, A.K. KAIRBEKV, A.A. ZHENPEISOVA, M.M. KALIEVA

THE IMPORTANCE OF USING THE INNOVATIVE TECHNOLOGIES ON TEACHING THE CLINICAL PHARMACOLOGY.

Resume: The importance of the innovative methods in clinical pharmacology teaching is shown in this article. Case-method is convenient and effective for future doctors in teaching medicine, i.e.in teaching situations in practice through imitation and application of obtained knowledge in fact.

The innovative methods help students to develop their thoughts and activeness at lessons.

Keywords: innovation, interactive, communicative skills, progress, imitation, case-method

УДК 616.31-001.85:378(574)

Ж.С.КУЗЕКОВ, А.А.ЕСИРКЕПОВ, А.САЙПУДИНҚЫЗЫ

*Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова, Алматы*

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В ОБУЧЕНИИ НА МОДУЛЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Освещена работа модуля по внедрению современных методов обучения студентов и оценки их знаний, операциональных и других компетенций.

Ключевые слова: Болонский процесс, компетентностный подход, формирования знаний, практические навыки, оценка знаний.

Казахстан присоединился к Болонской декларации и стал 47 страной-членом Болонского процесса.

Основной целью Болонского процесса является расширение доступа к европейскому образованию, дальнейшее повышение качества и привлекательности Казахстанского высшего образования, расширение мобильности студентов и преподавателей, а также обеспечение успешного трудоустройства выпускников вузов за счет того, что все академические степени и другие квалификации должны быть ориентированы на рынок труда [1].

В 2009 г. в КазНМУ им. Асфендиярова принята модель профессиональной компетентности выпускника.

Когнитивный компонент (знания)

Операциональный компонент (навыки)

Аксиологический компонент (коммуникативные навыки)

Правовой компонент

Непрерывное образование (самосовершенствование).

Образовательная программа, основанная на компетентностном подходе предполагает овладение выпускниками стоматологического факультета теоретических знаний в определенной академической области, практического применения знаний к конкретной ситуации, ценностями как неотъемлемой части социального взаимодействия и жизни в обществе.

На модуле пропедевтики ортопедической стоматологии с 1911-1912 учебного года, где проходят обучение студенты 2-го и 4-го курса стоматологического факультета, оцениваются знания, владение практическими, коммуникативными навыками,

правовая компетентность. Для оценки знаний и операциональных и коммуникативных навыков используются

разработанные нами оценочные листы.

Шкала оценки знаний практических навыков
ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ №3
Изготовление одноплечевое гнутого проволочного каркаса, подбор и постановка искусственных зубов.

№	Критерии оценки	Уровень			
		Превосходно	Примлемо	Требуется Коррекция	Непримлемо
1.	Изготовил тело кламмера	15	10	5	0
2.	Изготовил плечо кламмера	15	10	5	0
3.	Изготовил отросок кламмера	15	10	7	0
4.	Укрепление кламмера в восковом базисе протеза	15	12	8	0

Шкала оценки теоретических знаний текущего контроля.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ №1
Критерии оценки тестного (письменного) опроса

№	Критерии оценки	Уровень			
		Превосходно	Примлемо	Требуется Коррекция	Непримлемо
1.	Уровень понимания темы	20	15	10	0
2.	Умение мыслить логически	20	15	10	0
3.	Наличие в ответе всех необходимых теоретических фактов	20	15	10	0
4.	Качество речи. Естественное профессиональной терминологией	20	15	10	0
5.	Умение сделать обоснованные выводы	20	15	10	0

Максимальный балл – 100.

ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ
правовой компетенции по дисциплине «Процедура ортопедической стоматологии»

1. Тестирование – максимум – 100 баллов

Форма оценки	Уровень, оценка в баллах			
	Превосходно	Примлемо	Требуется коррекция	Непримлемо
Тестирование	90-100% правильных ответов	75-89% правильных ответов	50-74% правильных ответов	менее 50% правильных ответов
Максимум 100 баллов	90-100 баллов	75-89 баллов	50-74 баллов	0-49 баллов

№	Навыки	Уровень			
		Превосходно	Примлемо	Требуется Коррекция	Непримлемо
1.	Навыки самопрезентации	20	15	10	0
2.	Применение специальных (профессиональных) терминов, понятий	20	15	10	0
3.	Точная и конкретная передача информации	20	15	10	0
4.	Выражение своей точки зрения, своей позиции	20	15	10	0
5.	Навыки общения с пациентами	20	15	10	0
		100	75	50	0

Максимальный балл – 100.

Формирование и усвоение теоретических знаний по этиологии, патогенезу, патологии твердых тканей зубов, дефектов зубных рядов, методов обследования, формирование знаний анатомо-физиологических особенностей строения зубов, зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, мышц и ВНЧС и владение знаниями клиники, принципов диагностики и лечения вышеперечисленных нозологических форм заболеваний с целью дальнейшего использования этих знаний на практике.

Для оценки знаний мы используем, блиц-опрос по заранее подготовленным вопросам, метод «мозгового штурма», а также разбор клинической ситуации на конкретном больном.

При использовании метода «мозгового штурма» на I-м этапе студентам задаются вопросы на которые должны отвечать быстро, принимались любые ответы на этапе, ответы не оценивались, не подвергались критике.

Целью данного этапа является формирование умения концентрировать усилия на решение конкретной задачи.

На втором этапе - на листочке пишутся ответы на вопросы, предложения, идеи. Они могут быть плохо сформулированными, фантастическими, но разумными, правильными.

На третьем этапе проводится анализ ответов, предложений, идей выдвинутых студентами, т.е. качественный этап работы в малых группах.

Четвертый этап – на следующем занятии учитывали результаты анализа ответов студентов, один или два студента готовили

публичное выступление в виде доклада и в мультимедийном формате.

Целью последних трех этапов является формирование опыта коллективной мыслительной деятельности, умение работать в малой группе.

Операциональный компонент (практические навыки) развиваются успешно при хорошо сформированном знании каждой конкретной темы. Во-первых, преподаватель, принимая пациента в присутствии студентов, дает возможность им наблюдать последовательность своих действий, а также наглядно демонстрировать все проводимые им манипуляции на любом этапе ортопедического лечения. При этом можно комментировать свои действия, соблюдая принципы этики и деонтологии. Более подробно клинический разбор проводится после приема пациента. Работа с пациентами развивает у студента клинические мышление.

Операциональные навыки студенты 2-курса приобретают (по дисциплине «Технология изготовления зубных протезов») в фантомных классах института стоматологии (рисунок 1,2), (где установлены 10 фантомов японского производства) и в зуботехнической лаборатории, которая оснащена 10-ю рабочим местами (рисунок 3). В фантомных классах проводят клинические этапы в зуботехнической лаборатории технологические этапы изготовления ортопедических конструкций.



Рисунок 1



Рисунок 2

Студенты 4-го курса операциональными навыками овладевают в учебно-лечебных комнатах, где под руководством ППС принимают пациентов на различных этапах ортопедического лечения (рисунок 4,5,6,7), а также в фантомных классах, где отрабатывают клинические навыки, как препарирование зубов

под различные ортопедические конструкции, получение оттисков зубов, зубных рядов, припасовка коронок, мостовидных протезов, определение центрально-окклюзионного соотношения челюстей и других видов работ.



Рисунок 3



Рисунок 4

Работа на фантоме формирует у студента практические навыки.
- Вся проделанная работа отражается в дневниках студентов ежедневно и после проверки подписывается преподавателем.

- Заполняется учетно-отчетная документация форма № 37 и форма №39 4/у.



Рисунок 5



Рисунок 6

- амбулаторная карта стоматологического больного (форма №43) и

финансовой документ заказ-наряд.

- Экзамены на 2-ом и 4-ом курсах проводятся в 2-этапа. 2 этап принимается ППС в фантомном классе и учебно-клинических комнатах.

Коммуникативные навыки оцениваются на каждом рубежном контроле с помощью оценочных-листов разработанных совместно с центром коммуникативных навыков.

Правовая компетенция оценивается в конце цикла, на итоговом занятии. В тестовых заданиях по правовой компетентности отражены вопросы нормативно-правовой базы амбулаторной стоматологической службы РК, по соблюдению прав пациентов при оказании им профессиональной помощи и другие.

Мотивация самосовершенствования и развития студента осуществляется формированием навыков самостоятельной работы с информацией, совершенствованием аналитической

способности при работе с профессиональной литературой, формированием стремления к непрерывному повышению знаний и практических навыков в течение жизни[2].

Кроме этого на модуле в течении последних двух лет еженедельно проводятся проблемно-ориентированные конференции.

Студенты, по заранее заданной им теме, которые они изучили готовят презентации, где отражается актуальность, цель и методы ортопедического лечения, разбирают наиболее сложные моменты, современные методы ортопедического лечения с использованием новых зубопротезных материалов (рисунок 8,9).

В связи с поэтапным внедрением 3-х язычного обучения на модуле студенты, обучающиеся на государственном языке, готовят свое выступление и докладывают на русском и английском языках, а русско-язычные студенты - на государственном и английском языках.



Рисунок 8



Рисунок 9

В конце выступления проводится дискуссия, задаются вопросы, на которые отвечают выступающие студенты, если ответ не удовлетворяет, то отвечает сам студент, задающий вопрос или преподаватель. Затем в завершение для обратной связи, демонстрируются вопросы по данной теме, тесты или

кроссворды. Группа студентов которая дала наибольшее количество правильных ответов объявляется победителем. Студенты проявляют большой интерес, принимают активное участие, дискуссия проходит оживленно.



Рисунок 10

Заключение: Мы считаем целесообразным и впредь внедрять новые методы обучения, формировать операциональные

навыки, широко используя работу на фантомах, а также поэтапное внедрение трехязычного обучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аканов А.А., Мирзабеков О.М., Ахметов В.И. и др. Болонский процесс – путь КазНМУ в общеевропейское образовательное пространство. – Алматы: КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, 2010. – С.47.
- 2 Байденко В.И. Компетентностный подход к проектированию государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (методологические и методические вопросы): Методическое пособие. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2005. – С.5.

Ж.С.КУЗЕКОВ, А.А.ЕСИРКЕПОВ, А.САЙПУДИНОВА

ОРТОПЕДИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПРОПЕДЕВТИКАСЫ МОДУЛІНДЕ ҚҰЗІРЕТТІ-БАҒЫТТАЛҒАН
ОҚЫТУ ТӘЖІРИБЕСІН ТАРАТУ

Түйін: С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ стоматология факультеті ортопедиялық стоматология пропедевтикасы модулінде Болон үрдісінің енуі ерекше орын алды. Студентті 5 қағида бойынша бағалаудың нәтижесінде түрлі замануи оқыту әдістемелері қолданылуда.

Түйінді сөздер: Болон үрдісі, құзіретті көзқарас, білімін, тәжірибелік дағдыларын қалыптастыру, білімді бағалау.

ZH.S.KUZEKOV, A.A.ESIRKEPOV, A.SAYPUDINOVA

EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION TO APPROACH COMPETENCE ORIENTED TEACHING IN THE MODULE
OF PROPAEDEUTICS OF PROSTHODONTICS

Resume: To the module of propaedeutics of Prosthodontics of Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarov entrance to the Bologna process has a special place. Using modern teaching methods is a result of assessing student in the five competence.

Keywords: Competent look at the Bologna process, assessment of professional knowledge and skills.

А.Ж. МОЛДАҚАРЫЗОВА

*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Жалпы гигиена және экология кафедрасы*

ЖОО-ДА ЭКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ТҰРАҚТЫ ДАМУ ПӘНІ БОЙЫНША БАКАЛАВРИАТҚА ИНТЕРАКТИВТІ ОҚЫТУ ӘДІСІ РЕТІНДЕ ЖОБАЛЫҚ ТӘСІЛДІ ҚОЛДАНУ

Мақалада экология және тұрақты даму пәнін оқыту барысында, студенттерде коммуникативтік дағдыларды қалыптастыруда жобалық тәсілдің мақсаты және міндеті қарастырылған. Сонымен қатар жоба түрлері: ғылыми зерттеу, шағын, көлемді және модульді жоба ретінде көрсетілген. Оқытушының жобаны құрастыруына және өткізуге ерекше назар аударылған. Студенттің белсенділігін арттыру мақсатында жобалық тәсілді қолданудың тиімділіктері баяндалады.

Түйінді сөздер: жоба, технология, модуль, экология, озон қабаты.

Бүгінгі таңдағы жоғары технологиялар заманында әлемдегі маңызды деген салалардың өте жылдам қарқынмен дамып жатқан кезінде, адам баласы табиғат алдында әлсіз болып қала бермек. Оған дәлел күнделікті әлемнің түкпір-түкпірінде болып жатқан саныз жер сілкіністері, цунамилар, катаклизмдер. Көптеген геологиялық жағдайлардың орын салу себебін анықтаған кезде, біз табиғаттағы орын алып отырған келеңсіз оқиғалар адамзаттың өнеркәсіптегі және басқа да аймақтағы іс-әрекетінің нәтижесі деп білеміз.

Жаһандандудың озон қабатының жұқаруына, жер шарының температурасының жылдан жылға жылып келе жатқанына, өзен-көлдердің тартылуына, әлемдік климаттың біртіндеп өзгеріп келе жатқанына, қызыл кітапқа еңген жануарлардың санының күрт азайып бара жатқандығына тікелей әсері бар екенін ғалымдар айтудан кемде емес. Олай болса, экология және тұрақты даму пәнінің оқытушысының алдында бүгінгі таңда үлкен екі мақсат тұр. Оның біріншісі өздерінің студенттеріне салауатты экологиялық тәрбие беру болса; екіншісі, осы мақсатқа жету барысында заманауи технологияларды өз сабақтарында тиімді пайдалана білу болып табылады.[5]

Қазіргі таңда оқу үрдісінің қай саласын алып қарасаңызда оқу-тәрбие жұмысының сапасын арттыру барысында қарқынды жұмыстар атқарылып, жаңа технологиялардың түр-түрі талқыланып жатқан кез. Осы үрдіс экология және тұрақты даму пәнін де айналып кеткен жоқ.

Оқу үрдісін студенттердің жоғары сапалы білім алуына ықпал ететін, студенттердің бойына экологиялық мәдениеттік, білімділік, коммуникативтік, ізденпаздылық сияқты біліктіліктердің қалыптасуына жағдай жасай алатын және алған білімдерін күнделікті өмірде, әлеуметтік салада, қоғам өмірінде кеңінен қолдауға мүмкіндік туғызатын, оқытудың заман талабына сай әдіс-тәсілдерін қолдана отырып құру, бүгінгі таңдағы жоғары оқу орынының оқытушыларының басты мақсатына айналып отыр.

Аталған мәселенің шешімін табудың бірден бір жолы - жоғарғы оқу орынының оқытушыларының ізденпаздылығының, білімі мен біліктілігінің төмендегі талаптарға сай болуы:

1. Оқытушылардың интеграциялық курстарға даяр болуы және оқыту барысында оқытудың жеке тұлғаға бағытталған түрін қолдана алуы.

2. Студенттің әлеуметтік құзырлығын қалыптастыруға ықпал ететін, оның жеке тұлға ретінде қалыптасуына жағдай жасайтын педагогикалық технологиялардың заманауи түрлерімен таныс болуы және оларды сабақ барысында тиімді қолдануы.

3. Студенттің жеке тұлға ретінде қалыптасуына ықпал жасап, оның белгілі бір тақырыпқа зерттеу жасап, тұжырымдама жасап, қортынды шығаруына әсер ететін технология жоба технологиясын қолданудың жолдарын үйрену.[4]

Жоба технологиясы әрқашан түпкі нәтижеге бағытталады.[1] Сыртқы нәтижені көзбен көріп, мағынасын түсініп, күнделікті өмірде қолдануға болатын болса, түпкі нәтиже – ол студенттің алған терең білімі, дағдысы, проект барысындағы жұмыстар нәтижесінде жинақтаған тәжірибесі болып табылмқ.

Әлемдік педагогикада жоба технологиясы жаңа құбылыс емес; бұл технологияның негізін қалаушылар болып американдық философ және педагог Дж. Дьюи және оның шәкірті В.Х. Килпатрик саналады. Қазіргі таңда бұл технология білім берудегі түпкі нәтижеге жету барысындағы қолданылып жүрген өзекті технологиялардың бірі болып саналады.[3]

Экология және тұрақты даму пәні бойынша жобалық технологияны қолданып сабақ өткізу барысындағы оқытушының алатын орны төмендегідей болмақ:

1. Студентке талқылауға арналған жобаның тақырыбын таңдауға көмек көрсету.

2. Жоба жұмысы бойынша студентке ақпарат көздерін табуға, өзекті мәселелерді айқындауға, тұжырым жасауға, зерттеу жұмысы барысында кеңес беріп отыру.

3. Студенттердің зерттеу жұмыстарын ұйымдастыру және жұмыстың нәтижелі болуына ықпал ететіндей қабілеті болуы.

4. Пікірталастар ұйымдастырып, оны өткізу қабілеті болуы.

5. Әр түрлі ақпарат көздерінен қажетті ақпаратты анықтай білу қабілеті болуы.

Экология және тұрақты даму пәні бойынша өткізуге болатын жобаларды келесі түрлерге бөлуге болады:

1. Мақсатына қарай – зерттеушілік, ақпараттық, шығармашылық, алдын алу, қоршаған ортаны қорғау, конструкциялық жобалар.

2. Мерзіміне қарай – шағын жобалар, орташа және ұзақ уақытқа арналған жобалар.

3. Білім саласына қарай – моножобалар, кешенді жобалар.[5]

Құрылымына қарай келесі бөліктерге бөлуге болады: жоспарлау, ақпарат жинау, дайын өнім, презентация.

Қолдану аймағына қарай жобаларды:

1. Сабақтан тыс кездегі студенттің іс-әрекеттері, экотуризм (кешенді, ұзақ уақытты қажет ететін жобалар, зерттеу жұмыстарын қажет ететін, шығармашылық жобалар) - деп бөлсе;

2. Сабақ үстіндегі жобалар (пәнаралық, шағын жобалар, кешенді, ойын элементтерін қамтитын жобалар) - деп бөлуге болады.

Экология және тұрақты даму пәні бойынша өткізуге болатын жобадан күтілетін нәтиже студенттің бойында ізденпаздық, ұжымда жұмыс атқару, коммуникативтік, ақпаратты жеткізе алу сияқты маңызды құзырлықтарды қалыптастыру болып табылады.

Жоба технологиясында студент пен оқытушы оқыту үрдісінің субъектілері болып табылады. Себебі оқытушы студентпен бірлесіп жұмыс атқарған кезде әркез өзінің еңбекқорлық шеберлігін ұштастырып отырады және оны студенттің білімділік, өмірлік және тәжірибелік деңгейін ескере отырып, оқу материалын меңгеру барысында қолданады.

Студенттермен жоба технологиясын қолдану барысында оны бірнеше кезеңдерге бөлуге болады: бірінші кезеңде студенттермен дербес жұмыс жүргізіледі. Студенттердің курсына қарай, олардың білім деңгейіне қарай, қызығушылықтарына қарай жобаның тақырыбы таңдалып алынады. Мысалы: ағза және қоршаған орта, аутэкология, демэкология-популяциялық экология, синэкология-

қауымдастық экологиясы, тұрақты даму концепциясы, табиғи ресурстар және табиғатты қолдану – тұрақты дамудың бір аспектісі, табиғи ортаның ғаламдық экологиялық мәселелері және т. б.

Ұтымды тақырып таңдаудың жобалық жұмыстың нәтижесіне тигізетін әсері мол, өйткені бізді қоршаған ортадағы, еліміздегі, әлемдегі орын алып отырған өзекті мәселелерді тақырып ретінде таңдау және алдын алу, қоршаған ортаны қорғау мақсатында студенттердің қызығушылығы мен белсенділігінің артуына ықпал ететіні сөзсіз.[1] Сол себептен ұтымды тақырып, ұтымды жобалық жұмыстың алғышарты деп түсіну қажет.

Тақырыпты таңдап алғаннан кейін студенттерді топтарға бөліп, түпкі мақсатқа жету барысындағы мақсат-міндеттерді анықтаймыз, керекті әдебиеттердің тізімін жасаймыз және қажетті әдебиеттер тізімін жасау кезінде студенттерге кітапханаларға, оқу залдарына бару міндеттеледі.

Екінші кезең оқытушылық, іс-әрекеттік кезең болып табылады. Бұл кезең барысында студенттің жоба тақырыбын алмай тұрған кезіндегі осы тақырыпқа байланысты жинақтаған тәлім-тәжірибесі, білімі тексеріліп, бір жүйеге келтіріледі.

Түпкі мақсатқа жету барысындағы мәселелерді шешу мақсатында студенттің интеллектуалдық, кәсіптік біліктіліктері қалыптастырылады, студенттің білім қорында берілген тақырыпқа байланысты әдістемелік, жалпы мәдениеттік, әлеуметтік, зерттеушілік құзырлығы қалыптасады.[3]

Үшінші кезең барысында оқытушы студентке кеңес береді, олардың жұмысын бақылауға алып жүреді және жасалып жатқан жоба жұмысын қайталап, пысықтайды.

Студенттермен оқытушының бірлесіп атқарған жұмысы әркез өзінің жемісін бермек. Әр түрлі тақырыптағы және үлгідегі жобалар жасалады, студенттер мен оқытушының арасындағы шығармашылық жұмыс түрлері жанданады, студенттердің өз бетімен жұмыс атқаруы қабілеті, ізденпаздығы артады.

Жобаның бірізділігі дегеніміз - түйінін табу керек мәселенің, түпкілікті мақсаттың, міндеттің, мақсатқа жету жолдарының айқындығы, анықтығы. Аталған технологияда бірізділік түпкі мақсатқа жету барысында үлкен орын алады, сол себептен жобамен жұмыс жасаған кезде жоғарыда суреттелген жобамен жұмыс жасаудың үш кезеңін естен шығармау керек.[2]

Жобалық технологиямен жұмыс атқарудың алғашқы кезеңінде студенттердің жұмыстарының көпшілігі көбінесе рефераттық сипат алады. Сол себептен студенттердің алдына басқа мақсат-міндеттер қою керек. Студенттердің жұмыстарының рефераттық сипаттан арылуына ықпал ететін әдіс-тәсілдің бір түрі ол-зерттеушілік жобалық жұмыс болып табылады.

Жобалық жұмыстың аталған түрінің басты мақсаты - тек дайын ақпарат пен білімді ғана меңгеру емес, сонымен қоса жаңа білім қорын жинақтау жолдарын меңгеру болып табылмақ.

Жаңа білім қорын жинақтау жолдарын меңгерудің бірден-бір жолы –зерттеу жұмыстарымен айналысу болмақ. Жобалық технологияда зерттеу жұмысымен айналысу оқытудың басты мазмұны бола алады.[6]

Студентті зерттеу жұмысымен айналысуға баулу, оқытудың жеке тұлғаға бағыттап білім беру технологиясының бір түрі болып саналады.

Зерттеу жұмысымен айналысу технологиясының кезеңдерін былай сипаттауға болады: студенттің білімін саралап, талдау жасау. Студенттің білімін саралап, талдау жасау кезіне проблеманың қойылуы, оның қалыптасуы, сипатталуы, бақылауы, ақпарат жинау, ақпараттың нақтылығын анықтау, гипотеза ұсыну, мәселенің түйінін табу сияқты зерттеушілік іс-әрекеттер жатады.[5]

Зерттеушілік жобалық жұмыс көп уақытты талап ететіндіктен оны бір сабақ көлемінде іске асыру мүмкіндігі болмайды. Бір сабақ көлемінде аталған технологияны қолданудың бір жолы – студенттерге шағын жобалар ұсыну. Тек жобаның осы түрінде ғана толыққанды жобаның барлық кезеңдері қамтылады. Оқытушы алдын ала ақпарат көздерін даярлап, сабақ басында студенттерге дайын тақырыптарды ұсынады. Студенттер 2-3 адамнан тұратын топтарға бөлінеді. Әр топқа тақырып және оқытушы алдын ала даярлаған ақпарат ұсынылады. Осы кезеңде оқудың саралай оқу әдісін қолдануға болады. Студенттер дайын материалды оқи отырып, оны тақырыптық блоктарға бөліп, мақаланың көлемін азайтып, уақытты үнемдейді. Сонымен қоса саралай оқыту студенттердің коммуникативтік құзырлығын қалыптастыруға ықпал етеді.[2] Әр топ студенттері берілген тапсырманы бірлесіп орындау мақсатында өздерінің тақырыптық блоктарымен танысады. Жұмыстың бұл түрі студенттердің ұжымдық жұмыс атқару, өз көзқарасын дәлелдеу, өз пікірін нақты фактілер арқылы жеткізе алу сияқты дағдыларының қалыптасуына әсер етеді.

Мысалы : «Қазіргі кездегі жаһандық экологиялық мәселелер» тақырыбында әр топ студенттері бүгінгі таңда бүкіл адамзатты алаңдатып отырған ғаламдық деңгейдегі экологиялық мәселелер жөнінде тапсырма алып, тақырыпқа орай баспа , журнал материалдарымен қамтамасыз етілді.

Студенттердің бұл тапсырмадағы басты мақсаты - экологиялық мәселелерді шешу жөніндегі құнды ұсыныстар жасау, өздерінің ұсыныстары жазылған түс қағаз жасау, түс қағаздағы ақпаратты талқылау, ұрандар жазу болды.

Аталған тапсырманы талқылау барысында жобамен жұмыс жасаудың екінші оқытушылық-ізденушілік кезеңінде қолданылатын кесте ұсынылды. Ұсынылған кесте бойынша студенттер берілген тақырып бойынша өз білімдерін сарапқа салуға мүмкіндік алды.

Ақпарат
Бұрыннан таныс ақпарат («Бұрыннан білем»).
Алғашқы кездегі көзқарасқа қайшы келетін ақпарат («Басқаша ойлағам»).
Жаңа ақпарат («Білдім»).
Толықтыруды қажет етеді («Толығырақ білім келеді»).
Есте сақтауды қажет ететін ақпарат

Сабақ соңында әр топ өз жобаларын қорғап, мәселенің шешімін ұсынды, сонымен қоса бүкіл топ жұмысына, әр студенттің жеке басына баға берілді.

Мақалаға өзек болған шағын жоба әдісі және жалпы жобалық технологияның қай түрін алсақ та, студенттердің өз-өзіне, өзінің білім деңгейіне сын көзбен қарауға, пәнге деген студенттердің қызығушылығының артуына, студенттердің белсенділігінің артуына, ізденпаздығының артуына, ұжымдық жұмыс жасау

дағдыларының қалыптасуына, өз көзқарасын нақты ақпарат көздеріне сүйене отырып дәлелдеуге, студенттер мен оқытушының арасындағы шығармашылық қарым-қатынастың қалыптасуына, берілген пән бойынша, тақырып бойынша терең және сапалы білім алу барысында атқаратын ролі өте үлкен, және медициналық білім беру саласында жоғары оқу орнында болашақта қоғам дамуына үлес қосатын тұлға қалыптастыру барысында алатын орны ерекше.

ЎДБИЕТТЕР ТИЗИМИ

- 1 Баранова В.И. Отношение к природе нравственно активной личности // Экология, культура, образование. – М.: 1989. – С.6.
- 2 Круглова О.С. Технология проектного обучения. //Завуч. - 1999. - №6. – С.49.
- 3 Новикова Т.А. Проектные технологии на уроках и во внеурочной деятельности. //Школьные технологии. - 2002. - №2. – С.38.
- 4 Соломина С.Н. Взаимодействие общества и природы. – М.: 1982. – С.42.
- 5 Орлова Л.В. Образовательный проект в учебно-педагогическом процессе школы. – Мн.: «Технопринт», 2002. – С.26.

А.Ж. МОЛДАҚАРЫЗОВА

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТОВ КАК ИНТЕРАКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ БАКАЛАВРИАТА ПО ДИСЦИПЛИНАМ ЭКОЛОГИЯ И УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ В ВУЗАХ

Резюме: В статье рассматриваются роль, цели и задачи проектного метода при формировании коммуникативной компетенции студентов на уроках экологии и устойчивого развития. В статье также описываются виды проектов, как научно-исследовательские проекты, мини проекты, моно проекты, модульные проекты. Особое внимание в статье уделяется роли преподавателя при организации и проведении проекта. Такие качества как, умение четко определить проблему, правильно дать инструкцию студенту, коммуникативная, методическая и педагогическая компетенция преподавателя описывается в данной статье. В заключении автор представляет свою проектную работу на тему «Глобальные экологические проблемы окружающей среды».

Ключевые слова: проект, технология, модуль, экология, озоновый слой.

A.ZH.MOLDAKARYZOVA

USAGE OF PROJECTS AS A METHOD OF INTERACTIVE LEARNING UNDERGRADUATE BY DISCIPLINE ECOLOGY AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT IN UNIVERSITIES

Resume: The article deals with the problem of Project methodology in teaching Ecology. The part of this method, its aims and means are thoroughly described in this article. Also the article touches upon the kinds of project methods such as; scientific-research projects, mini projects, mono projects and module projects. Great attention in the article is paid to the role of teacher in organization and conducting the project. Such qualities of teachers as to identify the core question of the problem, to guide the student in right direction, communicational, methodological, and pedagogical competence of teachers are completely described in the article. In conclusion, the author presents his design work on the theme "Global ecological problems of the environment".

Keywords: project, technology, the module, the environment, the ozone layer.

УДК 614.23:(5772-575)-371.3

К.С. НУРТАЕВА, С.К. АЛЬМУХАМБЕТОВА, Е.У. КУАНДЫКОВ, М.Ж. ЖУМАГУЛ, И.К. НУРПЕИСОВА

*Кафедра молекулярной биологии и генетики КазНМУ
им. С.Д.Асфендиярова*

СОВРЕМЕННАЯ ПЕДАГОГИКА И ЕЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Современное развитие общества основано на качественном образовании и передовой науке, что отражено в Послании народу РК Президента Назарбаева Н.А. Возможность получения студентами информации о последних достижениях через Интернет и другие глобальные коммуникационные технологии изменила роль педагога как главного источника знаний. Целью современной педагогики является формирование всесторонне и гармонично развитой личности, способной к самостоятельному решению поставленных задач, что реализуется педагогом организацией разнообразной деятельности студентов. Сочетание традиционных методов обучения и достижений креативной и компетентностной педагогики, а также личностно-ориентированного и поликультурного подходов, методов интерактивного обучения характерно для проведения занятий по молекулярной биологии и медицинской генетике в КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. При этом учитывается специфика каждой учебной дисциплины и ее тем, а также методологические особенности вводимой инновации.

Ключевые слова: педагогика, креативная педагогика, компетентностная педагогика, инновации, интерактивные методы, интерактивно – интегративная активность.

Устойчивое развитие общества возможно только на основе знания и образования.

В вузах особая роль отводится образованию, на что неоднократно обращает внимание Президент Н.А.Назарбаев в своих ежегодных Посланиях народу РК, где отмечает, что «Только через качественное образование и передовую науку можно прийти к обновлению страны» [1].

Качественная подготовка специалиста зависит от квалификации педагогов в вузах, от состояния их материально-технической базы и наличия связи с рынком труда. Достойное образование могут дать только вузы с сильным составом

преподавателей, современной материально-технической базой и эффективными связями с рынком труда.

Завершился второй год реализации Государственной программы развития образования на 2011 – 2020 годы, а теперь можно обозреть не только оставшиеся позади трудности, первые достижения, но и появившиеся ростки нового. В недалеком прошлом преподаватель был чуть ли не главным источником знаний для студентов, а сегодня ситуация совершенно иная. Теперь каждый студент имеет возможность получения информации о последних достижениях из любой области науки через интернет и другие глобальные

коммуникационные технологии. Педагог должен обучать студентов как отыскивать и получать информацию по своему предмету, каким образом выделять главное, отсеивать второстепенное. Эта роль педагога очень непростая, требующая знаний не только своего предмета, но и полной переориентации доминирующей образовательной парадигмы с преимущественной трансляцией знаний, формированием навыков на создание условий для овладения комплексом компетенций, означающих потенциал, способности выпускника к выживанию и устойчивой жизнедеятельности в условиях современного многофакторного социально-политического, рыночно-экономического, информационно и коммуникационно насыщенного пространства. Он обращает внимание на результат образования, причем в качестве результата рассматривается не сумма усвоенной информации, а способность человека действовать в различных ситуациях, что особенно ценно на современном этапе развития общества [2].

На требование времени наука «Педагогика» отвечает созданием новой гуманистической парадигмы, где в центр системы образования и воспитания ставят личность студента и развитие способностей, заложенных в нем от природы. Данная парадигма предполагает необходимость уважения личности обучаемого и веры в его творческие силы, предоставления человеку свободы выбора и оказания помощи ему.

Предметом педагогики является изучение и установление закономерностей возникновения, установления и развития системы отношений в образовательном процессе. Она имеет тесную связь с науками о человеке, выполняя методологическую функцию, педагогика является прикладной наукой, необходимой для отбора из других наук сведений и имеет значение для решения конкретной проблемы обучения или воспитания. Действующая номенклатура по педагогическим и психологическим наукам содержит научную специальность «Теория и методика профессионального образования» [3].

Основной целью современной педагогики является формирование всесторонне и гармонично развитой личности, которая в конечном итоге смогла бы самостоятельно строить свою жизнь. Такой человек руководствуется в своих поступках духовными и социальными ценностями на уровне современной культуры. У него научные взгляды на окружающий мир, его природные задатки и способности развиты, он здоров физически и трудится на благо общества.

Эти задачи педагог в современной образовательной системе решает в процессе организации разнообразной деятельности студентов. Для этого используют достижения креативной, компетентностной педагогики и личностно – ориентированного, поликультурного подходов в разумном сочетании с традиционными методами. Все эти типы педагогики и ее подходы достойно сосуществуют в современной педагогике.

Креативная педагогика - это наука и искусство творческого обучения, или, другими словами, знание и исследование того, как формировать (развивать) творчество и творческую личность, а также умение и искусство применять это знание, то есть делать это творчески в любом предмете обучения, будь это математика, физика, языки, молекулярная биология или генетика.

Следующим естественным шагом после создания креативной педагогики явилась проверка возможности передачи теории и практики творческого обучения другим педагогам. Креативная мета-педагогика — наука и искусство обучения учителей тому, как преподавать творчески, появилась как ответ на этот вопрос в 1990—1992 [4,5,6,7]. Креативный подход подразумевает:

- проблемно-целевую постановку задачи, а не объектную;
- выбор или разработку методологии решения, а не его заданность;
- необходимость поиска аналога решения, а не его наличие;
- осознание того, что существует лишь вероятность успешного решения, причем результат не предопределен и не известен.

В результате креативного подхода изменяется характер действий и обучающего, и обучаемого, что приводит к формированию культуры диалога. Студент ориентирован на самостоятельный поиск, а не на запоминание и воспроизведение.

Образование по этой технологии перестает быть только деятельностью обучения, протекающей в специальных учебных заведениях, а становится обязательным процессом в любой деятельности, совершающимся в течение всей жизни личности.

Креативное образование регламентирует и дисциплинирует действия обучаемого и требует дополнительных усилий для упорных и планомерных занятий, чем при традиционном обучении. Заинтересованность студентов в обучении оказывается более действенным, чем «надо учиться» или любые другие мотивации. Обучение, построенное на деятельностном подходе, основанном на решении творческих задач, активно развивает творческий потенциал студентов.

Однако для эффективного решения проблемы развитие творческих способностей студентов требует преобразования подходов научно-методического и информационного обеспечения учебного процесса, и новых педагогических технологий. В решении этих задач значительную роль играет широкое использование новых информационных технологий: информационно-коммуникационные технологии (IT-методы), электронные учебно-методические комплексы (ЭУМК), электронные журналы, электронное портфолио преподавателя и студента, представление учебного материала на компьютере для дистанционной поддержки деятельности студентов, организация медиатеки, т.е. места в учебном заведении, где собраны вместе книги и газеты, журналы и видеофильмы, иллюстрации и музыкальные диски, плакаты, слайды и компьютерные программы, информация на электронных носителях [8,9,10].

Реализация современной образовательной парадигмы возможна только при наличии педагога с креативным уровнем культуры, знающего основы теории и методики профессионального образования. Целью профессиональной деятельности такого преподавателя является воспитание саморазвивающейся личности студента в условиях эмпатийного общения педагога и обучаемого.

Новая модель образования требует от педагога несколько иной системы способностей, не традиционные предметно-специальные способности, а общей культуры и творческого подхода. Преподаватель перестает быть предметником, а становится педагогом широкого профиля, учителем-универсалом, учителем-консультантом (тьютором), учителем-исследователем, который не просто методически грамотно транслирует материал предмета, а является автором собственных программ и методик. У педагога должна быть сформирована собственная философско-педагогическая позиция в рамках требований современной парадигмы образования.

Современная педагогика в вузах актуализирует необходимость качественно новой подготовки профессиональных педагогических кадров, знающих психологию малых групп, индивидуальных различий студентов - медиков, так как традиционная система постепенно должна утратить свои позиции, уступая место коллективно-групповому и индивидуальному обучению в профориентированном образовательном процессе «медицинских вузов».

Компетентностно - ориентированная педагогика. **Компетенция** в переводе с латинского *competentia* означает круг вопросов, в которых человек хорошо осведомлен, обладает познаниями и опытом. Компетентный в определенной области человек обладает соответствующими знаниями и способностями, позволяющими ему обоснованно судить об этой области и эффективно действовать в ней. В методиках

обучения отдельных предметов компетенции используются давно, но в последние годы понятие «компетенция» нашло общедидактическое и методологическое применение в образовательном пространстве. Это связано с его системно-практическими функциями и интеграционной метапредметной (межпредметной) ролью в образовании. Усиленное внимание к данному понятию обусловлено рекомендациями Совета Европы, относящимися к обновлению образования, его приближению к заказу социума и подписанием Болонской декларации и Великой Хартии Университетов высшими учебными заведениями РК.

Личностно-ориентированный подход. Личностно – ориентированный подход в высшем образовании признает обучаемого главной действующей фигурой всего образовательного процесса и это является основой для создания условия успешности каждого студента.

Ключевой идеей гуманистической парадигмы личностно-ориентированной педагогики являются следующие положения:

- приоритетность интересов обучаемого по сравнению с интересами государства, общества, различных социальных групп и остальных студентов;
- обязательность индивидуального подхода к обучаемому, учета его личностных особенностей и свойств, что предполагает целенаправленную работу по педагогическому конструированию разнообразных учебных и воспитательных траекторий;
- необходимость и возможность полноценного развития его задатков и способностей, нацеленность системы обучения и воспитания на их актуализацию, на самореализацию личности;
- ориентация на всемерную помощь в развитии всех его многообразных интересов, на его социально-педагогическую поддержку, на создание вокруг него развивающей социокультурной среды и гуманной психологической атмосферы [11,12].

Поликультурное воспитание направлено на формирование личности, способной к активной и эффективной жизнедеятельности в поликультурном обществе. Основной целью поликультурного воспитания является формирование специалистов, готовых к сотрудничеству, терпимости к чужому мнению, умеющих вести диалог, искать и находить содержательные компромиссы, стремящиеся к взаимопониманию и неконфликтному сосуществованию с представителями разных культур [12,13].

Рассмотрим основные методы интерактивного обучения, применяемые на кафедре молекулярной биологии и генетики в КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова. При внедрении их ППС кафедры руководствовались моделью медицинского образования, образовательными программами, компетенциями, методами и формами обучения, методами оценки компетенций реализуемыми в КазНМУ и ознакомились с практическими навыками выпускника нашего университета, необходимыми для успешной работы в системе здравоохранения и фармации[14,15,16]. Провели огромную работу по отбору наиболее приемлемых инноваций для разных тем лекций, практических и семинарских занятий по молекулярной биологии и медицинской генетики. На лекциях используются методы проблемного изложения, лекция вдвоем, лекция – визуализация с презентациями и видеороликами. Личностно - ориентированное обучение, проводимое на кафедре, направлено на коррекцию знаний слабоуспевающих студентов и осуществляется в процессе составления

квантованных текстов теоретического материала практических занятий и обучающих тестовых заданий.

Интерактивные методы с использованием приемов «кейс-стади», «ролевые игры», «учебные игры» «пресс - конференция», « семинар – диспут» используются на практических и семинарских занятиях по темам «Врожденные пороки развития», «Наследственные болезни человека. Хромосомные болезни» и «Наследственные болезни человека. Генные болезни», «Популяционная генетика», «Экологическая генетика». На всех занятиях применяются методические приемы - работа в малых группах, мозговой штурм, Т – таблица, составление эссе и др. Формы интерактивных методов отбираются с учетом специфики тем практических занятий и лекций по молекулярной биологии и генетике. Разнообразие методов и средств обучения дает возможность определить их эффективность внедрения на практических занятиях по учебным достижениям студентов, контролируемым по тестовым заданиям.

Использование знаний из разных областей (экологии и генетики), их группировка и концентрация в контексте решения задачи по экологической генетике осуществляется в процессе использования интегративно-инновационного метода. Он позволяет студентам первого курса понять значение экологических загрязнителей в развитии наследственной патологии человека, предрасположенности к полигенным болезням, индивидуальной переносимости лекарственных препаратов и течении болезней негенетического происхождения.

Следует отметить, что применение разнообразных методов и средств обучения как попытки отхода от традиционного подхода в образовательном процессе кафедры, имеет положительное значение. Повышает интерес и стимулирует активность студентов к самостоятельному поиску информации по каждой теме, актуализирует необходимость глубоких знаний по молекулярной биологии и генетике для становления врача любой специальности и фармацевта, формирует потребность в молекулярно – генетических знаниях для понимания сущности персонифицированной и доказательной медицины.

Практические навыки, приобретенные на кафедре молекулярной биологии и медицинской генетики, позволят выпускникам понять молекулярно – генетические механизмы развития патологических процессов, распознавать кариотипы, генотипы здоровых и больных людей. Эти навыки являются фундаментальными основами для понимания значения изменений на молекулярном, клеточном и системном уровне организации человека в развитии его наследственных болезней. Они обоснуют необходимость персонифицированного лечения и внедрение доказательной медицины в практическое здравоохранение.

Однако, надо подчеркнуть опасность слепого следования «модным» методикам обучения и необходимость опережающих научных исследований до широкого применения инновационных методов для отбора наиболее результативных приемов и проведения педагогических измерений для оценки их эффективности.

Подводя итоги вышеизложенному, хотелось бы подчеркнуть, что к внедрению интерактивных методов необходимо подходить с учетом специфики каждой учебной дисциплины и ее тем, а также учитывать методологические особенности вводимой инновации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Н.А.Назарбаев. Послание Президента народу Казахстана. - 2013.
- 2 Выступление Министра образования и науки РК. 2.04.2013. Новости.
- 3 Борытко Н.М., Моложавенко А.В., Соловцева И.А. Методология и методы психолого - педагогических исследований. – М.: Издательский центр «Академия», 2009 – 320 с.
- 4 Алейников А.Г. О креативной педагогике// Вестник высшей школы. - 1989. - №12.
- 5 Алейников А. (1992). Креативная мета-педагогика. Время «Ч». Alma Mater/Вестник высшей школы. - № 1. – 1992. – С. 34-39.
- 6 Морозов А. В., Чернилевский Д. В. Креативная педагогика и психология. - М.: Академический проект, 2004.
- 7 Осин А.В. Мультимедиа в образовании: контекст информатизации. – М.: Агентство «Идеальный сервис», 2004. – 320 с.
- 8 Мартынов Д.В., Смольникова И.А. Федеральные электронные общеобразовательные ресурсы – основа дальнейшего творчества. - М.: РГСУ, 2006. - т.2.11.
- 9 Игнатова Екатерина. Ментальные карты против конспектов - <http://www.ucheba.ru/ekzamen-article>.
- 10 Якиманская И.С. Технология личностно-ориентированного образования. – М.: 2000 – 176 с.
- 11 Васютенкова И.В. Развитие поликультурной компетентности учителя в условиях последипломного педагогического образования : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. – СПб.: 2006. – 27 с.
- 12 Данилова Л.Ю. Формирование поликультурной компетентности студентов : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. – Волгоград: 2007. – 27 с.
- 13 Аканов А.А., Абирова М.А. и др. Модель медицинского образования КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова., Часть 1. Компетенция. - 2010. – 104 с.
- 14 Аканов А.А., Абирова М.А. и др. Модель медицинского образования КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова., Часть 3. Методы и формы обучения. - 2011. – 71 с.
- 15 Аканов А.А., Абирова М.А. и др. Модель медицинского образования КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова., Часть 4. Методы оценки компетенций. - 2011. – 104 с.
- 16 Аканов А.А., Абирова М.А. и др. Модель медицинского образования КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова. Практические навыки выпускника. - 2011. – 221 с.

Қ.С.НҰРТАЕВА, С.Қ.ӘЛМУХАМБЕТОВА, Е.Ө.ҚУАНДЫҚОВ, М.Ж.ЖҰМАГҰЛ, И.К.НҰРПЕИСОВА ЗАМАНАУИ ПЕДАГОГИКА ЖӘНЕ ОНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйін: Қоғамның қазіргі кездегі дамуы сапалы біліммен алдағы ғылымға байланысты екені Президент Н.Ә.Назарбаевтың ҚР халқына жолдауында келтірілген. Студенттердің соңғы жетістіктерді Ғаламтордан және басқа коммуникациялық технологиялардан алу мүмкіндігі педагогтың білім беретін негізгі жолы екенін өзгертті. Заманауи педагогиканың мақсаты жан - жақты үйлесімді жетілген, қойылған мәселелерді өздігінен шеше алатын тұлғаны қалыптастыру, педагогтың ұйымдастыруымен іске асырылады. Креативтік және құзыреттілік педагогикалардың жетістіктерін дәстүрлі әдістермен, жеке тұлғаға бағытталған және полимәдениеттік жолдармен ҚазҰМУ-нің молекулалық биология және генетика кафедрасында интербелсенді әдістермен практикалық сабақтарды жүргізу тән. Пәннің және тақырыптардың ерекшеліктеріне, инновацияның методологиялық ерекшеліктеріне көңіл бөлінеді.

Түйінді сөздер: педагогика, креативтік педагогика, құзыреттілік педагогика, инновациялар, интерактивтік оқыту, интерактивтік және интегративтік белсенділік.

K.S.NURTAEVA, S.K.ALMUCHAMVETOVA, E.U.KUANDYKOV, M.ZH.ZHUMAGUL, I.K.NURPEISOVA MODERN PEDAGOGY AND ITS POSSIBLE

Resume: This article provides a modern society based on quality education and advanced science that is reflected in his Address to the President of the Republic of Kazakhstan Nursultan Nazarbayev. The possibility of obtaining student information on the latest developments via the Internet and other global communication technology has changed the role of the teacher as the main source of knowledge. The aim of modern pedagogy is to create a comprehensive and harmonious development of the individual, capable of solving tasks that the teacher realized the organization of various activities of students. The combination of traditional teaching methods and creative achievements of competence and education as well as student-centered and multicultural approaches, methods of interactive learning is typical for training in molecular biology and medical genetics in KazNMU them. SD Asfendiyarov. This takes into account the specificity of each academic discipline and its topics and methodological features introduced innovation.

Keywords: teaching, creative pedagogy, pedagogy competency, innovation, interactive methods, interactively - integrative activity.

КАЧЕСТВО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

В статье рассматриваются подходы к пониманию качества образования в высшем учебном заведении, система оценки образовательной деятельности. Концепция внешней оценки качества образования создала условия перехода в Казахстане от модели «контроля качества» к модели «обеспечения качества», что является наиболее эффективным. Приведены данные ряда институциональных исследований показывающих степень готовности абитуриента к учебе в медицинском вузе, а так же изучение мнения обучающихся, как показатель университетской оценки качества образования. Мониторинг образовательного процесса на протяжении 2010-2012 г.г. показывает динамику позитивных перемен и улучшение понимания преподавателями и обучающимися ключевых позиций реформы медицинского образования (Болонский процесс, кредитная система обучения, инновационные методы преподавания, информатизация университета и т.д.). Затронуты проблемы управления качеством образования в условиях реформы медицинского образования.

Ключевые слова: высшее образование, качество образования, медицинский вуз.

Успешная интеграция Казахстана в мировое экономическое пространство, перспективы вхождения в мировой рынок квалифицированного труда, неизбежность интеграции системы высшего образования в мировую образовательную систему привели к появлению нововведений, некоторые из которых органично влились в образовательные системы и предопределили их совершенствование. Система образования на современном этапе формируется в динамичную, самоорганизующуюся, инновационную систему, восприимчивую к требованиям потребителей [1].

Отечественная система образования сейчас решает целый ряд принципиальных задач:

- обеспечить новое качество образования за счет развития лично-ориентированного обучения;
- сохранить единство образовательного пространства, создавая при этом условия для развития системы вариативного образования;
- обеспечить равный доступ к получению качественного образования для всех социальных слоев населения.

Главные положения, характеризующие качество образования [2]:

- I. Качество образования становится ведущей темой образовательной политики.
- II. Образование является важнейшей сферой социальной жизни.
- III. Образование формирует интеллектуальное, культурное, духовное состояние общества.
- IV. Модернизация казахстанского образования включает в себе повышение его качества, достижение новых образовательных результатов, адекватных требованиям современного общества.
- V. Управление качеством образования – одна из актуальнейших проблем современного общества.

На недавно прошедшем 7-ом международном Европейском форуме по обеспечению качества высшего образования “How does quality assurance make a difference?” (г.Таллинн, Эстония, 22 по 24 ноября 2012 г.) ключевому спикеру планарного заседания Fiona Crozier (EQAF Steering Committee) одним из участников форума был задан вопрос «Что такое качество образования?». Последовал оригинальный ответ: «Качество образования является широко используемым термином, но до настоящего времени никто не дал ему точную и четкую характеристику». Fiona Crozier обратилась со встречным вопросом «А как Вы определяете, что такое качество образования?». Действительно, проанализировав через систему google термин «качество образования», найдено более 500 000 документов, но универсальная и четкая дефиниция (смысл) этого понятия представляется весьма затруднительной. Как нам представляется, это связано в первую очередь с многообразием подходов и критериев оценки качества образования.

Таллиннский Форум-2012 в котором впервые участвовал КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, являлся уникальной площадкой для общеевропейской дискуссии по перспективам и направлениям развития высшего образования и гарантии качества. В мероприятии приняли участие свыше 350 человек; в рамках форума было проведено более 30 семинаров и секционных заседаний, на которых был представлен опыт вузов, исследовательских организаций, студентов, преподавателей, аккредитационных агентств, сферы бизнеса из более 20 стран мира. Самые заметные выступления на пленарных заседаниях были у Джетро Ньютона, почетного профессора в области изучения политики высшего образования Британского Университета Честера «Ведет ли гарантия качества к совершенствованию?», Сильвии Мэннинг, президента Комиссии по высшему образованию США «Какие уроки может извлечь сфера гарантии качества из последних дискуссий в США о будущем аккредитации?», Ти Луккола, главы департамента менеджмента качества программы институционального оценивания Европейской ассоциации университетов «Современные тенденции европейской политики в области гарантии качества», Дорте Кристоферсен, члена Руководящего комитета Агентства по качеству и стандартам профессионального образования (TEQSA) Австралии «Новое в международной политике в области гарантии качества высшего образования», Энтони Маккларена, главного исполнительного директора Агентства гарантии качества высшего образования (QAA) Великобритании. Организаторами форума являются Европейская Ассоциация Университетов (EAU), Европейская ассоциация обеспечения качества в высшем образовании (ENQA), Европейская ассоциация Институтов высшего образования (EURASHE), Европейский студенческий союз (ESU). Так что же такое качество образования? Редукционистский подход основывается на значении термина «качество» - степень соответствия присущих объекту характеристик установленным требованиям. Существует множество трактовок «качество образования», некоторые из которых представлены ниже [3].

1. Востребованность полученных знаний в конкретных условиях их применения для достижения конкретной цели и повышения качества жизни. Качество знаний определяется их фундаментальностью, глубиной и востребованностью в работе после окончания обучения.
2. Социальная категория, определяющая состояние и результативность процесса образования в обществе, его соответствие потребностям и ожиданиям общества (различных социальных групп) в развитии и формировании гражданских, бытовых и профессиональных компетенций личности.
3. Совокупность показателей, характеризующих различные аспекты учебной деятельности образовательного учреждения: содержание образования, формы и методы обучения, материально-техническую базу, кадровый состав, которые обеспечивают развитие компетенций обучающейся молодежи.

4. Степень удовлетворения ожиданий» различных участников процесса образования от предоставляемых образовательным учреждениям образовательных услуг» или «степень достижения поставленных в образовании целей и задач.

5. Уровень успешности, социализации гражданина, а также уровень условий освоения им образовательной программы образовательного учреждения.

Этот список можно продолжать до бесконечности. Поэтому качество образования необходимо рассматривать как многомерное понятие. Вопросы качества образования на любом его уровне всегда были и остаются в центре внимания научных исследований и практики управления образованием. Более того, реформационные процессы в образовании, при любом подходе к их оценке, во главу угла ставят проблему либо сохранения существующего уровня качества образования, либо достижения еще более высокого уровня.

Понятию качества приписывают различные, порой противоречивые значения. Это связано с тем, что используются как абсолютное, так и относительное понятия качества. Абсолютное понятие качества используется для отражения статуса и превосходства. Такое идеализированное понятие может содействовать развитию и укреплению имиджа образовательного учреждения. Оно также демонстрирует значение повышения качества как стремления к наивысшим стандартам образования. «Качество» может использоваться и как относительное понятие. В этом аспекте качество не является атрибутом образовательной услуги. О качестве можно судить, когда продукция (товар или услуга) отвечает требованиям соответствующих стандартов или спецификаций, оно выступает лишь как средство, с помощью которого выявляется соответствие образовательной услуги государственному стандарту. Качество как относительное понятие имеет два аспекта: соответствие государственному стандарту и соответствие запросам потребителей образовательной услуги. Первый аспект часто называют качеством с точки зрения производителя, второй – качеством с точки зрения потребителя. Подход к пониманию качества образования можно представить в виде следующей последовательности: носитель знаний, навыков и умений (ЗНУ) - передача ЗНУ - получатель ЗНУ - восприимчивость методик передачи ЗНУ - фундаментальность приобретенного - востребованность полученных ЗНУ - получение новых знаний, навыков и умений. Таким образом, основным критерием качества образовательного процесса является результат, показателями которого являются знания, умения, навыки. Они в свою очередь обладают качественными характеристиками: системность, действенность, прочность. В этом контексте качество образования определяется, прежде всего, качеством носителя ЗНУ (профессорско-преподавательского состава), который передает их с помощью различных методик обучающимся.

Исходя из подхода к пониманию качества образования, можно выделить следующие разделы показателей качества [4].

1. Качество учебных программ (проявляется не только в соответствии образовательным стандартам в области той или иной учебной дисциплины, но и в наличии инновационной составляющей).

2. Качество студентов (знания, полученные ранее по профильным для обучающегося учебным дисциплинам; знание компьютера; владение иностранным языком; желание учиться; интеллект; духовность; одаренность; память; дисциплинированность; настойчивость; работоспособность; наблюдательность; планирование карьеры).

3. Качество знаний (определяется их фундаментальностью, глубиной и востребованностью в работе после окончания обучения. В открытом образовании организацией мониторинга за карьерой выпускников могут заниматься руководители региональных центров, для чего целесообразно создавать базы данных о выпускниках. Поскольку большинство показателей качества образования не могут иметь количественной

характеристики, получение сводных показателей качества по блокам показателей и обобщающих оценок возможно с помощью квалиметрии).

- Состояние материально-технической базы учебного заведения.
- Качество инфраструктуры.
- Качество преподавательского состава.
- Мотивация преподавательского состава.
- Инновационная активность руководства.
- Внедрение процессных инноваций.
- Востребованность выпускников.
- Конкурентоспособность выпускников на рынке труда.
- Достижения выпускников.

В зависимости от фундаментальности полученных знаний, обучающиеся могут выдержать конкурсные экзамены при поступлении на следующий уровень обучения; пройти конкурсный отбор при устройстве на работу; более успешно осваивать учебные дисциплины, базирующиеся на знаниях общеобразовательных, базовых и профильных дисциплин, изученных на предыдущих стадиях образовательного процесса [5].

Оценка качества образования. Сегодня большинство стран мира, в том числе и Казахстан, выработали основы политики в области оценки образовательной деятельности. Эти страны приступили к определению норм (стандартов) при разработке программ обучения, что является важным этапом национальной политики в области образования и оценки его качества как составной части. Эти нормы (стандарты) являются необходимой основой для определения целей образования, создания образовательного пространства страны, благодаря которому будет обеспечен единый уровень дошкольного, общего и профессионального образования, получаемого молодыми людьми в разных типах образовательных учреждений. Успехи новой политики в области образования связаны, прежде всего, с социально-экономическими процессами, происходящими в обществе. Открытость, разделение ответственности, право на равнообразия и соотносение предложения с потребностями, ориентация на конечные результаты являются принципами, которые должны быть реализованы во всех сферах деятельности человека, в том числе и в сфере образования [6].

Концепция внешней оценки качества образования создала условия перехода в Казахстане от модели «контроля качества» к модели «обеспечения качества», что является наиболее эффективным. Каждый субъект образовательного процесса (педагог, обучающиеся, родители, работодатели, потенциальные рекрутеры, администрация) заинтересованы в обеспечении качества

Наш университет всегда волнует уровень подготовки современного абитуриента, т.к. это потенциальные студенты-медики, которым в первые годы обучения приходится изучать наиболее сложные и объемные дисциплины. Без знаний химии невозможно постигнуть определяющую дальнейшее направление подготовки медика, фармацевта - биохимию. Слабые знания в школьной биологии и анатомии, вызовут затруднения при изучении микробиологии, анатомии, гистологии и молекулярной генетики. Основы иностранного языка позволяют студенту активно участвовать в социально-культурной и международной жизни, научно-исследовательской работе университета.

Центр МАКО и НСРМО в августе 2012 г. провел опрос абитуриентов и выявил причины, определяющие выбор нашего вуза. Респонденты могли выбрать несколько вариантов из предложенных. По результатам исследования: 52% ответили, что главной мотивом был «интерес к профессии», 37% - «мечтал с детства», каждый третий респондент – 29%- отметил престижность статуса КазНМУ, 12% выбрали университет так как «профессия врача востребована», 7% из-за «врачебной династии», 5,5% «из-за престижа специальности врача». От 1

до 3% анкетированных отвечали по-разному «желание иметь высокооплачиваемую работу, случайно, по настоянию родителей, из-за большого количества грантов в КазНМУ и др.». Эти показатели говорят в пользу того, что большинство абитуриентов осознанно делают выбор, следовательно, их подготовка в школе, особенно последние 2 года, должна соответствовать требованиям обучения в медицинском вузе. Однако, по результатам первой сессии, мы видим обратное – слабые базовые знания первокурсника, не достаточные навыки в исследовательской работе. В этом плане интересен опыт зарубежного образования, который представлен в книге под редакцией А.И. Адамского «Что такое качество образования?» [6].

Например, во всех странах Европы, США, Канады, Азиатского региона, диплом об окончании среднего образования не дает возможности сразу поступать на ступень образования высшего. Ей чаще всего (за исключением некоторых провинций в Канаде) предшествует еще одна ступень: старшая общеобразовательная школа, в которую можно поступить только при наличии высоких достижений в средней школе. При этом существует широкий спектр иных образовательных возможностей, не дающих, однако, права на поступление в университет [7].

В таблице 1 приведены зарубежные данные об оценке готовности к обучению в вузе по итогам второй ступени общего среднего образования.

Таблица 1 - Критерии готовности к обучению в зарубежных вузах

Критерий	Великобритания	Гонконг	Канада: штат Квебек	Финляндия	Франция
Продолжительность ступени	Обязательные курсы перед поступлением в университет состоят из двух частей- базовой (AS) и высшей (A2)	Подготовительные к вузу курсы (шестой класс)	Двухгодичный колледж	С 16 до 19 лет (3 года)	Академические (general) или и технологические (technologique) лицеи; профессиональные лицеи (lycee professionnel), центры подготовки подмастеров (CFA), общеобразовательные
Характер оценки (внешняя/внутренняя)	Внешняя	Внешняя	Внешняя	Внешняя	Внешняя
Характер оценки (тестовая/нетестовая формы)	Тестовая и нетестовая	Тестовая и нетестовая	Тестовая и нетестовая формы	Тестовая (новый формат тестовых материалов)	Тестирование или устный экзамен
Тип сертификата	Обязательные курсы перед поступлением в университете (A level)	Экзамен на аттестат подготовительного уровня (Hong Kong Advanced Level Examination (HKALE))	Сертификат об окончании колледжа	Вступительные экзамены в университет	Диплом бакалавра общий или технологический – по завершении общеобразовательных или технологических лицеев. Диплом, не дающий права поступать в университет после окончания профессиональных лицеев

Наличие дополнительной образовательной ступени, на которую принимают на жесткой конкурсной основе, перед поступлением в вуз, говорит о том, какие высокие требования на сегодняшний день предъявляются к высшему образованию в мире. Сложившаяся в отечественном образовании традиция репетиторства, по сути, пытается восполнить высокий уровень подготовки, который в настоящее время требуется для обучения в вузе. Анализ зарубежного опыта показывает, что такая дополнительная ступень на сегодня считается необходимой.

Отличие от ситуации в странах СНГ заключается в том, что эта ступень институционализована в виде колледжей и гимназий (в которые поступают далеко не все выпускники первой ступени общего образования) и связана не столько со способностью родителей оплачивать этот уровень образования, сколько с результатами, полученными при итоговой аттестации в основной школе. Заметим, что в ряде стран эта ступень также является государственной и бесплатной (так, в Финляндии только 7% гимназий являются частными).

Таблица 2 - Требования для абитуриентов вузов Европы, Азии, Канады

Страна	Оценка готовности к обучению вузе	Характер зачисления в вуз
Великобритания	Экзамен на получение A level по итогам обучения в колледже	В качестве вступительного засчитываются результаты итогового экзамена в колледже
Гонконг	Аттестат подготовительного уровня (Hong Kong Advanced Level Examination (HKALE))	В качестве вступительного засчитываются результаты итогового экзамена в колледже

Канада	Не существует общей системы вступительных экзаменов, университеты выдвигают свои требования (например, иногда требуются сертификат SAT (Standardized Aptitude Tests). При этом учитываются результаты итоговой аттестации в общеобразовательной школе	Итоговая аттестация в школе + экзамены по требованию университета
Финляндия	Вступительные экзамены в университете, которые проводятся в стенах гимназии	В качестве вступительного засчитываются результаты вступительного экзамена в вуз
Франция	Экзамен на степень бакалавра по итогам обучения в лицее	В качестве вступительного засчитываются результаты итогового экзамена в колледже.

Поступление в вузы чаще всего проводится уже по итогам выпускных экзаменов на старшей ступени общего образования. Практически всегда поступлению предшествует конкурс документов: университет принимает во внимание результаты обучения в старшей школе, портфолио выпускника, итоги экзаменов, уровень полученного сертификата (таблица 2).

В последнее время наиболее престижные и элитарные университеты Франции [8], а также некоторые факультеты в обычных университетах, на которые поступает наибольшее число абитуриентов, требуют сдачи дополнительного экзамена (Concours), для чего необходима специальная подготовка в течение 1-2 лет. В связи с этим около 30% молодежи в возрасте от 19 до 21 года посещают подготовительные курсы университетов или специальные курсы. Система аттестации по итогам среднего образования является не линейной: она предполагает несколько вариантов сертификатов одного уровня, но разного наполнения: с большим акцентом на академические предметы или прикладные специальности. Однако при этом не все из них дают возможность дальнейшего поступления в университет. Значение уровня сертификата имеет не только для продолжения обучения, но и для работодателей: появляются все новые сертификаты, которые требуют подтверждения не столько академических успехов, сколько компетентностей и практических умений. Так, в 2007 году был введен новый тип сертификатов – диплом, в разработке требований к которому принимали участие работодатели.

В Канаде оценка кроме результатов аттестации по зачетным единицам (предметам, засчитанным выпускнику как кредит) в таблице старшей школы представлен отчет о сформированности следующих учебных умений [9]:

- Умение работать самостоятельно
- Умение работать в команде
- Умение организовывать свою деятельность
- Инициативность
- Выполнение домашней работы (Work Habits).

По данным исследования Центром МАКО и НСРМО уровень «премедицинской» подготовки абитуриентов был выше среднего. Так, на вопрос «Какая категория населения в республике больше всего нуждается во врачебной помощи», 38% ответили «новорожденные и младенцы», 27% - «пожилые люди», 25% «дети», 22% - «взрослые», 17% - «старика», 16% - «подростки». На вопрос «Какие заболевания чаще всего встречаются в Казахстане?», респонденты ответили: туберкулез - 36%, онкологические заболевания, СПИД – 36%, сердечно сосудистые заболевания - 30%, простудные заболевания, вирусные инфекции - 23%, сахарный диабет – 9,4%, болезни ЖКТ) – 6,4%, анемия – 3%. Эти результаты свидетельствуют о хорошем уровне школьной подготовки и кругозоре абитуриента. 53% опрошенных смогли назвать имена исторических лиц, известных ученых-медиков мира и Казахстана (Гиппократ, Абу али Ибн Сина, Аль-Фараби, Опарин, академик Федоров, Илизаров, Луи Пастер, Томас Морган, С.Ж.Асфендияров, С.Ф.Хотовицкий, Н.Ф.Филатов, Самарин, З.Фрейд, Сеченов, Мечников, Кайырбекова С.З., М.Алиев, Шарманов Т.Ш., Сызганов, А.Рахышев А.К.Байгенжин, Сейдуманов Т.С, Камал Ормантаев). 33% смогли правильно первести выражение «Alma Mater», 75% разъяснить термин

«медицина», 73% - термин «анатомия», 82% - правильно интерпретировали слово «педиатрия». На вопрос «Почему детей и взрослых лечат разные врачи (педиатры и терапевты)?» 92% из опрошенных дали интересные ответы: «Потому, что все болеют по-разному», есть «разница в возрасте», «разный подход к лечению и разные особенности организма», «педиатры лечат детей, а терапевты лечат подростков», «анатомическая и физиологическая разница», «терапевты только ставят диагноз, а педиатры лечат и могут операцию делать», «зависит от болезни». На вопрос анкеты «На кого из известных людей тебе хотелось бы быть похожим?», 92% анкетированных абитуриентов дали оригинальные ответы, например. «на свою маму педиатра», «на своих родителей», «каждый человек личность и он находит свой путь сам», «каждый человек неповторимая личность», «хотела бы владеть качествами С. Д. Асфендиярова», «кумиров нет, стараюсь совершенствоваться сам», «мой кумир - мой дедушка. Он был врачом-хирургом». Такие варианты ответов говорят о широте взглядов и образованности современного молодого человека. У большинства опрошенных абитуриентов сформирован положительный образ врача

Таким образом, КазНМУ принимает в свои стены в большинстве своём абитуриентов с удовлетворительным уровнем общеобразовательной подготовки. В связи с этим, от сотрудников и преподавателей вуза зависит насколько быстро студент адаптируется к университетской среде, будет заинтересован с качественном освоении предметов и проявит себя как стремящийся к новым знаниям, навыкам, саморазвитию выпускник КазНМУ.

Внутривузовская система качества образования. С целью внутривузовской оценки качества образования в 2010 г. создан Центр мониторинга анализа качества образования и научного сопровождения реформы медицинского образования (Центр МАКО и НСРМО) КазНМУ, который обеспечивает координацию внедрения, анализ и оценку, а так же мониторинг качества образовательных программ. Центру отводится ведущая роль в разработке и реализации основных направлений создания качественно-нового уровня медицинского образования в Университете, выработке научно-обоснованных рекомендаций реформирования медицинского образования нашем вузе и в стране.

Анализ опыта образовательной деятельности лучших вузов мира показал, что система качества образования складывается из факторов, влияющих на качество, которые в последующем должны учитываться при мониторинге:

- Рыночная ориентированность экономики, конкуренция на рынке труда.
- Отношение общества к образованию, востребованность интеллекта в обществе, экономике, производстве, культуре и т.п.
- Современность и содержательное (предметное) наполнение образовательных программ, их соответствие государственным и общественным требованиям, условиям предстоящей работы, продолжению образования, личностному развитию выпускника вуза.
- Уровень партнерства участников образовательного процесса: обучающихся, преподавателей, работодателей,

общественности. Но в центре образовательного процесса стоит потребитель знаний - обучающийся.

- Профессиональная подготовка и статус педагога в обществе, адекватность оценки его труда.
- Организационные и методические нововведения последних лет.
- Свобода преподавателей в выборе технологий и методик, опоры на яркие личности.
- Мотивация педагогов на качество образования.
- Эффективность управления и системы контроля качества образования. Стимулирующая роль системы педагогического контроля.
- Материально-техническое и финансовое обеспечение образовательного процесса.
- Реализация в обучении принципов дифференциации и индивидуализации, поощрение одаренных обучающихся (стипендиаты).
- Общая организация образовательного процесса в вузе.
- Состояние внеаудиторной деятельности обучающихся.

При планировании своей работы Центр МАКО и НСРМО учитывает выше названные факторы и строит процессы институциональных исследований на определении наиболее проблемных зон в реализации образовательного процесса и разработке рекомендаций по улучшению. Мониторинг образовательного процесса на протяжении 2010-2012 г.г. показывает динамику позитивных перемен и улучшение понимания преподавателями и обучающимися ключевых позиций реформы медицинского образования (Болонский процесс, кредитная система обучения, инновационные методы преподавания, информатизация университета и т.д.). При проведении в июне 2012 г. опроса 1033 студентов 5 курса факультетов обще медицины, МПФ, фармации, стоматологии (первый выпуск бакалавров), было установлено, что большинство респондентов удовлетворены уровнем полученных в КазНМУ знаний и умений (83%), удовлетворены ли Вы условиями обучения в вузе (81%), удовлетворены методическими обеспечением занятий на кафедрах (82%), удовлетворены методами преподавания практических навыков на кафедре (82%). Коммуникативные навыки преподавателей КазНМУ в большинстве случаев (89%) соответствуют ожиданиям студентов-респондентов. 73% опрошенных информированы о процессах развития образования в мире. Однако, полученные показатели не достигают 100 величины, что требует постоянной и системной работы над улучшением.

Оценка качества подготовки выпускника КазНМУ включала анкетирование 94 врачей в 18-ти регионах Казахстана, которое организовал Центр МАКО и НСРМО в феврале-марте 2012 г., своей целью определил изучение мнения работодателей о компетентности выпускаемых специалистов.

Уровень удовлетворенности работой молодых специалистов в лечебном учреждении, респонденты оценили как 75% высокий и 20% средний. В 67% случаев практикующим врачам со стажем приходилось прилагать усилия по повышению профессиональных навыков молодого специалиста. Уровень профессиональной подготовки (профессиональная компетентность) наших выпускников респонденты оценили как 8 по 10-ти бальной шкале, уровень практических умений и навыков - 7 баллов, коммуникация (умение общаться с разными категориями мед.персонала, родителями, пациентами) -9, инновационность (владение новыми технологиями) - 7. Оценка деловых качеств выпускника КазНМУ, таких как ориентация на результат, целеустремленность, работоспособность, инициативность, самостоятельность была оценена работодателями от 6 до 8-ми баллов. Личностные качества оценены в среднем на 7 баллов. Результаты исследования продемонстрировали сферы превосходства национального вуза и показали проблемные зоны при подготовке выпускника, над которыми еще предстоит много и усердно работать.

Для получения независимой и объективной оценки качества подготовки выпускников в КазНМУ было привлечено агентство маркетинговых и социологических исследований «DAMU RESEARCH GROUP», которое в мае 2012 г. опросило 250 работодателей из 16-ти городов республики. По осведомленности среди всех медицинских ВУЗов в РК. большинство опрошенных работодателей (46%) первым упомянули КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Далее на втором месте следуют медицинские ВУЗы ЗКГМУ им. М. Оспанова (17%) и КГМУ (17%). Меньше всего первым упомянули медицинский ВУЗ ЮКГМА (1%). По результатам опросов работодателей выяснилось что, на рынке труда в РК наиболее востребованы выпускники КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (55%). Основными причинами востребованности выпускников КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова является их высокое качество образования, также являются высококвалифицированными специалистами. Также КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова является престижным медицинским ВУЗом и имеет сильный преподавательский состав. Основную долю на рынке труда занимают выпускники КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова - 73% опрошенных респондентов упомянули выпускников КазНМУ. Среди выпускников КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова наиболее востребованы специалисты следующих профилей: врачи лучевой терапии, терапевты, педиатры, невропатологи, гинекологи, неонатологи. По мнению работодателей, выпускники КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова как специалисты наиболее соответствуют следующим требованиям: хороший личностный потенциал, теоретическая подготовка и качественное образование. Далее работодатели отметили также что, выпускники КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова соответствуют следующим характеристикам: стремление к повышению квалификации, престижное образование, профессионализм, компетентность в своей области (см. диаграмму ниже). Среди опрошенных работодателей медицинских учреждений 90% ответили, что в перспективе приняли бы в свою организацию выпускников КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Если рассматривать это вопрос в разрезе регионов, то данные выглядят следующим образом. В перспективе приняли бы на работу выпускника КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова - в г. Астана 92% респондентов, в г. Алматы - 96% работодателей, в г. Шымкент - 95%, в г. Талдыкорган - 94%, в г. Кызылорда - 93% работодателей, в г. Усть-Каменогорск и Актау - 92% респондентов, в г. Уральск, Костанай, Кокшетау, Атырау - по 91% опрошенных работодателей, в г. Петропавловск и в г. Караганда - 90% респондентов, в г. Актобе - 88%, г. Тараз - 75% в г. Павлодар - 50%. Таким образом, во всех регионах Республики Казахстан большинство работодателей в перспективе приняли бы на работу в свою организацию выпускников КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. Основные причины, по которым приняли бы на работу выпускников КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова работодатели назвали «высокое качество образования» (85 упоминаний) и «квалифицированные специалисты» (70 упоминаний). На третьем месте основной причиной при принятии на работу является «недостаток специалистов» (51 упоминаний) в медицинских учреждениях. Также при опросе среди респондентов было выявлено что, у выпускников КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова есть такое качество как «желание работать и развиваться» (16 упоминаний). Наиболее важная характеристика «идеального выпускника», которой соответствует выпускник КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, по мнению респондентов (50%) является «отличные знания по своей специальности». 44% работодателей отметили, что выпускники КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова соответствуют таким характеристикам как: «широкий кругозор», «трудолюбие и высокая трудовая дисциплина» и «четкое выполнение своих обязанностей». Также респонденты (43%) отметили такие характеристики выпускника как «высокая самодисциплина» и «коммуникабельность» (см. диаграмму ниже).

Результаты ряда институциональных исследований (2010-2013 г.г.) позволили Центру МАКО и НСРМО определить систему индикаторов для управления качеством образования в КазНМУ: академическая успешность обучающихся (доля отличников, олимпийцев, стипендиатов, победителей НИР), инновационный потенциал профессорско-преподавательского состава (доля преподавателей, использующих инновационные педагогические технологии), удовлетворенность потребителей (обучающихся и работодателей) результатами обучения в университета, здоровье и социализация обучающихся, студенческое самоуправление.

Заключение: Качество образования можно рассматривать как многомерное понятие. К раскрытию этого понятия целесообразно подойти с позиций процессного подхода, который принят при разработке системы менеджмента качества с целью повышения удовлетворенности потребителей путем выполнения их требований. Процессный подход означает непрерывность управления, последовательность и взаимосвязь отдельных образовательных процессов в рамках их системы, а также их комбинацию и взаимодействие (С.Д.Ильенкова, д.э.н., профессор, действительный член Международной академии информатизации, заведующая кафедрой общего менеджмента и статистики фирм Института менеджмента МЭСИ).

Качество образования является одним из важнейших критериев эффективности, успешности образовательной деятельности, как самых разных участников образовательных отношений, так и в целом эффективности функционирования самой системы образования.

Качественным можно считать образование, если определенные достижения имеют не только студенты и учащиеся, но и преподаватели как участники образовательного процесса.

Качество образования в медицинском вузе можно охарактеризовать через уровень достижения комплекса образовательных задач (учебные результаты, социализация выпускников, включая овладение навыками ориентации и функционирования в современном обществе, развитие гражданского самосознания), при условии соответствия образовательных услуг по составу, содержанию и качеству ожиданиям/требованиям потребителей (обучающиеся, работодатели), соблюдения нормативных требований условиям обучения и освоения образовательного стандарта.

Управление качеством образования в условиях реформы медицинского образования строится на принципах:

- понимание и выполнение требований к образованию с учетом достижений научно-технического прогресса и международных стандартов;
- ориентация на потребителя, жесткая конкуренция на рынке труда требует мобильности и динамичности системы менеджмента;
- интегрированность, ориентированность на современные информационные технологии, использование достижений теории и практики менеджмента. Ее успешность может быть оценена с применением качественных и количественных показателей.
- постоянное совершенствование образовательного процесса с учетом результатов мониторинга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Азарьева В.В., Круглов В.И., Кутузов В.М., Степанов С.А., Яценко В.В.. Системы гарантии качества образования. - СПб.: Изд-во СПбГЭТУ "ЛЭТИ", 2012. - 44 с.
- 2 Азарьева В.В., Круглов В.И., Пузанков Д.В., Соболев В.С., Степанов И.В., Степанов С.А., Яценко В.В. Методика оценки систем качества образовательных учреждений. – СПб.: ООО "Балтияр", 2010. - 88 с.
- 3 Губарев В. Системное представление качества образования / Губарев В. // Стандарты и качество. – 2002. – № 4. – С. 26-29.
- 4 Ильинский И. Качество - ядро образовательного процесса / Ильинский И. // Стандарты и качество. – 2002. – № 4. – С. 22-24.
- 5 Кодолов С.М. Система контроля и оценки результатов деятельности участников образовательного процесса // Дополнительное образование. – 2005. – №8. – С.17-24.
- 6 А.И. Адамский. Что такое качество образования. - М.: Эврика, 2009. – 272 с.
- 7 Hong Kong Examinations and Assessment Authority (2003). Hong Kong Advanced Level Examination - Regulations & Syllabuses 2005. Hong Kong: Hong Kong Examinations and Assessment Authority. ISBN 962-570-976-2
- 8 <http://www.duma.tomsk.ru>
- 9 <http://www.innovation2015.ru>

С.С. САРСЕНБАЕВА

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАҒЫ БІЛІМ БЕРУ САПАСЫ: АНЫҚТАУ, МӘСЕЛелері, ШЕШУ ЖОЛДАРЫ

Түйін: Мақалада жоғары оқу орындағы білім беру сапасын, білім беру қызметін бағалау жүйесін түсіну қарастырылған. Білім беру сапасын сырттай бағалау Концепциясы Қазақстанда «сапасын бағалау» үлгісінен тиімді болып табылатын «сапамен қамтамасыз ету» үлгісіне көшуге жағдай жасады. Берілген қатарларда талапкердің медициналық жоғары оқу орында білім алуына дайындық деңгейін көрсететін институционалдық зерттеулер туралы мәліметтер, сонымен қатар, университеттің білім беру сапасын бағалау көрсеткіші ретінде, білім алушылардың пікірлерінің зерттеулері туралы мәліметтер көрсетілген. 2010-2012 жж. аралығындағы оқу үдерісін бақылау позитивті өзгерістер серпінін, оқытушылар мен білім алушылардың медициналық білім беру реформасының (Болон үдерісі, кредиттік оқыту жүйесі, инновациялық оқыту әдістері, университеттің ақпараттандырылуы және т.б.) кілттік позициялары туралы түсініктерінің арттырған серпінін көрсетеді. Медициналық білім беру реформаларының талаптарындағы білім беру сапасын басқару мәселелері қозғалған.

Түйінді сөздер: жоғары білім беру, білім беру сапасы, медициналық жоғары оқу орын.

S.S. SARSENBAYEVA

THE QUALITY OF EDUCATION IN MEDICAL HIGHER EDUCATION INSTITUTION: DETERMINATION, PROBLEMS, WAYS TO SOLVE

Resume: The approaches to understanding the quality of education in higher education, the system of evaluation of educational activities are considered in the article. The concept of external evaluation of the quality of education has created the conditions for transition in Kazakhstan from a "quality control" to the model of "ensure the quality" which is the most effective. The data from a number of institutional studies showing the degree of readiness of students for study in medical school, as well as exploring the views of students, as a measure of university quality assessment are presented. Monitoring of the educational process for 2010-2012 years shows the development of positive change and improve the understanding of the key positions of the reform of medical education (Bologna process, the credit system of education, innovative teaching methods, computerization of the university, etc.) by teachers and students. Problems of quality management of education in the conditions of reform of medical education are considered.

Keywords: higher education, quality of education, medical higher education institution.

УДК: 616.928.936: 616-07.616.24-002-078: 621.391.

Л.Б. СЕЙДУЛАЕВА, А.К. ДУЙСЕНОВА, Г.А. ШОПАЕВА, К.Т. БАЙЕКЕЕВА, Р.А. ЕГЕМБЕРДИЕВА, А.М. САДЫКОВА

Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Кафедра инфекционных и тропических болезней

Городская клиническая инфекционная больница им. И.С. Жекеновой

Алматы

РОЛЬ ДИСЦИПЛИНЫ «ТРОПИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ» В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА

В рамках глобализации медицины и образования подготовка современного врача в медицинских вузах не представляется без преподавания тропических болезней, знания их нозоареала, своевременной диагностики и проведения противоэпидемических мероприятий.

Ключевые слова: тропические болезни, диагностика, коммуникативные навыки.

В Казахском Национальном медицинском университете им. С.Д. Асфендиярова ориентация образовательного процесса направлена на подготовку высококвалифицированного, конкурентно способного специалиста, востребованного на международном рынке труда [1].

На кафедре инфекционных и тропических болезней преподавание тропических болезней ведется с 1989 г., когда был организован курс для иностранных студентов на 163 часа. Организовала данный курс и заведовала им до 1996г. доц. Сейдулаева Л.Б. Были подготовлены рабочие программы для студентов 5 и 6 курсов лечебного факультета, 5 курса стоматологического факультета. Двое сотрудников кафедры (ассистент Туркпенбаева Г.Ж. и доцент Сейдулаева Л.Б.) в 1984-85 гг были направлены на обучение на кафедру «Болезни жарких стран» при Центральном Ордена Ленина институте усовершенствования врачей (ЦОЛИУВ) г. Москва. В 1996 г. организована кафедра тропических болезней и преподавание дисциплины «Тропические болезни» введена в ГОСО РК (зав.кафедрой доц. Ермуханова Н.Т.). В 2002 г. кафедры тропических и инфекционных болезней были объединены в одну кафедру инфекционных и тропических болезней. До 2012 г. дисциплина «Тропические болезни» являлась базовым компонентом, с этого учебного года – компонентом по выбору. С 2000 г. преподавание дисциплины «Тропические болезни» ввели в тематические планы обучения дисциплины «Инфекционные болезни» для отечественных студентов только по отдельным темам: малярия, геморрагические лихорадки, шистосомозы и филяриидозы, выделив для них всего 30 ч., что недостаточно для полного их изучения. В связи с этим, в 2012 г. на кафедре разработан электив «Завозные тропические инфекции, актуальные для РК» на 54 ч. для резидентов. В тематический план вошли нозоареал тропических болезней, малярия, лейшманиозы, тропические риккетсиозы, арбовирусные инфекции, тропические гельминтозы. Применен компетентностный подход обучения, включая когнитивный, операциональный аксиологический, правовой компоненты и саморазвитие.

В условиях глобализации медицины и образования назрела необходимость более широкого изучения болезней жарких

стран в связи с тем, что наши соотечественники после пребывания в странах тропического пояса заражались экзотическими болезнями, по которым специалисты Республики Казахстан не имеют настороженности, и как следствие, затрудняются в их распознавании [2]. Об этом свидетельствует перечень заболеваний, диагностированных сотрудниками кафедры инфекционных и тропических болезней в г Алматы за 2010-2013 гг. (токсакароз – 3 случая, зуд купальщика – 4 (личиночная стадия шистосоматид водоплавающих птиц), дракункулез – 1, фрамбезия – 1, шистосомоз –1, дирифиляриоз – 1, глубокие микозы (гистоплазмоз, аспергиллез), амебиаз кишечный – 12 случаев, амебный энцефалит-1, завозные случаи малярии -3). Только с начала 2013 г. 7 больным, обратившимся за медицинской помощью после приезда из Таиланда выставлен диагноз «Геморрагическая лихорадка Денге», который подтвержден лабораторно в НЦКЗИ имени М.Айкимбаева [3].

За период с 1996 г. по 2011 г. в Городской клинической инфекционной больнице г. Алматы пролечены 118 случаев малярии, из них 114 – завозного характера, в 4 –х случаях эпидемиология не выяснена. За этот период также зарегистрирован 1 случай висцерального и 2 случая кожного лейшманиоза.

Таким образом диагностика тропических болезней, их лечение и профилактика должны быть налажены на любом уровне оказания медицинской помощи. Поэтому, целесообразно включение дисциплины «Тропические болезни» в базовый или вузовский компоненты учебных программ для врачей общей практики.

Кафедра инфекционных и тропических болезней имеет подготовленный кадровый состав, учебно-методическую базу для преподавания дисциплины «Тропические болезни». В рамках программы приглашения визитинг-профессоров в КазНМУ в 2011 г. проведен мастер-класс профессором Козловым С.С.- руководителем курса тропических болезней Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова (г.Санкт-Петербург, Россия), по результатам которого все сотрудники кафедры получили удостоверение о прохождении цикла повышения квалификации по тропическим болезням.

Сотрудниками кафедры подготовлены и изданы учебное пособие «Тропические инфекции и инвазии» на русском и государственном языках (2007), «Тестовые задания и ситуационные задачи» на государственном и русском языках в 2008г. На кафедре имеются авторские методические пособия по малярии, Конго-Крымской геморрагической лихорадке.

При разборе тем на практических занятиях активно используются различные формы инновационных методов обучения (кейс-метод, деловые игры, клинические задачи, «мозговой штурм» и другие). При отсутствии больных с изучаемой патологией разбор темы ведется по копиям историй болезни пролеченных в городской клинической инфекционной больнице пациентов.

Учитывая актуальность, повсеместное распространение тропических заболеваний в условиях активной миграции

населения знание особенностей течения данной патологии особенно важно для профессорско-преподавательского состава высших и средних медицинских учебных заведений. В этом плане кафедра инфекционных и тропических болезней КазНМУ имеет достаточный образовательный и клинический потенциал. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова – единственный университет в РК, где проводится обучение по дисциплине «Тропические болезни».

Кроме того, кафедра инфекционных и тропических болезней ежегодно проводит День открытых дверей для оказания консультативной помощи населению.

Перспективными задачами кафедры является подготовка дистанционного курса с целью трансляции знаний и навыков на до- и постдипломном уровне в регионы Республики Казахстан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шувалова Е.П. «Тропические болезни». - М. : Медицина, 2005. - 695 с.
- 2 Амиреев С.А. Муминов Т.А., Сергиев., Оспанов К.С. «Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях». - А.: 2008. - 965 с.
- 3 Сейдуллаева Л.Б., Набенов К.Н., Дуйсенова А.К., Егембердиева Р.А. «Тропические болезни». - А.: 2010. - 332 с.

Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, Г.А.ШОПАЕВА, К.Т.БАЙЕКЕЕВА, Р.А.ЕГЕМБЕРДИЕВА, А.М.САДЫКОВА
ДӘРІГЕРДІ ДАЙЫНДАУДА «ТРОПИКАЛЫҚ АУРУЛАР» ПӘНІНІҢ АЛАТЫН РӨЛІ.

Түйін: Медицинаның ғаламдық аясында заманға сай дәрігерді дайындау тропикалық аурулар пәнісіз, оның нозореалының білімісіз, дәр кездегі диагностикасыз және эпидемияға қарсы шараларды өткізусіз мүмкін емес.

Түйінді сөздер: тропикалық аурулар, диагностика, коммуникативты дағдылар.

L.B. SEIDULAIEVA, A.K. DUSENOVA, G.A. SHOPAEVA, K.T. BAYEKEEVA, R.A. EGEMBERDIEVA, A.M. SADYKOVA
THE ROLE OF DISCIPLINE "TROPICAL DISEASES" IN THE TRAINING OF DOCTOR.

Resume: As part of the globalization of medicine and medical education the training of modern physicians at medical schools is not imagined without teaching of tropical diseases, knowledge of their nosological area, prompt diagnosis and conducting control activities.

Keywords: tropical diseases, diagnostics, communicative skills.

УДК 616.1:608.1

Б.Ш. ТУКЕШЕВА, Р.С. БЕГИМБЕТОВА
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС КЛИНИЧЕСКИХ КАФЕДР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Проведен предварительный анализ использования инноваций в обучении студентов 4 курса ОМ по внутренним болезням. Выявлен достаточно хороший уровень внедрения проблемного, контекстного и программированного видов инновационного обучения на всех кафедрах терапевтического профиля. Желательно шире документировать проводимую работу актами внедрений.

Ключевые слова: инновации, компетенции, проблемный, контекстный, программированный виды

Под инновационными методами подразумеваются методы, использующие современные достижения науки и информационных технологий в образовании и которые в данных педагогических условиях ранее не применялись. Цель - повышение качества обучения в результате развития у студентов творческих способностей и самостоятельности. Модернизация отечественного высшего профессионального образования в целом характеризуется переориентацией его на личностную парадигму и компетентностный подход как приоритетный [1,2].

В концепции предусматривалось модернизировать систему образования в университете за счет внедрения элементов обучения, основанных на формировании базовых компетенций, позволяющих выпускникам самостоятельно приобретать знания, максимально приближенные к практическому здравоохранению, внедрить в учебный процесс систему интерактивных методов обучения, основанных на Hi-Tech технологиях.

Знакомство с рубежным опытом реализации компетентностного подхода (США, Великобритания, Германия и др.) позволяет выделить четкую ориентацию

результатов образования на способность к их применению в практической деятельности после окончания учебного заведения. Считается, что термин «компетенция» ввел в обращение Вайт (White, 1959) для обозначения степени готовности к применению знаний в профессиональной деятельности. При этом, предполагалось, что традиционная трактовка знания (знают - что), подкрепляется пониманием (знают - почему).

Интерактивные методы (inter - “между”; act – “действие”) – позволяют учиться взаимодействовать между собой, так как построено на взаимодействии всех обучающихся, включая педагога. Эти методы наиболее соответствуют личностно-ориентированному подходу, так как они предполагают сообучение (коллективное, обучение в сотрудничестве), причем и обучающийся и педагог являются субъектами учебного процесса. Педагог чаще выступает лишь в роли организатора процесса обучения, создателя условий для инициативы учащихся. Интерактивное обучение основано на прямом взаимодействии учащихся со своим опытом и опытом своих друзей, так как большинство интерактивных упражнений обращается к опыту самого учащегося, причем не только учебному. Новое знание, умение формируется на основе такого опыта [3,4].

В основе традиционного объяснительно-иллюстративного подхода к обучению лежит принцип передачи студентам знаний в готовом виде. В случае же использования активных методов происходит смещение акцентов в направлении активизации умственной деятельности студентов.

Активные методы обучения имеют преимущества, позволяющие решить одновременно три учебно-организационные задачи:

- 1) подчинить процесс обучения управляющему воздействию преподавателя;
- 2) обеспечить активное участие в учебной работе как подготовленных студентов, так и *не подготовленных* (известная ситуация на первом занятии);
- 3) установить непрерывный контроль за процессом усвоения учебного материала.

Методы активного обучения могут использоваться на различных этапах учебного процесса:

1 этап – первичное овладение знаниями. Это могут быть проблемная лекция, эвристическая беседа, учебная дискуссия и т.д.

2 этап – контроль знаний (закрепление), могут быть использованы такие методы как коллективная мыслительная деятельность, тестирование и т.д.

3 этап – формирование профессиональных умений, навыков на основе знаний и развития творческих способностей. Возможно использование моделированного обучения, игровых и неигровых методов [5].

В учебном процессе активные методы обучения должны составлять не менее 20 % аудиторных занятий.

Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, определяется: целью общеобразовательной программы (ООП); контингентом обучающихся; содержанием дисциплин.

Виды инновационных обучений: **проблемное обучение** - моделирование творческих процессов; **контекстное обучение** - моделирование профессиональной деятельности; **программированное обучение** - использование средств кибернетики.

Проблемное обучение представляет собой моделирование творческого процесса за счет создания проблемной ситуации [6]. Формами проблемного обучения являются:

- проблемное изложение – проблемная лекция, лекция визуализация;
- совместное обучение - клинический разбор, мастер-классы, дискуссии, дебаты, конференции и др.;
- творческое обучение – студенты сами формулируют проблему и находят ее решение (СРС – составление клинических задач, алгоритмов, презентаций и др.).

Согласно представленным сведениям, в учебном процессе клинических кафедр КазНМУ в рамках ООП по специальности «Общая медицина» достаточно широко используются различные формы проблемного обучения, которые представлены в таблице 1

Таблица 1 - Формы проблемного обучения, применяемые кафедрами терапевтического профиля на практических занятиях студентов 4 курса по специальности «Общая медицина»

№	Формы проблемного обучения	Кафедры
1	ролевые игры	СНМП, ВОП 1, ВОП 2, ВОП 3, ВБ №1, ВБ №2, ВБ №4, Инфекционные бол. Пропедевтики Клин.фармакология. СНМП, ВОП 1,
2	иммитационные игры	
3	кейс-метод	
4	«мозговой штурм»	
5	работа в малых группах	
6	элементы PBL (проблемно-ориентированного обучения)	
7	метод эссе	
8	метод «круглого стола»	
9	СРС в виде презентаций (каждый учит каждого)	
10	лекция дискуссия «Актуальность инфекционных болезней на современном этапе», мини лекции	
11	определение активности ревматических заболеваний по Международным индексам (BASDAI, DAS, VAS)	
12	дискуссии	
13	дебаты	
14	конференции	
15	«мастер-классы» по проведению практических занятий	
16	метод проектов	

При **контекстном** обучении моделируется содержание профессионального труда, обеспечивающего трансформацию учебной деятельности студента в профессиональную деятельность специалиста, что возможно при проведении

курации больных с целью составления курационного листа и закрепления практических навыков у студентов 4 курса во время прохождения 9 терапевтических блоков (рисунок 1).



Рисунок 1 - Освоение практических навыков на блоках эндокринологии («диабетическая стопа») и физиотерапии (туберкулиновая проба) во время практических занятий



Рисунок 2 - Тренинг по аускультации сердца, легких, освоению пикфлоуметрии и рентгенографии легких в ЦПН на пульмонологическом и ревматологическом блоках у студентов 4 курса по специальности «Общая медицина»

Как видно из рисунка 2, некоторые практические навыки (аускультация сердца, аускультация легких, методика снятия ЭКГ и др.) отрабатываются и контролируются в Центре практических навыков (ЦПН) КазНМУ.

Внедрение практических навыков в КазНМУ осуществлялось планомерно с 2002 года, однако за последние годы произошли существенные изменения, позволившие расширить их перечень, качество освоения и контроля в связи с созданием хорошо оснащенного Центра практических навыков (ЦПН) КазНМУ.

Как известно, в учебно-профессиональной деятельности студенты самостоятельно и многократно выполняют профессиональные действия и поступки (сбор анамнеза, физикальное обследование больных, составление планов обследования и лечения, эпикризов, санитарно-просветительной работы), что представляется возможным во время прохождения производственной практики, интернатуры и резидентуры.

В упомянутых условиях осуществляется своего рода *тренинг*, являющийся одним из сравнительно новых методов интерактивного обучения. Различные ситуации, возникающие во время тренинга, являясь учебными и в этом смысле реальными, игровыми, для обучаемого выступают как вполне реальные ситуации, в которых надо действовать со всей ответственностью за результат действия.

Чувство ответственности здесь особое: не только перед самим собой, но и перед партнерами по группе, так как успешность действия каждого – это залог успеха деятельности всей группы.

В этом аспекте *тренинг* напоминает метод *деловой игры*, где тоже сильна ответственная зависимость участников игры друг от

друга. Различие же методов обучения в том, что один из них служит обучению практическому применению теории (по принципу «дело на основе теории»), а другой – практическому обучению самой теории («теория из живой практики»).

Деловая (имитационная, операционная, учебная, дидактическая) *игра* — это метод обучения профессиональной деятельности посредством ее моделирования, близкого к реальным условиям, с обязательным разветвленным динамическим развитием решаемой ситуации, задача или проблемы в строгом соответствии последующих событий с характером решений и действий, принятых играющими на предыдущих этапах.



Рисунок 3 - Проведение занятий в «Школе больного ИБС» резидентами 2 года обучения Пахоменко Е.Н., Садировой С.А. в ГКБ №1

Примером успешного моделирования может служить создание школ «Школа больного ИБС», «Школа больного АГ» и «Школа больного ХСН» силами резидентов, обучающихся по специальности «Кардиология, в том числе детская» на кафедре Внутренние болезни №1 (рисунок 3). Резиденты сами составили методические рекомендации по проведению школ и регулярно читали лекции для больных кардиологических отделений ГКБ №1, приобретая навыки публичных выступлений и умения держаться перед аудиторией, отвечать на вопросы пациентов, а также составления индивидуального портфолио [7].

При контекстном виде обучения возможно применение возрастающих по сложности несколько вариантов клинических игр [8].

Первый вариант игры: «врач — больной». Это основная форма клинической игры, моделирующей условия интеллектуальной профессиональной деятельности врача, направленной на распознавание болезней и лечение больного. Эта форма наиболее проста, она является основой всех клинических игр. Учебная игра «врач — больной» организационно и методически чрезвычайно широка, мобильна и может применяться в диапазоне от единственного играющего с преподавателем студента (во время практики) до применения этой методики на лекции, когда лектор ведет игру со студентами целого потока или даже всего курса.

Второй вариант — «Консилиум». Эта игра отличается тем, что кроме лечащего врача в игре участвуют консультанты. В нашем случае во время практики им является сам преподаватель. Формально эта ролевая игра, где разные играющие выполняют роли врачей разных специальностей и уровня подготовки. По своей сути она односторонняя.

Третий вариант клинической игры — это «Палатный врач». Отличие этого варианта в том, что палатный врач ведет несколько больных. При этом для моделирования наиболее реальной ситуации каждый из этих больных находится на

разных стадиях обследования и лечения, на разных стадиях своих заболеваний. Эта игра может быть проще или сложнее, в зависимости от того, будет ли палатный врач иметь дело с многопрофильными больными, скажем, кардиологическими, пульмонологическими, либо разнопрофильными, когда в палате общего отделения концентрируются больные с разной патологией разных органов и систем. Второй вариант гораздо сложнее для студентов и требует более серьезной подготовки.

Программированное обучение ставит целью повышение эффективности обучения на базе кибернетического подхода. Обучение подразумевает работу студента по электронной версии некоей программы, в процессе выполнения которой, он овладевает знаниями, т.е. усвоение учебного материала с использованием компьютеров, программированных учебников, видеофильмов, создание компьютерных классов для приема зачета в виде тестирования [9].

Как видно из таблицы, в подавляющем большинстве случаев используются обучающие видеофильмы (кафедра СМП), однако, можно отметить появление электронных учебных пособий и видеолекций (кафедры Внутренние болезни №1, ВОП №3), составленные сотрудниками кафедр. Несомненные достоинства видеолекций уже были оценены сотрудниками кафедры ВОП №3, которые считают, что при таком способе изложения теоретического материала появляется возможность прослушать лекцию в любое удобное время, повторно обращаясь к наиболее трудным местам. К тому же, видеолекции могут быть доставлены в учебные центры на видеокассетах, компакт-дисках, в он-лайн режиме (таблица 3). При обучении интернов на кафедрах ВОП стало возможным широко использовать дистанционные технологии:

- off-line консультации, которые проводятся преподавателем с помощью электронной почты или в режиме телеконференции;
- on-line консультации; проводимые преподавателем курса, например, с помощью программы *mirq*;

- сетевые семинары.

Таблица 3 - Видеофильмы и компьютерные обучающие программы, применяемые на практических занятиях кафедр терапевтического профиля у студентов 4 курса по специальности «Общая медицина»

№	Видеофильмы и компьютерные обучающие программы	Кафедры
1	«Инородное тело верхних дыхательных путей»	Кафедра СНМП,
2	«Искусственная вентиляция легких»	
3	«Пневматические шины»	
4	«Интубация трахеи»	
5	«Сердечно-легочная реанимация»	
6	«Катетеризация подключичной вены»	
7	«Катетеризация яремной вены»	
8	«Применение наружного электрического дефибриллятора»	
9	«Анестезия позвоночника»	
10	«Инвазивное измерение АД»	
11	«Катетеризация перидурального пространства»	Кафедра пропедевтики,
12	«Аускультация легких» «Аускультация сердца»	
13	«Пальпация живота»	
14	«Перкуссия легких»	
15	«ЭКГ при ИМ»	Кафедра ВБ №1,
16	Электронное учебное пособие «Коронарный синдром»	
17	«Методика проведения физиопроцедур»	Кафедра клинич.фармакол., физиотерапии и ЛФК
18	Электронное учебное пособие «Стандарты диагностики и лечения особо опасных инфекций...»	Кафедра Инфекционных болезней
19	Видеолекции	Кафедра ВОП №3

Технология проведения сетевых семинаров включает составление на подготовительном этапе плана проведения семинарского занятия, определение круга учебной и научной литературы. Задание и программу семинарского занятия интерны получают не позднее, чем за 1 неделю до его проведения по электронной почте (рисунок 4).

Одной из современных форм новых педагогических технологий является *проект*. Цель *проектного* метода - развитие творческих навыков в научно - исследовательской работе студентов, обучение их поиску информации и работе с литературой, интегрирование знаний и развитие мышления.

Причины использования метода *проектов*:

- необходимость не передавать студентам знания, а научить приобретать эти знания самостоятельно, уметь пользоваться приобретенными знаниями для решения новых познавательных и практических задач;
- учится приобретать коммуникативные навыки и умения;

- учится налаживать человеческие контакты, знакомится с разными культурами, точками зрения на одну проблему;
- умение пользоваться исследовательскими методами: собирать информацию, факты, уметь анализировать их с разных точек зрения, выдвигать гипотезы, делать выводы и заключения.

В медицинских ВУЗ-ах во время выполнения используются в качестве источника информации реальные медицинские документы (истории болезни, амбулаторные карты, анкеты). Для получения и обработки информации требуется умение в использовании компьютерной техники. Результаты проекта оформляются письменно и подлежат официальной презентации (доклад, публикации). Защита проекта вырабатывает у студента навыки выступления и стремление к углублению и совершенствованию своих знаний.

Считается, что метод «проекта» рациональнее использовать при выполнении НИРС, на выпускных курсах и постдипломном обучении.



Рисунок 4 - Проведение сетевого семинарского занятия на кафедре ВОП №3

Таким образом, работа внедрению инновационных методов в КазНМУ охватывает все виды инновационных обучений в соответствии задачами, поставленными в ООП. Ускорению реализации этого процесса способствовало улучшение обеспечения кафедр компьютерной техникой, открытие ЦПН и внедрение компетентностного подхода.

Желательно шире документировать внедренные на кафедрах инновации в виде «Актов внедрения», методических пособий и других методических документов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ступина С.Б. Технологии интерактивного обучения в высшей школе: Учебно- методическое пособие. – Саратов: Издательский центр «Наука», 2009. – 52 с.
- 2 Дещёкина М.Ф., Дианкина М.С., Ильенко Л.И., Лениченко В.П. Деловая клиническая игра в медицинском институте// Педиатрия имени Сперанского. - 1989. - № 3. - С.69-72.
- 3 Дианкина М.С.«Профессионализм преподавателя высшей медицинской школы (психолого-педагогический аспект). – М.: 2000. – С.16.
- 4 Долгоруков А. Метод case-study как современная технология профессионально-ориентированного обучения [Электронный ресурс] Режим доступа <http://www.vshu.ru/lections>.
- 5 Концепции развития Волгоградского государственного медицинского университета на 2008 - 2012 гг/В.Б. Мандриков, А.А. Воробьев, М.Е. Стаценко, С.В.Недогода и др.; Под ред. ректора ВолГМУ, акад.РАМН, засл. деят. науки РФ В.И. Петрова. - Волгоград: изд-во ВолГМУ. - 2008. – 143 с.
- 6 Наумов Л.Б. Учебные игры в медицине. - М. - 1986. - 23 с.
- 7 Гуляева, С.П. Портфолио: рекомендации по созданию и использованию в предпрофильной подготовке / С.П.Гуляева.- Новокузнецк: изд-во МОУ ДПО ИПК. - 2005. – 73с.
- 8 Новикова, Т.Г. Анализ разработки портфолио на основе зарубежного опыта / Т.Г.Новикова // Развитие образовательных систем в контексте модернизации образования. – М.: Academia; АПКИПРО, 2003. – С.37.
- 9 Рекомендации по оценке результатов образовательного процесса в системе бакалавриата и магистратуры (материалы подготовлены к.п.н., доцентом РГПУ им. А.И.Герцена Писаревой С.А. (с) 2003. Петровский портал, <http://www.socspb.ru>).

Б.Ш. ТУКЕШЕВА, Р.С. БЕГИМБЕТОВА

ТЕРАПИЯ МАМАНДЫҒЫ БОЙЫНША КЛИНИКАЛЫҚ КАФЕДРАЛАРДЫҢ ОҚУ ҮРДІСІНЕ ИННОВАЦИЯЛАР ЕҢГІЗҮ

Түйін: Жалпы медицина мамандығы 4 курсының студенттеріне оқытуға инновациялар қолдануындағы алдын-ала сараптамасы жүргізілген. Нәтижесінде барлық терапиялық кафедраларда инновациялық оқытудың проблемалық, контекстік және жоспарлы түрлерін еңгізудің жақсы деңгейі анықталды. Мүмкіндігінше жұмыс нәтижелерін еңгізу актілерімен толықтыру қажет.

Түйінді сөздер: инновациялар, контекстік, проблемалық, жоспарлы түрлері.

B.SH. TUKESHEVA, BEGIMBETOVA R.S..

IMPLEMENTATION OF INNOVATIONS INTO EDUCATIONAL PROCESS AT THE CLINICAL CHAIRS OF THE THERAPEUTIC PROFILE

Resume: A preliminary analysis of the use of innovations in teaching students of the 4th course of OM in internal medicine. Found a reasonably good level of implementation of the problem, the context and programmed types of innovative training at all the departments of the therapeutic profile. It is desirable to wider document the ongoing work of acts of implementations.

Keywords: innovation, competence, problem, context, programmed species.

УДК 378.1:378.096

К.М.ТУРЛАНОВ, Э.Ф.АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К.АЛЬМУХАМБЕТОВ, А.И.КАРАБАЕВА

Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

ОРГАНИЗАЦИЯ И УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ВРАЧА СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

В статье рассматриваются вопросы организации и учебно-методического обеспечения производственной практики «Помощник врача скорой и неотложной медицинской помощи», основные результаты первого года проведения практики на 5 курсе факультета «Общая медицина».

Ключевые слова: производственная практика, скорая медицинская помощь.

В настоящее время совершенствование системы профессионального образования и профессиональной

подготовки врачей является одной из актуальных проблем развития медицины [1, 2]. Современная тенденция развития

системы профессионального образования направлена на создание оптимальных условий для получения качественного образования, что способствует реализации внутреннего потенциала студентов в процессе обучения и формированию удовлетворенности учебной деятельностью [3, 4, 5].

Согласно ГОСО 2006 производственная практика (ПП) «Помощник врача скорой и неотложной медицинской помощи» предусмотрена на 5 курсе факультета «Общая медицина» в объеме 144 часа (24 дня).

Кафедрой скорой и неотложной медицинской помощи разработаны соответствующие Типовая учебная программа (Астана, 2010) и рабочая учебная программа (2011). Программа предназначена для реализации государственных требований к уровню подготовки и обязательному минимуму содержания по дисциплине «Скорая и неотложная медицинская помощь» по специальности 051301- «Общая медицина».

Цель практики: закрепление знаний и умений, полученных студентами в процессе изучения дисциплины «Скорая и неотложная медицинская помощь», совершенствование практических навыков по непосредственному обследованию больного, проведению дифференциальной диагностики и назначению адекватной индивидуальной неотложной помощи на вызовах скорой медицинской помощи.

Задачи практики:

- ознакомление с организацией работы и оформлением медицинской документации службы скорой и неотложной медицинской помощи;

- закрепление и дальнейшее совершенствование практических навыков по составлению плана обследования, непосредственному обследованию больного, проведению дифференциальной диагностики и назначению адекватного индивидуального лечения на вызовах скорой медицинской помощи, работа в качестве помощника врача скорой медицинской помощи;

- углубление и совершенствование практических навыков по выполнению врачебных манипуляций;

- совершенствовать навыки межличностного общения и консультирования пациентов.

Во время прохождения практики практическая работа студентов включает выезды к больным, установление диагноза и оказание скорой и неотложной медицинской помощи.

Практика проводится в лечебно-профилактических учреждениях, утвержденных в качестве баз практики, основной базой является ГККП «Станция скорой медицинской помощи» города Алматы. В период прохождения практики студенты обязаны подчиняться правилам внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения, принимать участие во всех мероприятиях по организационной и лечебно-методической работе.

Проводят производственную практику со студентами преподаватели, имеющие непосредственный опыт работы на скорой и неотложной медицинской помощи. Со студентами проводится инструктаж по соблюдению техники безопасности при работе на бригадах скорой медицинской помощи и с медицинской аппаратурой. Охрана труда и техника безопасности строго соблюдаются

Текущий контроль проводится руководителем практики:

– ознакомление студентов с рабочей программой и структурой учебно-производственной практики, инструктивными документами, формой контроля;

– распределение и закрепление за студентами бригад скорой медицинской помощи;

– осуществление постоянного контроля за работой студента на вызовах;

– проведение клинических разборов больных;

– проверка оформления карт вызовов скорой медицинской помощи и другой медицинской документации.

Конечными результатами прохождения практики являются

Студент должен знать:

– организацию службы СМП;

– виды бригад СМП их оснащение и основы организации их работы;

– клинику неотложных состояний больных и пострадавших;

– оказание экстренной медицинской помощи при urgentных состояниях;

– деонтологию медицинского работника и пациентов;

– принципы диагностики и реанимации при состоянии клинической смерти;

– принципы безопасной работы с медицинской аппаратурой;

– Студент должен уметь:

– проводить лечение больных в экстремальных ситуациях;

– пользоваться аппаратами, имеющимися на оснащении бригад СМП (дыхательная аппаратура, дефибрилляторы, ЭКГ, небулайзеры, глюкометры и др.);

– провести искусственную вентиляцию легких и закрытый массаж сердца;

– провести ингаляцию кислорода;

– провести транспортную иммобилизацию у пострадавших;

– определить уровень глюкозы в крови у пациентов;

– оценивать функциональное состояние больных во время транспортировки;

– владеть техникой снятия электрокардиограмм;

Владеть навыками:

– проведения СЛР (ЗМС и ИВЛ) всеми доступными методами;

– наложения транспортных шин;

– введения лекарственных препаратов (парентерально, ингаляционно и др.);

– регистрации ЭКГ;

– определения уровня глюкозы в крови;

– правильно и своевременно заполнять основную медицинскую документацию;

– способы транспортировки больного или пострадавшего.

Виды и объем деятельности студентов при прохождении практики:

– ежесуточный выезд к больным с бригадой скорой медицинской помощи (3-4 вызова), отчет по дежурству;

– составление плана рационального обследования больного;

– выставление предварительного диагноза согласно Международной классификации болезней X пересмотра;

– проведение дифференциальной диагностики;

– назначение плана неотложной терапии, разработка тактики ведения больного на догоспитальном этапе;

– оценка эффективности проводимой терапии;

– рекомендации для проведения дальнейшего лечения;

– выполнение и активное участие в проведении лечебно-диагностических манипуляций;

– участие в патолого-анатомических, научно-практических конференциях базового учреждения, клинических разборах, презентациях фирмами новых медикаментов;

– проведение санитарно-просветительной работы на вызовах скорой медицинской помощи.

Методы обучения и преподавания

На всех этапах деятельности студенты обсуждают с руководителем практики отдельные вопросы по заполнению медицинской документации и ведению дневника вызовов, по технике безопасности, по вопросам диагностики, дифференциальной диагностики, неотложной помощи и тактике госпитализации на догоспитальном этапе.

Последовательность и распорядок выполнения различных видов деятельности в течение дня может меняться в зависимости от производственных условий, рекомендуется для полного усвоения навыков чередовать работу студентов до и после обеда.

Документация по ПП: Студент ведет дневник и оформляет отчет производственной практики, который подписывается студентом, руководителем практики, заведующим подстанцией. Руководитель практики дает характеристику работе каждого студента. После сдачи зачета среди студентов проводится анкетирование, позволяющее руководителям ПП и кафедре оценить уровень проводимой ПП и принять своевременные меры к совершенствованию ПП как составной части учебного процесса.

Дифференцированный зачет

Проводится независимой комиссией в Центре практических навыков.

1 этап – сдача дневника: преподаватель проверяет правильность оформления дневника, оценивается объем выполненной работы, проводится собеседование по дневнику.

2 этап – практический навык: преподавателем оценивается выполнение на муляже катетеризации мочевого пузыря.

Итоговая оценка выставляется по результатам 1 этапа – 60% оценки и 2 этапа – 40% оценки.

В 2011-2012 учебном году ПП прошли 53 группы: 1043 студента

- 38 групп казахского отделения – 767 студентов
- 14 групп русского отделения – 272 студента
- 1 группа иностранного отделения - 4 студента

Результаты дифференцированного зачета ПП «Помощник врача скорой и неотложной медицинской помощи» 5 курс ОМ 2011-2012 уч.г. (независимая комиссия):

- ☉ Казахское отделение - средний балл 4,6
- ☉ Русское отделение – средний балл 4,7
- ☉ Иностранное отделение- средний балл 5,0

Трудности при проведении ПП:

Большое количество студентов приходят одновременно на клинические базы. В связи с чем, затруднено:

- самостоятельное индивидуальное выполнение практических навыков на всех базах
- обеспечение ПП квалифицированными ППС (из-за наплыва групп приходится привлекать совместителей – врачей высшей категории)

• напряженная обстановка со стороны медперсонала клинических баз и со стороны студентов снижает эффективность усвоения практических навыков

• Предложения по улучшению эффективности ПП:

- Равномерное распределение студентов по клиническим базам обеспечило бы более высокую эффективность проведения практики
- Наличие отдела практики позволило бы лучше ее организовать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Назифуллин В.Л., Насретдинова Л.М., Аглымова Д.В. Профессиональная адаптация студентов в условиях производственной практики - составляющая профессионализма будущих медицинских работников\ \ Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2010. - Т. 12. - № 5-2. - С. 376-378.
- 2 Михеева Н.М., Лобанов Ю.Ф., Беседина Е.Б., Иванов И.В. Учебная практика студентов медицинского вуза - новый стандарт овладения профессиональными компетенциями.\ \ Успехи современного естествознания. - 2012. - № 7. - С. 41-45.
- 3 Андреева Н.В. Практико-ориентированное обучение в процессе профессионального самоопределения студентов\ \ Педагогическое образование и наука. - 2009. - № 12. - С. 84-87.
- 4 Дудина В.И., Коробенкова М.А. Формальные нормы и неформальные практики в работе персонала выездных бригад скорой медицинской помощи\ \ Журнал социологии и социальной антропологии. - 2011. - Т. XIV. - № 2. - С. 165-181.
- 5 Богданов Р.Р., Хусаенова А.А., Насретдинова Л.М. Профессионально - адаптивные функции учебно- производственной практики\ \ Медицинский вестник Башкортостана. - 2011. - Т. 6. - № 1. - С. 119-121.

К.М.ТУРЛАНОВ, Э.Ф.ӘЛМҰҚАМБЕТОВА, М.К.ӘЛМҰҚАМБЕТОВ, А.И. ҚАРАБАЕВА

ӨНДІРІСТІК ТӘЖІРБИЕНІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ОҚУ-ӘДІСТЕМЕЛІК ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ «ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ ДӘРІГЕРІНІҢ КӨМЕКШІСІ».

Түйін: Ара мақалада ұйымның және өндірістік тәжірибенің учебно-методического қамсыздандыруының сұрақтары дәрігердің "көмекшісінің жүрдек және шұғыл медициналық көмекке" қарастырылады, тәжірибенің жаса- бірінші жылының негізгі нәтиже бас факультет 5 курс "ортақ медицина" .

Түйінді сөздер: өндірістік тәжірибе, ЖМЖБ.

K.M.TURLANOV, E.F.ALMUHAMBETOVA, M.K.ALMUHAMBETOV, A.I. KARABAIEVA

ORGANIZATION AND METHODOLOGICAL SUPPORT MANUFACTURING PRACTICE
"PHYSICIAN ASSISTANT EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE"

Resume: The questions of organization and educational software manufacturing practices "Physician assistant emergency medical assistance," the main results of the first year of practice in the 5th year of the faculty "general medicine".

Currently, improving the system of vocational education and training of doctors is one of the urgent problems of medicine [1, 2]. The trend in the vocational education system aimed at creating optimal conditions for quality education that promotes self-fulfillment of students in the learning process and the formation of satisfaction training activities [3, 4, 5].

According to SES 2006 manufacturing practice (PP) "Physician assistant emergency medical assistance" provided on a 5 course faculty "General medicine" in the amount of 144 hours (24 days). Department of Primary and emergency care developed appropriate model curricula (Astana, 2010) and work study program (2011). The program is designed to implement the state requirements for the preparation and content of the compulsory minimum of discipline "emergency medical care" in the specialty 051301 - "General Medicine". Target Practice : Building on the knowledge and skills acquired by students in the study of the discipline "emergency medical care", improvement of practical skills in the direct examination of the patient, the differential diagnosis and assigning adequate individual emergency calls for ambulances.

Keywords: industrial practice, ambulance.

К.А.ТУЛЕБАЕВ, Л.С.ШЫНГЫСБАЕВ, М.Т.СУЛТАНОВА

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТНОГО РОСТА СТУДЕНТА КАЗНМУ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

В статье отражены новые подходы в воспитательном процессе в свете компетентностно-ориентированного обучения.

В ней говорится об активном участии вуза в процесс становления личности студента. Воспитание должно интегрироваться в общий процесс обучения. Речь идет о формировании личности будущего специалиста-врача обладающей высокой общей и профессиональной культурой имеющий обозначены перспективы.

Ключевые слова: воспитание, модель, гуманизм, патриотизм.

Участие Казахстана в Болонском процессе предполагает нацеленность на повышение качества образования, создание общеевропейского образовательного пространства, позволяющего повысить мобильность специалистов на рынке труда, их конкурентоспособность, выработку согласованных критериев взаимного признания дипломов, общих подходов к содержанию, повышению качества обучения и воспитания[1]. За последние годы в Казахстане активно проводится работа по оптимизации высших учебных заведений. Задача оптимизации вузов, поставленная Президентом Республики Казахстан Н.А. Назарбаевым, должна решить главный вопрос - повышения качества казахстанского образования до уровня мировых стандартов[2]. На сегодняшний день назрела необходимость подготовки специалиста, имеющего качественно новую фундаментальную и профессиональную подготовку и вместе с ним воспитанного в духе лучших достижений отечественной и мировой науки, культуры и здравоохранения. В новых условиях получения образования студентам предстоит учиться, перестроить подходы к приобретению ими знаний и ключевых компетенций с последующим применением их в практической деятельности. Необходимо формирование и развитие гуманной, интеллектуальной, поликультурной личности, владеющей творческими умениями и навыками в усвоении общечеловеческих ценностей, склонной к овладению профессии врача, соответствующие международным образовательным стандартам и занимать ведущее место в культурном авангарде общества.

Обществу и работодателям сегодня нужны компетентные, нравственные, предприимчивые молодые люди, имеющие активную жизненную позицию, обладающие лидерскими качествами, гибким мышлением, готовые к международному сотрудничеству.

Стратегия воспитательной работы в университете ориентирована на активное участие вуза в процессе становления личности студента. Воспитательный процесс в университете интегрирован в общий процесс обучения и развития. Основными составляющими является: организация самой внутривузовской среды, стимулирование студенческого самоуправления не только в сфере учебы и научной деятельности, также в организации досуга.

Для этого в нашем университете делается очень многое. Вначале был только Комитет по делам молодежи, после этого был создан отдел по воспитательной работе, в прошлом учебном году были организованы: Управление по социально-воспитательной работе, затем Департамент развития социально-культурных компетенций студентов. Все эти структуры нацелены на формирование у студентов важных социально-значимых качеств. С вхождением в Болонский процесс в университете была разработана «Модель медицинского образования», где определены следующие основные 5 компетенций образовательного процесса, это - знания, практические навыки, коммуникативные навыки, правовые компетенции, самосовершенствование студента [3].

В ходе реализации этой модели появилась необходимость в более детальном подходе к пятой компетенции, студент

самосовершенствуется не только в профессиональном плане, но должен саморазвиваться как личность.

Для этого была разработана «Модель формирования и развития личностного роста выпускника КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова», где обозначены основные качества (ориентиры), которыми необходимо овладеть студенту в процессе обучения, а также определены методы ее реализации. Среди социальных ориентиров формирования студента, как личности на первый план выходят следующие ценностные ориентиры: гуманизм, патриотизм, толерантность, высокая культура и лидерство.

Одним из основных является - гуманизм. Ведь мы обучаем прежде всего врачей. Врач-гуманист, рассматривает человека и его здоровье как величайшую ценность общества и умеет применить полученные знания и умения по отношению к каждому пациенту. Проявлениями гуманизма являются милосердие и доброта, т.е. проявление сострадания, отзывчивость, бескорыстная готовность откликнуться и помочь на зов и проблемы окружающих, любовь и внимание к человеку. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой врача, принципами гуманизма и милосердия, постулатами мирового сообщества врачебной этики и деонтологии. Для реализации этого качества наши студенты уже на начальных курсах работают в хосписе, посещают школы-интернаты с детьми с ограниченными возможностями, дома престарелых. С этими учреждениями заключаются договора и в течение года студенты согласно графика посещают их и оказывают помощь людям, которые в них нуждаются. Кроме этого студенты сами занимаются волонтерской деятельностью, а также участвуют в различных акциях.

Врач обязан всегда принимать и понимать своего пациента независимо от его этнической принадлежности и религиозных убеждений. Уважительно и бережно относиться к традициям и культуре, искусству и религии народов, проживающих в многонациональном Казахстане, вырабатывать в себе стойкий иммунитет к деструктивным религиозным течениям, проявлять сдержанность и толерантность в дестабилизирующих ситуациях. Президент Н.Назарбаев подчеркивает, что нужно учить многонациональную молодежь идентифицировать себя с историей Казахстана, важнейшими ценностями предыдущих поколений[2]. Студенческая молодежь это в будущем основа политической, экономической и научной элиты общества. Как никогда раньше должны осознавать свою историческую, культурную, национальную и духовную принадлежность Родине, выполнению патриотического долга. «Поликультурное воспитание в вузе предполагает обращение к истокам народной педагогики, кладезь мудрости, запаснику педагогической мысли и нравственного здоровья, основанному на этнической культуре, базирующейся на системе ценностей, формирующейся посредством народных традиций, обычаев, обрядов, способов мировосприятия, сохраняющихся и передающихся от поколения к поколению, составляющих уникальный вклад каждой нации в общечеловеческую цивилизацию, образующих общечеловеческие ценности»[4].

Важнейшей частью воспитания в нашем университете являются традиции, опираясь на которые мы движемся вперед. Традиции отражают дух, ценности и мечты людей, получивших путевку в жизнь в стенах нашего университета. Беречь и развивать их - долг будущего врача. Мы на примере наших известных ученых-медиков, внесших неоценимый вклад в медицину воспитываем молодое поколение. Они обучаются в именных аудиториях и корпусах. Для них функционируют «Аллея героев», «Tabula Prima», «Аллея жизни», Центр военно-патриотического воспитания имени Бауыржана Момыш-улы, площадь Гиппократова и многое другое.

В университете обучаются студенты из 17 стран, 34 национальностей. Для сплочения студенчества, для увеличения их корпоративного духа в университете проводятся такие мероприятия как: «Дни Университета», «Этнофестиваль», «Екі Жұлдыз», «Наурыз» и многое другое

Сегодня быть хорошим специалистом намного труднее, чем несколько десятилетий назад. «В национальном проекте «Интеллектуальная нация - 2020» Президент РК Н.А.Назарбаев выделяет в качестве одного из основных направлений его реализации духовно-нравственное воспитание молодёжи, формирование системы ценностей, в основе которой лежат такие «качества, как трудолюбие, честь, порядочность, стремление к постоянному самосовершенствованию и обучению»[5]. Культура будущего врача проявляется в честном уважительном и сострадательном отношении к пациенту и его родственникам. Не менее важно терпеливое и уважительное отношение к своим коллегам, требовательное и уважительное отношение к медицинскому персоналу, недопустима грубость, повышенный тон. Составной частью внешней культуры является и культура речи врача. Когда речь идет о культуре, необходимо помнить и о культуре здоровья, иными словами будущий врач должен быть проводником и пропагандистом здорового образа жизни. Выпускник КазНМУ должен является носителем высочайшей этики и профессионализма, интеллигентности и интеллектуальности, эстетической и физической культуры. Все это студенты обучаются непосредственно в стационарах: на занятиях и при прохождении производственной практики.

Врач должен обладать такими лидерскими качествами как уверенность в себе, инициативность, умение создать команду, коммуникабельность, справедливость, креативность. С целью воспитания вышеуказанных качеств университете создан клуб будущих лидеров Top-100KazNMU, Дебатные клубы, Центр коммуникативных навыков. Планируются проведение тренингов по лидерству.

Воспитательная деятельность - это одна из важнейших составляющих процесса формирования высококвалифицированного специалиста в любой области. При этом студенчество занимает особое положение в социальной структуре общества. В общественном развитии Казахстана возрастает активность студенческой молодёжи. Прежде всего она выражается в развитии студенческого движения[6]. Целью является формирование активной жизненной позиции студентов, содействие развитию их социальной зрелости, самостоятельности, улучшение профессиональной подготовки, способности к самоорганизации и саморазвитию, подготовка студентов к компетентному и ответственному участию в жизни общества. В этом направлении работает Студенческое Правительство Университета (СПУ) - деятельность которого направлена на обеспечение прав студентов и реализацию молодежной политики, принципов корпоративного управления

и корпоративной этики. В университете «студент», ключевое звено, наши студенты принимают участие в принятии решений во всех сферах деятельности касающихся студентов. С начала нового учебного года планируется введение должности «Студенческого декана».

Для поддержания здоровья студентов, а также развития их талантов, в университете созданы все условия для занятия спортом, и реализации творческого потенциала. В университете есть спортивный зал где функционируют различные секции. Создан университетский театр «Concordia» где работают различные творческие кружки: ансамбль казахских народных инструментов «Дала сазы», хор, вокально-инструментальный ансамбль «Сырттан», СТЭМ, танцевальный ансамбль и др.

С целью адаптации вчерашних школьников к студенческой среде и к жизни в мегаполисе, возникла острая необходимость в организации деятельности кураторов новой фармаций - тьюторов. В классическом понимании тьютор - это лицо, помогающее обучающимся осваивать изучаемую с преподавателем дисциплину. В нашей ситуации тьютор призван сопровождать не только индивидуальную образовательную программу студента, но и помогает социальной адаптации студента и способствует его личностному росту. При этом труд тьютора, в отличие от прежней кураторской службы стал оплачиваемым. Нынешний, все же небольшой опыт показывает, что студенты обучающиеся с тьюторским сопровождением, быстрее адаптируются к постоянно меняющимся условиям жизни, с первого курса демонстрируют стабильные результаты обучения, творческий подход к практической и научно-исследовательской деятельности, а также активно участвуют в жизни вуза. В текущем учебном году тьюторство введено на 1 и 2 курсах, с нового учебного года будет введено на 3 курсе, на старших курсах, учитывая специфику вуза и то, что студенты в основном находятся на клинических базах планируется наставничество. Разработано и утверждено «Положение о тьюторстве», разработана план программа ее реализаций. Также, мы планируем создание «Школы тьюторов». Предусмотрено, введение единой унифицированной формы дневника тьютора, портфолио студента. Основной задачей также остается:

- повышение корпоративного духа студентов, чувство гордости за принадлежность к студенческому сообществу КазНМУ;
- формирование у студентов негативное отношение к коррупции, активной гражданской позиций;
- формирование научного мировоззрения о здоровом образе жизни и привитие ее студентам;
- формирование межнационального и межконфессионального общения;
- расширение деятельности студенческого самоуправления - активное использование его возможностей в системе воспитательной и социальной работы;
- развивать волонтерское движение;

Таким образом, воспитательная деятельность в КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, находится на пути преобразований, решения поставленных задач, достижения четко намеченных целей - выпускника КазНМУ - будущего врача, сочетающего в себе высокую образованность, глубокие профессиональные знания, умения и навыки, активную гражданскую позицию, широкий кругозор, гуманизм, любовь и уважение к истории, культуре и традициям Университета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аканов А.А., Мирзабеков О.М., Ахметов В.И. с соав. Болонский процесс – путь КазНМУ в общеевропейское образовательное пространство. – Алматы: 2010.
- 2 Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства.
- 3 Модель медицинского образования КазНМУ. – 2010.
- 4 Повышение качества воспитания в вузе. Л.И. Столярчук, доктор педагогических наук, профессор. Волгоградский государственный педагогический университет - [www.t21.rgups.ru /archive /doc2008/1/12.doc](http://www.t21.rgups.ru/archive/doc2008/1/12.doc).
- 5 Казахстанская правда, 20.03.2013г. //Уникальная часть педагогики. Н.Аршабеков.
- 6 Концепция государственной молодежной политики до 2020 года. Республика Казахстан.

К.А.ТУЛЕБАЕВ, Л.С.ШЫНГЫСБАЕВ, М.Т.СУЛТАНОВА

ҚАЗҰМУ СТУДЕНТТЕРІНІҢ ЖЕКЕ ӨСУ ҮЛГІСІ: ТӘЖІРИБЕСІ ЖӘНЕ КЕЛЕШЕГІНІҢ ДАМУЫ.

Түйін: Бұл мақалада құзіреттілік-бағдарлы оқу жүйесі бойынша тәрбие процесіне байланысты жаңа тәсілдемелер көрсетілген. Мақалада студенттің жеке тұлғалық қабілетін арттыру үшін оқу орынның белсенді қатысуы жайлы сөз етіледі. Және де тәрбие беру барысы жалпы оқу процесінде біріктірілуі тиіс екені айтылады. Мақала болашақ дәрігер маманы жоғары мәдениетті, қалыптасқан жеке тұлға ретінде қарастырылады.

Түйінді сөздер: тәртіп, үлгі, адамгершілік, патриоттық сезім.

K.A.TULEBAEV, L.S.SHYNGYSBAYEV, M.S.SULTANOVA

MODEL OF PERSONAL GROWTH OF STUDENT KAZNMU: EXPERIENCE AND DEVELOPMENT PROSPECTS

Resume: In article new approaches in educational process in the light of the competence-based focused training are reflected. In it it is spoken about active participation of higher education institution in process of formation of the identity of the student. Education has to be integrated into the general process of training. It is a question of formation of the identity of future specialist doctor by possessing high general and professional culture having prospects are designated.

Keywords: education, model, humanity, patriotism.

УДК 378. 147-322

К.О.ШАРИПОВ, Э.К.КАРЛОВА, Е.В.НЕЧЕПУРЕНКО

*Казахский Национальный Университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра биологической химии, г. Алматы*

ИГРОВЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ОБЩЕЙ ХИМИИ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ

Использование интерактивных методов обучения обусловлено необходимостью улучшения качества подготовки специалистов. Правильная организация занятий является важным инструментом в повышении качества обучения. Рекомендуется использовать игровые методы обучения, которые стимулируют мыслительную деятельность студентов, развивают их познавательную активность, позволяют приобрести коммуникативные навыки.

Ключевые слова: интерактивные методы обучения, традиционные методы обучения, игровой метод, познавательная деятельность.

Одной из основных целей Болонского процесса является обеспечение необходимого качества высшего образования. Для улучшения качества подготовки специалистов необходимо применить современные активные методы обучения, обеспечивающих творческую активность студентов, направленных на формирование и развитие профессионального мышления, способностей к освоению новых способов профессиональной деятельности [1].

На кафедре биологической химии сложились определенные традиции, самой важной из которых является непрерывное стремление к совершенствованию, поиску эффективных путей организации учебно-воспитательного процесса. Преподавателями накоплен богатый опыт работы с использованием интерактивных методов обучения. Кафедра создает все условия, необходимые для обеспечения студентам возможности получения качественного доступного образования.

В курсе общей химии студенты-медики изучают общие энергетические и кинетические закономерности протекания химических и биохимических процессов, основные типы реакций, протекающих в организме: протолитические, гетерогенные, окислительно-восстановительные, лигандообменные равновесия. Согласно принципу профессиональной направленности они познают свойства растворов биополимеров, электролитов и неэлектролитов, причины возникновения осмоса и осмотического давления, основы количественного анализа, способы количественной характеристики состава растворов, основы электрохимических процессов, строение биоконплексных соединений, в частности гемоглобина, элементный состав организма, биологическую роль химических элементов.

Поиски обновления новых методов обучения ведутся в разных направлениях, но одним из наиболее эффективных считается использование игровых методов в учебном процессе. Наряду с

решением иллюстрированных задач и созданием положительной эмоциональной окраски учебной деятельности, любые обучающие игры должны иметь большую содержательную и познавательную насыщенность, научность. Игровой метод, наряду с традиционными методами проведения занятий, повышает эффективность преподавания предмета, делает процесс обучения более интересным, способствует успешному освоению изучаемого материала, формируют навыки коллективной работы [2].

Примером может служить использование такого метода интерактивного обучения, как «Папка со входящими документами», который создает типичную обстановку офиса с его многообразием документов. В ходе работы студенты научатся сортировать эти документы по определенным параметрам и там, где это необходимо, предпринимать определенные действия. Применение этого метода активизирует деятельность студентов, формирует познавательный интерес, позволяет осуществлять связь обучения с жизнью [3].

Игры-соревнования с использованием компьютерных технологий позволяют в зависимости от материала вводить в игру вопросы разного уровня сложности – от простых, требующих запоминания и простого воспроизведения изученного материала, до более сложных – требующих

понимания проблемы, применения полученных знаний и их интерпретации.

Соревновательность в работе, возможность посоветоваться, реализовать и восполнить острый дефицит времени - все эти игровые элементы активизируют учебную деятельность студентов, формируют интерес к предмету. Игры предполагают проблемный характер обучения, так как возникают вопросы, на которые нужно дать ответ, ситуации, в которых необходимо найти пути решения, что в итоге приводит к творческому поиску. При анализе обратной связи от студентов по внедрению игровых методов обучения на 1 курсе факультета общей медицины была выявлена положительная реакция студентов на обучение с использованием игровых методов.

Таким образом, в условиях кредитной системы обучения, где студент в основном должен обучаться самостоятельно, игровые технологии стимулируют познавательный интерес, ведь любая учебная игра толкает на поиск ответа, ситуация успеха создаёт благоприятную атмосферу, а результат в игре команды будет зависеть от всех участников. Использование игр в учебно-воспитательном процессе позволяет раскрыть творческие способности студентов, сформировать у студентов умение находить пути решения, стремление понять и прислушаться к точке зрения других, развитие навыков общения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.К. Мынбаева, З.М. Садвакасова. Инновационные методы обучения или как интересно преподавать.- Алматы: 2010. -340 с.
- 2 О.И. Бибик, Л.И. Маренкова. Современные педагогические технологии, применяемые преподавателями в учебном процессе на кафедре общей и биологической химии.- Материалы учебно-методической конференции Кемеровской государственной медицинской академии, посвященной 55-летию КемГМА: внутривуз. сб. тр. – Кемерово: КемГМА, 2010. - 165 с.
- 3 Лазарева, И. А. Возможности повышения качества учебного процесса при использовании методов активного обучения / И. А. Лазарева // Инновации в образовании. - 2004. - № 3. - С. 52–60.

К.О.ШАРИПОВ, Э.К.КАРЛОВА, Е.В.НЕЧЕПУРЕНКО

ЖАЛПЫ ХИМИЯ ПӘНІН ОҚЫП-ҮЙРЕНУ БАРЫСЫНДА СТУДЕНТТЕРДІҢ ТАНЫМДЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІН АРТТЫРАТЫН ҚҰРАЛ РЕТІНДЕ ОҚЫТУДЫҢ ОЙЫН ТӘСІЛДЕРІН ҚОЛДАНУ

Түйін: Оқытудың интербелсенді әдістерін қолдану - бәсекеге қабілетті білікті маман даярлауға негізделген. Оқыту сапасын арттырудың маңызды тәсілдерінің бірі – сабақты жүргізуді дұрыс ұйымдастыра білу. Студенттердің ойлау қабілетін арттыруға, танымдық белсенділігін жетілдіруге, сонымен қатар коммуникативті дағдыларды игеруге септігін тигізетін оқытудың ойын тәсілдері ұсынылады.

Түйінді сөздер: оқытудың интербелсенді әдістері, оқытудың дәстүрлі әдістері, ойын әдісі, танымдық белсенділік.

K.O. SHARIPOV, E.K.KARLOVA, E.V. NECHEPURENKO

GAME TRAINING METHODS FOR STUDY OF GENERAL CHEMISTRY FOR INCREASING INFORMATIVE ACTIVITY OF STUDENTS

Resume: Using interactive training methods need to improve quality of specialist training. Proper organization of training is important tool for improving the quality of education. Recommended to use the game teaching methods which are stimulate mental activity of students, develop their cognitive activity can acquire communication skills.

Keywords: interactive teaching methods, traditional methods of teaching, game method, cognitive activity.

**РАЗДЕЛ II:
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»**

УДК 616.31-608.2+681.7.035

И.А. АСТАХОВА, Т.С. САФАРОВ, Г.М. ТЕБЕНОВА

Казахский Национальный Медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, Алматы

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ БИОСТЕКЛОКЕРАМИКИ (БСК)

В статье авторы предлагают усовершенствованную технологию изготовления несъемных зубных протезов на основе биостеклокерамики (БСК) наряду с применением конструкций на стеклянных опорах из материала ZX-27. Предлагаемая технология изготовления протезов из БСК модифицирована на лабораторных этапах изготовления зубных протезов.

Ключевые слова: зубное протезирование, методика изготовления протезов, стеклянные опоры, биостеклокерамика, модификация.

При недостаточном количестве опорных зубов у больных, рекомендуется съемное протезирование или имплантация [2]. В современной ортопедической стоматологии при отсутствии условий для дентальной имплантации и при отказе носить съемный протез пациентом можно рекомендовать альтернативные варианты [1].

В последние годы в ортопедической стоматологии начали широко использовать современную технологию изготовления на «Стеклокерамической опоре ZX-27». Сущность системы стеклянных опор ZX-27 является то, что она решает у пациентов проблему отсутствия собственных опорных зубов в полости рта, необходимых для изготовления постоянных протезов. При этом нет необходимости в хирургическом вмешательстве. Изготавливается металлокерамический протез с опорой на собственные зубы и стеклянной опоры на десну, без хирургических манипуляций. Стеклянные опоры ZX-27, которые изготовлены из специального биосовместимого материала, заменяют отсутствующие собственные опорные зубы, причем они прилегают к слизистой оболочке альвеолярного гребня в беззубых частях верхней и нижней челюстей. Каждый полуфабрикат стеклянной опоры ZX-27 термически и

механически обрабатывается индивидуально для каждого пациента таким образом, чтобы он точно копировал рельеф слизистой оболочки альвеолярного отростка [1].

Данный метод не является универсальным. Для его применения необходимо строго учитывать показания и противопоказания.

На кафедре ортопедической стоматологии КазНМУ с 1984 года ведутся работы по технологии изготовления зубных протезов из ситалла, а с 1997 года из биостеклокерамики (БСК). Ведущим автором этих разработок был доктор медицинских наук, академик института информатизации, профессор Седунов Анатолий Андреевич [4].

В число основных изобретений по технологии БСК вошли следующие патенты и авторские свидетельства: литье и изотермическая пластическая деформация; БСК, конструкционный материал для изготовления несъемных зубных протезов и имплантатов костей челюстно-лицевой области [3,5].

При проведенной сравнительной характеристике физико-механических свойств БСК и стеклянных опор, выявлено следующее (таблица 1):

Таблица 1 - физико-механические свойства БСК и стеклянных опор zx-27

Материалы	Прочность на изгиб МПа	Температура обжига °С
ZX-27	120-150	1560-1600
БСК	220-250	820-850

Как видно из таблицы у БСК высокий показатель прочности на изгиб и низкая температура обжига, что подтверждает достаточную прочность при изготовлении зубных протезов. Задачей исследования явилось исследование возможности использования конструкционного материала БСК наряду с применением стеклянных опор из ZX-27 и разработка особенностей технологии изготовления лабораторным способом.

Для осуществления поставленной цели проведено сравнение физико-механических свойств обоих материалов с последующим использованием в клинике ортопедической стоматологии.

Опыт применения стеклянных опор на практике как в наших, так и в других странах, определенное количество клинических испытаний на нашей кафедре доказывали, что свободно

размещенная стеклянная опора на слизистой оболочке полости рта работает удовлетворительно. Эту систему с успехом можно использовать для решения проблем одностороннего и двухстороннего дефекта зубного ряда, а также в качестве дополнительной опоры при большом включенном дефекте зубного ряда.

Пациенты получившие зубные протезы из БСК и стеклянных опор отмечали комфорт при приеме пищи и удобство при соблюдении гигиены полости рта. Всего на кафедре оказана ортопедическая и стоматологическая помощь более 50 человек. Наша технология изготовления на стеклянных опорах модифицирована на лабораторных этапах изготовления для БСК следующими методами.

Первый метод имеет клинические и лабораторные этапы (рисунок 1).

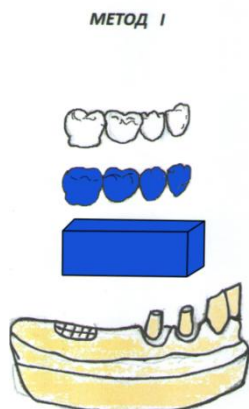


Рисунок 1 - Первый метод изготовления протезов из БСК

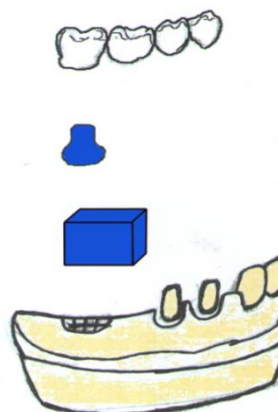


Рисунок 2 - Второй метод изготовления протезов из БСК

В клинике врач проводит одонтопрепарирование опорных зубов и снятия оттиска. На модели зубной техник совместно с врачом отмечает место установки опоры. Зубной техник отжимает моделировочный воск на альвеолярном гребне, в область установки БСК, отмечает это место карандашом, моделирует конструкцию будущего протеза по обычной методике.

Замена восковой композиции на конструкционный материал из БСК проводится методом изотермической пластической деформации.

Дальнейшие действия техника и врача ничем не отличаются от традиционного изготовления цельнолитого протеза из безметалловой керамики.

Данный метод позволит избежать явление гальванизма, коэффициента термического расширения и аллергических реакции.

Второй метод (рисунок 2). Зубной техник совместно с врачом стоматологом, определяют место установки опоры и отмечают его карандашом на альвеолярном гребне гипсовой модели. На

отмеченном месте техник отжимает моделировочный воск для отображения альвеолярного гребня и моделирует культю опоры согласно выбранному конструкционному материалу по указанию врача.

Затем осуществляют замену восковой репродукции на БСК, последнюю фиксируют на модели с помощью липкого воска и приступают к моделировке каркаса будущего протеза. Дальнейшие манипуляции техника и врача ничем не отличаются от обычной работы.

Данный метод позволяет изготовить окончательный протез из любого конструкционного материала и технологий.

Предлагаемый альтернативный метод рассчитан на широкое использование протезов БСК и стеклянной опоры. Применение отечественного оборудования и конструкционного материала из местных природных сырьевых ресурсов снижает себестоимость протезирования и делает его доступным широким слоям населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Арутюнов С.Д., Карапетян К.Л. В XXI век без съемных протезов. Новая система протезирования на стеклянных опорах ZX-27. //Стоматология. - № 3. - М.: 2006. - С. 40-42.
- 2 Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. - М.: Медицина, 2004. - 296с.
- 3 Предварительный патент № 5190, 5452 Национальное патентное ведомство Республики Казахстан
- 4 Седунов А.А., Астахова И.А. Основы биоматериаловедения и имплантологии в стоматологии. - Алматы: 2001. - С.5.
- 5 Седунов А.А., Юманков А.Л. Ситалы в ортопедической стоматологии. - Алматы: 1985. - С.16.
- 6 Седунов А.А., Юманков А.П., Астахова И.А. Новая технология изготовления протезов из биостеклокерамики метод изотермической пластической деформации. - 1996. - С.8.

И.А. АСТАХОВА, Т.С. САФАРОВ, Г.М. ТЕБЕНОВА

БИОШЫНЫКЕРАМИКАЛЫҚ (БШК) НЕГІЗДЕ ШЫНЫ ТІРЕКТЕРМЕН ҚОЛДАНУДЫ ЖЕТІЛДІР.

Түйін: Бұл мақалада авторлар биошыныкерамика негізінде (БШК) ZX-27 материалынан шыны тіректерді құрылымын қолдана отырып, алынбайтын тіс протездерін жасау технологиясын жетілдіруді ұсынады. Ұсынылған БШК –дан протез жасау технологиясы тіс протездерін дайындаудың зертханалық кезеңінде түрлендіреді.

Түйінді сөздер: тіс протездеуі, протезді дайындау әдістері, шыны тіректер, биошыныкерамика, модификация.

I. A.ASTAKHOVA, T. S.SAFAROV, G.M.TEBENOVA
IMPROVEMENT OF FIXED RESTORATIONS ARE BASED OF BIOGLASS CERAMICS (BC).

Resume: In article authors offer advanced manufacturing techniques of fixed tooth artificial limbs on the basis of bioglass ceramics (BC) along with application of designs on glass support from material ZX-27. The offered manufacturing techniques of artificial limbs from BC are modified at laboratory fabrication stages of tooth artificial limbs. This method allows us to produce the prosthesis of any construction material and technologies.

Keywords: tooth prosthetics, a technique of manufacturing of artificial limbs, glass support, bioglass ceramics, modification.

УДК 616.12-008:616-005.4-331

Р.К. АЛЬМУХАМБЕТОВА, Ш.Б.ЖАНГЕЛОВА, Г.Т.ТОКСАНБАЕВА, А.С. ЧУМБАЛОВА, А.Г.ТУЯКБАЕВА, А.О.ДОСКУЛОВА
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, ГКЦ, Алматы

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Частое сочетание, теснейшая связь между ИБС и АГ, безусловно, определяют и лечебную тактику. Согласно результатам рандомизированных клинических исследований, получены доказательства улучшения прогноза, особенно для комбинации диуретика с ингибитором АПФ, или БАБ с БКК. Использование фиксированных комбинаций лекарственных препаратов упрощает лечение и улучшает приверженность. По результатам проведенных нами исследований применение фиксированных комбинаций алотендина и хартила Д у больных ИБС и АГ наряду с антигипертензивным и антиишемическим эффектом показало и большую приверженность.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, фиксированные комбинации лекарственных средств, эффективность, безопасность, побочное действие.

Многочисленные исследования среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) выявили, что приверженность к терапии низкая, что, естественно, приводит к неблагоприятным исходам. Так, например, спустя 1 месяц после перенесенного инфаркта миокарда, 25-30% больных прекращают принимать назначенное лечение. После 1 года, постоянно принимают статины, бета-адреноблокаторы или антигипертензивную терапию менее 50% больных. Причины столь низкой приверженности к лечению, согласно заключению экспертов ВОЗ, можно разделить на 5 групп: обусловленные системой здравоохранения; особенностями заболевания; зависящие от самого пациента; проводимой терапии и социально-экономических факторов [1].

Говоря о последних, необходимо отметить высокую стоимость лекарств, низкий уровень социальной поддержки и обусловленную в связи с ними низкую приверженность к лечению, особенно типичную для пожилых людей и лиц, имеющих низкий социально-экономический статус. Помимо этого отсутствие явных признаков, бессимптомное хроническое течение болезни, сопутствующие нарушения психики, депрессии также не способствуют повышению мотивации и приверженности к лечению. Безусловно, нельзя выделить одну причину не соблюдения режима терапии, все они тесно взаимосвязаны, Тем не менее, практикующему врачу необходимо выявлять факторы риска низкой приверженности к лечению у каждого больного и способствовать повышению эффективности проводимой терапии. Среди причин низкой приверженности большое значение имеют такие, как отсутствие преемственности оказания медицинской помощи, низкий уровень знаний о препаратах, когда врачи не могут объяснить ключевые моменты назначенной терапии – возможные побочные действия, длительность приема лекарственных препаратов. Назначение сложных схем лечения больным, страдающим хроническими бессимптомными заболеваниями или лицам, имеющим несколько факторов риска, у которых отсутствует мотивация, возлагает большую ответственность на врача, который должен не только дать четкие и подробные

рекомендации по лечению, но и убедить в необходимости такой терапии. Сложные схемы лечения, побочные эффекты препаратов являются факторами низкой приверженности к терапии и именно воздействуя на них, лечащий врач должен и может реально повысить приверженность к лечению. Результаты недавно проведенных рандомизированных исследований показали, что снижение дозировки лекарственного препарата является самым эффективным подходом повышения приверженности. Необходимость применения длительного, порой пожизненного приема лекарственных препаратов, безусловно, диктует жесткие требования к ним. Помимо высокой эффективности они должны обладать низким профилем безопасности. Необходимость снижения дозировки препарата лицам с высоким риском ССЗ требует назначения комбинированной терапии [1,5,7].

Целью нашего исследования явилось сравнительное изучение эффективности, безопасности и приверженности к терапии при применении фиксированных и свободных комбинаций лекарственных препаратов у больных ИБС и АГ.

Материалы и методы: под нашим наблюдением и лечением в течение 2-х лет находились 116 больных с АГ и стабильной стенокардией в возрасте от 53 до 72 лет (средний возраст составил 60,5±2,6), из них 38 больных получали на фоне стандартной терапии алотендин (бисопролол – 5 мг и амлодипин – 5 мг) по 1 таблетке в сутки, которые составили 1 группу. Во 2-ую группу вошли 42 пациента, принимавшие хартил Д (рамиприл в дозе по 5 мг и гипотиазид – 25 мг). Группу сравнения составили 36 больных АГ и стабильной стенокардией, которые получали только стандартную терапию, включавшую свободные комбинации препаратов (ингибиторы АПФ, диуретики статины, нитраты, кардиопротекторы). Все больные наряду с клиническим обследованием проходили лабораторно-инструментальное исследование: общеклинические и биохимические – коагулограмма, холестерин, глюкоза крови, билирубин, креатинин и мочевины крови, ферменты – АЛТ, АСТ и также ЭКГ. Контингент обследованных больных представлен ниже.

Таблица 1 - Обследованные больные 1, 2 и 3 групп

Показатели группы		1 группа	2 группа	3 группа
Пол	муж.	18	21	19
	жен.	20	19	17
возраст		62,5±1,6	61,1±1,8	60,1±1,2
Длительность АГ		7,5±2,2	7,3±2,0	7,8±1,3
Получали антигипертензивную терапию ранее		+	+	+
Длительность стенокардии в анамнезе		5,8±1,6	5,5±1,5	6,2±1,4
Частота приступов стенокардии в неделю		9,6±2,3	9,5±2,0	8,5±1,8
Суточная потребность в нитроглицерине		1,4±0,5	1,36±0,6	1,5±0,5

Как видно по данным таблицы 1, больные всех групп были сопоставимы по всем параметрам. Антигипертензивный эффект считали хорошим при снижении уровня артериального давления (АД) до целевого АД (менее 140/90 мм рт.ст.); удовлетворительным – при снижении на 10% от исходного и неэффективным – при необходимости назначения дополнительно другого антигипертензивного препарата. Эффективность антиишемического действия оценивали по числу приступов стенокардии в неделю и данным ЭКГ. При снижении числа приступов на 50- и более процентов результат считали хорошим, менее 50% - удовлетворительным, при отсутствии снижения или увеличении числа приступов - неудовлетворительным. Переносимость препарата считали хорошей при отсутствии побочных эффектов, удовлетворительной - при наличии побочных эффектов, не потребовавших отмены препарата, неудовлетворительной, если возникшие побочные явления потребовали отмены препарата.

Результаты и обсуждение. Общеизвестно, считать рациональной стратегией добавление препарата другого класса, если первый препарат не отменяют по причине побочных эффектов или отсутствия должного лечебного эффекта. Дополнительное снижение АД при сочетании препаратов двух различных классов приблизительно в пять раз больше, чем при удвоении дозы одного препарата [1]. Выбор использованных нами комбинаций препаратов был не случаен. С позиций доказательной медицины заслуживают особого внимания бета-адреноблокаторы (БАБ) и блокаторы кальциевых каналов (БКК). Препараты этих групп обладают как антигипертензивным, так и антиангинальным эффектом [2,3,5,6]. На сегодня существует достаточное количество проспективных многоцентровых исследований, в которых доказана эффективность применения

БАБ и БКК при АГ и ИБС [4,5]. Согласно данным литературы, при комбинированной терапии БАБ и дигидропиридиновыми БКК наблюдается взаимное усиление эффекта, ослабляются побочные действия каждого из препаратов. По данным литературы, антигипертензивное действие ингибиторов АПФ усиливается и удлиняется при добавлении диуретика в низкой дозе. Комбинация ингибитора АПФ и диуретика оказывает выраженное антигипертензивное действие независимо от возраста и пола больных АГ, потребления поваренной соли и плазменной активности ренина или уровня калия в крови. В настоящее время широкое распространение получили фиксированные комбинации препаратов, содержащие в одной таблетке два лекарственных средства [7,8]. К несомненным преимуществам фиксированных комбинаций относятся: простота назначения для врача, и применения для больного, также простота титрования, что, бесспорно, повышает приверженность больного лечению. За счет использования низкой дозы одного или обоих компонентов, а также благодаря нейтрализации нежелательных эффектов меньше риск развития нежелательных побочных действий препаратов. Так, добавление тиазидного диуретика уменьшает вероятность гиперкалиемии, вызываемой ингибиторами АПФ. В комбинации с ингибиторами АПФ тиазидные диуретики гораздо реже вызывают гипокалиемию и нарушения углеводного, липидного и пуринового обмена. Использование фиксированных комбинаций исключает возможность применения нерациональных комбинаций препаратов. По результатам применения хартил Д и алотендина у пациентов с АГ необходимо отметить наряду с благоприятным влиянием на клиническое течение болезни достаточно выраженный антигипертензивный эффект.

Таблица 2 - Уровень АД в процессе терапии

	1 группа (n=38)	2 группа (n=42)	3 группа (n=36)
	алотендин	хартил Д	Свободные комбинации
До лечения	САД - 178,5±2,3; ДАД - 95,2±1,6	180,2±1,6 91,3±2,5	170,6±2,2 93,3±1,5
После лечения (через 1 год)	142,6±1,8 80,8±1,5	140,5±2,2 82,1±1,4	152,5±2,1 75,4±1,6
через 2 года	140,8±1,3 76,5±1,9	140,6±1,1 80,2±2,0	158,8±1,7 75,6±1,3

До лечения во всех 3-х группах показатели систолического артериального давления (САД) и диастолического

артериального давления (ДАД) существенно не различались между собой.

Таблица 3 - Потребность в нитроглицерине в процессе терапии

		1 группа	2 группа	3 группа
		алотендин	Хартил Д	Свободные комбинации
До лечения	Частота приступов	9,6±1,3	9,1±1,5	9,5±1,03

	Потребн. В НТГ	1,4±0,5	1,5±1,1	1,36±0,6
После лечения (через 1 год)		3,8±0,95 0,54±0,2	4,6±0,8 0,9±0,1	4,7±0,8 0,88±0,3
Через 2 года		3,6±0,6 0,7±0,1	3,9±0,6 0,9±0,2	4,2±0,6 0,8±0,3

При динамическом наблюдении через 1 год происходит достоверное снижение уровней давления как при применении фиксированных, так и свободных комбинаций препаратов. Однако в процессе курсового лечения хартилом Д целевого уровня АД достигли 77,5%, при лечении алотендином 76% больных. В то же время больные, принимавшие свободные комбинации, показали менее выраженный антигипертензивный эффект (55,6%).

Длительное лечение фиксированными и свободными комбинациями препаратов больных ИБС и АГ также подтвердило их антиишемическое действие, что демонстрируют результаты сравнительного изучения частоты приступов стенокардии и потребности в нитроглицерине до и после терапии. ЭКГ контроль в процессе терапии не выявил ухудшения коронарного кровообращения у обследуемых пациентов.

В то же время, согласно нашим наблюдениям, из больных 1-ой группы все больные продолжали терапию алотендином и

побочного действия при терапии алотендином нами не отмечено. Из 42 больных 2-ой группы 3 (7,14%) отказались от приема хартила Д ввиду появления сухого кашля; в группе сравнения 7 (19,4%) больным потребовалось изменение схемы лечения - назначение дополнительно третьего препарата (2-5,6%), увеличение дозы, а вместе с ним появление побочного действия препарата, что потребовало смены групп препаратов (5-13,9%).

Таким образом, использование фиксированных комбинаций лекарственных средств показало большую эффективность, чем применение свободных комбинаций. Однократный прием и независимость от приема пищи, безусловно, более удобны для больного, что, в конечном счете, повышает приверженность к терапии. Более того, у больных принимавших фиксированные комбинации, в частности алотендин и хартил Д побочного действия препаратов значительно меньше, чем при свободной комбинации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2012 г.)
- 2 Карпов Ю.А. Применение антагонистов кальция у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца: современное состояние вопроса// Кардиология. - 2000. - №10. - С.52-55.
- 3 Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения. - М.: Реафарм, 2003. -244с.
- 4 Маколкин В.И. Сходство патогенеза артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца-одно из условий единого подхода к терапии.//Артер.гипертензия. - 2005. - Т.11. - №2. - С.90-94.
- 5 Безродная Л.В. Артериальная гипертензия в сочетании с ишемической болезнью сердца. Лечение артериальной гипертензии в особых клинических ситуациях. Под ред. В.Н.Коваленко, Е.П. Свищенко. – Каменец-Подольский: 2005.-С.104-160.
- 6 Дядык А.И., Багрий А.Э. Применение адренергических блокаторов в современной кардиологической практике: ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, артериальные гипертензии. Методические рекомендации.-Донецк: 2003. - 70с.
- 7 Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации РМОГ и ВНОК 2008, третий пересмотр. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. –С. 7.
- 8 Д.В.Преображенский, Т.М.Стеценко, И.Д.Вышинская Фиксированные и произвольные комбинации антигипертензивных препаратов: какие более предпочтительны для длительной терапии? www.consilium – medicum.com. - Том 11. - №5. – С.33.

Р.Қ.АЛЬМУХАМБЕТОВА, Ш.Б.ЖАНГЕЛОВА, Г.Т.ТОҚСАНБАЕВА

ЖИА ЖӘНЕ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ТЕРАПИЯСЫН ЖОҒАРЛАТУ НӘТИЖЕСІНІҢ БІРШАМА АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: ЖИА мен АГ арасындағы тығыз байланыс, жиі үйлесуі, емдік тактиканы да сөзсіз анықтайды. Рандомизирилк клиникалық зерттеулердің нәтижесіне сәйкес, болжамды жақсарту дәлелі алынды, әсіресе ААФ, немесе ККБ бірге БАТ ингибиторлар диуретика комбинацияларына арналған. Дәрілік препараттардың бекіту комбинациясын қолдану емдеуді жеңілдетеді және нәтижелігін жақсартады. Бізбен келтірілген зерттеулердің нәтижесі бойынша ЖИА мен АГ бар науқастарда алотендин мен хартил Д бекіту комбинацияларын қолдану антигипертензиялық және антиишемиялық әсерімен қоса, үлкен нәтижелігін көрсетті.

Түйінді сөздер: ЖИА, АГ, дәрілік заттардың бекіту комбинациялары, нәтижелік, әсерлік, қауіпсіздік, жанама әсері.

R.K.ALMUHAMBETOVA, S.B.ZHANGELOVA, G.T.TOKSANBAEVA

SOME ASPECTS OF INCREASING ADHERENCE TO THERAPY IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND HYPERTENSION

Resume: Frequent combination, the very close connection between coronary heart disease and hypertension, of course, define and treatment policy. According to the results of randomized clinical trials provide evidence to improve prognosis, especially in combination with a diuretic, ACE inhibitor, beta blockers or CCBs with. The use of fixed combinations of drugs simplifies treatment and improves adherence. According to the results of our studies of the fixed combination alogendina Hart and D in patients with coronary artery disease and hypertension, along with anti-hypertensive and anti-ischemic effect and showed great commitment.

Keywords: coronary artery disease, hypertension, fixed combinations of drugs, efficacy, safety, side effects.

**Р.С.БЕКТУРГАНОВ, Б.А.АБДУРАХМАНОВ, А.К.БАЙМАГАМБЕТОВ,
К.Е.ОСПАНОВ, Р.С.МАДАЛИХОДЖАЕВ, М.Е.ЖАНТЕЕВ,
Д.Т. АРЫБЖАНОВ**

*Учебно-клиническая база Международного Казахско-Турецкого Университета им. Х.А.Яссави
Кафедра хирургических дисциплин и сердечно-сосудистой хирургии
Областной онкологический диспансер, отделение химиотерапии и эндоваскулярной онкологии*

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОНКОЛОГИИ

В статье анализируется опыт интеграции деятельности областного онкологического диспансера и хирургической кафедры, которая позволила повысить качество и эффективность подготовки специалистов. Отмечается, что внедрение инновационных технологий в процесс обучения курсантов факультета повышения квалификации врачей позволил улучшить качество оказываемой ими медицинской помощи.

Ключевые слова: интеграция науки и практики, инновационные технологии обучения.

Создание эффективной системы повышения квалификации медицинских кадров всегда была актуальной проблемой здравоохранения и предметом специальных научных исследований. Без достаточного развития конкретно-социологических исследований в области дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения невозможно его совершенствование и оптимизация, а также эффективное управление этим процессом [1].

В экономически развитых странах мира идет рост заболеваемости злокачественными новообразованиями. По данным ВОЗ к 2020 году частота болезней увеличится в два раза не только среди взрослого населения, но и детей. Проблема онкопатологии остается в центре внимания медиков всего мира не только из-за постоянного роста заболеваемости, но и из-за малоутешительных результатов лечения. В Казахстане этой проблеме уделяется огромное внимание со стороны правительства и органов здравоохранения [2]. Принят комплекс мер, направленных на системные решения в сфере здравоохранения. В стране немало делается для повышения качества медицинских услуг. Разработана целевая отраслевая программа по улучшению качества оказания медицинской помощи онкологическим больным, которая находится под пристальным вниманием Президента Казахстана Н.А. Назарбаева. При этом ежегодно увеличивается объем финансирования отрасли из республиканского и местного бюджета, выделяются колоссальные средства на приобретение современного диагностического и лечебного оборудования, аппаратуры и медикаментов. При таком бурном развитии здравоохранения в целом и онкологической службы Республики, в частности, немаловажное внимание уделяется подготовке высококвалифицированных специалистов, повышению их квалификации, особенно по онкологии врачей общей лечебной сети с целью улучшения качества скрининговых методов, онконастороженности и профилактическим мероприятиям. Ставятся задачи по освоению и широкому внедрению высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических больных [3]. Проводится большая работа среди населения, приобщается к этому средства массовой информации. В организации качественной онкослужбы и подготовке кадров в регионе основная нагрузка ложится на областной онкологический диспансер (ООД) и кафедре хирургических дисциплин УКБ МКТУ. Работа областного онкологического диспансера и кафедры строится в рамках существующих договоров. Весь лечебный процесс: операции, перевязки, диагностические и лечебные процедуры и манипуляции строятся с учетом учебного процесса, чтобы слушатели максимально с пользой для себя могли практически освоить и закрепить теоретический материал по онкологии и маммологии.

Весь существующий коечный фонд (200 коек) онкологического диспансера являются клинической базой кафедры, профессорско-преподавательский состав которых со своим научным, педагогическим и клиническим опытом, большим научным потенциалом совместно с врачами областного онкологического диспансера способен освоить данный коечный фонд и обеспечить высококвалифицированную и специализированную медицинскую помощь. Все кадровые и организационные вопросы решаются согласованно между руководством диспансера и кафедры. На клинической базе проводятся практические и семинарские занятия с курсантами факультета повышения квалификации врачей. Они участвуют на еженедельных обходах во всех клинических подразделениях ООД, на клинических разборах больных идущих на операции. Создание специализированных онкологических отделений потребовало повышения ответственности за лечебно-диагностический процесс, совершенствования всей онкологической службы. Главный врач и его заместители участвуют в работе факультета повышения квалификации врачей по вопросам организации и проведения циклов специализации и усовершенствования для врачей онкологов и врачей общей сети районов и городов области по актуальным вопросам онкологии и маммологии.

Накопленный опыт совместной и слаженной работы диспансера и кафедры ярко проявляются во время организации и проведения Республиканского и областных декадников по онкологии, находит полную поддержку и понимание в областном управлении здравоохранения и директорате учебно-клинической базы. В стенах онкодиспансера также проводятся патологоанатомические конференции, еженедельно по графику на врачебных конференциях докладываются новые достижения онкологии по материалам журнальных статей, интернета и других источников в сравнении с собственными данными по ООД, регулярно ежеквартально проводятся заседания общества онкологов и радиологов области. Такая работа в условиях тесной интеграции улучшила и основные показатели онкослужбы.

Таким образом, наш положительный опыт интеграции деятельности областного онкологического диспансера и хирургической кафедры показывает ее жизнеспособность, целесообразность и требует более глубокого изучения, по возможности экстраполяции на другие лечебно-профилактические учреждения. Реализация гибких, инновационных технологий обучения курсантов факультета повышения квалификации врачей и повышения квалификации медицинских кадров позволит повысить качество и эффективность подготовки специалистов, улучшить качество оказываемой ими медицинской помощи, обеспечит сохранение и укрепление здоровья населения страны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кабанова С.А., Рабинович Ю.Я., Ложкевич И.Ю. Гибкие технологии обучения медицинских кадров в Российском научном центре хирургии. – М.: РНЦХ РАМН. - 2002. - 159 с.
- 2 Сборник научных трудов, посвященный 10-летию кафедры онкологии и маммологии ЮКГМА / Шымкент: 2004. - 209 с.
- 3 Энциклопедия клинической онкологии: Руководство для практикующих врачей / М.И.Давыдов, Г.Л.Вышковский и др. – М.: РЛС. - 2005. - 153 с.

**Р.С.БЕКТУРГАНОВ, Б.А.АБДУРАХМАНОВ, А.К.БАЙМАГАМБЕТОВ,
К.Е.ОСПАНОВ, Р.С.МАДАЛИХОДЖАЕВ, М.Е.ЖАНТЕЕВ,
Д.Т. АРЫБЖАНОВ**

ОНКОЛОГИЯ БОЙЫНША ЖОҒАРЫ ДӘРЕЖЕЛІ МАМАНДАРДЫ ДАЙЫНДАУ ТӘЖІРИБЕСІ

Түйін: Мақалада облыстық онкологиялық диспансері және хирургиялық арулар кафедрасының жұмысы мамандарды дайындау сапасы және эффективтілігін жоғарылатуға үлес қосты. Дәрігердің квалификациясын жоғарылатуға курсанттардың оқу үрдісіне инновациялық технологияларды енгізу медициналық көмек көрсетудің сапасын жоғарылатты.

Түйінді сөздер: ғылым және тәжірибе интеграциясы, оқытудың инновациялық технологиясы.

**R.S. BEKTURGANOV, B.A. ABDURAHMANOV, A.K. BAIMAGAMBETOVA, K.E. OSPANOV, R.S. MADALIHODZHAYEV,
M.E. ZHANTEEV, D.T. ARYBZHANOV**

THE EXPERIENCE OF TEACHING THE HIGH QUALIFIED SPECIALISTS IN ONCOLOGY

Resume: The article analyzes the experience of integration of regional cancer sanitarium and surgery department which let improve the quality and efficiency of specialists preparation. It is seen that introduction of innovative technologies into the process of teaching students of the faculty of raising qualification of doctors improved the quality of medical treatment.

Keywords: integration of science and practice, innovative technologies of teaching

УДК 378.17

Л.М.БЕГИМБЕКОВА, Р.Я.УТЕПОВА, М.А.ЖАПАР

Кафедра акушерства и гинекологии МКТУ им. Х.А.Ясави, г.Шымкент

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И ПРАКТИКИ У ИНТЕРНОВ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОВ

В данной статье интеграция образования, науки и практики отмечена как ключевой механизм достижения цели в подготовке врачей-интернов. Врачи-интерны имели возможность провести обследование девочек - подростков на профилактическом осмотре (скрининг) во время самостоятельной работы учебного процесса. Изучение репродуктивного здоровья девочек-подростков и проведение анализа результатов исследования способствовали реализации поставленных задач.

Ключевые слова: обучение, практические навыки, исследование, репродуктивное здоровье, девочки-подростки.

В настоящее время в Республике Казахстан (РК), как и во всем мире, уделяется все больше внимания реформированию системы высшего образования. В Послании Президента РК перед высшей школой поставлена цель - подготовка компетентного специалиста, конкурентоспособного на рынке труда. Так как, развитие науки, внедрение инновационных технологий в здравоохранение требует коренной престройки системы подготовки врачей, тем более, что одним из главных направлений Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» является совершенствование медицинского, фармацевтического образования с целью создания конкурентоспособного потенциала здравоохранения [1].

В процессе обучения интеграция образования, науки и клиники является ключевым механизмом достижения цели в подготовке врачей-интернов. Интернатура является основным видом последипломного медицинского образования, задачей которого является подготовка квалифицированного врача акушера-гинеколога глубоко разбирающегося в вопросах внутренней патологии и неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии. Знания, умения и навыки, полученные во время обучения в интернатуре, позволяют врачам

самостоятельно работать во всех звеньях акушерско-гинекологической службы [2;3]. Согласно типовой учебной программе разработанной в соответствии с государственным стандартом образования 2006 г. для интернатуры по специальности «Акушерство и гинекология» определены основные задачи интернатуры.

Следующие задачи интернатуры, такие как: совершенствовать коммуникативные навыки работы с девочками - подростками, женщинами, беременными и гинекологическими больными; совершенствовать умения и навыки санитарно-просветительной работы с населением по вопросам планирования семьи, половому воспитанию детей и подростков, формированию здорового образа жизни наряду с другими задачами выполняются в процессе образования.

С целью реализации поставленных задач врачи-интерны изучают теоретические вопросы по принципам организации акушерско-гинекологической помощи девочкам и подросткам, а также анатомо-физиологические особенности развития половых органов у девочек в возрастном аспекте. Практические навыки отрабатывают в соответствии с уровнями владения: I – знать (слышать, читать); II – знать как (видеть); III – выполнять в

стандартизированных условиях; IV – выполнять под прямым контролем; V – выполнять под непрямым контролем.

Возможность интегрировать образование и практику интернам акушер - гинекологам представился при проведении обследования девочек - подростков на профилактическом осмотре (скрининге) во время самостоятельной работы врача-интерна в учебное время (СРИ). Проводили диагностику, определяли тактику и профилактику наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний у девочек - подростков. Диагностировали аномалии развития органов малого таза при профилактических осмотрах у девочек.

Так как, современная ситуация требует прилагать большие усилия для нравственной, психологической, соматической и репродуктологической подготовки девочек ювенильного возраста к осознанному родительству [4]. Здоровье женщины и ребенка, охрана материнства и детства всегда были одними из приоритетных направлений здравоохранения. В этой связи, особое место занимают проблемы репродуктивного здоровья девушек - подростков.

Составной частью охраны здоровья девушек-подростков – будущей матери и залогом рождения здорового ребенка является профилактика путем выявления факторов риска и их коррекция, а также своевременное лечение гинекологических заболеваний у девушек-подростков. В этой связи, определение индекса репродуктивного здоровья у девушек-подростков в

аспекте репродуктивной подготовки к предстоящему материнству является приоритетным направлением.

В этом аспекте проведенный скрининг (исследование) девочек-подростков врачами-интернами под руководством преподавателей нашей кафедры показал, что из 345 девочек подростков (от 13-15 лет), 14 лет составили -28,9%, 15 лет-70,1% и 13 лет-0,3%. Следовательно, интеграция образования и практики с наукой осуществилась путем изучения репродуктивного здоровья девочек-подростков и проведенный анализ результатов исследования.

Дизайн исследования – одномоментное поперечное исследование.

Выборка. Кластерная – выборка групп девочек-подростков средней школы г.Шымкент, в период февраль-апрель, 2013г.

Методы исследования: сбор анамнеза, антропометрия, ИМТ (индекс массы тела); методы оценки физического развития девочки, девушки – M_e , M_{0-2} , A_{0-2} , P_{0-2} ; объективное исследование соматического статуса, УЗИ, ЭКГ, вопросы анкетирования.

Результаты исследования. Из 345 девочек-подростков менархе наступило преждевременно у 6,7% (9-10лет) и отсутствовало к моменту осмотра – 4,6% исследуемых. Как известно, в настоящее время возраст менархе колеблется в пределах 11-14 лет. Телархе, адренархе, ИМТ и анкетирование по заранее подготовленному вопроснику показали следующие результаты (таблица 1).

Таблица 1 - Состояние репродуктивного здоровья девочек-подростков

№	Показатели	% абс.чис.
1.	Альгодисменорея	51%-168
2.	Нарушения менструального цикла	17,3%-57
3.	Патологическое выделение, зуд, боли	28,8%-94
4.	Перенесенные заболевания: гепатит, ветрянка, корь, тонзиллит и др.	79,7%-275
5.	ИМТ в норме (19,9-26,0) ИМТ низкий (< 19,8) ИМТ избыточное(26,1-29,0) ИМТ ожирение (> 29)	51,3%-177 161-46,6% 1,4%-5 0,6%-2
6.	Вторичные половые признаки не развиты M_{a0} , A_{x0} , P_{u0}	0,6%-2
7.	Чувство страха беспокоят	32,1%-111
8.	Бытовые материальные условия: не удовлетворяют удовлетворяют хорошо отлично	2,9%-10 81,1%-280 15,9%-55 -
9.	Информацией о ЗППП не владеют	40,8%-141
10.	Методы контрацепции не знают	28,7%-99
11.	Хронические, соматические заболевания	49,6%-171

Как видно из таблицы, нарушение менструального цикла и альгодисменорея наблюдаются более чем у 50% девушек-подростков. Жалобы со стороны органов гениталий, или воспалительные заболевания имеют около 30%. Хронические заболевания выявлены у 49,6% исследуемых. Согласно статистическим данным, в последние десятилетия в Казахстане хроническим заболеваниями страдает более 50% подростков. Распространенность расстройств менструального цикла среди подростков за последние 5 лет возросло в 2 раза, 1,3 раза увеличилась частота воспалительных заболеваний органов репродуктивной сферы.

Половое воспитание требует ответственного отношения со стороны родителей, учителей и врачей (педиатра, подростковых гинекологов). Так как, информацией о ЗППП и вреде аборта не владеют около 50% опрошенных. ИМТ - низкий (< 19,8) зарегистрирован у 46,6%, ИМТ - избыточное (26,1-29,0) и ИМТ - ожирение (> 29) соответственно в 5-1,4% и 2-0,6% случаях, что свидетельствует о необходимости проведения бесед, круглых

столов на тему «Репродуктивное здоровье. ЗППП и методы контрацепции», «Рациональное питание и адекватное физическое развитие».

При распределении социально-экономического положения семьи участниц исследования на категории, получены следующие ответы: не удовлетворительно - 2,9%, удовлетворительно- 81,1%, хорошо-15,9%, к тому же отлично не указали ни одна участница. Чувство страха беспокоят 32,1% респондентов, которые чаще связывают с неблагоприятной обстановкой в семье. Вышеизложенное диктует условие разработки организационно-методических мероприятий по улучшению индекса здоровья у девушек-подростков, и обратить внимание на морально-этические, психологические аспекты развития, а также выявление факторов, способствующих социально-экономическому благополучию.

Таким образом, в процессе обучения изучение теоретических вопросов, овладение практическими навыками и применение их в клинических исследованиях (например: скрининг девочек-

подростков), с последующим анализом полученных результатов позволяют достичь интеграции образования, практики и науки

врачам интернам акушер-гинеколога.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2010-2015 гг.
- 2 Типовая программа. Специальность «Акушерство и гинекология». – Астана: 2011.
- 3 Инструктивное письмо №10 МОН РК. – Астана: 2011.
- 4 Шанина Т.Г. Закономерности физического, психического, полового развития, приспособительных реакций и профилактика их нарушений у подростков 15-17 лет. //Автореф. дис. . докт. мед. наук. – Иваново: 2001. - 44с.
- 5 WHO. The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. World Health Organization. - 2000. - 206 p.

Л.М.БЕГИМБЕКОВА, Р.Я.УТЕПОВА, М.А.ЖАПАР
ИНТЕРН АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГТАРДЫҢ БІЛІМДІ, ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ТӘЖІРИБЕНІ
ҮЙЛЕСТІРУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйін: Аталған мақалада білім, ғылым және тәжірибені үйлестіру дәрігер-интерн акушер-гинекологтарды дайындау барысындағы негізгі бағыттардың бірі ретінде көрсетіліп отыр. Дәрігер-интерндер оқу процессінің өзіндік жұмыстар орындау кезінде жас-өспірім қыз балаларды тексеруге мүмкіндіктері болды. жас-өспірім қыз балалардың репродуктивті денсаулығын зерттеу және алынған нәтижелерді сараптау қойылған міндеттердің іске асырылуына мүмкіндіктер туғызды.

Түйінді сөздер: білім алу, тәжірибелік дағды, зерттеу, репродуктивті денсаулық, жас-өспірім қыз балалар

L.M.BEGIMBEKOVA, R.Y.UTEPOVA, A.JAPARM
JUNIOR PHYSICIAN OBSTETRIC - GYNECOLOGIST'S POSSIBILITY OF INTEGRATION
OF THE EDUCATION, SCIENCE AND PRACTICE

Resume: In the article are described the integration of the education, science and practice and their noted as a key mechanism meeting a goal objective in training junior physician. Junior physicians were investigated reproductive health of the adolescent girls on cyclic inspection in time of unrestricted work educational process. Study reproductive health of the adolescent girls and carrying-out of an analysis findings of investigation promote realization assigned task.

Keywords: education, practical skills, investigation, reproductive health, adolescent girls

УДК 613.96:615.036:616-08

У.Т. БЕЙСЕБАЕВА, Л.К. САГИДОЛДИНА
С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, дерматовенерология модулі

СКИНОРЕН ПРЕПАРАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕР БЕЗЕУІНІҢ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕ ҚОЛДАНУ

Мақалада безеудің дамуының басты механизмдері және кеңінен жайылған дерматозбен ауыратын 45 науқастар арасында жүргізілген терапияның нәтижелері келтіріледі. Қызбаға қарсы, иммундік, 15% кератолиттік эффектісі және 20% азелаин қышқылы ем мерзімін азайтады, басты патогендік звенаға өсер ететін рецидивтердің саны мен дерматоз ремиссиясының ағымын ұлғайтады. Азелаин қышқылын ұзақ пайдалану безеудің қайталап шығуын азайтты.

Түйін сөздер: жасөспірімдер безеуі, емі, азелаин қышқылы.

Жасөспірімдер безеуі (acne vulgaris) 12-25 жас аралығында (80% жуық) жиі кездесетін ауру [1,2]. Жасөспірімдер безеуімен ауыратын науқастарда шамамен 40% жағдайда әртүрлі деңгейдегі психоэмоционалды бұзылыстар байқалады [3,4,5,6,7]. Кейінгі жылдарда жүргізілген зерттеулер безеу патогенезінің күрделі мультифакториалды сипатын дәлелдейді: гендік бейімділік, май бездеріне андрогенді гормондардың әсері ж.т.б. [8,9].

Май бездерінің сөл бөлу түрінің тұқым қуалаушылықтың генетикалық бұзылысымен байланыстылығы безеу патогенезінде басты орын алады. Осы бұзылыс патологиялық үрдістің ағымын және клиникалық көрінісінің айқындығын анықтайды [6].

Май бездерінің сөл бөлу деңгейінің жоғарылығы безеудің дамуында өте маңызды, жиі аурудың ауыртпалығымен тығыз байланысты. Сонымен қатар тері майының және эпидермалды липидтердің химиялық құрамы безеумен ауыратындарда линолен қышқылы, ацилцерамидтердің және бос стеролдардың төмендеуімен ерекшеленетіні белгілі. Нәтижесінде фолликулдың эпителиалды жасушаларының қабыршақтану үрдісі бұзылады, ол май фолликулалары ақворонкаларында гиперкератоздың дамуына әкеледі. Осының нәтижесінде физиологиялық қабыршақтану үрдісінің бұзылу салдарынан, май бездерінің жоғары сөл бөлу фондында микроаэрофилды Propionbacterium acnesке қолайлы анаэробты жағдай туындайды [8].

Бактериалды (*Propionbacterium acnes*) және дрожжы тәрізді (*Pitirosporum ovale*) флораның қосарлана кездесуі жиі байқалғандығына қарамай, безеудің патогенезінде басты рөлді негізгі инфекциялық агент, бактериалды флора алатындығы анықталған [7,9].

Propionbacterium acnesti тіршілік өнімдері (липаза, протеаза және басқа энзимдер) комедонның түзілуіне себепші болады және фолликула эпителиін зақымдап дермада қабынудың пайда болуына әкеледі [2].

Ахтямов С.Н. бірлескен авторлармен бірге безеудің патогенезінде айтарлықтай орынды жыныстық стероидты гормондар алатындығын мәлімдеген [2]. Адам терісі андроген сезімтал құрылымдар жиынтығы (май және тер бездері, шаш фолликуласы) болып табылады. Андрогендердің ықпалында терінің көптеген маңызды қызыметтері: жасушалардың митотикалық белсенділігі, май бездерінің белсенділігі, шаштың өсуі, пигментацияның айқындығы болып табылады.

*Acne vulgaris*тің алғашқы клиникалық белгілері пубертатты кезеңде, жыныс бездерінің жоғарғы белсенділігі фонында басталады. Акне кейбір гиперандрогенді синдромы бар, әйелдердің әр түрлі эндокринді ауруларында, андрогендерді, анаболикалық гормондарды ұзақ қабылдағанда кездеседі [8].

Жасөспірімдер безеуінде инсоляцияның әсерінеде көңіл аудару қажет. Пациенттердің көпшілігінің көктемгі-жаз кезінде бөртпелердің толық жазылып кетеді деуін, күнге күйудің бұржеме әсері деп бағалау қажет. Күн сәулесі радиациясының корнеоциттердің апоптозын күшейтетін ерекшелігі бар екендігі белгілі және соның салдарынан ол май-шаш фолликуласының тармағында гиперкератозды өршітеді [9]. Безеудің ағымы өртүрлі экзо және эндогенді себептердің әсерінен нашарлайды: кәсіби зияндылық, косметикалық заттар, тропикалық климат ж.б.

Ауырудың асқину кезіндегі бөртпеден болатын келеңсіздіктерден басқа, науқастарда безеуден кейінгі терідегі өзгерістер мазасыздық тудырады (постакне).

Постакне ұзақ уақыт болған безеу бөртпесінің, сонымен қатар осы ауруды емдеуге жүргізілген манипуляциялардың нәтижесінде болатын терідегі тұрақты өзгерістердің жиынтығын жобалайтын түсінік. Постакнеге жатады: саңылаулардың кеңейуі, тері текстурасының кедір бұдырлығы, тамырлық сипаттағы өзгерістер (тоқыраулы дақ, тұрақты эритема, капиллярлардың кеңейуі), тыртық, дисхромиялар (гипер-, депигментация).

Сондықтан безеуді емдеу табандылықты және шыдамдылықты қажет етеді, емді жүйелі және ұзақ уақыт қабылдау керек. Барлық талаптарды орындауда, безеудің емін қабылдауда науқастарға тиімді, қауіпсіз және қолжетімді дәрілік заттар болуы қажет.

Қазіргі кезде безеуді емдеуде көптеген әртүрлі дәрілік заттар ұсынылады, бірақ бір препаратты қолданғанда тиімділік, қауіпсіздік және ұзақ уақыт қолдану сирек кездеседі.

Bayer/Intendis компаниясы өңдеген скинорен дәрілік затының безеу емінде тиімділігі өте жоғары, май безінің жұмысын реттейді және безеу ауруының себебін жояды, сонымен қатар қауіпсіз.

Формуласының негізін азалеин қышқылы құрайды, препарат безеуді тудыратын негізгі себептерді жояды және үйірлікке әкелмейді. Скинореннің құрамында спирт, антибиотик жоқ. Скинореннің басты артықшылығы, оны күн сәулесінде қолдану мүмкіншілігі. Безеу емі жүйелі және мұқияттылық ықпалын талап етеді. Скиноренді безеу емінің алғашқы сатысынан бастап қолдануға болады.

Скинорен теріге жағатын гель және крем түрінде шығарылады. Шығарылымның екі түрі тері жағдайын ескере отыра, науқастарға ем тағайындауда препаратты қолданудың тиімді кестесін жасауға мүмкіндік береді. Гель түріндегі скинореннің құрамында азалеин қышқылы 15% құрайды, дәрілік заттың негізін полимерлі гель құрайды, оның 70% су, 3% май құрайды, препараттың РН - 4,8. Осыны ескере отыра азалеин қышқылының

терімен толық сіңіретіндігі туралы қорытынды жасауға болады. Скинорен гелі терісі майлы адамдарға тағайындалады немесе науқастың терісі азалеин қышқылының 15% үйренгеннен кейін, құрамында азалеин қышқылының 20% бар кремді қолдануларына болады. Скинорен кремнің құрамында азалеин қышқылы 20% құрайды және эмульсия болып табылады ("майлы су" түрінде), препараттың РН-3,3сәйкес. Крем түріндегі азалеин қышқылын тері, гелге қарағанда нашар сіңіреді, бірақ концентрациясының жоғарылығы және РН төмен деңгейі әсерінен дәрілік заттың теріні айқын ағартатын әсері бар. Скинорен кремі терісі құрғақ пациенттерге терісі скинорен гелге үйренгеннен кейін, сонымен қатар терінің кез келген типінде емнің соңғы кезеңінде, азалеин қышқылының жоғары концентрациясы қажет болғанда тағайындалады.

Азалеин қышқылы безеу ауруының негізгі себептерін жояды, бөртпелерді кетіреді, терінің түсін қалпына келтіріп, рельефин тегістейді. Азалеин қышқылды алдын ала тазартылған терідегі зақым ошағына күніне екі рет жұқалап жағады. Скинорен безеудің кез келген түрін емдеуге қолданылады. Сондықтанда оны бірнәрсан бөртпе болғанда, сондай-ақ өршудің алдын алу, емдеу мақсатында және бөртпе көп болғанда да тағайындайды. Соныменен қатар скиноренмен емді жыныс бездерінің қызметін тексеруге дейінде (дәрігер тағайындаған жағдайда) тағайындауға болады.

Азалеин қышқылы терідегі алғаш пайда болған бөртпелерді жойып, терінің майлылығын басады, безеуден кейін болатын терідегі өзгерістердің алдын алады.

Азалеин қышқылы құрамындағы 20% азалеин қышқылының комедонға қарсы әсері бар, ол кератинфиламент агрегирлейтін протеин түзудегі кератинизация үрдісіне қатысады, емінің тиімділігі безеу ауруының негізгі патогенетикалық буынына әсерімен байланысты: шаш фолликуласы қабырғасының жоғары дәрежеде түлеуі, май бездерінде микроорганизмдердің жылдам көбеуі және онда қабыну үрдісінің дамуына, жасуша ақуызының биосинтезін тежеу (орташа цитостатикалық әсері бар). Сонымен қатар азалеин қышқылы шаш фолликуласы қабырғасындағы мүйіздену үрдісін қалыптастырады, тері бетіндегі және май бездеріндегі микробтарға қарсы әсері бар.

Азалеин қышқылыны қолданған кезде жанасу аллергиясын немесе фотодинамикалық әсері жоқ. Резистенттілік тудырмайды яғни қоздырғыштың фенотипін өзгертпейді (*Propionbacterium acnes* *Staphylococcus aureus*). Сондықтанда ұзақ уақыт антимикробты ем ретінде қолданылады. Безеумен ауыратын науқастарда төрт аптадан кейін айтарлықтай айқын нәтиже байқалады. Препарат науқастарда безеуден кейінгі терідегі қабылдаудан кейін болатын гиперпигментті дақтарды емдеуде жақсы нәтиже береді, емнің аз дегенде ұзақтығы үш айға созылуы қажет. Ем қабылдаудың басында теріде жергілікті реакция күйдіру сезімі, терінің қызаруы және қабыршақтануы түрінде болуы мүмкін, емді тоқтатуға болмайды, кейіннен емделу барысында қолайсыздықтар өздігінен жоғалып кетеді.

Зерттеу мақсаты: Жасөспірімдер безеуі диагнозымен жиынтықты ем тағайындалған науқастардың жергілікті емінде «Скинорен» препаратының тиімділігін анықтау.

Бақылауда жасөспірімдер безеуімен ауыратын 90 науқас болды, олардың 45 (I топ) бақылау тобын және 45 (II топ) негізгі топты құрады. Бақылау мерзімінің ұзақтығы 5-6 айға созылды. Іріктеу критеріі 18-25 жас аралығындағы психикалық бұзылысы жоқ науқастар. Зерттеу тобына вирусты гепатитпен ауырған, айқын көмірсутек бұзылысы бар, антибиотик қабылдаған, абсцеске айналған безеуі бар науқастар кірмеді. Барлық науқастарға клиничко-лабораториялық, жалпы-клиникалық, биохимиялық және инструменталды зерттеу жүргізілді.

Скинорен препаратының нәтижесі науқастардың шағымының болмауы немесе азаюы, бөртпенің жазылуы және рецидивінің ұзақтығына байланысты жасалды. Науқастарда ауру ұзақтығы және рецидив жиілігі 1 кестеде берілген.

1 кесте - Безеу ауруының ағымының көрсеткіштері

Ауру ұзақтығы	I топ	II топ	Рецидив жиілігі	I топ	II топ
1 жылға дейін	6	9	Үздіксіз рецидив	18	19
1-5 жылға дейін	16	6	жылына 1 рет	7	8
5-7 жылға дейін	14	15	жылына 2-3 рет	20	18
7-10 жылға дейін	9	15			
Барлығы	45	45	Барлығы	45	45

Барлық науқастар көк тамырға 30%-10,0 тиосульфат натрий ерітіндісін, үлгі бойынша аутогемотерапия, В тобының витаминдері, тамақтың алдында 30-40 мин. 50 тамшы хилак форте ертіндісін, карсил 2 түйірден күніне 3 рет қабылдады. Бақылау тобының науқастары зақым ошағына жергілікті Видаль сүтін, 5% ихтиол майын қолданды. Ал негізгі топтың жиынтықты еміне скинорен гелі кірді. Скинорен гелі күніне 2 рет алдын ала тазартылған терідегі зақым ошағына жұқалап жағылады. Бөртпе

бірен саран болған жағдайда гель тек бөртпенің үстіне жағылады. Препарат теріге толығымен жылдам сіңіріледі. Скинорен гелін жергілікті қолданған науқастарда бақылау тобына қарағанда қызару 4-5 күнде, бөртпелердің кері дамуы 7-8 күнде, инфильтрация 16-18 күнде, орта есеппен 3-4 күн бұрын байқалды. Бірақ 2 науқаста бөртпелердің кері даму жылдамдығы бақылау тобындағылардыкімен бірдей болды (2 кесте).

2 кесте - Клиникалық көрінісінің динамикасы

Көрсеткіштері	I топ	II топ
Қызару	4-5 күн	6-7 күн
Бөртпелердің кері дамуы	7-8 күн	10-11 күн
Инфильтрация	16-18 күн	22-23 күн

Емдеу нәтижесі скинорен препаратының тиімділігін көрсетті: фотосезімталдық қаупінің болмауы, теріні айқын ағартатын әсері, терең бөртпелердің орнында нәзік тыртықтардың қалуы оны жасөспірімдер безеуінде емдік және алдын алу мақсатында ұсынуға болады.

Қорыта келгенде скинорен безеу ауруының барлық негізгі патогенетикалық буындарына әсер ететін, безеу бөртпесін ұзақ уақыт бақылауға мүмкіндік беретін, замануи, әмбебап препарат болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Монахов С.А. Львов А.Н. Актуальные проблемы дерматовенерологии. – Самара: 2002. - С. 75-77.
- 2 Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология. - 2003.
- 3 Plewig G., Kligman A.M., Jansen J.J. Acne and Rosacea. — Berlin; Heidelberg; New York: SpringerVerlag, 2000. — 744 p.
- 4 Эрнандес Е.И., Марголина А.А., Петрухина А.О. Липидный барьер кожи и косметические средства/ М.: Косметика и медицина, 2005. – 400с.
- 5 Эрнандес Е.И., Марголина А.Н. Новая косметология. - Учебник. - М.:ООО "Фирма КЛАВЕЛЬ", 2005. - 424 с.
- 6 Иванов О., Монахов С., Современный подход к терапии акне у женщин. - М.: Косметика и медицина, 2006.
- 7 Юцивская Я., Ковальчук Е., Наумчик Г. Постакне: комбинированные методы лечения/ М.: Косметика и медицина, 2009.
- 8 Соколовский Е.В., Аравийская Е.А., Красносельских Т.В. Угревая болезнь. Русский медицинский журнал, 2003.
- 9 Полонская Н.А. Постакне. Косметика и медицина. - 2000. – С. 5-6.
- 10 Poli F., Dreno B., Verschoore M. An epidemiological study of acne in female adults: results of survey conducted in France. J Eur Dermatol Venerol. – 2001. – 15. – P. 541-545.

У.Т. БЕЙСЕБАЕВА, Л.К. САГИДОЛДИНА СКИНОРЕН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ

Резюме: В статье представлены ведущие механизмы развития акне и результаты терапии наиболее распространенного дерматоза у 45 пациентов. Противовоспалительный, иммунный, кератолитический эффект 15% и 20% азелаиновой кислоты, влияющей на основные патогенетические звенья, позволил сократить сроки лечения, количество рецидивов и увеличить продолжительность ремиссии дерматоза. Длительное применение азелаиновой кислоты позволило уменьшить явления постакне.

Ключевые слова: акне, лечение, азелаиновая кислота.

U.T. BEISENBAYEVA, L.K. SAGIDOLLINA SKINOREN IN THE TREATMENT OF ACNE

Resume: The article presents the mechanisms leading to the development of acne and the results of treatment of the most common dermatosis in 45 patients. Anti-inflammatory, immune, keratolytic effect of 15% and 20% azelaic acid, affecting the major pathogenetic links, reduced the treatment time, the number of relapses and prolonged remission dermatosis. Long-term use of azelaic acid reduced the phenomenon of post-acne.

Keywords: acne treatment, azelaic acid.

УДК 616-005.1-08:615.81

С.Г.ЕНОКЯН, О.С.САХОВ, Ш.Б.ЖАНГЕЛОВА, А.С.ЧУМБАЛОВА
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ГЕМОСТАЗУ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

В данной публикации описан новый методический подход для осуществления гемостаза после проведения эндоваскулярных вмешательств с использованием трансрадиального доступа. Предложенное устройство позволяет сохранить магистральный кровоток по артерии, что исключает опасность тромбообразования и облитерации сосудов.

Ключевые слова: интервенционная кардиология, кровоток, гемостаз, облитерация сосуда.

В интервенционной кардиологии в последние 8-10 лет для проведения различных эндоваскулярных вмешательств широко используется менее травматичный доступ через а. radialis [1].

С учетом высокой эффективности новых методов, увеличения продолжительности жизни населения в целом потребность в подобных манипуляциях, в том числе повторных, с использованием трансрадиального доступа будет возрастать.

В этой связи крайне актуальным является сохранение просвета и нормального кровотока по пунктированной а. radialis с целью сохранения возможностей для выполнения в случае необходимости повторных эндоваскулярных диагностических и лечебных процедур [2].

Известные методические подходы и устройства, используемые для гемостаза отличаются травматичностью поскольку вся компрессия осуществляется над местом пункции а. radialis. Чрезмерная компрессия, обеспечивающая надежный гемостаз

может приводить к тромбообразованию и облитерации сосуда, что исключает возможность его последующего использования. Для решения этой проблемы разработано и апробировано устройство (инновационный патент РК КЗ № 25224), обеспечивающее минимальную компрессию места пункции артерии и одновременно надежный гемостаз. С этой целью в устройстве выполнены 2 эластичные манжеты – компрессионная и давящая. При наложении устройства компрессия и уменьшение кровотока и внутрисосудистого давления крови происходит проксимальнее места пункции в интактной части сосуда. В месте пункции гемостаз осуществляется при минимальной компрессии давящей манжетой. Это позволяет сохранить просвет и магистральный кровоток, что сводит к минимуму риск тромбообразования и последующей облитерации сосуда [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Устройство для гемостаза при эндоваскулярных вмешательствах. Енокян С.Г., Сахов О.С., Жангелова Ш.Б./Промышленная собственность. Официальный бюллетень. Изобретения. Полезные модели и селекционные достижения. - 2011. - №12(1)б. - С. 47.

С.Г.ЕНОКЯН, О.С.САХОВ, Ш.Б.ЖАНГЕЛОВА, А.С.ЧУМБАЛОВА
ГЕМОСТАЗҒА АРНАЛҒАН ЭНДОВАСКУЛЯРЛЫ АРАЛАСУДЫҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ

Түйін: Бұл мақалада гемостазды жүзеге асыруы эндоваскулярлық араласулар арқылы трансрадиалды еңгізгеннен кейінгі жаңа тәсілдері қарастырылған. Осы тәсіл арқылы ірі тамырларды сақтай отырып, тромбтың пайда болуы мен тамырлардың бітелуін алдын алады

Түйінді сөздер: интервенционды кардиология, қан айналымы, гемостаз, облитерация, тамырды пункциялау.

S.G.YENOKYAN, O.S.SAHOV, S.B.ZHANGELOVA, A.S.CHUMBALOVA
MODERN APPROACHES TO HEMOSTASIS DURING ENDO VASCULAR PROCEDURES.

Resume: This publication describes a novel methodological approach for the implementation of hemostasis after endovascular treatment with the use of transradial access. The apparatus allows the trunk to keep the blood flow through the artery, which eliminates the risk of thrombosis and vascular obliteration.

Keywords: interventional cardiology, blood flow, hemostasis, obliteration of the vessel.

УДК 615.831:615.032

С.Г.ЕНОКЯН, Е.В.НЕЧАЕВА

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова.
Алматинский Региональный Диагностический Центр

ФОТОТОКСИЧЕСКИЕ И ФОТОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

В данной публикации обсуждается проблема возникновения фототоксических и фотоаллергических реакций при применении жизненно важных лекарственных препаратов для лечения различных заболеваний.

Ключевые слова: лекарственная фотосенсибилизация, фототоксические и фотоаллергические реакции, эритема, крапивница.

Применение многих, в том числе жизненно важных препаратов, ограничивается или даже полностью исключается из-за лекарственной фотосенсибилизации (ЛФ), частота которой варьирует 1:5000. ЛФ – это извращенная реакция кожи на излучение ультрафиолетового или видимого диапазонов на фоне действия лекарственных средств, либо химических средств [1].

Выделяют два типа реакций: фототоксические, которые могут возникнуть у любого человека и протекают по типу «солнечного» ожога (эритема, отек, пузыри); фотоаллергические, которые возникают только у сенсибилизированных людей и опосредуются иммунными механизмами (папулы, везикулы, мокнутие, лихенизация).

Различают три варианта фототоксических реакций: немедленная эритема и крапивница; отсроченная реакция по типу «солнечного» ожога; отсроченная меланиновая гиперперпигментация. Если меланин откладывается в эпидермисе, кожа приобретает коричневый оттенок, если в дерме – серый. Поражаются только открытые участки тела и поражение не выходит за пределы облученных участков.

При фотоаллергической реакции химическое вещество (лекарственное средство), которое содержится в коже, поглощает фотоны и образует новое соединение – «фотопродукт». Это соединение связывается с цитоплазматическими или мембранными белками, образуя антиген. Фотоаллергические реакции возникают лишь у некоторых людей, подвергшихся действию ультрафиолетовых лучей во время приема лекарственных средств, в зависимости от индивидуальной иммунологической реактивности. Чаще встречаются у взрослых людей [2].

Первое применение лекарственного средства приводит к сенсибилизации, а высыпания появляются при повторном применении (аллергическая реакция замедленного типа). Острые фотоаллергические реакции сходны по клиническим проявлениям с аллергическим контактным дерматитом, а клиническая картина хронических фотоаллергических реакций напоминает хронический атопический дерматит.

Основной жалобой пациентов является сильный зуд. В отличие от фототоксических реакций возможно распространение на соседние участки кожи, не подвергшиеся облучению, а границы очагов более расплывчатые. Заболевание может длиться несколько месяцев и даже лет (стойкая солнечная эритема), усиливается после каждого пребывания на солнце.

В диагностике лекарственной фотосенсибилизации велико значение анамнеза, так как многие медикаменты способствуют возникновению заболевания, в их числе: антимикробные средства (амоксциллин, норфлоксацин, ципрофлоксацин, сульфаниламиды), НПВС (диклофенак, ибупрофен, напроксен, кетопрофен), антидепрессанты (амитриптилин, амоксапин, доксепин, trazodon, флуоксетин, фекелзин), H1 и H2-блокаторы (астемизол, ранитидин, циметидин), гипотензивные средства (b-адрено-блокаторы, дилтиазем, каптоприл, метилдофа), нейрорептики (галоперидол, хлорпромазин, перфеназин), диуретики (метолазон, фуросемид, амилорид), пероральные сахароснижающие средства (ацетогексамид, толбутамид), противоопухолевые средства (винбластин, дакарбазин, метотрексат), антипаразитные средства (хинин, хлорохин, тианбендазол); средства, применяемые в косметологии (метилантранилат, бензокаин, амбровый мускус, масла – бергамотовое, лаймовое). Список не ограничивается только указанными препаратами, их достаточно много.

Для профилактики фотодерматоза необходимо тщательно собирать анамнез, использовать минимально возможное количество препаратов с целью профилактики полипрагмазии, назначать препараты последовательно, тщательно изучать инструкции лекарственных средств, рекомендовать пациентам ограничивать время пребывания на солнце во время лечения, применять солнцезащитные средства, носить защитную одежду и головные уборы. При лечении применяются антигистаминные средства; наружно – препараты, содержащие кортикостероиды; диетотерапия; а также отмена всех лекарственных препаратов, вызвавших заболевание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дерматология. Атлас-справочник. Т.Фицпатрик. Практика. – М.: 1999. - 1044с.
- 2 Лечение кожных и венерических болезней. И.М. Романенко. – МИА. – М.: 2006. - 885с.

С.Г.ЕНОКЯН, Е.В.НЕЧАЕВА

ЗАМАНАУИ ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫ ҚОЛДАНУ КЕЗІНДЕГІ ФОТОУЫТТЫ ЖӘНЕ ФОТОАЛЛЕРГИЯЛЫҚ РЕАКЦИЯЛАР

Түйін: Бұл мақалада әр түрлі аурулардың емінде қолданылатын, өмірлік маңызы бар дәрілік заттардың фотоуытты және фотоаллергиялық реакцияларының даму мәселелері қарастырылады.

Түйінді сөздер: дәрілік фотосезімталдылық, фотоуытты және фотоаллергиялық реакциялар, эритема, есекжем.

S.G.YENOKYAN, E.V. NECHAYEVA

PHOTOTOXIC AND PHOTOALLERGIC REACTIONS IN THE APPLICATION OF MODERN MEDICINES.

Resume: This publication discusses the problem of the origin of phototoxic and photo allergic reactions in the application of essential medicines for the treatment of various diseases.

Keywords: drug photosensitivity, phototoxic and photo allergic reactions, erythema, urticaria.

УДК 617-089-007.251

**М.Е. ЖАНТЕЕВ, С.Б.АЛМАБАЕВ, Ж. МАЛИБЕКОВ, Т.ТАЖИМЕТОВ,
Қ. ТӨҢІРБЕРГЕНОВ**

*Қ.А. Яссауи атындағы ХҚТУ, ОКБ, хирургиялық аурулар кафедрасы
Қ.А. Яссауи атындағы ХҚТУ клиникасы, хирургия бөлімшесі*

БАЛЫҚ ҚЫЛТАНАҒЫ ТУДЫРҒАН АШ ІШЕК ПЕРФОРАЦИЯСЫНЫҢ ОПЕРАТИВТІ ЕМІ

Мақалада жалпы медицинада сирек кездесетін жағдай, балық қылтанағы әсерінен 27 жасар науқаста болған аш ішек перфорациясы баяндалған. Балық жегеннен кейін 3-ші тәулікте іші қатты ауырған науқасты панкреонекроз деген күмәнді диагнозбен операция жасап, аш ішек шарбысынан балық қылтанағы алынған. Маңыздысы сол, науқас балық жегенде қылтықтап қалғанын аңғармаған да. Операция жасалынып, ішектің зардапталған бөлігіне серо-серозды тігіс салынып, құрсақ қуысы дренаждалды. Науқас қанағаттанарлық жағдайда клиникадан шықты.

Түйінді сөздер: бөгде зат, балық сүйегі, перфорация, перитонит.

Әдебиеттік берілімдерге жүгінсек жалпы ас қорыту жолдарына түскен бөгде заттардың аз емес екендігіне көз жеткіземіз. Соның 1% ке жуығы ас қорыту жүйесі перфорациямен асқынып жатады. Ал осы перфорацияға алып келетін бөгде заттар арасында басым бөлігін балық сүйегі (қылтығы) алатыны да белгілі [1]. Көп жағдайда дәрігерге қаралған науқас балық қылтығымен қақалып қалғаны туралы білмейді, ондай эпизодтар болған жағдайда да аса мән бермейді және дәрігер назары ауатындай дәрежеде баяндай алмайды.

Балық сүйегін жұтып қойған жағдайда ол жұтқыншақтан бастап, өңеш, асқазан, аш ішектер, кейде тоқ ішекті де зардаптайды. Көбіне мықын ішегінің дистальды бөліктерін, кейде тоқ ішекке дейін зардаптайтындығы әдебиеттік берілімдерден мәлім тіпті тік ішек геморрой түйінінің ішінен балық сүйегінің ұшы шығып тұрған жағдайлар да кездескен [2].

Балық қылтанағы ас қорыту жүйесі перфорациясын тудырғанда науқаста жедел қабыну ауруының симптомдары пайда болады. Әсіресе асқазан немесе ішек перфорациясы білімсіз перитонит клиникасын береді. Сондықтан диагноз қойғанда науқастан мұқият анамнез жинау (бір-екі күн бұрын балық жегенін білу) шарт. Болмаған жағдайда холецистит, панкреатит, немесе жедел ішек өтімсіздігін тудыратын аурулармен дифференцировка жасауға тура келеді. Шолу рентгені балық сүйегін айқын көрсетпейді, сондықтан диагнозды анықтауға компьютерлік томография әдісі немесе лапароскопиялық әдісті қолдану арқылы құрсақ қуысынан бөгде затты іздеу тиімді.

Көп жағдайда құрсақ қуысынан бөгде зат табылған науқастарға ота жасалып, құрсақ қуысы дез ерітінділермен өңделеді, дренаждалуы тиіс.

Перфорацияға ұшыраған ішек қабырғасы бүріліп тігіледі, немесе зардапталған ішек бөлігі резекцияланады [3].

Талқылау: Осыған ұқсас жағдай Қ.А. Яссауи атындағы ХҚТУ клиникасы хирургиялық бөлімшесінде орын алды. Науқас Р. 27 жасар, жедел жәрдем көлігімен ауруханаға шұғыл жағдайда түсті. Түскен кездегі шағымдары: ішінің қатты ауыруы, аздап кебуі. Ішінің сол жақ бөлігінің бүріп ауруы түс шамасында басталған, қабылдаған спазмолитиктер (но-шпа) көмектеспеген. Ауру сезімінің күшеюіне байланысты жедел жәрдем шақыртылып, «жедел аппендицит?» диагнозымен хирургия бөлімшесіне түскен.

Объективті: Науқастың сыртқы көрінісі қалыпты, есі анық, тынысы дұрыс. Жағдайы орташа ауырлықта, іші кебіңкі, пальпацияда сол іштің жақ бөлігі түгелімен ауырады, бұлшық еті қатайған. Бауыры, талағы ұлғаймаған.

Тік ішекті саусақ арқылы тексергенде патологиялық бөлінді жоқ. Нәжіс пен газдардың шығуы нашар.

Қосымша зерттеу тәсілдері бойынша: құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ сы да ұйқы безінің біршама ұлғайғандығы, тығыздығының артқандығы білінеді. Құрсақ қуысы рентгенограммасында өзгерісіз.

ЭКГ Синустық ритм 90 р.мин. ЭОС тің вертикальды орналасуы. ҚЖА гемоглобин: 146 г/л, Эр:4,5x10¹²г/л, Л: 10,0 x10⁹ г/л, ЭТЖ: 14 мм/с. ЖЗА: түсі с/с, рН-1018, белок – 0,033, Л-2-4 в п зр. Қанның биохимиялық анализі: билирубин- 16,0 мкмоль/л, АСТ -0,7, АЛТ –0,4, альфа амилаза-7,0 мг\сл, мочевина-6,0 ммоль\л, креатинин- 84 мкмоль\л, глюкоза- 4,5 ммоль/л. общий белок –72 г/л . Фиброколоноскопия: Ішектің көру аймағында шамалы кілегейлі қабыну процесстері бар. Флюорография: дені сау.

Нәтижесінде науқасқа «перитонит?» диагнозы қойылып, шұғыл түрде операцияға алу ұйғарылды.

Операция: жоғарғы орта лапаротомиясы құрсақ қуысынан бөгде (балық қылтығы) затты алу. Құрсақ қуысының санациясы, түтік арқылы дренаждалуы.

Құрсақ қуысын ашқанда онда аз мөлшерде кілегейлі-серозды бөлінді бар. Жіті қарау арқылы кіндік маңынан сол жақта аш ішек серозды қабатының бірнеше жерінің қызарғандығын, аздап мацерацияланғанын көруге болады. Сол маңнан ішек шарбысы қабырғасына қадалып, бір ұшы шығып тұрған бөгде зат (балық қылтығы) анықталды. Қылтанақ маңы біршама қызарған, ішек қабырғасында іріңді жабысқақтар бар. Жабысқақ арасынан нүкте тәрізді аш ішектің тесілген жерін көруге болады. Тесік іріңді жабысқақпен бітелген, бөлінді жоқ. Жалпы ішектер жағдайы қанағаттанарлық, түсі өзгермеген, перистальтикасы қалыпты.

Ішектердің жағдайын бағалай келе интраоперациялық кеңес бойынша ішек перфорациясы болған жерге серо-сероздық тігіс салу ұйғарылды. Ішекке серо-серозды тігіс салынып, құрсақ қуысы антисептикалық ерітінділермен бірнеше рет санацияланды. Мұқият тазаланған құрсақ қуысы екі өзекті түтік арқылы дренаждалды. Жараға тігіс салынып, асептикалық таңғыш қойылды.

Қорытынды: Алынған бөгде зат: ұзындығы 5 см ені 01-02 см балық сүйегі. Операциядан кейінгі кезең жақсы өтті. Жара біріншілік тыртық арқылы жазылды. Тігістері 8-9 күндері алынды. Ішкі ағзалары тарапынан өзгерістер жоқ, физиологиялық бөлінімдері нормада. Науқас үйіне қанағаттанарлық жағдайда шығарылды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 "Консервативное лечение перфорации кишки рыбьей костью», <http://surgeryzone.net/sheba-hospital.org.il>
- 2 Джикья Л.Л. «Инородные тела», <http://exclusiveshoesua.com>
- 3 <http://www.youtube.com>

М.Е. ЖАНТЕЕВ, С.Б.АЛМАБАЕВ, Н. ЖАНАБАЕВ, Ж. МАЛИБЕКОВ, Т.ТАЖИМЕТОВ, К. ТАНИРБЕРГЕНОВ
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ РЫБЬЕЙ КОСТЬЮ

Резюме: В статье описан клинический случай, в хирургическое отделение кл. МКТУ поступил мужчина 27 лет с жалобами на боли в животе. Заболевание развилось остро, рвоты, диареи или лихорадки нет. Чувство дискомфорта в животе появилось за 6 час до поступления. За три дня до госпитализации пациент ел рыбу. При ревизии брюшной полости обнаружена микроперфорация тонкой кишки. Произведена операция, наложение серо-серозного шва на поврежденные участки кишечника, санация, дренирование брюшной полости. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: инородное тело, рыба кость, перфорация, перитонит.

M.E. ZHANTEEV, S.B. ALMABAEV, N.JANABAEV, J.MALYBEKOV, T.TAJIMETOV, K.TANIRBERGENOV
SURGICAL TREATMENT OF SMALL BOWEL PERFORATION FISH BONE

Resume: This article describes a clinical case, the surgical department clinic. Nice Classification enrolled male 27 years with complaints of abdominal pain. The disease developed acute vomiting, diarrhea, or fever not. Discomfort in the abdomen appeared at 6:00 to arrive. Three days before admission the patient was eating fish. In auditing the abdomen detected Micro perforation small intestine. Operation is performed, imposing gray-serous suture on the affected areas of the intestine, sanitation, drainage of the abdominal cavity. The patient was discharged in satisfactory condition.

Keywords: foreign body, fish bone, perforation, peritonitis.

УДК 612.017.1:612.063(053.2)

А.ЗУЛХАЖЫ, А.К. ҚАТАРБАЕВ, И.З. МӘМБЕТОВА, А.Б. СМАҒҰЛОВА, А.Ж. ЖАДЫКОВА
С.Д.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

САУЫҚТЫРУ ШЫНЫҚТЫРУДЫҢ МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ ӘСЕРІ

Мектеп жасына дейінгі 32 балалардың денсаулығын шынықтыру тиімділігін анықтау үшін, осы балаларда 3, 6, 12 ай өткеннен кейін клиникалық және иммунологиялық көрсеткіштері зерттелді. Балалардың иммунологиялық көрсеткіші: Ig G, IgA, IgM, жалпы T-лимфоциттер және фагоциттер мөлшері көбейді, ал IgE деңгейі төмендеді. Шынықтырудың алғашқы 3 айынан кейін, балалар арасында жедел респираторлық сырқаттармен аурушаңдылық индексі төмендегені анықталды.

Түйінді сөздер: иммунитет, дене шынықтыру, мектеп жасына дейінгі балалар.

Баланың денсаулығын қалыптастыратын бірнеше факторлар бар. Солардың ішіндегі бала денсаулығын қалыптастыруға жол ашатын негізгі шаралардың бірі—бала ағзасын шынықтыру. Шынығу дегеніміз ағзаның қоршаған орта факторларына, әсіресе, метерологиялық факторларға қарсы тұру мүмкіндігін арттыратын ем шаралар жүйесін айтамыз.

Сонымен, табиғаттың өзінің табиғи факторларын қолдана отыра (ауа,су,күн), ағзаның қорғаныс қабілетін арттыруға, патогенді микроорганизмдерге қарсы тұру қабілетін күшейтуге, және ағзаның функционалды жағдайының жоғарлауына жол ашады: жүрек-қантaмыр, тыныс алу жүйесінің қызметі жақсарып, терморегуляция үрдісі жетіліп, бұлшықет тонусы, негізгі зат алмасу күшейе түседі .

Ертеден белгілі болғандай судың энергетикалық қасиеті бар. Су өзіне электрмагнит өрісінің әсер еткендігін «сақтайды». Жарты ғасыр бұрын Күн сәулесі белсенділігі мен судың кейбір параметрлері арасындағы байланыс анықталған және олар ішкенде, суға шомылғанда ағзада сіңіріледі [1].

Суық су күшті қоздырғыш әсер етеді, зат алмасу үрдісін күшейтеді, сонымен қатар ағзадағы тіндердің оттегіні пайдалану қабілеттілігін арттыратын қандағы катехоламиндердің деңгейін жоғарлатады [2].

Қазір көптеген авторлар, дәрежелі ғалымдар сумен шынықтыруда судың температурасын 36-34°С-дан бастап, 1-1,5 айдан кейін ғана біртіндеп температурасын түсіріп, мұздай су құйынуға көшу керектігін айтады [3].

Осылай суықтық стресстің әсерін азайтады. Бірақ, суықтық стресстің ағзаға пайдалы жасушалардың электрлік потенциалын жоғарлатадыныңы белгілі.

Денеге суық су құйған кезде жүйке жүйесі белсенділігі максималді жұмылдырылады. Жүйке жүйесі элементтері (гипофиз) иммунитетті белсендіретін эндорфин, пролактин, соматотропты гормон бөліп шығаратындығы белгілі.

Сумен дене шынықтырғанда су құйынғаннан кейін теріні құрғағанға дейін сүртуге болмайды, бұны қазіргі ғалымдарда дәлелдеді. Керісінше тері 1,5-2 минутта ауа арқылы кебу керек. Қазір дәлелденгендей дымқыл тері құрғақ теріге қарағанда жылуды 4 есе көп бөледі, сондықтан сүртінген кезде суықтық стресс айқын болады[4]. Су құйынғаннан кейін теріні құрғатпау арқылы біз пайда болған теріс зарядты су үлпегіне денедегі зиянды зарядтарды жоюға мүмкіндік береміз. Мұнымен қатар теріс зарядты су үлпегі әсерінен тері бетіндегі бактериялардың оң заряды бейтараптанып, соның нәтижесінде бактериялар өздерінің белсенділігін жоғалтады. Бұл дегеніміз теріде пайда болатын қабыну аурулуры азаяды деген сөз.

Су құюдың соңына қарай дене температурасы жасушалар маңында 42,2°С-қа дейін көтеріледі, бұл өз кезегінде ағзаның табиғи жолмен ауру жасушаларды жоюына әсер етеді, сонымен қатар 100 түрлі вирустарды – салқын тиіп ауру қоздырғыштарын құртады [5].

Сонымен ұсыныстарының жиынтығы урбанизацияланған аумақта адам ағзасына экологиялық факторлардың әсерінің алдын алу мақсатында қолдануға өте перспективалы.

Жұмыс мақсаты: дене шынықтыру әсерінің суықтық стресстік факторының иммунитетке әсерін зерттеу.

Материалдар мен әдістер: Зерттеу төрт кезеңмен жүргізілді: суық сумен сауықтыруға дейін және күнделікті жүргізіп бастағаннан 3, 6, 12 айдан кейін (I, II, III, кезеңдерге сәйкес келеді). Сауықтыру шарасы, балалар таңертең және кешке күніне 2 рет денеге суық су (+20° C) құйып, содан кейін тыныс гимнастиканың элементтерімен мөлшерленген физикалық жаттығумен 15–20 минут айналысады. Зерттеуге 32 мектепке дейінгі балалар алынып, зерттеуден кейінгі 2-4 кезеңдердегі иммундық жүйе функционалдық жағдайы сипатталды.

Талқылау: Лимфоциттер саны 2 кезеңде өзгеріссіз бұрынғы күйінде қалды, 3 кезеңде өсу тенденциясы байқалды, бұл 4 кезеңде де жалғасын тапты.

Нәлдік лимфоциттер деңгейі динамикалық бақылау кезінде өзгермеді. Тотальді Т-жасушалар (Е-РОЛ) құрамы 3 кезеңде айқын жоғарлады. Олардың жоғарлауы зерттеудің 4-кезеңінде де жалғасты. Белсенді Е-РОЛ-дың зерттеудің 2-кезеңінен ақ сандарының өсуі сезілсе, 3-кезеңде айырмашылық тіпті айқын болады, ал зерттеудің аяқталу кезеңінде осы жасушалар саны алғашқы деңгейіне қайта келеді.

Ауторозеткатузуші лимфоциттер саны 3-кезеңге қарай айқын жоғарлайды, зерттеудің соңғы кезеңінде қалпына келеді. Т-хелперлер қанда зерттеудің 2-кезеңінде айқын жоғарлайды да бұл құбылыс 3-4 кезеңдерде де байқалады. Ал Т-супрессорлар саны зерттеудің барлық кезеңдерде онша өзгермеді.

Өсіресе гуморальді иммундық жауаптың көрсеткіштеріндегі өзгерістер өте айқын болды.

Байқағанымыздай сарысулық иммуноглобулин А-ның көлемі зерттеудің 2-3 кезеңінде төмен түседі де, соңында бұрынғы деңгейіне келеді.

Қан сарысуындағыдағы Lg А және Lg М концентрациясы керісінше екінші кезеңнен бастап-ақ жоғалап, бұл 3-4 кезеңдерде сақталады. Дені сау балаларда Lg G концентрациясы қан сарысуында өткізген шаралар әсерінен өзгермеді.

1-кезеңмен салыстырғанда фагоцитарлық белсенділіктің жоғарлауы байқалды: 2-кезеңде 28 баладан 16-да (57,1%), ал 3-кезеңде – 14 балада (50%), 4-кезеңде 18 балада (64,3%). Бір сөзбен айтқанда 5-6 ай жүргізген шынықтыру шаралары нәтижесінде зерттеу жүргізгендердің жартысында нейтрофилдердің фагоцитарлық белсенділігі бастапқы мәнінен жоғарлауы байқалды.

Зерттеу кезінде біз кейбір зертханалық көрсеткіштердің төмендегенін байқадық: сарысулық LgG деңгейінің төмендеуі. Бұл шынықтырудың бастапқы кезеңінде – ерте бейімделу кезеңінде қабыну ауруларының жиілеуімен түсіндіріледі. Бір сөзбен айтқанда шынықтырудың алғашқы 1,5 айы – бұл өте жауапты кезең, бұл кезеңде кейбір бейімделу үрдістерінде олқылықтар жиі байқалады.

Дегенмен біз шынықтырудың осы кезеңдерінде LgM, LgG, LgA –ның деңгейлерінің қан сарысуында жоғарлағанын байқадық. Айтқанымыздай, LgA текті антидене аяқталған фагоцитозды белсендіреді, себебі арнайы гранулоциттерден гидролаздың бөлініп шығуына әсер етеді. Шынықтырудың осы кезеңінде Т-хелперлердің құрамының жоғарлауы гуморальды иммундық жауаптың белсенгенін көрсетеді.

Сонымен гуморальды иммундық жауаптың белсенгенін қан сарысуында айналымдағы иммундық жиынтық концентрациясының жоғарлауы дәлелдейді. Антиген-антидене иммундық жиынтықтың түзілуі кез келген иммундық реакцияның міндетті кезеңі, бұл патогенді микробтар, токсиндер және т.б. патогенді заттарды элиминациялауды қамтамасыз етеді.

Осылайша мини-стресс нейро-эндокриндік үрдістерді құтты белсендіру түрі болумен қатар иммунитеттің бір қатар реакцияларын іске қосушы фактор. Егер мини-стресс шақыратын шынықтыруды ары қарай жалғастырса ағзада қосымша қорғаныс реакциялары іске қосылады (зерттеудің 3-кезеңінде лейкоциттер мен ерте Е-РОЛ, ЕАС-РОЛ сандарының көбеюі). Сонымен қатар бақылаудың 3-кезеңінде ағзаның сенсбилизациялану және аллергия шақыру қаупі жоғарлайды, бұған ауто-РОЛ сандарының көбеюі мен LgE-нің жоғары деңгейінің жиі анықталуы дәлел. Тек шынықтырудың 5-6 айларында

Ағзада шүбәсіз сауығу болады, бұл кезде 2-3 кезеңде қан сарысуында төмендеген LgA деңгейі қалпына келеді, 3-кезеңмен салыстырғанда ағзаның ауто-сенсбилизациялық көрсеткіші – Ауто-РОЛ құрамы айқын төмендейді, ал 2-кезеңмен салыстырғанда арасында табиғи киллер үлес салмағы жоғары нәлдік жасушалар саны өседі.

Иммунитетті жоғарлату үшін ағзаға цинкнің жеткілікті көлемі түсіп тұру керек. Цинк микроэлементі кебек нанда, етте, жұмыртқа сары уызында, қарақұмық, сәбіз, асқабақ, қиярда көп. Иммундық үрдістің белсенуі ағзаға селен микроэлементінің түсуіне байланысты. Селен сарымсақ, бауыр, балықта көп болады.

Қорытынды: табиғи-сауықтыру шараларымен шұғылданған кезде бірінші айларда ағзаның бейімделуі жүріледі де кейбір балаларда ол пульстің, артериалдық қысымның, тыныс алу жиілігінің тұрақсыздығымен және аурулардың өршуімен, салқын тиіп аурумен көрінуі мүмкін. Бірақ шынықтыруды ары қарай жалғастыра берсе антропометриялық және клиника-иммунологиялық көрсеткіштері, жалпы денсаулық жағдайының тұрақты жақсаруы байқалады. Бұл ауа бассейні түрлі ұлы заттармен ластанған соның ішінде ауыр металл тұздарымен ластанған Алматы қасасындағы балалардың иммундық жүйесі қызметін жақсартуда бірден бір шынықтыру тәсілі болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Малахов Г.П. Закаливание и водолечение. – М.: Сталкер, 2007. – С.176.
- 2 Шахиева А.М. Медико-социальная оценка здоровья и образа жизни студентов-медиков//Актуальные проблемы оздоровления населения природными факторами: сб.тр. Междун. науч.-практ. конф., посвящ. году здоровья. – Алматы: 2002. – С. 70–71.
- 3 Егоров Б.Б., Змановский Ю.Ф. Система эффективного закаливания // "Начальная школа." -2000.- №7.- С.15-16.
- 4 Палтушева Т.П. Физиологические механизмы закаливания организма природными факторами: автореф. . . . канд. мед. наук. – Алматы: 2006. - 20с
- 5 Золотарев Ю.Г. Постарайся быть здоровым. – СПб.: Диля, 1999. - С.240.

А.ЗУЛХАЖЫ, А.К. КАТАРБАЕВ, И.З. МАМБЕТОВА, А.Б. СМАГУЛОВА, А.Ж. ЖАДЫКОВА

ВЛИЯНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЗАКАЛИВАНИЯ НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Резюме: Нами изучено влияние оздоровительного закаливания через 3, 6, 12 месяцев на клинико-иммунологические показатели 32 детей дошкольного возраста. Регулярное и продолжительное оздоровительное закаливание улучшило иммунологические показатели у детей: повысился уровень Ig G, IgA, IgM, общих Т-лимфоцитов и фагоцитоза, снизился уровень IgE. При проведении закаливающих мероприятий, в первые 3 месяца у детей возможно повышение респираторной заболеваемости, но в дальнейшем отмечается улучшение физических показателей развития и снижение индекса острой заболеваемости.

Ключевые слова: иммунитет, закаливание, дети дошкольного возраста.

A.ZULKHAZH, A.K.KATARBAYEV, I.Z.MAMBETOVA, A.B.SMAGULOVA, A.ZH.ZHADYKOVA

INFLUENCE OF IMPROVING HARDENING ON CLINIKO-IMMUNOLOGICAL INDICATORS AT CHILDREN OF PRESCHOOL AGE

Resume: We studied influence of improving hardening through 3, 6, 12 months on cliniko-immunological indicators of 32 children of preschool age. The regular and long improving hardening raised immunological indicators at children: the level Ig G, IgA, IGM, the general T-lymphocytes and phagocytosis, the IgE level decreased. When tempering actions have been carried out, the first 3 months it is seems possibility of increasing respiratory incidence at children, but further improvement of physical indicators of development and decrease in an index of sharp incidence is noted.

Keywords: immunity, hardening, children of preschool age.

УДК 614.2:371.7 (053.5)

А.Ш. ИЗБАСАРОВА, Р. Ш. ИЗБАСАРОВА

*Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,
кафедра нервных болезней, г.Алматы, Казахстан.*

*Казахский национальный педагогический университет им. Абая,
кафедра ТООД, г.Алматы, Казахстан*

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И КОРРЕКЦИЯ ОСАНКИ У ПОДРОСТКОВ

В данной статье рассмотрено состояние здоровья учащихся, зависящее от нарушения осанки у подростков. Анализ наших результатов привело к теоретическому обоснованию корреляционной связи между патологией сердечнососудистой системы и психологическими особенностями учащихся, что позволило найти решение данной проблемы. В нашей работе занимает место профилактические мероприятия по коррекции осанки у подростков.

Ключевые слова: подростковый период, сколиоз школьника, нарушение осанки, психологические особенности у подростков, коррекция осанки, профилактические мероприятия.

Актуальность. Подростковый возраст характеризуется как переходный период от детства к взрослой жизни, поэтому исследователи придавали значение учащимся в возрасте 14-16 лет как период полового созревания.

Актуальность и важность изучения индивидуальных физиологических особенностей организма у подростков характеризуются их учебным образовательным потенциалом и, обусловленные проблемой современной школы, а именно компьютеризация учебного процесса.

В последние годы педагоги стали употреблять термин «школьные болезни», а медики всерьез считают, что образование в современной школе приводит к ухудшению здоровья у подростков, что обусловлено инновационными технологиями учебного процесса. По литературным данным, статистически подтверждено, что у каждого пятого подростка к 14 годам ухудшается острота зрения, у каждого восьмого развивается нарушение осанки, а у каждого третьего – возникает заболевание органов дыхания.

Нормальная осанка служит показателем здоровья и гармоничного физического развития подростка. Первые признаки нарушения осанки часто остаются незамеченными, и к врачу-ортопеду дети попадают со значительными изменениями позвоночного столба, с трудом поддающимися коррекции. Огромное значение проблемы сколиоза заключается в своевременной диагностике патологии осанки и лечения ее

дефекта, а также разработки профилактических мероприятий в начальной стадии нарушения осанки.

Проблема коррекции дефекта осанки заключается в исследовании учащихся школ с нарушением осанки для оценки состояния здоровья подростка, и установить корреляционную связь между патологией сердечнососудистой системы и психологическими особенностями [1].

Целью нашей работы является изучение формирования здорового образа жизни у учащихся подросткового возраста с нарушением осанки. Установить взаимосвязь между нарушением осанки и психологическими особенностями у подростков современной школы.

Материалы и методы исследования. Состояние здоровья учащихся современной школы зависит от нарушения осанки, сердечнососудистой и дыхательной системы. Решение задачи состоит в организации профилактических мероприятий по коррекции осанки у подростков, проведение беседы о здоровом образе жизни среди учащихся школ.

Для изучения исследования использовались следующие методы: анализ данных анамнеза заболевания и жизни с использованием «амбулаторной карты пациента», клинико-неврологическое обследование школьников; осмотр хирурга-ортопеда в школе-гимназии, анкета по самооценке здоровья.

Для решения нашей задачи исследования проводились поэтапно:

1. Анализ современной научно-популярной литературы по проблеме нарушения осанки у подростков.

2. Выявление нарушений осанки среди учащихся 9 классов г.Алматы.

3. Определение взаимосвязи между нарушением осанки и состоянием сердечнососудистой системы в подростковом периоде.

Рассматривая нарушение осанки как психологическую проблему у учащихся в подростковом периоде, нами впервые были изучены следующие вопросы.

1. Процентное соотношение нарушение осанки у учащихся 9 классов.

2. Взаимосвязь между функциональным состоянием сердечнососудистой системы и нарушением осанки.

3. Существует ли связь между психологическими особенностями подростков и нарушением осанки.

Нашим объектом были учащиеся 9 классов школы-гимназии города Алматы, которые подверглись обследованию, анализу общего состояния и санитарно-гигиеническим нормам образовательного учреждения.

Результаты и обсуждение. Процесс формирования осанки начинается с самого раннего возраста и происходит на основе тех же физиологических закономерностей высшей нервной деятельности, которые характерны для образования условных двигательных связей. Это создает возможность для активного вмешательства в процесс формирования осанки у детей, обеспечивая её правильное развитие.

Причины, приводящие к нарушениям осанки, многообразны.

При сборе анамнеза заболевания и жизни были выявлены следующие моменты: отрицательное влияние на формирование осанки оказывают неблагоприятные условия окружающей среды, социально-гигиенические факторы, в частности, длительное пребывание позвоночника подростка в неправильном положении на занятиях в школе и дома. В результате этого происходит образование навыка неправильной установки позвоночного столба. В одних случаях этот навык формируется при отсутствии функциональных и структурных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата, а в других случаях – на фоне патологических изменений в опорно-двигательном аппарате врожденного или приобретенного характера.

В основе нарушений осанки лежит недостаточная двигательная активность детей (гиподинамия), неправильное физическое воспитание, а также чрезмерное увлечение однообразными физическими упражнениями.

Кроме того, появление неправильной осанки, т.е. сколиоза связано с недостаточной чувствительностью рецепторов, определяющих вертикальное положение позвоночника и слабостью мышц спины, удерживающих это положение. Это может быть связано с ограничением подвижности в суставах, акселерацией современных детей подросткового периода. Причиной сколиоза могут быть также стесняющая движения одежда, заболевания внутренних органов, снижение зрения, слуха, недостаточная освещенность рабочего места в классе, несоответствующая росту ребенка парта, стул.

В 90-95 % случаев нарушения осанки являются приобретенными, и чаще всего встречаются у детей астенического телосложения. Нарушения осанки ухудшают внешний вид ребенка, способствуя развитию ранних дегенеративных изменений в межпозвоночных дисках и создавая неблагоприятные условия для функционирования органов грудной клетки и брюшной полости. Однако, нарушения осанки, как правило, не сопровождаются грубыми изменениями в позвоночнике.

В настоящее время большое значение изменению осанки оказывает влияние работы с компьютером, учитывая тот факт, что в современной школе все занятия компьютеризированы и учащимися 9 классов не соблюдаются требования.

По литературным данным, в качестве таких профилактических средств как лечебная физическая культура (ЛФК), могут использоваться упражнения с тренажером Агашина, апробация которых показала положительное их влияние на оптимизацию и равномерность распределения мышечных напряжений во время занятий физическими упражнениями и равномерного распределения нагрузки на работу сердца и дыхание[2].

Рост патологических состояний осанки выходит за рамки не только медицинской проблемы, но и приобретает социальную значимость. Поэтому заболевания опорно-двигательного аппарата часто становятся причиной ограничения в выборе профессии и приводящие к инвалидности в социально активном возрасте, доставляя физические и психологические страдания. Ортопеды считают, что от 20% до 40% негативных влияний, ухудшающих здоровье детей, связано со школой. За последние десятилетия, по данным разных исследований, здоровыми считаются только от 8% до 25% школьников.

По данным Института возрастной физиологии за период обучения в школе у детей в 5 раз возрастает частота нарушения зрения и осанки, в 4 раза психоневрологических отклонений, в 3 раза – заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечнососудистой системы.

Грубые изменения в позвоночнике развиваются при сколиотической болезни. Они больше выражены при II-III-IV степени тяжести сколиоза. Развивается сколиоз преимущественно в периоды интенсивного роста скелета, т.е. в 6-7 лет и 12-15 лет. С окончанием роста позвоночника сколиотические деформации, как правило, прекращаются.

Мы проанализировали данные медицинских амбулаторных карт, осмотрев учеников 9 классов гимназии г.Алматы. Результаты исследования показали, что большинство школьников этой возрастной группы уже имели функциональные нарушения осанки. Это свидетельствует о том, что функциональным особенностям позвоночника надо уделять огромное внимание с раннего детства не только в школе, но и дома.

Обработав результаты объективного неврологического статуса, нами были выявлены функциональные нарушения позвоночника у подростков. Наши данные расположили в следующей последовательности: асимметричное расположение лопаток – 48%, отсутствие строго горизонтального положения мышц плечевого и тазового пояса – 40%, наличие «крыловидных лопаток» - 9%, «скручивание» туловища вокруг вертикальной оси и нарушений осанки – 3%. В результате осмотра были зафиксированы различные виды нарушений осанки: сколиотическая, сутулая, лордическая, кифотическая и выпрямленная. При выявлении «нездоровой осанки» мы обращали внимание при беседе на образ жизни учащихся подросткового периода.

По нашим данным, число подростков с нарушением осанки достигает 30 -60%, а сколиоз поражает в среднем 10% -15% всех учащихся.

Нами представлены нарушения осанки в виде сколиоза. У девочек сколиоз встречался почти в 2 раза чаще, чем у мальчиков. К переходу учащихся в средние классы распространенность функциональных нарушений и заболеваний со стороны позвоночника стала нарастать. На фоне уменьшения распространенности сколиотической осанки в 1,5 раза увеличилась распространенность сколиоза.

Переходя в VII–VIII-й классы, только 1,2% учащихся не имели нарушения и заболевания со стороны опорно-двигательного аппарата. В VII–VIII-х классах достоверно увеличилась распространенность сколиоза. Сохранилась тенденция к росту асимметричного расположения лопаток, сутулой осанки (18,5%). Кроме того, функциональные нарушения осанки создают условия для развития заболеваний многих внутренних органов и систем. Так, например, у детей и подростков с сутулой осанкой снижена жизненная емкость легких (2,1%), уменьшена экскурсия грудной клетки и диафрагмы (1,4%), что

неблагоприятно сказывается на деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы. При сутулой осанке также нарушается нормальная деятельность органов брюшной полости. При исследовании сердечнососудистой системы нами выделены изменение пульса в виде тахикардии – 83%, брадикардии – 14%, гипотонии – 57%, боли в области сердца – 8%, чувство сердцебиения или замирания сердца – 24%.

Снижение опорной функции позвоночника и ее деформация способствуют постоянным микротравмам сосудов головного мозга во время движений (быстрая ходьба, бег, прыжки во время перемены, на уроках физической культуры, в повседневной жизни). Эти все компоненты отрицательно влияют на нервно-психическую деятельность, сопровождаясь быстрой утомляемостью, частыми головными болями, эмоциональной лабильностью и минимальными нарушениями сердечнососудистой системы (тахикардия, гипотония, сердцебиение).

Вывод. Анализируя результаты наших данных, мы пришли к выводу, что для коррекции осанки школьников в данном возрастном периоде необходимо увеличить на занятиях физической культуры состав и количество педагогических средств, которые физиологически воздействуют на оптимизацию тонуса основных групп мышц, участвующие в движении с учетом функциональной работы сердечнососудистой системы.

Эти средства должны включаться в занятия не только со школьниками, имеющими нарушения осанки, но и, с условно здоровыми подростками, с целью профилактики и предупреждения появления возможных нарушений осанки.

Такие проявления как гиподинамия, быстрая утомляемость, рассеянность, тахикардия, гипотония выявленные у подростков, связаны с нарушением осанки и психологическими особенностями учащихся.

Рекомендации.

1. Для профилактики нарушений осанки подростку необходимо правильно организовать режим дня, т.е. правильное чередование занятий на уроках и активный отдых.

2. Для улучшения осанки очень полезно заниматься гимнастикой 2-3 раза в день по 10-20 минут при открытой форточке на занятиях в школе и дома. Нами внесено предложение о включении 10-минутной ритмичной гимнастики до учебных занятий или выделить отдельное время для улучшения двигательной деятельности учащихся начальных классов и подростков.

3. Разработанные специальные упражнения, вырабатывающие навыки правильной осанки, способствуют правильному подбору общеукрепляющих упражнений, направленные на развитие мышц плечевого пояса, ног, спины, живота, шеи, а также с целью повышения работоспособности учащихся.

4. Вместо портфеля ученику полезнее носить ранец. У детей с нарушениями осанки образ жизни должен быть активным, нужно увеличить время пребывания на воздухе с подвижными играми. Для разгрузки позвоночника во время школьных занятий и приготовления уроков рекомендуется использование матерчатых деклинаторов, которые надеваются на грудную клетку, фиксируя область надплечья, или носить зафиксированные корсеты на грудной отдел позвоночника после консультации ортопеда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Izbassarova R.Sh. The application of new health-preserving technologies for health promotion in school children.//Proceedings of the XV International Scientific Conference. Family health in the XXI century. - 2011. – С.193-194
2. Петров П.К. Методика преподавания гимнастики в школе. – Гуманитарный издательский центр. – М.: – 1998.

А.Ш.ИЗБАССАРОВА, Р.Ш.ИЗБАССАРОВА

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ ЖӘНЕ ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕ ОМЫРТҚА БАҒАНЫН ТҮЗЕТУ

Түйін: Берілген мақалада жасөспірімдерде омыртқа бағанының бұзылыстарына байланысты оқушылардың денсаулық жағдайы қарастырылған. Біздің нәтижелерді сараптау оқушылардың психологиялық ерекшеліктері мен жүрек қантамыр жүйесі арасындағы корреляционды байланысты теориялық негіздеуге, берілген мәселенің шешімін табуға көмектесті. Біздің жұмысымызда жасөспірімдердің омыртқа бағанын түзету бойынша алдын алу шаралары маңызды орын алады.

Түйінді сөздер: жасөспірімдік кезең, оқушы сколиозы, омыртқа бағанының бұзылыстары, жасөспірімдердің психологиялық ерекшеліктері, омыртқа бағанын түзету, алдын алу шаралары.

A. IZBASSAROVA, R. IZBASSAROVA

HEALTHY LIFESTYLE AND SCOLIOSIS CORRECTION AMONG THE ADOLESCENTS

Resume: The article shows that disorders of the vertebral cord influence to the students health. The data analyses demonstrated theoretical correlation between pathology of vascular system and psychological features of students, thus gave the possibility to find decisions of this problem. Prophylactics take an important place beneath our work.

Keywords: adolescence, student's scoliosis, adolescents psychological features, scoliosis correction, prophylactics.

УДК 616.33-005.1:616. 132/2

Б.С.ИСКАКОВ¹, К.А.СЕЙТБЕКОВ², В.И.ЛАПИН², А.М.КЕНЖЕБАЕВ², А.Е.МАХУАЮНОВ²
Казхакский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова
(кафедра интернатуры и резидентуры по терапии №3)¹
Городской кардиологический центр, г.Алматы²

ОЦЕНКА РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

У пациентов с острым инфарктом миокарда эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки, обусловлены ишемией и нарушением микроциркуляции гастродуоденальной зоны. Факторами риска желудочно-кишечных кровотечений у этой категории пациентов являются: «язвенный» анамнез, антиагрегантная терапия, инвазивная кардиоверсия.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, эрозивно-язвенные повреждения, желудочно-кишечные кровотечения.

У пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в 8–25% случаев развиваются т.н. «стрессовые» эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (ЭЯП СО ГДЗ), осложняющиеся желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК). По данным клинико-морфологических исследований ЖКК развиваются у каждого пятого пациента с первичным и у каждого второго с повторным ИМ, летальность при которых составляет 50% - 80%. [1].

Ведущую роль в патогенезе ЭЯП играют микроциркуляторные нарушения и ишемия СО, которые вызывают обратную диффузию H⁺, ацидоз, истощение буферных систем, гиперацидность, гибель и нарушение регенерации клеток эпителия ГДЗ [2].

Другой причиной ЭЯП у больных ОИМ является антиагрегантная терапия (ААТ), основанная на применении ацетилсалициловой кислоты (АСК), пероральных непрямым антикоагулянтов, тиаенопиридинов и их сочетаний, которые также приводят к гиперацидным состояниям желудка. При приеме стандартных доз АСК риск кровотечений увеличивается в 1,8 раза, при назначении клопидогреля — в 1,1 раза. Двойная ААТ сопровождается более высоким риском ЖКК - от 2,3 до 7,4 раза [3].

Основные клинические факторы риска ЭЯП у больных ИМ на фоне ААТ - язвенная болезнь, сниженная функция активности тромбоцитов, нарушение толерантности к глюкозе или СД 2-го типа, заболевания печени, хронический алкоголизм, почечная недостаточность (снижение клиренса креатинина) на фоне анемии, снижение массы тела, полипрагмазия, пожилой возраст, полиморбидность [4].

Трудности диагностики «стрессовых» повреждения ГДЗ заключаются в том, что у 60% пациентов с ОИМ отсутствуют их значимые признаки. Клиническая симптоматика, в виде рвоты кровью или мелены, которые наблюдаются только у 36–37% больных, появляется значительно позднее, чем лабораторно-инструментальные показатели [3].

Несмотря на достигнутые успехи в кардиологии, многие аспекты клиники и диагностики ЭЯП ГДЗ и ЖКК у больных ОИМ и в настоящее время еще представляют особую актуальность.

Цель исследования - изучить частоту эрозивно-язвенных повреждений гастродуоденальной зоны у больных острым инфарктом миокарда

Материал и методы

Введение с сентября 2012 г в структуру городского кардиологического центра г.Алматы эндоскопического кабинета позволило проводить точную диагностику патологии ГДЗ и ЖКК у пациентов с ОИМ, оказывать квалифицированную помощь на ранней стадии заболевания.

Нами проанализированы результаты эндоскопии ГДЗ у 375 больных с ИБС, находившихся на лечении в городском кардиологическом центре г.Алматы за 8 месяцев (с сентября 2012 г по апрель 2013 г).

Исследования проводили с помощью фиброзофагогастродуоденоскопа (ФЭГДС) «OLYMPUS» (Япония) с применением местной анестезии.

При визуализации обращали внимание на локализацию, наличие гиперемии, геморрагии, отека, эрозии и язв СО ГДЗ. Побочные эффекты и осложнения во время исследования у обследованных больных не наблюдались.

В нашу работу вошли 94 пациента с ОИМ, которым проводилась ФЭГДС. Среди них было 70 (74,5%) мужчин и 24 (25,5%) женщин (соотношение 2,9:1), в возрасте от 40 до 83 лет. Средний возраст составил 65,2±13,3 года (M±m).

Учитывая, что одним из главных противопоказаний к проведению эндоскопии у пациентов является ОИМ, исследования проводились только по жизненным показаниям и лицам с угрожающими для жизни состояниями: при подозрении или наличии явных клинико-лабораторных симптомов кровотечения, необходимости проведения стентирования коронарных сосудов и перед операцией аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Проведен выборочный ретроспективный анализ историй болезней указанных 94 пациентов ОИМ с целью выявления характерных клинико-лабораторных признаков ЭЯП ГДЗ и ЖКК (болевой абдоминальный симптом, диспепсические проявления, рвота «кофейной гущей», мелена, положительная реакция на скрытую кровь в кале, уровень гемоглобина, содержание эритроцитов).

У пациентов с ЖКК оценивали факторы риска: возраст, пол, «язвенный» анамнез, ААТ, интервенционные вмешательства. При эндоскопическом исследовании, в соответствии с классификацией по J.Forrest (1987г.), характеризовали выраженность кровотечения ГДЗ:

F-I-A - струйное (артериальное) кровотечение из язвы;

F-I-B - капельное (венозное) кровотечение из язвы;

F-II-A - тромбированные сосуды в дне язвы;

F-II-B - сгусток крови, закрывающий язву;

F-II-C - язва без признаков кровотечения.

Отдельно были проанализированы данные больных ОИМ с синдромом Мэллори Вейса.

Результаты и их обсуждение

У всех 94 (100%) пациентов ОИМ были выявлены острые и хронические ЭЯП ГДЗ. Распределение их по возрастным группам представлено на рисунке 1. Наибольший удельный вес составили пациенты старческого (71–85 лет) возраста (36,2%), лица молодого возраста (до 50 лет), составили 24,5%.

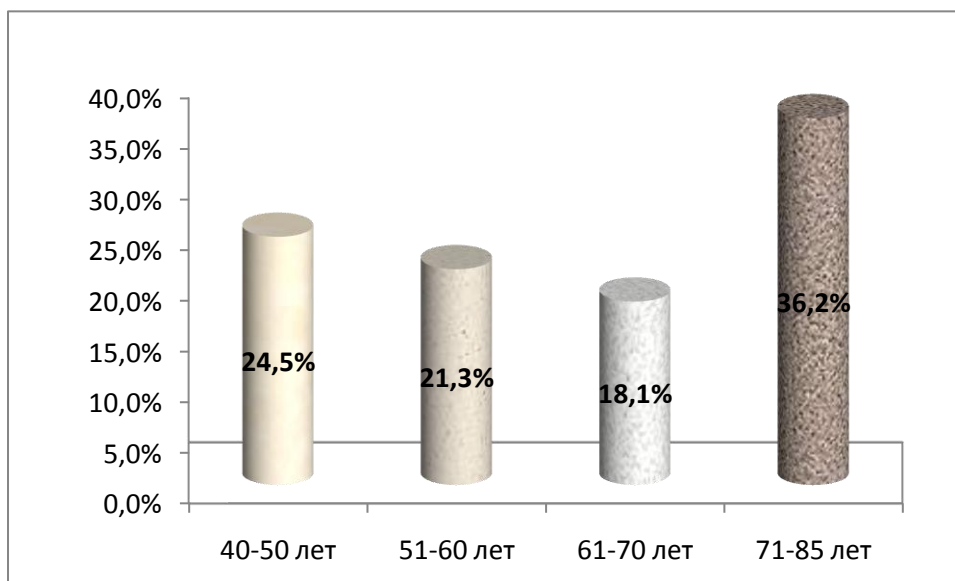


Рисунок 1 - Возрастные группы обследованных больных ИМ

Клиническое течение острых язв значительно отличается от проявления язвенной болезни. Неосложненные острые язвы протекают у большинства больных бессимптомно. Появление болей в эпигастральной области, тошноты, рвоты и болезненности при пальпации брюшной стенки может указывать на образование острых язв и эрозий желудка или ДПК [5].

При ретроспективном анализе, характерные клинические признаки ЭЯП ГДЗ наблюдались лишь у небольшой части обследованных больных ИМ. Абдоминальные боли были констатированы только у 45 (48%), изжога – у 56 (59,6%).тошнота - у 20 (21,3%).

Признаки ЖКК – мелена наблюдалась у 26 (27,6%) больных, рвота "кофейной гущей" – у 6 (6,4%). У некоторых пациентов наблюдались лишь симптомы постгеморрагической анемии, в виде слабости, сердцебиения, головокружения, которые были отмечены в 18 (19,1%), 20 (21,3%), 15 (15,9%) случаях соответственно. При лабораторном исследовании у 32 пациентов выявлялись снижение уровня гемоглобина (в среднем $92,5 \pm 4,9$ г/л), содержания эритроцитов крови (в

среднем $2,2 \pm 0,4 \times 10^9 / л$), свидетельствующие о гастродуоденальном кровотечении.

В этой связи, 94 пациентам с указанными выше клиническими симптомами ЖКК, клинико-лабораторными признаками анемии, а также перед предстоящими интервенционными вмешательствами (операция АКШ, стентирование коронарных сосудов) была проведена ФЭГДС.

Эндоскопические исследования позволяли диагностировать различные изменения СОЖ и ДПК и, это было особенно важно в тех случаях, когда клиническая симптоматика поражения верхних отделов пищеварительного тракта была не выражена или вовсе отсутствовала. Кроме того, ФЭГДС проводилась в процессе контроля эффективности лечения у больных с высоким риском ЖКК.

При эндоскопическом обследовании у всех 94 пациентов ОИМ были выявлены различные признаки активного воспаления СО ГДЗ: гиперемия ($99,5 \pm 4,5\%$), отечность ($89,7 \pm 9,2\%$), геморрагии ($35,7 \pm 4,1\%$). При исследовании особое внимание мы обращали на наличие ЭЯП с целью установления источника кровотечения (табл.1).

Таблица 1 – Визуальные изменения СО ГДЗ у пациентов ОИМ (M±m)

№	Данные эндоскопии	Пациенты без ЖКЖ (n=62)		Пациенты с ЖКЖ (n=32)		ВСЕГО (n=94)	
		абс	%	абс	%	абс	%
1	Острые эрозии СОЖ	5	8,1±1,3	6	18,8±2,6	11	11,7±1,9
2	Острые эрозии СО ДПК	3	4,8±0,9	3	9,4±1,5	6	6,4±1,3
3	Хронические эрозии СОЖ	6	9,7±1,8	5	15,6±2,3	11	11,7±2,1
4	Хронические эрозии ДПК	2	3,2±1,3	4	12,5±1,9	6	6,4±1,1
5	Острые язвы СОЖ	11	17,7±2,3	6	18,8±2,3	17	18,1±1,9
6	Острые язвы СО ДПК	2	3,2±0,6	1	3,1±0,7	3	3,2±0,7
7	Хронические язвы СОЖ	24	38,7±4,1	8	25,0±2,9	32	34,0±4,2
8	Хронические язвы ДПК	20	32,3±3,9	6	18,8±2,5	26	27,7±3,5
9	Синдром Мэллори Вейса	0	0,0	8	25,0±2,7	8	8,5±1,1

Из представленных в таблице 1 данных следует, что ЖКЖ различной интенсивности были выявлены у 32 (30,0%) пациентов (из 94 обследованных). Среди пациентов ОИМ, наименее редкими источниками кровотечений были острые эрозии (9,4±1,5%) и острые язвы (3,1±0,7%) ДПК, а наиболее частыми – хронические язвы СОЖ (25,0±2,9%). Синдром Мэллори Вейса наблюдался у 8 пациентов, которые составили 8,5±1,1% случаев кровотечений.

Всего у 94 пациентов ОИМ острые эрозии (11,7±1,9%) и острые язвы (18,1±1,9%) локализовались в желудке, преимущественно в антральном и пилорическом отделах. Примечательно, что в 48% случаев острые язвы в желудке носили множественный характер или сочетались с острыми или хроническими эрозиями. Острые дуоденальные язвы наблюдались значительно реже – в 3,1±0,7% случаев.

Наиболее часто выявлялись хронические язвы желудка (34,0±4,2%) и ДПК (27,7±3,5%). При анализе анамнестических данных было установлено, что это были пациенты в основном с повторным ИМ и длительное время принимающие антиагрегантные препараты.

Анализ полученных данных эндоскопии позволил нам констатировать, что у 74,5 % пациентов диагностировались средние размеры язвенного дефекта СО (от 1,0 до 2,5 см). Большие язвы (от 3 до 5 см) были выявлены лишь у 5,5% пациентов, у 20,0% диагностированы маленькие (до 1.0 см) язвенные дефекты.

Развитие острых («стрессовых») повреждений ГДЗ у 36 пациентов с ОИМ, по-видимому, были обусловлены предшествующими значительными нарушениями микроциркуляции и ишемией СО. У остальных 58 пациентов ОИМ хронические язвы были расценены нами как результат лекарственного повреждения, т.к. при анализе анамнестических данных у них были констатированы длительный прием препаратов АСК и/или антиагрегантов по поводу ИБС и/или артериальной гипертензии (АГ).

При эндоскопическом исследовании мы обращали особое внимание на визуальные отличия острых и хронических эрозий и язв.

Острые эрозии характеризовались как поверхностные дефекты СО, не выходящие за пределы эпителия и не проникающие за пределы мышечной пластинки. Наиболее часто они локализовались в фундальном отделе желудка и, могли быть поверхностными или глубокими.

Острые «стрессовые» язвы имели вид поверхностного дефекта слизистого слоя СО, без вовлечения в воспалительный процесс подслизистого слоя. Они были небольших размеров 10-15 мм в диаметре, с округлой формой, с ровными гладкими краями, с неглубоким дном и, часто, с геморрагическим налетом. Характерным для острых язв являлась их множественность, нередко наблюдалось сочетание их локализации в желудке и в 12–перстной кишке.

Хронические эрозии зачастую представляли собой глубокие разрушения собственной пластинки СО, не захватывающие мышечной пластинки.

Эндоскопическая картина характерного дефекта слизистой: продольной, ромбовидной или звездчатой формы с различными размерами (10-30 мм) и глубиной язвы. Края язвы были подрыты, с гиперемией СО периульцерозной зоны и воспалительным валом. Дно язвы было покрыто некротическими фибринозными наложениями.

При выполнении эндоскопического исследования при активном, а также при самопроизвольно остановившемся кровотечении, у 32 пациентов ОИМ нами была проведена оценка риска рецидива ЖКЖ по Forrest. К группе высокого эндоскопического риска рецидива геморрагий из острых ЭЯП ГДЗ мы относили пациентов:

- ✓ с активным кровотечением из одной или нескольких острых язв на момент первичной эндоскопии (F-IA и F-IB) с любой степенью тяжести кровопотери или анемии. Их в нашем наблюдении было 18 (19,1%) и 8 (8,5%) пациентов с синдромом Мэллори Вейса

- ✓ с состоявшимся кровотечением (F-IIA и F-IIB) со средней или тяжелой кровопотерей или анемией, таких пациентов было выявлено 14 (14,9%);

Группу низкого риска рецидива ЖКЖ мы констатировали у остальных 62 (65,9%) пациентов с ЭЯП ГДЗ (F-IIC) без признаков кровотечения.

По результатам первичной ФЭГДС в группах высокого риска рецидива ЖКЖ необходимы динамические исследования у пациентов для осуществления профилактики повторной геморрагии.

В большинстве публикуемых работ к кровотечению из острых язв часто относятся, как к язвенной болезни и применяют к ним те же лечебно-тактические установки. Согласно международным клиническим рекомендациям и консенсусу специалистов, в этой ситуации более оправдана замена,

например, АСК на клопидогрель или дополнительное назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) [6,7]. Таким образом, в центре системы профилактики ЖКК у больных ИБС, длительно принимающих ААТ, находится прогнозирование возможного ЭЯП ГДЗ посредством поиска предикторов высокого риска ЖКК, и, в случае их выявления, – назначение пациентам своевременной и адекватной антисекреторной терапии [8].

Установлено, что антисекреторная терапия, позволяющая увеличить рН содержимого желудка до 5,0-7,0 ед. в течение периода активного влияния факторов риска, снижает вероятность ЖКК у больных как минимум на 50% и позволяет инициировать активную эпителизацию ЭЯП ГДЗ. Адекватная антисекреторная терапия позволяет решить следующие задачи:

- ✓ прекратить активное кровотечение;
- ✓ устранить симптомы острого ЭЯП;
- ✓ предотвратить рецидив кровотечения.

Нейтрализацию кислого содержимого желудка можно добиться введением любых антацидов (гидроокисей магния и алюминия), антисекреторных препаратов ИПП, блокаторов H₂-рецепторов гистамина или сукральфата, которые блокируют лизис свежих тромбов и обеспечивают полноценный сосудисто-тромбоцитарный гемостаз,

У наших пациентов проводилась общепринятая терапия ОИМ, включающая нитраты, кардиоселективные β-адреноблокаторов, антагонисты кальция. У пациентов с ЭЯП, в зависимости от выраженности кровотечения, исключали (или снижали дозы)

антиагреганты, антикоагулянты и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), которые могут подавлять синтез эритропоэтина в почках и блокировать его эритропоэтическое действие на уровне костного мозга.

Применение ИПП и антацидов, наряду с общепринятой консервативной гемостатической терапией, оказывало положительный терапевтический эффект и позволяло добиться остановки кровотечения у больных ОИМ. Однако, следует иметь в виду, что многие ИПП подавляют активность «кардиологических» препаратов, что может привести к снижению эффективности лечения ОИМ. Этих негативных свойств лишены препараты из группы пантопрозола, которые можно применять парентерально и таблетированных формах.

Заключение

Таким образом, высокая частота стрессовых ЭЯП ГДЗ и ЖКК у пациентов с ОИМ требуют обязательного проведения ранней диагностики и своевременных адекватных лечебно-профилактических мероприятий. Точная оценка факторов риска ЖКК и своевременная клиничко-эндоскопическая диагностика поражений ГДЗ, адекватная гемостатическая и антисекреторная терапия определяют благоприятный прогноз у больных с острыми формами ИБС.

Факторами риска ЖКК у пациентов с ОИМ являются пожилой и старческий возраст, мужской пол, «язвенный» анамнез, применение ААТ, интервенционные методы лечения (стентирование коронарных сосудов, операция АКШ).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Колобов С. В., Зайратьянц О. В., Попутчикова Е. А. Морфологические особенности острых эрозий и язв желудка у больных инфарктом миокарда при лечении препаратом Лосек // Морфологические ведомости. - 2002. - №3-4. – С.800-882.
- 2 Верткин А.Л., Зайратьянц О.В., Вовк Е.И. Поражение желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с острым коронарным синдромом //Лечащий врач. – 2005. - №1. – С.66-70.
- 3 Сумароков А.Б., Бурячковская Л.И., Учитель И.А. Кровотечения у больных с ишемической болезнью сердца при проведении терапии антиагрегантами // Cardio Соматика. - 2011. - № 3. –С.29-35.
- 4 Шилев А.М., Осия А.О. Ишемическая болезнь сердца, желудочно-кишечные кровотечения и железодефицитная анемия: принципы диагностики и лечения // Лечащий врач. – 2012. - №5. – С.35-39.
- 5 Силуянов С.В., Смирнова Г.О., Лучинкин И.Г. Кровотечения из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки в клинической практике //Русс.мед.журнал. - 2009. - № 5. – С. 8.
- 6 Cook D.J., Reeve V.K., Guyatt G.H. et al: Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients : Resolving discordant meta-analyses . JAMA 1996. – 275. – P. 308-314.
- 7 Гельфанд Б.В., Гурьянов В.А., Мартынов А.Н. и др. Профилактика стресс-повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // Consilium Medicum. - 2005. - №6. – С.464.
- 8 Верткин А.Л., Фролова Ю.В., Петрик Е.А. и др. Профилактика желудочно-кишечных кровотечений при обострении ишемической болезни сердца //Consilium Medicum. – 2008. – №2. – С.56.

Б.С.ИСКАКОВ¹, К.А.СЕЙТБЕКОВ², В.И.ЛАПИН², А.М.КЕНЖЕБАЕВ², А.Е.МАХУАЮНОВ²
ЖЕДЕЛ МИОКАРД ИНФАРКТИСІ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫ ҚАН КЕТУДІҢ ҮЙҚАЛДАРЫН
БАҒАЛАУ

Түйін: Жедел миокард инфарктісі бар науқастардың шырышты қабатының эрозивті және ойық жаралы зақымдалуы гастродуоденалды аймақтың ишемиясымен және микроциркуляциясының бұзылыстарымен байқалады. Бұл науқастарда асқазан-ішек жолдарынан қан кетудің қауіпті үйқалдары: анамнездегі ойық жара ауруы болатыны, антиагрегантті терапия, инвазивті кардиоверсия.

Түйінді сөздер: миокард инфарктісі, эрозивті және ойық жаралы зақымдалу, асқазан-ішек жолдарынан қан кету.

B.ISKAKOV¹, K.SEYTBKOV², V.LAPIN², A.KENZHEBAYEV², A.E.MAKHUAYUNOV²
ASSESSMENT OF RISK OF GASTRODUODENAL BLEEDING AT PATIENTS WITH THE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Resume: Patients with a sharp myocardial infarction have erosive and ulcer damages of a mucous membrane, are caused by ischemia and violation of microcirculation of a gastroduodenal zone. Risk factors of gastrointestinal bleedings at this category of patients are: "ulcer" anamnesis, antiagregantny therapy, invasive cardioversion.

Keywords: myocardial infarction, erosive and ulcer damages, gastrointestinal bleedings.

**Б.С.ИСКАКОВ, С.Г.ЕНОКЯН, А.М.КЕНЖЕБАЕВ, Б.С.ТОХТАРОВ,
Т.М. МУРТАЗАЛИЕВА**

*Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова
(кафедра интернатуры и резидентуры по терапии №3)
Городской кардиологический центр, г.Алматы*

ГИПОКСИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ (обзор литературы)

Обзор литературы посвящен одной из актуальных проблем гепатологии – диагностике и лечению гипоксического гепатита. Изложены причины и механизмы гемодинамических нарушений в печени, приводящие к центрлобулярному некрозу гепатоцитов и существенному повышению активности аминотрансфераз крови.

Ключевые слова: гипоксический гепатит, аминотрансферазы сыворотки крови, центрлобулярный некроз гепатоцитов.

Гипоксический гепатит (ГГ) – это поражение печени, обусловленное несоответствием между доставкой кислорода к печени и ее потребностью в кислороде, характеризующееся транзиторным повышением активности аминотрансфераз сыворотки крови, вызванный гипоксическим некрозом центрлобулярных клеток печени [1]. В отдельных работах ГГ обозначается как “гипоксическое поражение печени”, “острое повреждение печени”, “ишемический гепатит”, “шоковая печень”. В МКБ-Х это состояние классифицируется как “инфаркт печени” (XI класс - болезни органов пищеварения, блок К70-К77 “Болезни печени”, код К76.3).

До недавнего времени считалось, что ишемия печени, то есть снижение печеночного кровотока, является основным в развитии гемодинамических механизмов, наблюдаемых при ГГ и, что он представляет собой состояние шока. В действительности, состояние шока наблюдается только в 50% случаев. Более важная роль в механизмах развития ГГ отводится другим гемодинамическим механизмам гипоксии, таким как застой в печени, артериальная гипоксемия и дизоксия. Следовательно, употребление терминов “ишемия печени” и “шоковая печень” является не точным [1].

Среди пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) частота ГГ колеблется в пределах 0,9–22% и более [2,3]. При кардиогенном шоке его частота доходит до 22% [4], а при септическом - 13.8% [5].

Все состояния, сопровождающиеся нарушением соотношения между доставкой и потребностью кислорода могут привести к гипоксическому поражению печени [6]. Оценка гемодинамики, включающая измерение кровяного давления, центрального венозного давления и определение газового состава артериальной крови позволила выделить группы пациентов, с различными гемодинамическими механизмами, ответственных за развитие ГГ:

1. при застойной сердечной недостаточности и острой остановке сердца, гипоксия печени следовала за уменьшением печеночного кровотока (ишемия) из-за лево-желудочковой недостаточности и венозного застоя;
2. при хронической дыхательной недостаточности гипоксия печени происходила главным образом из-за глубокой гипоксемии;
3. при токсико-септическом шоке доставка кислорода к печени не была уменьшена, но потребности органа в кислороде были увеличены, при этом печень была неспособна использовать кислород должным образом.

Имеются сообщения о случаях ГГ при особых условиях, таких как тепловой удар, серповидно-клеточная анемия, острая кровопотеря, аневризма аорты, острая ишемия нижней конечности, наследственная геморрагическая телеангиэктазия, ночное апноэ, анорексия, синдром Бадда-Киари [1].

ГГ часто наблюдается у больных с острыми клиническими ситуациями: отек легких, аритмии, возникающие на фоне прогрессирования хронической застойной сердечной недостаточности, инфаркт миокарда, легочная эмболия и тампонада сердца [3,6,8,9].

Снижение сердечного выброса, системная гипотензия и системная гипоксия могут привести к развитию ГГ. Несмотря на различные причины, при ГГ морфологически наблюдается острый центрлобулярный некроз (ЦЛН) гепатоцитов [7].

Уменьшение сердечного выброса, критическое падение доставки кислорода к печени – не единственные гемодинамические механизмы в патогенезе ГГ [6,8]. Другим разрешающим фактором является застой в печени, который обусловлен левожелудочковой недостаточностью и может привести к вторичной недостаточности правых отделов сердца, что ведет к распространению кислородного голодания по организму пациента. Однако, при кардиогенном шоке, с выраженной гипотонией и снижением сердечного выброса, формирование ГГ может и не наблюдаться [4].

Приблизительно в 15% случаев причиной ГГ является хроническая дыхательная недостаточность, приводящая к тяжелой гипоксемии. При этом обычно наблюдается очень низкий уровень парциального давления кислорода (PaO₂) в артериальной крови [10,11].

При ГГ, связанном с токсико-септическим шоком, увеличение сердечного и печеночного кровотока является недостаточным для компенсации увеличенной потребности в кислороде и уменьшенной способности клеток печени использовать кислород. Однако, этот механизм полностью не объясним. Эндотоксины и провоспалительные цитокины ослабляют дыхательную функцию гепатоцитов и нарушают микроциркуляцию в печени [12,13].

В некоторых случаях у пациентов с ГГ артериальное давление и центральное венозное давление могут быть сниженными, однако сердечный выброс и насыщение крови кислородом может быть нормальным. При этом гипоксия не является следствием снижения поставки крови и кислорода в печень. Гипоксия печени развивается из-за увеличенного спроса на кислород, вследствие неспособности клеток печени использовать доступный кислород. Последнее явление, иногда называемое “dysoxia”, было продемонстрировано в исследованиях, оценивающими отношения между спланхическим кровотоком и спланхическим транспортом кислорода у пациентов с кардиогенным и септическим шоком. При кардиогенном шоке, спланхический кровоток уменьшен, но транспорт кислорода может достигать до 90%, в то время как при септическом шоке, спланхический кровоток увеличен, но клетки печени неспособны извлечь кислород [14,15].

Только гипоксия печени не достаточна, чтобы развился ГГ. Вероятно имеет значение реперфузия. Исследования показали, что некроз клеток печени появляется не во время ишемии, а скорее, во время реперфузии. Подобную ситуацию, в которой орган был подвергнут ишемии, а затем реперфузирован, назвали “ишемическое/реперфузионное повреждение”. Этот механизм включает “окислительный стресс”, раннюю активацию клеток Купфера, активацию полиморфноядерных клеток (“нейтрофильный гепатит”) и нарушение микроциркуляции печени [16,17].

Возникновение ЦЛН гепатоцитов объясняет более длинный период кислородного голодания печени. В свете ряда публикации, более логично предложить, что некроз клеток печени, скорее появляется во время переходных периодов реперфузии до наступления смерти больного. Действительно, трудно полагать, что пациенты, умершие после длительного шока, могли так долго жить без переходных периодов восстановления гемодинамики, позволяющего частично насыщать печень кислородом. По-видимому, реперфузия была неполной до смерти, ограниченной перипортальными и медиолобулярными клетками печени, в то время как центрлобулярные гепатоциты оставались без кислорода. Согласно этой схеме, перипортальные и центрлобулярные гепатоциты выживали, потому что доставка кислорода к ним оставалась достаточной из-за отсутствия реперфузии, в то время как медиолобулярные клетки печени были уничтожены ишемической реперфузией [17].

При ГГ могут наблюдаться несколько опасных осложнений, таких как гипогликемия, дыхательная недостаточность из-за "гепатопульмонального" синдрома и, гипераммониемия [18].

ГГ как правило наблюдается у пожилых людей с дыхательной или с застойной сердечной недостаточностью, с низким сердечным выбросом. Факторы риска - инфаркт миокарда, аритмии, отек легких или сепсис. Клинические признаки включают слабость, одышку и боль в правой верхней половине живота [19].

Повреждение печени у больных очевидно в день госпитализации. Уровни аминотрансфераз и лактатдегидрогеназы в сыворотке крови повышаются до чрезвычайно высоких значений [6]. Однако, клинические симптомы повреждения печени остаются на заднем плане, в отличие от очевидных признаков причины, приведшей к развитию ГГ. Болезненная гепатомегалия, отеки на ногах наблюдаются приблизительно лишь 50% случаев [6,8]. Явная желтуха отсутствует. Определенная степень энцефалопатии (нарушения сна или дезориентация) встречается часто, но является результатом гемодинамических нарушений и гипоксии мозга, а не печеночной недостаточности [3,6]. После начального поддерживающего лечения основного заболевания в ОРИТ состояние пациента быстро стабилизируется.

Гипоксическое повреждение печени может предполагаться у пациентов с системной гипоперфузией. В течение нескольких часов повышается уровень аминотрансфераз сыворотки крови (почти в 200 раз) вместе с ЛДГ. Активность аланинаминотрансферазы (АЛАТ), аспартатаминотрансферазы (АСАТ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови быстро нарастают, достигая амплитудных значений в пределах 24 ч. Пик АСАТ наступает раньше и он выше, чем пик АЛАТ, но это не постоянная особенность и наблюдалось только в 75% случаев. Активность ферментов в крови у больных снижается быстро и через день составляет приблизительно половину пикового уровня. Через 2 или 3 дня кривая АСАТ пересекает кривую АЛАТ из-за более короткого периода полужизни. Нормализация активности аминотрансфераз наблюдается через 10–15 дней. Однако, это не патогномичный признак для ГГ [6]. Активность ЛДГ доходит до внушительных цифр, что отличает его от умеренных повышений, наблюдаемых при вирусном гепатите ВГ. Это важно при дифференциальной диагностике ГГ и ВГ. [20]. Умеренное повышение билирубина сыворотки крови типично для ГГ, но выраженная желтуха наблюдается редко [6,8]. Более высокие показатели билирубина могут наблюдаться у пациентов с септическим шоком [3,5].

Другой биологический маркер ГГ - раннее и резкое падение уровня протромбина, восстановление которого наблюдается

после 1 недели. Резкое снижение уровня протромбина не характерно для ВГ. [6].

Креатинин сыворотки также может быть одним из показателей ГГ. Увеличение креатинина сыворотки наблюдается у 15% пациентов [3,6,8]. Почечная недостаточность, как результат гемодинамических нарушений (гепато-рентальный синдром), ухудшает течение ГГ и, может быть расценена как его дополнительный диагностический критерий, так как повреждение почек нехарактерно для лекарственного (ЛГ) и ВГ. Нарушения углеводного обмена проявляются по разному у пациентов с ГГ. Некоторыми исследователями гипогликемия была расценена как отличительная особенность гипоксического поражения печени [3,21]. Однако, в клинической практике чаще встречается гипергликемия, чем гипогликемия, свидетельствующая о нарушениях метаболического процесса у пациентов находящихся в критическом состоянии [22].

При констатации основных причин гемодинамических нарушений ГГ, гистологическая экспертиза отходит на второй план, или в ее проведении нет особой необходимости. Однако, при выполнении морфологических исследований выявляются типичные повреждения печени – ЦЛН. Некроз может быть ограничен узкой зоной вокруг центральных вен, но может также быть обширным, оставляя только несколько здоровых клеток вокруг портальных трактов. Область некроза бывает заполнена эритроцитами, клеточной деструкцией. На границе ЦЛН выявляется жировая дистрофия. В большинстве случаев ЦЛН связан с морфологическими признаками застоя, характеризующееся расширением синусоид с отеком пространств Disse [23].

При ультразвуковом обследовании выявляются гипоехогенные очаги, при компьютерной томографии – очаги пониженной плотности. В основном они используются для дифференциальной диагностики. В диагностике ГГ большее значение имеет ультрасонография, которая позволяет обнаружить расширение нижней полой и печеночной вен [24,25].

Таким образом, для диагноза ГГ чаще всего используется три критерия:

1. Ситуационный анамнез – сердечная недостаточность, шок, дыхательная недостаточность или иные состояния, сопровождающиеся нарушением доставки кислорода к органу;
2. Выраженное, и в то же время относительно быстро обратимое увеличение активности аминотрансфераз крови; при низкой активности аминотрансфераз сложно подтвердить ГГ без биопсии и последующим гистологическим исследованием, что по ряду причин мало приемлемо.
- 3) Исключение других причин поражения печени (ВГ, ЛГ).

Эти критерии были разработаны в большой серии клинических исследований, и рекомендованы для исключения биопсия печени, когда она не требуется или наоборот, бывает нужна [3,5,18].

При верификации диагноза необходимо исключить фульминантное течение острых гепатитов токсической, лекарственной, вирусной этиологии. Обнаружение повышенного уровня аминотрансфераз в сыворотке крови является достаточно чувствительным тестом для установления болезней печени [26]. При этом специфичность теста зависит от уровня гиперферментемии. Повышение уровня аминотрансфераз менее 10 норм может встречаться при целом ряде заболеваний, а более 10 норм - почти исключительно при поражении печени: острым (вирусный, токсический, ишемический) и хроническом (вирусный, аутоиммунный) гепатите (таблица 1).

Таблица 1 - Причины значительного повышения активности аминотрансфераз

Причины	Активность трансаминаз	Уровень билирубина	Комментарии
Ишемия печени	10-50 норм	<5 норм	АСТ>АЛТ; быстрое снижение уровня аминотрансфераз после начального пика; АЛТ/ЛДГ<1; наличие сопутствующих заболеваний
Токсическое повреждение	>10 норм	<5 норм	Биохимический профиль сходен с таковым при ишемическом повреждении; указания на прием токсических препаратов
Острый вирусный гепатит	От 5-10 до >10 норм	5-10 норм	Медленное снижение уровня аминотрансфераз; наличие факторов риска
Острая билиарная обструкция	5-10 норм	От 5-10 до >10 норм	Повышение аминотрансфераз предшествует холестазу; как правило, быстрое снижение в течение 24-48 ч после обструкции
Алкогольный гепатит	5-10 норм	От 5-10 до >10 норм	АСТ/АЛТ>2

Иногда болезнь Вильсона-Коновалова и аутоиммунный гепатит могут манифестировать по типу острого гепатита с повышением уровня аминотрансфераз в сыворотке крови, значительно реже это наблюдается при лимфоме печени, синдроме Бадда-Киари, веноокклюзионной болезни и поражении печени некоторыми вирусами (герпесвирусы). В большинстве случаев активность АЛТ выше АСТ, за исключением алкогольной болезни печени и цирроза печени.

Соотношение АСТ/АЛТ>2 в сочетании с повышенным уровнем ГГТ с большой вероятностью указывает на алкогольную этиологию поражения печени. Вместе с тем, повышение АЛТ более 500 Ед/л, даже несмотря на соотношение АСТ к АЛТ >2, указывает на неалкогольную природу.

При хроническом ВГ, как правило, соотношение АСТ/АЛТ=1. В то же время обратное соотношение может указывать на развитие цирроза печени.

Хроническая органная ишемия, например, у больных с хронической сердечной недостаточностью, шок, приводящий к длительной гипоксии, также могут обусловить развитие фульминантного гепатита.

Синдром Бадда—Киари, болезнь Коновалова—Вильсона, синдром Рея, синдром Шихана — наиболее частые причины развития печеночной недостаточности невирусной этиологии.

Клиника фульминантного гепатита нарастает стремительно, печеночная недостаточность и явления печеночной энцефалопатии определяют тяжесть и, в конечном итоге исход заболевания. Он также характеризуется массивным некрозом гепатоцитов, что приводит к тяжелым нарушениям функции печени. При этом неблагоприятный прогноз обусловлен тяжестью печеночного повреждения, быстротой развития характерных морфологических нарушений, не оставляющих времени для реализации репаративных процессов. Патогенетическая основа формирования тканевых печеночных и полиорганных повреждений — провоспалительные цитокины. Для фульминантного гепатита характерно раннее присоединение явлений полиорганной недостаточности, прежде всего сердечно-сосудистой, почечной и дыхательной. Из осложнений часто развиваются бактериальный сепсис и кровотечения [27].

Лечение больных с ГГ должно быть направлено на устранение основной причины. На уровне печени, терапевтические цели состоят в том, чтобы увеличить доставку кислорода и ослабить его обмен между кровью и клетками печени. Главной целью остается восстановление системной гемодинамики, которая

насыщает артериальную кровь кислородом, повышает сердечный выброс и повышает артериальное давление. Действительно, при недостаточности кровообращения, кровь перераспределяется к основным органам - сердцу и мозгу, в ущерб гепатоспланхическому наполнению и это перераспределение может быть урегулировано с помощью вазопрессорных лекарственных средств. Необходимо обеспечение адекватного системного и органного кровотока, нормализация эффективности альвеолярно-артериального переноса кислорода, концентрации гемоглобина. Клинические исследования для поиска таких препаратов продолжаются [28,29,30,31].

Прогноз ГГ неблагоприятен. Более половины пациентов умирают во время или вскоре после пребывания в ОРИТ. Госпитальная смертность составляет 56%. Выживаемость в течение 1 года составляет приблизительно 25%. Печеночная недостаточность не является прямой причиной смерти. Большинство пациентов умирают вследствие причин не связанных с ГГ [6,8].

Подводя итог краткому обзору литературы следует отметить, что гипоксический гепатит остается не достаточно исследованной. При установлении основных причин, приводящих к гемодинамическим нарушениям в печени, существенно высокой активности аминотрансфераз и ЛДГ сыворотки крови, гипоксическое повреждение печени могут быть идентифицированы только в 50% случаев. Вместе с тем, высокие показатели активности аминотрансфераз и ЛДГ не являются специфическими критериями ГГ. Трудности диагностики заключаются еще и тем, что из-за тяжести пациента, обусловленное основным заболеванием, практически невыполнимо гистологическое исследование, позволяющее установить морфологический субстрат ГГ – центрлобулярный некроз печени.

Большая частота распространенности гипоксического повреждения печени среди пациентов ОРИТ, особенно с кардиоваскулярной патологией, разноречивые и недостаточно изученные данные о патогенетических механизмах, отсутствие эффективных мер терапевтической коррекции нарушенных гемодинамических и метаболических процессов в организме пациента в целом и, в частности в печени, высокая летальность среди пациентов, обозначают ГГ как одну из актуальных нерешенных проблем современной гепатологии, кардиологии и реаниматологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Henrion J. Hypoxic hepatitis //Liver Int. – 2012. - 32(7). – P. 1039-1052.
- 2 Ebert E.C. Hypoxic liver injury // Mayo Clin Proc. - 2006. - 81(9). – P. 1232-1236.
- 3 Fuhrmann V, Kneidinger N, Herkner H, et al. Hypoxic hepatitis: underlying conditions and risk factors for mortality in critically ill patients. //Intensive Care Med. – 2009. – 35. –P. 1397–13405.
- 4 Henrion J, Descamps O, Luwaert R, et al. Hypoxic hepatitis in patients with cardiac failure: incidence in a coronary care unit and measurement of hepatic blood flow. //J Hepatol 1994. – 21. – P. 696–703.
- 5 Raurich JM, Llopart-Pou JA, Ferreruela M, et al. Hypoxic hepatitis in critically ill patients: incidence, etiology and risk factors for mortality. //J Anesth 2011. – 25. – P. 50–56.
- 6 Henrion J, Schapira M, Luwaert R, Colin L, Delannoy A, Heller FR. Hypoxic hepatitis: clinical and hemodynamic study in 142 consecutive cases. //Medicine (Baltimore). – 2003. - 82(6). – P.392-406.
- 7 Henrion J, Deltenre P, De Maeght S, Peny MO, Schapira M. Acute lower limb ischemia as a triggering condition in hypoxic hepatitis: a study of five cases. //J Clin Gastroenterol. – 2011. - 45(3). – P.274-277.
- 8 Birrer R, Takudan Y, Takara T. Hypoxic hepatopathy: pathophysiology and prognosis. //Intern Med. - 2007. - 46. – P. 1063–70.
- 9 Chang JP, Tan C-K. Serum albumin and male gender are independant predictors of mortality in patients with hypoxic hepatitis and can be used in a rognostic model to predict early in-patient mortality. //Hepatology 2008. - 48 (Suppl). – P. 447.
- 10 Henrion J, Minette P, Colin L, et al. Hypoxic hepatitis caused by acute exacerbation of chronic respiratory failure: a case-controlled, hemodynamic study of 17 cases. //Hepatology 1999. – 29. – P. 427–433.
- 11 Ugun I, Ozakyol A, Metintas M, et al. Relationship between hypoxic hepatitis and cor pulmonale in patients treated in the respiratory ICU. //J Clin Pract 2005. - 59. – P. 1295 –1300.
- 12 Zhang H, Vincent J-L. Oxygen extraction is altered by endotoxin during tamponade-induced stagnant hypoxia in the dog. Circ Shock, 1993. - 40. – P. 168–176.;
- 13 Nelson DP, Samsel RW, Wood LD, Schumaker PT. Pathological supply dependance of systemic and intestinal O2 uptake during endotoxemia. //J Appl Physiol. – 1988. - 64. – P. 2410–2419.
- 14 Takala J, Ruokonen E. Blood flow and oxygen transport in septic shock.//Clin Intensive Care 1992; 3(Suppl to number 1): 24–27.
- 15 Edwards JD. Oxygen transport in cardiogenic and septic shock. //Crit Care Med. – 1991. - 19. – P. 658–663.
- 16 Jaeschke H, Farhood A. Neutrophils and Kupffer cellinduced oxidant stress and ischemia-reperfusion injury in rat liver. //Am J Physiol. – 1991. - 260. - P. 355–362.
- 17 Henrion J. Ischemia/Reperfusion injury of the liver: pathophysiologic hypotheses and potential relevance to human hypoxic hepatitis. //Acta Gastroenterol Belg.- 2000. – 63.- P. 336–347.
- 18 Fuhrmann V, Jäger B, Zubkova A, Drolz A.Hypoxic hepatitis - epidemiology, pathophysiology and clinical management. //Wien Klin Wochenschr. – 2010. - 122(5-6). – P.129-139.
- 19 Ebert EC. Hypoxic liver injury. //Mayo Clin Proc. – 2006. - 81(9). – P.1232-1236.
- 20 Cassidy WM, Reynolds TB. Serum lactic dehydrogenase in the differential diagnosis of acute hepatocellular injury //J Clin Gastroenterol. - 1994. – 19. – P. 118–121.
- 21 Fuchs S, Bogomolski-Yahalom V, Paltiel O, Ackerman Z.Ischemic hepatitis. Clinical and laboratory observations of 34 patients. //J Clin Gastroenterol. – 1998. – 26. – P. 183–186.
- 22 Gitlin N, Serio KM. Ischemic hepatitis: widening horizons. //Am J Gastroenterol. - 1992. - 87. – P. 831–836.
- 23 Wallach HF, Popper H. Central necrosis of the liver. //Arch Pathol. – 1950. – 49. – P. 33–42.
- 24 Gore RM, Mathieu DG, White EM, et al. Passive hepatic congestion: cross-sectional imaging features. //AJ R 1994. - 162. – P. 71–75.
- 25 Henriksson L, Hedman A, Johansson R, Lindstrom K. Ultrasound assessment of liver veins in congestive heart failure. //Acta Radiol. – 1982. – 23. – P. 361–363.
- 26 Карпов И.А., Яговдик-Тележная Е.Н. Фульминантный гепатит Медицинские новости. – 2003. – №7. – С. 64-66.
- 27 Henrion J. Hypoxic hepatitis: the point of view of the clinician. //Acta Gastroenterol Belg. – 2007. -70(2). – P.214-216.
- 28 Dubin A, Estenssoro E, Murios G, et al. Effects of haemorrhage on gastrointestinal oxygenation.//Intensive Care Med. – 2001. – 27. – P. 1931–1936.
- 29 Deitch EA, Xu D, Kaise VL. Role of the gut in the development of injury and shock induced SIRS and MODS: the gut-lymph hypothesis, a review. //Front Biosci. – 2006. – 11. – P. 520–528.
- 30 Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. //Crit Care Med. – 2008. – 36. – P. 296–327.
- 31 Asfar P, De Bakker D, Meier-Hellemann A. et al.Clinical review: influence of Vasoactive and other therapies on intestinal and hepatic circulations in patients with septic shock. //Crit Care Med. – 2004. – 8. – P. 170–179.

**Б.С.ИСКАКОВ, С.Г.ЕНОКЯН, А.М.КЕНЖЕБАЕВ, Б.С.ТОХТАРОВ,
Т.М. МУРТАЗАЛИЕВА**

**ГИПОКСИЛЫҚ ГЕПАТИТ: ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ҚҰЙЫҢДЫҒЫ МЕН ЕМДЕУ МӘСЕЛЕРІ
(әдеби шолу)**

Түйін: Бұл әдеби шолу гепатологияның бір өзекті мәселесіне арналған - гипоксиялық гепатиттің диагностикасымен емдеуіне. Қан сары суындағы аминотрансферазалардың белсенділігінің жоғарлауына себеп болатын бауырдың орта бөлігі жасушаларың некрозымен бауырдың гемодинамикалық бұзылыстарының механизмдері көрсетілген.

Түйінді сөздер: гипоксиялық гепатит, қан сарысуның аминотрансферазалары, бауырдың орта бөлігі жасушаларың некрозы.

B.ISKAKOV, S.ENOKYAN, A.KENZHEBAYEV, B.TOKHTAROV,
T.M.MURTASALIEVA

HYPOXEMIC HEPATITIS: DIFFICULTIES of DIAGNOSTICS AND TREATMENT PROBLEM
(literature review)

Resume: The review of literature is devoted to one of actual problems of hepatology – to diagnostics and treatment of hypoxemic hepatitis. The reasons and mechanisms of haemo dynamic violations in a liver, bringing to a centrilobular liver cell necrosis and to essential increase of activity of aminotransferases of blood are stated.

Keywords: hypoxemic hepatitis, blood aminotransferases, centrilobular liver cell necrosis

УДК 616.314-073.75:616.728.3-007.24

Қ.Т. ҚҰЛАЕВ, Н.Т. ТАШПАКОВА

Х.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ТІЗЕ БУЫНЫНЫҢ ДЕФОРМАЦИЯЛЫҚ ОСТЕОАРТРОЗЫНЫҢ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКАСЫ

Жалпы буын патологиялар ішінде деформациялық остеоартроз 60—80% құрайды. Адам жасының ұлғайуына байланысты аурудың көрсеткіштері де көбейеді. Әсіресе 50 жастан кейін деформациялық остеоартроз 27%, ал 65 жастан кейін 97%. Әйелдер остеоартрозбен еркектерге қарағанда екі есе көп ауырады.

Түйінді сөздер: деформация, остеоартроз, дистрофия, деструкция, ауру, буын, рентнеография.

Деформациялық остеоартроз тізе буынының дегенеративті – дистрофиялық ауру түріне жатады. Остеоартроздың негізгі белгілері шеміршектің біріншілік дегенерациялық өзгеріске ұшырауы, буындағы сүйекқаптың жұқаруы, талшықтардың ыдырауы, сүйек өзгерістері мен буын беттерінің конгруэнттігінің бұзылуы. Тізе буынның деформациялық остеоартрозын анықтауға қазіргі кезде әр түрлі инструментальды зерттеулерді қолданады: рентгенография, артроскопия, ультрасонография, компьютерлік томография, скintiграфия. Оңтүстік өңірде соңғы жылдары жаңа заманауи медициналық құралдардың пайда болуының есебінен, тізе остеоартроздарының алғашқы белгілерін анықтаудың мүмкіншіліктері артып отыр. Остеоартроздың рентгенологиялық сатыларын анықтауға Келлгрэн мен Н.С.Косинскийдің классификациясын қолданады, берілген классификация буынаралық саңылаудың тарылуына, субхондралды остеоосклерозға және сүйек басының шетіндегі өсінділер симптомдарының қандай дәрежеде көрсетілгенін бағалауға негізделген және ол төрт сатыдан тұрады [1, 2]. Тізе буынының зерттеудегі рентгенография ауруының горизонтальды жағдайдағы проекциясынан басқа, ауруды вертикальды жағдайда зерттеу методикасы бар. В.А.Попованың (1986) тұжырымы бойынша аурудың горизонтальды жағдайдағы проекциясынан тізе буынындағы рентгенологиялық өзгерістер толық мәлімет бермейді, вертикальды бір буынға салмақ салған проекциясында рентгенологиялық өзгерістер шынайы байқалады [3]. Messich (1990) тұжырымы бойынша тізе буынының остеоартрозын анықтаудағы ең жақсы жағдай, тізе буынының вертикальды проекцияда 28° бүгүі болып табылады [4]. Биомеханикалық зерттеулердің нәтижесі бойынша, сан сүйек айдаршығының артқы гиалинді шеміршектің алғашқы зақымдануы тізе буынының вертикальды проекцияда 28° бүккенде жақсы байқалады. Тізе буынындағы алғашқы өзгерістерді байқауға рентгенологиялық буынаралық саңылаудың тарылуы (РБСТ) патологиясы кезінде рентгенологиялық буынаралық алаңының латералды және медиалды бөлімі деген түсінік енгізілді. РБСТ жоғарғы және төменгі шекарасын анықтауға буын беттерінің контурының гиалинді шеміршекпен қапталған анатомиялық бөлігі алынды. Буын шеміршектерінің көлемінің кішірейуі сонымен қатар рбст остеоартроздың патологиялық белгілері болып табылмайды,

мұндай өзгерістер ревматоидті артриттерде, инфекцияда т.б. ауруларда кездеседі. РБСТ диагностикалық остеоартроздың негізгі белгісі болып табылатын деректер, қосымша остеофиттер, шеміршек склерозы, субхондралды киста симптомдары. Остеофиттер остеоартроз кезінде рентгенограммада алғашқы белгілердің бірі болып жақсы анықталады. Остеофиттер патологиялық процесстен басқа сүйектің физиологиялық қартайудың белгісі, әсіресе 50-жастан кейін сүйекте остеофиттер көбейеді. Диагностикалық маңыздылығы тек шеткі сүйек остеофиттері, үлкен жіліншіктің сүйегінің айдаршық аралық аймақтың пролиферациясымен, жуандауы диагностикалық маңызы төмен, өйткені 50-жастан кейін бұл құбылыс жиі кездеседі, клиникалық белгілер бермейді.

Гоноартроздың рентгенологиялық классификация Келлгрэн бойынша:

I стадиясы сүйек структурасының кисталық өзгерістері, сызықты остеоосклероз шеміршек асты бөлімінде, сүйек шетіндегі кіші остеофиттердің пайда болуы.

II стадиясы - I стадиядағы патологиялық белгілерден басқа, үдемелі остеоосклероз және буынаралық саңылаудың тарылуы.

III стадиясы – үдемелі шеміршек асты остеоосклероз және буынаралық саңылаудың тарылуының күшейуі, сүйек шетіндегі үлкен остеофиттердің пайда болуы.

IV стадиясы- сүйек шетіндегі үлкен массивті остеофиттер, буын аралық саңылаудың тарылуы күшейіп, байқалуы қиындайды, буын құрайтын сүйек эпифизінде деформация пайда болады.

ТМД елдерінде Н.С. Косинскаяның гонартроз кезінде рентгенологиялық классификациясы жиі қолданылады.

I стадиясында - сүйек шетіндегі остеофиттердің, буынаралық саңылаудың аздап тарылуы байқалады.

II стадиясында - буынаралық саңылаудың тарылуы күшейеді, шеміршек асты остеоосклероз.

III стадиясында - буынаралық саңылаудың тарылуының күшейуі, сүйек структурасының кисталық өзгерістері, буын беттерінің жұқаруы.

Көрсетілген жұмыстың материалдары 98 пациентті зерттеулерінің қорытындысы, соның ішінде 80-і гонартрозбен, 18-і бақылаудағы топ. Жалпы клиникалық зерттеулерге пациенттің шағымдары, анамнез, зертханалық көрсеткіштер және рентгенологиялық зерттеулердің қорытындысы алынды.

Тізе буынының зерттеу дәстүрлі рентгенография арқылы жүргізілді.

ДОА диагностикасы шеміршек асты остеоосклероз және буынаралық саңылаудың тарылуымен оның дәрежесіне, сүйек шетіндегі остеофиттердің пайда болуы, буын құрайтын сүйек эпифизінде деформация негізделді. ДОА сатыларын J. Kellgren классификациясын пайдаландық. Дәстүрлі рентгенографияның көрсеткіштері бойынша ДОА тұрақты рентгенологиялық белгілердің бірі тізе буынының рентгенологиялық буынаралық саңылау мен биіктігінің төмендеуі (100% ДОА барлық сатысында) байқалады. Келесі рентгенологиялық симптомдардың бірі шеміршек асты остеоосклероз (72% 1 стадиясында және 100% қалған стадияларында). Сүйек шетіндегі остеофиттер (61% 1 стадиясында және 100% қалған стадияларында). Зерттеулердің көрсеткіштеріне сүйене отырып ДОА рентгенологиялық алғашқы белгілері болып рентгенологиялық буынаралық саңылаудың таралуы мен биіктігінің төмендеуі және бұл рентгенологиялық симптом рентгенографияны дұрыс жасаған кезде байқалады. Тізе буынның функционалды рентгенографиясы ауруды тік тұрған жағдайда алдынан тік проекциясында зерттеуге алынған буынға салмақ салу арқылы жүргізіледі. Бірінші рентген түсірілімі тізе буынның тік ұстаған жағдайда, екінші түсірілім тізе буынның 30° градусқа игенде түсірілді. Рентгенограмманың планиметриясы түзелді және ол келесі алгоритмде жүргізілді: сүйек элементтерінің контуры, буынаралық саңылаудың құрылымы, рентгенограммдан қағаз бетіне түсіріліп сканер арқылы рет-ретімен компьютерге енгізілді.

Белгілі алгоритмді қолдану арқылы буынаралық саңылаудың аумағының ара-қашықтығын анықтаймыз. Тізе буындағы медиалды және латералды алаңдағы қарым-қатынастары буынаралық саңылаудың объективті шынайы көрсеткішті көрсетеді, рентгенограммадағы гиалинді шеміршектің өзгерістерін көрсетеді. ДОА стадиялары латералды және медиалды рентгенологиялық буынаралық саңылау алаңындағы қарама-қарсы қатынастарда 30° тізе буынын бүкенде байқалады. Қалыпты жағдайда $0,05 \pm 0,007$, 1 стадияда - $0,13 \pm 0,006$, 2 стадияда - $0,18 \pm 0,011$, 3 стадияда - $0,18 \pm 0,011$. Қалыпты жағдаймен 1 стадия арасындағы көрсеткіш ($P < 0,001$), 1, 2 стадия арасындағы нақты алшақтық ($P < 0,05$), 2, 3 стадия арасында алшақтық ($P < 0,001$). Көрсетілген мәліметтер тізе буынның рентгенопланиметриясы функционалды рентгенографияда ДОА объективті шынайы өзгерістерін көрсетеді. Функционалды рентгенография тізе буынға жүктеме тәсілі 10 пациентке, дәстүрлі рентгенографияда байқалмайтын патологиялық өзгерістері анықталды, рентгенологиялық буынаралық саңылаудың тарылуының алғашқы белгілері анықталды. 6 пациентке ДОА ауыр дәрежесі табылды. Қорыта келе 14 пациенттің диагнозы өзгеріске ұшырады.

Қорытынды: жаңа функционалды рентгенография тізе буынға жүктеме салғандағы рентгенограмма ДОА нақты салыстырма жасауға, белгілі классификация сәйкестендіруге ықпал етеді. Жаңадан енгізілген рентген методика қосымша қаржыны керек етпейді және барлық рентген бөлімдерінде қолдануға болады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Kellgren J.H., Lawrence J. S. // Ann. Rheum. Dis. — 1957. — V. 16. — P. 494.
- 2 Косинская Н.С., Рохлин Д.Г. Рабочая классификация и общая характеристика поражений костно-суставного аппарата. — Л.: Медгиз, 1961.
- 3 Попов В.А. // Клинико-рентгенологическая диагностика деформирующего артроза коленного сустава. — М.: 1986. — С. 4—15.
- 4 Messich S.S., Fowler P.J., Munno T. // J. Bone Joint. Surg. — 1990. — V.72. - N4. — P. 639—640.

К.Т. КУЛАЕВ, Н.Т. ТАШПАКОВА

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Резюме: среди суставной патологии ДОА составляет 60—80%. С возрастом частота болезни увеличивается. Так, среди лиц старше 50 лет ДОА достигает 27%, а старше 65 лет — 97%. Женщины болеют остеоартрозом почти в 2 раза чаще мужчин.

Ключевые слова: деформация, остеоартроз, дистрофия, деструкция, заболевание, сустав, рентгенография.

К.Т. KULAEV, N.T. TASHPAKOVA

RADIO DIAGNOSIS DEFORMING OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE

Resume: Among the articular pathology DOA is 60-80%. With age, the incidence of the disease increases. For example, among persons over 50 years of DOA reaches 27%, and over 65 years - 97%. Women suffer from osteoarthritis is almost 2 times more often than men.

Keywords: deformity, osteoarthritis, degeneration, destruction, disease, joint, radiodiagnosis.

УДК 616.127-005.8

С.А.КАЛКАБАЕВА, Т.Н.РОДИОНОВА, А.С.САТЫБАЛДИЕВА
 TOO SANA Media, г.Астана Городская станция скорой помощи г.Шымкент

ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В статье рассмотрены частота, структура обращаемости населения с сердечно-сосудистой патологией, в том числе с инфарктом миокарда на станцию скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, крупноочаговый, мелкоочаговый, субэндокардиальный.

Общепризнанным фактом во всем мире является то, что кривая заболеваемости инфаркта миокарда, несмотря на все увеличивающиеся достижения мировой медицины в этой области, ползет вверх, прослежена яркая тенденция к его омоложению и преобладания среди больных лиц мужского пола, что делает это заболевание социально опасным [1]. Летальность от инфаркта миокарда стабильно держится на высоком уровне 20-30%. Развивающаяся в молодом возрасте острая коронарная недостаточность в 96% случаев заканчивается скорострительной смертью. По прогнозу Всемирной организации здравоохранения к 2030 году у 23,6 млн. человек трудоспособного возраста смерть может наступит от сердечно-сосудистых заболеваний. В Республике Казахстан одной из острых проблем здравоохранения является рост сердечно-сосудистых заболеваний. Эффективность лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями зависит от своевременности диагностики и оказанной терапии. При этом особое место занимает экстренная догоспитальная медицинская помощь [2].

Актуальность рассматриваемых проблем изучение структуры, частоты и осложнений инфаркта миокарда обусловлена тем,

что г.Шымкент является одним из самых густо населенных городов Республики Казахстан, который имеет специфические медико-демографические особенности и характеристики заболеваемости [3].

Данное исследование выполнено на материале Городской станции скорой медицинской помощи г. Шымкента.

Для достижения цели и задачи нами проведен ретроспективный анализ карты вызовов больных с инфарктом миокарда, талоны к сопроводительным листам, годовые отчеты станции скорой медицинской помощи за 2010-2012 годы.

Результаты. Всего проанализировано 808 карт вызовов с установленным диагнозом инфаркт миокарда за 2010-2012 годы (таблица 1). За 2010 г. обращаемость населения в городскую станцию скорой медицинской помощи составила – 291490, за 2011 г. – 335952, за 2012г. - 337219 человек. Среди общего количества удельный вес ишемической болезни сердца (ИБС) составил в 2010 г. –13,4%, в 2011 г. –12,5%, в 2012г.- 16,4%. В том числе острый коронарный синдром (ОКС) составил в 2010г. – 18,6%, в 2011г.-18,1%, 2012г.-18,9%.

Таблица 1 - Структура обращаемости на станцию скорой медицинской помощи с сердечно-сосудистой патологией

Годы	ИБС		В том числе					
			ОКС		Нестабильная стенокардия		Инфаркт миокарда	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2010	6674	13,4	1240	18,6	771	11,6	277	4,2
2011	6665	12,5	1202	18,1	846	12,6	281	4,2
2012	6539	16,4	1238	18,9	812	12,4	250	3,8

Из данных таблицы 1 видно, что количество вызовов к больным ИБС увеличивается. Среди общего количества удельный вес больных с инфарктом миокарда за 2010 г. – 4,2% (277 случаев), в 2011г. – 4,2% (281 случаев), в 2012г. - 3,8% (250 случаев). То есть наблюдается снижение количества вызовов по поводу инфаркта миокарда на 0,4%, несмотря на общее увеличение вызовов по

ИБС, ОКС и увеличение общего числа вызовов по городской станции скорой медицинской помощи.

За 2010-2012 годы инфаркт миокарда нами диагностирован у 808 больных, из них 64,1% мужчины и 35,8% женщины (таблица 2).

Таблица 2 - Сравнительная характеристика инфаркта миокарда по полу

Пол	Годы					
	2010		2011		2012	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины	191	68,9	171	60,8	156	62,4
Женщины	86	31,1	110	39,2	94	37,6

Развитию инфаркта миокарда способствуют следующие факторы риска: курение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, избыточный вес, гиподинамия, хронические инфекции, способствующие развитию атеросклероза. Некоторыми авторами сюда же относится, принадлежность к мужскому полу [2]. Подтверждением

являются результаты наших исследований представленных в таблице 2, где мужчины на 28,3% больше подвержены чем женщины.

Нами проанализирована частота инфаркта миокарда по возрастной группе (таблица 3).

Таблица 3 - Показатели частоты инфаркта миокарда по возрасту

Годы	Возраст					
	21-44 года		45-59 лет		60 лет и старше	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2010	20	7,2	100	36,1	157	56,6
2011	12	4,3	95	33,8	174	61,9
2012	13	5,2	76	30,4	161	64,4

Анализируя данные таблицы 3 можно сказать следующее: частота инфаркта миокарда отмечается высоким в возрастной группе 60 лет и старше и у лиц среднего возраста от 45-59 лет, наименьшее количество больных с инфарктом миокарда оказалось среди пациентов в возрасте до 44 лет. Вместе с тем в

динамике отмечается рост заболевания у лиц пожилого и молодого возраста.

С установленным диагнозом инфаркта миокарда за три года службой скорой медицинской помощи госпитализировано в областной кардиоцентр более 84,1% больных (таблица 4).

Таблица 4 - Расхождение диагнозов ИБС на догоспитальном этапе

Годы	ИБС					
	Доставлено в стационар		Госпитализировано		Отказано в госпитализации	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2010	1910	28,6	1615	84,5	295	15,5
2011	1881	28,3	1641	87,3	240	12,7
2012	2058	31,5	1663	80,8	395	19,2

Уровень расхождений диагнозов ИБС по сравнению с 2010 годом в 2012 году повысилась на 3,7%.

Вероятность развития осложнений инфаркта миокарда, таких как кардиогенный шок и отек легких увеличены (таблица 3).

Таблица 5 - Осложнения инфаркта миокарда

Годы	2010	2011	2012
Кардиогенный шок	29	79	80
Отек легких	169	209	226

Анализ данных таблицы 5 показал, что наблюдается рост осложнений инфаркта миокарда: кардиогенный шок и отек легких. Отек легких в сравнении 2010 годом увеличился на 57 случаев.

Таким образом, по данным городской станции скорой медицинской помощи наблюдается увеличение обращений населения по поводу ишемической болезни сердца на 3%. Несмотря на это снижается количество вызовов по поводу инфаркта миокарда, более выраженной среди пожилого возраста и у мужчин. Отмечено рост осложнений инфаркта миокарда. Уровень расхождений диагнозов ИБС по сравнению с 2010 годом в 2012 году повысилась на 3,7%. Для диагностики больных инфарктом миокарда и его осложнений, оказания интенсивной терапии необходимы специальное материальное

оснащение и высококвалифицированная подготовка врачебного, вспомогательного персонала. Дальнейшим этапом совершенствования медицинской помощи больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы рекомендуем, по опыту других стран, создание при станциях скорой помощи так называемых малых кардиологических бригад.

В отличие от бригады интенсивной терапии малые кардиологические бригады выезжают к больному непосредственно по вызову, поступившему от больного. Это значительно сокращает время оказания квалифицированной кардиологической помощи после возникновения сердечного приступа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мелентьев А.С., Гасилин В.С., Гусев Е.И. и др.// Гериатрические аспекты внутренних болезней. – М.: 1999. – С.72-79.
- 2 Люсов В.А., Волов Н.А., Гордеев И.Г. Инфаркт миокарда. – М.: Литтерра, 2010. — 240 с.
- 3 С.Р. Абсеитова //Этапы и объемы оказания кардиологической помощи при основных сердечно-сосудистых заболеваниях. - Шымкент: 2004. - С. 140.

С.А.ҚАЛҚАБАЕВА, Т.Н.РОДИОНОВА, А.С.САТЫБАЛДИЕВА
АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ САТЫДА МИОКРД ИНФАРКТЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

Түйін:Мақалада жедел медициналық жәрдем бекетіне келіп түскен шақыртулар бойынша жүрек қан тамыр аурулары патологиясының жиілігі, түрі оның ішінде миокард инфарктының сипаты талқыланған.

Түйінді сөздер: миокард инфаркты, ірі ошақты, майда ошақты, субэпикардиялды.

S.A.KALKABAYEVA, T.N.RODIONOVA, A.S.SATYBALDIEVA
THE DIAGNOSTICS OF MYOCARDIAL INFARCTION
ON PREHOSPITAL STAGE

Resume: In the work discussed frequency, structure of requests populations with cardiovascular pathology, including with the myocardial infarction on the first aid station.

Keywords: the myocardial infarction, large central, small central, subendocardial.

УДК:616.19-006.6-089-01

Р.С. МАДАЛИХОДЖАЕВ, А.К. БАЙМАГАМБЕТОВ, Б.УСЕНОВ, К.З. СЫЗДЫКОВ, М.Т. ИЖАНОВ, Е.А.ИБАДУЛЛАЕВ, Е.С.БАЙТЕМИРОВ,
С.А.АЛИЕВ, С.Е.КАЗЫБЕКОВ

*Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.Я.Яссави,
Кафедра хирургических дисциплин и сердечно-сосудистой хирургии*

К ВОПРОСУ ОБ ЭКОНОМНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Целью данного исследования является повысить эффективность лечения рака молочной железы путем применения органсберегающих операций, таких как секторальная резекция, квадрантэктомия, радикальная резекция по Блохину. Под наблюдением были 131 женщина с первой и второй стадией рака молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, экономные, органосохраняющие операции, реабилитация.

Данные статистики четко показывают неуклонный рост заболеваемости женщин злокачественными опухолями молочных желез продолжается. При всем этом, рак молочной железы (РМЖ), среди всех прочих локализаций у женщин, продолжает удерживать первое место [1,2]. Расположенное в Лионе, Международное агентство по изучению рака отметили, что в 2000 году уже было зарегистрировано 16 миллионов человек больных раком. На фоне этого, за последние 20 лет смертность от РМЖ во всем мире увеличилась на 22% [3].

Как в экономически развитой стране, заболеваемость женского населения Казахстана злокачественными новообразованиями молочной железы также занимает доминирующее место. При этом, в Южно-Казахстанской Области начиная с 2004 года РМЖ занимает второе, а за первое полугодие 2005 года выходит на первое место и по настоящее время тенденция сохранить диминирующую позицию сохраняется.

Известно, что радикальным методом лечения РМЖ считается оперативный, а именно: мастэктомия. Однако, в последнее десятилетие, многие исследования достоверно показали, что отдаленные результаты лечения больных при раннем раке молочной железы, после радикальных мастэктомий или органосохраняющих операций имели мало различий между собой [4].

Однако, при этом, полная реабилитация этих больных отмечалась преимущественно после органосохраняющих операций.

Из истории известно, что еще в 1970-1988 гг Veronesi U уже сделал попытку изучить результаты комплексного лечения 708 больных с T1N0M0 стадией в сравнительном аспекте. Из них, в одной группе 349 больным была проведена РМЭ, а в другой группе 359 больным проведена квадрантэктомия с диссекцией аксиллярных лимфоузлов, а в после операционном периоде было проведено облучение молочной железы по радикальной программе. В итоге, автор получил результаты, которые мало

различались между собой. При этом, безрецидивная пятилетняя выживаемость составила порядка 95%. А по данным В.П.Летягина (2005г), после радикальных резекций молочной железы десять лет прожили без рецидивов 90,9%, а после радикальных мастэктомий 93,3%.

Анализ литературных данных показывает остроту вопроса сохранения молочной железы в процессе лечения РМЖ. Известен тот факт, что, когда женщина заболевшая РМЖ, после радикальной мастэктомии остается без одной, а иногда и без обеих молочных желез, то это вызывает у больной выраженную стрессовую реакцию, что в свою очередь, как правило, провоцирует активацию злокачественного процесса.

Исходя из всего сказанного выше можно определить следующее: возможность радикального лечения рака молочной железы с сохранением самой молочной железы как женского органа, путем комплексного подхода с выполнением органсберегающих операций – это один из и важнейших компонентов современной клинической онкологии.

Из последнего определения вытекает: все исследования основанные на разработке новых или повышении эффективности традиционных методов лечения, которые существенно повысят не только эффективность лечения, но и улучшат качество жизни больных РМЖ это всегда актуальная проблема.

Таким образом, целью исследования явилось: повысить эффективность лечения рака молочной железы путем применения органсберегающих операций.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи: Определить эффективность квадрантэктомии при комплексном лечении раннего рака молочной железы. Определить эффективность радикальной секторальной резекции по Блохину при комплексном лечении раннего рака молочной железы.

Под нашим наблюдением было 131 женщина у которых степень распространенности болезни соответствовала T₁₋₂ N₀₋₁ M₀

стадии. Из них с первой стадией заболевания T₁N₀M₀ было 16,0% больных или 21 человек, со второй стадией заболевания было 84,0% больных или 110 человек. С T₂N₀M₀ стадией было 43 больных или 33%. Возраст исследуемых колебался в пределах 30 – 73 лет. Из них (табл. 1): 30 -39 лет составило 11,4% или 15 больных, 40 – 49 лет составило 38,2% или 50 человек, 50 – 59 лет составило 29,8% или 39 человек, 60 лет и старше составило 21,6% или 27 человек. Средний возраст больных соответствовал 49,7 лет.

Заболевание левой молочной железы было отмечено у 62 больных, что составило 47,3%. Заболевание правой молочной железы было отмечено у 69 пациенток, что составило 52,7%. Следует отметить, что у 110 (84,0%) больных опухоль локализовалась в наружных квадрантах молочной железы, а у 21 (16,0%) больных – во внутренних квадрантах. Радикальная секторальная резекция молочной железы по Блохину была произведена у 47 больных или в 35,9%. Секторальная резекция выполнена у 21 больной или в 16,0%. Квадрантэктомия была выполнена 63 больной или в 48,1%. (Табл.2). 21 больным или в 16,0% послеоперационное лечение не проводилось. А в 17,5%

или 23 больным была проведена адьювантная химиотерапия по схеме FAC (4 курса). 43 больным или 33,0% была проведена адьювантная лучевая терапия СОД ДТГТ- 40Гр. 45 больным или в 36% была проведена химиолучевая адьювантная терапия. Наблюдение до 4 лет.

Был получен следующий результат: после секторальной резекции, квадрантэктомии и радикальной резекции безрецидивная выживаемость составила соответственно 90,5±10,0; 92,1±5,8; 93,6±3,2. Таким образом мы наглядно видим, что отдаленные результаты по своим значениям имеют различия небольшие. Кроме того прослеживается тот факт, что при увеличении лучевой нагрузки происходит снижение кожного тургора, а следовательно и ухудшение косметического эффекта. Также было отмечено, что после секторальной резекции и квадрантэктомии рецидивы выявлялись чаще, особенно в тех случаях, когда лучевое лечение не проводилось.

Выводы. Недостоверно, лучшая выживаемость была отмечена после радикальной резекции молочной железы с аксиллярной лимфодиссекцией и химиолучевой терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аксель Е.М. с соавт. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения России и СНГ. - М.: 2002. – С.43.
- 2 Летягин В.П. Первичные опухоли молочной железы. - М.: 2005. – С10.
- 3 Семиглазов В.Ф., с соавт. Обоснование стандартов лечения рака молочной железы. - Алматы: 2007.
- 4 Махмудова Н.З. Роль малоинвазивной хирургии в диагностике и лечении рака молочной железы. // IX Международная конференция «Проблемы диагностики и лечения рака молочной железы». – СПб.: 2012. – С.13.

**Р. С. МӘДЕЛИХОДЖАЕВ, А. К. БАЙМАҒАМБЕТОВ, Б. С. ҮСЕНОВ, К. З. СЫЗДЫҚОВ, М. Т. ИЖАНОВ,
Е. А. ИБАДУЛЛАЕВ, Е. С. БАЙТЕМИРОВ, С. А. ӘЛИЕВ, С. Е. ҚАЗЫБЕКОВ.
СҮТ БЕЗДІҢ ОНЫРЫ КЕЗДЕГІ САҚТАНДЫРАТЫН ОТАЛАР СҰРАҚТАРЫ ТУРАЛЫ**

Түйін: Осы зерттеудің мақсаты – сүт бездің емдеу тиімділігін секторлық резекция, квадрантэктомия, Блохин бойынша радикалды резекция сияқты ағза сақтандыру оталарды қолдану арқылы жоғарылату. Байқауда бірінші және екінші кезеңдегі сүт бездің обырымен 131 әйел болды.

Түйін сөздер: сүт бездің обыры, ағза сақтандыратын оталар, оңалту.

R. S. MADELIKHOJAYEV, A. K. BAYMAGAMBETOV, B. S. USENOV, K. Z. SYZDYKOV, M. T. IZHANOV, Y. A. IBADULLAYEV, Y. S. BAYTEMIROV, S. A. ALIYEV, S. Y. KAZYBEKOV.

TO THE QUESTION OF ECONOMICAL OPERATIONS DURING BREAST CANCER

Resume: The aim of this investigation is to increase efficiency of treatment for breast cancer by use of organ saving operations, such as sectoral resection, quadrantectomy, radical resection by Blokhin. We observed 131 women with first and second stages of breast cancer.

131 People who has breast cancer operation for saving organs have done, quartectomi, sector resection Results is good.

Keywords: breast cancer, economical, organ saving operations, rehabilitation.

УДК: 618.19.006-08:615.26:612.352.122

Р.С. МАДАЛИХОДЖАЕВ, А.К. БАЙМАГАМБЕТОВ, Б.УСЕНОВ, К.З. СЫЗДЫКОВ, М.Т. ИЖАНОВ, Е.А.ИБАДУЛЛАЕВ, Е.С.БАЙТЕМИРОВ,
С.А.АЛИЕВ, С.Е.КАЗЫБЕКОВ

*Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.Я.Яссави,
Кафедра хирургических дисциплин и сердечно-сосудистая хирургия*

ДЕТОКСИКАЦИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цель исследования это повышение эффективности лечения рака молочной железы и улучшение качества жизни путем коррекции раковой интоксикации

экстракорпоральной гемосорбции и энтеросорбции.

Ключевые слова: *раковая интоксикация, детоксикация, гемосорбция, энтеросорбция.*

Актуальность. Рост и развитие злокачественной опухоли, как правило, сопровождается накоплением в организме опухоленосителем продуктов метаболизма уровня средних молекул, которые в зависимости от их количества вызывают у онкологического больного так называемую раковую интоксикацию в той или иной степени. Клиницистам-онкологам хорошо известно, что накопление в организме больного токсических метаболитов в большом количестве обязательно нарушит функцию многих жизненно важных органов и систем [1]. А химио или лучевая терапия приводят к углублению раковой или эндогенной интоксикации. И таким образом, образуется так называемый «порочный круг», т.е. чем сильнее и быстрее разрушится злокачественная опухоль, тем скорее может ухудшиться общее состояние больного, это особенно выражено при III - IV стадии опухолевого процесса [2,3,4].

Дать однозначное определение раковой или эндогенной интоксикации это сложно. Так в частности интоксикация при почечной недостаточности весьма напоминает уровень раковой интоксикации. Также следует отметить что, еще многие компоненты промежуточных метаболитов с токсическим действием не идентифицированы. Обычно неспецифическим маркером эндогенной интоксикации больного организма различного происхождения считается повышенное содержание олигопептидов со средней молекулярной массой от 500 до 5000 дальтон.

Таким образом, можно заключить: без тщательной коррекции раковой или эндогенной интоксикации не может быть адекватного лечения, а следовательно не может быть и полного излечения. В последнее время для борьбы с интоксикацией в медицине широко практикуется: экстракорпоральная гемосорбция, гемодиализ, форсированный диурез и ряд других методов. Однако все эти методы наряду с позитивом имеют и ряд недостатков, а именно: трудность выполнения процедуры, недостаточная эффективность, незначительная по времени длительность положительного эффекта. Выше перечисленные недостатки не дают возможности широкого применения в онкологии.

Наряду с этим, вопросы диагностики и лечения эндогенной (раковой) интоксикации в онкологической практике до последнего времени окончательно не разработаны. Хотя всем известно, что вопрос изучения степени эндогенной (раковой) интоксикации и ее коррекции у больных злокачественными новообразованиями особенно в процессе конкретного лечения чрезвычайно необходим не только для понимания причин возникновения осложнений и для повышения эффективности проводимого лечения.

Следует заметить, что раковая (эндогенная) интоксикация это длительный хронический процесс. Следовательно и метод проводимой детоксикации должен быть таким же длительным. Значимость вопроса длительной детоксикации, а следовательно и качества жизни у больных раком молочной железы в процессе их наблюдения и лечения это актуальнейшая проблема современной онкологии.

Цель: Повысить эффективность проводимого лечения и улучшить качество жизни онкологических больных.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи.

Изучить эффективность углеродных гранулированных и волокнистых энтеросорбентов (ЭС) и экстракорпоральной гемосорбции (ГС) при химиотерапевтическом лечении.

Материал и методы. Исследование проведено у 112 больных раком молочной железы у которых степень распространения процесса соответствовала IV стадии. Из них:

1-я исследуемая группа, 57 больных, которые принимали гранулированные ЭС марки СКН по 1 столовой ложке (25-30г) три раза в день (за 1,5 – 2 часа до приема пищи) в течение 7 дней. Затем, больным проводился курс полихимиотерапии по схеме CMF (циклофосфан + метотрексат + 5 фторурацил) или по схеме FAC (5 фторурацил + доксорубин + циклофосфан).

Необходимо заметить, что в целях предупреждения элиминации цитостатиков энтеросорбентом, последний в день проведения химиотерапии не назначался.

И только на следующий день после полихимиотерапии (ПХТ) продолжается прием ЭС в течение еще 2 недели.

2-я исследуемая группа, 28 больных, которые по выше описанной схеме принимали по 2 углеродоволокнистые таблетки марки АУВМ также три раза в день.

3-я исследуемая группа, 27 больных, которым проведена ГС гемосорбентом марки СКН-1к.

Контроль за динамикой эндогенной (раковой) интоксикации осуществлялся с помощью биологического парамецийного теста (простейшая инфузория туфелька) (ПТ), уровню средних молекул (СМ) от 500 до 5000 дальтон и подсчету ЛИИ-лейкоцитарного индекса (из общего анализа крови).

Следует напомнить, что все выше названные тесты были изначально определены у 10 здоровых женщин волонтеров и полученные при этом результаты служили контролем.

Результаты исследования

В первой исследуемой группе, где больные в целях детоксикации принимали гранулированные углеродные сорбенты марки СКН по 1 столовой ложке у всех 57 больных исходные данные (до приема ЭС) колебались в пределах следующих значений: ПТ 70-150; СМ E_{280} 0,477, E_{254} 0,363; ЛИИ до 56. Через 7 суток после начала приема ЭС уровень эндогенной (раковой) интоксикации существенно уменьшился. Это выразилось в том, что: жизнь *paramecium caudatum* увеличилась до 163-175; уровень СМ уменьшился до E_{280} 0,334 E_{254} 0,342; ЛИИ снизился до 24-35. Однако, после ХТ, в течение 2-3 суток уровень эндогенной интоксикации быстро повысился до исходных параметров, а иногда и превышал их. Но к концу лечения вновь определялось снижение уровня эндогенной интоксикации. Во второй исследуемой группе, где больные принимали по 2 таблетки из волокнистого углерода марки АУВМ у 23 больных исходные показатели были следующими: ПТ от 80 до 159; СМ E_{280} 0,480 E_{254} 0,360; ЛИИ до 59. Через семь суток приема волокнистых ЭС уровень эндогенной интоксикации существенно понизился, о чем говорят изучаемые показатели.

Так ПТ увеличился до 158-169; уровень СМ понизился E_{280} до 0,344, а E_{254} до 0,353 ; ЛИИ уменьшился до 28-44. После ХТ, особенно к третьим суткам уровень эндогенной интоксикации резко повысился и часто превышал исходные показатели. Но к концу лечения после двух недель приема ЭС уровень интоксикации был близок к показателям волонтеров. 3 группа, в которой 23 больным проводилась ГС: Исходные данные были следующие: ПТ 60-130; СМ E_{280} 0,487 E_{254} 0,374; ЛИИ до 60. После ГС уровень эндогенной интоксикации сразу резко снизился, так ПТ составил 160-230, в среднем 190; СМ E_{280} 0,300 E_{254} 0,270 ; динамику ЛИИ проследить не удалось. Такое значение парамедицинского теста и средних молекул наблюдалось у 10 здоровых волонтеров. Однако этот эффект оказался

непродолжительным и на вторые-третьи сутки вновь наблюдалось повышение уровня эндогенной (раковой) интоксикации.

Заклучая следует отметить, что ГС хотя и обладает мощным детоксицирующим эффектом, но этот эффект оказывается кратковременным. В свою очередь при энтеросорбции волокнистыми или гранулированными сорбентами наблюдалось медленное, но существенное снижение уровня эндогенной интоксикации.

Установлено, что энтеросорбенты при приеме внутрь обладают длительным и выраженным детоксицирующим эффектом, и это именно то, что необходимо при хронической эндогенной (раковой) интоксикации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мадалиходжаев Р.С. Лечение метастатического рака молочной железы с использованием общей управляемой гипертермии, гипергликемии и сорбционной детоксикации. – Ташкент: 1993. – С.42.
- 2 Николаев В.Г. Гемосорбция на активированных углях. - Киев: Наукова Думка,1998. – С.6.
- 3 Николаев В. Г. и др. Энтеросорбция: состояние вопроса и перспективы на будущее // Вестник проблем биологии и медицины. - 2007. - № 4. - С. 7–17.
- 4 Жекиш С. Углеродные гранулированные и волокнистые сорбенты в терапии рака молочной железы IV стадии. Ж. Хабаршысы №3 (60). – Шымкент: 2012.

Р. С. МӘДЕЛИХОДЖАЕВ, А. К. БАЙМАҒАМБЕТОВ, Б. С. ҮСЕНОВ, К. З. СЫЗДЫҚОВ, М. Т. ИЖАНОВ, Е. А. ИБАДУЛЛАЕВ, Е. С. БАЙТЕМИРОВ, С. А. ӘЛИЕВ, С. Е. ҚАЗЫБЕКОВ.

СҮТ БЕЗІНІҢ ОБЫРЫ КЕЗДЕ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕ ДЕТОКСИКАЦИЯНЫ
ҚОЛДАНУ

Түйін: Қатерлі ісігі бар аурулар созылмалы эндогенді уланудың әсерінде емделудің қорытындысына теріс әсері етеді. Ауыз қуысы арқылы гранулды углеводтар сорбептерді қабылдау уланудың әсерін тез төмендетеді.

Түйінді сөздер: обырлық улану, детоксикация, гемосорбция, энтеросорбция.

R. S. MADELIKHODJAYEV, A. K. BAYMAGAMBETOV, B. S. USENOV, K. Z. SYZDYKOV, M. T. IZHANOV, Y. A. IBADULLAYEV, Y. S. BAYTEMIROV, S. A. ALIYEV, S. Y. KAZYBEKOV.

DETOXICATION IN COMPLEX TREATMENT OF BREAST CANCER

Resume: It is typically for cancer patients to have of some level endotoxicity, that is adversely reflected both in realization, and a result of treatment.

Per oral application of carbon sorbent globuls quickly reduces a level of toxicity.

Keywords: cancerous intoxication, detoxication, hemosorption, enterosorption.

УДК: 616.2-002.2-053.2:616.1-005-008.6:574

С.А. НАБИДИНОВА, Д.А. БАХАШЕВА, Ж.Б. БОРАНБАЕВА, М.С. МАСАНЧИ, Р. Х. РАЗИЕВА, Э.Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ

Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова. ГККП ССМП г.Алматы.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Исследование посвящено актуальной теме – функциональным нарушениям со стороны кардиопульмональной системы у детей, постоянно проживающих в городе Алматы. Для оценки функционального состояния обследованных детей использовался высокоинформативный метод компьютерной спирометрии, который показал наличие нарушений вентиляционной способности легких. Деятельность сердца изучалась методом электрокардиографии, что также показало наличие изменений: преобладание вертикальной электрической оси сердца, нарушения внутрижелудочковой проводимости, блокада правой ножки предсердно - желудочкового пучка, признаки миокардиодистрофии.

Ключевые слова: электрокардиография, спирометрия, дети.

В последнее время отмечается повышение распространенности хронических бронхолегочных болезней у взрослого населения, начало формирования которых присутствуют в детском возрасте [1, 2]. Принимая во внимание, что бронхопульмональная система контактирует с загрязненной атмосферой, наиболее остро данная проблема стоит в экологически неблагоприятных ареалах Казахстана, а именно, в городе Алматы.

Экологическое неблагополучие мегаполиса Алматы в солидной мере обусловлено неблагоприятным географическим месторасположением, полным отсутствием сильных ветров, что собственно мешает природному самоочищению воздуха и приводит к скоплению химических загрязнителей в его приземном слое.

В настоящее время определяющую роль в загрязнении

воздушного бассейна играют автотранспорт и теплоэлектроцентрали. На долю автотранспорта в городе Алматы приходится до 70% всех выбросов. Особую опасность представляют выхлопные газы автомобилей, находящиеся в приземном слое воздуха, то есть в зоне дыхания человека, особенно детей. С отработанными выхлопными газами автомобильный транспорт выбрасывает в воздух до 200 различных химических веществ.

Почва города также интенсивно загрязнена солями тяжелых металлов. Концентрации в почве свинца, цинка, кадмия и никеля в центральной части города Алматы превышают соответствующие нормативы в 100% случаев /9/.

Следовательно, окружающая среда города Алматы интенсивно загрязнена как традиционными для крупного города химическими загрязнителями, так и специфическими (тяжелые металлы). Последние играют ведущую роль в загрязнении воздуха и почвы и определяют основной вклад в экологическую нагрузку на жителей города. Наибольшие их концентрации обнаруживаются как вдоль крупных автомагистралей, так и на территориях с большим количеством автотранспорта.

Загрязнение находящейся вокруг среды не может не сказаться на состоянии бронхо-легочной системы детей, так как дыхательная система ребенка более плотно связана с окружающей средой и в отсутствие любого отбора поглощает всевозможные вещества, оказавшиеся в воздухе [3, 4]. Изыскание средств, способствующих преодолению неблагоприятных действий химических и физических факторов природного, техногенного и бытового характера на органы дыхания человека является сейчас основной задачей экологической пульмонологии [3, 5].

Дыхательная и сердечнососудистая системы, в связи с их анатомическим и функциональным единством, первыми откликаются на перемены факторов окружающей среды, и изменение функций данных систем приводит к нарушению кислородного обеспечения всего организма в общем.

Исследование состояния функции сердечнососудистой системы у детей в экологически загрязненных регионах выявило тенденцию к тахикардии и артериальной гипотонии и гипертензии, снижение признаков функциональных проб с нагрузкой, эритроцитозу в отсутствие роста значения гемоглобина.

Характер и темпы развития заболеваний, обусловленных негативным воздействием факторов находящейся вокруг среды, находится в зависимости от ряда обстоятельств, главнейшие из которых - химическая структура токсического вещества или же характеристики физического агента. Так, тяжелые металлы являются фактором риска развития сердечнососудистых болезней. Свинец, кадмий и ванадий вызывают миокардиальный фиброз, помимо прочего подтверждено кардиотоксическое действие промышленных ядов и инсектицидов. Помимо всего этого, при свинцовой интоксикации отмечается понижение систолического артериального давления. Способность металлов образовывать прочные комплексы с множественными радикалами, таких как аминокислоты, имеет возможность вызвать дисфункцию метаболических действий на клеточном уровне. Нарушение метаболических процессов обуславливает нарушение гомеостаза организма в целом, что проявляется нарушением роста, репродуктивной функции, появлением аномалий развития, преждевременным старением организма [3, 4].

Целью исследования явилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД) и электрокардиографических характеристик у здоровых детей в городе Алматы.

Материалы и методы исследования:

В работе применялся комплекс клинических и специальных методов исследования у 45 практически здоровых детей в возрасте 7 - 14 лет, с рождения живущих в мегаполисе Алматы. Сообразно классификации Гундобина Н.П., измененной Мазуриным И.М., Воронцовым И.М. (1986), всех обследованных детей объединили по возрасту: от 7 до 11 лет – 11 (24,4%), 12- 14 лет – 34 (75,6%), из них девочек 21 (46,7%), мальчиков 24 (53,3%).

Исследование функции внешнего дыхания велось при помощи автоматического компьютерного спирометра "Spirosift SP- 5000" (Япония). Регистрацию электрокардиограммы проводили одноканальным электрокардиографом ЭКТ1-03 М2 в 12 стандартных отведениях.

В группе обследованных нарушения функции внешнего дыхания обнаружены у основной массы 39 (86,7%) детей, и из них в виде рестриктивных проявлений – 29 (74,4%), смешанных – 10 (25,6%).

Характеристики функции внешнего дыхания у обследованных детей представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Характеристики функции внешнего дыхания у обследованных детей

Показатель	Рестриктивный тип нарушения ФВД n=29 M±m		Смешанный тип нарушения ФВД n=10 M±m	
	ЖЕЛ %	68,7±2,2		79,8±5,3
ФЖЕЛ %	74,3±1,7		62,9±5,1	
ОФВ1 %	79,8±1,8		65,0±4,5	
МОС 25-75 %	82,5±3,0		75,9±5,1	
Индекс Тиффно	123,3±5,6		82,8±3,5	

С учетом типа нарушения вентиляционной способности легких было выделено 2 подгруппы: с рестриктивным типом нарушения ФВД и со смешанным типом нарушения ФВД.

На ЭКГ обследованных детей дыхательная аритмия отмечалась в 22 (56,4%) исследований. Частота сердечных сокращений в группе детей возрастом 7-11 лет составила 89,3±2,5; в возрастной группе 12- 14 лет 72,4±9,4 в 1 мин (крайние значения

данного признака 55 –110 в 1 минуту). Значение систолического показателя у исследуемых детей составила 44,69± 4,06%.

Как заметно из таблицы 2, у обследованных детей при рестриктивном и смешанном типах нарушения ФВД наблюдается предпочтительное преобладание вертикального положения электрической оси сердца - 17 (43,6%) детей, нарушения внутрижелудочковой проводимости - 5 (12,8%), признаки миокардиодистрофии - 4 (10,3%).

Таблица 2 - Заключение электрокардиографии по типу нарушения ФВД у обследованных детей

Тип нарушения ФВД	Рестриктивный n=29	Смешанный n=10	Итого n=39
<i>Источник ритма: нормальный синусовый</i> Нарушения синусового ритма: Синусовая аритмия Синусовая брадикардия Синусовая тахикардия	14 (48,3%) 15 (51,7%) 10 (34,5%) 14 (48,3%)	3 (30%) 7 (70%) 4 (40%) 5 (50%)	17 (43,6%) 22 (56,4%) 14 (35,9%) 19 (48,7%)
Положение ЭОС: Нормальное Вертикальное Горизонтальное Отклонение вправо Отклонение влево	16 (55,2%) 12 (41,4%) 1 (3,4%) - -	3 (30%) 5 (50%) 1 (10%) 1 (10%) -	19 (48,7%) 17 (43,6%) 2 (5,1%) 1 (2,6%) -
Состояние миокарда: Миокардиодистрофии	3 (10,3%)	1 (10%)	4 (10,3%)
Внутрижелудочковые блокады: Неполная блокада правой ветви предсердно-желудочкового пучка (Гиса) Неполная блокада левой передней ветви предсердно-желудочкового пучка (Гиса)	4 (13,8%) 1 (3,4%)	4 (40%) 1 (10%)	8 (20,5%) 2 (5,1%)
Нарушение внутрижелудочковой проводимости	3 (10,3%)	2 (20%)	5 (12,8%)

Выводы: Таким образом, как показало электрокардиографическое исследование, у обследованных детей, постоянно проживающих в городе Алматы при рестриктивном и смешанном типах нарушения функции внешнего дыхания отмечается преобладание вертикальной электрической оси сердца, нарушения внутрижелудочковой проводимости, блокада правой ножки предсердно - желудочкового пучка, признаки миокардиодистрофии, что свидетельствует о наличии обменных нарушений в миокарде.

Следовательно, как продемонстрировало ЭКГ обследование у детей, постоянно живущих в городе Алматы при рестриктивном и смешанном типах нарушения ФВД преобладает вертикальная электрическая ось сердца, нарушения внутрижелудочковой проводимости, блокада правой ножки предсердно - желудочкового пучка, признаки миокардиодистрофии, что свидетельствует о наличии обменных нарушений в миокарде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сkachкова М.А. Рецидивирующие болезни органов дыхания у детей в промышленном городе : дис ... докт. медицинских наук. – Оренбург: 2004.- 251 с.
- 2 Завьялова А.А. Сезонные изменения показателей внешнего дыхания у детей среднего школьного возраста – уроженцев г. Архангельска / А.А. Завьялова, Ф.А. Щербина, В.С. Смолина // Экология человека. – 2012. – № 2. – С. 28 – 31.
- 3 Анохин М. И. Компьютерная спирометрия у детей. – Медицина. - 2012. - 128 с.
- 4 Макаров Л.М. ЭКГ в педиатрии. – М.:Медпрактика, 2006. - 345 с.
- 5 Гутхайль Х., Линдингер А., Школьников М.А. ЭКГ детей и подростков: Монография. – Гэотар-Медиа. - 2012.- 256 с.

С.А. НАБИДИНОВА, Р.З. ХАЙРУЛИН, Д.А. БАХАШЕВА, Ж.Б.БОРАНБАЕВА, М.С.МАСАНЧИ, Р.Х. РАЗИЕВА, Э.Ф.ӘЛМҰҚАМБЕТОВА, М.К. ӘЛМҰҚАМБЕТОВ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР ПРИ СЫРТҚЫ ДЕМНІҢ АТҚАРАТЫН ҚЫЗМЕТІНІҢ БҰЗУШЫЛЫҚТАРЫНДА
БАС БАЛА-ШАҒАЛАРДЫҢ

Түйін: Зерттеу көкейкесті тақырып ылғи Алматы қаласында тұратын балалардың кардиопульмональды функциялық бұзушықтыларға арналған. Зерттелген бала-шағаның функциялық күйінің сарапшылығы үшін компьютерлік спирометриянің өкпенің ауаны жаңартудың зейінінің бұзушылығының барын көргіз- жоғарыақпаратты әдісі пайдаланылған. Жүректің қызметі электрокардиографияның өдісімен оқылды, бұл да өзгерістің барын көрсетті: жүректің, ішкіқарыншалық өткізгіштігінің бұзушылығының тік электр кіндігінің басымдығы көргізді, оң аяқтың қамалы жүрекшелік - асқазанның шоқшасының, миокардиодистрофияның белгілері.

Түйінді сөздер: электрокардиография, спирометрия, бала.

S.A.NABIDINOVA, R.Z.KHAIRULIN, D.A.BAHASHEVA, J.B.BORANBAEVA, M.S.MASANCHI, R.H.RAZIEVA, E.F.ALMUHAMBETOVA,
M.K.ALMUHAMBETOV

ELECTROCARDIOGRAPHIC INDICATORS FOR VIOLATIONS RESPIRATORY FUNCTION IN CHILDREN

Resume: The study focused on an important topic - functional disorders of the cardiopulmonary system in children residing in the city of Almaty. To assess the functional status of children surveyed used a highly informative method of computer spirometry, which revealed the existence of violations of pulmonary ventilation capacity. The activity of the heart was studied by electrocardiography, which also showed the presence of changes: the predominance of vertical electrical axis of the heart, disturbances of intraventricular conduction blockade of the right leg atrio-ventricular bundle features cardiomyopathy.

Keywords: electrocardiography, spirometry, children

УДК 616.083. 98.036. 882.053. 2

С.А.НАБИДИНОВА, А.Е.ТОХТАМЫСОВА, Х.В.БАКИРОВ, Ж.М.ТУЙГЫНОВ, Д.Р.КУРБАНОВ, Э.Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К.АЛЬМУХАМБЕТОВ
Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова. ГККП ССМП г.Алматы.

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Целью исследования явилось изучение клиники и неотложной помощи при судорожном синдроме у детей на догоспитальном этапе. Наиболее частыми причинами их возникновения явились: инфекционные- нейротоксикоз на фоне ОРВИ, менингиты.

Ключевые слова: фебрильные судороги, скорая помощь, дети.

Фебрильные судороги упоминаются в медицинской литературе со времен Гиппократов, но лишь в середине прошлого века они были признаны в качестве самостоятельного синдрома, отличного от эпилепсии [1, 2].

Фебрильные судороги - нередкий повод к вызову скорой медицинской помощи к детскому населению, требующий оказания неотложной медицинской помощи.

По статистике, фебрильные судороги развиваются до 2-4% детей, чаще в возрасте младше 5 лет. У детей развитию судорог способствует относительная анатомо-физиологическая незрелость структур мозга и пониженный порог возбудимости нервных клеток, неустойчивость гомеостаза (повышенная сосудистая проницаемость) [3, 4].

Целью исследования явилось исследование клиники и неотложной помощи при судорожном синдроме у детей на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе Городской станции скорой медицинской помощи г.Алматы. Проводился анализ карт вызовов к детям с судорожным синдромом на фоне гипертермического синдрома.

Результаты исследования

По результатам исследования, фебрильные судороги чаще развивались на фоне инфекционных заболеваний: ОРВИ- 89,7%, из них ОРВИ осложнившиеся нейротоксикозом- 17,2%; менингиты – 5,6%.

В 5,8% случаев причиной развития фебрильных судорог явились побочные эффекты введения определенных вакцин: прививка против кори, АКДС.

В большинстве случаев (86,4%) фебрильные судороги развивались в первые сутки заболевания, и, зачастую, являлись первым признаком болезни ребенка.

В 27,5% случаев судороги развивались при температуре 38-39° С, в остальных случаях – при температуре тела выше 39° С.

Неотложная помощь при фебрильных судорогах включала в себя прием противосудорожных препаратов, контроль пульса, давления и дыхания ребенка:

1. Обеспечивался адекватный газообмен – голову повернуть на бок, обеспечить доступ свежего воздуха, поддержание проходимости дыхательных путей
2. Одновременно проводились противосудорожная и антипиретическая терапия:

Седуксен (диазепам, реланиум, сибазон) 0,5% раствор - 0,1 мл/кг в/м, в/в. При наличии кратковременного эффекта или неполного купирования судорожного синдрома седуксен вводился повторно через 15 минут в дозе, составляющей две трети начальной дозировки. При наличии неполного купирования судорожного синдрома дополнительно вводился оксипутират натрия 20% в дозировке 70-100 мг/кг (0,3-0,5 мл/кг) внутривенно медленно на 10% растворе глюкозы или внутримышечно. при отсутствии эффекта - дроперидол 0,25% раствор из расчета 0,05 мл/кг (0,12 мг/кг) внутривенно либо 0,1-0,2 мл/кг (0,05-0,25 мг/кг) в/м.

Все дети с фебрильными судорогами были госпитализированы в инфекционное отделение.

Заключение

Наиболее частыми причинами возникновения фебрильных судорог у детей на этапе скорой медицинской помощи явились: инфекционные- нейротоксикоз на фоне ОРВИ, менингиты. Всем детям была проведена адекватная антипиретическая терапия, все дети с фебрильными судорогами были госпитализированы в инфекционное отделение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Студеникин В.М., Турсунхужаева С.Ш., Шелковский В.И., Пак Л.А. Фебрильные судороги у детей: теоретические и практические аспекты. // Вопросы практической педиатрии. - 2010. - Т. 5. - № 2. - С. 66-74.
- 2 Стенина О.И., Углицких А.К., Паунова С.С. Этиология и структура судорожного синдрома у детей первых двух лет жизни. // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2013. - Т. 92. - № 1. - С. 77-83.
- 3 Ушкалова Е.А. Выбор оптимального жаропонижающего средства в педиатрической практике. Лечащий врач. - 2012. - № 08. - С. 66.
- 4 Шамансуров Ш.Ш., Мирсаидова Н.А., Абдукадырова Н.М. Наследственный фактор у детей с фебрильными конвульсиями. // Врач-аспирант. - 2010. - Т. 39. - № 2.1. - С. 189-194.

С.А. НАБИДИНОВА, А.Е.ТОХТАМЫСОВА, Х.В.БӘКИРОВ, Ж.М.ТУЙГЫНОВ, Д.Р.КУРБАНОВ, Э.Ф.ӘЛМҰҚАМБЕТОВА, М.К.ӘЛМҰҚАМБЕТОВ
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯНЫҢ АЛДЫНДАҒЫ КЕЗЕҢІНДЕГІ ФЕБРИЛЬДІ СІҢІР ТАРТЫЛУЛАР КЕЗІНДЕГІ ШҰҒЫЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК

Түйін: Зерттеудің мақсатына госпитализацияның алдындағы кезеңіндегі балалардың сіңір тартылу синдром кезіндегі клиникасың және шұғыл көмегің білуі жатады. Олардың туындауының жиі себептері болып кездесетіндер: инфекциялық- ЖРВИ негізіндегі нейротоксикоз, менингиттер.

Түйінді сөздер: фебрильді сіңір тартылулары, жедел медициналық көмек.

S.A.NABIDINOVA, A.E.TOKHTAMYSOVA, H.W.BAKIROV, J.M.TUYGYNOV, D.R.KURBANOV, E.F.ALMUHAMBETOVA, M.K.ALMUHAMBETOV
EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE FEBRILE SEIZURES IN THE PREHOSPITAL

Resume: The aim of the study was to investigate the clinical and emergency care at a convulsive syndrome in children in the pre-hospital phase. The most common causes of their occurrence were: infectious-neurotoxicosis against SARS, meningitis.

Keywords: febrile convulsions, acute care.

УДК 616.083.98.036.882.053.2

С.А. НАБИДИНОВА
ГККП ССМП г.Алматы. Каз НМУ

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

При обращении родителей с жалобами на высокую температуру тела у ребенка, перед врачом встает несколько вопросов, на которые необходимо ответить сразу и принять правильное решение. Осмотрев больного, педиатр должен оценить состояние ребенка, поставить предварительный диагноз, решить вопрос о госпитализации или назначить лечение.

Ключевые слова: гипертермический синдром, дети, скорая помощь.

Ежедневно на станцию скорой медицинской помощи поступают многочисленные вызова по поводу повышенной температуры тела у детей.

По статистике, в одной трети случаев причиной обращения к педиатру является гипертермия, а в осенне-зимний период частота таких обращений достигает 90% [1, 2].

Гипертермия (от греч. ὑπερ— «чрезмерно» и θερμη — «теплота») — перегревание и накопление избытка тепла в организме человека с повышением температуры тела, вызванных внешними факторами, затрудняющими отдачу тепла во внешнюю среду либо повышающими поступление извне тепла.

Лихорадочная реакция сопутствует многим заболеваниям самой различной природы: инфекционным, аутоиммунным и др. В большинстве случаев у детей она является симптомом острой респираторной вирусной инфекции [2, 3].

При обращении родителей с жалобами на высокую температуру тела у ребенка, перед врачом встает целый ряд вопросов, на которые нужно ответить сразу и принять правильное решение. Осмотрев больного, педиатр должен оценить состояние ребенка, поставить предварительный диагноз, решить вопрос о госпитализации или назначить лечение.

Цель работы- это изучение неотложной медицинской помощи при гипертермическом синдроме у детей на догоспитальном этапе.

Снижение температуры проводилось во всех следующих случаях:

- дети до 6 месяцев - при температуре тела более 38,0°C;
- дети от 6 месяцев до 6 лет - при внезапном повышении температуры более 38,5°C;
- дети с заболеваниями сердца и легких, потенциально опасных по развитию острой сердечной и дыхательной недостаточности, у детей с судорожным синдромом (любой этиологии), а также при заболеваниях ЦНС потенциально опасных по развитию данного синдрома- при температуре 38,0 "С и выше;
- во всех случаях бледной лихорадки при температуре 38,0 С и более.

Результаты исследования:

При лечении гипертермического синдрома бригадой скорой медицинской помощи использовались физические методы (раздевание ребенка, обтирание полуспиртовым раствором, водой, обильное питье и др.).

В качестве основного жаропонижающего препарата использовался парацетамол в разовой дозе 10–15 мг/кг, с

максимальной суточной дозой – 60 мг/кг.

В отличие от других нестероидных противовоспалительных, препарат парацетамол не влияет на систему гомеостаза, не обладает ulcerогенными свойствами, потому может применяться у больных с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы, тромбоцитопатиями и коагулопатиями.

При «бледной» лихорадке неотложная помощь включала одновременно с жаропонижающей и сосудорасширяющую

терапию: папаверин либо но-шпу внутрь в дозе 1 мг/кг либо внутримышечно папаверин 2% р-р - 0,1-0,2 мл/год жизни или но-шпу в дозе 0,1 мл/год жизни.

Заключение: В абсолютном большинстве случаев - 93,2% температура тела понижалась на 1-1,5°C в течении 15 мин и сопровождалась улучшением состояния ребенка; лихорадка полностью купировалась 19,8% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Солнцева О.А. Лихорадка как основной симптом острых респираторных инфекций и современные методы терапии жара у детей. \\Вопросы современной педиатрии. - 2010. - Т. 9. - № 5. - С. 80-84.
- 2 Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Творогова Т.М. Лихорадка у детей. Дифференциальная диагностика и терапевтическая тактика. - М.: 2006. - 58 с.
- 3 Шлемева О.В., Кулюкина Ю.В., Панкратова А.В., Ротар С.Р., Цека Ю.С. Клинико-лабораторная характеристика больных детей гриппом различных серотипов. \\Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - Т. 3. - № 2. - С. 193-193.

С.А.НАБИДИНОВА

ШҰҒЫЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК
ЖОҒАРҒЫ ҚЫЗДЫРУ СИНДРОМ БАС БАЛА-ШАҒАЛАРДЫҢ

Түйін: Баланың дене қызуының жоғарлауына байланысты ата-аналардың шағымдану кезінде дәрігердің алдында бірнеше сұрақтар туындайды, оларға дереу жауап беріп, дұрыс шешім қабылдау керек. Педиатр ауруды қарап болған соң баланның жағдайын бағалап, бастапқы диагноз қою керек, госпитализациялау немесе емдеу туралы шешім қабылдау керек.

Түйін сөздер: жоғарғы қыздыру синдром, балалар, жедел жәрдем.

S.A.NABIDINOVA

EMERGENCY MEDICAL CARE
AT HYPERTHERMIA SYNDROME IN CHILDREN

Resume: When contacting parents with complaints of high fever in a child, before the doctor gets a few questions that must be answered immediately and make the right decision. After examining the patient, the pediatrician should assess the condition of the child, a preliminary diagnosis, decide on the admission or prescribe treatment.

Keywords: hyperthermic syndrome, kids, ambulance.

Н.Т.НУРАНОВА

Международный казахско-турецкий университет им.Х.А.Ясауи,
кафедра фтизиатрии и лучевой диагностики

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ

В статье проведен анализ основного эпидемиологического туберкулеза среди детей. Выявленный тяжелый патоморфоз туберкулеза, высокие уровни инфицированности и высокий удельный вес гиперергических реакций на туберкулин среди детей свидетельствуют о несовершенстве сложившейся в настоящее время системы по своевременному выявлению заболевания. Предлагается необходимость восстановления оправданных годами плановых ежегодных обследований детей с помощью внутрикожной пробы Манту с 2ТЕ и контроль над обязательными флюороосмотрами детей 12 летнего возраста, а также улучшение клинической диагностики туберкулеза у детей в общей педиатрической сети.

Ключевые слова: туберкулез, эпидемиология, клиника, вираж, Южно-Казахстанская область.

Одним из объективных показателей, указывающих на состояние эпидемиологической ситуации по туберкулезу, является показатель заболеваемости. В условиях напряженной эпидемиологической ситуации также необходимо изучение клинической, возрастной структуры заболеваемости и инфицированности туберкулезом детского населения [1,2,3]. Вопросы выявления и лечения туберкулеза среди детей в современных условиях имеют большое значение, так как от качества этой работы будет зависеть резервуар туберкулезной инфекции в будущем [1,2].

Цель исследования - анализ клинико-эпидемиологической ситуации туберкулеза среди детей по Южно-Казахстанской области (ЮКО).

Материал и методы исследования.

Проведен анализ данных статистической отчетности ф. ТБ-01, ТБ-03 областного противотуберкулезного диспансера г. Шымкент за 2008-2012 годы.

Результаты и обсуждения.

Проанализированы 416 впервые выявленные случаи заболевания детей за 2008-2012 гг. Мальчиков – 58%, девочек – 42%. Возрастная структура их представлена в таблице 1.

Таблица 1- Распределение заболевших детей по возрасту

Возрастные группы	Количество больных									
	2008		2009		2010		2011		2012	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0-4 годы	19	18,3	10	10,8	20	24,7	16	19,5	5	8,9
5-7 лет	26	25,0	15	16,1	25	30,9	16	19,5	9	16,1
8-14лет	59	56,7	68	73,1	36	44,4	50	61,0	42	75,0
Итого	104	100,0	93	100,0	81	100,0	82	100,0	56	100,0

Из данных таблицы 1 следует, что в условиях снижения заболеваемости отмечается утяжеление возрастной структуры впервые выявленных форм туберкулеза у детей. Несмотря на активную специфическую профилактику туберкулеза почти в среднем 40% заболеваемости приходилось на возраст до 7 лет,

что свидетельствует о высокой заболеваемости детей в раннем и дошкольном возрасте.

Динамика уровня заболеваемости туберкулезом у детей в интенсивных показателях и виража туберкулиновых проб за период наблюдения представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Уровень динамики заболеваемости и первичной инфицированности туберкулезом детей за 2008-2012 гг.

Показатели	Годы				
	2008	2009	2010	2011	2012
Заболеваемость	13,5	12,3	10,3	9,9	6,5
Темпы роста или снижения (%)	100	<8,8	<16,2	<3,9	<34,3
Вираж (%)	2,2	3,3	2,8	2,0	1,8

Данные таблицы 2 показывают, что заболеваемость туберкулезом сократилась с 13,5 на 100 тыс. детского населения в 2008 г. до 6,5 в 2012 г. т.е. в 2 раза. Среднегодовые темпы снижения заболеваемости составили 12,6%. Ежегодное равномерное снижение заболеваемости у детей связано со стабилизацией эпидемиологических показателей туберкулеза по региону и расширением объема профилактических осмотров в последние годы. Если в 2008 году выявление с помощью туберкулинодиагностики – основного метода выявления детского туберкулеза при профосмотрах отмечалось в 39,2 % случаев, то в 2012г. было 69,6 %, хотя в настоящее время отсутствует сплошная туберкулинодиагностика среди детского населения, как это было ранее.

Из таблицы 2 видно, что первичная инфицированность детей микобактериями туберкулеза (вираж туберкулиновых проб) сократилась незначительно с 3,3% в 2008 г. до 1,8 в 2012 г.

Для оценки степени распространенности туберкулезной инфекции среди населения и в качестве критерия искоренения туберкулеза эксперты ВОЗ предложили считать ежегодный риск первичного инфицирования детей в возрасте до 14 лет – 0,05 %. Среднегодовой показатель виража туберкулиновых проб за анализируемый период в регионе составил 2,4 % или в 48 раз выше целевого показателя, рекомендованного ВОЗ.

Выявленная диспропорция между низкими показателями заболеваемости туберкулезом детей и высоким уровнем

первичного инфицирования явилась следствием несовершенной системы раннего выявления заболевания. Из числа впервые выявленных больных за анализируемый период у 27,8% вираж до заболевания не был выявлен, так как детям тубдиагностика делается только среди обязательных плановых возрастов (6 – 7 лет и 11 – 12 лет) и не проводится в остальных возрастных группах.

Отмечается высокий удельный вес гиперергических реакций на туберкулин (предтуберкулез) среди детей, подлежащих плановой обязательной тубдиагностике – это в среднем 0,6 % от числа детей, обследованных с помощью пробы Манту с 2ТЕ. Несмотря на имеющееся сокращение заболеваемости за последние 5 лет, не отмечается одновременно улучшения патоморфоза выявляемого туберкулеза (таблица 3).

Таблица 3 - Изменения в клинической структуре впервые диагностированного туберкулеза органов дыхания у детей

Клинические формы туберкулеза	Годы									
	2008		2009		2010		2011		2012	
	абс	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первичный туб.комплекс	4	3,8	6	6,4	3	3,7	10	12,2	1	1,8
Туберкулез внутригрудных лимф.узлов	45	43,3	36	38,7	27	33,3	28	34,1	19	33,9
Диссеминированная	1	0,9	1	1,1	2	2,5	1	1,2	1	1,8
Милярная	-		1	1,1	1	1,2	-	-	-	-
Очаговая	2	1,9	1	1,1	2	2,5	1	1,2	2	3,5
Инфильтративная	16	15,4	21	22,6	17	21,0	10	12,2	17	30,4
ФКТ легких	1	0,9	-		-		-	-	-	-
Плеврит	26	25,0	17	18,3	18	22,2	22	26,9	7	12,5
Туберкулезный менингит	2	1,9	1	1,1	1	1,2	1	1,2	-	-
Туберкулез костей и суставов	5	4,8	3	3,2	5	6,2	8	9,8	3	5,4
Туберкулез мочеполовых органов	-		1	1,1	-		-	-	2	3,5
Периферических лимф.узлов	1	0,9	3	3,2	5	6,2	1	1,2	1	1,8
Другие внелегочные формы	1	0,9	2	2,1	-		-	-	3	5,4
Итого все формы	104	100,0	93	100,0	81	100,0	82	100,0	56	100,0
В том числе CV	8	7,7	14	15,0	12	14,8	3	3,7	2	3,5
МБТ+	3	2,9	5	5,3	6	7,4	-	-	-	-

Из таблицы 3 видно, что происходит утяжеление клинических форм выявляемого туберкулеза. Отмечается высокий удельный вес первичного туберкулезного комплекса – локальной, менее курабельной формы в среднем 5,4%. Возросли случаи инфильтративного туберкулеза легких с 12,2% до 30,4% или в 2,5 раза. Инфильтративный туберкулез – эпидемиологическая опасная форма, и в 60% случаев заболевание характеризуется ярко выраженными клиническими проявлениями и быстрым развитием полостей распада. Приведенные данные характеризуют высокую тяжесть патоморфоза выявляемого туберкулеза из-за поздней его диагностики.

При изучении вопроса о том, за счет каких возрастных групп преобладает заболеваемость, установлено, что в течении 2008-2012 гг. встречаемость туберкулеза среди детей в младшей возрастной группе (0-4 года) в среднем 16,4 %, что характерно для тяжелой эпидемиологической ситуации по туберкулезу и свидетельствует о наличии среди взрослого населения неизвестных источников инфекции. Туберкулез более старших возрастов (8-14 лет) приходится на вторичные (22,4%) и внелегочные формы, что говорит о несвоевременности выявления первичного туберкулеза.

Ранний детский возраст (0-4 года) в современных условиях остается самым уязвимым и трудным для диагностики, что

необходимо учитывать при планировании мероприятия по интенсификации противотуберкулезной работы.

Таким образом, приведенные данные говорят о том, что снижение показателя заболеваемости туберкулезом у детей в современных условиях не свидетельствует в полной мере об улучшении эпидемиологической ситуации.

Выявленная диспропорция между относительно низкими показателями заболеваемости туберкулезом детей и высоким уровнем первичного инфицирования туберкулезной инфекцией и высокой частотой гиперергических реакций на туберкулин свидетельствует о несовершенстве сложившейся в настоящее время системы по своевременному выявлению заболевания.

Выводы:

1. Необходимо восстановить плановые ежегодные обследования детей с помощью внутрикожной пробы Манту с 2ТЕ во всех возрастных группах.
2. Требуется контроль над обязательным флюороосмотром детей с 12 летнего возраста.
3. Необходимы кардинальные меры по улучшению клинической диагностики туберкулеза у детей в общей педиатрической сети.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан. – Алматы: 2011. – С.5.
- 2 Абилдаев Т.Ш. Актуальные вопросы фтизиатрии: Материалы VI съезда фтизиатров РК с международным участием. – Алматы: 2010.
- 3 Скребцов Б.А. Фтизиопульмонология. – М.: 2006. – С.24.

Н.Т.НУРАНОВА

БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУЫ

Түйін: Мақалада Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша балалар арасындағы туберкулездің негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштеріне анализ жасалынған. Табылған туберкулездің ауыр патоморфозы, балалар залалдануының жоғары деңгейі және туберкулинге гиперергиялық реакцияның жоғары жиілігі анықталған, бұның өзі балалар арасындағы туберкулезді ерте анықтау жұмыстарының жеткіліксіздігін білдіреді. Ондаған жылдар бойы жүргізіліп келе жатқан және өзін - өзі ақтаған балалар арасындағы туберкулезді анықтау әдістерін қайта қалпына келтіру ұсынылып отыр: жоспарлы жүйелі, тері ішілік 2 ТБ манту сынамасы және 12 жастан бастап міндетті түрде жүргізілетін флюорографиялық тексеруді қадағалау, жалпы емдеу мекемелерінде міндетті түрде жүргізілетін клиникалық диагностиканы жақсарту.

Түйінді сөздер: туберкулез, эпидемиология, клиника, вираж, Оңтүстік - Қазақстан облысы.

N.T.NURANOVA

CLINIC AND EPIDEMIOLOGI ANALISIS TUBERCULOSIS OF THE CHILDREN

Resume: Main epidemiological profiles on tuberculosis in the children in South Kazakhstan oblast analyzed in this paper, about 2008-2012 years. Course of tuberculosis process during last years is characterized by decrease of tuberculosis incidence from 13.5 to 6.5 per 100 000,0 adolescents, there has been a quantitative modification to the proportion of all epidemiologi hazardous forms of tuberculosis and complicated by extrapulmonary tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, epidemiologi, clinic, viraj, South Kazakhstan area

УДК 616.61

Қ.Е.ОСПАНОВ

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ – Түрік университеті, фтизиатрия және сәулемен анықтау кафедрасы

ҰРЫҚ МЕТАНЕФРОСЫНДА НЕЙРОМЕДИАТОР КЕЗЕҢІНІҢ ҚАЛЫПТАСУЫ

Адам эмбриондарында бүйрек дамуын жалпы гистологиялық, нейростология және нейростохимиялық әдістермен зерттелді. Екіншілік бүйрек нерв аппараттарында нейромедиаторлар пайда болды. Эмбрионалдық даму процесінде бірнеше типті нефрондар пайда болды. Эмбриогенездің 11-12 ші аптасында метанефроста типтік нефрондар анықталды. Осы кезеңде қан-тамыр бойымен алғашқы нерв талшықтары пайда болды, сол нерв талшықтарынан катехоламин синтезінің алғашқы белгілері анықталды.

Түйін сөздер: нейростология, эмбрион, катехоламин, нейромедиатор.

Адам эмбриогенезінде вегетивті нерв жүйесінің дамуы біріншілік және екіншілік бүйректерді симпатикалық және парасимпатикалық нервтелудің дамуы мен медиаторлық жүйенің қалыптасуына арналған көп кешенді зерттеулердің маңызы зор болып келеді. Вегетивті нерв жүйесінің медиаторлыққа дейінгі кезең және медиаторлық кезеңдегі қалыптасулары мен медиаторлық деңгейдің қызмет етуі зерттеуді талап етеді [1].

Негізгі нейромедиаторларды өте аз мөлшерде анықтай алатын нейростохимиялық, нейроморфологиялық әдістердің пайда болуы эмбриогенезді холинергиялық және адренергиялық нервтелудің дамуы зерттеулерге үлкен заманауи маңызы ақпараттар берді [2].

Зерттеу әдістері мен материалдарды зерттеуді құрсақ ішілік 4-12 аптасындағы адам эмбриондарының сериялы кесінділері алынған. Нейростологиялық әдістермен (Вейгерт, Нисель бойынша эмбриондардың препараттарына бүйрек нервтелуінің алғашқы белгілері 5, 5-6-шы аптасында анықталған). Метанефростың дамуы, мезонфростың дамуы әлі жалғасып жатқан кезде басталады. Эмбриогенездің 5-ші аптасында метанефрон тіні аз дифференцияланған, капсуласы анық емес, бірақ денешіктермен түтікшелер бастамалары қалыптасқан [3].

Дамып келе жатқан бүйректің нервтелуі омыртқа алдындағы өрімінің қалыптасуынан басталады. Омыртқа алдыңғы өрімінің нерв талшықтарының колибри өртүрлі және түрлі белсенділікке боялады. Олар болашақ симпатикалық сабаудың алғашқы нерв талшықтарын құрайды. Эмбриогенездің сол мезгілінде қалыптасып келе жатқан жұлындық ганглилер басқа мүшелердің бастамаларына қарағанда салыстырмалы ірі болады. Дамудың

осы сатысында (метанефроста) нерв талшықтар анықталмайды, тек эмбриогенездің 6-7-ші аптасында омыртқа алдыңғы өрімнен метанефросқа қантамыры бойымен бағытталған нерв талшықтары шығады. Бүйректің нерв өрімінен болашақ бүйрек нерв аппараты қалыптасады [4].

Нейростохимиялық әдістермен метанефроста ацетилхолинэстаразаға (АХЭ) оң мәнді реакция 9-шы аптада бүйрек артериясы бойынша алғаш рет анықталды. 10-шы аптада метанефроста АХЭ-ға оң мәнді нерв құрлымдарында өзекшелер бойында анықталған. Бұл кезде бүйрек денешіктерінің пішіні анық көрінеді, бірақ айналасында АХЭ реакция өнімдері көрінбейді. Құрсақ ішілік дамудың 11-ші аптасында АХЭ-ға оң мәнді реакция метанефростың модуляторлы аймағында өзекшелер айналасында, ал қыртыс аймақта бүйрек денешіктері маңайында анықталған. Эмбриогенездің 12-ші аптасында метанефроста интрамуральді нерв аппараты екіншілік бүйрек ұлпасының барлық бөлігінде көрінеді [5].

Зерттеудің нейростохимиялық әдістері құрсақ ішілік дамудың тек 11-ші аптасында периваскулярлы өрім түзейтін нерв талшықтарында алғаш рет көк-жасыл люминисценция анықталды. Осы кезде катехоламин синтездерінің жедел өсуі байқалады. Люминисценелетін адренергиялық нерв құрылымдарының саны көбейеді және жылтырау белсенділігі анық болады. Эмбриогенездің 12-ші аптасында люминисценция артерия пішінін нақты белгілеп қоймай, қоршап жатқан кеңістікке адренергиялық нерв терминалдарын береді. Сонымен қатар қыртыс бөлігінде де байқалады. Сонымен қатар адренергиялық нерв құрылымдарының саны көбейеді.

Қорытынды: Эмбриогенездің 10-шы аптасына дейін ацетилхолин нейромедиаторының синтезінің белсенділігі өседі. Ал катехоламин нейромедиаторының синтезі 11-ші аптасында басталады, 12-ші аптада метанефростың бүкіл ұлпасын алатыны басымдылығы байқалады.

Метанефросты адренергиялық нерв құрлымдарының дамуы холинергиялыққа қарағанда екі аптадай кешігеді, бірақ жедел дамиды. 12-ші аптада нервтелудің адренергиялық нервтелу белсенділігі мен тығыздығы бойынша артады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Гармашева Н.Л. Критические периоды развития центральной нервной системы человека в раннем онтогенезе.//Архив анат. - 1988. - 6. - С. 9-15.
- 2 Швалев В.Н. Иннервация сердца.- М.: Наука, 1992. - 365 с.
- 3 Никитин А.И. Достижения медицинской эмбриологии и успехи в лечении бесплодия//Морфология. - 1996. - №5. - С.7-14.
- 4 Кнорре А.Г., Суворова Л.В. Развитие вегетативной нервной системы в эмбриогенезе. - М.: Медицина, 1984.-269 с.
- 5 Кнорре А.Г. Эмбриональный гистогенез. – Л.: Медицина, 1989. - 432 с.

К.Е.ОСПАНОВ

ФОРМИРОВАНИЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНОГО ПЕРИОДА В МЕТАНЕФРОННОМ ЭМБРИОНЕ.

Резюме: Общегистологическими, нейрогистологическими и нейрогисто-химическими методами у эмбрионов человека изучено развитие почки и особенности появления нейромедиаторов в нервном аппарате вторичной почки. Выявлено, что в процессе эмбрионального развития возникают несколько типов нефронов, а на 11-12 неделе эмбриогенеза в метанефросе появляются типичные нефроны. В этот период по ходу кровеносных сосудов выявляются первые нервные волокна, у которых обнаруживаются первые признаки синтеза катехоламинов.

Ключевые слова: нейрогистология, эмбрион, катехоламины, нейромедиаторы.

К.Е. OSPANOV

THE FORMATION NEUROTRANSMITTER STAGE IN THE EMBRYO METANEPHRIC.

Resume: Generalhystological, neurohistological and neurohistochemical methods of human's embryos have been studied the development of the kidneys and peculiarities of neuromediators appearance in nerve apparatus of second kidney. Reveal, that in the process of the development arise several nephron types, and in 11-12 weeks of embryogenesis in metanephros appear typical nephrons. In this period in nervous fibers founded by the way of blood vessels are being discovered nervous signs of synthetic catecholamines.

Keywords: neurohistological, embryos, catecholamines, neuromediators.

УДК 615.015:615.225.1/2:616.12-008.331

Н.Ж.ОРМАНОВ, Ү.Ж.САДЫРХАНОВА, М.Ж.ҚАЗБЕКОВА,
Н. АХМЕТОВ

ОҚМФА, Шымкент қаласы

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯЛЫ НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕГЕНДЕГІ ФАРМАКОТЕРАПИЯЛЫҚ КЕШЕНДЕРДІҢ ӨСЕРІНЕН ФАРМАКОЭКОНОМИКАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРДІҢ ӨЗГЕРУІ

II дәрежелі артериялық гипертензиямен ауыратын науқастардың ұзақ мерзімді қосарланған антигипертензивті терапияны қолдану барысында ФТК-2 және ФТК-3 әсерінен артериялық қан қысымы мен жүректің жиырылу жиілігі параметрлерімен анықталатын «шығын - пайда» коэффициентінің сәйкесінше 26,3% және 10,1%, систолалық артериялық қан қысымы ФТК-1 әсерінен 16,6% ((индамид-1,5мг, фозикард-10мг, кардилопин-5мг), ФТК-2 қолданғанда 45,4% (ко-диован-80/12,5мг, кардилопин-5мг), ФТК-3 емдеу кезінде 28,8% (арифон-1,5мг, диован-80 мг, норваск-5 мг) төмендейді. «Шығын - пайда» коэффициентінің артериялық қан қысымы мен жүректің жиырылу жиілігі параметрлерімен анықталатын ұзақ мерзімді қосарланған антигипертензивті терапияны қолдану барысында II дәрежелі артериялық гипертензиямен ауыратын науқастарда ФТК-1-мен салыстырғанда ФТК-2 және ФТК-3 әсерінен 26,3% және 10,1% төмендейді.

Жүрек-қан тамырлар жүйесінің ең көп тараған ауруларының бірі - артериялық гипертония, ал оны емдеудің экономикалық тиімділігін бағалау кардиологиядағы фармакоэкономикалық өзекті мәселерінің бірі болып табылады [1]. Дүниежүзілік статистика бойынша ересек тұрғындар арасында артериалды гипертония ауруымен 21-25% зардап шегеді [2], ал бұл көрсеткіш ҚР бойынша 24,3% құрайды және оның жиілігі

жасының өсуіне байланысты 10 есе өседі [3]. Жалпы өлім көрсеткішінің себебі ретінде артериалды гипертония ауруы 20-50% құрайды [4]. Сырқаттардың 90% артериалды гипертонияның I және II дәрежесіне тең. Осыған байланысты артериалды қан қысымының тым жоғары емес көрсеткіштеріндегі артериалды гипертония ауруын ерте емдеу – алдын-алу іс-шараларын өткізу ең жоғары клиникалық және экономикалық нәтижелер

береді. Фармацевтикалық нарықтағы антигипертензиялық дәрілерді сырқаттарды оңтайлы емдеу үшін қолдану өзекті мәселенің бірі[5].

Жұмыстың мақсаты: Фармакоэкономикалық көрсеткіштер негізінде II дәрежелі артериялық гипертониямен ауыратын науқастарды өртүрлі фармакотерапиялық кешендердің тиімділігімен бағалау.

Зерттелген топтар және зерттеу әдістері. Жұмыстың міндеттеріне сәйкес 50 дені сау адам және артериалды гипертонияның II дәрежесімен ауыратын 90 науқас зерттеуге алынды. Олар фармакотерапиялық кешендермен емдеуге байланысты үш топқа бөлінді. 1-топтағы сырқаттар: ФТК-1, индамид (1,5 мг), фозикард (10 мг), кардилопин (5 мг); 2-топ: ФТК-2, ко-диован (80/12,5 мг), кардилопин (5 мг); 3-топ: ФТК-3, арифон (1,5 мг), диован (80 мг), норваск (5 мг) дәрілерін нұсқау бойынша күніне бір рет қабылдады. Емдеу - бақылау мерзімі 6 ай.

Фармакотерапиялық кешендердің фармакоэкономикалық жағдайын зерттеу үшін дәрілік заттардың бағаларын «Еврофарма» фирмасының құны арқылы зерттедік. Есептеу стандарттық әдіс бойынша зерттеліп, науқастың толық бағасы «шығындар-тиімділік» пен «пайдалылық-тиімділік», фармакотерапиялық кешендердің фармакоэкономикалық тиімділігін есептеу үшін сырқаттардың жүрегінің жиірлу жылдамдығын (ЖЖЖ) және артериялық қысымын (АҚ) Коротков әдісімен анықтадық. Бұл зерттеулер емге дейін және 6 айдан кейін қолданылды.

Зерттеу нәтижелері. Артериалық гипертониямен жұптасқан II дәрежелі науқастардың артериалық қысымдардың деңгейінің

фармакотерапиялық кешендердің әсеріне байланысты өзгеруі 1-кестеде орналасқан.

Құрамында: индамид (1,5мг), фозикард (10мг), кардилопин (5мг) (Фтк-1) әсерінен САҚ $181 \pm 9,0$ мм. сынап бағанасынан $136 \pm 2,0^*$ мм. сынап бағанасына дейін төмендейді, азаю денгейі 24,9% -ға тең болды. Фармакотерапиялық кешенінің әсерінен науқастардың қанының ДАҚ көрсеткіші $104,5 \pm 2,2$ мм. сынап бағанасынан $93,2 \pm 2,7$ мм. сынап бағанасына дейін төмендейді, азаю денгейі 10,8% -ға тең болды. Жүректің жиырлу жиілігі мөнетіне $86,7 \pm 3,0$ ден $69 \pm 2,0$ төмендейді, яғни азаю денгейі 20,4% -ға тең болды.

Құрамында: фтк-2 : ко-диован (80/12,5мг), кардилопин (5мг) (Фтк-2) ; бар фармакотерапиялық кешенін әсерінен САҚ $181,0 \pm 9,0$ мм. сынап бағанасынан $125,3 \pm 3,1$ мм. сынап бағанасына дейін төмендейді, азаю денгейі 30,8% -ға тең болды. ДАҚ $104,5 \pm 2,2$ мм. сынап бағанасынан $72,6 \pm 2,4$ мм. сынап бағанасына дейін төмендейді, азаю денгейі 31,9% -ға тең болды. Жүректің жиырлу жиілігі мөнетіне $87,2 \pm 3,0$ ден $62 \pm 2,1^*$ төмендейді, яғни азаю денгейі 28,9% -ға тең болды.

Құрамында: ФТК-3: арифон (1,5мг), диован (80 мг), норваск (5 мг) (Фтк-3) ; бар фармакотерапиялық кешенін әсерінен САҚ $181,0 \pm 9,0$ мм. сынап бағанасынан $135,2 \pm 3,1$ мм. сынап бағанасына дейін төмендейді, азаю денгейі 25,3% -ға тең болды. ДАҚ $104,5 \pm 2,2$ мм. сынап бағанасынан $86,5 \pm 3,1$ мм. сынап бағанасына дейін төмендейді, азаю денгейі 17,3% -ға тең болды. Жүректің жиырлу жиілігі мөнетіне $87,2 \pm 3,0$ ден $67,2 \pm 2,2$ төмендейді, яғни азаю денгейі 23% -ға тең болды.

Кесте 1 - Артериалық гипертонияның II дәрежелі науқастардың артериалық қысымдардың деңгейінің фармакотерапиялық кешендердің әсеріне байланысты өзгеруі

АҚ өлшеу бірлігі	Ерлер n=120			
	Емге дейін	ФТК-1	ФТК-2	ФТК-3
САҚ мм сын.бағ.	$181,0 \pm 9,0$	$136 \pm 2,0^*$	$125,3 \pm 3,1^*$	$133,2 \pm 3,1^*$
сын.бағ.	$104,5 \pm 2,2$	$93,2 \pm 2,7^*$	$72,6 \pm 2,4^*$	$86,5 \pm 3,1^*$
ЖСЖ мөн.	$87,2 \pm 2,0$	$69 \pm 2,0^*$	$62 \pm 2,1^*$	$67,2 \pm 2,2^*$

Ескерту * - $p < 0,05$ емге дейінгі топпен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіші;

Сонымен зерттеу нәтижесінде алынған мәліметтер артериалық гипертониямен ауыратын II дәрежелі науқастарда артериалық қысымның нышандарының түрлерінің деңгейі фармакотерапиялық кешендердің әсерінен САҚ, ДАҚ және жүректің жиірлуі денгейі әр түрлі мөлшерде өзгереді, ең үлкен төмендеулер құрамында ко-диован (80/12,5мг), кардилопин (5мг) (Фтк-2); бар фармакотерапиялық кешенінің әсерінен

30,8%-ға, 30,3% және 29,0% -ға төмендейді. Артериалық гипертониямен ауыратын II дәрежелі науқастардың «шығын - пайда» көрсеткішінің артериялық қысымның және жүректің жиілігінің орташа нышандарына байланысты фармакотерапиялық кешендердің әсерінен өзгеруі 2-кестеде көрсетілген.

Кесте 2 - Артериалық гипертониямен ауыратын II дәрежелі науқастардың «шығын - пайда» көрсеткішінің артериялық қысымның және жүректің жиілігінің орташа нышандарына байланысты фармакотерапиялық кешендердің әсерінен өзгеруі

топтар	Меншікті тиімділігі %	24 апта ішіндегі жиынтық шығыны (тенгемен)	«шығын-пайда» коэффициенті (тенгемен)
ФТК-1 n = 30	$133,0 \pm 6,0$	92125,5	692,6
ФТК-2 n = 30	$144,4 \pm 5,0$	84107,6	582,4
ФТК-3 n = 30	$134,8 \pm 6,0$	90680,4	672,7

Артериалық гипертониямен ауыратын II дәрежелі науқастардың бірігіп кету шығынның белсенділігінің көрсеткіші (БКШБК) артериялық қысымның және жүректің жиілігінің орташа нышандарына байланысты және аурудың толық құнына байланысты жағдайы 3-кестеде көрсетілген.

Науқастарды емдеуге жұмсалатын бірігіп кету шығынның белсенділігінің көрсеткіші (БКШБК) немесе «құн/ тиімділік» көрсеткіші 1- ші топпен салыстырғанда 2-ші топта (ко-диован (80/12,5 мг), кардилопин (5 мг) 703,3 тенге құраса, 3-ші емдік топта құрамында: арифон (1,5 мг), диован (80 мг), норваск (5 мг) бар фармакотерапиялық кешенінің әсерінен 802,2 тенгеге тең

болды. Бірігіп кету шығынның белсенділігінің көрсеткіші (БКШБК) немесе «құн/ тиімділік» көрсеткіші 1-ші емдік топпен салыстырып сараптағанда белсенделігі жоғары және арзан,

үстемді емнің негізі болып құрамында ко-диован (80/12,5мг), кардилопин (5мг) бар фармакотерапиялық кешені негізделді.

Кесте 3 - Артериальдық гипертензиямен ауыратын ІІ дәрежелі науқастардың бірігіп кету шығынның белсенділігінің көрсеткіші (БКШБК) артериальдық қысымның және жүректің жиілігінің орташа нышандарына байланысты және аурудың толық құнына байланысты жағдайы

Топтар	Меншікті тиімділігі %	Аурудың толық құны (тенге)	Бірігіп кету шығынның белсенділігінің көрсеткіші (тенгемен)
ФТК-1 n = 30	133,0±6,0	92125,5	«0»
ФТК-2 n = 30	144,4±5,0	84107,6	703,3
ФТК-3 n = 30	135,8±6,0	90680,4	802,0

Қорытынды

1. Артериальдық гипертензиямен ауыратын ІІ дәрежелі науқастардың «шығын - пайда» көрсеткішінің артериальдық қысымның және жүректің жиілігінің орташа нышандарына байланысты фармакотерапиялық кешендердің әсерінен 1-топта-692,6 тенге құраса, 2-топта -582,4 тенге, 3-топта-672,7 тенге тең

болды. ФТК-2 «шығын-пайда» тиімділігі бірінші және екінші топтарға қарағанда 110,2 және 90,3 тенгеге тең болды
2. Бірігіп кету шығынның белсенділігінің көрсеткіші (БКШБК) немесе «құн/ тиімділік» көрсеткіші 1-ші емдік топпен салыстырып сараптағанда белсенделігі жоғары және арзан, үстемді емнің негізі болып құрамында ко-диован (80/12,5мг), кардилопин (5мг) бар фармакотерапиялық кешені негізделді

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Константинов, В.В. и соавт. Распространенность АГ и ее связь со смертностью и факторами риска среди мужского населения в городах разных регионов // Кардиология. – 2001. - №4. – С. 59.
- 2 Цыбин, А. К. Фармакоэкономика: проблемы и пути дальнейшего развития // Рецепт. — 2000. — №6(15). - С. 21-24.
- 3 Рысмендиев, А.Ж. Состояние и стратегия реформы кардиологической службы республики Казахстан // 2-Конгресс ассоциации кардиологов Казахстана. – Алматы: 1998. - С. 3-5.
- 4 Органов, Р.Г., Масленникова, Г.Я. Сердечно-сосудистые заболевания в РФ во второй половине XX столетия, тенденция, возможные принципы, перспективы // Кардиология. – 2000. - №6. – С. 4-9.
- 5 Орманов Н.Ж., Казбекова М.Ж. Изменение фармакоэкономических показателей под влиянием фармакотерапевтических комплексов у больных артериальной гипертензией II степени. // Вестник ЮКГФА. - 2012. - №4. – С. 221-225.

Н.Ж. ОРМАНОВ, У.Ж. САДЫРХАНОВА, М.Ж. ҚАЗБЕКОВА, Н. АХМЕТОВ

ИЗМЕНЕНИЯ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ФАРМАКОТЕРАПИЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Резюме: Длительное сочетанное применение антигипертензивной терапии снижает коэффициент «затраты-полезность» определяемые с помощью параметров артериальной давления и частотой сердечной сокращения под влиянием ФТК-2 и ФТК-3 на 26,3% и 10,1% у больных артериальной гипертензией II степени систолическое давление на 16,6% под влиянием ФТК-1: (индамид-1,5мг, фозикард-10мг, кардилопин-5мг,) и на 45,4% при применении ФТК-2: (ко-диован-80/12,5мг, кардилопин-5мг) и на 28,8% при лечении ФТК-3: (арифон-1,5мг, диован-80 мг, норваск-5 мг). Коэффициент «затраты-полезность» определяемые с помощью параметров артериальной давления и частотой сердечной сокращения при длительной сочетанной применении антигипертензивной терапии снижается по сравнению с ФТК-1 на 26,3% и 10,1% у больных артериальной гипертензией II степени под влиянием ФТК-2 и ФТК-3.

N.ZH. ORMANOV, U.ZH. SADYRKHANOVA, M.ZH. KAZBEKOVA, N. AHMETOV

CHANGING THE PHARMACO-ECONOMIC INDICATORS DUE TO THE EFFECTS OF PHARMACOLOGICAL THERAPIES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION.

Resume: Prolonged combined use of antihypertensive therapy improves integral index and the index of "quality of life" of 16.6% under the influence of the FTC-1: (indamid-1, 5 mg, 10 mg, fozikard, cardilopin-5mg,) and by 45.4% with FTC -2: (co-diovan-80/12, 5mg, cardilopin-5mg) and by 28.8% in the treatment of FTC-3 (arifon-1, 5 mg, 80 mg, diovan, norvasc-5 mg). Factor "cost-utility" is defined by the index of "quality of life" is reduced compared to the FTC-1 of 26.3% and 10.1% of hypertensive patients with second degree under the influence of two PTC and FTC-3.

А.Т.ОРАЗАЛИЕВА

*Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А.Яссави,
учебно-клиническая база, кафедра фтизиатрии и лучевой диагностики*

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ.

Изучены клинико-эпидемиологические особенности рецидивов туберкулеза легких у 399 больных, получавших лечение в терапевтических отделениях областного противотуберкулезного диспансера г.Шымкент 2008-2012 г.г. При изучении методов обнаружения рецидивов туберкулеза легких чаще больные выявлены при самообращении с симптомами воспаления бронхолегочной системы в поликлиники или в противотуберкулезные учреждения-62% случаев. Среди рецидивов высока доля лиц 100% бактериовыделением и с распадом легочной ткани 78% случаев, что делает их более опасными в эпидемиологическом отношении. Более половины больных выделяли лекарственно- устойчивые микобактерии туберкулеза.

Ключевые слова: клиника, эпидемиология, рецидивы туберкулеза легких.

Рецидивный туберкулез при современной эпидемиологической ситуации имеет большое эпидемиологическое значение из-за его высокой контагиозности. Проблема рецидивов туберкулеза органов дыхания сохраняет свою актуальность в связи с тем, что частота возникновения реактивации туберкулезного процесса у больных, перенесших активный туберкулез, в последние годы увеличивается [1,2].

Цель исследования: изучить эпидемиологическую характеристику рецидивов туберкулеза легких, среди взрослых Южно-Казахстанской области за 2008-2012 г.г..

Материалы и методы. Изучены данные статистической отчетности областного противотуберкулезного диспансера, «Национального регистра больных туберкулезом» и истории болезни (форма № 003/у) 399 больных с рецидивами туберкулеза легких, находившихся на лечении в терапевтических отделениях областного противотуберкулезного диспансера г. Шымкент.

Результаты. Анализируя статистические данные по рецидивам туберкулеза легких среди взрослых за 2008-2012 г.г., отмечается рост на 12,5% (в сравнении за 2008 г. и 2012 г соответственно). Особенно увеличился рост рецидивов МТ+ на 28,3% случаев в сравнении за 2008 г. и 2012 г соответственно. В 2008 г. в абсолютных числах количество рецидивов МТ+ было 366 больных, а в 2012 г. число увеличилось до 511.

Рецидивы туберкулеза легких у взрослых, чаще встречаются среди мужчин 68,7%, женщины составили 31,3%. Больше количество больных приходится на самый трудоспособный возраст 25-45 лет. Средний возраст больных составил 38 лет. Соотношение городских и сельских -1:1,9. По социальному статусу 65% случаев неработающий контингент.

При изучении методов обнаружения рецидивов туберкулеза легких, то чаще больные выявлены при самообращении с симптомами воспаления [3] бронхолегочной системы в медицинские учреждения общей лечебной сети или в противотуберкулезные учреждения-62% случаев.

При профилактических флюорографических осмотрах группы риска после излеченного туберкулеза выявлено 14%, столько же прибывшие из ИТУ системы МВД и Министерства юстиции и диагностической рентгено-флюорографией -10%. Эти данные указывают на несовершенство системы наблюдения за лицами с выраженными посттуберкулезными изменениями в легких, после клинического излечения врачами общей лечебной сети.

Сроки выявления рецидивов туберкулеза легких у взрослых разные. У 41 больных рецидив туберкулеза возник в первые 12 месяцев, после успешного завершения полного курса лечения, что соответствует требованию стратегии ДОТС (до 10 %). Через 1-2 года 49 (12%) случаев, 3-4 года 63 (16%) случая. Через 5 и более лет рецидивы образовались у 246 больных (62%). В основном преобладает старый рецидив-62% над рецидивами стратегии ДОТС-37%.

Частыми причинами способствующими развитию рецидивов туберкулеза легких, является наличие сопутствующих заболеваний, таких как: ХНЗЛ (с хроническим бронхитом-31,8%), сахарный диабет-11%, язвенная болезнь-2,7%, алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфекция и т.д. Немаловажное значение в развитии рецидива играли и вредные привычки -17,3% больных злоупотребляли алкоголем, 71,4%-курили. Клиника туберкулеза у больных с рецидивами протекает тяжелее, с выраженными симптомами интоксикации.

Таблица 1 - Клиническая структура форм рецидивного туберкулеза легких.

№ п/п	Клинические структуры форм	Абс.число	%
1	Инфильтративный туберкулез	355	89
2	Фиброзно-кавернозный туберкулез	35	8,8
3	Диссеминированный туберкулез	9	2,2
	Итого	399	100

У подавляющего большинства больных диагностирован инфильтративный туберкулез легких 89% случаев (табл. 1). По распространенности у более половины больных 67% случаев процесс был двухсторонним, с распадом легочной ткани 78% случаев и со 100% бактериовыделением, что свидетельствует о более тяжелом течении рецидивов по сравнению с первичным заболеванием. На сегодня отмечается рост лекарственной устойчивости среди больных с рецидивами туберкулеза легких у 58%, из них с монорезистентностью- 5,3%, полирезистентностью -15,2%, с мультирезистентностью-75,5% больных.

Заключение. Рецидив туберкулеза легких чаще возникает у мужчин 68,7%, приходится на самый трудоспособный возраст 25-45 лет, имеющие сопутствующие заболеваниями или вредные привычки - 17,3% больных злоупотребляли алкоголем, 71,4%-курили. По социальному статусу 65% случаев неработающий контингент. Из клинических форм 89% случаев встречается инфильтративный туберкулез легких с распадом и бактериовыделением. Также отмечается рост среди больных с рецидивами туберкулеза легких лекарственно-устойчивых форм, в том числе с мультирезистентностью-75,5% больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Полякова Н.А., Патлах И.В., Фольц И.В., Шишкова Л.И. //Туберкулез и болезни легких. - 2011. - № 5. - С.117
- 2 Мишин В.Ю., Жестовских С.Н. Особенности диагностики рецидивов туберкулеза органов дыхания // Проблемы туберкулеза.-2005. - № 5. - С.39-43.
- 3 Плиева С.Л. //Туберкулез и болезни легких. - 2011. - № 5. - С.112

А.Т. ОРАЗАЛИЕВА

ҚАЙТАЛАНҒАН ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САРАПТАМАСЫ.

Түйін: 2008-2012 жылдары Шымкент қ. Областық туберкулезге қарсы диспансері терапия бөлімшелерінде 2008-2012 ж.ж. ем қабылдаған ересек науқастар арасында қайталанған өкпе туберкулезінің ағымының ерекшеліктері талданды. Қайталанған өкпе туберкулезінің анықтау тәсілдерін сараптағанда 62% науқас емханаға немесе туберкулезге қарсы диспансерге тыныс алу жүйесінің қабыну белгілеріне шағымданып келген. Қайталанған өкпе туберкулезі кезінде барлық науқастар бацилобөлгіш болған және 78% жағдайда ыдыраумен жүрген, бұл науқастардың эпидемиологиялық қауыпты етеді. Науқастардың жартысынан көбі туберкулез микобактериясының көп дәріге тұрақты түрін бөлген.

Түйінді сөздер: қайталанған өкпе туберкулезі, клиника, эпидемиология.

A.T.ORAZALIYEVA

THE CLINICAL AND EPIDEMIC CHARACTERISTICS OF RECURRENT PULMONARY TUBERCULOSIS.

Resume: The clinical and epidemic characteristics of recurrent pulmonary tuberculosis in 399 patients, been followed of the regional antituberculous dispensarium of Shymkent city during 2008-2012 y.y. Which were detected during their visits to polyclinics and tuberculosis dispensaries for complaints. Among the patients which recurrent pulmonary tuberculosis, there was a high proportion of subjects with bacterial excretion and lung tissue decay. More than half of the patients with recurrent pulmonary tuberculosis excreted drug-resistants Mycobacterium tuberculosis.

Keywords: clinical, epidemic, of recurrent pulmonary tuberculosis.

УДК 614.23/.25:618.2/.7:616-053.31(574.2)

А. Н.РЕТИВЫХ

ГКП «Рудненский родильный дом» Управления здравоохранения акимата Костанайской области. Врач-неонатолог

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РУДНЕНСКОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Таким образом, рождаемость в Рудненском родильном доме отмечается повышение рождаемости, как в условиях города, так и в сельских условиях. В отчетном периоде имеет место повышение антенатальная гибель плода, что говорит о необходимости проведение работы с беременными женщинами в условиях женской консультации. Среди причин мертворождаемости особое место занимают осложнения беременности из года в год нарастающий в динамике. Перинатальная смертность остается на одном уровне. Вместе с тем, количество абсолютно здоровых новорожденных уменьшаются.

Ключевые слова: новорожденный, рождаемость, мертворождаемость.

По итогам республиканского совещания рождаемость в Казахстане растет, по сообщению пресс-службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан за последние пять лет составляет -11%, естественный прирост населения - 37%. По данным Министерства здравоохранения с 2007 года материнская смертность снизилась более чем в три раза, младенческая смертность с 2008 года (переход на критерии живорождения и мертворождения) снизилась в 1,5 раза. Пресс-служба отмечает, что в Казахстане функционирует 21 перинатальный центр. Для выхаживания младенцев центры оснащены современным медицинским оборудованием и необходимыми дорогостоящими лекарственными средствами. ГКП «Рудненский родильный дом» Управления здравоохранения акимата Костанайской области является одним из крупных родовспомогательных учреждений Костанайской области. Год основания 1979 года. Численность персонала: 300 человек. Родильный дом оснащен современными диагностическими и реанимационными аппаратами. Внедрение новейших технологий по

Безопасному Материнству позволяет оказывать высококачественную медицинскую помощь матери и новорожденному.

В Рудненском родильном доме работают высококвалифицированные медицинские персоналы. Первую и высшую квалификационную категорию имеют 78% врачей и 87% средних медицинских работников.

Палата интенсивной терапии новорожденных родильного дома оснащена самым современным оборудованием. Высокоспециализированные медицинские работники круглосуточно оказывают экстренную помощь населению. В родильном отделении внедрены эффективные перинатальные технологии (индивидуальные родильные палаты, партнерская поддержка семьи в родах, совместное пребывание ребенка с мамой, возможность свободного выбора положения тела в родах). Внедрена новая методика кесарева сечения по Штарку с наложением косметического шва на кожу.

Цель работы – осветить опыт работы отделения новорожденных в Рудненском родильном доме.

Вестник КазНМУ, №4(2) - 2013

Таблица 1 - Рождаемость в г.Рудном

		2010г.	2011г.	2012г.
Проведено всего родов		1742	1834	1985
из них	городских	1352 (77,6%)	1477 (80,5%)	1602 (80,7%)
	сельских	230 (13,2%)	181 (9,9%)	232 (11,7%)
	иногородних	27 (1,6%)	34 (1,9%)	13 (0,7%)
	Качарских	133 (7,6%)	142 (7,7%)	138 (7%)
домашние роды		12(0,7%)	0	0
	госпитализировано	12(100%)	0	0
из них	из р-на ж/к	6(50%)	0	0
	сельских	6(50%)	0	0

Рождаемость в городе Рудном представлены в таблице №1, сравнению с предыдущими годами повысился до 80,7%, рождаемость в этом регионе по

Таблица 2 - Частота мертворождаемости 2010-2012г.г.

Мертворождаемость		2010г.	2011г.	2012г.
Всего		14(7,9‰)	15(8,1‰)	21(10,5‰)
из них	городских	8	11	14
	сельских	3	2	5
	иногородних	3	2	2
	доношенных	5	7	11
	недоношенных	9	8	10
Аntenатальная гибель плода		10	11	14
	доношенных	2	4	7
	недоношенных	8	7	7
	городских	7	8	10
	сельских	3	3	4
Интранатальная гибель плода		4	4	7
	доношенных	3	3	4
	недоношенных	1	1	3
	городских	3	3	5
	сельских	1	1	2
Структура антенатальной гибели плода				
	нарушение МПК аноксия плода	10	10	13
	Rh конфликт	0	0	0
	в/утробное инфицирование	0	0	0
	ВПР	0	1	1
Структура интранатальной гибели плода				
	Нарушение МПК аноксия плода	3	4	5
	врожденные пороки развития плода	1	0	1
	в/утробное инфицирование	0	0	1

Как видно из таблицы №2 частота мертворождаемости – имеет антенатальная гибель плода. высокий показатель

Таблица 3 - Причины мертворождений в родильном доме 2010-2012 г.г.

Причины мертворождений		2010г.	2011г.	2012г.
1	ПОНРП	2	3	3
2	Патология пуповины	1	1	1
3	Осложнения родов	1	1	2
4	Осложнения беременности	7	8	9
5	Внутриутробное инфицирование	2	1	4
6	Врожденная аномалия развития плода	1	1	2
7	Гемолитическая болезнь плода	0	0	0
8	ЭГП	0	0	0

Таблица 4 - Показатели перинатальной смертности за три года

Перинатальная смертность		2010г.	2011г.	2012г.
	по городу	16(11,6‰)	19(12,9‰)	19(11,7‰)
	по роддому	23(13,1‰)	24(13,0‰)	23(11,5‰)
умерших		9(5,1‰)	9(4,9‰)	4(2‰)
количество физиологических родов		668(38,3%)	731(39,9%)	950(47,9%)
количество абсолютно здоровых		491(28,2%)	414(23%)	427(22%)

А. Н. РЕТИВЫХ

РУДНЫЙ ҚАЛАСЫ ПЕРЗЕНТХАНАНЫҢ НӘРЕСТЕЛЕР БӨЛІМІНІҢ ЖҰМЫС ТӘЖІРИБЕСІ

Түйін: Қостанай облысы Рудный қаласы туушылдық көрсеткішінің қала мен ауылдық жағдайларда өскендігін байқап отырмыз. Есеп беру кезеңінде өлі туу көрсеткіштерінің ішінде ұрықтың антенатальды қайтыс болу көрсеткіші жоғары көрсеткішке ие, сондықтанда бұл әйелдер кеңесі деңгейінде жүкті әйелдермен әңгімелесулер жүргізу бойынша жұмыстарды өткізуді қажет етеді. Өлі туушылдықтың ішінде жыл сайын өсіп отырған себептердің бірі жүктіліктің асқынулары ерекше орынға ие. Перинатальды өлімшілдік шамалас деңгейде қалып отыр. Салыстырмалы түрде абсолютті дені сау нәрестелердің саны азаюда.

Түйінді сөздер: нәресте, өсіп-өну, өлі туушылық.

A.N. RETIVYH

THE WORK EXPERIENCE OF RUDNENSK MATERNITY

Resume: The birth rate in Rudnensk maternity is marked by increase in the birth rate, as in urban and rural environments. In the reporting period, there is increased fetal death, suggesting the need for carrying out with pregnant women in antenatal clinic. Pregnancy complications are in the growing dynamics among the causes of stillbirth each year. Perinatal mortality remains at the same level. However, the amount is reduced healthy newborns.

Keywords: the newborn, birth rate, dead birth rate

УДК 616.314-08923(075.8)

Г.М. ТЕБЕНОВА, Ш.Н. АСКАРОВА, Т.С. САФАРОВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛИМЕРНОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ИЗОЛЯЦИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ В ПОЛОСТИ РТА В ДИАГНОСТИКЕ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ К МЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОНСТРУКЦИЯМ.

Предложенный метод изоляции поверхности зубного протеза позволяет в достаточной степени достоверно диагностировать непереносимость к металлическим конструкциям в полости рта, дифференцировать жалобы и симптомы заболевания пациентов без предварительного, зачастую не обоснованного, удаления металлических протезов из полости рта.

Ключевые слова: ротовая жидкость, металлический протез, непереносимость, электрохимические реакции, коррозия, элементный состав.

Несъемные штампованно-паяные металлические протезы нашли широкое применение в стоматологии для замещения дефектов отдельных зубов и зубных рядов. Для их изготовления наиболее часто применяют группы неблагородных металлов и их сплавы. Несмотря на то, что все металлы и сплавы проходят серию токсикологических, технических и клинических испытаний, их наличие в полости рта человека небезразлично как для околочелюстных тканей, так и для всего организма. Разнородные металлы, находясь в полости рта человека, при контакте со слюной (электролитом) отдают положительно заряженные ионы в раствор. Вследствие этого на металлическом протезе, окруженном слюной, возникает электрический заряд, а между разнородными металлами – разность электрогальванических потенциалов, т. е. образуется гальванический элемент.

Известно, что при наличии во рту металлических включений возможны разные патологические воздействия на организм человека: электрогальваническое (в результате повреждающего действия гальванического тока), токсико-химическое, аллергическое и др. В результате коррозии находящиеся во рту металлические зубные протезы теряют свои основные свойства – уменьшается прочность, пластичность и другие качества. В полости рта появляются оксиды металлов, которые неблагоприятно воздействуют на слизистую оболочку и организм пациента. Все разнородные металлы и сплавы вызывают появление гальванических токов в полости рта, а это приводит к развитию местных и общих осложнений. Возникающие при этом в полости рта токи приводят к развитию заболеваний, которые нередко в стоматологической литературе

обозначаются одним универсальным термином «непереносимость металлических включений в полости рта» (гальваноз).

Динамика изменения микроэлементного состава смешанной слюны находится в прямой зависимости от степени электрохимических процессов в полости рта. Высокие концентрации микроэлементов установлены в слюне лиц с аллергическими и токсическими стоматитами, вызванными протезами из нержавеющей стали, по сравнению с нормой [1]. Наиболее выраженные колебания обнаружены в содержании железа, никеля, меди, серебра, хрома, титана.

Голая Л.Д. [2] установила, что из нержавеющей стали в смешанную слюну дополнительно поступают микропримеси железа, меди, марганца, хрома, никеля и др. Содержание титана, олова, хрома, никеля в количестве меньше $1 \cdot 10^{-6}$ % является субпороговым и не оказывает заметного влияния на организм. Однако, длительное пользование протезами может приводить к токсическому раздражению рецепторного аппарата слизистой оболочки полости рта субпороговыми дозами микропримесей металлов.

Специальные исследования смешанной слюны на микроэлементы [2] позволили установить прямую зависимость между качественным составом, количественным содержанием микроэлементов смешанной слюны и клиникой токсических реакций. Спектрограмма слюны лиц с протезами из нержавеющей стали при выраженном электрохимическом процессе характеризуется увеличением количественного содержания железа, меди, марганца, серебра, алюминия, титана и др.

На спектрограмме слюны у лиц с протезами из хромокобальтового сплава при выраженном электрохимическом процессе возрастает содержание хрома, кобальта и др. Если в полости рта имеются протезы из нержавеющей стали и золота и происходит коррозия, то в смешанной слюне увеличивается содержание золота, меди и серебра.

Таким образом, наиболее объективным методом оценки степени электрохимической коррозии является метод обнаружения ее продуктов. Другие тесты, направленные на выявление величины электрического тока в полости рта, ЭДС или электродного потенциала, до настоящего времени прямой пропорциональной зависимости от степени тяжести патологического процесса в полости рта не давали.

Специальные исследования на токсичность [3], на аллергическую природу [4, 5, 6] выделенных из протезов ионов металлов являются специфичными, требуют специальной аппаратуры, методически сложны в проведении. Из-за этого они не получили широкого применения.

Для практического врача, работающего у кресла с пациентом, необходимо иметь в своем арсенале простое доступное средство или методики, использование которых могло бы дать врачу ответы на интересующие его вопросы.

Таким методом могла бы служить методика, которая позволяет изолировать имеющиеся в полости рта протезы от окружающей среды, то есть от слюны. В этом случае как бы приостанавливается коррозионный процесс, прекращается поступление ионов металлов в полость рта.

Поэтому перед нами была поставлена задача разработать композицию для изоляции зубных протезов в полости рта у пациентов от воздействия слюны. Для этого наиболее оптимальной оказалась жидкотекучая масса, которая обеспечивает поступление в самые труднодоступные места. Во-вторых, эта масса должна быть легко наносимой, так как, в противном случае, полной изоляции не наступает. В-третьих, масса должна своевременно застыть и сохранять свои свойства в течение 2-3 дней. И самое главное, эти материалы должны быть абсолютно безвредны для организма.

Таким требованиям отвечают полимерные органические пленки, которые образуют жидкую фазу с этиловым спиртом.

Диагностика непереносимости зубных протезов из сплавов металлов затруднена из-за отсутствия патогномичных клинических признаков. В этих случаях исследователями предпринимались попытки использования методов лабораторной диагностики.

С целью выявления действительных причин непереносимости нами был предложен метод изоляции поверхности металлического протеза не растворяющейся в смешанной слюне и не вступающей с нею во взаимодействие полимерной пленкой.

Материалы, используемые в настоящее время в медицинской практике, с позиции химии можно разделить на две большие группы: материалы органического происхождения, полимеры и сополимеры, и материалы неорганического происхождения, металлы и керамика. С позиции взаимодействия с биологическими средами медицинские материалы подразделяются на биорассасывающиеся и биосовместимые (биоинертные). Биорассасывающиеся материалы способны некоторое время выполнять функции утраченных тканей и в процессе постепенного их замещения рассасываться и выводиться из организма, не оказывая при этом отрицательного действия на окружающие ткани и организм в целом.

Развитие методов синтеза и модификации медицинских полимеров и сополимеров, взаимопроникновение идей и

методов химии, биологии и медицины позволяют решать важнейшие задачи теоретической и практической медицины [7]. При разработке состава полимерной пленки выбор полимерных материалов был обусловлен несколькими причинами:

– поливиниловый спирт (ПВС) и его сополимеры в течение двух десятилетий используются в качестве плазмозаменителей крови и пролонгаторов лекарственных препаратов. Кроме того, гидрофильные свойства ПВС обеспечивают лучшую адгезию с поверхностями зубных протезов, зубов и десневых тканей;

– ввиду того, что ПВС растворяется в воде и жидкостях, в основном содержащих воду, таких, как смешанная слюна, в состав композиции полимерной пленки было необходимо вводить гидрофобные полимеры. Такими полимерами, используемыми в медицине, являются акриловые пластмассы, широко применяемые в стоматологическом протезировании, поливинилбутираль [8] и поливинилпиридины [9].

В результате проведенных исследований выяснилось, что полимерная композиция, полученная взаимодействием бутилметакрилата (БМА) с ПВС, обладает недостаточной адгезией к поверхности протезов в диапазоне соотношения БМА:ПВС от 1:1 до 1:5 и легко отслаивается.

Полимерная композиция на основе поливинилбутирала и ПВС обладала хорошей адгезией, однако, не имела достаточной прочности к истиранию. Уже через 1-2 часа после нанесения изолирующей пленки наблюдались нарушения целостности покрытия.

Поэтому дальнейшие исследования метода изоляции поверхности металлических протезов и его использования в диагностике непереносимости металлических включений в полости рта проводились с использованием полимерной композиции (геля), полученной взаимодействием поли-2-метил-5-винил-пиридина (ПМВП) с поливиниловым спиртом (ПВС). Полимерная пленка на основе ПМВП обладала хорошей адгезией и сохранялась на поверхности протезов в полости рта в течение 2-3 суток. Оптимальным соотношением ПМВП:ПВС оказалось значение 1:1, повышение содержания ПМВП снижало адгезию и приводило к отслоению покрытия, повышение содержания ПВС приводило к заметному набуханию полимерной пленки при контакте со слюной и резко снижало прочность покрытия.

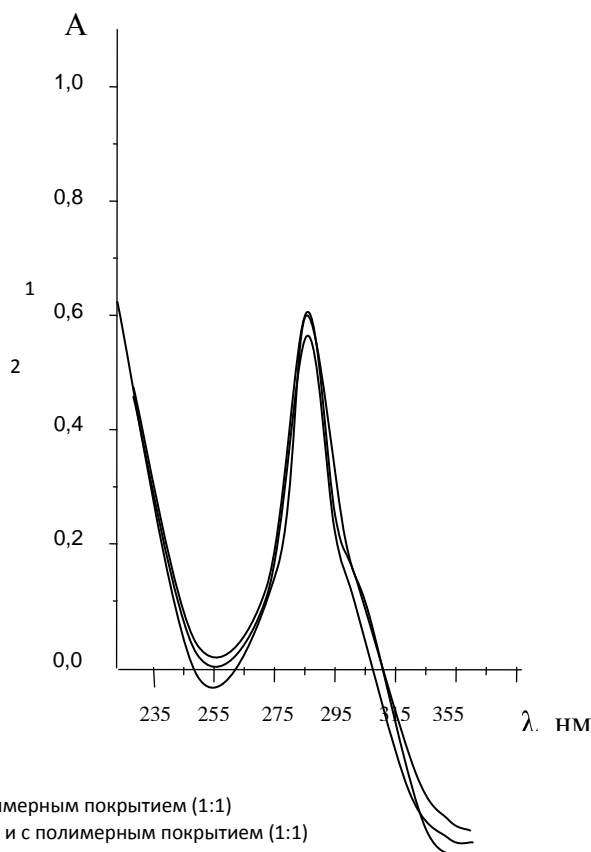
Возможность использования пленки ПМВП-ПВС для изоляции металлических зубных протезов была проверена *in vitro*.

Для изучения пленки ПМВП-ПВС на предмет изоляции были использованы три серии опытов: в первой серии использована чистая слюна; во второй серии – чистая слюна, в которой содержались 3 единицы протезов из нержавеющей стали, покрытых пленкой ПМВП-ПВС, в течение 4 суток; в третьей серии использовали чистую слюну, в которой содержались 3 единицы протезов из нержавеющей стали с нитрид-титановым покрытием, покрытых пленкой ПМВП-ПВС, в течение 4 суток. По окончании опыта все серии были подвергнуты УФ-спектроскопии. Кроме того, измеряли pH исследуемой слюны.

Результаты проведенных исследований показали (рисунок 1), что УФ-спектры поглощения чистой слюны и слюны, находившейся в контакте с зубными протезами с пленочным покрытием, практически идентичны. Оптическая плотность во второй серии экспериментов при длине волны 285 нм снижена по сравнению с первой и третьей сериями экспериментов. Следует отметить, что pH среды также не претерпевает значительного изменения ($pH_1=7,37$; $pH_2=7,30$ и $pH_3=7,33$).

Спектры поглощения чистой слюны и слюны с протезами из нержавеющей стали и нержавеющей стали с нитрид-титановым покрытием, покрытыми полимерной пленкой ПМВП-ПВС

3



- 1 - чистая слюна (1:1)
- 2 – протез из нержавеющей стали с полимерным покрытием (1:1)
- 3 – протез из нержавеющей стали с НТП и с полимерным покрытием (1:1)

Рисунок 1 - УФ-спектры поглощения чистой слюны и слюны, находившейся в контакте с зубными протезами с плёночным покрытием

Для объективной оценки степени выделения ионов металлов в окружающую среду при наличии или отсутствии на протезах полимерной пленки выше приведенные нами экспериментальные исследования проведены методом атомно-абсорбционной спектроскопии.

Результаты проведенных исследований показывают (таблица 1), что по данным атомно-абсорбционной спектроскопии содержание железа, меди, никеля и цинка в смешанной слюне, бывшей в течение 4 суток в контакте с протезами из

нержавеющей стали с полимерным плёночным покрытием ПМВП-ПВС, практически не отличается от их количества в слюне пациентов с интактным зубным рядом. Содержание железа в смешанной слюне с протезами из нержавеющей стали без полимерного покрытия увеличилось в 6 раз ($P < 0,01$) по сравнению с его содержанием в смешанной слюне интактного зубного ряда. При этом сравнении содержание никеля повысилось в 14,6 раза ($P < 0,01$), содержание цинка повысилось в 2,8 раза ($P < 0,02$), меди – в 1,4 раза ($P > 0,5$) соответственно.

Таблица 1 - Содержание микроэлементов в смешанной слюне у пациентов с зубными протезами с полимерными плёночными покрытиями из ПМВП-ПВС

Смешанная слюна	Содержание ионов металлов, мкг/мл, M±m			
	Fe	Cu	Ni	Zn
1. Интактный зубной ряд (P)	0,034±0,009	0,025±0,007	0,039±0,005	0,272±0,090
2. С протезами из нержавеющей стали (P ₁)	0,210±0,029	0,041±0,017	0,568±0,057	0,759±0,051
3. С протезами из нержавеющей стали с полимерным плёночным покрытием ПМВП-ПВС (P ₂)	0,052±0,008	0,030±0,005	0,029±0,009	0,251±0,056
P – P ₁	<0,001	>0,5	<0,001	<0,001
P – P ₂	>0,2	>0,5	>0,5	>0,5
P ₁ – P ₂	<0,001	>0,5	<0,001	<0,001

При сравнении показателей с протезами из нержавеющей стали

без покрытия и с покрытием из полимерной пленки ПМВП-ПВС

обнаружено, у первых увеличение содержание железа в 4,0 раза ($P < 0,001$), никеля – в 19,6 раз ($P < 0,001$), цинка – в 3 раза ($P < 0,001$), меди – в 1,4 раза ($P > 0,5$) по сравнению со вторыми. При исследованиях *in vivo* пациентам с протезами из нержавеющей стали наносили полимерное покрытие на протезы в полости рта, забор образцов смешанной слюны производили до и через 2 и 4 суток. УФ-спектры смешанной

слюны и ее микроэлементный состав по данным атомно-абсорбционной спектроскопии были идентичны данным, полученным *in vitro*.

Таким образом, результатами атомно-абсорбционной и УФ-спектроскопией была доказана возможность использования полимерного покрытия для изоляции металлических зубных протезов в полости рта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Медведев А.Ю. Нарушение баланса микроэлементов ротовой жидкости больных, пользующихся металлическими зубными протезами: дисс. канд. мед.наук.-СПб., 1966.-215с. Макаров К.А. Химия и медицина. - М.: Просвещение. - 1981. – 232с.
- 2 Голая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии. - М.: Медицина, 1988. – 157с.
- 3 Lussi A. Toxikologie der Amalgame.//Schweiz. Monschr. Zahnmed. - 1987. - В. 97. - Н.10. - Р. 1271-1279.
- 4 Каламкарров Х.А., Погодин В.С., Пырков С.Т., Подкин Ю.С. Аллергия к золоту-причина непереносимости зубных протезов. // Стоматология.-1989. - Т.68. - №5. - С.70-72.
- 5 Moffa J.P., Ellisson J.E., Hamilton J.C. Allergic reactions of chrome alloys used in dental protheses // Dent. Res. - 1983. - Vol.62.-P.199.
- 6 Galandi M.E. Allergische Virgge on metallischen Fremdstoffen in der Mundholle.//Dtsch. Zahnarzl. Z. - 1984. - Bd.39. - Н.10.-P.825-827.
- 7 Ушаков С.Н. Поливиниловый спирт и его производные. - М.: Л. - Изд. АН СССР. - 1980. – 142с.
- 8 Евдаков В.П., Гвоздецкий А.Н., Горохов А.А., Кабанов В.А., Петров Р.В. Влияние гепарина, поли-4- винилпиридина и полиакриловой кислоты на миграцию кровяных стволовых клеток./ Доклады АН СССР. - 1974. - Т. 214. - №4. - С.970-972.
- 9 Маликов Х.К., Адылов З.К. Опрос пациентов, как метод выявления факторов риска возникновения гальваноза на ранних этапах протезирования // Стоматология. - 1998.- №2. - С. 37-39.

Г.М. ТЕБЕНОВА, Ш.Н. АСКАРОВА, Т.С. САФАРОВ

МЕТАЛЛ ҚҰРЫЛЫМДАРҒА ТӘЗУ ҚИЫН КЕЗДЕ ТІС ПРОТЕЗІН ОҚШАУЛАУ ҮШІН ПОЛИМЕРЛІК ЖАБЫНДЫНЫ ҚОЛДАНУ МҮМКІНДІГІ.

Түйін: Клиникалық зерттеулердің нәтижесінде ұсынылған әдіс бойынша металды тіс протездерінің бетін жабу, ауыз қуысында металл конструкцияларын көтере алмауды жеткілікті дәрежеде дәлірек диагнозын қоюға мүмкіндік берді және науқастардың ауруының шағымы мен белгілерін ажырату үшін, негізсіз металл протездерді алып тастаудың алдын алатындығын көрсетті.

Түйінді сөздер: ауыз іші, темір протезі, заттың жақпауы, электро – химиялық реакциялар, коррозия, элементтік құрамы

G. M. TEBENOVA, S. N. ASKAROVA, T. S. SAFAROV

THE POSSIBILITY OF THE USE OF A POLYMER COATING FOR FURTHER INSULATION OF METAL DENTURES IN THE MOUTH CAVITY IN DIAGNOSING INTOLERANCE TO METAL CONSTRUCTIONS.

Resume: As a result of clinic investigations it was shown that the suggested method insulation of metallic prosthetic appliance surface allows to diagnose intolerance to metallic constructions in the mouth cavity reliably to a sufficient extent, to differentiate complaints and symptoms of the disease of patients without preliminary, often groundless, removal of metallic prosthetic appliances out of the mouth cavity.

Keywords: mouth cavity saliva, metallic prosthetic appliance, intolerance, electro – chemical reactions, corrosion and elementary content.

УДК 61:74.58

Н.К.ТУЗЕЛЬБАЕВ, Г.А.ДУЩАНОВА

Международный Казахско-Турецкий Университет им.Х.А.Ясави, кафедра общеврачебной практики, Южно-Казахстанская фармацевтическая академия, кафедра неврологии и психиатрии, г.Шымкент, Республика Казахстан

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГУМАНИЗАЦИИ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Инновационная стратегия развития медицины высшего медицинского образования «Подготовка врачей общей практики» значительно расширяет функции врача, выводя их за рамки узкой профессии на уровень широкой человековедческой и социально ориентированной медицинской парадигмы. В связи с чем, в подготовке врача необходимо введение гуманитарных дисциплин.

Ключевые слова: гуманизация, этика, генетика, культура, технизм, семейный врач.

Вхождение Казахстана в пространство европейского сотрудничества и Болонского процесса в обеспечении качества образования позволяет найти пути реализации современного образовательного пространства, которые определены в понятиях «гуманизация-гуманитаризация», «непрерывность», «инновационность» и «качество образования». Эти четыре понятия создают идеальную конструкцию для получения конкурентоспособного образования на мировом рынке труда

[1]. Во многих странах мира гуманитаризация образования уже стала одной из важных задач высшей школы. И особо нужно подчеркнуть, что на современном этапе, сферы естественнонаучного и гуманитарного знания тесно переплелись между собой, происходит интеграция дисциплин. По сегодняшним меркам ни о причинах болезней, ни патогенезе врачи до XVIII века ничего не знали, но символично, что свои заключения они называли диагнозами, т.е. распознаванием

через знание (*dia gnosis*). Медицинское знание уже позволяло узнавать болезни на основании веками накопленного опыта, дополняя его собственным опытом. Болезни различали, как узнают знакомые лица, предвидели их течение и возможный прогноз по аналогии с уже прослеженными случаями. На этом этапе медицина становится высоким искусством. Наиболее талантливые ее представители столь успешно помогали больным, что приводили в восхищение современников и оставили благодарную память о себе – Ибн Сина (Авиценна), «Великий врач» (Лээннек), М.Я.Мудров и т.д.[1,2]. Во все времена медицине не чужды были и заблуждения. Как блестящие достижения, так и ошибки хорошо видны в ретроспективе. Врачам грядущих поколений тоже будут видны не только наши сегодняшние успехи, но и наши просчеты и ограниченность воззрений.

Бурное развитие научной медицины в конце XX века и широкое внедрение в практическое здравоохранение современных сложнейших технологий ставит перед деятельностью врача задачу гуманизации как важной части медицинской этики. Особое внимание заслуживают морально-гуманистические аспекты таких достижений медико-биологических наук, как: пересадка тканей и органов, создание искусственных органов, исследования структуры и функций головного мозга и разработка методов воздействия на его работу, проблемы «генной инженерии», разработка методов вмешательства в процесс размножения человека (выбор пола ребенка, искусственное осеменение женщин, выращивание эмбрионов) путем манипулирования молекулами ДНК и РНК. Современная наука может произвольно и направленно изменять наследственность окружающего его живого мира – растений, бактерий, животных и самого человека. Это дает беспрецедентные возможности для технологического процесса (биотехнология и биоинженерия), революционных прорывов в медицине (генная терапия) и т.д.[3,4,6].

В последнее время особое внимание уделяется, в некотором роде, интригующей области биомедицины – клеточной технологии. Учитывая большие возможности применения клеточных технологий в терапевтических целях, сегодня есть отчетливое представление о том, что живая клетка, клеточные технологии в значительной степени могут стать будущим медицины XXI века. Мы стоим накануне широкого использования стволовых клеток в различных областях медицины [5,6].

А еще новая фундаментальная наука протеомика явилась следующим после геномики шагом в развитии биологии. Задача протеомики заключается в инвентаризации и анализе белков человеческого организма. От того, насколько ученые продвинуты в решении этих проблем будет зависеть понимание реальных механизмов возникновения различных заболеваний. Исследование пациентов путем анализа белков может помочь и в ранней диагностике болезней и определении того, какой маркер соответствует лечению, направленному на конкретную мишень[5].

Однако, необходимость проведения сложных дорогостоящих инвазивных вмешательств, всегда связанных с известным риском, и нередко тяжело переносимых больным, остро ставит вопросы показаний к проведению таких исследований.

В медицине, как в никакой другой области, господствует принцип «благоволения перед жизнью», выдвинутый в начале XX века немецким врачом-гуманистом А.Швейцером. Любви к людям к врачебной профессии, этическим правилам можно и должно учиться, лишь бы было искреннее стремление и желание. Поэтому проблемы медицинской биоэтики с внедрением новых достижений приобретают особую актуальность. А в решении этих проблем важное место отводится гуманитарным дисциплинам. Развитие науки, вызвавшая целый ряд изменений, перед медиками поставила новые нравственно-этические проблемы. Многие ведущие

клиники России обзавелись комиссиями по этике, у нас в республике они еще не всех клиниках имеются.

В большинстве развитых стран при обследовании больных преобладает «технизм», «инструментализм» и отход от гуманизма, «врачебности» тесно соприкасается с гипотрофией гуманизма в деятельности врачей: больных отправляют на многие платные, сложные инструментальные исследования, за которые взимаются большие деньги. Или другой пример пациент-реципиент, покупая здоровый орган, покупает самое дорогое – продление своей жизни, врач получает известность или другие привилегии, пациент-донор и члены его семьи – горе, смерть, похороны, которые также имеют цену. В последнее время особенно, больше проявляется некомпетентность врачей, ударившихся в технику, они на больных смотрят через заключение сложных лабораторных и инструментальных методов исследований, это очень опасный уклон в деятельности врача-отрыв от творческого клиницизма. В медицине, как ни в какой другой отрасли знаний, наиболее ценным является взвешенный, объективный подход к решению той или иной задачи. Даже доказательная медицина никогда не станет «факелом» для слепого врача, не имеющего глубоких теоретических знаний, который надеется, что рекомендованный алгоритм или стандарты лечения станут панацеей и всегда приведут к верному диагнозу, адекватному лечению и благополучному исходу [3].

Когда еще у врача страдает «общая культура», он перестает видеть и понимать большие проблемы больного и его лечения. Больные – люди, а не машины, их страдания очень сложны, особенно если учесть, что из всех обращающихся к участковому терапевту, врачу общей практики половина больных приходят с функциональными расстройствами. Увлечение обследования ультрасовременными аппаратами таит в себе «дегуманизацию» медицины, связанной с аппаратным мышлением у постели больного, но в неменьшей мере исследований с целью наживы.

Вот почему вопросы гуманизации в подготовке врачебных кадров приобретают особую значимость.

Учебный процесс в медицинском вузе достаточно напряженный, основная деятельность обучения требует уделения больше времени и внимания специальным дисциплинам. Однако, понятие «хороший специалист» предполагает высокий нравственный и культурный уровень человека.

Изучение общеобразовательных дисциплин в какой-то степени решает эту проблему и создает базу для формирования кругозора и интереса к социальным и культурным явлениям жизни.

Уровень культуры человека определяется не только числом прочитанных книг и посещения театров и концертных залов, но и умением контролировать свои желания, при необходимости ограничивать их, учитывать интересы окружающих людей, а также характеризуется отношением к своему здоровью. Культура – это мост в человеческих отношениях, которые играют огромную роль в работе врача. Взаимопонимание ведет к доверию, без которого хорошего результата достигнуть трудно. Гуманитаризация обучения должна привести к нравственному и духовному обогащению личности, к становлению творческой натуры. Ещё Дидро говорил, что недостаточно делать добро, надо еще его делать хорошо. Поэтому задача гуманитаризации высшего образования нацелена еще на воспитание студентов основанной на положительных примерах лучших представителей отечественной и мировой медицины прошлого, подчеркивая связь и преемственность общечеловеческих норм нравственности, составляющих основу медицины.

В настоящее время в профильных учебных программах, соответственно вновь изданных учебниках вообще отсутствуют роль и заслуга в развитии медицины выдающихся ученых медиков, не говоря о таких предметах как этика, эстетика, логика, культурология и т.д. Знание заслуг ученых медиков в

отраслях медицины является составной частью для получения образования врача специалиста.

Таким образом в медицинских вузах возникла необходимость преподавания гуманитарных дисциплин с учетом их специализации в течение всего срока обучения.

Современный врач, или семейный врач (врач общей практики) – это высоко профессиональный интернист: терапевт-педиатр-гериатр, с глубоким генетико-иммунологическим подходом в профилактике и лечении человека; специалист, знающий, владеющий необходимым объемом знаний и навыков в области узких дисциплин; личность, способная решать социальные проблемы семьи. Поэтому они должны знать основы этики и деонтологии, общей и профессиональной культуры, юриспруденции и домашней педагогики, психологии, экономики и физического воспитания. Также гуманизация необходима в системах: «здравоохранение-население», «медицинское учреждение-клиент», «врач-пациент», «врач-семья пациента», – это важные направления профессиональной деятельности врача общей практики. К сожалению, перечисленные гуманитарные дисциплины в медицинских вузах ранее не изучались, в настоящее время без них подготовить семейного врача (врача общей практики) нельзя. Было бы хорошо ввести риторiku. Ведь в врачебной заповеди «слово»

занимает первое место, в триаде врачебного оружия: слово-лекарство-нож.

В настоящее время интерес к всеобщей истории и мировой культуре стал всемирно историческим, обострилось отношение к исходным корням культуры своего народа, различным ее последующим проявлениям.

Гуманитаризация обучения – это знакомство с шедеврами искусства разных стран, понимание его роли в развитии цивилизации, повышение общекультурного уровня, развитие эрудиции, умение общаться с людьми.

Литература и искусство обогащают эмоциональную жизнь человека, эстетическое восприятие мира определяет его нравственные ориентиры.

Вместе с тем совершенно очевидно, что успех возможен только в результате комплексного системного, интеграционного подхода к преемственности в преподавании гуманитарных дисциплин, обязательной междисциплинарной взаимосвязи, сочетания аудиторной и внеаудиторной работы.

По-прежнему, врачебная мудрость, психологическое единство с больным в борьбе с болезнью будут играть важную роль в процессе врачевания. Как прекрасно писал А.Сент-Экзюпери: «Разумеется, я восхищаюсь наукой. Но я восхищаюсь «мудростью».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Основы кредитной системы обучения в Казахстане/ С.П.Абдигалпаева, Г.А.Ахметова и др.; под общей редакцией Ж.А.Кулекеева и др. – Алматы: «Қазақ университеті». - 2004. – 198 с.
- 2 Кассирский И.А., «О врачевании». Издательство Медицина. - М.: 1970. – 270с.
- 3 Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. - М.: 1989. – 220с.
- 4 Арчаков А.И. Внедрение генетики в современную медицину. Труды VI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». - М.: 1999. – С. 114-125.
- 5 Зильбер А.П. «Второе дыхание геномной терапии. Труды XIX Российского конгресса «Человек и лекарство». - М.: 2012. – С.54-63.
- 6 «Геномная карта вместо амбулаторной». Медицинский вестник. – 2004. - №9. – С.10.

Н.К.ТҮЗЕЛБАЕВ, Г.А.ДУЩАНОВА
ЖОҒАРҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДЕ ГУМАНИЗАЦИЯЛАНДЫРУ
МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Мақалада жоғары медициналық білім беру жүйесіне арнайы пәндермен қатар, гуманитарлық пәндерді енгізуге жете мән берілуі ұсынылған.

Түйінді сөздер: гуманизация, этика, генетика, мәдениет, технизм, отбасылық дәрігер.

N.K.TUZELBAYEV, G.A.DUSHCHANOVA
MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF THE HUMANIZATION
THE HIGHER MEDICAL EDUCATION

Resume: Innovative strategy of development of medicine of the higher medical education "Preparation of general practitioners" considerably expands functions of the doctor, bringing them for a framework of a narrow profession to level of the wide chelovekovedchesky and socially focused medical paradigm. In this connection, in preparation of the doctor introduction of humanitarian disciplines is necessary.

Keywords: humanization, ethics, genetics, culture, technetium, family doctor

УДК616.24-008.6-005.1

С.А.ТАШИМОВА, Б.Т.БАЛТАБАЕВА, С.Н.ҚОРҒАНБАЕВА, Ф.Қ.ҚОЖАБАЕВА.

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университеті.

Облыстық туберкулезге қарсы диспансері.

Оңтүстік Қазақстан бойынша халықты еңбек және әлеуметтік қорғау департаменті.

ӨКПЕНІҢ ДЕСТРУКТИВТІ ТҮРІНДЕГІ ЖИИ КЕЗДЕСЕТІН АСҚЫНУ - ӨКПЕДЕН ҚАН КЕТУ

Түйін: Өкпеден қан кетудегі профилактикалық іс-шаралардың негізгісі, туберкулезді және басқа да өкпе ауруларын дер кезінде анықтау. Өкпеден қан кету, қан түкіріп жатқан науқастар стационарда қаралып, ем қабылдау қажет. Өкпеден қан кетіп, қан түкіріп жатқан науқастарға жүргізілетін негізгі тексеру әдістері рентгенологиялық, бронхоскопиялық және компьютерлі томография. Қан кетудің I сатысында химиотерапия жүргізеді, ал II, III сатысында қарқынды ем жүргізіледі, бронхтың тампонадасы және ота жасау.

Түйінді сөздер: Өкпе туберкулезінің асқынуы, өкпеден қан кету.

Қазіргі таңда өкпе туберкулезі асқынуының патоморфозына байланысты плеврит бірінші орында тұрғанмен, өкпеден қан кету әлі де актуальді маңызды мәселенің бірі болып табылады [1]. Сондықтан ӨҚК-де дер кезінде диагностикалау және жедел көмек көрсете білу қажет. Тыныс алу ағзалары патологиясындағы өкпеден қан кету кезінде емдік-диагностикалау және жедел көмек көрсету фтизиатр, пульмонология, онкология, эндоскопиялық және торокальді хирургтар арасында маңызды мәселе. ӨҚК жиі 10-60% жағдайда туберкулез, жедел және созылмалы іріңді аурулар, өкпе аспергилезі, қатерлі ісіктер, көп жүйелі аурулар және де көптеген ауруларға жүргізілген медикаментозды консервативті ем, қазіргі заманғы бронх артериаларының эндоваскулярлы окклюзиясы және хирургиялық әдісті қолданса да жоғарғы дәрежеде тұр.

Тыныс алу ағзалары туберкулезінің асқынулары – өкпеден қан кету және қан түкіруде дер кезінде диагностикалап жедел көмек көрсету [2].

Өкпеден қан кету – өкпелік және өкпеден тыс патологиялардың жиі кездесетін синдромы болып табылады. Өкпелік қан кету кезінде патологиялық процестің үдерістік түрін сипаттап қан кетудің көзін анықтау керек, себебі өкпеден қан кету науқастың өміріне қауіпті-аспирационды пневмонияның дамып кетуіне немесе асфиксияға алып келіп өлімге соқтырады. Өкпеден қан кетудің (ӨҚК) пайда болуы клиницисттердің тез арада шешім

қабылдауын талап етеді. Клиникалық тәжірибеде қан түкіру мен өкпеден қан кетуді ажыратады. Өкпеден қан кетудің қан түкіруден айырмашылығы қанның бөліну мөлшеріне байланысты болады [3,4].

Қан түкіру дегеніміз-қақырықта, сілекейде немесе түкірікте аздаған қан аралас түкіректердің немесе ұйыған қанның жөтелмен бір мезгілде, үздіксіз немесе үзіліспен бөлінуі. ОТҚД 2- терапия бөлімінде 2009 – 2011ж.ж.аралығында емделген науқастар арасында болған қан қақыру және өкпеден қан кету асқынулары (сурет 1).

Жоғарыда көрсетілген асқынулар саны 2009 жылы екі есе көп. Кейінгі 2010 – 2011 жылдары азайған себебі соңғы екі жылда науқастарда бұл асқынулар көбінде туберкулезге қарсы дәрілерге тұрақты науқастарда жиі кездеседі. Бұл науқастарға 2010 – 2011 жылдары екінші қатардағы туберкулезге қарсы дәрімен емдеу тағайындалды.

Жоғарыдағы мәліметтерге қарамастан ӨҚК қазіргі уақытта да фтизиатрлар үшін диагностикалық және терапевтикалық күрделілігімен ерекшелінеді. Бұлардың шешімін табу үшін міндетті түрде ӨҚК асқынулардың патогетикалық негізін түсіну қажет, сонымен қатар қан кетудің анық қай жерден екенін және шығу көзін анықтап, дәрілік терапиялық тиімді тәсілдерді, гемостаздың нәтижесі жоғары радикалды және эндоскопиялық тәсілдерін қолдануды білу қажет.



Сурет 1 - Өкпеден қан кеткен науқастардың салыстырмалы көрсеткіші

Тәжірибеде өкпе туберкулезінің барлық түрінде ӨҚК болуы мүмкін. Жиірек өкпенің фиброзды кавернозды туберкулезінің (6,5-15 %) және казеозды пневмонияның (10-20 %) асқынуы болады және 6,5-31 % науқастарды өлімге өкеп соқтырады. Тыныс алу жолдарынан қан кетудің механизміне байланысты ӨҚК –дің екі түрі болады [5].

1.Диapedез (қан тамырлардың еш бүлінбеген қабырғаларынан қан элементтерінің сыртқа шығуы себебінен болған

геморрогиялық синдром) өкпе капиллярларымен майда қан тамырларының өткізгіштігінің бұзылысынан сипатталуы. Бұл қабыну процесінің нәтижесі және токсиндердің қан тамыр қабырғасына әсері, тіндік аллергия және қанның жасушалық коллоидтық құрылысына (тромбогеморрагиялық синдром және диссеминирленген тамыр ішілік қанның тұнуы) байланысты. Клиникалық диapedезде ӨҚК- қан қақырумен өтеді. қақырықтағы қан тәулігіне 50мл ден аспайды.

2. Аррозивті патомеханизмінің негізіне ірі қан тамыр қабырғасының механикалық жыртылуы жатады. Аррозивті ӨҚК ең негізгі себебінің бірі туберкулездің жайылмалы және ыдыраған формасында пайда болған кіші қан айналым шеңберінің созылмалы гипертензиясы. Аррозивті ӨҚК кезіндегі қан жоғалту көлемі және интенсивтілігі күрт жоғарылайды жәәне тәулігіне 100мл ден жоғары.

ӨҚК-ні қан жоғалтудың жылдамдығына байланысты 3 дәрежеге бөледі:

I – 20 мл/сағ (1,2% дейін)

II – 50 мл/сағ (15%-ға дейін)

III – 200 мл/сағ (15%-дан жоға

КТ көмегімен өлшемі 0,5 см дейінгі ыдыраған өзгерістерді, бронхоэктаздарды, көкірек аралық лимфа түйіндерінің патологиясы және олардың бронхиалды қабырға мен жалғасуы, үлкен және кіші қан айналым шеңберіндегі қан тамырлардың жағдайы. өкпе тіні қан тамырларының патологиясын анықтау үшін бронхиалды артериялардың артериографиясын жасау маңызды. Бронхиалды артериография көмегімен қан тамыр аррозиясы аймағында контрастты заттың жиналуын, бронхиалды бұтақтық аневризмасын және құрылым өзгеруінің, тамырдың тромб арқылы бітелуін анықтауға болады, кейбір науқастарға қан кетіп жатқан тамырға эмболизация тәсілімен.

өкпеден қан кетумен жүретін өкпе туберкулезінің дәрігерге дейінгі және дәрігерлік шұғыл көмек .

өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың ӨҚК тоқтатуды емдеуде:

1. Консервативті емі айналымдағы қан көлемін қалпына келтіру принциптері.

2. коллапсотерапевтикалық тәсілдері.

3. полирадикалды және хирургиялық тәсілдер:

1. Трахеобронхоскопия.

2. Фибробронхоскоп.

3. Радикалды және полиативті оталар : сегментэктомия , лобэктомия,пневмоэктомия,торокопластика , өкпе артериясына байлау жүргізіледі.

Қорытынды: өкпеден қан кетудің алдын-алудың басты шарасы – өкпе туберкулезін және басқа өкпе – бронх ауруларын дер кезінде анықтау..өкпеден қан кету және қан түкіруі бар науқастар стационарда қаралып және ем қабылдау қажет.өкпеден қан кеткен науқастарды диагностикалаудың негізгі әдістері рентгенологиялық, бронхологиялық және компьютерлік томография..Бірінші дәрежелі қан кету мен қан түкіру кезінде консервативті медикаментозды ем,II, III дәрежесінде гипотония жүргізіледі ,интенсивті өкпеден қан кету кезінде бронх тампонадасы және операция жасау қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 А.А.Визель., М.Э.Гурылева. Туберкулез. - М.:ГЭОТАР Медицина, 1999. - С.60.
- 2 Г.В. Андрееенко. Фибринолиз . – М.: 1979. – С.92-93.
- 3 Е.В. Андрущенко. Легочные кровотечения . – Киев: 1979. – С.138-140
- 4 З.С.Баркаган. Геморрагические заболевания и синдромы . – М.: -1980. - С.99-104
- 5 М.Р . Рокицкий., Гребнев П.Н. Легочные кровотечения у детей – Л.: 1983. - С.146.

С.А.ТАШИМОВА, Б.Т.БАЛТАБАЕВА, С.Н.КОРГАНБАЕВА, Ф.К.КОЖАБАЕВА.

ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЛЕГКИХ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ – ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ.

Резюме: Основным мероприятием по профилактике легочного кровотечения является своевременное выявление туберкулеза легких и других легочно-бронхиальных заболеваний. Больные с легочным кровотечением, кровохарканьем должны наблюдаться и получать стационарное лечение. Основные методы диагностики больных с легочным кровотечением и кровохарканьем являются рентгенологические, бронхоскопические и компьютерная томография. При первой степени кровотечения проводится консервативное лечение, а при II, III степни проводятся интенсивная терапия, тампонада бронхов и оперативное вмешательство.

Ключевые слова: Осложнение легочного туберкулеза, легечное кровотечение.

S.A.TASHIMOVA, B.T.BALTAEVA, S.N.KORGANBAEVA, F.K.KOZHABAeva

BLEEDING BLOOD FROM THE LUNGS IS TO FIND OUT TUBERCULOSIS.

Resume: Remedy for bleeding blood from the lungs is to find out tuberculosis and other lung – bronchial tubes on time. Patients who had bleeding blood from the lungs and who spit blood should be examined in permanent establishment and healed. Methods of diagnosing who had bleeding blood from the lungs are : x-ray, bronchial and computer tomography. In the first level of bleeding blood we heal with conservative methods, but in the second and third levels we do hypotany and in the intensive bleeding of blood we do operation.

Keywords: Complication of pulmonary tuberculosis, pulmonary bleeding.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

В статье изучена взаимосвязь аллергических болезней и заболеваний органов пищеварения, особенности их течения в возрастном аспекте. Выявлено, что наиболее часто патология органов пищеварения наблюдается у детей с atopическим дерматитом.

Ключевые слова: органы пищеварения, аллергические заболевания, atopический дерматит, абдоминальный синдром.

Аллергические заболевания являются одними из самых распространенных болезней детского возраста [1]. По литературным данным имеет место частое сочетание аллергических болезней с патологией желудочно-кишечного тракта [2,3].

Целью работы явилось изучение взаимосвязи аллергических болезней и заболеваний органов пищеварения, особенностей их течения в возрастном аспекте.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 27 детей с различными аллергическими заболеваниями в возрасте от 1 месяца до 14 лет, из них 12 мальчиков и 11 девочек, у всех детей имело место сочетание аллергического заболевания с патологией желудочно-кишечного тракта. Всем детям были проведены общеклинические анализы, УЗИ желудочно-кишечного тракта с УЗИ-холецистографией, биохимический анализ крови, исследование кала на дисбиоз кишечника, части больных были проведены риноцитограмма, аллергологические пробы, а также ИФА на выявление антител к лямблиям и к глиадину.

Результаты и обсуждение. Из 27 детей у 16 больных диагностирован atopический дерматит, у 4 детей - пищевая аллергия, у 1 ребенка - крапивница, у одного ребенка - контактный дерматит, у одного - аллергический сезонный ринит, у 2 детей - рецидивирующий обструктивный бронхит, у одного ребенка - рецидивирующий обструктивный бронхит в сочетании с atopическим дерматитом. Аллергическая патология у девочек исследуемой группы была представлена преимущественно atopическим дерматитом и пищевой аллергией, в то время как у мальчиков, кроме этого, диагностировались все остальные вышеуказанные заболевания.

Наиболее частой формой atopического дерматита, выявляемого у исследуемых детей, была младенческая форма, которая диагностировалась у 10 из 17 детей. Эту группу больных составили дети в возрасте от 1 мес. до 1,5 лет. У 3 больных была выявлена эритемоквамозная форма atopического дерматита и у 2 детей - локализованная форма.

У большинства обследованных детей отмечались жалобы на периодические боли в животе, связанные с употреблением острой, жареной, жирной пищи, пищевых аллергенов, а также вызванные физическими нагрузками. Около половины детей жаловались на тошноту, отрыжку, неустойчивый аппетит. Более чем 2/3 детей имели вздутие живота и запоры. Длительность болевого абдоминального синдрома колебалась от нескольких месяцев до нескольких лет. К консультативную поликлинику ДООБ дети обращались как к гастроэнтерологу, так и к аллергологу. Однако первичные обращения детей старшего возраста были чаще к гастроэнтерологу из-за выраженных проявлений аллергического кожного синдрома, а детей младшего возраста - к аллергологу из-за выраженных проявлений аллергического кожного синдрома. Наследственность была отягощена по аллергическим заболеваниям (поллиноз, бронхиальная астма, дерматит и т.д.) у половины обследованных детей, по заболеваниям желудочно-кишечного тракта - у 3 детей.

При объективном исследовании имело место сочетание кожного и болевого абдоминального синдрома у преобладающего большинства детей. Поражение кожи изменялось с возрастом детей. Так, у детей раннего возраста

преобладал, как правило, экссудативный компонент в воспалительном процессе, что клинически проявилось мокнутием, гиперемией кожи, образованием папул, струпа, «медовых корочек» чаще процесс носил распространенный характер. У детей старшей возрастной группы преобладала, сухость кожи, шелушение, отмечалась лихенизация кожи и образование трещинок, поражение было обычно локализованным с поражением участков кожи в локтевых, подколенных ямках, а также в области лучезапястных суставов и других участках кожи.

Болевой абдоминальный синдром у обследованных детей был умеренно выраженным. Практически у всех детей была обложенность языка беловатым налетом. У детей младшего возраста, как правило, наблюдались метеоризм и запоры, а у старших детей выявлялась болезненность в эпигастриальной области, т. Маккензи, т. Дижардена, з. шоффара, з. губергрица, т. Мейо-Робсона. Запоры наблюдались чаще, чем неустойчивый стул.

При лабораторном исследовании в копрологическом анализе у большинства обследованных детей выявилось большое количество нейтрального жира, а также крахмала, мышечных волокон, йодоформной флоры, жирных кислот. Уровень амилазы, биохимические параметры крови были практически у всех детей в пределах нормальных показателей. В общем анализе крови у детей с обострением аллергического заболевания было умеренное повышение количества эозинофилов, в общем анализе мочи - оксалатурия.

При исследовании кала на дисбиоз лишь у 15% детей не было нарушения микрофлоры кишечника. У детей младшего возраста наиболее часто высевались клебсиелла, протей, золотистый стафилококк, в то время как у больных старшего возраста энтерококки, гемолитическая кишечная палочка, снижение бифидо- и лактофлоры, дисбактериоз кишечника 2-3 степени выявлялся лишь у детей младшего возраста, имеющих распространенный atopический дерматит в стадии обострения.

При УЗИ органов пищеварения наиболее часто выявились нарушения моторики желчевыводящих путей, как правило, по гипотоническому типу. У детей младшей возрастной группы с распространенным atopическим дерматитом обнаруживалось усиление периваскулярной реакции в печени, повышение эхоплотности поджелудочной железы без нарушения функции этих органов по данным лабораторного исследования.

Заключение. У обследованных детей наиболее часто диагностировались дискинезии желчевыводящих путей, в сочетании с вторичной недостаточностью поджелудочной железы и дисбиозом кишечника. Исследование методом ИФА уровня антител к лямблиям и глиадину не выявило лямблеоза и целиакии ни у одного больного. Риноцитограмма была выполнена 5 детям, у 2 детей с сезонным ринитом и рецидивирующим обструктивным бронхитом количество эозинофилов было повышенным. Аллергологические пробы проведены 5 детям, у всех детей выявлена сенсibilизация к рыбе, к цитрусовым.

Таким образом, на основании вышеуказанных данных можно сделать следующие выводы:

1. По нашим данным наиболее часто сочетанное поражение - аллергическое заболевание и патология органов пищеварения - наблюдалась у детей atopическим дерматитом.

2. С увеличением возраста детей наблюдалось усиление болевого абдоминального синдрома, стихание островоспалительного кожного процесса, уменьшение проявлений дисбиоза кишечника.

3. Наиболее выраженные изменения органов пищеварения наблюдались при распространенной форме атопического дерматита в стадии обострения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пайков В.Л. Гастроэнтерология детского возраста. – СПб.: 2002. - 412с.
- 2 Парийская Т.В. Справочник педиатра. – М.: ЭКСМО, 2004. - 317с.
- 3 Лукьянова Е.М. Справочник детского гастроэнтеролога. – Киев: Здоровье, 2004. - 212с.

С.М ТОКБЕРГЕНОВА

БАЛАЛАРДАҒЫ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫМЕН АС ҚОРЫТУ МҮШЕЛЕРІНІҢ АУРУЛАРЫНЫҢ БАЙЛАНЫСЫ.

Түйін: Мақалада балалардағы аллергиялық аурулармен ас қорыту мүшелерінің ауруларының байланысы және олардың балалардың жасына байланысты ағымының ерекшеліктері зерттелген. Атопиялық дерматитпен ауратын балаларда ас қорыту мүшелерінің патологиясы жиі кездесетіні анықталған.

Түйінді сөздер: ас қорыту мүшелері, аллергиялық аурулар, атопиялық дерматит, абдоминальды синдром.

S.M.TOKBERGENOVA

RELATION SHIP OF ALLERGIC DISEASES OF THE DIGESTIVE

Resume: The paper studied the relation ship of allergic diseases of the digestive. Characteristics of their course in age aspect. Revealed that the most common digestive potology. Observed in children itopiche skim dermatitis.

Keywords: digestive organs, allergic diseases, atopic dermatitis, abdominal syndrome.

УДК 616-007-053.1/.2

С.М.ТОКБЕРГЕНОВА, П.Е.КАЛМЕНОВА, Г.Д.МАХАМБЕТОВА, Г.Н.КЫЛЫШБЕКОВА

*Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А.Яссави.
Кафедра педиатрии.*

ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Было изучено состояние репродуктивной функции и особенности течения беременности у 200 беременных и родильниц с врожденными пороками развития (ВПР) плода и новорожденного. Выявлена выраженная связь ВПР с патологией околоплодных вод, отягощенным акушерским анамнезом, возрастом матери и некоторыми другими факторами.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки развития, факторы риска.

В настоящее время в структуре причин младенческой смертности, детской заболеваемости и инвалидности увеличивается удельный вес врожденных пороков развития (ВПР). Прогресс медицины и, в частности, генетики позволяет проводить антенатальную диагностику большинства ВПР [1,2].

Материалы и методы исследования: Ретроперспективное исследование было проведено на основании изучения истории родов и истории развития новорожденных детей с ВПР, карт медико-генетического консультирования беременных женщин, у плодов которых диагностированы ВПР. Социально-генетическая характеристика, состояние репродуктивной функции и особенности течения беременности были изучены у 200 беременных и родильниц с ВПР плода и новорожденного (основная группа). Контрольную группу составили 185 женщины, родившие детей без ВПР. Методом иммуноферментного анализа (ИФА) определяли IgM и IgGк 6 возбудителям, которые наиболее часто являются причиной внутриутробных инфекции (ВУИ) плода и новорожденного: вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус краснухи, микоплазмы, хламидии, токсоплазма. Всего на перинатальную инфекцию было обследовано 105 новорожденных. Основную группу составили 68ребенка с ВПР, контрольную -41 новорожденных

без ВПР. Наличие антигенов вышеперечисленных перинатальных инфекции определяли методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты и их обсуждение: Установлено, что женщины в возрасте до 20 лет (от 15 до 20) достоверно чаще встречались в основной группе (16,1±1,2% против 10,1±1,7%,p<0,001). Одинаково часто в основной и контрольной группах встречались женщины других возрастных групп. Лекарственные препараты в период данной беременности (обезболивающие, жаропонижающие, спазмолитики, антибиотики) достоверно чаще принимали женщины основной группы, чем контрольной (24,5±1,4% и 16,9±2,2% соответственно, p<0,001). При изучении репродуктивной функции беременных было установлено, что по числу беременностей сравниваемые группы были статически однородны (p>0.05). в то же время сравниваемые группы были статически различимы (p>0.001) по отягощенному акушерскому анамнезу. Так, в основной группе многократно проведенные аборт, самопроизвольные выкидыши, «замерзшие» беременности на различных сроках гестации наблюдались в 22,3±1,2% случаев против 12,3±2,1% в контрольной группе. Среди факторов, отягощающих акушерский анамнез, статически достоверными (p>0.001) оказались наличие в анамнезе

самопроизвольных выкидышей (причины которых могут быть весьма разнообразны) и рождение детей с ВПР от предыдущих беременностей. Анализ течения данной беременности выявил, что в основной группе достоверно чаще наблюдались угроза прерывания беременности в I триместре ($22,5 \pm 1,2\%$ в основной группе и $11,7 \pm 2,1\%$ в группе контроля, $p < 0,001$).

Не было выявлено статически достоверной разницы по наличию у беременных женщин обеих групп экстрагенитальной патологии ($7,0 \pm 0,8\%$ в основной группе против $11,3 \pm 2,1\%$ в группе контроля).

Острые респираторные вирусные инфекции в группе женщин с ВПР плода и новорожденного в период данной беременности встречались в 2 раза чаще ($32,0 \pm 1,5\%$ в основной группе против $14,9 \pm 2,2\%$ в группе контроля, $p > 0,001$). Величина АР по данной беременности достоверно реже ($p < 0,001$) встречалась в основной группе, чем в контрольной группе ($17,1 \pm 1,2\%$ и $34,7 \pm 2,0\%$).

Результаты проведенного клинического и эхографического исследования свидетельствуют, что у $16,1 \pm 1,2\%$ женщин основной группы наблюдались осложнения со стороны системы мать-плацента-плода, а именно фетоплацентарная недостаточность (ФПН), которая встречалась в 1,5 раза чаще, чем среди женщин контрольной группы ($11,3 \pm 2,1\%$). При оценке состояния околоплодных вод их патология, по данным ультразвукового исследования, выявлена у $48,7 \pm 1,6\%$ обследованных женщин основной группы против $12,9 \pm 2,15\%$ женщин из группы контроля. То есть изменение количества околоплодных вод среди женщин с ВПР плода и новорожденного встречались в 3,5 раза чаще, чем среди женщин без данной патологии ($p < 0,001$).

Ранний токсикоз и поздний гестоз осложняли течение беременности у каждой 2-й женщины основной группы

($50 \pm 1,6\%$), что в 1,6 раза чаще, чем в группе контроля ($27,7 \pm 2,7\%$). Причем статически достоверным является наличие раннего токсикоза беременных- $48,6 \pm 2,7\%$ в основной группе против $19,0 \pm 2,4\%$ в группе контроля ($p < 0,001$).

Исследование на перинатальную инфекцию (ПИ) выявлено практически 100% вирусносительство. При этом IgG к ВПГ были обнаружены у $96,6\%$ обследованных новорожденных и у $78,7\%$ обследованных новорожденных и у $81,7$ детей группы контроля, к ЦМВ – у $94,2\%$ и $95,7\%$ соответственно. IgG к вирусу краснухи были выявлены в $61,1\%$ случаев в основной группе и в $91,3\%$ в группе контроля, что является следствием ранее проведенной в республике вакцинации женщин детородного возраста против данной инфекции. В то же время из общего числа обследованных у $27,5\%$ отсутствовали эти иммунологические маркеры, что формирует большую опасность возникновения синдрома врожденной краснухи в будущем. IgG к вирусным инфекциям в основном были представлены вирус - вирусными ассоциациями (ЦМВ+ВПГ, ЦМВ + краснуха, ЦМВ+ВПГ+ краснуха), причем одинаково часто встречались как в основной, так и в контрольной группах (53% и 50% соответственно).

Заключение: Таким образом, особенности акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности определяют характер внутриутробного развития плода и формирование определенного ВПР. Указанные выше факторы риска свидетельствуют о сильной связи между ними и развитием ВПР. Мероприятие по их устранению при планировании беременности и проведение активной пренатальной диагностики в случае их наличия позволяют снизить риск рождения детей с ВПР.

СПИСОУ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Андреева Л.П., Кулешов Н.П., Мутовин Г.Р. и др. Наследственные и врожденные болезни: вклад в детскую заболеваемость и инвалидность, подход к профилактике // Педиатрия. - 2007. - № 86 (3). - С. 8-14.2.
- 2 Воропаев Е.В., Матвеев В.А., Черновицкий М.А., Жаворонок С.В. Герпесвирусная инфекция, краснуха при врожденных пороках развития // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 1999. - № 3. - С. 55-59.

С.М.ТОҚБЕРГЕНОВА, П.Е.КАЛМЕНОВА, Г.Д. МАХАМБЕТОВА, Г.Н.ҚЫЛЫШБЕКОВА
НӨРТЕСТЕЛЕРДЕГІ ТУА БІТКЕН АҚАУЛАРДЫҢ ДАМУ ҚАУЫПЫ

Түйін: 200 туа біткен ақаулармен нәресте туған әйелдердің репродуктивті қызметі мен жүктіліктің ағымының ерекшеліктері зерттелген. Туа біткен ақаулардың қағанақ судың патологиясы мен қолайсыз акушерлік анамнезімен, ананың жасымен және басқа факторлармен байланысы анықталған.

Түйінді сөздер: балалар, туа біткен кемістіктің дамуы, қауып-қатер факторлары.

S.M.TOKBERGENOVA, P.E.KALMENOVA, G.D.MAHAMBETOVA, G.N.KYLYSHBEKOVA
NEONATES RISK FACTORS HAD CONGENITAL MALFORMATIONS

Resume: Reproductive function state and peculiarities of pregnancy course were studied in 848 pregnant women and puerperants whose fetuses or neonates had congenital malformations (CM). Examination showed significant association of CM and: pathology of amniotic fluid; complicated obstetric history of mother, maternal age and some other factors.

Keywords: children, congenital malformations, risk factors.

С.М.ТОКБЕРГЕНОВА, П.Е.КАЛМЕНОВА, Ш.М.ОСПАНОВА, К.С.КЕМЕЛЬБЕКОВ

Международный Казахско-Турецкий Университет им. Х.А.Яссави.

Кафедра педиатрии.

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ЛИПИДОВ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Проведена комплексная оценка липидов сыворотки крови новорожденных с церебральной ишемией (ЦИ). При исследовании липидного спектра сыворотки крови у новорожденных, перенесших гипоксию, выявлены изменения уровней липидов в зависимости от степени тяжести.

Ключевые слова: церебральная ишемия, сыворотка крови, липидный спектр, новорожденные дети.

Перинатальные повреждения мозга в течение многих лет находятся в центре внимания научных исследователей и практических врачей. Это можно объяснить частотой патологий, высокой смертностью в периоде новорожденности, а также высокой инвалидизацией детей [1,2].

Так, в структуре детской инвалидности перинатальные поражения нервной системы составляют 60-70%. Их последствия доминируют среди всех неврологических расстройств детского возраста и непосредственно участвуют в развитии таких заболеваний, как детский церебральный паралич, эпилепсия, минимальная мозговая дисфункция.

Цель исследования – изучить основные факторы риска, клинические проявления, изменения биохимических показателей перинатальных повреждений ЦНС гипоксически-ишемического генеза новорожденных.

Материалы и методы исследования. Была изучена медицинская документация 100 женщин и 100 новорожденных (обменная карта, история родов, индивидуальная карта беременной, медицинская карта стационарного больного) с ишемически-гипоксическими поражениями ЦНС. Группу контроля составили 30 новорожденных детей без патологии ЦНС и отклонений в перинатальном анамнезе. Из 100 детей в исследование включены 44 новорожденных с церебральной ишемией (ЦИ), у которых проанализирован липидный спектр сыворотки крови. Сформированы 3 группы детей в зависимости от степени тяжести ЦИ: 1-я группа – 15 новорожденных с ЦИ I степени (в том числе один недоношенный ребенок); 2-я группа – 22 новорожденных со II степенью ЦИ (в том числе 5 недоношенных детей); 3-я группа – 16 детей с III степенью ЦИ (в том числе 2 недоношенных ребенка). Возраст обследованных новорожденных – 1-3-и сутки жизни. Детям были проведены следующие методы исследования: нейросонография, компьютерная томография головного мозга, электроэнцефалография, комплексная оценка состава липидов сыворотки крови (общий холестерин – ХС, триглицериды – ТГ, ХС липопротеидов низкой плотности – ХС-ЛПНП (HDL), ХС липопротеидов высокой плотности – ХС-ЛПВП (LDL), Апо-А, Апо-В, коэффициент атерогенности).

Результаты и их обсуждения. При изучении перинатального анамнеза установлено, что в отличие от контрольной группы, наиболее значимыми факторами риска перинатальной патологии ЦНС у новорожденных явились следующие: эмоциональные стрессы у 44% (0,76), железодефицитная анемия у 40% (0,80). Анемия является одним из важных факторов, который прежде всего вызывает внутриутробную гипоксию плода, в последующем изменяя мозговой кровоток и вызывая перинатальную патологию ЦНС ишемически-гипоксического генеза. Учитывая данные нашего исследования, к факторам риска ЦИ высокой значимостью можно также отнести инфицированность беременных женщин различными инфекционными возбудителями, которые могут быть этиологическими факторами внутриутробных инфекций ребенка, но маркеров активаций и клинической манифестации этих инфекций во время беременности выявлено не было, что подтверждалось результатами серологического исследования

(ИФА). Наличие маркеров герпетической и цитомегаловирусной инфекций отмечалось у 17% женщин (0,33). Манифестации внутриутробной инфекции наблюдаемых новорожденных в виде перинатальных поражений ЦНС инфекционного генеза не было. При анализе акушерского анамнеза матерей значимыми факторами риска ЦИ у ребенка явились следующие: хроническая маточно-плацентарная недостаточность – 52% (0,86), токсикоз беременных – 48% (0,78), угроза прерывания беременности – 36% (0,87), медицинские аборт в анамнезе – 28% (0,59). Наименее значимыми факторами развития перинатальных повреждений ЦНС у ребенка со стороны матери явились: заболевание почек – 26% (0,43), простудные заболевания – 22% (0,40), гипертоническая болезнь – 16% (0,28), уреоплазмоз – 14% (0,20), профессиональные вредности – 10% (0,25), хламидиоз – 10% (0,25), токсоплазмоз – 11% (0,20) женщин. При анализе данных акушерского анамнеза матерей мы выявили, что наиболее значимыми факторами риска ЦИ у ребенка явились гестозы I половины беременности, которые отмечены в 27% случаев. При анализе клинических проявлений установлено, что выраженность симптоматики соответствовала тяжести перенесенной ЦИ. Так, при ЦИ I степени синдром гипервозбудимости и нарушения мышечного тонуса были выявлены у 48% новорожденных, синдром угнетения – 28%, срыгивание – у 35%, глазная симптоматика в виде симптома Грефе – у 10%, нарушения сна в виде беспокойства ребенка – у 20%. При ЦИ II степени синдром гипервозбудимости отмечался у 28% детей, синдром угнетения – 54%, срыгивания – у 27%, глазная симптоматика в виде симптома Грефе и нистагма – у 25%, нарушения мышечного тонуса в виде гипотонии и дистонии были выявлены у 55% пациентов. При ЦИ III степени клинические проявления сводились к следующему: глазная симптоматика характеризовалась крупноразмашистым нистагмом у 28% детей, симптомом Грефе – у 48%, снижение мышечного тонуса отмечалось у 78%, исчезновение сосательного и глотательного рефлексов – у 34% детей, приступы апноэ – у 35%. Выбухание большого родничка, судорожный синдром, кома отмечены у детей с сопутствующими массивными внутрижелудочковыми кровоизлияниями ишемически-гипоксического генеза, которые констатированы у 28% новорожденных. При изучении липидного спектра сыворотки крови в 1-3-и сутки жизни выяснилось, что уровень ХС уменьшался с возрастанием степени тяжести ЦИ, превышая возрастные нормы. Так, в 1-й группе он был выше нормы (2,75 плюс минус 0,17 ммоль/л), составляя 147,1% от нормальных значений, во 2-й – 2,58 плюс минус 0,20 ммоль/л (134,5%), в 3-й – 2,48 плюс минус 0,18 ммоль/л (126,2%). В нашем исследовании уровень ХС был выше нормы, но при тяжелой ЦИ определялось снижение его уровня. Содержание ТГ в сыворотке крови повышалось пропорционально тяжести перенесенной гипоксии, что было характерным для 1-й и 2-й групп новорожденных – 1,17 плюс минус 0,11 (134,6%, $p < 0,05$) и 1,28 плюс минус 0,15 ммоль/л (148,3%, $p < 0,05$) соответственно; но при тяжелой ЦИ их уровень снижался до 0,48 плюс минус 0,07 ммоль/л (107,4%).

Выводы. Прогностически наиболее значимыми факторами риска возникновения перинатальных поражений ЦНС у новорожденных со стороны матери являются следующие: токсикоз беременных, угроза прерывания беременности, дряжевойкольпит, медицинские аборт в анамнезе, хроническая маточно-плацентарная недостаточность,

эмоциональные стрессы, железодефицитная анемия. Выраженность клинических проявлений зависит от тяжести ЦИ. При исследовании липидного спектра сыворотки крови у новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию, было выявлено, что уровень ХС превышает возрастные нормы и уменьшается с увеличением степени тяжести ЦИ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. - М.: 2001. - 138 с.
- 2 Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. - СПб.: 2007. - 315с.

**С.М. ТОҚБЕРГЕНОВА, П.Е. КАЛМЕНОВА, Ш.М. ОСПАНОВА,
К.С. КЕМЕЛЬБЕКОВ**

ЖАҢА ТУҒАН НӨРЕСТЕЛЕРДІҢ ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ИШЕМИЯДАҒЫ ЛИПИДТЕРДІҢ ҚҰРАМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Церебральды ишемиясы бар нәрестелердің қандағы липидтердің комплексті бағалауы жүргізілген. Гипоксияға ұшыраған нәрестелердің қанның липидтік спектрі зерттелгенде, липидтердің деңгейі ауырлық дәрежесіне сәйкес өзгергені анықталған.

Түйінді сөздер: церебральды ишемия, қан сарысуы, липидтік спектр, жаңа туылған нәресте.

S.M.TOKBERGENOVA, P.E.KALMENOVA, SH.M.OSPANOVA, K.S.KEMELBEKOV

SERUM LIPID SPECTRUM WAS PERFORMED IN NEONATES WITH CEREBRAL ISCHEMIA

Resume: Complex study of serum lipid spectrum was performed in neonates with cerebral ischemia (CI). Lipid spectrum of patients with perinatal hypoxia was characterized by decreased mean serum correlating with CI severity.

Keywords: neonates, cerebral ischemia, serum lipid spectrum.

УДК 615.9.036.11.083.88.

Р.З. ХАЙРУЛИН

ГККП ССМП г.Алматы. КазНМУ.

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Изучены главные причины потери сознания на рубеже скорой медицинской помощи. Исследован объем неотложной медицинской помощи при синкопальных состояниях на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: синкопальные состояния, догоспитальный этап.

Внезапные нарушения сознания — одна из важнейших проблем клинической медицины, так как они могут быть проявлениями различной церебральной и соматической патологии. Одним из наиболее частых вариантов пароксизмальных расстройств сознания являются синкопальные (обморочные) состояния, представляющие собой приступы кратковременной потери сознания и нарушения постурального тонуса с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности и имеющие разнообразные патогенетические механизмы.

По данным исследований, количество людей, хотя бы один раз в жизни переживших синкопальное состояние составляет до 40%, при этом частота их развития увеличивается с возрастом человека и абсолютное большинство этих пациентов обращаются за скорой медицинской помощью [1, 2].

В то же время имеются значительные трудности при выяснении причин синкопальных состояний, что обусловлено не только эпизодическим характером обмороков и их кратковременностью, но и многообразием причин и патогенетических механизмов их развития. Даже при

тщательном обследовании больных в условиях стационара примерно в половине случаев синкопальных состояний их причину установить не удается, и только динамическое наблюдение за больным позволяет выделить основные патогенетические механизмы развития обморока.

Цель исследования:

Изучение неотложной медицинской помощи, проделанной при синкопальных состояниях на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования:

Обследовано 23 пациента, и них 16 женщин и 7 мужчин в возрасте от 26 до 56 лет (в среднем возраст 36,7±7,3 лет) с синкопальными состояниями на базе Городской станции скорой медицинской помощи города Алматы в период 2010- 2012 г.г.

Результаты исследования и их обсуждение:

Причинами утраты сознания у обследованных пациентов были: в 17,4% - желудочковая тахикардия, в 13% случаев - ортостатическая гипотензия, у 4,3% - вазовагальный обморок, у 8,7% - гипогликемические состояния, у 4,3% - эпилепсия, у 4,3% - атриовентрикулярная блокада II – III ст., у 4,3% - транзиторная

ишемическая атака, у 4,3% - обморок, стимулированный приемом медикаментов.

Надлежит обратить внимание, что в 39,5% случаев конкретную этиологию синкопального состояния обнаружить не удалось.

Медикаменты использовались, как правило, для лечения основных заболеваний, являющихся конкретной причиной расстройств сознания: 40-60 мл 40% глюкозы при гипогликемии; подкожно 0,5-1,0 мл 0,1% атропина сульфат при выраженной брадикардии; глюкокортикоиды при надпочечниковой недостаточности и так далее.

При вазовагальных обмороках помещали больного в место насколько возможно прохладное, с открытым доступом воздуха, расстегнув узкую одежду, дав ногам возвышенное положение [3, 4].

В затынувшихся случаях применялся кусочек ваты с нашатырем, поднесенный к носу.

При ортостатической гипотензии гиповолемию купировали внутривенным введением плазмозамещающих растворов.

При медикаментозных коллапсах вводился мезатон 1 мл 1% раствора подкожно либо 0,1-0,5 мл внутривенно струйно.

Все больные были госпитализированы в стационар по основному заболеванию.

Заключение

Таким образом, причинами утраты сознания у обследованных пациентов в большинстве случаев были: 39,5% случаев конкретную этиологию синкопального состояния обнаружить не удалось, 17,4% - желудочковая тахикардия, 13% случаев - ортостатическая гипотензия, 4,3% - вазовагальный обморок, 8,7% - гипогликемические состояния, 4,3%- эпилепсия, 4,3% - атриовентрикулярная блокада II – III ст., 4,3%- транзиторная ишемическая атака, 4,3% - обморок, стимулированный приемом медикаментов. Всем больным была оказана адекватная медицинская помощь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Вейн А.М., Воробьева О.В. Синкопальные состояния.//Медицинский алфавит. - 2012. - Т. 1. - № 6. - С. 53-57.
- 2 Гребенюк О.В., Катаева Н.Г., Новикова Н.С., Светлик М.В. // Вариабельность сердечного ритма при ортоклиностагической нагрузке у пациентов с нейрорефлекторными синкопальными состояниями. Бюллетень сибирской медицины. - 2010. - Т. 9. - № 4. - С. 44-48.
- 3 Бокерия Л.А., Какучая Т.Т., Ле Т.Г.// Анналы аритмологии. Вазовагальные синкопальные состояния: современные методы диагностики и лечения. Модели организации отделений по ведению пациентов с синкопальными состояниями. - 2008. - № 3. - С. 25-49.
- 4 Бокерия О.Л., Ахобеков А.А.//Анналы аритмологии. Внезапная сердечная смерть: механизмы возникновения и стратификация риска. - 2012. - № 3. - С. 5-13.

Р.З. ХАЙРУЛИН

ЕСІНЕН ТАНУ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӨРДЕМ КӨРСЕТУ

Түйін: Жедел жәрдем көмек шегіндегі есінен танудың басты біріншілік себептері зерттелді. Госпитализацияның алдындағы шегіндегі есінен тану жағдайларындағы шұғыл медициналық көмегі зерттелді.

Түйінді сөздер: есінен тану жағдайлары, стационарға дейінгі деңгей.

R.Z.KHAIRULIN

AMBULANCE AT SYNCOPE

Resume: Studied the main root causes of loss of consciousness at the turn of the ambulance. Studied medical emergency when syncope in the prehospital turn.

Keywords: syncopes, pre-hospital stage.

УДК 616,314-089.23:379.8(053.2)

С.К.ШАРИПОВА, К.С.КЫДРАЛИЕВА

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Проблема оказания ортодонтической помощи детям и подросткам остается актуальной, поскольку зубочелюстные аномалии имеют значительное распространение. Распространенность зубочелюстных аномалий в структуре стоматологической заболеваемости у детей и подростков находится после кариеса зубов, заболеваний пародонта и не имеет тенденции к снижению. Методом организации медицинской помощи при ЗЧА и ЗЧД у детей является организация ранней диагностики (ОПТГ 6-7 лет), медицинских и воспитательных воздействий на ребенка, а так же организации системы диспансерного наблюдения за данной группой пациентов.

Ключевые слова: стоматологический статус, организация, профилактика, школьный стоматологический кабинет.

Стоматологический статус является одним из основных показателей общего состояния организма, и разработка системы мероприятий, направленных на снижение показателей стоматологической заболеваемости должна быть неотъемлемой частью программ по оздоровлению нации[1].

Тем не менее, в настоящее время в целом программы стоматологической профилактики не имеют четкой организационной, правовой и финансовой основы, а на государственном уровне их регулирование является недостаточным [2]. В условиях рыночной экономики реализация

профилактических программ ограничена максимально региональным уровнем, при отсутствии государственной организации и целевого финансирования таких программ.

Распространенность зубочелюстных аномалий в структуре стоматологической заболеваемости у детей и подростков находится после кариеса зубов, заболеваний пародонта и не имеет тенденции к снижению[3]. По данным Алдашевой М.А. (1992), различные челюстно-лицевые аномалии у детей до 15 лет составляли 36,8%, из них слабовыраженные – 17,3%, умеренные или тяжелые – у 19,4. А по данным последних лет

среди стоматологических заболеваний детского возраста одно из первых мест (75%) занимают аномалии развития зубочелюстной системы. Причем, 30% из них предопределены наследственными факторами, а 70% - обусловлены отсутствием массовой профилактики и своевременной диагностики зубочелюстных аномалий. Действительно, имеется связь между распространенностью зубочелюстных аномалий, кариесом зубов и их осложнениями.

Известно, что нарушения в развитии зубочелюстной системы наносят ощутимый ущерб здоровью человека, и его адаптации в социальной среде. Поэтому здоровая полость рта, ортогнатический прикус, эстетическое состояние лица чрезвычайно важны каждому человеку и имеют большое значение.

Исключение из стоматологической помощи детям и подросткам ортодонтической помощи и перевод ее в разряд платных медицинских услуг привело к резкому сокращению врачей-ортодонтов, работающих в детских стоматологических учреждениях, а профилактическая работа среди детского коллектива по предупреждению зубочелюстных аномалий не проводится. Так, по обобщенным данным, полученным из всех регионов РК за 2005 год, число врачей-ортодонтов в республике составляло всего 87 чел., которые оказывали ортодонтическую помощь детям и подросткам только по обращаемости[4].

Проблема оказания ортодонтической помощи детям и подросткам остается актуальной, поскольку зубочелюстные аномалии имеют значительное распространение. В связи с расширением представлений о взаимосвязи аномалий прикуса с общими нарушениями в организме требуется качественно новый подход к организации ортодонтической помощи в нашей стране.

Ортодонтия является специализированным видом стоматологической помощи. В государственной системе здравоохранения нашей страны она ориентирована преимущественно на детское население. В частности должность врача-ортодонта присутствует в штатном расписании только детских стоматологических поликлиник или отделений.

Отмечается тенденция к увеличению стоматологической заболеваемости у детей, это связано с ослаблением внимания к детской стоматологической службе, особенно такого ее звена, как школьные кабинеты, где резко снизился объем и качество лечебно-профилактической работы. Так, анализ состояния профилактической стоматологической помощи детям Республики Казахстан показал высокие показатели лечебно-профилактической помощи, полученные в 1991 году, в следующее десятилетие эти показатели резко снизились. Причинами этого являлись кадровый дефицит и слабая материально-техническая база стоматологических отделений и

кабинетов, оказание стоматологической помощи в основном по обращаемости [4].

Школьный стоматологический кабинет (ШСК)-первичное стоматологическое звено, обеспечивающее необходимый профилактический и первичный лечебный уровень стоматологической помощи для детей и подростков, в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Школьные медицинские услуги оказываются учащимся с целью оценки, контроля, защиты и улучшения их здоровья, предупреждения болезней, оказания первой медицинской помощи и направления учеников к соответствующему медицинскому специалисту. В плане стоматологии медицинские услуги в школе включают в себя четыре сферы деятельности, которые тесно связаны между собой: улучшение стоматологического здоровья, предупреждение стоматологических заболеваний, контроль стоматологического здоровья и первая стоматологическая помощь.

По данным ВОЗ, экономика здравоохранения развитых стран уже давно и весьма достоверно просчитала, что один доллар, вложенный в профилактику стоматологических и «вторичных» заболеваний, дает, 10-кратный экономический эффект, включая экономию на лечение «вторичных» заболеваний организма[5]. Пациенты с аномалиями зубочелюстной системы страдают не только от нарушения фонетики и жевания, они имеют психологические проблемы: в связи с изменением внешнего облика возникают ощущение ущербности, собственной неполноценности и, как следствие этого, трудности общения вплоть до ограничений в выборе профессии. В структуре распространенности стоматологических заболеваний у детей АЗЧС занимают третье место после кариеса и заболеваний пародонта. Частота развития АЗЧС, по данным ВОЗ, составляет в среднем 50%.

В ближайшее время не стоит ожидать значительного увеличения объема финансирования здравоохранения, следует несколько изменить приоритеты и уделить внимание профилактике, особенно стоматологических заболеваний, которая требует гораздо меньших (в 56 раз) затрат, чем лечение.

В конечном итоге, наиболее рациональным методом организации медицинской помощи при ЗЧА и ЗЧД у детей является организация ранней диагностики (ОПТГ 6-7 лет), медицинских и воспитательных воздействий на ребенка, а так же организации системы диспансерного наблюдения за данной группой пациентов. Надо сосредоточить внимание на предложениях по реорганизации работы школьных стоматологических кабинетов. Включить в список врача-стоматолога ортодонта, который вовремя определит аномалии прикуса и окажет соответствующую помощь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куракбаев К.К. Состояние стоматологической помощи населению республики и пути ее дальнейшего развития. Материалы IV съезда стоматологов Республики Казахстан. – Алматы: 2008. – С. 8-13.
2. Авраамова О. Г. Проблемы и перспективы школьной стоматологии / О. Г. Авраамова // Материалы XVI Всероссийской науч.-практ. конф., Тр. XI съезда СтАР и VIII съезда стоматологов России. - М.: 2006. – С. 162-166.
3. Алдашева М.А. Организация профилактики стоматологических заболеваний у детей в современных условиях. Методические рекомендации. – Алматы: 2002. – С. 3-9.
4. Авраменко В.И. Здоровье сберегающие подходы в стоматологической ситуации детского возраста / В.И. Авраменко, Т.А. Чудинова, Г.А. Аскарар // Материалы IX съезда педиатров России. - М.: 2001. – С. 12-14.

С.К.ШАРИПОВА, К.С.КЫДРАЛИЕВА

МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРҒА ОРТОДОНТИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ.

Түйін: Мектеп жасындағы балаларға арналған ақысыз стоматологиялық көмек халықты әлеуметтік қорғаудың құралы болып табылады. Стоматологиялық ауруларды алдын алуға арналған бағдарламалардың жоқтығы халық арасында ауыз қуысы гигиенасы туралы білімнің төмендігін және алдын алу шараларын жүргізуге талпыныстын төмендігін көрсетеді. Нәтижесінде ертүрлі жастағы балалардың стоматологиялық денсаулығы төмендігі байқалады.

Түйінді сөздер: стоматологиялық статус, ұйым, профилактика, мектептің стоматологиялық кабинеті.

S.K.SHARIPOVA, K.S.KYDRALIEVA

DENTAL SCHOOL, PROVIDING FREE DENTAL CARE FOR CHILDREN, IS AN INSTRUMENT OF SOCIAL PROTECTION.

Resume: Lack of dental diseases indicates a low level of knowledge among the population for oral health, lack of motivation for carrying out preventive measures and, consequently, poor dental health in the majority of the representatives of various age groups.

Keywords: dental status, organization, prevention, dental office of school.

УДК 617.7-007.681-056.7

М.А. АХМЕТОВ, О.Х. ХАМДИЕВА, Г.Б. УМУТБАЕВА, Б.Б. ЖУСИПОВА, Р.Е. АМЗЕЕВ,
А.В. БАЛМУХАНОВА, Н.Б. АХМАТУЛЛИНА

РГП «Институт общей генетики и цитологии» МОН РК КН
Лаборатория экспериментального мутагенеза

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА M98K И L41L В ГЕНЕ ОПТИНЕВРИН (OPTN) У БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ

Глаукома - одно из распространенных глазных заболеваний, приводящих людей к нарушению зрительных функций, а также к слепоте. Одним из факторов развития глаукомы является наследственность. Диагностика на ранних стадиях является одним из ключевых факторов сохранения зрения у больного с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Исследовано 60 пациентов с ПОУГ и группа контроля составила 20 человек. Выявлен полиморфизм M98K гена оптиневрин (OPTN), ассоциированный с развитием наследственной формы глаукомы. Частота встречаемости составила 5% в Казахстане.

Ключевые слова: глаукома, генетика, оптиневрин, ПЦР, ПДРФ-анализ

Введение

В силу своей медико-социальной значимости проблема первичной глаукомы по праву считается одним из приоритетных направлений в офтальмологии [1]. На долю глаукомы приходится более 5 млн. незрячих во всем мире. По данным различных авторов 67-105 млн. человек больны глаукомой, и по прогнозам ВОЗ к 2030 году их число возрастет вдвое [2-4]. Необходимость ранней диагностики и терапии глаукомы обусловлена тем, что в течение 20 лет 27% больных глаукомой становятся слепыми на один глаз и 9% слепнут на оба глаза, причем, если на фоне гипотензивного лечения больные слепнут в 4,4%, то при отсутствии лечения – в 9% [5]. Весьма актуальная проблема современной офтальмологии – разработка методов ранней диагностики глаукомы, а также анализ ее генетической обусловленности. Первичная глаукома является одной из основных причин слепоты и слабовидения [6]. Потеря зрительных функций при глаукоме является необратимой, в связи с чем, особую важность приобретают проблемы своевременной диагностики и лечения [7].

Разнообразие предлагаемых организационных форм по раннему выявлению глаукомы, диагностирование глаукомы в

75-80% случаев в уже поздних стадиях, свидетельствует, по-видимому, о недостаточной их эффективности [8]. Установлено, что глаукома в 21-50% случаев генетически обусловлена, риск развития заболевания среди потомков больных глаукомой в десять раз выше, чем среднепопуляционный [9].

Имеются данные о наличии специфических генов, ассоциированных с глаукомой. Ген миоцилина (MYOC) расположен на длинном плече 1-ой хромосомы (локус 1q24.3-q25.2). Ген OPTN локализован в 10 хромосоме на коротком плече (локус 10p13) [10].

Методы

1) Выделение ДНК из крови больных глаукомой проводилось из замороженной крови с EDTA фенольным методом.

2) Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Смесь для амплификации объемом 25 мкл.

Для выполнения амплификации каждая пробирка содержала: 1) 2 мкл 10×PCR буфера; 2) 2,5 мкл dNTP; 3) 2 мкл MgCl₂; 4) 1,5 мкл DMSO; 5) по 1 мкл праймеров (см. таблица 1); 6) 0, 5 ед. Taq-полимеразу; 7) 2 мкл ДНК

Таблица 1 - Праймеры, использованные для синтеза участков гена оптиневрина (OPTN)

Мутация	Последовательность праймера	t°- отжига (°C)
---------	-----------------------------	-----------------

L41L с.433 G>A	S 5' AAACCTGGACACGTTTACCC 3' AS 5'TAGTGCAAAGGGATGGCAT3'	58
M98K с.603 T>A	SS' CAGAAGGAAGAACGCCAGTT 3' AS 5' CATCACAATGGATCGGTCTG 3'	57

3) Для оценки количества и специфичности полученного в результате проведения ПЦР амплификата проводился электрофорез в агарозном геле.

4) После того, как мы получили пул исследуемой ДНК методом ПЦР нам необходимо провести непосредственное определение

генотипа. Для этого используется метод рестрикционного анализа. Содержать ПЦР-продукт в термостате при 37°C в течение 1 -16 часов (см. таблица 2).

Таблица 2 – Рестриктазы, использовавшиеся при анализе однонуклеотидных мутаций в гене оптиневрина (OPTN)

Мутация	Рестриктаза	Сайт рестрикции	Температура (°C)	п.н.
L41L с. 433 G>A 4A экзон	Pst I	AGG^CCT	37	224 п.н. (49^175)
M98K с. 603 T>A 5B экзон	Eco 147I	CTGCA^G	37	160 п.н. (61^99)

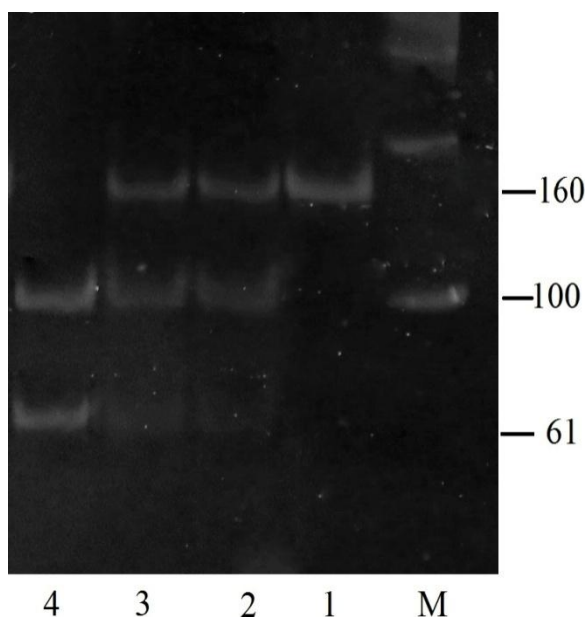
Примечание: п.н. – пар нуклеотид

5) Концентрация ПААГ составляет 8%.

Результаты

Обследовано 60 пациентов с офтальмологической патологией, обратившиеся в «Центральную Клиническую Больницу МЦ УДП РК», для определения частоты встречаемости основных форм глаукомы в изучаемой популяции. Всем пациентам проведена

тонометрия, офтальмоскопия, биомикроскопия. При подозрении на глаукому проведено дополнительное обследование: компьютерная периметрия, оптическая когерентная томография, ретиальная томография, ЭФИ и др. Отобраны пациенты с наследственной предрасположенностью к глаукоме.



Обозначения рисунка
 дорожка: М - маркер молекулярного веса с шагом 100 п.н.;
 1 - фрагмент ДНК пациента гомозиготного по частому аллелю Т;
 2 и 3 - образец ДНК гетерозиготный по аллелю Т и А полиморфизма М98К гена оптиневрина (OPTN)
 4 - фрагмент ДНК пациента гомозиготного по мутантному аллелю А полиморфизма М98К гена оптиневрина (OPTN)

Рисунок 1 - Идентификация полиморфизма М98К в гене оптиневрина (OPTN) с использованием рестриктазы Eco147I.

На рисунке (рисунок 1) показаны амплифицированные фрагменты после гидролиза на наличие полиморфизмов М98К (с. 603 Т>А) 5-го экзона (фрагмента 5В) гена оптиневрина (OPTN), с помощью рестрикционного анализа эндонуклеазой Eco147I. На электрофореграмме видно, что на дорожке № 1 представлены образец ДНК, гомозиготные по аллелю Т полиморфизма с М98К (с. 603 Т>А) гена оптиневрина (OPTN). На

дорожке № 2 и 3 кроме зоны, соответствующей полноразмерному амплификату фрагмента 5В (160 п.н.), присутствуют две дополнительные зоны, соответствующие фрагментам 61 п.н. и 99 п.н. Это свидетельствует о наличии в одном из аллелей нуклеотида А полиморфизма с. 603 Т>А, то есть пациент, которому принадлежит анализируемый образец ДНК имеет мутацию. На дорожке № 4 выявлен очень редкий тип

гомозиготы по мутантному аллелю А полиморфизма М98К (с. 603 Т>А) гена оптиневрин (OPTN).

Обсуждение

Частота встречаемости мутации М98К в 5-ом экзоне в гене оптиневрина среди больных ПОУГ с отягощенным семейным анамнезом по данному заболеванию составила 5%, а полиморфизма L41L в 4-ом экзоне гена OPTN не было обнаружено у больных ПОУГ Казахстана (см. таблица 3).

Таблица 3 - Частота встречаемости полиморфизмов L41L и M98K

Мутации	Больных ПОУГ	Группа контроля	Найдено мутаций у больных	В группе контроля	Процент встречаемости (%)	женщины	мужчины
L41L	60	20	-	-	-	-	-
M98K	60	20	3	-	5%	1	2

Аллель А полиморфизма М98К (с. 603 Т>А) в гене оптиневрина статистически достоверно встречается в группе больных ПОУГ, и не встретилась в группе контроля, и может рассматриваться как генетический фактор риска развития заболевания. Для полиморфизма L41L в генах оптиневрина (OPTN) ассоциации с глаукомой выявлено не было.

Разработан метод быстрого обнаружения полиморфизма М98К в гене оптиневрина с помощью ПДРФ анализа.

В Казахстане описанный способ может использоваться, как один из точных методов диагностики наследственной формы первичной открытоугольной глаукомы. Детекции полиморфизма М98К ферментативным гидролизом эндонуклеазой Eco147I ускоряет процесс и делает его более экономичным, и может быть использован, как экспресс-метод выявления на ранней стадии первичной открытоугольной глаукомы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Glaucoma. Basic and clinical course // American Academy of ophthalmology. - 2005. - 242 p.
- 2 Нестеров А.П. Первичная глаукома. - М.: Медицина. - 1995. - 288с.
- 3 Страхов В.В. Эссенциальная гипертензия глаза и первичная глаукома: автореф. дисс. д-ра мед. наук. - Ярославль: 1997. - 26 с.
- 4 Kanski J.J., McAllister J.A., Salmon J.F. Glaucoma: a colour manual of diagnosis and treatment // Br. J. Ophthalmol. - 1998. - Vol. 82.
- 5 2nd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann. 1996. Weinreb R. // Международный конгресс по глаукоме. – Сингапур: 2007.
- 6 <http://www.who.int/topics/blindness>
- 7 Алексеев И.Б. Врожденная глаукома // Офтальмология национальное руководство. - М.: 2008. - С. 699.
- 8 Shields M.B. Textbook of Glaucoma. – Baltimore: Williams & Wilkinns. - 1987. - 549 p.
- 9 Нестеров А.П. Глаукома. - М.: МИА, 2008. - 357 с.
- 10 Рахманов В.В., Никитина Н.Я., Захарова Ф.М. и др. Мутации и полиморфизмы генов миоцилина и оптиневрина как генетические факторы риска развития первичной открытоугольной глаукомы // Генетика. - 2005. - Т.41. - №11. - С. 1567-1574.

**М.А. АХМЕТОВ, О.Х. ХАМДИЕВА, Г.Б. УМУТБАЕВА, Б.Б. ЖУСИПОВА, Р.Е. АМЗЕЕВ,
А.В. БАЛМУХАНОВА, Н.Б. АХМАТУЛЛИНА**

ГЛАУКОМАМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ОПТИНЕВРИН (OPTN) ГЕНІНДЕГІ М98К
ЖӘНЕ L41L ПОЛИМОРФИЗМІНІҢ АССОЦИАЦИЯСЫ

Резюме: Глаукома – көру функциясының бұзылысымен, соқырлыққа әкелетін, көз ауруларының арасында кең таралған аурулардың бірі. Глаукоманың дамуының себептерінің бірі, тұқымқуалаушылық. Біріншілік ашық бұрышты глаукома (БАБГ) кезінде көру қабілетін сақтау үшін кілттік фактор ретінде ерте диагностика өте маңызды. БАБГ 60 науқас пен бақылау тобы 20 адам зерттелді. Глаукоманың тұқымқуалайтын түрінің дамуымен ассоциацияланған оптиневрин генінің М98К полиморфизмі анықталды. Қазақстанда кездесу жиілігі 5% құрады.

Түйінді сөздер: глаукома, генетика, оптиневрин, ПТР, РФПУ талдау

M.A. AKHMETOV, O.KH. KHAMDIYEVA, G.B. UMUTBAYEVA, B.B. ZHUSIPOVA, R.E. AMZEYEV,
A.V. BALMUKHANOVA, N.B. AKHMATULLINA

M98K AND L41L POLYMORPHISMS ASSOCIATION OF OPTINEURIN (OPTN) GENE IN PATIENTS WITH GLAUCOMA

Resume: Glaucoma - one of the widespread eye diseases bringing people to violation of visual functions, and also to a blindness. One of factors of development of glaucoma is heredity. Diagnostics at early stages is one of key factors of preservation of sight at the patient with primary open-angle glaucoma (POAG). 60 patients with POAG are investigated and the group of control made 20 people. Polymorphism of M98K of a gene optineurin (OPTN) associated with development of a hereditary form of glaucoma is revealed. Frequency of occurrence made 5% in Kazakhstan.

Keywords: glaucoma, genetics, optineurin, PCR, RFLP analysis

УДК616.311-076.5:612.662

Р.С. ИБРАГИМОВА, Н.А. ДАУЛЕТХОЖАЕВ, В.П. РУСАНОВ, У.Р. МИРЗАКУЛОВА
Казакский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова
г. Алматы, Казахстан

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ЛИЦ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ

Представлены результаты эпидемиологических и клинических исследований лиц среднего, пожилого и старческого возрастов, проживающих в г. Алматы и Алматинской области. Выявлена и проанализирована встречаемость у них различных клинических симптомов функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, функциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава, средний возраст, пожилой возраст, старческий возраст.

В последние десятилетия в связи с изменением структуры населения развитых стран в сторону увеличения удельного веса лиц пожилого и старческого возрастов существенно возрос интерес врачей разных специальностей к состоянию их здоровья [1].

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются у 20-76% населения, из них до 70-89% приходится на различные внутрисуставные функциональные расстройства [2,3].

Критический обзор публикаций об их эпидемиологии обнаружил большой разброс показателей их распространенности среди населения. В частности, ряд авторов утверждают, что различные признаки дисфункции ВНЧС имеются у 14-40% населения [4], другие считают, что у 19-63% населения и среди них значительную часть (35-40%) составляют лица юношеского возраста [5].

Некоторые авторы не отмечают существенных различий в распределении этой патологии по полу [6]. Однако большинство исследователей утверждают, что данное заболевание наблюдается преимущественно у женщин и составляет 70-80% от числа всех наблюдений [7,8,9].

На возникновение и развитие этой патологии влияют условия и образ жизни, возраст пациентов, состояние их жевательного аппарата и ряд других факторов. Распространенность заболеваний ВНЧС у людей пожилого и старческого возрастов изучена мало, а имеющиеся сведения о частоте этой патологии крайне противоречивы. А между тем, у

людей пожилого и старческого возрастов имеются различные возрастные морфо-функциональные особенности зубочелюстного аппарата, обуславливающих клинику заболеваний ВНЧС, особенно его функциональных нарушений и требующих соответственной коррекции. В связи с этим проведение данного исследования является актуальным и вполне своевременным.

Работа выполнена в рамках научно-технической программы «Разработка модели (программы) антистарения в обеспечении активного долголетия лиц пожилого возраста Казахстана», выполняемой РГКП на ПХВ «Казахским Национальным медицинским университетом им. С.Д.Асфендиярова».

Целью исследования явилось изучение распространенности клинических признаков заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у лиц среднего, пожилого и старческого возрастов г.Алматы и Алматинской области.

С этой целью проведены эпидемиологические исследования 1437 человек (817 женщин и 620 – мужчин) и клинические исследования 493 лиц (358 женщин и 135 мужчин).

Все 1437 респондентов, подвергнутых эпидемиологическим исследованиям, были распределены в 3 возрастные группы: среднего возраста (49-59 лет) – 609 человек, из них женщин – 331, мужчин – 278, пожилого (60-74 лет) – 553 человека, среди них женщин – 307, мужчин – 246 и старческого возраста (75 и старше) – 275 лиц, из них женщин – 179, мужчин – 96 (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение респондентов, подвергнутых эпидемиологическим исследованиям, по возрасту и полу

Воз-раст	Исследования	Пол				Всего:	
		женщин		мужчин		абс. число	%%
		абс. число	%%	абс. число	%%		
49-59 лет	эпидемиологические	331	40,51	278	44,84	609	42,37
	клинические	246	68,72	74	54,81	320	64,91
60-74 лет	эпидемиологические	307	37,58	246	39,68	553	23,13

	клинические	97	27,09	48	35,56	145	29,41
75-90 лет	эпидемиологические	179	21,91	96	15,48	275	24,89
	клинические	15	4,19	13	9,63	28	5,68
Ито-го:	эпидемиологические	817	100,0	620	100,0	1437	100
	клинические	358	100,0	135	100,0	493	100,0

Эпидемиологическими исследованиями были выявлены различные симптомы, характерные для функциональных нарушений ВНЧС, и частота большинства из них увеличивалась с возрастом (табл.2).

Так, жалобы на боль и дискомфорт в области ВНЧС указали 10,92%, из них в среднем возрасте – 9,03%, в пожилом – 11,57%, а в старческом – уже 16% респондентов.

Наличие щелчков в области ВНЧС при открывании рта, характерное для дисфункции сустава, обнаружено у 9,6%

респондентов, причем в среднем и пожилом возрастах частота их была на одном уровне (8,05% и 7,96% соответственно), а в старческом - она возросла до 16,36% опрошенных.

Встречаемость девиации нижней челюсти при открывании рта во всех возрастных группах была примерно на одном уровне (3,78%, 4,34%, и 4,36% случаев). Частота «заклинивания» (блокирования) сустава также почти не менялась с возрастом – у 3,61%, у 4,52% и у 4,73% соответственно.

Таблица 2 - Частота встречаемости симптомов функциональных нарушений ВНЧС в возрастном аспекте по результатам эпидемиологических исследований

Возрастные группы Симптомы		45-59 лет (609 человек, мужчин – 278 женщин - 331)		60-74 лет (553 человек, мужчин – 246 женщин - 307)		75 лет и более (275 человек, мужчин – 96 женщин - 179)		Всего (1437 человек, мужчин – 620 женщин - 817)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Боль и дискомфорт в области ВНЧС	Мужчины	17	6.11	32	13.01	18	18,75	67	10,80
	Женщины	38	11,48	32	10,42	26	14,53	96	11,75
	Всего	55	9,03	64	11,57	44	16,00	163	10,92
Щелчок в области ВНЧС	Мужчины	20	7,19	27	10,97	18	18,75	65	10,48
	Женщины	29	8,76	17	5,54	27	15,08	73	8,93
	Всего	49	8,05	44	7,96	45	16,36	138	9,60
Заложенность и/или звон в ушах	Мужчины	44	15,83	76	30,89	35	36,46	155	25,00
	Женщины	62	18,73	112	36,48	69	38,54	243	29,74
	Всего	106	17,41	188	34,00	104	37,82	398	27,70
Девиация нижней челюсти	Мужчины	13	4,68	6	2,44	5	5,21	24	3,87
	Женщины	10	3,02	18	9,86	7	3,91	35	4,28
	Всего	23	3,78	24	4,34	12	4,36	59	4,11
«Закли- нивание» сустава	Мужчины	8	2,88	12	4,88	2	2,08	22	3,55
	Женщины	14	4,23	13	4,23	11	6,15	38	4,65
	Всего	22	3,61	25	4,52	13	4,73	60	4,17
Пара- функции	Мужчины	18	6,47	37	15,04	9	9,38	64	10,32
	Женщины	12	3,62	21	6,84	22	12,29	55	6,73
	Всего	30	4,93	58	10,49	31	11,27	119	8,28

Парафункции в виде сжатия зубов, дневного и ночного скрежетания зубами, «беспищевого» жевания выявлены в 8,28% случаев. Частота их четко увеличивалась с возрастом: в среднем – у 4,93%, в пожилом – у 10,49%, а в старческом возрасте – у 11,27% респондентов. Этот факт, по-видимому, связан с неудовлетворительной фиксацией съёмных зубных протезов.

Наиболее часто встречались заложенность и/или звон в ушах – у 27,7% лиц, причем их встречаемость постепенно увеличивалась с возрастом: в среднем – у 17,41%, в пожилом – у 34%, а в старческом возрасте – у 37,82% респондентов. Данный признак функциональных нарушений, по-видимому, обусловлен постепенным снижением с возрастом высоты прикуса, в связи с чем суставная головка смещается кзади и давит на глазерову щель, через которую проходят сосуды и нервы, обеспечивающие иннервацию и кровоснабжение ушей и височно-нижнечелюстного сустава. Эпидемиологическими исследованиями не удалось выявить четкой взаимосвязи между

частотой встречаемости симптомов функциональных нарушений ВНЧС и полом респондентов. В целом некоторая тенденция к повышению частоты симптомов у женщин намечается, но в различных возрастных группах такая зависимость не наблюдается.

Клинические исследования проведены у 493 лиц (358 женщин, 135 мужчин), распределенных в 3 возрастные группы: среднего возраста (49-59 лет) – 320 человек, из них женщин – 246, мужчин – 74, пожилого (60-74 лет) – 145 человек, среди них женщин – 97, мужчин – 48 и старческого возраста (75 и старше) – 28 лиц, из них женщин – 15, мужчин – 13 (табл.1).

Поскольку эпидемиологические исследования у лиц среднего, пожилого и старческого возрастов не выявили четкой зависимости частоты симптомов патологии ВНЧС от пола, анализ клинических исследований проводился нами без учета пола обследуемых (табл.3).

Стираемость зубов, ведущая к снижению высоты прикуса и развитию патологии ВНЧС, выявлена у 17,65% обследованных лиц, причем самая высокая встречаемость была в пожилом возрасте – 20,69% и вдвое ниже – в старческом (10,07%), что объясняется меньшим количеством у них зубов.

У 43% лиц прикус был не фиксирован и частота этого симптома повышалась с возрастом: 33% - в среднем, 58,62% - в пожилом и 67,85 – в старческом.

Все обследованные лица имели дефекты зубных рядов.

Полная адентия выявлена всего у 12,98% обследованных, причем наиболее часто она обнаружена в старческом возрасте – у 28,5% человек, хотя встречалась и в среднем – у 8,12%.

Концевые дефекты зубных рядов имелись у 22,67% лиц, достигая наиболее высокого показателя в среднем возрасте – у 22,81%, а с возрастом эти показатели снижались: в пожилом – у 17,24%, в старческом – у 14,29% человек. Наиболее часто встречались комбинированные дефекты – у 22,67% лиц, и они почти равномерно распределились во всех возрастных группах: в среднем возрасте – у 67,50%, в пожилом – у 62,07%, в старческом – у 57,14% человек. Включенные дефекты обнаружены только в среднем возрасте - у 56%.

60,24% имеющих у обследованных лиц зубных протезов не отвечали требованиям и, следовательно, требовали замены.

Таблица 3 - Частота встречаемости симптомов патологии ВНЧС в возрастном аспекте по результатам клинических исследований

Симптомы \ Возраст		45-59 лет (320 чел.)		60-74 лет (145 чел.)		75 лет и более (28 чел.)		Всего (493 чел.)	
		Абс.	%%	Абс.	%%	Абс.	%%	Абс.	%%
Стираемость зубов		55	17,18	29	20,00	3	10,07	87	17,65
Характер дефектов зубных рядов	полная адентия	26	8,12	30	20,69	8	28,50	64	12,98
	концевые дефекты	73	22,81	25	17,24	4	14,29	102	20,67
	включенные	5	1,56	-	-	-	-	5	1,56
	комбинированные	216	67,50	90	62,07	16	57,14	322	65,30
Прикус не фиксирован		108	33,00	85	58,62	19	67,85	212	43,00
Протезы не отвечают требованиям		182	56,00	95	65,52	20	71,43	297	60,24
Щелчок в области ВНЧС		14	4,38	5	3,45	2	7,14	21	4,26
Смещение эстетического центра челюстей		248	77,00	102	70,34	24	85,71	374	75,86
Девияция нижней челюсти		51	15,94	23	15,86	4	14,29	78	15,82

Щелчки в области сустава определялись у 4,26% обследованных, и в старческом возрасте, как и при эпидемиологических исследованиях, они встречались почти в 2 раза чаще (7,14%), чем в среднем и пожилом возрастах.

Отмечена высокая распространенность довольно постоянного симптома дисфункции ВНЧС – смещения эстетического центра челюстей (средней межрезцово-линии) – у 75,86% лиц, и чаще в старческом возрасте (в 85,71%).

И, наконец, самая характерная особенность функциональных нарушений ВНЧС - девиация нижней челюсти (S- или Z-образное открывание рта) выявлена у 15,82% обследованных и встречалась она с одинаковой частотой во всех возрастных группах - 15,94%, 15,86%, 15,86% случаев.

Обсуждение результатов.

Эпидемиологические исследования жителей среднего, пожилого и старческого возрастов г.Алматы и Алматинской области показали, что от 4,11% до 10,92% респондентов имели те или иные симптомы функциональных нарушений ВНЧС. Анализ результатов эпидемиологических исследований не выявил зависимости их частоты от пола. Однако, клинические исследования у детей и лиц молодого возраста, проведенные нами ранее [10], обнаружили более высокую встречаемость этих признаков у лиц женского пола – 61,78%, чем мужского – 38,21%, что подтверждает данные ряда авторов, проводивших исследование у молодых лиц [8-11].

Согласно результатам клинических исследований частота симптомов, характерных для дисфункции ВНЧС, колебалась от 4,26% до 15,82%, что несколько ниже данных литературы, согласно которым различные признаки дисфункции ВНЧС имеются у 14-40% и даже у 19-63% населения, хотя значительную часть (35-40%) среди них составляют лица юношеского возраста [2,3,4]. Кроме того, проведенные нами ранее исследования 442 больных синдромом болевой дисфункции в возрасте от 16 до 72 лет показали, что среди них лица старше 50 лет составили только 14,9% (11). Изложенное

выше какой-то мере объясняет полученные нами данные. По-видимому, в старших возрастных группах (в одинаковой степени как у мужчин, так и у женщин) происходит адаптация зубочелюстного аппарата к факторам, обуславливающим дисфункцию ВНЧС (потеря зубов, снижение высоты прикуса, дисбаланс тонуса жевательных мышц, возрастная дряблость жевательной и мимической мускулатуры, нерациональное протезирование зубов и т.д.), в результате чего нижняя челюсть «привыкает» к новому, альтернативному положению, чем можно объяснить и высокую частоту смещения эстетического центра челюстей, выявленную у респондентов пожилого и старческого возрастов.

Выводы.

1. Частота различных симптомов функциональных нарушений ВНЧС у жителей г.Алматы и Алматинской области среднего, пожилого и старческого возрастов, выявленные эпидемиологическими исследованиями колебалась в пределах от 4,11% до 10,92%.
2. Клиническими исследованиями симптомы, характерные для функциональных нарушений ВНЧС, выявлены у 4,26% - 17,65% обследованных.
3. Встречаемость клинических признаков функциональных нарушений ВНЧС у обследованных лиц, не имела четкой зависимости от пола.
4. Частота большинства выявленных симптомов функциональных нарушений ВНЧС закономерно увеличивалась с возрастом. Для профилактики их необходимо рациональное протезирование зубов.
5. Все обследованные лица имели дефекты зубных рядов, из них у 34,08% выявлены полная адентия и концевые дефекты, обуславливающие возникновение и развитие патологии височно-нижнечелюстного сустава, что дает основание рассматривать это как важную медико-социальную проблему.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Третьякова С.Н. К вопросу о методах изучения процессов старения в Казахстане. // Сборник трудов юбилейной научно-практической конференции с международным участием. Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии. – СПб.: МАПО, 2011. -С.285-286.
2. Пузин М.Н., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. – М.: Медицина, 2002. – 158 с.
3. Писаревский Ю.Л., Семенюк В.М., Хышиткуев Б.С., Белокриницкая Т.Е. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин (клиника, диагностика, лечение). – М.: Медицинская книга. - Н.Новгород: Издательство НГМА, 2003. – 105 с.
4. Weinman A., Agerberg G. Mandibular dysfunction in adolescents // Acta Odontol. Scand. – 1986. – Vol. 44. № 1. – P. 55-62.
5. Magnusson T., Egermark-Eriksson J., Carlsson G. // J. Craniomandib. Pract. – 1986. – Vol. 4, № 4. – P. 338-402.
6. Eversol L.R., Machado L. Temporomandibular joint internal derangements and associated neuromuscular disorders // J. Am. Dent. Assoc. – 1985. - Vol. 110. - №1. – P. 69-79.
7. Molin C. From bite to mind: TMD a personal and literature review // Int. J. Prosthodont. – 1999. – Vol. 12. - № 3. – P. 279-288.
8. Gavish A., Halachmi M., Winocur E., Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls // J. Oral. Rehabil. – 2000. – Vol. 27. - № 1. – P. 22-32.
9. Raphael K.G., Marbach J.J. Comorbid fibromyalgia accounts for reduced fecundity in women with myofascial face pain // Clin. J. Pain. – 2000. – Vol. 16. - № 1. – P. 29-36.
10. Ибрагимова Р.С., Бакаева А. М., Федоров Д.Е., Усова Н.Ф., Якущенко В.М. // Распространенность функциональных нарушений височно-нижне-челюстного сустава у детей, подростков и лиц молодого возраста. - Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2012. – № 1
11. Ибрагимова Р.С. Диагностика и лечение синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с использованием альтернативных методов. // Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Алматы: 2006. – 270 с.

Р.С. ИБРАГИМОВА, Н.А. ДАУЛЕТХОЖАЕВ, В.П. РУСАНОВ, У.Р. МИРЗАКУЛОВА

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті Алматы қ., Қазақстан

ОРТА ЖАСТАҒЫ, ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ЖӘНЕ КӘРІЛІК ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДАҒЫ САМАЙ ТӨМЕНГІ ЖАҚСҮЙЕГІ БУЫНЫНЫҢ ФУНКЦИОНАЛЬДІ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Түйін: Алматы және Алматы облысында орта жастағы, егде жастағы және кәрілік жастағы адамдарда жүргізілген клиникалық және эпидемиологиялық зерттеулердің қорытындылары ұсынылды.

Самай төменгі жақсүйегі буынының функциональді бұзылыстарының әртүрлі клиникалық симптомдарының кездесуі талданып және анықталды.

Түйінді сөздер: самай төменгі жақсүйегі буыны, самай төменгі жақсүйегі буынының функциональді бұзылыстары, егде жас, кәрілік жас.

R.S. IBRAGIMOVA, N.A. DAULETKHZAIEV, V.P. RUSANOV, U.R. MIRZAKULOVA

Kazakh national medical university named after S.D.Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

PREVALENCE OF FUNCTIONAL DISORDERS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN MIDDLE-AGED, IN AGED, IN SENILE PEOPLE'S

Resume: The prevalence of separate signs or symptoms of temporomandibular joint functional disorders in middle-aged, in aged, in senile people's has been researched. Occurrence at them various clinical symptoms of functional disorders of a of temporomandibular joint was revealed and analysed.

Keywords: temporomandibular joint, functional disorders of temporomandibular joint, the middle age, the elderly age, senile age.

УДК. 617.7.

А.Ж. АУБАКИРОВА, З.Т. УТЕЛЬБАЕВА, А.А. ЕСИМОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

ЭЛЕКТИВНЫЕ КУРСЫ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОМПЕТЕНТНОГО ПОДХОДА К ИЗУЧЕНИЮ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

В статье рассматривается вопрос элективного курса «Введение в клиническую офтальмологию» для студентов 5 курса факультета общая медицина (ОМ). Представлены темы практических занятий, самостоятельной работы студента с преподавателем (СРСР) и самостоятельной работы студентов (СРС). Дана характеристика методов проведения практических занятий согласно новой модели компетентно-ориентированного обучения, принятого в КазНМУ. В процессе обучения используются современные методы, такие как «casestudy», «мозговой штурм», заполнение таблиц, схем, ситуационные задачи, деловые игры, составление алгоритмов диагностики и лечения. Компетентно-ориентированный подход образования способствует развитию в процессе обучения сразу нескольких компетенций, наиболее необходимых в практике врача, это когнитивная – знания изучаемого предмета, операциональная компетенция – владение практическими навыками, аксиологическая компетенция – коммуникативные навыки общения, правовая компетенция – знание законодательства и правовых основ медицины, самостоятельная работа – умение самостоятельно изучить литературу, провести анализ. Предложенный элективный курс направлен на закрепление, расширение и углубление знаний студентов по выбранному направлению, а так же стимулирует повышение активности, самостоятельности студентов в усвоении знаний, формирование умений и навыков, применение их на практике.

Ключевые слова: элективный курс, компетенции, офтальмология, кредиты, практические занятия, СРСР, СРС.

Основной стратегией высшего медицинского образования должно стать повышение качества непрерывного медицинского, при этом очень важно сохранить преемственность между традиционным образованием и новациями.

Для внедрения новаций деятельность преподавателя должна быть направлена на разработку и внедрение таких форм, методов, приемов и средств обучения, которые способствовали бы повышению активности, творческой самостоятельности студентов в усвоении знаний, формировании умений и навыков, применении их на практике. Одним из инновационных методов обучения является компетентный подход, который позволяет реализовать основные компетенции, навыки для того, чтобы сформировать конкурентоспособного выпускника.

В КазНМУ на протяжении нескольких лет принята модель профессиональной компетентности студента, которая включает в себя следующие компоненты:

1. Когнитивный компонент (знания)
2. Операциональный компонент (навыки)
3. Аксиологический компонент (коммуникативные навыки)
4. Правовой компонент (адвокат здоровья)
5. Непрерывное обучение

На кафедре офтальмологии проходят обучение студенты 4 курса ОМ, 3 курса стоматологического факультета, электив для 5 курса ОМ. Элективный курс «Введение в клиническую офтальмологию» рассчитан на 135 учебных часов, из них практических занятий 45 часов, СРСР- 45 часов и СРС-45 часов, состоит из 3 кредитов.

Кредит №1 включает 5 практических занятий:

1. Клинико-топографическая анатомия органа зрения. Исследование зрительных функций.
2. Миопическая болезнь и другие аномалии рефракции.
3. Патология защитного и слезного аппарата глаза.
4. Патология роговицы.
5. Аномалии развития хрусталика и катаракта

Рубежный контроль

Темы СРСР:

1. Методы исследования: биомикроскопия, офтальмоскопия
2. Амблиопия
3. Дакриоцистит новорожденного
4. Врожденная катаракта
5. Бельма

Темы СРС:

1. Изменения органа зрения при заболеваниях почек
2. Изменения органа зрения при ВИЧ
3. Отслойка сетчатки, болезнь Бехчета
4. Синдром Марфана
5. Синдром Беста.

Кредит №2 состоит из практических занятий:

1. Изменения глаз при инфекционных заболеваниях (увеиты)
2. Офтальмогипертензия и первичная глаукома
3. Вторичная и врожденная глаукома
4. Изменения органа зрения при патологии щитовидной железы
5. Изменения органа зрения при сахарном диабете

Рубежный контроль

Темы СРСР:

1. Изменения глаз при инфекционных заболеваниях (увеиты). Болезнь Бехтерева
2. Болезнь Стюж –Вебера
3. Неоваскулярная глаукома

4. Псевдотумор (лазерное лечение)
 5. Диабетическая ретинопатия при сахарном диабете
- Темы СРС
1. Ретинопатия недоношенных (диагностика)
 2. Ретинопатия недоношенных (алгоритм лечения)
 3. Глазные симптомы при акушерской патологии (диагностика)
 4. Синдром Франка-Каменецкого
 5. Авитаминозы и орган зрения

Кредит № 3, практические занятия:

1. Опухоли органа зрения
 2. Изменения органа зрения при сердечно-сосудистой патологии
 3. Нейрофтальмология
 4. Центральная и периферическая дистрофия сетчатки
 5. Неотложные состояния в офтальмологии
- Рубежный контроль
- Темы СРСП:
1. Опухоли органа зрения. Менингиома зрительного нерва
 2. Изменения органа зрения при атеросклерозе
 3. Нейрофтальмология. Изменения зрительного нерва при алкогольной, табачной интоксикации
 4. Центральная и периферическая дистрофия сетчатки: дистрофия Штаргардта
 5. Электрофтальмия.
- Темы СРС:
1. Профессиональные заболевания органа зрения (диагностика)
 2. Синдром Ригера
 3. Контактная коррекция зрения
 4. Современные хирургические методы коррекции аметропий
 5. Содружественное косоглазие

При проведении практических занятий использованы обсуждение темы, «casesstudy», «мозговой штурм», заполнение таблиц, схем, ситуационные задачи, деловые игры, при проведении СРСП – составление алгоритмов диагностики и лечения, ситуационные задачи. При проведении СРС- реферат, презентации, работа с литературой, интернет-ресурсами. Оценку знаний, практических навыков, коммуникативных навыков, правовых компетенций, самостоятельную работу студентов оценивали согласно разработанным на кафедре критериям.

Данный элективный курс направлен на закрепление полученных ранее знаний, расширение и углубление, получение новых знаний в различных разделах офтальмологии.

За последние 2 учебных года, с момента введения элективного курса, обучение прошли 92 студента 5 курса ОМ, из них 62 человека казахские группы и 30-русские, что составило 9 групп в 2011-2012г.г и 8 групп в 2012-2013г.г.

Таким образом, элективный курс, предназначенный для студентов, избравших своей специальностью офтальмологию, позволяет расширить, получить новые знания и представления о выбранной ими специальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аканов А.А. Модель медицинского образования Казахского национального университета им. С.Д.Асфендиярова, т.1. «Компетенции». – Алматы: КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, 2010. - С.103.
2. Екшембиева Л.В. Традиции и инновации в учебном процессе. – Алматы: «Қазақ университеті», 2008.
3. Панфилова А.П. Инновационные педагогические технологии. - М.: «Академия», 2009. – 192с.

А.Ж. АУБАКИРОВА, З.Т. УТЕЛЬБАЕВА, А.А. ЕСИМОВА

С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

ЭЛЕКТИВТІ КУРСТАР ОФТАЛЬМОЛОГИЯНЫ КОМПЕТЕНТТІ ОҚЫТУ ӘДІСТЕРІНІҢ БІРІ

Түйін: Статъяда ЖМ 5 курс электив курсына арналған «Клиникалық офтальмологияға кірісу» сурақтары қаралады. Тәжірибелік сабақтың СӨЖ және СӨӨЖ тақырыптары қаралған. ҚҰМУ қабылданған жаңа компетентті-бағдарланған моделге келтірілген тәжірибелік сабақтарды жүргізу әдістеріне мінездеме берілген. Усынылған электив курсы студенттердің таңдаған бағытына қарай, білімін тереңдетуге бағдарланған.

Оқыту барысында заманауи әдістер болған «casesstudy», «ми шабуылы», кестелерді, толтыру, схемалар, ситуациялық есептер ойындар, диагностика және емдеу алгоритмін құрастыру қолданылады. Компетентті бағдарланған бағытта оқу барысында бірден бір неше компетенцияның қалыптасуына көмектеседі: дәрігер практикасында өте қажет компетенция бул когнитивті –оқытылушы сабақты білу, операциялық компетенция-тәжірибелік дағдыларды білу, аксиологиялық компетенция-коммуникативті дағды общения, құқықтық компетенция-заңды және медицинаның негізгі құқықтарын, өзіндік жұмыс-әдебиетті өзіндік үйрену және анализ жасау қабилетін дамытады.

Усынылған элективті курс берілген бағытта студенттер білімін кеңейтуге, тереңдетуге бағытталған, және де студент активтілігін, өзіндік білім алуын арттыруға, білімін және дағдыларын қалыптастыруға оларды тәжірибеде қолдануға бағытталған.

Түйінді сөздер: элективті курс, компетенция, офтальмология, кредиттер, тәжірибелік сабақтар, СӨӨЖ, СӨЖ.

A.ZH. AUBAKIROVA, Z.T. UTELBAEVA, A.A.YESIMOVA

ELECTIVE COURSES AS A METHOD OF COMPETENCE-BASED APPROACH TO THE STUDY OF OPHTHALMOLOGY

Resume: The article discusses the elective course "Introduction to Clinical Ophthalmology" for the 5th year students Faculty General Medicine (OM). The topics of workshops, self-study student with the teacher (SRSP) and the independent work of students (CDS). The characteristic of the methods of practical training under the new model of competence-oriented education, adopted in KazNMU. During training using modern techniques such as «casestudy», «brainstorming», populating tables, charts, case studies, business games, making diagnosis and treatment algorithms. Competence-oriented approach promotes the development of education in the learning process of multiple competencies most needed in the practice, it is cognitive - knowledge of the subject under study, an operational competence - the possession of practical skills axiologic competence - communication skills, legal competence - knowledge of the law and the legal basis of medicine, independent work - the ability to study the literature and an analysis. The proposed elective course is aimed at consolidating, expanding and deepening students' knowledge in the chosen field, as well as stimulate increased activity and independence of students in mastering the knowledge and skills formation, their application in practice.

Keywords: elective course, competence, ophthalmology, loans, workshops, SRSP, the CDS.

УДК 616.831-002

С.Г. КОТЮЖИНСКАЯ, А.И. ГОЖЕНКО

Одесский национальный медицинский университет, Украина
ГП НИИ Медицины транспорта, г. Одесса, Украина

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Изучали особенности показателей липидтранспортной системы при заболеваниях с явлениями гипергепаринемии у больных гипертиреозом. Проведенный нами анализ состояния липидтранспортной системы при гипертиреозе, продемонстрировал гипохолестеринемия и гипотриглицеридемия на фоне увеличенной концентрации ХС-ЛПВП, что обусловлено повышенной активностью ЛПЛ за счет влияния на нее гепарина, содержащегося в большом количестве в данной группе обследованных пациентов. Увеличение концентрации гепарина в крови при гипертиреозе, на наш взгляд, может быть ответной реакцией гладкомышечных клеток на эндотелиальное напряжение из-за гиперфункции сосудов, вызванное действием тиреоидных гормонов и, особенно, метаболических изменений, которые возникают в тканях при энергетической недостаточности вследствие их действия на митохондрии.

Ключевые слова: липидтранспортная система, гепарин, липопротеинлипаза

Актуальность темы. В настоящее время доказано, что к числу наиболее значимых факторов риска развития и прогрессирования атеросклероза относятся дислипидемии, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение и длительное психо-эмоциональное напряжение [3,6,9].

Вместе с тем в литературе имеются противоречивые сведения о роли тех или иных факторов риска атеросклероза. Известно, что инфаркт миокарда при гипертиреозе встречается достаточно редко, несмотря на то, что для данных больных характерна эндотелиальная дисфункция, вследствие увеличения ЧСС, артериального давления, ударного объема, повышенной сократительной способности миокарда [9]. Установлено также, что избыток тиреоидных гормонов вызывает нарушения энергетического обмена, что приводит к активации процессов перекисного окисления липидов [1]. Следовательно, существуют все необходимые предпосылки для развития атеросклеротического повреждения сосудов, которое не наблюдается.

В последнее время сформулировано понятие липидтранспортной системы, которая обеспечивает доставку липидов от тонкого кишечника, либо жировой ткани к органам и тканям, использующих их [7]. При этом важно то, что все липопротеиды различных классов рассматриваются как звенья одной цепи.

Вместе с тем, следует обратить внимание, что жирные кислоты, используемые клетками, высвобождаются только на уровне

стенки сосудов. По сути дела липопротеины доставляют триглицериды только к эндотелиальным клеткам. Последний этап начинается с действия на липопротеиды липопротеинлипазы (ЛПЛ), которая расщепляет основные энергетически значимые липиды – триглицериды на жирные кислоты и глицерин, которые и усваиваются тканями [2,4,10].

Несмотря на многочисленные исследования, остается не до конца выясненным вопрос о функциональном взаимоотношении липидтранспортной системы и ЛПЛ, которую, как известно, активирует гепарин и их участия в транспорте липидов.

В этой связи становится актуальным проведение исследований, которые позволили бы установить патогенетические механизмы формирования нарушений функционирования липидтранспортной системы с учетом состояния гепаринового статуса больных.

Цель исследования. Изучение особенностей показателей липидтранспортной системы при заболеваниях с явлениями гипергепаринемии у больных гипертиреозом.

Материалы и методы исследования. В состав анализируемой выборки было включено 22 пациента с диффузным токсическим зобом, из них 16 (72,7%) мужчин и 6 (27,3%) женщин, средний возраст которых составил 43,4±9,6 лет (44,2±10,5 года – у мужчин, 42,6±8,7 года – у женщин), проходивших лечение в терапевтическом отделении областной больницы г. Одессы. Диагноз диффузного токсического зоба основывался на

характерных клинических симптомах и результатах гормонального обследования. Критерии исключения: тиреотоксикоз тяжелой степени, наличие токсической аденомы, прием йодсодержащих или тиреостатических препаратов, хронические заболевания в стадии декомпенсации. Контролем служила группа из 17 практически здоровых добровольцев, в возрасте 41,4±2,1 года. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Исследования липидтранспортной системы проводили ферментативным методом с использованием тест-наборов фирмы «Cormay Diana» (Польша). Определяли содержание общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке плазмы и уровень холестерина в липопротеидах высокой плотности (ХС-ЛПВП). Концентрацию ХС-ЛПВП устанавливали после осаждения фракций липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) под действием гепарина и ионов марганца. Содержание ХС в ХС-ЛПНП и ХС-ЛПОНП рассчитывали математически по формуле Фридвальта, коэффициент атерогенности (КА) – по А.Н. Климову. Содержание гепарина определяли по реакции с толуидиновым синим по методу Pierera в модификации А. П. Чернышовой [8]. Активность липопротеинлипазы (ЛПЛ) плазмы крови определяли титрованием по методу Т. Olivecrona в модификации В.Н.Титова [7]. В ходе исследований нами проводилась оценка эффективности липолиза плазменных ТГ *in vivo* и расчет коэффициента эффективности липолиза по Ю. В. Фроловой и соавт. [5].

Статистическую обработку материала проводили на персональном компьютере с помощью программ «Excel».

Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента. Для оценки корреляционных взаимоотношений между изучаемыми показателями применялся линейный корреляционный анализ с расчетом коэффициента линейной корреляции Пирсона (r). Различия считали достоверными при уровне значимости не менее 95 % ($p \geq 0,05$).

Результаты и обсуждение. Анализ содержания гепарина в крови лиц исследуемой группы показал, что у больных диффузным токсическим зобом уровень гепарина составил 10,72±1,13 против 6,03±0,27 МЕ/мл в контрольной группе ($p < 0,05$), что дает нам основания рассматривать данное явление как состояние гипергепаринемии. Очевидно, увеличение концентрации гепарина у больных ТГ обеспечивается активацией тучных клеток, синтезом и секрецией ими гепарина в окружающие ткани и просвет кровеносных сосудов.

Изучив показатели липидного спектра у пациентов с гипертиреозом на фоне гипергепаринемии, нами было отмечено достоверное снижение уровня ОХС на 25,5 % ($p < 0,05$) относительно контрольных величин (табл.). Следует отметить, что концентрация ОХС у пациентов с ГТ при этом оставалась в диапазоне референтных значений. Обращала на себя внимание тенденция к снижению показателей ХС-ЛПНП (на 7,2 %) и достоверное понижение концентрации ТГ (на 38,2 %) относительно контрольных данных. Концентрация атерогенной фракции липидов, а, именно, ХС-ЛПОНП уменьшалась в 1,5 раза по сравнению с показателями контрольной группы. Отличительной особенностью в группе больных ГТ было увеличение уровня ХС-ЛПВП.

Таблица - Показатели липидного обмена в исследуемых группах, (M±m)

Показатели, ммоль/л	Контроль (n=17)	ГТ (n=22)
ОХС	4,89±0,16	3,98±0,05*
ХС-ЛПВП	1,62±0,02	1,71±0,02*
ТГ	1,29±0,11	0,95±0,04*
ХС-ЛПНП	2,53±0,14	2,05±0,47
ХС-ЛПОНП	0,74±0,18	0,51±0,16
КА, ед.	2,37±0,25	1,22±0,03*

Примечание: * – $p \leq 0,05$ – достоверность различий по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, проведенный анализ позволяет констатировать, что при гипертиреозе на фоне гипергепаринемии состояние липидтранспортной системы характеризуется антиатерогенной направленностью, что подтверждает динамика относительных показателей атерогенности сыворотки крови – достоверное снижение КА (на 49,6 %, $p < 0,05$), ОХС/ХС ЛПВП (на 34,5 %, $p < 0,05$), ХС-ЛПНП/ХС-ЛПВП (на 46,0 %, $p < 0,05$) и ТГ/ХС-ЛПВП (на 35,7 %, $p < 0,05$) относительно контрольной группы.

При проведении корреляционного анализа в данной группе установлено наличие взаимосвязей с положительным вектором между уровнем ОХС и содержанием ЛПОНП ($r=0,52$, $p < 0,05$), ТГ ($r=0,61$, $p < 0,05$), а также корреляционная зависимость с отрицательным вектором между уровнем ОХС и содержанием ЛПВП ($r=-0,56$, $p < 0,05$).

Активность ЛПЛ в плазме крови у лиц группы исследования была 12,47±1,16 против 9,16±0,54 ммоль/л/ч у здоровых добровольцев. Следует отметить, что у лиц с ГТ уровень липолиза ТГ снижался на 54,74 %, в то время как в контрольной группе только на 24,12 %.

Такая активность ЛПЛ, на наш взгляд, обусловлена повышенной концентрацией гепарина, что и приводит липидтранспортную систему в антиатерогенное состояние.

Заключение. Таким образом, проведенный нами анализ состояния липидтранспортной системы при гипертиреозе, продемонстрировал гипохолестеринемия и гипотриглицеридемия на фоне увеличенной концентрации ХС-ЛПВП, что обусловлено повышенной активностью ЛПЛ за счет влияния на нее гепарина, содержащегося в большом количестве в данной группе обследованных пациентов.

Увеличение концентрации гепарина в крови при гипертиреозе, на наш взгляд, может быть ответной реакцией гладкомышечных клеток на эндотелиальное напряжение из-за гиперфункции сосудов, вызванное действием тиреоидных гормонов и, особенно, метаболических изменений, которые возникают в тканях при энергетической недостаточности вследствие их действия на митохондрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Климов А.Н., Никольчева Н.Г. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения / Руководство для врачей. - Спб.: Питер, 2009. – 234 с.
- 2 Кондашевская М.В. Тучные клетки и гепарин – ключевые звенья в адаптивных и патологических процессах / М.В. Кондашевская // Вестник РАМН. – 2010. – № 6. – С. 49-54.
- 3 Кухарчук В.В. Спорные и нерешенные вопросы в проблеме атеросклероза в первой декаде XXI века / В.В. Кухарчук // Терапевтический архив. – 2009. – Т. 81, № 5. – С. 14-22.

- 4 Ляпина Л.А., Ульянов А.М. Современные данные о гепарине и его биохимические свойства // Успехи современной биологии. – 2007. – Т. 103. – Вып. 1. – С. 69-85.
- 5 Роль активности липопротеидлипазы, гиперинсулинемии и уровня неэстерифицированных жирных кислот в развитии дислипидемий / Ю.В. Фролова, Е.В.Агеева, Т.В. Виноградова и др. // Медицинский академический журнал – 2005. – Т 5. – № 4. – С. 43-49.
- 6 Талаева Т.В., Братусь В.В. Атеросклероз: многофакторность и системность патогенеза / Т.В. Талаева, В.В. Братусь // Український кардіологічний журнал. – 2007. – № 5. – С. 101-111.
- 7 Титов В.Н. Атеросклероз как патология полиеновых жирных кислот. Биологические основы теории атеросклероза / В.Н. Титов. – М.: 2002. – 495 с.
- 8 Чернышова А.П. Основные ферментативные процессы в патологии и клинике ревматизма / А.П.Чернышева // Труды НГМИ. – Новосибирск: 1960. – С. 430-437.
- 9 Факторы и механизмы развития коронарного атеросклероза / Ю.И. Рагино, А.М. Чернявский, А.М. Волков, И.И. Волкова, М.И. Воевода. – Новосибирск: Наука, 2011. – 168 с.
- 10 Tsutsumi K. Lipoprotein Lipase and Atherosclerosis // Current Vascular Pharmacology. – 2003. – № 1. – P. 11-17.

S. KOTYUZHYNASKAYA, A. GOZHENKO

Odessa National Medical University

SD «Ukrainian research Institute of medicine of transport», Odessa

STATE OF LIPID TRANSPORT SYSTEM OF SYSTEM FOR PATIENTS WITH HYPERFUNCTION OF THYROID

Resume: Study of features of indexes of the lipid transport system at diseases with the phenomena of hyperheparinemia for patients hyperthyroidism.

Analysis of the state of the lipid transport system conducted by us at hyperthyroidism, hypocholesterolemia and hypotriglyceridemia showed on a background the increase concentration of cholesterol-HDL, that it contingently the over activity of lipoprotein lipase due to influence on her the heparin contained in great numbers in this group of the inspected patients.

Increase of concentration of heparin in blood at hyperthyroidism, in our view, can be the return reaction of smooth cells on endothelial tension from the hyper function of vessels, caused by the action of thyroid hormones and, especially, metabolic changes that arise up in tissues at power insufficiency because of their operating on mitochondria's.

Keywords: lipid transport system, heparin, lipoprotein lipase.

УДК 616 34—089.86—089.12

К.Т. ШАКЕЕВ, М.М. ЖАНАСОВА, М.А. ГАЗАЛИЕВА

*Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан*

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВЫСОКИХ КИШЕЧНЫХ СВИЩАХ

В основе патофизиологических изменений при высоких тонкокишечных свищах лежит изменение трофики, нарушения водно-электролитного баланса и степень выраженности этих изменений. Для коррекции нутритивного статуса эффективно трансфистульное энтеральное питание, что позволяет стабилизировать состояние больных и соответственно уменьшить количество неудовлетворительных результатов в 1,8 раз.

Ключевые слова: кишечные свищи, водно-электролитные нарушения, энтеральное питание, нутритивный статус, осложнения.

ВВЕДЕНИЕ.

Актуальность проблемы изменений гомеостаза при тонкокишечных свищах представляют одну из сложных проблем современной клинической медицины, что обусловлено продолжающимся ростом числа заболеваний кишечного тракта, при которых образуются кишечные свищи [1,2,3]. Отмечается увеличение частоты заболеваний, при которых образуются кишечные свищи и соответственно осложнений самих свищей [4]. Особые трудности возникают при лечении несформированных кишечных свищей, летальность которых достаточно высока и составляет 82-90% [5,6]. Несформированные кишечные свищи часто сопровождаются образованием гнойных полостей и затеков с развитием интоксикации и истощения. На характер осложнений влияет

уровень кишечного свища: чем проксимальнее расположение свища, тем больше потери электролитов, белков и ферментов и тем более выражено раздражающее воздействие кишечного отделяемого на окружающие ткани. При высоких свищах, за счет потерь через рану, развиваются водно-электролитные и белковые нарушения, а летальность достигает 67-71% [7]. У пациентов с несформированными свищами на фоне гнойно-инфекционных осложнений прогрессирует раневое истощение различной степени выраженности, что обусловлено большими потерями кишечного сока и длительной интоксикацией. Механизм развития аутоинтоксикации начинается с уменьшения осмолярности внеклеточной жидкости и возрастание объема внеклеточной жидкости, что ведет к гипергидратации клеток и снижению активности ферментов и нарушению метаболизма[8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Изучить патофизиологические изменения при высоких несформированных тонкокишечных свищах и коррекция их нарушений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Объектом исследования явились 47 больных с высокими тонкокишечными свищами, которые находились на лечении с

2008 по 2013 г.г. в клинике хирургических болезней №1 КГМУ. С целью сравнительной оценки эффективности разработанных способов лечения 47 больных с несформированными кишечными свищами были разделены на 2 группы. Распределение больных по типу свищей (табл.1).

Таблица 1 - Распределение больных в зависимости от типа кишечного свища в сравниваемых группах

Вид свищей	Основная группа, n=23		Контрольная группа, n=24	
	абс.	%	абс.	%
Первый тип	8	34,8	6	25,0
Второй тип	6	26,1	6	25,0
Третий тип	3	13,0	5	20,8
Четвертый тип	6	26,1	7	29,2
ИТОГО	23	100	24	100

Основная группа (n=23) больных, в которой были использованы разработанные в клинике методы лечения, и контрольная группа (n=24), где применялись традиционные методы лечения.

Характерные проявления кишечных свищей в зависимости от локализации на рисунке 1.



А

Б

Рисунок 1 - Сочетание множественных свищей в результате несостоятельности анастомозов и концевой сигмостомы - А; сочетанные высокие тонко- и толстокишечные свищи – Б.

В основной группе с целью защиты кожных покровов вокруг раны при массивном излитии кишечных соков проводилась аспирация. Критериями оценки нутритивного статуса являются масса и рост пациента, для расчетов используется формула Лоренца: $PMT = (Pc - 100) - [(Pc - 150)K]$, где PMT - рекомендуемая масса тела (кг); Pc - рост (см); K - коэффициент, составляющий 0,2 для мужчин и 0,4 для женщин. Однако при невозможности

измерения роста определяется объем плеча. В наших наблюдениях легкая степень нарушения питания не отмечалась. В таблице 2 представлены расчеты и данные лабораторных и антропометрических исследований, на основании которых больные в группах были разделены, согласно данным, по степени нарушения нутритивного статуса.

Таблица 2 - Оценка нутритивного статуса по методике Луфта В.М.

Показатели	Степень нарушения питания			
	Средняя		Тяжелая	
	Основная группа	Контрольная группа	основная группа	Контрольная группа

MT*, % PMT**	71-79	71-80	57-68	58-68
ИМТ, кг/м ²	15-16	12-14	16-17	13-17
ОП, см	>24-25 см	20-23	<20	<20
Лимфоциты	900-1500	950-1500	<900	<900
Альбумин г/л	25-30	25-30	<25	<25
Примечание - MT*- масса тела, PMT** - рекомендуемая масса тела				

Из данной таблицы, очевидно, что при тяжелой степени нарушения питания изменения таких лабораторных показателей, как лимфоциты и альбумин отражают степень нарушения питания. Антропометрические данные, как измерения окружности плеча, более точно отражают выраженность истощения больных. Объем плеча при тяжелой степени менее 20 см, а ИМТ прямо пропорционально снижается до 14-15 кг/м².

Степень нарушения питания у больных с высокими тонкокишечными свищами оценивалась по таким лабораторным показателям, как лимфоциты и альбумин, причем замечено, что эти показатели в динамике могут меняться интенсивнее, чем антропометрические показатели. Для коррекции водно-электролитных нарушений, кроме инфузионной терапии целесообразно применение энтерального трансфистульного питания при несформированных высоких тонкокишечных свищах.

Применен способ энтерального трансфистульного питания был применен у 22 больных с тонкокишечными свищами. Показанием к предложенному способу являются выраженность нарушения питания и наличие технических возможностей выполнения энтерального питания.

Оценку нутритивного статуса пациентов проводили по критериям В.М. Луфта и И.Е. Хорошилова. Пациенты имели недостаточность питания средней и тяжелой степени.

Для оценки эффективности разработанного способа энтерального питания больные разделены на 2 группы. В основной группе -12 больным (8 со средней и 4 с тяжелой степенью недостаточности питания), наряду с обычным лечением проводили энтеральное питание по разработанной методике. В контрольной группе - 10 больным (9 со средней и 1 с тяжелой степенью недостаточности питания) проводили традиционное лечение, включающее парентеральное питание. Ведение больных с тонкокишечными свищами включало сухоедение, адекватную инфузионную терапию с коррекцией водно-электролитных нарушений, местное лечение ран. При обильном излитии кишечных соков в открытую гнойную рану у этих пациентов применяли защиту кожи вокруг раны и периодическую аспирацию кишечного отделяемого с помощью электроотсоса в контрольной группе. В инфузионную терапию включали аминокислотные смеси (инфезол, аминоклазмаль), альбумин, свежемороженную плазму.

В контрольной группе применялось традиционное ведение кишечного отделяемого в отводящее колено кишки. Однако при этом большая часть раствора изливалась в рану из-за не герметичности системы, так как диаметр катетера не всегда совпадал с размером кишечного свища. В основной группе (12 пациентам) по разработанной методике вводили питательные растворы в отводящий сегмент с помощью аппарата. Для введения питательных растворов нами был использован ирригационный аппарат (Irrimatic), который состоит из основания, куда входят сосуд для жидкости, вмонтированный насос и трубка с конусовидным наконечником, который обеспечивает герметичность при введении питательных растворов при определенном давлении и скорости. Регулировку интенсивности введения раствора проводят механически с помощью рычага.

В среднем скорость введения питательных растворов составила 10 мм/мин по шкале аппарата. При превышении скорости более

15-20 мм/мин соответственно повышается внутрикишечное давление, нарушается герметичность и раствор вытекает ретроградно, изливаясь в рану. В зависимости от состояния кишечных петель скорость введения может меняться. Основу питательных растворов составляют мясной бульон, куда дополнительно добавляют ферменты (фестал, креон), глюкоза и витамины. При таком методе, вводимые в просвет тонкой кишки питательные растворы, обеспечивают до 1000-1500 ккал/сут. при действительном расходе энергии у таких пациентов в среднем 2200-2400 ккал/сут. Введение комплекса аминокислот более эффективно, чем использование готовых белковых препаратов. Этот принцип был использован при коррекции белковых нарушений. В качестве коррекции белкового баланса использовали аминокислотные растворы (инфезол, аминоклазмаль) и свежемороженную плазму (СЗП).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При несформированных тонкокишечных свищах в процессе применения данного способа трансфистульного энтерального питания удалось получить нормализацию нутритивного статуса у 10 пациентов основной группы; из них уменьшение степени недостаточности питания и обезвоживания получено у 8 пациентов (повышение плазменной концентрации альбумина, нормализация числа лимфоцитов), а у 2 достигнута стойкая стабилизация нутритивного статуса, что позволило произвести оперативное лечение. В контрольной группе положительные результаты получены у 6 в виде стабилизации недостаточности питания без уменьшения её степени, 4 пациентов имели неудовлетворительный результат.

Примененный способ энтерального питания при несформированных тонкокишечных свищах позволяет обеспечить obturацию свища конусовидным наконечником, предупреждающим ретроградный ток питательных растворов и дающим возможность регулировать скорость и давление вводимого раствора. При несформированных кишечных свищах, которые открываются в плохо отграниченную полость и/или в свободную брюшную полость, провести энтеральное питание не всегда представляется возможным, а местное лечение ран остается по-прежнему трудной задачей.

При анализе приведенных данных отмечены лучшие результаты в основной группе. В результате применения разработанного способа лечения в основной группе удалось получить хорошие результаты у 19 больных (57,6%), удовлетворительные у 11 (33,3%) и неудовлетворительные у 3 (9,1%). В контрольной группе получены следующие результаты - у 6 больных (17,1%) хорошие, удовлетворительные у 12 (34,3%) и неудовлетворительные у 17 (48,6%). В наших наблюдениях нарушение нутритивного статуса оценено у 22 больных, коррекцию белковых и водно-электролитных нарушений производили в зависимости от степени его нарушения. С целью оценки эффективности лечения, 22 пациента были разделены на две группы, в основной группе -12 больных (8 со средней и 4 с тяжелой степенью недостаточности питания). В контрольной группе у 10 больных (9 со средней и 1 с тяжелой степенью недостаточности питания), использовали готовые белковые препараты – казеин и альбумин. Оценка нутритивного статуса пациентов проводилась по критериям В.М. Луфта и И.Е. Хорошилова [9,10]. Динамика изменения лабораторных показателей в группах представлена в таблице 3.

Таблица 3 - Результаты коррекции гомеостаза в динамике лечения

Показатели	Основная группа, n=12		Контрольная группа, n=10	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общий белок, г/л	38±0,85	59±0,79*	43±0,68	50±0,67
К, ммоль/л	2,5±0,35	3,3±0,35	2,0±0,44	3,1±0,44
Na, ммоль/л	100±0,45	128±0,45*	102±0,45	118±0,45*
Ca, ммоль/л	1,8±0,65	1,9±0,65	1,7±0,12	1,9±0,12*
Hb, г/л	68 ±0,69	88±0,69*	72±0,28	78±0,22
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	2,2±0,34	3,2±0,37	2,0±0,84	2,9±0,81*
Лейкоциты, $10^9/л$	11±0,18	8±0,14	12±0,57	10±0,53
Примечание* - показатели достоверности с группами сравнения до лечения - $p < 0,05$.				

Прослеживается положительная динамика таких значимых показателей, как общий белок в основной группе в 1,5 раз, а в контрольной в 1,1 раз. Эффективность использования аминокислотного комплекса при коррекции белкового баланса приводит к положительным сдвигам в основной группе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- 1) В основе патофизиологических изменений при высоких тонкокишечных свищах лежат нарушение питания, водно-электролитные нарушения. А степень выраженности этих изменений зависит от локализации свища и наличия гнойно-инфекционных осложнений.
- 2) С целью коррекции нарушений питания и нормализации нутритивного статуса целесообразно трансфузионное энтеральное питание, что позволяет стабилизировать состояние больных и соответственно уменьшить количество неудовлетворительных результатов в 1,8 раз.
- 3) В основе патофизиологии принципов терапии гипогидратации лежит восстановление водно-солевого гомеостаза, регидратационная терапия, восстановление питьевого режима,

восстановление объема циркулирующей крови и трансфузия водно-солевых смесей.

- 4) Механизм развития аутоинтоксикации начинается с уменьшения осмолярности внеклеточной жидкости и возрастание объема внеклеточной жидкости, что ведет к гипергидратации клеток и снижению активности ферментов и нарушению метаболизма.

5) Сложные механизмы развития изоосмолярной гипогидратации, энтеральный эксикоз, гипохлоремия, при потере кишечного сока безвозвратно уходит гидрокарбонат натрия и жидкость, что ведет к внутриклеточной дегидратации и нарушению кислотно-основного баланса. Следовательно, сохранение кишечного сока или уменьшение его потери позволяет сохранять кислотно-основной баланс.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ан В.К., Ривкин В.Л. Неотложная проктология. – М.: Медпрактика, 2003. – 144 с.
- 2 Каншин Н.Н., Воленко А.В., Рудин Э.П. и др. Профилактика послеоперационных осложнений в хирургии толстой кишки // Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии: Труды. – Ростов-на-Дону: 2005. – С. 351.
- 3 Софронов Д.В., Богомолов Н.И. Хирургическое лечение заболеваний и травм ободочной кишки // Вестник хирургии. – 2005. - №2. – С.21-24.
- 4 Woodmann G., et al. Are differences in stage at presentation a credible explanation for reported differences in the survival of patients with colorectal cancer // Br. J. Cancer. - 2001. – Vol. 85(6). – P.787-790.
- 5 Doherty G. M., Lowney J. K. The Washington Manual of Surgery. - 2002. - 778 p.
- 6 Абдуллаев М.Ш., Попов И.В. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки // Вестник хирургии Казахстана. – 2008. - №4. – С. 51-52.
- 7 Wehrmann K., Frehmorgen P. Colon Diverticulosis – diverticulitiscag. – Freiburg (Germany): Dr. Falk Pharma GmbH, 2005. – 44 p.
- 8 Джозеф М. Хендерсон. Патофизиология органов пищеварения. - Бином паблишерс, 2010. - 272 с.
- 9 Луфт В.М. Нутриционная поддержка больных при критических состояниях как базисный метод коррекции метаболических нарушений // Вестник интенсивной терапии. - 2002. - № 3. – С. 5-6.
- 10 Хорошилов И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. – СПб.: Нормед-издат. - 2000. – 376 с.

K. T. SHAKYEV, M. M. ZHANASSOVA, M. A. GAZALIYEVA
Karaganda State Medical University, Karaganda, Kazakhstan

PATHOPHYSIOLOGICAL VIOLATIONS AT HIGH INTESTINAL FISTULAS

Resume: At the heart of the pathophysiological changes at high enteric fistula lies the change of the trophic, disorders of water and electrolyte balance, and the severity of these changes. To correct the nutritional status effectively transistula enteral nutrition, which allows to stabilize the condition of patients and thus to reduce the number of poor results in 1.8 times.

Keywords: intestinal fistulas, water and electrolytic violations, enteroalimention, nutritive status, complications.

К.Т. ШӘКЕЕВ, М.М. ЖАНАСОВА, М.А. ҒАЗАЛИЕВА
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды, Қазақстан

АЩЫ ІШЕК ЖЫЛАН КӨЗ КЕЗІНДЕГІ ПАЙДА БОЛҒАН ПАТОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР

Түйін: Ащы ішек жылан көздер пайда болған трофикалық өзгерістер, су мен электролиттік балансының бұзылуы патофизиологиялық өзгерістерінің негізінде жатыр. Нутритивтік статусының ондау үшін трансфистулдық энтералдық тамақтандыру колданған да науқастардың жағдайың жақсарту үшін қанағатсыз нәтиже 1,8 рет азайды

Түйінді сөздер: ішек жылан көз, су және электролиттік өзгерістер, энтералдық әдіс тамақтандыру, нутритивтік статус, асқынулар.

УДК 616.36-002.2-022:578.825.11J-053.2-036.1-07-08

Ж.Т. ДОСБАЕВА, М.З. АЖАХМЕТОВА, Д.К. ОМАРБЕКОВА, А.Б. ЕРКАСЫМОВА
Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

КЛИНИКА ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ВПГ + ЦМВ С СИНДРОМОМ ХОЛЕСТАЗА

Холестаз у новорожденных и детей до 3 мес. с инфекционной патологией главным образом обусловлен внутриутробными инфекциями. При инфекциях, вызванные вирусом простого герпеса и цитомеловирус отмечены высокая частота патологического процесса.

Ключевые слова: новорожденные, синдром холестаза, вирус простого герпеса, цитомегаловирусная инфекция.

Актуальность. Перинатальные инфекции являются основной причиной неонатального (фетального) гепатита и холестаза у детей. В целом болезни входящие TORCH-синдром (вирус простого герпеса, цитомегаловирус, сифилис, туберкулез, токсоплазмоз, листериоз) являются важной причиной перинатальной и детской патологии и смертности, особенно в Азиатских странах. По сообщениям специалистов из разных стран внутриутробные инфекции могут являться причиной мертворождения и ранней младенческой смертности в 40% случаях /Н.М. Богданова, 1996; В.В. Иванова, В.А.Цинзерлинг, Д.В. Комарова, С.С. Васькова, В.Ф. Цинзерлинг, 1997/.

До сих пор частота инфицирования беременной женщины остается неизученным вопросом, различные авторы приводят разные цифры этого показателя – от 5 до 85% случаев, но большинство специалистов утверждают, что количество внутриутробной инфекций растет год от года /В.В. Иванова, О.А. Аксенов, 1988; А.А. Баранова, 1999/. Также, в литературе

имеются различные данные о частоте заражения плода при внутриутробном развитии, при рождении и ребенка до трехмесячного возраста – от 5 до 60 % случаев /И. Миллер, 1983; Л.Л. Нисевич, А.Г. Талалаев, Л.П. Каск, 1999/.

Внутриутробные инфекции являются причиной многих патологий детей раннего возраста, как врожденных, так и приобретенных в течение первых 3-х месяцев жизни /Н.П. Шабалов, 2006/.

Материалы и методы исследований. Под наблюдением находились 104 детей с ВПГ+ ЦМВИ.

При анализе анамнестических данных детей с синдромом холестаза, где в качестве этиологической причины было ВПГ+ЦМВ, выявлен высокий процент недоношенных (12,5%) и детей, родившихся с помощью кесарева сечения (7,7%).

В таблице 1 приведены данные по количеству недоношенных детей и детей, родившихся с помощью кесарева сечения.

Таблица 1 – Родоразрешения матерей детей ВПГ+ЦМВ с синдромом холестаза

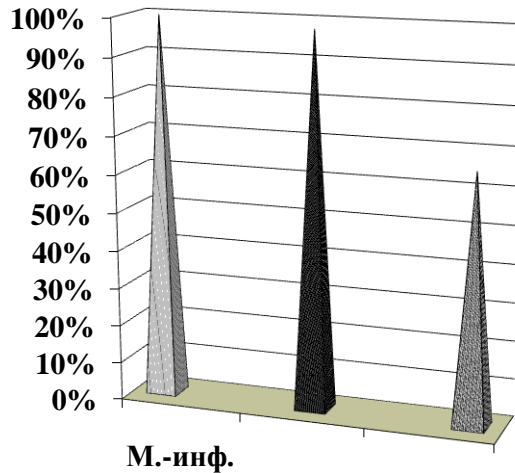
Вид родоразрешения	Количество	P(%) ±m
Кесарево сечение	8	7,7 ±2,66
Недоношенность	13	12,5±3,29
Всего родоразрешилось	104	100

Поражение печени в группе детей с ВПГ+ЦМВ проявлялось следующим образом: диффузные изменения паренхимы печени

– 100%, увеличение размеров печени – 100%, деформация желчного пузыря – 20 случаев (19,2 %), ДЖВП по

гипермоторному типу – 16 (15,4%). В нарушениях ЦНС у детей с холестазом, вызванным микст-инфекцией ВПГ+ЦМВ, наибольший удельный объем занимают ПЭП – 76 случаев (73%), ГГС – 75 (72%), ПВК – 24 (23%), ВЖК – 16 (15,4%), ПВО – 12 (11,5%). Патология желудочно-кишечного тракта наиболее часто наблюдалась срыгивание – 57,7 %, рвота – 3,9 %, дисбактериоз

кишечника – 3,9%. Нарушения кроветворной системы, представленные главным образом анемиями – 11,6% (Рисунок 1). Диффузные изменения паренхимы селезенки – 11,5%. Патология почек: расширение чашечно-лоханочной системы – 14,4%. Заболевания органов дыхания (5,8 %): бронхопневмонии (1,5%), ОРВИ (4,3%).



□ Поражение печени ■ ЦНС ■ ЖКТ

Рисунок 1 – Число детей с поражениями внутренних органов при ВПГ+ ЦМВИ

Патологии при микст-инфекции также проявлялись более тяжело: диффузные изменения паренхимы печени более выраженные, увеличение размеров печени в этой группе детей более выражено, количество ярко выраженных желтух больше, нарушения центральной нервной системы имели более

тяжелый характер. О других различиях описания будут даны ниже.

В таблице 2 представлены результаты общего анализа крови по группе детей с ВПГ+ЦМВ - инфекцией

Таблица 2 – Показатели гемограммы детей больных ВПГ+ЦМВ с синдромом холестаза

Показатели	Группы исследования		
	Новорожденные n = 27	1-3 мес n = 77	Контрольная группа n = 20
	M ± m,%	M ± m,%	M ± m,%
	P ₁	P ₂	P ₃
Лейкоцитоз	(9) 33,3 ± 9,06	(35) 45,4 ± 5,67***	(2) 10,0 ± 6,70
Лимфоцитоз	(10) 37,0 ± 9,3***	(4) 5,2 ± 2,53	(2) 10,0 ± 6,70
Нейтрофилез	(6) 22,2 ± 7,99	(42) 54,5 ± 5,67	-
Палочкоядерные	(2) 7,4 ± 5,03	(9) 11,7 ± 3,66	-
Моноцитоз	(4) 14,8 ± 6,83	(49) 63,6 ± 5,48***	-
Ускорение СОЭ	(5) 18,5 ± 7,47	(27) 35,1 ± 5,43	-
Анемия	(4) 14,8 ± 6,83	(25) 32,6 ± 5,43	(6) 30,0 ± 10,25
Достоверность различия показателей *** P<0,001			

В группе детей с микст-инфекцией (ВПГ+ЦМВ) в гемограмме большинство показателей превышают нормальные значения: лейкоцитоз; увеличение средних значений эозинофилов и нейтрофилов также с превышением нормальных значений;

значительный лимфоцитоз, превосходящий норму на 70%; моноцитоз - у половины больных детей, остальные показатели в пределах верхней границы нормальных значений.

Таблица 3 – Количество и соотношение детей с повышенными печеночными биохимическими показателями синдромом холестаза микст-этиологии ВПГ+ЦМВ (на момент поступления)

Показатели	Группы исследования		
	Новорожденные n = 27	1-3 мес. n = 77	Контрольная группа N = 20
	M ± m,%	M ± m,%	M ± m,%
	P ₁	P ₂	P ₃
Общий билирубин (мкмоль/л)	(27)100	(77)100***	(1)5,0±5,0
Прямой билирубин (мкмоль/л)	(27)100	(77)100	-
АЛТ (μkat/l)	(2)7,4±5,03	(14)18,2±4,39	-
АСТ(μkat/l)	(3)11,1±6,04	(13)16,9±4,27	-
ЩФ (μkat/l)	(27)100	(77) 100	-
ГГТП(μkat/l)	(14)52,0±9,61***	(20)26,0±4,99	-
Тимоловая проба (Ед)	(1)3,7±3,6	(2)2,6±1,81	-

Достоверность различия показателей ***P<0,001.

В таблице 3 представлены данные о числе (%) больных микст-инфекцией ЦМВ+ВПГ, имеющих повышенные биохимические показатели поражения печени.

Основными маркерами холестаза являются билирубин и ЩФ. На рисунке 2 видно, что общий билирубин в среднем выше нормы более 11,5 раз за счет прямой фракции.

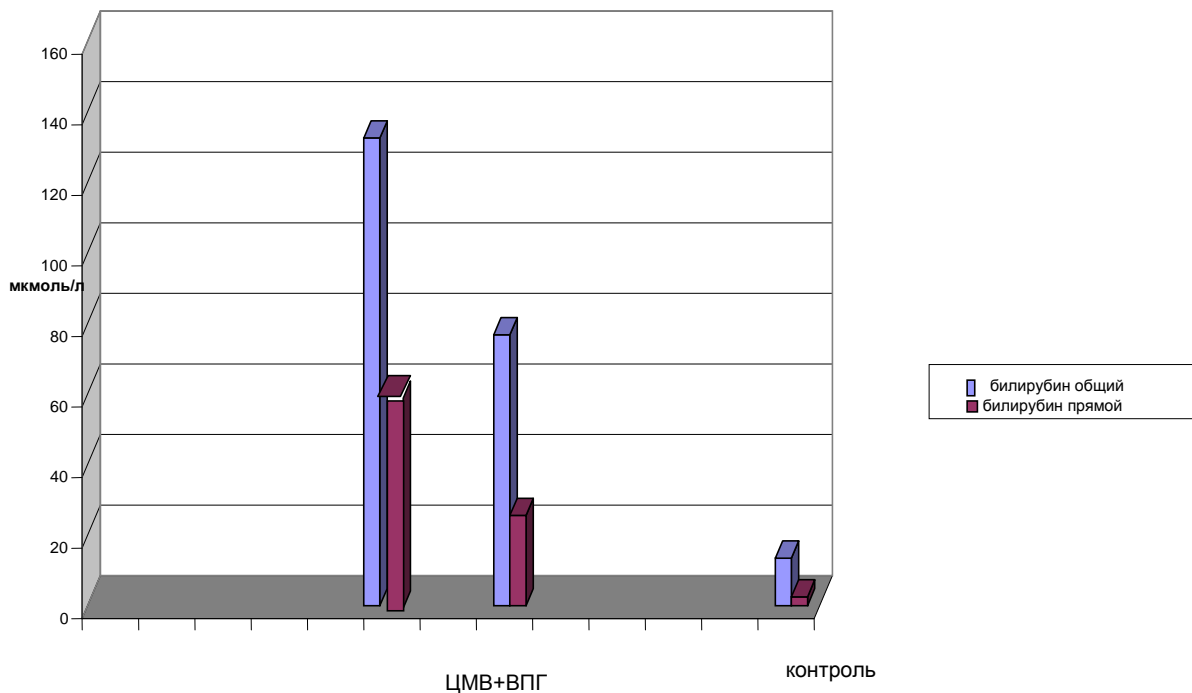


Рисунок 2 – Показатели общего и прямого билирубина в этиологических группах ВУИ при поступлении и на момент выписки

Значения ЩФ выше нормативных 14,5 раз. В то же время показатели ГГТП в группе новорожденных у 14 детей (52,0±9,61%), а у 20 (26,0±4,99%) в группе 1-3 мес. детей не превышали нормы. Печеночные ферменты АЛТ и АСТ были изменены значительно. Остальные показатели находятся в пределах нормальных значений.

Для постановки диагноза использовались результаты ИФА с определением специфических антител (IgM и IgG) у детей и их

матерей все случаи холестаза с этиологией ВПГ+ЦМВ, прошедшие по отделению патологии новорожденных, подтверждены ИФА. В 95 % случаев титр IgG (ВПГ) был выше в 5-8 раз (средний уровень - 0,114±0,03: 1-ое исследование – 0,620±0,124; 2-ое исследование (через 14 дней) – 0,992±0,124) по сравнению с критической.

Таблица 4 – Динамика биохимических показателей у больных ВПГ+ЦМВ с синдромом холестаза при поступлении и выписке

Показатели	При поступлении n=104	При выписке n=104	Контрольная группа n=20
Билирубин общий (мкмоль/л)	132,6±33,64	76,8±28,4*	13,5±5,5
Билирубин прямой (мкмоль/л)	59,5±12,4*	25,6±9,1*	2,5±1,5
ЩФ (μkat/l)	5,2±1,1	3,1±1,1*	0,3±0,2
ГГП (μkat/l)	4,8±1,7	3,5±0,9	3,3±1,5
АЛТ (μkat/l)	0,46±0,22	0,23±0,17	0,2±0,1
АСТ (μkat/l)	0,41±0,19	0,26±0,53	0,25±0,15
Холестерин (мкмоль/л)	3,7±1,2	2,4±1,2	0,8±0,5
Тимоловая проба (Ед)	2,8±2,2	3,4±1,9	2,0±1,5
Достоверность различия показателей *P<0,05			

Таким образом, проведенные исследования выявили, что в этиологии холестаза у новорожденных детей до 3 мес. ведущую роль играют представители ВПГ и ЦМВ, которые в наших исследованиях преобладали в виде микст - инфекции – ВПГ + ЦМВ (52 %).

Характерным для детей с данной микст - инфекцией был нередко встречавшийся отягощенный акушерский анамнез у их матерей, а также течение беременности с осложнениями.

В нарушениях ЦНС (73%) у детей с холестазом, вызванным микст-инфекцией ВПГ+ЦМВ, наиболее часто отмечены перинатальная энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром, перивентрикулярное кровоизлияние, внутрижелудочковое кровоизлияние, перивентрикулярный отек. В патологиях желудочно-кишечного тракта (65,5%) наиболее часто наблюдалось срыгивание, рвота, дисбактериоз кишечника. Нарушения кровяной системы

(11,6%), представлены главным образом анемиями. Диффузные изменения паренхимы селезенки – 11,5%. Поражение почек (14,4): расширение чашечно-лоханочной системы. Заболевания органов дыхания (5,8%): бронхопневмонии, ОРВИ.

Поражение печени имели место у всех больных ВПГ+ЦМВ.

Все случаи холестаза с этиологией ВПГ+ЦМВ была типична и более выражена, чем при моноинфекциях: более тяжелое общее состояние, желтушность кожи, иктеричность склер более выражены.

Результаты общего анализа крови показали, что большинство показателей с микст - инфекцией ВПГ+ЦМВ выходят за границы нормальных значений.

Биохимический анализ крови показал, что по основным маркерам холестатических нарушений (билирубин общий и прямой, ЩФ) средние значения превышают как нормальные.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Айламазян Э. К. Антенатальная диагностика и коррекция нарушений развития плода // Рос. вестник перинатологии и педиатрии — 1999. — Т.44. — № 3. — С. 6-10.
- 2 Богданова Н. М. Развитие детей раннего возраста с внутри утробным заражением (инфицированием): автореф. дис. ... канд. мед. — СПб.: 1996. —С.20.
- 3 А. А. Баранов. Здоровье детей России: Состояние и проблемы. — М.: 1999. — С.273.
- 4 Нисевич Л. Л., Талалаев А. Г., Каск Л. П. и др. Значение различных вирусных инфекций в невынашивании, мертворождении, перинатальной и младенческой смертности // Педиатрия. — 1999. — № 1. — С. 4-10.
- 5 Инфекции во время беременности // Материалы учебного семинара ВОЗ: Основная дородовая, перинатальная и постнатальная помощь. — 2002. — Модуль 5.
- 6 Мухина Ю.Г., Дегтярева А.В. Холестаз у новорожденных и детей первых месяцев жизни // Под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В.Римарчук. — М.: 2002. — С. 306-351

Ж.Т. ДОСБАЕВА, М.З. АЖАХМЕТОВА, Д.К. ОМАРБЕКОВА, А.Б. ЕРКАСЫМОВА
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ЖАЙ ГЕРПЕС ЖӘНЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯМЕН ХОЛЕСТАЗ СИНДРОМЫНЫҢ БАЛАЛАРДАҒЫ КЛИНИКАСЫ

Түйін: Нәрестелер мен 3 айға дейінгі балалардағы холестаз синдромы жатыр ішілік инфекциялармен шақырылған. Жай герпес және цитомегаловирусты инфекция кезінде жиі патологиялық өзгерістер анықталынады.

Түйінді сөздер: нәрестелер, холестаз синдромы, жай герпес вирусы, цитомегаловирусты инфекция.

М.ОГАНЕСЯН

*к.м.н., доцент кафедры гигиены и экологии,
Ереванский государственный медицинский университет им М. Гераци*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АРМЕНИИ

Целью данного исследования является выделение особенности распространенности и заболеваемости раком молочной железы в Армении с 2005 по 2011 с учетом промышленного производства каждого марза. Общая тенденция свидетельствует об увеличении первичной заболеваемости РМЖ в Армении, с наиболее высоким уровнем заболеваемости в Ереване. Практически во всех марзах заболеваемость среди городского населения превышает таковую у сельского.

Ключевые слова: *заболеваемость, распространенность, РМЖ, промышленность, окружающая среда, канцерогенез.*

Введение. Настоящая работа является фрагментом широкомасштабного исследования, посвященного заболеваемости и смертности от рака различных локализаций в Армении и связи между этими показателями и медико-гигиеническими и медико-социальными характеристиками.

Рак молочной железы (РМЖ) является не только самой распространенной локализацией среди женского населения, но и ведущей причиной смерти практически во всем мире [8].

Так, только в США по прогнозу на 2013г. ожидается число заболевших 232340 и число смертей 39620 (Am. Cancer Society Statistic Article¹. – 2013)

Что же касается Еврорегиона, куда входит и Армения, то здесь по состоянию на 2004г. было приблизительно 350 000 новых случаев, диагностируемых каждый год, а всего число больных достигало 1 300 000 человек [9], а по данным Levi F. et all. [8] смертность достигала 17,9 на 100 000 женского населения.

Отмечался рост заболеваемости и смертности в Еврорегионе в связи с присоединением в 2004г. новых 10 стран с 75-миллионным населением. Так, в 2006г. число женщин с впервые установленным диагнозом РМЖ достигло 430 000, а число смертных случаев – 132 000 (Responding to the challenge of cancer in Europe, 2008).

Эпидемиологическое исследование, проведенное ранее в Армении (Базилян Г.К., 2006) охватывало 12-летний период (1992-2004) и касалось заболеваемости по республике, которая затем была распределена по 5-и медико-географическим регионам, установленным в 1998г [1]. Согласно данным Г.К. Базиляна [2] заболеваемость РМЖ начинает увеличиваться с 1999г. и постоянно растет по всей стране с 647 новых случаев (в 1999г.) до 876 (в 2004г.). Наше исследование касается новых случаев заболевания (или первичной заболеваемости) охватывает период 2005-2011гг., что позволит провести сравнительную оценку динамики заболеваемости РМЖ в Армении.

Армения – это Ереван (столица) и 10 марзов (областей), каждый из которых имеет свою специфику промышленного развития: горнодобывающей (медь, молибден, алюминий, золото, хром, цинк, мышьяк, свинец, алюмосиликаты) и обогатительной (алюминий, золото, медь, молибден), химической (производство синтетического каучука, ацетилена, пластмассовых и резиновых изделий, карбида кальция, аммония), строительной (цемент, известь, гипс, туф, бентонит, цеолит, асбест, мрамор), энергетика (АЭС, ГРЭС, ТЭЦ). Все это располагается на территории 28,0 тыс. кв. км.

Цель исследования – выделить особенности распространенности и заболеваемости раком молочной железы в Армении, с учетом промышленного производства каждого марза.

Материал и метод. В работе использованы официальные материалы Национального статистического центра Республики Армения, Информационного аналитического центра МЗ РА, Канцер-регистра при Онкологическом научном центре МЗ РА

(абсолютные числа впервые установленного диагноза), а также Государственного комитета по недвижимости при Правительстве Армении.

Расчет заболеваемости на 100 000 всего населения (а также мужского и женского, городского и сельского) и построение графиков произведены по программе Excel.

Собственные исследования. Согласно данным ОНЦ с 2005г. до 2011г. число новых случаев РМЖ в Армении увеличилось с 927 до 1140.

На рисунке 1 представлены данные на 100 000 женского населения всей страны, в городе и селе, начиная с 2002г.

Как видно из рисунка, начиная с 2004г. имеет место постоянное увеличение первичной заболеваемости, как в целом, так и отдельно среди городского и сельского населения.

Особенно выражено это увеличение среди городского населения, где даже незначительное снижение не доходит до уровня предыдущего (2005, 2008, 2010). Вместе с этим отмечается увеличение первичной заболеваемости среди сельского населения: в 2005г. по сравнению с 2002г. на 29,5%, а в 2011г. более, чем в 2 раза.

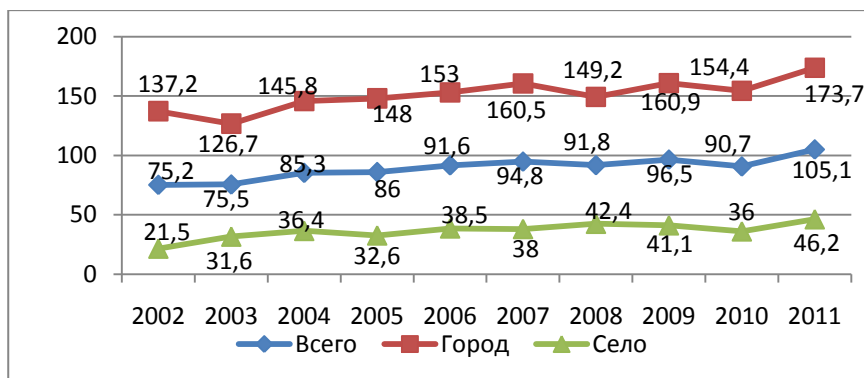


Рисунок 1 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в республике (2002-2011гг.)

Последующие рисунки представляют динамику первичной заболеваемости с 2005г. до 2011г. На рисунке 2 представлена динамика первичной заболеваемости в Ереване.

Абсолютное число новых случаев составляло в 2002г. 375, в 2005г. – 426, в 2011г. – 511 случаев.

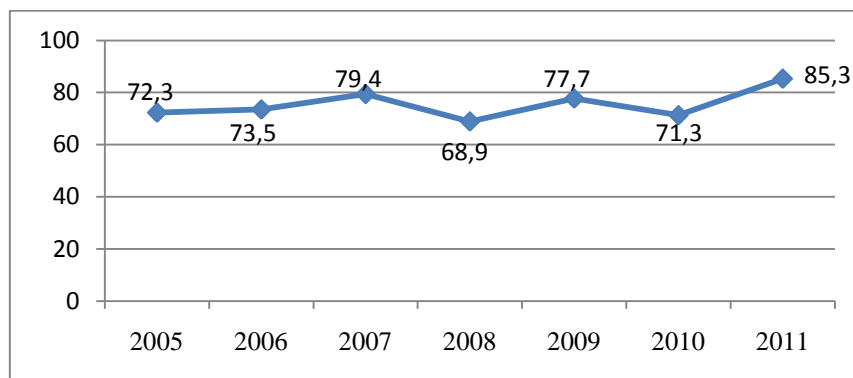


Рисунок 2 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Ереване (2005-2011гг.)

Еще в 1988г. Мурашкиным В.В. на примере Еревана была установлена статистически значимая зависимость частоты заболеваемости раком от тех или иных загрязнителей. На основании ориентировочных данных автор предполагает рост заболеваемости РМЖ и прямой кишки у женщин и бронхолегочной системы у мужчин. Предполагаемый рост рассчитан при условии, что учет, качество диагностики, а также степень воздействия факторов окружающей среды останутся на прежнем уровне [3].

Влияние канцерогенных факторов, загрязняющих воздушный бассейн города, стало для Еревана самостоятельной проблемой. В последние годы внешний облик города «обогатился» совершенно новыми элементами. Вырубка зеленых массивов и осушение малых и больших искусственных водоемов привела к ухудшению микроклимата. Транспортное положение Еревана в узле важнейших шоссейных дорог, а также чрезвычайная загруженность города автотранспортом, работающим на различных горючих материалах, обуславливает высокую загазованность воздуха. В юго-восточной части города на огромной территории разместились многочисленные корпуса завода «Наирит» (не действует с 2010г.). На ацетилене возник ряд новых химических предприятий, в том числе такие гиганты, как заводы «Поливинилацетат» и автомобильных шин. Ацетиленовый цикл производства – один из мощных по выпуску высокомолекулярных соединений, органических полимеров. В

течение многих лет он давал разнообразную продукцию: ацетилен, хлоропеновые каучуки и латексы, каустическую соду, соляную и уксусную кислоты, винилацетат и полимеризационные пластики, поливиниловый спирт, электроизоляционные эмульсии и лаки, смолы, пластические массы, автошины, самые различные резинотехнические изделия, а также выпуск гербицида – кротилина, получающегося из отходов производства синтетического каучука и широко используемого в сельском хозяйстве. В строю действующих производство химических реактивов, витаминов, лекарств, полуфабрикатов из молибдена и алюминия. Сильно возросший объем строительных работ потребовал в большом количестве строительных материалов: вяжущие материалы, а также строительный песок получают и разрабатывают в черте города, свою лепту вносит мраморообработывающий комбинат, выбрасывающий в воздух облако пыли, в частности мелкодисперсной.

На следующих рисунках представлена первичная заболеваемость РМЖ в каждом марзе отдельно. Даются краткие сведения о промышленном производстве.

Арагацотский марз. Промышленность представлена добычей и обогащением руды золота, добычей перлита и пищевой промышленностью. Развито виноградарство и плодоводство.

Абсолютное число новых случаев составляло в 2002г. 271, в 2005г. – 23, в 2011г. – 34 случая.

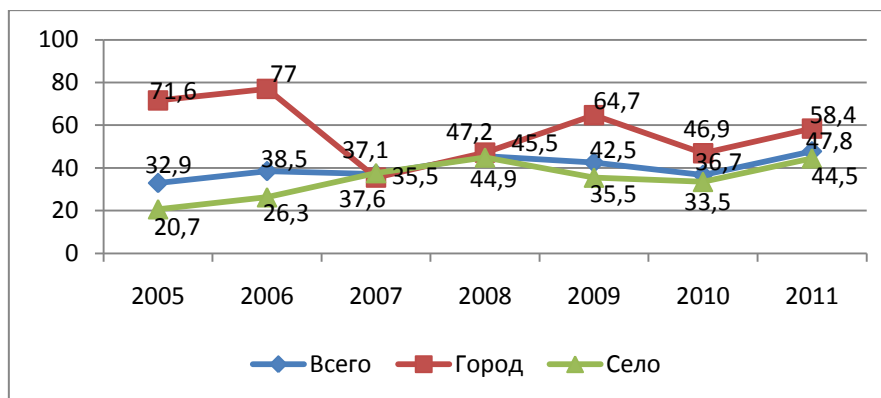


Рисунок 3 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Арагацотском марзе (2005-2011гг.)

Араратский марз. Промышленное производство включает производство цемента, гипса, стройматериалов, извести, травестина. Производство полуфабрикатов меди и золота.

Развито сельское хозяйство. Абсолютное число новых случаев составляло в 2002г. 51, в 2005г. – 48, в 2011г. – 65 случая.

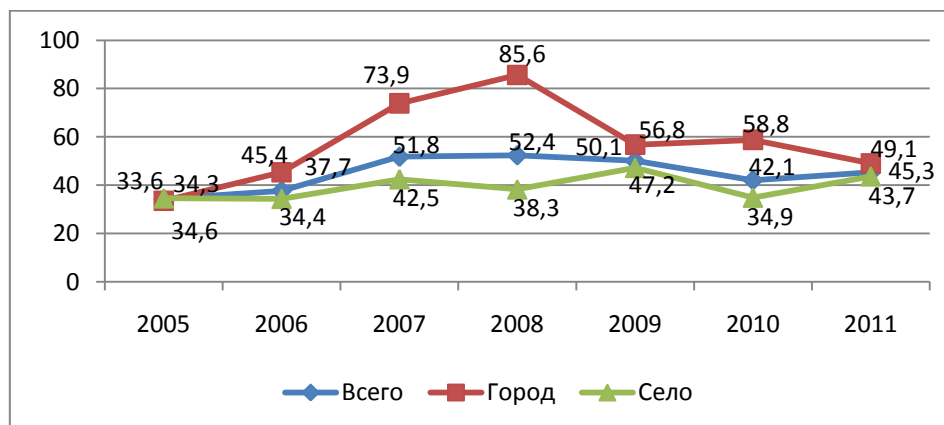


Рисунок 4 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Араратском марзе (2005-2011гг.)

Армавирский марз. Здесь располагается АЭС. Промышленность представлена производством стройматериалов, обработкой и обогащением молибдена. Развито сельское хозяйство.

Абсолютное число впервые установленного диагноза в 2002г. 52 случая, в 2005г. – 51, в 2011г. – 94 случая.

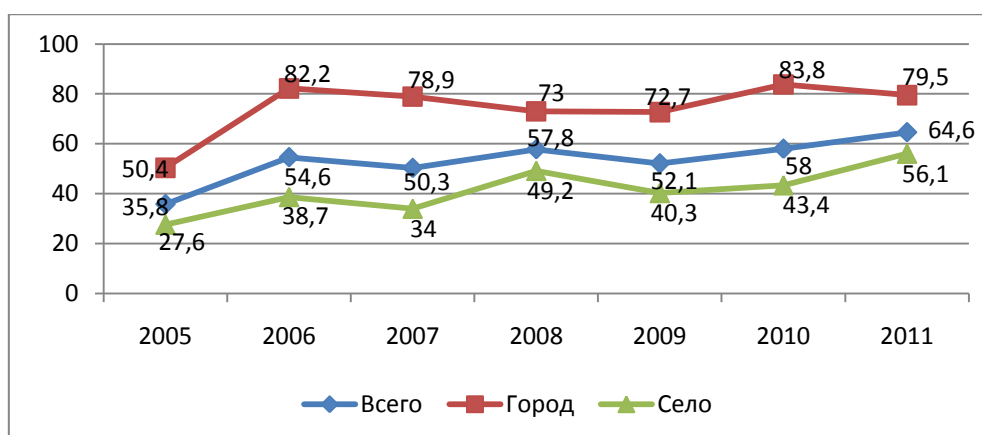


Рисунок 5 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Армавирском марзе (2005-2011гг.)

Вайоц-Дзорский марз. Промышленность представлена производством мышьяка, минеральных красок. Абсолютное

число новых случаев составляло в 2002г. 13, в 2005г. – 14, в 2011г. – 16 случаев.

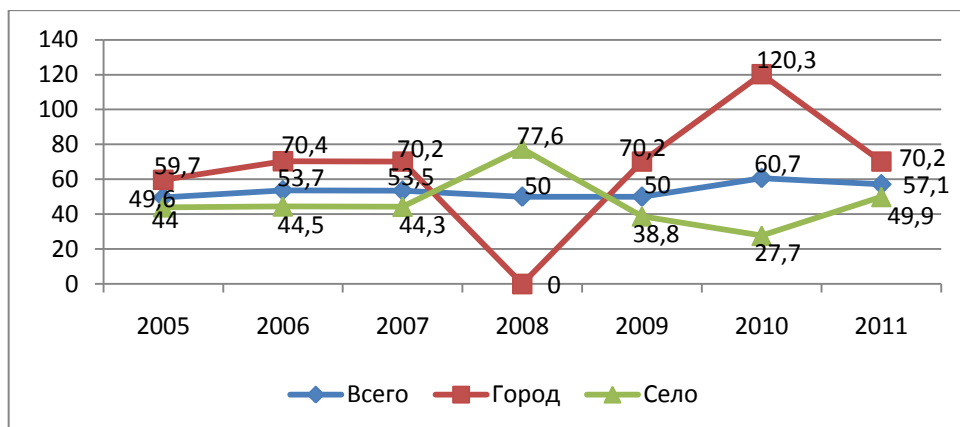


Рисунок 6 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Вайоц Дзорском марзе (2005-2011гг.)

Гегаркуникский марз. Развито горнодобывающая промышленность: золото, платина, хром (добыча и производство хрома в с. Шоржа с 2011г. работа ведется с

перерывами (сезонно). Абсолютное число новых случаев составляло в 2002г. 26, в 2005г. – 42, в 2011г. – 60 случаев.

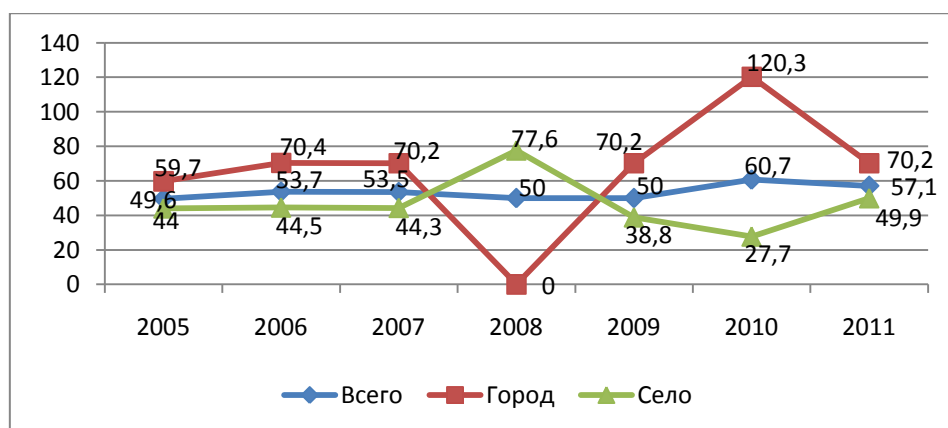


Рисунок 7 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Гегаркуникском марзе(2005-2011гг.)

Котайкский марз. Промышленность представлена производством стройматериалов, извести, травестина, лекарств, витаминов, машиностроением, металлургией (цветной), добычей и производством хрома.

Абсолютное число новых случаев составляло в 2002г. 67, в 2005г. – 75, в 2011г. – 107 случаев.

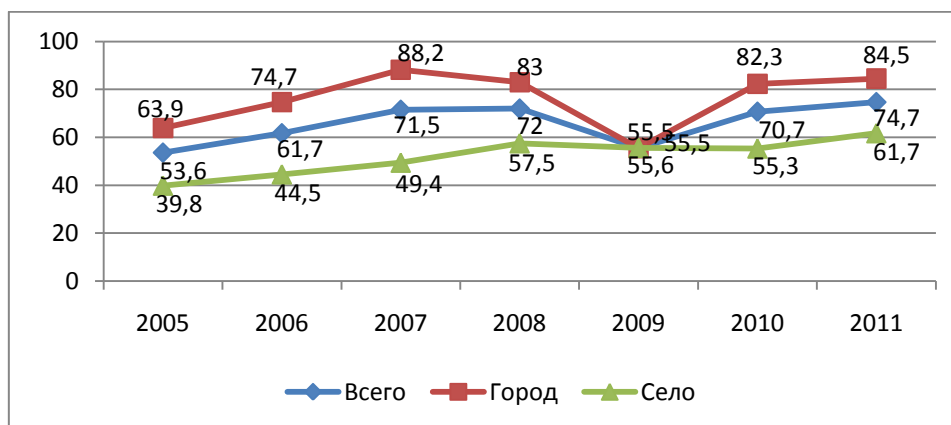


Рисунок 8 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Котайкском марзе (2005-2011гг.)

Лорийский марз. Промышленность представлена производством карбида кальция, корунда, аммония, меланина, полиэтиленовых и резиновых изделий, травестина, извести,

бентонита, добычей свинца, цинка. Абсолютное число новых случаев составляло в 2002г. 87, в 2005г. – 84, в 2011г. – 107 случая.

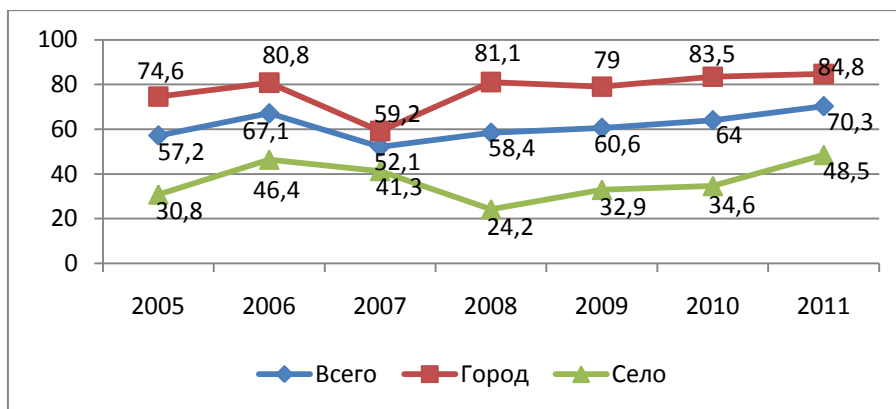


Рисунок 9 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Лорийском марзе (2005-2011гг.)

Сюникский марз. основной отраслью является медно-молибденовая промышленность. Богат залежами золота. Развито производство резиновых и пластмассовых изделий, золота, обнаружены залежи урана.

Абсолютное число новых случаев составляло в 2002г. 25, в 2005г. – 37, в 2011г. – 32 случая.

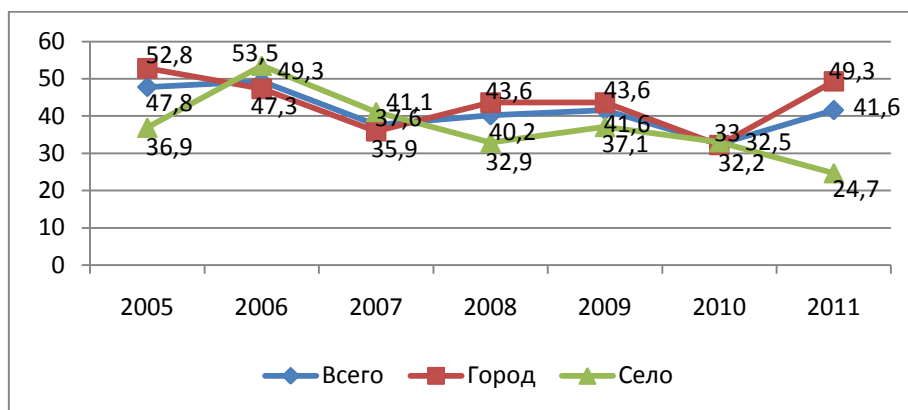


Рисунок 10 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Сюникском марзе (2005-2011гг.)

Тавушский марз. Промышленность представлена производством бентонита, цеолита, минеральных красок, цветной металлургией (свинец, цинк, медь).

Абсолютное число новых случаев составляло в 2002г. 29, в 2005г. – 35, в 2011г. – 36 случая.

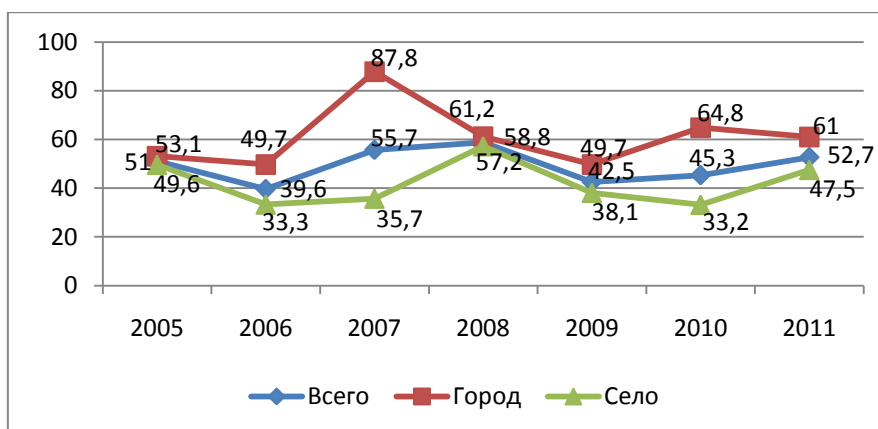


Рисунок 11 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Тавушском марзе (2005-2011гг.)

Ширакский марз. Промышленность пострадала в результате сильного землетрясения 1988г. В настоящее время она представлена производством хрома, мышьяка, извести, травестины.

Абсолютное число новых случаев составляло в 2002г. 61 случай, в 2005г. – 92, в 2011г. – 83 случая.

Во всех регионах, где развито сельское хозяйство, применяются как гербициды, так и удобрения, зачастую не нормированные.

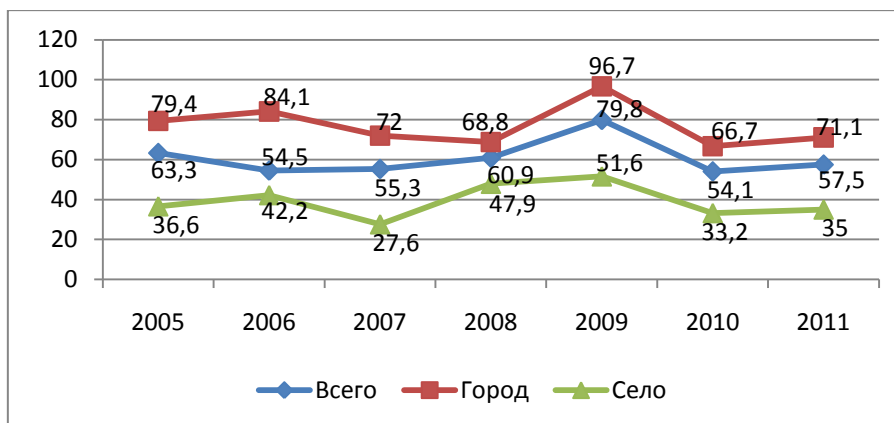


Рисунок 12 - Динамика заболеваемости раком молочной железы в Ширакском марзе (2005-2011гг.)

Обсуждение и заключение. Исследования Международного агентства по изучению рака свидетельствуют о том, что в 70-80% случаев возникновения этой патологии обусловлено воздействием химических соединений. И хотя, согласно данным литературы [5,6] промышленные канцерогены, за исключением ароматических аминосоединений (нафтиламин, бензодил и др.) не относятся к группе I, непосредственно влияющей на развитие рака груди, тем не менее, в настоящей работе мы попытались проследить наличие такой связи, учитывая следующие факты.

Химические канцерогены окружающей среды – вещества инертные, не способные взаимодействовать с ДНК. Они подвергаются в клетке активации ферментом, называемым цитохромом P450. Канцерогены окружающей среды могут вызвать опухоли тех органов, где присутствует система активации именно данного химического вещества, и поэтому канцерогены органоспецифичны. Так, большинство ароматических аминов вызывают рак мочевого пузыря, печени; полиароматические углеводороды – рак молочной железы, желудка, кожи. Таким образом, чтобы канцероген смог превратить нормальную клетку в потенциальную опухолевую, необходимо, во-первых, чтобы он активизировался в клетке; во-вторых, нарушил структуру ДНК с мутациями в онкогенах и генах-супрессорах; в-третьих, отключил механизм старения клетки. Образующаяся клетка называется инициированной, а сам процесс – инициацией, но эта инициированная клетка может и не дать начало опухоли.

Клетки находятся в органе в тесном физическом контакте между собой, регулируя функции друг друга. Механизмов межклеточной регуляции несколько, но, видимо, наибольшее значение имеют межклеточные щелевые контакты (МЩК). Они обеспечивают транспортировку сигнальных молекул из цитоплазмы соседних клеток. В окружении нормальных клеток в инициированной, благодаря МЩК, способность к делению подавлена, и необходимо еще одно воздействие, которое называется промоцией, именно она дает возможность инициированной клетке развиваться в опухолевую. Промоторы блокируют МЩК, и инициированная клетка освобождается от контроля со стороны окружающих нормальных и начинает бесконтрольно делиться. Если инициаторы – вещества генотоксические, нарушающие структуру ДНК, то промоторы – не генотоксические. Действие инициаторов может быть

коротким, и оно необратимо, а промоторы для развития опухоли должны работать долго [4].

Исходя из вышеизложенного и учитывая, что Армения является моноэтнической страной, т.е. между населением регионов страны отсутствуют этнические различия, нет никаких оснований допускать влияния этнически обусловленного фактора (т.е. неодинаковую генетическую восприимчивость к факторам риска, а также разную частоту контролирующих развитие заболевания генов) в наблюдаемом разбросе уровня заболеваемости РМЖ в различных марзах. Нижеследующие отмеченные особенности являются характерными и свидетельствуют об одинаковом воздействии окружающей среды на армянскую популяцию.

Особенностью РМЖ является его географическая и временная изменчивость. Женское население определенной области в определенный год характеризуется увеличением первичной заболеваемости. В тот же период времени в другой области может быть отмечено уменьшение первичной заболеваемости. При этом отмечается некоторая парадоксальность в уровне заболеваемости между городом и селом.

Несмотря на снижение первичной заболеваемости РМЖ в отдельных марзах в 2011г., общая тенденция в Армении свидетельствует о ее увеличении. Относительная сглаженность кривой по стране достигается за счет повышения и понижения в разных марзах в разные годы.

Практически во всех марзах заболеваемость среди городского населения превышает таковую у сельского. В Ереване, где практически сосредоточена основная промышленность самый высокий уровень заболеваемости (с 72,3 в 2005г. до 85,3 в 2011г. на 100 000 женского населения).

Наиболее постоянная высокая заболеваемость отмечается среди городского и сельского населения в определенных марзах (Армавир – АЭС, Лори – г.Ванадзор химическая промышленность, Ширак – хром, мышьяк).

Повышенная заболеваемость в городах остальных марзов, возможно, связана с размещением промышленных предприятий в черте города.

Выявленные особенности требуют дальнейшего глубокого изучения вредных выбросов химической, горнодобывающей и рудообогатительной промышленности в окружающую среду с точки зрения их канцерогенеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Pineros M., Hernandez G., Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia: an emerging problem // *Cancer*. – 2004. – Nov 15. – 101(10). – 2285-92.
- 2 Tyczynski J.E., Plesko I., Aareleid T., Primic-Zakelj M., Dalmás M., Kurtinaitis J., Stengrevics A., Parkin D.M. Breast cancer mortality patterns and time trends in 10 new EU member states: mortality declining in young women, but still increasing in the elderly // *Int. J. Cancer*. – 2004. – Dec. 20. – 112(6)- 1056-64.
- 3 Айриян А.П. Медико-экологический атлас Армении. – М.: Медицина, 1998. – 165с.
- 4 Базилян Г.К., Эпидемиология рака и пути оптимизации противораковой борьбы в Армении // *Дисс. ... док. мед. Наук*. – Ереван: 2006. – 205с.
- 5 Мурашкин В.А. Факторы риска и вопросы первичной профилактики рака в крупном промышленном центре (на примере г. Еревана) // *автореф. дис. ... канд. мед.* – 1988. – 24с.
- 6 http://medgazeta.rusmedserv.com/2004/95/article_1171.html.
- 7 http://kakbeololo.narod2.ru/gigiena/gigiena_truda_i_professionalnie_zabolevaniya/29_promishlennie_kantserogeni_meri_profilaktiki/.
- 8 Нас окружают канцерогены // «Медицинская газета». – 2004. – №95. http://medgazeta.rusmedserv.com/2004/95/article_1171.html.

M. HOVHANNISYAN

*Department of Hygiene and Ecology,
Yerevan State Medical University after M. Heratsi*

PREVALENCE OF BREAST CANCER IN ARMENIA

Resume: The aim of the study is to highlight peculiarities of prevalence and morbidity of breast cancer in Armenia from 2005 to 2011 taking into consideration industrial production of each region. General tendency speaks about increase of primary morbidity of breast cancer in Armenia with the highest level in Yerevan. Almost in all regions breast cancer morbidity among the city population exceeds the morbidity among rural one.

Keywords: morbidity, prevalence, breast cancer, industry, environment, carcinogenesis.

УДК 616.124.3 + 618.386 + 616.24 + 616.31-07

В.Н.СЕРЕДЮК

*ГВУЗ "Ивано-Франковский национальный медицинский университет",
г.Ивано-Франковск, Украина*

РОЛЬ АЛЬДОСТЕРОНА, МИТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА И ИНДУКТОРОВ АПОПТОЗА В ФОРМИРОВАНИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА

В статье изучена роль минералокортикоида альдостерона, митогенных факторов – фактора роста фибробластов (bFGF), васкулоэндотелиального фактора роста, (VEGF) и индуктора апоптоза Fas-Ligand (FasL) в формировании и прогрессировании хронического легочного сердца (ХЛС) различных стадий. Установлено, что при развитии декомпенсированного ХЛС и прогрессировании сердечной недостаточности наблюдается увеличение уровней альдостерона, митогенных факторов роста bFGF, VEGF и индуктора апоптоза FasL.

Ключевые слова: хроническое легочное сердце, альдостерон, фактор роста фибробластов, васкулоэндотелиальный фактор роста, индуктор апоптоза.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) остается важной проблемой здравоохранения на сегодняшний день в медико-социальном и экономическом плане, поскольку она является одной из основных причин болезненности и смертности по всему миру. В среднем от 8 до 22 % взрослых в возрасте 40 лет и старше болеют ХОБЛ. При этом, доля ХОБЛ как одной из ведущих причин смертности постоянно увеличивается. Так, если в 1990 году ХОБЛ занимала 6-е место среди причин смерти, к 2030 году она, по данным последних прогнозов, будет четвертой ведущей причиной смерти в мире [1].

Одним из тяжелых осложнений ХОБЛ является хроническое легочное сердце (ХЛС) [2, 3]. Согласно данным многих исследований основным патологическим механизмом формирования ХЛС является легочная гипертензия (ЛГ) [4, 5, 6]. С другой стороны, митогенные факторы роста могут принимать активное участие в развитии и прогрессировании ЛГ. В частности, у пациентов с ЛГ вследствие ХОБЛ наблюдается существенное повышение в моче и плазме крови уровня основного фактора роста фибробластов (basic fibroblast growth

factor, bFGF) [7], который может вызывать пролиферацию эндотелиальных и гладкомышечных клеток сосудов малого круга кровообращения [8].

В то же время, другой митогенный фактор – васкулоэндотелиальный фактор роста (vascular endothelial growth factor, VEGF) и его рецепторы принимают участие в развитии аномального легочного сосудистого ремоделирования у пациентов с ХОБЛ [9]. Причем, наблюдается синергизм между экспрессией bFGF и VEGF, с одной стороны, и индукцией ангиогенеза микрососудов, с другой [10].

Активации апоптоза клеток также имеет значение для развития ХЛС. Имеются сведения о том, что при ХЛС вследствие ХОБЛ наблюдается активация апоптоза кардиомиоцитов [3, 11] и альвеолярных клеток [12], что способствует прогрессированию ЛГ [5]. Маркером этого процесса является индуктор Fas-Ligand [13].

В последнее время появились новые данные о патогенезе ХЛС, которые свидетельствуют о роли ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и эндотелия легочных сосудов

в формировании легочной гипертензии, сердечной недостаточности и изменениях легочного кровообращения при ХЛС [14]. Повышение функции РААС возможно как при непосредственном воздействии гипоксии на почки, так и опосредованно — через активацию симпатоадреналовой системы [15].

Приведенные выше механизмы ведут к ремоделированию правых отделов сердца и прогрессированию хронической сердечной недостаточности (ХСН) у таких пациентов [2, 3, 4].

Цель исследования. Изучить роль минералокортикоида альдостерона как звена РААС, митогенных факторов bFGF, VEGF и индуктора апоптоза Fas-Ligand в формировании и прогрессировании ХЛС.

Материалы и методы. Обследовано 282 больных ХЛС вследствие ХОБЛ II-IV стадии, в том числе 55 (19,5%) с компенсированным и 227 (80,5%) с декомпенсированным ХЛС. В числе обследованных больных 214 (75,9%) мужчин и 68 (24,1%) женщин. Средний возраст мужчин (59,2±10,8) лет (от 48 до 70 лет), женщин — (63,7±4,6) лет (от 59 до 68 лет).

Диагноз ХОБЛ устанавливали на основании Международного консенсуса “Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease” (Updated 2013) [16], а ХЛС — на основании критериев ВООЗ (1961) [2].

Диагноз и стадию ХСН устанавливали на основании Рекомендаций по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности (2012) Европейского общества кардиологов [17] и Рекомендаций по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (2012) Ассоциации кардиологов Украины и Украинской Ассоциации специалистов по сердечной недостаточности [18].

Использовали также классификацию недостаточности кровообращения (НК) при ХЛС Ассоциации фтизиатров и пульмонологов Украины (2003) [2].

Все больные были разделены на следующие группы: 1 — 55 больных компенсированным ХЛС, 2 — 69 больных декомпенсированным ХЛС с ХСН I стадии (НК I), 3 — 74 больных декомпенсированным ХЛС с ХСН II А стадии (НК II) и 4 — 84 больных декомпенсированным ХЛС с ХСН II Б стадии (НК III).

Иммуноферментным методом определяли урони в крови альдостерона (“DSL”, США), bFGF (“Biosource”, США), VEGF (“Cytimmune”, США) и FasL (“Diacione”, США).

Для определения референтной нормы альдостерона, bFGF, VEGF и FasL обследовали 27 здоровых людей в возрасте (28,4±2,9) лет.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакетов программ Statistica v 8.0 (“StatSoft Inc.”, США).

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных результатов начинали с оценки сывороточных уровней альдостерона и митогенных факторов роста bFGF, VEGF и индуктора апоптоза

Fas-Ligand при различных вариантах течения ХЛС — компенсированного, декомпенсированного с ХСН I — II Б стадий [НК I — III] (таблица 1).

Уровень альдостерона у обследованных больных существенно превышал нормальные величины этого важного нейрогуморального фактора РААС. Установлено, что уже на стадии компенсации, ХЛС характеризуется существенным ростом содержания в крови альдостерона до (111,62±10,74) пг/мл против (56,85±6,91) пг/мл у здоровых лиц (p<0,05). При декомпенсации ХЛС с развитием ХСН I стадии (НК I) закономерно растет и уровень альдостерона, повышаясь до (141,66±12,83) пг/мл (p<0,01), а при прогрессировании декомпенсации ХСН II А стадии (НК III) — до (197,94±18,32) пг/мл (p<0,001). Наиболее выраженное повышение уровня циркулирующего альдостерона обнаружено у тяжелых больных ХЛС с ХСН II Б стадии (НК III), в которых он достигал (231,56±22,40) пг/мл и превышал норму в 4,1 раза (p<0,001). Такие результаты согласуются с данными о росте продукции альдостерона вследствие активации РААС у больных ХЛС с ХСН [14, 15].

При анализе установлено что уровень bFGF возрастает по сравнению с таковым у здоровых лиц также на ранних этапах формирования ХЛС — при компенсированном ХЛС и декомпенсированном ХЛС с ХСН I стадии (НК I). Так, при наличии компенсированного ХЛС уровень сывороточного bFGF составил (35,47±5,84) пг/мл, при декомпенсированном ХЛС с ХСН I стадии (НК I) — (48,29±6,73) пг/мл, что превышало, соответственно, на 53,2% и 61,5% значение этого показателя у здоровых лиц (18,61±4,96) пг/мл (p<0,01). Высоких уровней концентрация сывороточного bFGF в крови достигала при декомпенсированном ХЛС с ХСН II А стадии (НК II) — (55,36±9,20) пг/мл, а с ХСН II Б стадии (НК III) — (63,48±8,65) пг/мл, то есть, соответственно, на 66,4% и 70,7% по сравнению со здоровыми людьми (p<0,001). Причем, у больных с декомпенсированным ХЛС и ХСН I стадии (НК I) отмечалось превышение уровня bFGF в среднем на 36,1% относительно пациентов с компенсированным ХЛС (p<0,01). Также установлено, что в отношении декомпенсированного ХЛС с ХСН I стадии (НК I) при ХСН II А стадии (НК II) уровень сывороточного bFGF был выше на 15,2% (p<0,05), а при ХСН II Б стадии (НК III) по сравнению с ХСН II А стадии — на 13,9% (p<0,05).

Полученные нами результаты созвучны с данными о зависимости между избыточной продукцией сывороточного bFGF, которая приводит к выраженной индукции неоангиогенеза и интерстициального фиброза миокарда при ХЛС вследствие ХОБЛ [3, 7, 8]. С другой стороны, учитывая данные о способности ангиотензина-II активировать синтез bFGF сердечными фибробластами [11] можно объяснить полученные результаты, сопоставив с динамикой уровней альдостерона в зависимости от стадии ХЛС.

Таблица 1 — Уровни в крови альдостерона, митогенных факторов роста bFGF, VEGF и индуктора апоптоза FasL у больных ХЛС (M±m)

Группы	Альдостерон, пг/мл	bFGF, пг/мл	VEGF, пг/мл	FasL, пг/мл
Здоровые люди (n=27)	56,85±6,91	18,61±4,96	7,95±1,38	115,91±12,32
Компенсированное ХЛС (n=55)	111,62±10,74	35,47±5,84**	19,79±3,82*	265,86±23,40**
Декомпенсированное ХЛС с ХСН I ст. [НК I] (n=69)	141,66±12,83**	48,29±6,73**	21,46±3,24**	314,55±29,73***
Декомпенсированное ХЛС с ХСН II А ст. [НК II] (n=74)	197,94±18,32***	55,36±9,20***	32,35±2,87***	382,64±35,93***
Декомпенсированное ХЛС с ХСН II Б ст. [НК III] (n=84)	231,56±22,40***	63,48±8,65***	22,63±2,79**	273,24±27,65**

Примечание: p — коэффициент достоверности относительно показателей у здоровых людей: * — p<0,05; ** — p<0,01; *** — p<0,001.

Анализ уровней VEGF позволил констатировать, что уже на стадии компенсации ХЛС происходит существенный рост его содержания до $(19,79 \pm 3,82)$ пг/мл относительно референтного показателя $(7,95 \pm 1,38)$ пг/мл, то есть в среднем на 59,8% ($p < 0,05$). В случае декомпенсации ХЛС с незначительно выраженной ХСН I стадии (НК I) отмечается дальнейший рост уровня VEGF до $(21,46 \pm 3,24)$ пг/мл, то есть на 62,9% по сравнению с нормальным его уровнем ($p < 0,01$). Наиболее существенное повышение у обследуемых больных концентрации VEGF в крови констатировано при декомпенсации ХЛС с ХСН II А стадии (НК II), у которых оно составило $(32,35 \pm 2,87)$ пг/мл против референтного значения $(7,95 \pm 1,38)$ пг/мл, то есть на 75,4% ($p < 0,001$). Зато, у больных ХЛС с тяжелой ХСН II Б стадии (НК III) наблюдалось менее значительное относительно ХСН II А стадии (НК II) повышение концентрации VEGF в крови – до $(22,63 \pm 2,79)$ пг/мл против $(7,95 \pm 1,38)$ пг/мл у здоровых людей (в среднем на 64,8%; $p < 0,01$). При этом, превышение уровня VEGF у больных декомпенсированным ХЛС с ХСН II А стадии (НК II) относительно его уровня при компенсированном ХЛС составило в среднем 38,8% ($p < 0,01$), относительно ХСН I стадии (НК I) – 33,7% ($p < 0,05$), а относительно тяжелой ХСН II Б стадии (НК III) – 30,1% ($p < 0,05$). В то же время, при ХСН II Б стадии (НК III) наблюдалась тенденция к увеличению уровня VEGF по отношению к компенсированному ХЛС на 12,5% ($p > 0,05$).

Таким образом, присоединение к ХЛС сердечной недостаточности существенно влияет на рост уровня VEGF. Такая динамика менее выражена при наличии компенсированного ХЛС без признаков ХСН.

Подобная активация синтеза фактора развития и прогрессирования эндотелиальной дисфункции VEGF у больных ХОБЛ отмечена и в некоторых других исследованиях [5, 6, 9].

При этом, у всех больных ХЛС наблюдалась активация процессов апоптоза. Его интенсивность возрастала с переходом ХЛС из состояния компенсации в фазу декомпенсации, а также с прогрессированием ХСН. Так, наиболее интенсивная активация апоптоза наблюдалась у больных декомпенсированным ХЛС с ХСН II А стадии (НК II), у которых уровень FasL относительно референтного значения FasL $(115,91 \pm 12,32)$ пг/мл возрастал до $(382,64 \pm 35,93)$ пг/мл ($p < 0,001$). У пациентов с компенсированным ХЛС наблюдалось увеличение концентрации FasL до $(265,86 \pm 23,40)$ пг/мл против $(115,91 \pm 12,32)$ пг/мл в норме ($p < 0,01$). Возрастание значения сывороточного FasL составило в среднем 69,7% при ХЛС с ХСН II А стадии (НК II) и 56,4% при компенсированном ХЛС относительно здоровых людей (соответственно $p < 0,001$ и $p < 0,01$). В случае декомпенсированного ХЛС с ХСН I стадии (НК I) наблюдалось увеличение уровня в крови FasL до $(314,55 \pm 29,73)$ пг/мл относительно референтной нормы $(115,91 \pm 12,32)$ пг/мл, то есть на 63,1% ($p < 0,001$). При выраженной декомпенсации ХЛС с ХСН II Б стадии (НК III) интенсивность апоптоза уже не

прогрессировала и значение FasL достигало $(273,24 \pm 27,65)$ пг/мл по сравнению с $(115,91 \pm 12,32)$ пг/мл у здоровых людей, что составило 57,6% ($p < 0,01$). Возможной причиной роста апоптоза при ХЛС с ХСН является нейро-гуморальная активация, снижение фракции выброса правого и левого желудочков сердца, рост систолического давления в легочной артерии, усиление гипоксии и включение рефлекса Эйлера-Лильебранда [2]. Полученные результаты свидетельствуют об активации апоптоза, маркером которого является индуктор Fas-Ligand [13], у больных ХЛС вследствие ХОБЛ различных стадий.

Характерно, что у больных декомпенсированным ХЛС с тяжелой ХСН отмечалось более тяжелое течение ХОБЛ с преобладанием III и IV стадии, тогда как у больных компенсированным ХЛС и с незначительно выраженной ХСН I стадии (НК I) была преимущественно II стадия ХОБЛ. В частности, среди больных компенсировано ХЛС у 51 (91,7%) отмечалось ХОБЛ II стадии и только в 4 (7,3%) – III стадии. В то же время, при декомпенсированном ХЛС с ХСН I (НК I) ХОБЛ II стадии наблюдалась у 52 (75,4%) пациентов, а ХОБЛ II стадии – у 17 (24,6%) больных. При тяжелой ХСН II А стадии (НК II) у 54 (72,9%) пациентов констатировано ХОБЛ III стадии, тогда как у 20 (27,1%) – ХОБЛ IV стадии. У наиболее тяжелого контингента больных с ХСН II Б стадии (НК III) у подавляющего большинства, т.е. у 78 (92,8%) больных наблюдалось ХОБЛ IV стадии и только у 6 (7,2%) пациентов верифицирована III стадия ХОБЛ.

Таким образом, стадия ХОБЛ может влиять на уровень альдостерона, митогенных факторов роста bFGF, VEGF и активацию апоптоза (по динамике FasL). При развитии декомпенсированного легочного сердца и прогрессировании сердечной недостаточности наблюдается достоверное увеличение уровней альдостерона, митогенных факторов роста bFGF, VEGF и индуктора апоптоза FasL.

Выводы

1. У больных ХЛС продукция альдостерона активируется при компенсированном ХЛС и усиливается при декомпенсации ХСН, возрастая по мере прогрессирования ХСН от I стадии (НК I) до II Б стадии (НК III).
2. У больных ХЛС уже на ранних этапах формирования усиливается синтез митогенных факторов роста bFGF и VEGF, который достигает максимального уровня при развитии сердечной недостаточности II А стадии [НК II] (VEGF) и II Б стадии [НК III] (bFGF).
3. Интенсивность апоптоза (по уровню маркера Fas-L) у обследованных больных прогрессирует с развитием декомпенсации ХЛС от ХСН I стадии (НК I) до ХСН II А стадии (НК II), а при тяжелой ХСН II Б стадии (НК III) дальнейшего увеличения уровня FasL не происходит.

Перспективами дальнейших исследований в данном направлении является исследование динамики митогенных факторов роста и индукторов апоптоза во взаимосвязи с показателями кардиогемодинамики у больных ХЛС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Фещенко Ю.И. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ. Материалы II научно-практической конференции "Актуальные проблемы лечения больных хроническим обструктивным заболеваниями легких" // Укр. пульмонолог. журн. – 2012. – № 2. – С. 6-8.
- 2 Середюк Н.М., Середюк В.Н. Синдром хронического легочного сердца – це кардіологічна, пульмонологічна проблема чи проблема лікаря-інтерніста? / Н. М. Середюк, // Внутрішня медицина. – 2007. – № 1. – С. 20-27.
- 3 Budev M.M., Arroliga A.C., Wiedemann H.P., Matthay R.A. Cor pulmonale: an overview // *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine.* – 2003. – Vol. 24 (3). – P. 233-244.
- 4 Амосова Е.Н., Коноплева Л.Ф. Хроническое легочное сердце: сущность понятия и гетерогенность патогенеза, морфофункционального состояния сердца и сосудов, клинического течения различных форм // Укр. пульмонолог. журн. – 2002. – № 1. – С. 29-33.
- 5 Shujaat A., Minkin R., Eden E. Pulmonary hypertension and chronic cor pulmonale in COPD // *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* – 2007. – Vol. 2 (3). – P. 273-282.
- 6 Wright J.L., Kerstjens H.A., Timens W.P. What is new in chronic obstructive pulmonary disease? // *Eur. Resp. Mon.* – 2007. – Vol. 39. – P. 153-169.
- 7 Benisty J.I., McLaughlin V.V., Landzberg M.J. et al. Elevated basic fibroblast growth factor levels in patients with pulmonary arterial hypertension // *Chest.* – 2004. – Vol. – 126 (4). – P. 1255-1261.
- 8 Kranenburg A.R., De Boer W.I., Van Krieken J.H. et al. Enhanced expression of fibroblast growth factors and receptor FGFR-1 during vascular remodeling in chronic obstructive pulmonary disease // *Am. J. Respir. Cell Mol. Biol.* – 2002. – Vol. 27. – P. 517-525.
- 9 Kierszniewska-Stepień D., Pietras T., Górski P., Stepień H. Serum vascular endothelial growth factor and its receptor level in patients with chronic obstructive pulmonary disease // *Eur Cytokine Netw.* – 2006. – Vol. 17 (1). – P. 75-79.
- 10 Sufen G., Xianghong Y., Yongxia C., Qian P. bFGF and PDGF-BB have a synergistic effect on the proliferation, migration and VEGF release of endothelial progenitor cells // *Cell Biol. Int.* – 2011. – Vol. 35 (5). – P. 545-551.
- 11 Bouzeghane F., Thibault G. Is angiotensin II a proliferative factor of cardiac fibroblasts? // *Cardiovasc. Res.* – 2002. – Vol. 53. – P. 304-312.
- 12 Aoshiba K., Yokohori N., Nagai A. Alveolar wall apoptosis causes lung destruction and emphysematous changes // *Am. J. Respir. Cell Mol. Biol.* – 2003. – Vol. 28. – P. 555-562.
- 13 Stephanou A., Scarabelli T.M., Brar B.K. et al. Induction of apoptosis and Fas receptor/Fas ligand expression by ischemia/reperfusion in cardiac myocytes requires serine 727 of the STAT-1 transcription factor but not tyrosine 701 // *J. Biol. Chem.* – 2001. – Vol. 276 (30). – P. 28340-28347.
- 14 Демихова О.В., Дегтярева С.А. Хроническое легочное сердце: применение ингибиторов АПФ // *Лечащий врач.* – 2000. – № 7. – С. 24-26.
- 15 Федорова Т.А., Химочко Т.Г., Ройтман А.П. и др. К вопросу о состоянии ренин-ангиотензин-альдо-стероидной системы у больных хроническими обструктивными болезнями легких с легочным сердцем // *Московский медицинский журнал.* – 2001. – № 1 – С. 23-25.
- 16 Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive lung disease: (Updated 2013) [Электронный ресурс] – Режим доступа: [http:// www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)
- 17 McMurray J.J.V., Adamopoulos S., Anker S.D. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 // *European Heart Journal.* – 2012. – Vol. 33. – P.1787-1847.
- 18 Воронков Л.Г., Амосова К.М., Багрий А.Е. та ін. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2012) Асоціації кардіологів України і Української Асоціації фахівців з серцевої недостатності // *Серцева недостатність.* – 2012. – №3. – С. 60-96.

В.Н.СЕРЕДЮК

ЖҮРЕКТІҢ ӨКПЕГЕ ЫҚПАЛ ЕТЕТІН ОҢ ЖАҚ СОЗЫЛМАЛЫ ДЕРТІНІҢ ҚАЛЫПТАСУЫ ЖӘНЕ ШЫРҚАУЫНДАҒЫ АЛЬДОСТЕРОННЫҢ, ДАМУДЫҢ МИТОГЕНДІ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ЖӘНЕ АПОПТОЗ ИНДУКТОРЛАРЫНЫҢ РӨЛІ

Түйін: Мақалада әртүрлі сатыдағы жүректің өкпеге ықпал ететін оң жақ созылмалы дерті (СӨД) қалыптасуы және шырқауындағы альдостеронның минералокортикоиды, митогенді факторлар – фибробласттар өсуінің факторы (bFGF), дамудың васкулоэндотелиальды факторы, (VEGF) және апоптоза индукторының Fas-Ligand (FasL) рөлі зерттелген. Декомпенсацияланған СӨД дамуында және жүрек жетіспеушілігінің шарықтауында альдостерон, bFGF дамудың митогенді факторлары, VEGF және FasL апоптозының индукторы деңгейлерінің ұлғаюы байқалады.

Түйінді сөздер: жүректің өкпеге ықпал ететін оң жақ созылмалы дерті, альдостерон, фибробласттардың даму факторы, дамудың васкулоэндотелиальды факторы, апоптоз индукторы.

V.N.SEREDYUK

THE ROLE OF ALDOSTERONE, MITOGENIC GROWTH FACTORS AND INDUCERS OF APOPTOSIS IN THE FORMATION AND PROGRESSION OF CHRONIC PULMONARY HEART DISEASE

Resume: The article shows the results of investigation of role mineralocorticoid – aldosterone, mitogenic factors – fibroblast growth factor (bFGF), vascular and endothelium growth factor, (VEGF) and inducer of apoptosis Fas-Ligand (FasL) in the formation and progression of chronic pulmonary heart (CPH) on various stages. Was established, that during development of CPH and progression of heart failure, an increase of the levels of aldosterone, mitogenic growth factors (FGFb, VEGF) and apoptosis inducer FasL were present.

Keywords: chronic pulmonary heart disease, aldosterone, fibroblast growth factor, vascular and endothelium growth factor, inducer of apoptosis.

УДК: 616.12-036.886-07

MD, PHD PROFESSOR MAHAVIR SENAN

National Institute Govt, of India, Kolkata

Chronic Diseases' Medical Centre

Unnayan Bengal Ambuja Santoshpur

Calcutta 75.

0091 933 11 51 751

MD, PHD ANAHIT PETROSYAN

Yerevan State Medical University after Mkhitar Heratsi,

Koryun 2 str., Yerevan, Armenia.

00374 91 37 13 44

RISK FACTORS OF THE SUDDEN CARDIAC DEATH

Background: Sudden cardiac death (SCD) describes the unexpected natural death from a cardiac cause within a short time period, generally ≤ 1 hour from the onset of symptoms, in a person without any prior condition that would appear fatal (Myerburg RJ, Castellanos A; 1997; Engelstein ED, Zipes DP, 1998; Zipes DP, Wellens HJJ, 1998; Adamyan KG, et al. 2006) [1,3,7,9]. Such a rapid death is often attributed to a cardiac arrest, although classification based on clinical circumstances can be misleading and often impossible, because 40% of sudden deaths can be unwitnessed (de Vreede Swagemakers JIM, et al. 1997) [2]. Only an ECG or a ventricular electrogram recorded from an implanted device at the time of death can provide definitive information about an arrhythmia. Prodromal symptoms are often nonspecific, and even those taken to indicate ischemia, a tachyarrhythmia, or congestive heart failure (HF) can only be considered suggestive. For these reasons, total mortality, rather than classifications of cardiac arrhythmia mortality, should be used as primary objectives for many outcome studies.

Keywords: *Sudden cardiac death, socioeconomic status, income, education, cardiovascular events.*

SCD accounts for 300-400 thousand deaths annually in the US, depending on the used definition (Myerburg RJ, Castellanos A; 1997; Engelstein ED, Zipes DP, 1998; Zipes DP, Wellens HJJ, 1998) [3,7,9]. It has been showed that death which occurred <2 hours from the onset of symptoms, 12% of all natural deaths were classified as sudden, and 88% of those were due to cardiac disease (Engelstein ED, Zipes DP, 1998; Zipes DP, Wellens HJJ, 1998) [3,9].

SCD is the most common and often the first manifestation of ischemic heart disease (IHD) and is responsible for ~50% of the mortality from CV disease in the US and other developed countries. About 33% of patients in the convalescent phase after a large MI experience SCD in the year thereafter, overall they account for a small number of the total SCD per year. The use of interventions that limit MI size, such as thrombolytic agents, has reduced this number still further, especially in patients with early trombolysis (Mahavir Senan, 2010) [5].

The present risk factors generally identify the risk of developing the structural heart disease underlying SCD rather than the proximate precipitator of the event. Because the risk of SCD does not necessarily equate with the risk of developing structural heart disease, these risk factors have limited ability in identifying specific individuals at risk for SCD. Nevertheless, their control, with concomitant reduction in death from IHD, is probably at least in part responsible for the reduction in overall SCD.

An association between lower socioeconomic status (SES) and poorer health has been observed for hundreds of years. Socioeconomic status is inversely associated with cardiovascular disease. This relationship may be partly mediated by an increased prevalence of traditional cardiovascular risk factors, such as hypertension, among individuals with low SES. In this context, several cross-sectional studies have assessed the relationship between SES, blood pressure (BP), and hypertension. Although many of these studies report a significant association between various markers of SES and BP or hypertension, data from prospective investigations remain scarce. One of the few prospective studies relating SES to cardiovascular event was performed in young adults and revealed no significant relationship between baseline categories of income or education and incident hypertension. However, this study was limited by a young population with a relatively narrow age range (18–30 years), as well as by a small number of events. Thus, a meaningful association between SES and cardiovascular could not be conclusively determined. Additional work has also

implicated obesity as one of the most important confounders of the relationship between SES and hypertension, but it is relatively unknown whether the effect of SES is similar for individuals within different categories of body weight.

It was previously tested also the association between SCD risk and heart rate increase during physical stress and have shown that an insufficient increase in HR during strenuous exercise is predictive of SCD in apparently healthy persons. Compared with HR recorded at rest, HR increases usually by a few beats per min just before the exercise stress test, while the subjects are preparing themselves mentally for EST. Jouven X, et al (2009) considered this as a "mild mental (emotional) stress" in preparation for EST [4].

The potential destabilizing effects of mild emotional stress on ventricular tachycardia/fibrillation has been only described in very high-risk patients with implanted cardioverter-defibrillators (Mahavir Senan, Mental-emotional stress in diagnostics of silent myocardial ischemia, 2012.) [6]. The physiological response to stress is an increase in HR, mostly mediated by the activation of the sympathetic nervous system. HR changes reflect the balance between vagal and sympathetic activity at the sinus node level, often referred to as "autonomic balance". There is strong experimental and clinical evidence that alterations in the autonomic balance, best quantified by a reduction in baroreflex sensitivity, are strong predictors of SCD during AMI.

Whereas numerous studies have focused on the well-documented relationship between a major stress (e.g. disaster, severe exercise) and SCD, the potential role of a mild emotional stress has not been investigated in the general population.

Aim: In our study we tried to reveal the evidence for an important association between socioeconomic status, mild emotional stress and sudden cardiac death.

Methods: We performed our study among 346 native Indians (260 males and 86 females), aged 41–54 years and employed by the Civil Service. They were consecutively examined between 1997 and 2000. We used the healthy population and the rather long follow-up period-up to 7 years. The subjects had ECG and physical examinations conducted by a physician, provided blood samples for laboratory tests, and answered questionnaires administered by trained interviewers. Information on baseline variables was collected using mailed questionnaires. Follow-up questionnaires asking participants about clinical and demographic information were sent every 6 months during the first year and every 12 months thereafter. Covariates of interest ascertained at baseline

included age, education, income, blood pressure, body mass index (kg/m^2), race/ethnicity, smoking, diabetes, hypercholesterolaemia, hormone replacement therapy, menopausal status, exercise, and alcohol consumption.

Subjects with known or suspected CV disease of any grade or etiology or with any of the following conditions were excluded from the study and did not undergo the exercise stress test: resting systolic blood pressure >180 mmHg, resting 12-lead standard ECG abnormality (Minnesota code: definite Q waves, atrioventricular block or conduction defects, ST-segment abnormalities, supra VT, polymorphic premature ventricular depolarizations).

Resting HR was determined by the measurement of the radial pulse during a 1-min recording, after a 5-min rest in supine position. Information on baseline variables was collected using mailed questionnaires.

An exercise stress test has been performed which is a noninvasive procedure that provides diagnostic and prognostic information and evaluates an individual's capacity for dynamic exercise. Cycle ergometry is a good alternative to treadmill testing for those patients who have orthopedic, peripheral vascular, or neurological limitations that restrict weight bearing. Work rate was calculated in watts and kilopond-meters per min^{-1} [kpm/min] (Pina IL, *et al.* 1995) [8].

The standardized protocol of the bicycle exercise test consisted of three successive workloads: 2 min at 82 W, 6 min at 164 W, and the last 2 min at 191 W for a maximal 10-min test duration. Cardiac rhythm was continuously monitored, and a bipolar lead (V5 and V5R) was recorded at rest and for 30 seconds every 2-min during exercise, at maximal effort and every 1-min during the 10-min recovery time. Heart rate was measured at rest just before exercise, every 2 min during exercise, at peak exercise, and every minute during recovery.

We considered that whenever a subject was seated on the bicycle just before exercise, he was under mild emotional stress because of the preparation to begin exercise. Accordingly, we used the heart rate measured just before exercise to define "mild emotional stress" heart rate.

Subjects with an ischemic response to exercise stress test and subjects with an impaired chronotropic response (who did not achieve 80% of the predicted maximum heart rate, defined as $220 \text{ b.p.m.} - \text{age}$) were excluded from analysis.

Regarding socioeconomic variables self-reported education, occupation, and income were utilized as measures of SES. Education is the most frequent measure because it does not usually change (as occupation or income might) after young adulthood, information about education can be obtained easily, and it is unlikely that poor health in adulthood influences level of education. However, other measures of SES may be merit, and the most informative strategy would incorporate multiple indicators of SES. We grouped subjects into three categories of the education: 1. Less than elementary/elementary; 2. Middle school and; 3. High school or higher. Annual household income is reported in four categories of US dollars: 1. $< \$20\,000$ (lowest); 2. $\$20\,000 - \$59\,999$; 3. $\$60\,000 - \$99\,999$ and 4. $\geq \$100\,000$ (highest).

Until retirement, the administrative department in-charge of the study population provided a list of deceased subjects every year. All available data relevant to the causes of death were collected. The data were then reviewed by an independent medical committee. After retirement, causes of death were obtained from death certificates. SCD was defined as a natural death, occurring within 1 h after the onset of acute symptoms. Non-SCD was coded only if the death was found to be directly related to AMI.

Key outcomes events included minor cardiac and cerebrovascular events included angina, cardiac asthma, arrhythmias, incident cases of hypertension, transient ischemic attacks, and major cardiac and cerebrovascular events such are fatal and non-fatal myocardial infarction, stroke, vascular death, hospitalization for another vascular event or vascular procedure (i.e. HF, unstable angina, vascular surgery, percutaneous coronary intervention or

coronary artery bypass grafting.

Results and Discussion: We were intrigued by the potential implications of the fact that whereas the large HR increases occurring during EST depend essentially on blood-borne catecholamines (norepinephrine and epinephrine), the more modest HR increases observed during mild emotional stress depend on simultaneous vagal withdrawal and release of norepinephrine by the nerve endings. Whether or not the subjects who increase HR more than others during mild emotional stress are the same who increase it more during EST is unknown.

So, we tested hypothesis that the prognostic information derived by HR changes during mild emotional stress could differ from that provided by strenuous EST and might further help in identifying subjects at a different level for sudden cardiac death. Our underlying supposition was that the faster the vagal withdrawal in response to mild emotional stress, the greater will be - during any ischemic episode - the deleterious effect of sympathetic activation unopposed by vagal activity. For this objective, we used the healthy population and the rather long follow-up period (up to 7 years).

Among the 346 subjects, the mean heart rate increase during mild emotional stress was 9.8 ± 11.7 b.p.m. and the cut-off values of the tertiles of heart rate increase during mild emotional stress were less than 4 b.p.m., between 4 and 12 b.p.m., and above 12 b.p.m. Resting heart rate was higher in the first tertile. There were no other significant differences between the three groups even though statistical significance was reached for age, body mass index, and total cholesterol levels. Conversely, no such relationship was observed for non-sudden coronary death. A moderate but statistically significant relative increased risk of death from any cause was found for the third tertile only.

During exercise, the mean heart rate increase was 101.8 ± 15.6 b.p.m. When subjects were divided into tertiles according to their heart rate increase during exercise stress test, the cut-offs were below 96 b.p.m. for the first tertile, between 96 and 108 b.p.m. for the second, and above 108 b.p.m. for the third tertile.

A large heart rate increase during exercise stress test was associated with a significantly lower risk for sudden cardiac death and the relative risk of the third vs. the first tertile was 0.48 (95% confidence intervals, 0.25–0.89) after adjustment for the confounders. Similar results were observed for death from any cause with an relative risk of 0.65 (95% confidence intervals, 0.57–0.74). Conversely, no clear relationship was observed for non-sudden coronary death.

Respective values of heart rate increase during mild emotional stress and exercise stress test. The correlation between the two heart rate measures was 0.19, meaning that one can explain only 3.1% of the variability of the other. The "modest" number of subjects within the nine combinations of each heart rate illustrates again the weak correlation between the two variables. Interestingly, no sudden cardiac death occurred among the subjects who increased their heart rate the least during mild emotional stress and the most during exercise stress test.

Conversely, the highest proportion of sudden cardiac death was found among the subjects who increased their heart rate the most during mild emotional stress and the least exercise stress test. No sudden cardiac deaths occurred among the subjects who increased their heart rate the least during mild emotional stress and the most during exercise (upper left quadrant). Conversely, the highest proportion of sudden cardiac deaths was found among the subjects who increased their heart rate the most during mild emotional stress and the least during exercise (lower right quadrant).

Combined relative risks of sudden cardiac death are associated with the tertiles of heart rate increase during emotional stress and exercise stress test. After adjustments for the confounders, subjects with an elevated heart rate increase during mild emotional stress and a "modest" increase during exercise stress test had the highest relative risk (2.37; 95% confidence intervals, 1.21–4.39).

On the other hand, subjects with a small heart rate increase during exercise stress test and a large heart rate increase during exercise

had the lowest relative risk (0.49; 95% confidence intervals, 0.29–0.88). Additional adjustment for resting heart rate recorded at inclusion provided comparable results. Similar but less remarkable results were observed for death from any cause.

Subjects who had a large heart rate increase during mild emotional stress and a small one during exercise stress test had an relative risk of 1.21 (95% confidence intervals, 1.18–1.41), whereas those with a low heart rate increase during emotional stress and a high heart rate increase during exercise stress test had a decreased risk of death from any cause with an relative risk of 0.62 (95% confidence intervals, 0.55–0.69).

None of these relationships was observed for non-sudden coronary deaths.

Regarding our prospective study devoted to observing the role of socioeconomic status we prospectively evaluated the relationship between two measures of SES—education and income—and cardiovascular events among apparently healthy persons.

After multivariable adjustment, subjects in the highest category of education or income had a 16 and 11% lower risk of cardiovascular events when compared with those in the lowest education or income category, respectively. Adjustment for variables other than baseline blood pressure and body mass index had minimal impact on the relative risk estimates.

During a median follow-up of 7 years, we observed 4242 cases of cardiovascular events. Age adjusted-incidence rates across increasing levels of education or income are shown in *Table 4*. After adjustment for potential confounders, improvements in education remained inversely associated with the risk of cardiovascular event. Compared with those in the lowest category of education, subjects in the highest category had a 26% lower risk of developing hypertension during follow-up (p for trend across categories <0.0001). In contrast, the inverse trend across income categories in univariate analysis was attenuated after full multivariable adjustment ($p = NS$).

We found that the proportional hazards assumption was violated for both education ($p = 0.002$) and income ($p = 0.0001$), suggesting a greater relative hazard for cardiovascular events during early follow-up and attenuation over time. Therefore, we performed several analyses to clarify these relationships.

In combined models of seven-year progression that included both education and income, the relative risks (95% confidence intervals) were 1.0 (referent), 0.97 (0.93–1.01), 0.93 (0.89–0.98), 0.91 (0.86–0.96), and 0.87 (0.80–0.94) for increasing categories of education (p for trend <0.0001) and 1.0 (referent), 1.01 (0.95–1.09), 1.01 (0.95–1.09), 0.99 (0.93–1.06), 1.00 (0.93–1.07), and 0.94 (0.87–1.01) across increasing categories of income (p for trend = 0.05). Multivariable models for cardiovascular events that included both education and income revealed hazard ratios (95% confidence intervals) across increasing categories of education of 1.0 (referent), 0.91 (0.85–0.98), 0.85 (0.78–0.92), 0.86 (0.79–0.94), and 0.75 (0.66–0.86) (p for trend <0.0001).

Analyses stratified by age revealed similar effects of education and income on both blood pressure progression and cardiac events in subjects more than 50 years when compared with those less than 50 years (data not shown). Accordingly, age by education or income interaction tests were not statistically significant (each $p > 0.23$).

Updated information on body weight was available at 24, 36, 60, 72 and 84 months of follow-up. Including body mass index as a time-dependent covariate in the multivariable education model only minimally changed the hazard ratios across increasing education categories (1.0 [referent], 0.93 (0.87–0.99), 0.86 (0.80–0.92), 0.87 (0.80–0.95), and 0.74 (0.66–0.84) [p for trend <0.0001]).

P -values for the interaction between body mass index and income categories were 0.004 for blood pressure progression and 0.23 for cardiovascular event. There was evidence of an interaction between body mass index and education categories for both blood pressure progression and cardiovascular event (p for interaction = 0.001 and 0.002, respectively).

The lower risk of blood pressure progression and cardiovascular event with improvements in education was only evident in normal weight and overweight subjects. Although obese persons had the highest risk of blood pressure progression and cardiovascular event, better education did not confer a reduced risk of blood pressure progression and cardiovascular event in this subgroup.

Our prospective study demonstrated that socioeconomic status is a powerful and independent predictor of blood pressure progression and cardiovascular event in initially healthy persons. In this population, education was a more robust indicator of incident hypertension than income. Furthermore, although obesity is a key contributor to the development of cardiovascular event, we found that obese persons with primary education did not have a higher risk of blood pressure progression or cardiovascular event than their counterparts with high school education. Finally, our findings indicate that even in this well-educated cohort, socioeconomic status as measured by education and income remains an important determinant of hypertension.

Our findings indicate that there is a substantial body of evidence for a consistent relation between socioeconomic status and the incidence and prevalence of cardiovascular disease, secular trends in cardiovascular mortality, survival with cardiovascular disease, the prevalence of cardiovascular risk factors, and access to high-quality care and diagnostic services for cardiovascular disease.

Conclusion: For the first time in large and long prospective study has disclosed a higher risk for sudden death for those apparently healthy individuals whose heart rate responses are exaggerated under mild emotional stress and below normal during peak exercise. This implies novel and simple ways for the early identification of subjects at increased future risk for sudden cardiac death. For the first time prospective study demonstrates that socioeconomic status is a powerful and independent predictor of blood pressure progression and cardiovascular event in initially healthy persons. In this population, education is a more robust indicator of incident hypertension than income. For the first time it was shown, that, although obesity is a key contributor to the development of cardiovascular event, but obese persons with primary education do not have a higher risk of blood pressure progression or cardiovascular event than their counterparts with high school education. Finally, for the first time our findings indicate that even in this well-educated cohort, socioeconomic status as measured by education and income remains an important determinant of hypertension.

REFERENCES

- 1 Adamyan KG, Astvatsatryan AV, Chilingaryan AL. Acute coronary syndrome. (*In Russian*). Manual. Kiev. 2006. ООО «Четверта хвиля». 311 p.
- 2 De Vreede Swagemakers JJM, Gorgels APM, et al. Out-of-hospital cardiac arrest in the 1990's: a population-based study in the Maastricht area on incidence, characteristics and survival. *J Am Coll Cardiol*. 1997; 30:1500–1505.
- 3 Engelstein ED, Zipes DP. Sudden cardiac death. In: Alexander RW, Schlant RC, Fuster V, Eds. *The Heart, Arteries and Veins*. New York, NY: McGraw-Hill; 1998:1081–1112.
- 4 Jouven X, Peter J, Schwartz, Sylvie Escolano, et al. Excessive heart rate increase during mild mental stress in preparation for exercise predicts sudden death in the general population. *European Heart Journal* 2009 30(14):1703-1710
- 5 Mahavir Senan. Usefulness of carotid ultrasound in differential diagnosis of ischemic and non-ischemic cardiomyopathy. *The New Armenian Medical Journal*, 2010; V.4, 2:37-44.

- 6 Mahavir Senan. Mental-emotional stress in diagnostics of silent myocardial ischemia. *Medicine, Science and Education*. Yerevan, 2012; 11:30-32.
- 7 Myerburg RJ, Castellanos A. Cardiac arrest and sudden death. In: Braunwald E, ed. *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 1997:742-779.
- 8 Pina IL, Balady GJ, Hanson P, et al. Guidelines for clinical exercise testing laboratories: a statement for healthcare professionals from the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation, American Heart Association. *Circulation* 1995; 91:912-21.
- 9 Zipes DP, Wellens HJJ. Sudden Cardiac Death. *Circulation*. 1998; 98:2334-2351.

МАХАВИР СЕНАН, А.Г. ПЕТРОСЯН

Национальный Государственный институт Индии, Колката, ЕГМУ

ФАКТОРЫ РИСКА НА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ

Резюме: Ежегодно в США 400 тысяч людей умирает по причине внезапной сердечной смерти (ВСС). Триггером ВСС служит желудочковая тахикардия или фибрилляция желудочков, как следствие осложнения ишемической болезни сердца (ИБС).

В последние годы была обнаружена взаимосвязь между внезапной смертью и автономным дисбалансом нервной системы, которое влияет на барорефлекторную регуляцию сердечного ритма. Также была выявлена взаимосвязь между низким социальноэкономическим статусом и смертностью.

Принимая данную проблему актуальной с целью выявления факторов риска развития внезапной смерти и обрабатывания профилактических мероприятий мы произвели собственные исследования среди 346 индейцев (260 мужчин и 86 женщин) от 41-54 год работающих в сервисе обслуг в промежутке от 1997 по 2000.

Мы исследовали роль психоэмоционального стресса и социальноэкономических факторов риска в развитии ССЗ. Производили нагрузочный стресс тест - велоэргометрию. Определяли пульс в покое и через 5 минут после нагрузки и производили ЭКГ мониторинг.

Параметрами социальноэкономического статуса приняли образование, специальность и финансовый доход.

Внезапной смертью нами была принята смерть возникшая в течении одного часа после развития сердечных проявлений. Были тщательно исследованы все причины смерти.

Результаты наших исследований показали что риск развития внезапной смерти велика у тех здоровых лиц, сердечный ритм которых реагирует на ниже среднего уровня эмоциональный стресс, но у которых ритм остается ниже нормального пика при максимальной нагрузке. А также мы выявили что автономный дисбаланс связан с высоким риском развития аритмий, которое можно выявить с помощью стресс тестов.

Результаты наших исследований показали также что социальноэкономический статус является важным и независимым фактором риска прогрессии АГ и ИБС и причиной смертности от сердечнососудистых заболеваний среди здорового населения. Притом, нами было показана, что образование является более важным фактором риска чем финансовый доход.

УДК 616.831-005.4:616.379-008.64]-019

Т.Н. БОЙЧУК, Т.П. САВЧУК

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ-АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА В ЛИМБИКО-ГИПОТАЛАМИЧЕСКИХ СТРУКТУРАХ МОЗГА КРЫС С ОСЛОЖНЕНИЕМ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ИНДУЦИРОВАННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕПОЛНОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ-РЕПЕРFUЗИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Среди факторов риска возникновения инсультов сахарный диабет занимает ведущее место [10]. Это заболевание увеличивает относительный риск развития различных типов инсультов в 1,5-3 раза у больных после 40-летнего возраста и в 3-4 раза - у молодых лиц [8]. При сахарном диабете значительно возрастает и летальность от инсультов [7, 10]. По данным статистики, большинство инфарктов мозга развивается в бассейне внутренней сонной артерии. Кроме того, у больных сахарным диабетом неполная глобальная ишемия головного мозга, экспериментальным аналогом которой является двусторонняя каротидная ишемия, часто является составной коматозных состояний (гипер-, гипо- и кетоацидотической природы, при которых инициируются два основных пути обменных нарушений в ткани: ацидотоксический, с превращением глюкозы в молочную кислоту, и эсайтотоксический - при избыточном накоплении

возбуждающих аминокислот [7, 8]. Клинические наблюдения обычно характеризуют системные нарушения, возникающие при сахарном диабете, осложненном инсультами, однако церебральные изменения в условиях осложнения долговременного диабета ишемией-реперфузией головного мозга исследованы крайне недостаточно, что мотивирует актуальность подобных работ.

Большинство существующих экспериментальных работ по изучению патогенеза ухудшенного протекания и исхода инсультов при СД выполнено на примере селективно чувствительных структур: новой коры и гиппокампа, а подкорковые структуры остаются гораздо менее изученными. Однако, именно в гипоталамусе и лимбических отделах мозга находятся центры, причастные к регуляции уровня гликемии, а также ядра и продуцируемые ими факторы, регулирующие чувствительность к ишемии мозга в целом [4, 5]. Поэтому

изучение реакции данных отделов мозга на ишемию-реперфузию именно в условиях СД вполне обоснованно и актуально.

Цель исследования – изучить состояние показателей липопероксидации и антиоксидантной защиты в лимбико-гипоталамических структурах мозга крыс со стрептозотоцин-индуцированным сахарным диабетом, осложненным неполной глобальной ишемией-реперфузией головного мозга.

Материал и методы исследования. Сахарный диабет моделировали однократным внутривенным введением стрептозотоцина (Sigma, США, 60 мг / кг двухмесячным самцам белых лабораторных крыс [1]. Продолжительность диабета составила три месяца. Уровень глюкозы в плазме крови определяли глюкозооксидазным методом на 10-е и 80-е сутки. В эксперимент включали животных с уровнем гликемии выше 10 ммоль / л. По достижении пяти месяцев крысам контрольной группы и животным с СД осуществляли 20-минутное прекращение кровотока по обеим общим сонным артериям путем их клипсования. Животных выводили из эксперимента декапитацией после завершения одночасового реперфузионного периода.

Оперативные вмешательства и забой животных осуществляли под калипсоловым наркозом (75 мг / кг) с соблюдением основных положений биоэтики, задекларированных Директивами ЕЭС № 609 от 24.11.1986 г. и приказом МЗ Украины № 690 от 23.09.2009 г.

Мозг быстро извлекали на холоде и фиксировали в жидком азоте. Пользуясь атласом стереотаксических координат [9] забирали образцы, содержащие вентромедиальный гипоталамус (ВМГ), преоптическую область (ПО), комплекс ядер перегородки мозга (ПМ) и миндалевидных ядер (МК) в гомогенатах навесок вышеупомянутых структур определяли содержание диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (КТ) и глутатионпероксидазы (ГПО) [2] с использованием реактивов Simko Ltd, Украина.

Статистическую значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента для независимых выборок. Данные представлены в виде средних арифметических и стандартного отклонения.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что в ВМГ животных без диабета в конце одночасового реперфузионного периода возросло содержание продуктов перекисного окисления липидов (ДК и МДА), а также – активность КТ при одновременном снижении активности СОД (табл. 1). В ПО при данном вмешательстве обнаружены подобные изменения изученных показателей, за исключением ДК, содержание которых не отличалось от такового у контрольных животных. В ядрах ПМ животных данной группы содержание продуктов липопероксидации не изменилось, а нарушение активности антиоксидантных ферментов носило неоднозначный характер: активность СОД и ГПО снизилась, а КТ – возросла. В ядрах МК повысилась содержание МДА и активность КТ на фоне глубокой депрессии активности СОД.

Таким образом, совокупная оценка полученных результатов свидетельствует о развитии к концу одночасового реперфузионного периода оксидативного стресса во всех исследованных структурах мозга, либо за счет параллельного повышения содержания продуктов липопероксидации и депрессии антиоксидантных ферментов, либо только за счет последнего механизма. Однако следует отметить, что во всех структурах при этом оставалась повышенной активностью по крайней мере одного из ферментов антиоксидантной защиты, что свидетельствует о сохранении на этом этапе развития патологического процесса определенных компенсаторных резервов ткани.

У крыс с трехмесячным сахарным диабетом во всех исследованных лимбико-гипоталамических структурах обнаружено снижение содержания ДК, МДА и активности СОД, а в ВМГ и ПО, к тому же, повышение содержания КТ.

Полученные результаты, на первый взгляд, противоречат данным литературы о ведущей роли оксидативного стресса в механизмах формирования диабетической энцефалопатии. Однако следует отметить, что, во первых, подобные результаты получены другими авторами для коры больших полушарий и гиппокампа [1], во вторых, судить о наличии оксидативного стресса исключительно по содержанию ДК и МДА некорректно, поскольку при высокой концентрации глюкозы, последняя, из-за своей способности к аутоокислению, опережает липиды в ацепции свободных радикалов, образуя высокореактивные дикарбонильные соединения (глиоксаль, метилглиоксаль) и может разрушать липиды мембран с образованием продуктов, неопределяемых с помощью стандартных методик [1, 3].

СД существенно модифицирует реакцию тканей лимбико-гипоталамических структур на ишемию-реперфузию. Для всех структур характерной чертой данной реакции является стабильное снижение активности всех (для ВМГ и ПО) или двух из трех (для ПМ и МК) исследованных антиоксидантных ферментов при неизменном (по сравнению с показателями у крыс с СД) содержании продуктов липопероксидации. Исключением составила ПМ, в ткани которой обнаружено повышение в ответ на ишемию-реперфузию содержания ДК относительно такового у крыс с СД, хотя следует отметить, что этот показатель оставался ниже уровня у контрольных крыс при аналогичном вмешательстве.

Обращают на себя внимание еще несколько закономерностей. Во-первых, это стабильное высокостойкое снижение активности СОД, нарастающее, начиная с ишемии-реперфузии у контрольных животных, углубляясь у животных с СД и достигая наиболее существенного снижения при осложнении последнего каротидной ишемией-реперфузией. Такая инактивация данного фермента свидетельствует о повышении содержания свободных радикалов, к которым СОД особенно чувствительна из-за содержания в своей структуре склонных к окислению аминокислотных остатков метионина, гистидина, триптофана, аргинина и лизина [6].

Таблица 1 - Интенсивность перекисного окисления липидов и активность антиоксидантных ферментов в структурах мозга крыс со стрептозотоцин-индуцированным сахарным диабетом и неполной глобальной ишемией-реперфузией головного мозга (M±m, n=11)

Группа наблюдения	Содержание		Активность ферментов		
	Диеновых конъюгатов (нмоль/мг белка)	Малонового диальдегида (нмоль/мг белка)	Супероксид-дисмутазы (ед/мин·мг белка)	Каталазы (мкмоль/мг белка)	Глутатион-пероксидазы (нмольG-SH мин·мг белка)
Вентромедиальный гипоталамус					
Контроль	3,05±0,06	0,502±0,021	32,27±1,31	2,06±0,19	0,529±0,231
Каротидная ишемия-реперфузия	3,46±0,04 p<0,005	0,736±0,036 p<0,001	15,61±0,72 p<0,001	3,72±0,07 p<0,005	0,752±0,049
Диабет	1,66±0,06 p<0,001	0,298±0,026 p<0,001	5,06±0,47 p<0,001	4,02±0,30 p<0,001	0,478±0,056

Диабет и каротидная ишемия-реперфузия	1,52±0,07	0,356±0,029	2,68±0,36 p ₁ <0,005	1,98±0,25 p ₁ <0,001	0,303±0,041 p ₁ <0,05
Преоптическая область					
Контроль	2,48±0,11	0,702±0,018	35,2±0,56	2,98±0,09	0,352±0,128
Каротидная ишемия-реперфузия	2,19±0,16	0,789±0,023 p<0,01	14,1±0,49 p<0,001	4,02±0,11 p<0,001	0,447±0,118
Диабет	1,18±0,09 p<0,001	0,397±0,029 p<0,001	5,05±0,36 p<0,001	3,46±0,19 p<0,025	0,412±0,032
Диабет и каротидная ишемия-реперфузия	1,36±0,10	0,376±0,027	3,78±0,31 p ₁ <0,01	1,70±0,17 p ₁ <0,001	0,302±0,022 p ₁ <0,05
Перегородка мозга					
Контроль	3,39±0,05	0,592±0,021	29,13±1,22	2,48±0,03	0,598±0,096
Каротидная ишемия-реперфузия	3,31±0,16	0,658±0,032	14,22±0,41 p<0,001	4,06±0,09 p<0,001	0,324±0,052 p<0,05
Диабет	1,46±0,06 p<0,001	0,396±0,026 p<0,001	4,92±0,29 p<0,001	2,56±0,37	0,248±0,031
Диабет и каротидная ишемия-реперфузия	2,08±0,13 p ₁ <0,01	0,409±0,041	3,76±0,13 p ₁ <0,01	1,26±0,17 p ₁ <0,01	0,276±0,038
Миндалевидный комплекс					
Контроль	2,83±0,08	0,529±0,011	32,60±0,71	2,47±0,38	0,638±0,191
Каротидная ишемия-реперфузия	2,26±0,12	0,678±0,021 p<0,001	13,2±0,59 p<0,001	4,21±0,27 p<0,005	0,715±0,115
Диабет	1,19±0,06 p<0,005	0,327±0,024 p<0,001	6,01±0,39 p<0,005	2,89±0,18	0,478±0,046
Диабет и каротидная ишемия-реперфузия	1,60±0,27	0,298±0,031	5,28±0,41	1,47±0,17 p ₁ <0,001	0,301±0,023 p ₁ <0,01

Примечания: достоверность изменений по сравнению с: p - показателями у контрольных животных; p₁ - показателями у крыс с сахарным диабетом

Кроме того, при чрезмерном накоплении перекиси водорода, данный фермент, катализирует образование гидроксильного радикала, способного осуществлять окислительную модификацию СОД с потерей ее ферментативной активности. В условиях СД инактивация данного фермента осуществляется также путем его гликозилирования [1, 3]. Очевидно, именно сочетанием всех механизмов при осложнении СД ишемией-реперфузией головного мозга можно объяснить максимальную депрессию активности СОД в этих условиях. Следующей закономерностью является снижение активности ГПО при сочетании двух смоделированных патологических состояний в трех из четырех исследованных отделах мозга, несмотря на отсутствие участия этого фермента в реакции на отдельно моделируемые ишемию-реперфузию и диабет, что косвенно подтверждает повышение содержания перекиси водорода, которую инактивирует данный фермент.

Заключение.

У крыс без сахарного диабета 20-минутная каротидная ишемия с последующей одночасовой реперфузией приводит к появлению признаков оксидативного стресса в лимбико-гипоталамических структурах мозга за счет повышения содержания продуктов липопероксидации, снижения активности отдельных ферментов антиоксидантной защиты либо сочетания этих изменений. Трехмесячный сахарный диабет приводит к снижению содержания продуктов липопероксидации и активности супероксиддисмутазы во всех исследованных структурах мозга. При осложнении сахарного диабета каротидной ишемией-реперфузией во всех исследованных структурах обнаружена депрессия антиоксидантных ферментов на фоне неизменного (по отношению к показателям при диабете) содержания продуктов перекисного окисления липидов (за исключением вентромедиального гипоталамуса, где повышается содержание диеновых конъюгатов).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леньков О.М. Перекисне окиснення ліпідів та антиоксидантний захист у корі головного мозку і гіпокампа за умов двобічної каротидної ішемії-реперфузії при експериментальному цукровому діабеті в самців-щурів // Клінічна та експериментальна патологія. –2009. –Т.ІІІ, №2. – С.44–46.
2. Магалас В.М., Міхеев А.О., Роговий Ю.Є. Сучасні методи експериментальних та клінічних досліджень центральної науково-дослідної лабораторії Буковинської державної медичної академії. – Чернівці, 2001. – 42 с.
3. Brisson C.D., Andrew R.D. A neuronal population in hypothalamus that dramatically resists acute ischemic injury compared to neocortex // J. Neurophysiol. – 2012. – Vol.108, №2. – P. 419–430.
4. Harada S., Yamazaki Y., Tokuyama S. Orexin-A suppresses postischemic glucose intolerance and neuronal damage through hypothalamic brain-derived neurotrophic factor // J. Pharmacol. Exp. Ther. – 2013. – Vol. 344, №1. – P. 276–285.
5. Inagaki K., Nagao M., Oikawa S. Internal medicine and neurological diseases: progress in diagnosis and treatment. Topics: II neurological diseases related to diabetes mellitus; 2. Cerebral infarction, coma, hypoglycemia // Nihon Naika Gakkai Zasshi. – 2012. – Vol.101, №8.– P. 2180–2187.

- 6 Ji R., Schwamm L.H., Pervez M.A., Singhal A.B. Ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults: risk factors, diagnostic yield, neuroimaging, and thrombolysis // JAMA Neurol. – 2013. – Vol.70, №1. – P.51–57.
- 7 König J.F., Klippel P.A. The rat brain. A stereotaxis atlas of forebrain and lower part of the brain stem. – Baltimore: The Williams and Wilkins Company, 1963. – 162 p.
- 8 Bento C.F., Marques F., Fernandes R., Pereira P. Methylglyoxal alters the function and stability of critical components of the protein quality control // PLoS One. – 2010. – Vol.5, №9. – e13007.
- 9 Huang H.F., Guo F., Cao Y.Z., Shi W. et al. Neuroprotection by manganese superoxide dismutase (MnSOD) mimics: antioxidant effect and oxidative stress regulation in acute experimental stroke // CNS Neurosci. Ther. – 2012. – Vol.18, №10. – P. 811–818.
- 10 Simmons B.B., Gadegbeku A.B., Cirignano B. Transient ischemic attack: Part II. Risk factor modification and treatment // Am. Fam. Physician. – 2012. – Vol.86, №6. – P.527–532.

T.N. BOICHUK, T.P. SAVCHUK

THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIPOPEROXIDATION-ANTIOXIDANT PROTECTION SYSTEM IN THE LIMBIC AND HYPOTHALAMIC BRAIN STRUCTURES IN RATS WITH STREPTOZOTOCIN-INDUCED DIABETES MELLITUS COMPLICATED BY INCOMPLETE GLOBAL BRAIN ISCHEMIA-REPERFUSION

Resume: The content of lipid peroxidation products and antioxidant enzymes activity in the ventromedial hypothalamus, the preoptic area, septum and nuclei of the amygdala of the brain in rats with three-month diabetes mellitus complicated by bilateral carotid ischemia-reperfusion have been studied. It has been shown that twenty-minute carotid ischemia followed by one-hour reperfusion leads to oxidative stress in these structures by increasing the content of lipid peroxidation products while reducing the activity of one or two of antioxidant enzymes. The depression of antioxidant enzymes against the background of unchanged content of lipid peroxidation products (relative to the indicators of diabetes) has been found in all investigated structures in diabetes mellitus complicated by carotid ischemia-reperfusion.

Keywords: carotid ischemia-reperfusion, diabetes mellitus, brain.

Bukovina State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

УДК: 61:615:615.4:614.27

Э.Д. АБДУКАХАРОВА, А.З. ЗУРДИНОВ

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, кафедра базисной и клинической фармакологии, г. Бишкек, Кыргызстан

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

В статье представлен сравнительный анализ данных, полученных в ходе опроса посетителей аптек городов Бишкек и Ош. На основе специально разработанной анкеты было изучено мнение пациентов относительно качества предоставляемой фармацевтом информационно-консультационной помощи.

Ключевые слова. Лекарственное обеспечение, рациональное использование лекарственных средств, фармацевтические услуги, консультирование

Введение. К настоящему времени ценность фармацевтических услуг уже доказана с точки зрения результатов клинических, экономических и социальных исследований. Известно, что качество фармацевтической услуги определяется двумя её составляющими: качеством лекарственного средства (ЛС) и качеством информации о ЛС. Согласно данным экспертов Всемирной организации здравоохранения и Панамериканской организации здравоохранения, одним из основных атрибутов деятельности фармацевта должны быть содействие пациентам по правильному выбору и надлежащему использованию ЛС [1]. Информационное обеспечение фармакотерапии, осуществляемое фармацевтом, становится все более актуальным, так как суверенитет потребителя в сфере фармацевтических услуг ограничен его непрофессиональностью и недостаточной информированностью. Большинство опрошенных врачей считают, что консультирование пациентов фармацевтом приводит к улучшению информирования по режиму приема ЛС, предотвращает нежелательные побочные реакции ЛС, снижает порчу ЛС. В свою очередь пациенты считают предоставление информации о ЛС очень важной составляющей аптечного сервиса. Согласно результатам

исследований зарубежных коллег, 67,2% посетителей аптек региона Канто (самая урбанизированная и индустриальная часть Японии, состоящая из семи префектур, включая Токио) согласились с утверждением «Фармацевт является хорошим источником советов и информации о ЛС для лечения незначительных проблем со здоровьем» [2]. В свою очередь 70% американских пациентов сообщили, что фармацевты всегда интересуются вопросами их фармакотерапии, 32% заявили, что фармацевты были полезны в решении вопросов, связанных с ЛС [3]. В Австрии и Франции население довольно часто прибегает к услугам фармацевтов, чаще всего консультируясь о применении ЛС безрецептурного отпуска. По результатам исследований холдинга Stada CIS, 52% украинцев скорее обратятся за помощью к фармацевту, чем к врачу [4]. Фармацевтическое консультирование представляется актуальным и для фармацевтических работников, поскольку это направление деятельности эффективно в плане повышения конкурентоспособности аптеки на фармацевтическом рынке. Таким образом, важнейшей функцией специалиста фармацевтического профиля является информирование, инструктирование и предупреждение пациентов о применении

ЛС, контроль процесса самолечения, пропаганда здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Следовательно, современный фармацевт, обладая необходимым потенциалом и достаточной компетенцией, может улучшить обеспечение специалистов охраны здоровья и других сфер здравоохранения адекватной информацией о здоровье и о ЛС, что оптимизирует качество лекарственного обеспечения населения.

Цель. Провести сравнительное изучение результатов опроса посетителей аптек о состоянии и качестве предоставляемой фармацевтом информационно-консультационной помощи.

Материалы и методы. Проведен социологический опрос методом выборочного анонимного анкетирования посетителей аптечных учреждений. Согласно анализу литературных источников, данный метод является наиболее распространенным при исследовании мнений в сфере медицины и фармации [5]. Объектами исследования стали определенные путем случайной выборки розничные аптечные учреждения, расположенные в центре города, спальном

районе, рядом с лечебно-профилактическими учреждениями, а также на окраине города. Таким образом, исследованием были охвачены все виды аптек по категориям и по территориальному расположению, что позволило получить достаточно полную и объективную картину исследования. Опрос проводился с помощью специально разработанной анкеты, содержащей 28 вопросов, из них 2 – открытого типа, 8 – полукрытого типа, 13 – закрытого типа и 5 вопросов отражающих демографический портрет респондента. Всего для анализа использовались результаты опроса 421 респондентов старше 18 лет, из них 208 – жители г. Бишкек и 213 – г. Ош. Полученные данные обрабатывались с применением специализированного пакета прикладных программ статистической обработки SPSS 16.0 для Windows XP.

Результаты. Социально-демографическая характеристика посетителей аптек, участвовавших в анкетировании представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Характеристика респондентов

Социально-демографические показатели	г. Бишкек		г. Ош	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Пол				
женский	155	74,5	132	62,0
мужской	53	25,5	81	38,0
Возраст				
18 – 27 лет	101	48,6	53	24,9
28 – 37 лет	24	11,5	59	27,7
38 – 47 лет	32	15,4	54	25,4
48 – 57 лет	44	21,2	39	18,3
старше 60 лет	7	3,4	8	3,8
Образование				
среднее	36	16,9	10	4,8
среднее специальное	69	32,4	33	15,9
высшее неоконченное	11	5,2	72	34,6
высшее	97	45,5	93	44,7
Социальный статус				
имеют рабочие специальности	102	49,0	142	66,7
учащиеся	85	40,9	28	13,1
пенсионеры	11	5,3	26	12,2
безработные	10	4,8	17	8,0

Установлено, что основной мотивацией выбора аптеки, при необходимости приобретения фармацевтической продукции для большинства респондентов г. Бишкек (27,7%) является

профессиональная грамотность сотрудников, для респондентов г. Ош (26,1%) – сравнительно низкие цены на ЛС (рисунок 1).



Рисунок 1 - Факторы, влияющие на выбор аптеки при необходимости приобретения фармацевтической продукции

В ходе исследования выяснилось, что наиболее частой причиной обращения (более 3 раз в месяц) за помощью фармацевта для пациентов г. Бишкек являются заболевания со

стороны органов дыхания и пищеварения – 26,4%, для пациентов г. Ош - различные болевые синдромы – 21% (рисунок 2).

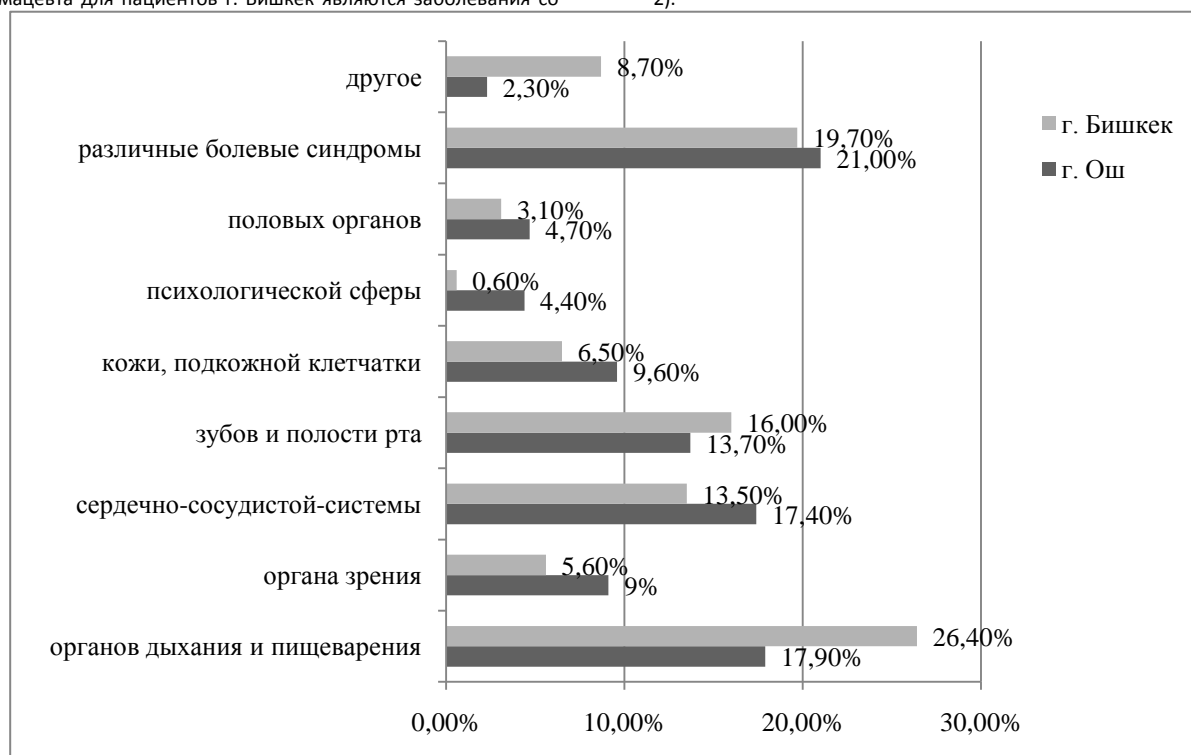


Рисунок 2 - Частые причины обращения пациентов за помощью фармацевта

Обеспечение качественной фармакотерапии в значительной мере зависит от рационального выбора ЛС из множества существующих альтернативных препаратов. По результатам нашего исследования оказалось, что при выборе ЛС чаще всего

пользуются рекомендациями фармацевта 39,3% участников г. Бишкек и 32,2% участников г. Ош, что показывает небольшую разницу в ответах респондентов.

Наибольший сегмент посетителей аптек обоих городов: г. Бишкек - 55,8%, г. Ош – 63,4% осознают потребность в профессиональной помощи при приобретении ЛС, считая

важным получение консультации от фармацевтического работника (рисунок 3).

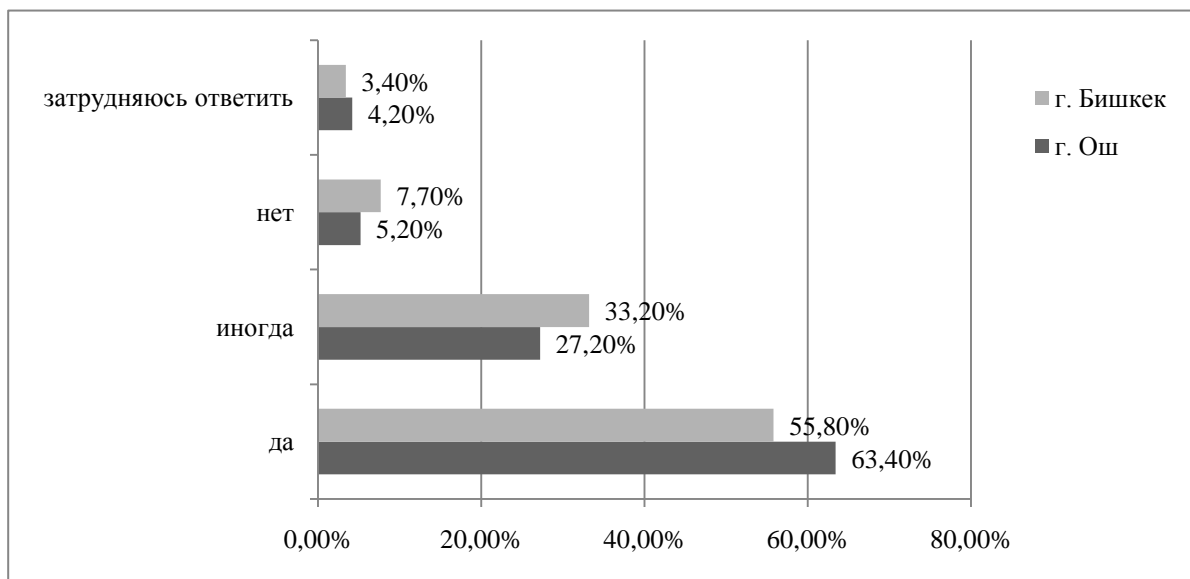


Рисунок 3 - Структура ответов на вопрос: «Важно ли для Вас получение консультации от фармацевта относительно фармацевтической продукции?»

Полученные рекомендации от фармацевта всегда соблюдают 57,3% пациентов г. Ош и 49% пациентов г. Бишкек. В то же время 27,2% респондентов г. Ош и 63,9% респондентов г. Бишкек считают, что фармацевты могут ответить на интересующие их вопросы, связанные с ЛС, но консультации часто дают неохотно.

При приобретении ЛС без рецепта врача посетители аптек чаще всего (28,2% по г. Ош, 20,4% по г. Бишкек) задают вопрос о дозе, кратности и способе применения ЛС (рисунок 4).

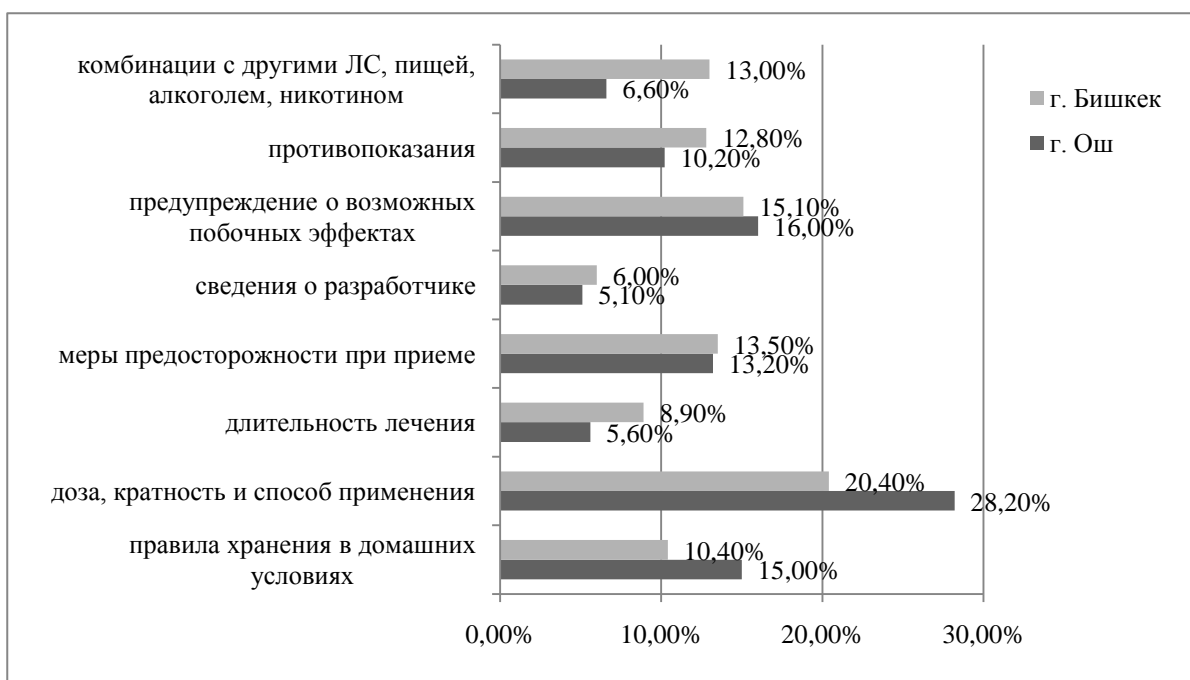


Рисунок 4 - Структура ответов на вопрос: «Какую информацию относительно ЛС Вы бы хотели получить от фармацевта?»

В ходе опроса респондентам было предложено оценить показатели, характеризующие их степень удовлетворенности или не удовлетворенности работой фармацевта. Оценка проводилась по следующим параметрам: внешний вид, внимательность, демонстрация товара, честность, тактичность,

ответственность, способность к грамотному и аргументированному общению, терпеливость, умение перевести медицинские понятия в общедоступные, поведение вне контакта с посетителями. Средняя оценка (по 10-ти балльной шкале) показателей составила 7,5 баллов для

пациентов г. Ош и 6,8 для пациентов г. Бишкек. Также выявлено, что информационно-консультационными услугами фармацевта абсолютно удовлетворены лишь 38,3% посетителей аптек г. Ош и 11,5% посетителей аптек г. Бишкек.

Вывод. На основании проведенного сравнительного исследования можно сделать следующие выводы:

1. При покупке ЛС пациенты г. Бишкек отдают предпочтение тому аптечному учреждению, где работают профессионально грамотные сотрудники. В свою очередь, пациенты г. Ош обращают внимание на цены ЛС.

2. Все опрошенные пациенты довольно часто обращаются за помощью фармацевта, наиболее частыми причинами обращения являются заболевания органов дыхания, пищеварения и различные болевые синдромы.

3. Почти одинаковое количество респондентов обоих городов указали на свое доверие к фармацевту при выборе ЛС.

4. Больше половины всех респондентов отметили важность получения консультации от фармацевта о ЛС, что также подтверждается мнением половины опрошенных обоих городов о постоянном соблюдении рекомендаций, полученных от фармацевта.

5. Чаще всего пациентов интересует информация о дозе, кратности и способах приема ЛС.

6. Степень своей удовлетворенности работой фармацевта респонденты обоих городов оценили выше среднего.

7. Большинство посетителей аптек городов Бишкек и Ош не достаточно удовлетворены фармацевтическими информационно-консультационными услугами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Pharmaceutical services in a Mexican pain relief and palliative care institute / [R. Escutia Gutierrez, CR. Cortez Alvarez, RM. Alvarez Alvarez et al.]. Pharmacy Practice. – 2007. - Vol. 4. - No 5. – P. 174-178.
2. Aoyama, I. Self-medication behaviors among Japanese consumers: sex, age, and SES differences and caregivers' attitudes toward their children's health management [Текст] / I. Aoyama, S. Koyama, H. Hibino // Asia Pacific Family Medicine. – 2012. – Vol. 7. – No. 11. – P. 2-9.
3. Keshishian, F. Physician-patient and pharmacist-patient communication: Geriatrics' perceptions and opinions [Текст] / F. Keshishian, N. Colodny, R. Thomas Boone // Patient Education and Counseling. – 2008. No. 71. – P. 265-284.
4. <http://www.aptekagal.com.ua/>
5. Ядов В.А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. – М.: «Добросвет», «Книжный дом «Университет», 1998 – 596 с.

E.D. ABDUKAKHAROVA, A.Z. ZURDINOV

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev, Department of basic and clinical pharmacology, Bishkek city, Kyrgyz Republic

PHARMACEUTICAL COUNSELING: COMPARATIVE ANALYSIS OF SURVEY OF MEDICINE CONSUMERS

Resume: The article suggests a comparative analysis of the data received from a social poll of pharmacy customers in the cities of Bishkek and Osh. On the basis of specially developed questionnaire patients' opinions about the quality of pharmaceutical information and counseling aid were studied.

Keywords. Medicinal supply, rational use of medicines, pharmaceutical services, counseling

УДК 616.24-002-085.28

И.У. ИСМАИЛОВА

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызская Республика, г. Бишкек

АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ПРАКТИКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА С УЧЕТОМ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ И СПЕКТРА ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

В результате оценки существующей практики антибактериальной терапии послеродовых эндометритов (ПЭ) установлено, что наибольшую активность в отношении выделенных штаммов коагулазонегативных стафилококков проявляли антибиотики – цефалоспорины и ципрофлоксацин.

*Высокий уровень резистентности к пенициллину, оксациллину, ампициллину, ванкомицину, доксициклину не позволяет рекомендовать их для эмпирической терапии ПЭ, вызванных *S. aureus*. При фармакотерапии ПЭ, вызванных *E. coli*, следует учитывать их практически полную резистентность к пенициллину, доксициклину и канамицину, и чувствительность к АБП из группы фторхинолонов.*

Ключевые слова: антибактериальные препараты, послеродовой эндометрит, чувствительность возбудителей к АБП, рациональное использование лекарственных средств.

Введение. На протяжении последних лет во всем мире отмечается значительный рост устойчивости возбудителей инфекций к антибактериальным препаратам (АБП). Антимикробная резистентность является естественным биологическим ответом на использование АБП и имеет огромное социально-экономическое значение. Во многих развитых странах мира резистентность возбудителей инфекций к АБП рассматривается как угроза национальной безопасности. Неудачи лечения приводят к росту заболеваемости и смертности от инфекций, а также к необходимости разрабатывать новые антибиотики, что, в конечном счете, ложится дополнительным бременем на общество. Так, ежегодно в странах Европейского союза свыше 25 000 человек умирают от инфекций, вызванных антибиотикорезистентными бактериями.

Инфекции, вызванные резистентными штаммами, отличаются длительным течением, чаще требуют госпитализации и увеличивают продолжительность пребывания в стационаре, ухудшают прогноз для пациентов. При неэффективности препаратов выбора приходится использовать средства второго или третьего ряда, которые, зачастую, более дороги, менее безопасны и не всегда доступны. Все это увеличивает прямые и непрямые экономические затраты, а также повышает риск распространения резистентных штаммов в обществе.

Поскольку для подбора антибиотика при лечении послеродовых септических осложнений не всегда имеются возможности провести в течение суток полную бактериологическую диагностику, то по жизненным показаниям бывает необходимым срочно назначать антибиотики [1, 2].

При этом в последние годы отмечается рост резистентности к антимикробным препаратам, применяемым в клинической практике, причем распространенность резистентности может значительно различаться в разных странах и географических регионах.

Выделяют несколько уровней резистентности к АБП - глобальный, региональный и локальный. При проведении рациональной антибактериальной терапии, прежде всего, необходимо учитывать глобальные тенденции в развитии резистентности. Так, во всем мире стремительно вырабатывают резистентность к существующим АБП стафилококки, пневмококк, гонококк, синегнойная палочка и др. При этом следует помнить, что антибиотикорезистентность не является тотальной, не распространяется на все микроорганизмы и АБП. Так, например, *S. pyogenes* остается универсально чувствительны к β-лактамам; *H. influenzae* - к цефотаксиму и цефтриаксону [3].

Однако при всей важности учета глобальной картины при планировании политики антимикробной терапии более рационально опираться на данные, полученные в конкретной стране.

Анализ данных по заболеваемости послеродовым эндометритом (ПЭ) по г. Бишкек с за период с 01.01.2006 г. по 31.12.2009 г. показал, что число женщин с осложненным пуэрперием с каждым годом возрастало: с 95 пациенток в 2006 году до 173 – в 2008 г, что составляло по отношению к числу родоразрешенных женщин за указанный период 0,7% и 0,92% (рост в 1,3 раза), что указывает на безусловную актуальность данного исследования.

Цель исследования - оценка существующей практики антибактериальной терапии ПЭс учетом структуры возбудителей и спектра их чувствительности к антибактериальным препаратам на основе анализа первичной медицинской документации пациенток с ПЭ.

Материал и методы исследования

Анализу подвергнута первичная медицинская документация 495 женщин с осложненным течением пуэрперия в том числе 351 – после самостоятельных родов (I группа) и 144 – после операции КС (II группа). Все женщины были родоразрешены в роддомах

г. Бишкек и в отделении септической гинекологии Национального Хирургического Центра (НХЦ).

Дизайн исследования - ретроспективное описательное исследование по данным, выкопированным из историй болезней пациенток с послеродовым эндометритом в организациях здравоохранения г. Бишкек.

Медицинские карты пациенток с послеродовым эндометритом, отвечающие требованиям «включения/исключения», были выкопированы в индивидуальную регистрационную карту, в которой фиксировались данные по чувствительности выделенных микроорганизмов к АБП, и АБП использованные для лечения пациенток с ПЭ.

При оценке чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным лекарственным препаратам [4] использовали следующие критерии:

S (sensitive) – чувствительны. Клиническая интерпретация – при назначении данного антибиотика в минимальных терапевтических дозах, получаем стойкий клинический эффект.

I (intermedius) – условно чувствительный. Клиническая интерпретация – при назначении данного антибиотика в максимальных терапевтических дозах, клинический эффект не гарантируется.

R (resists) – резистентный. Клиническая интерпретация – при назначении данного антибиотика в максимальных терапевтических дозах получаем полное отсутствие клинического эффекта.

При описании результатов чувствительности учитывались только S, а R и I объединялись в одну группу и трактовались как резистентность.

Полученные результаты и их обсуждение. При изучении видового состава и степени обсемененности микрофлорой у женщин с послеродовым эндометритом проведено бактериологическое исследование 97 клинических образцов, из них 79,4% составили смывы из полости матки, 13,4% - эндоцервикальные смывы.

В результате проведенных исследований было выявлено, что в 91,8% случаев выделяли монокультуру (1 микроорганизм), а 8,2% случаев - микробные ассоциации.

Как оказалось, основными возбудителями ПЭ являлись *Staphylococcus spp.* (37,1%), *St. aureus* (19,6%), *E. coli* (17,5%). Далее в этиологической структуре возбудителей эндометритов располагались *Citrobacter spp.* (10,3%), затем стрептококки и другие представители семейства *Enterobacteriaceae*. При этом в этиологической структуре возбудителей ПЭ, выделенных из полости матки, преобладали *St. epidermidis*, *St. aureus* и *E. coli*. Этиологическая структура возбудителей ПЭ, выделенных из эндоцервикальных смывов, в 69,2% случаев была представлена *Citrobacter diversus*, и в 15,4% случаев - *E. coli*.

При анализе данных по чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов было установлено, что выделенные из клинического материала коагулазонегативные стафилококки в 100% случаев были резистентны к пенициллину, в 91,6% - к норфлоксацину, в 84,6% случаев к ванкомицину. Далее по убывающей располагались доксициклин (81,8%) и цефоперазон (76,9%).

Из протестированных АБП наибольшей активностью в отношении коагулазонегативных стафилококков обладали цефмандол (50%), ципрофлоксацин (50%) и цефтриаксон (47,4%).

Наибольшую резистентность выделенные штаммы *Staphylococcus aureus* проявляли к оксациллину и пенициллину (100% случаев), к канамицину в 90% случаев, ампициллину в 85,7% случаев, ванкомицину в 84,6% случаев и доксициклину 77,8% случаев.

Наибольшую чувствительность выделенные штаммы *Staphylococcus aureus* проявляли к гентамицину (75%), офлоксацину (50%), цефтриаксону (42,9%) и амикацину (36,4%). Выделенные штаммы *E. coli* наибольшую резистентность проявляли к пенициллину и доксициклину (100%), канамицину

(90,9%), ампициллину (87,5%), цефтриаксону и ванкомицину (80,0%) и обладали чувствительностью к АБП из группы фторхинолонов. Так, к офлоксацину и ципрофлоксацину были чувствительны 50% и 33% выделенных штаммов. Чувствительность штаммов к амикацину составляла 44,4%.

Клинические протоколы (КП) по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения приняты Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов, которые утверждены приказом МЗ КР № 539 от 21 октября 2008 года и № 625 от 3 декабря 2008 года и изданы в Кыргызстане в 2010 году [5].

При лечении ПЭ у родильниц особую важность имеет своевременное, как можно более раннее, начало антибактериальной терапии. Как правило, это происходит до получения результатов бактериологического посева и определения чувствительности выделенной флоры к АБП.

В соответствии с этим в КП приведена схема эмпирической антибактериальной терапии ПЭ: ампициллин в/в + гентамицин в/в + метронидазол в/в капельно.

При отсутствии положительного эффекта рекомендована смена схемы применения антибактериальных препаратов: амоксициллин + клавулановая кислота + гентамицин + метронидазол *или* цефутоксим + гентамицин + метронидазол *или* цефотаксим + гентамицин + метронидазол *или* цефотаксим + ципрофлоксацин.

При анализе первичной медицинской документации пациенток с ПЭ установлено, что данные по чувствительности возбудителей ПЭ приведены только к некоторым антибактериальным препаратам, тогда как в клинической практике применяется и ряд иных лекарственных средств. Так, при лечении пациенток с ПЭ с естественным и оперативным родоразрешением была использована 101 схема применения АБП, в которых в разных комбинациях применялись 20 АБП: цефтриаксон, метронидазол, гентамицин, ципрофлоксацин, норфлоксацин, цефоперазон, пенициллины, рокситромицин, стрептомицин, амикацин, ампициллин, бисептол, цефазолин, цефутоксим, канамицин, цефотаксим, ровамицин, флуконазол, имипинем и офлоксацин. В таблице 1 представлен анализ схем применения АБП у пациенток с ПЭ независимо от метода родоразрешения.

Таблица 1 – Схемы назначения АБП пациенткам с ПЭ с оперативным и физиологическим родоразрешением (n=495)

Схемы АБП	%	абс
Гентамицин + инъекционная форма метронидазола	5,3	26
Цефазолин + инъекционная форма метронидазола с переходом на пероральную форму	5,5	27
Цефазолин + инъекционная форма метронидазола	20,2	100
Цефазолин + гентамицин + инъекционная форма метронидазола	21,8	108
Другие схемы АМП терапии, частота которых была менее 3%	47,3	234
Всего	100,0	495

Установлено, что в 21,8% случаев использовалась комбинация цефазолин + гентамицин + инъекционная форма метронидазола, а в 20,2% случаев - цефазолин + инъекционная форма метронидазола. Далее по частоте использования находились комбинации цефазолин + инъекционная форма метронидазола с переходом на пероральную форму и гентамицин + инъекционная форма метронидазола (5,5% и 5,3% соответственно).

Таким образом, на основании полученных результатов проведенных исследований, можно сделать следующие выводы.

1. При ПЭ наибольшую активность в отношении выделенных штаммов коагулазонегативных стафилококков проявляли антибиотики – цефалоспорины и ципрофлоксацин.

2. Высокий уровень резистентности к пенициллину, оксациллину, ампициллину, ванкомицину, доксициклину не позволяет рекомендовать их для эмпирической терапии ПЭ, вызванных *S. aureus*. Наибольшую чувствительность выделенные штаммы *Staphylococcus aureus* проявляли к гентамицину.

3. При фармакотерапии ПЭ, вызванных *E. coli*, следует учитывать их практически полную резистентность к пенициллину, доксициклину и канамицину, при этом выделенные штаммы *E. coli* обладали чувствительностью к АБП из группы фторхинолонов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Перфильева Г.Н. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. – СПб.: 1994. – 424 с.
2. ГуртовойБ.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. - М.: Триада-Х, 2004. – 176 с.
3. Страчунский Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии - М.: Боргес, 2002. – С.384.
4. NCCLS. Performance Standards for Antimicrobial Disk Susceptibility Tests, 1997.
5. Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения, сборник №3. – Бишкек: 2010. – С.117-119.

I. U. ISMAILOVA

Obstetrics and Gynecology Department N2, Akhunbaev I.K. Kyrgyz State Medical Academy,
Kyrgyz Republic, Bishkek

ANALYSES OF POSTPARTAL ENDOMETRITIS ANTIBACTERIAL THERAPY PRESENT PRACTICE WITH ACCOUNTING OF CAUSATIVE AGENTS AND THEIR SUSCEPTIBILITY TO ANTIBACTERIALS

Resume: As result of postpartal endometritis present antibacterial therapy evaluation it was established that highest activity to selected strains of coagulase-negative staphylococci is caused by cefalosporines and ciprofloxacin. High level of resistance to penicillin, oxacilline, ampicilline, vancomycine, doxycycline doesn't allow to recommend them for empirical therapy of postpartal endometritis caused by S. aureus. At drug therapy of PE caused by E. Coli, it is recommended to account their absolute resistance to penicillin, doxycycline and canamycine and their susceptibility to fluoroquinolones.

Keywords: antimicrobials, antibacterials, postpartal endometritis, susceptibility of causative agents to antibacterials, rational drug use.

УДК 616.831-005.1 - 08:616.4

О.Е. КОВАЛЕНКО^{1,2}, Е.В. ЛИТВИН¹

Государственное научное учреждение «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного
Управления делами, г.Киев¹

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика², г. Киев

МОЗГОВОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ГИПОТИРЕОЗОМ

Рассматриваются вопросы особенностей мозгового кровообращения у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующим гипотиреозом.

Ключевые слова: гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия, гипотиреоз, дуплексное сканирование сосудов, церебральная реактивность, тонус мозговых сосудов.

Ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения Украины являются сердечно-сосудистые заболевания, которыми в 2010 году было обусловлено 66,6% всех смертей [1]. Дисфункция щитовидной железы (ЩЖ) является одним из факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, тиреоидная патология в структуре эндокринных заболеваний в Украине занимает первое место - 46,67% [6]. Распространенность гипотиреоза среди населения постоянно возрастает. У взрослого населения показатель среди женщин составляет от 1,4 до 2% и 0,2% среди мужчин. В Украине на 01.01.2012, зарегистрировано 90 920 тыс. больных с гипотиреозом (1999 — 53 тысяч), показатель заболеваемости населения в 2011г. составил 22,1 на 100 тыс. населения. Наибольшая распространенность гипотиреоза наблюдается в возрастной группе старше 60 лет. Так, среди обследованных (без заболевания ЩЖ в анамнезе), процент больных гипотиреозом достигает 6% среди женщин и 2,5% у мужчин [5, 6].

Поражение сердечно-сосудистой системы наблюдается у 70-80% больных с гипотиреозом и часто является первым проявлением заболевания [2, 3, 4]. Установлена связь между повышением уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и атерогенной дислипидемией, нарушением системной гемодинамики, эндотелиальной дисфункцией и развитием гиперкоагуляции [7, 8,]. Клиническим подтверждением проявления эндотелиальной дисфункции у больных гипотиреозом является дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) — церебральная патология, развивающаяся в результате острых или хронических метаболических и сосудистых расстройств [15].

Известно, что при продолжительной артериальной гипертензии развивается комплекс деструктивных, репаративных и адаптационных процессов в сосудах, в том числе, мозговых. Патологические изменения, которые происходят в сосудистой системе головного мозга, приводят к реорганизации мышечной стенки, изменению просвета артерий, деформации магистральных артерий головы и шеи [16].

В современной научной литературе встречаются работы, посвященные изучению отдельных сторон метаболизма и гемодинамики при гипотиреозе [5, 7, 8, 16], однако наблюдается дефицит информации об особенностях мозгового кровообращения при артериальной гипертензии в условиях дефицита тиреоидных гормонов. Представленное исследование, прежде всего, исходит из клинических наблюдений амбулаторной практики — у части больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией (ГДЭ) наблюдалось усугубление неврологического дефицита при корригированной и непрогрессирующей АГ. Поэтому изучение вероятности усугубления церебральной дисфункции при наличии артериальной гипертензии и гипотиреоза является важным и новым в современной медицине для обоснования последующих мероприятий по профилактике и лечению сочетанной патологии.

Целью исследования было изучение особенностей мозгового кровообращения у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующим гипотиреозом с использованием ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов.

Материалы и методы

Проведено клиничко-неврологическое обследование 97 больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией, 60 из них имели сопутствующий гипотиреоз. Возраст больных варьировал от 42 до 66 лет (средний возраст 58,9±0,08). Среди обследованных пациентов - 88 (90,7%) женщин, 9 (9,3%) мужчин. Все пациенты с ГДЭ были разделены на две группы, статистически сопоставимые по основному заболеванию, полу и возрасту. Первая группа (основная) состояла из больных (60 человек) с сопутствующим гипотиреозом. Вторая группа (контрольная) включала 37 человек без гипотиреоза. Стадии дисциркуляторной энцефалопатии были установлены согласно общепринятым критериям диагностики [9,10,11,12,14].

Гипотиреоз у пациентов основной группы был обусловлен аутоиммунным тиреоидитом - 39 человек, последствиями

операции на ЩЖ - 9 человек, у 12 пациентов возник спонтанно.

Таблица 1 - Характеристика групп в зависимости от ДЭ и ГБ

Стадия ДЭ	Степень ГБ	I группа (n=60) n, %	II группа (n=37) n, %	p
ДЭ I	ГБ I,	5(8,33%)	2 (5,41%)	0,57
	ГБ II	4 (6,67%)	3 (8,11%)	0,86
Всего		9,0 (15,0%)	5 (13,56%)	0,89
ДЭ II	ГБ I,	18 (30,0%)	5 (13,51%)	0,08
	ГБ II	33 (55,0%)	27 (72,97%)	0,08
Всего		53 (85,0%)	32 (86,48%)	0,79

Как видно из таблицы, распределение по основному заболеванию – дисциркуляторной энцефалопатии - критерию, по которому и был произведен отбор больных, в процентном соотношении было достоверно однородным в обеих группах, однако, обращал на себя внимание факт, что стадии гипертонической болезни, патогенетически связанной с церебральными расстройствами, отличались: в группе с гипотиреозом при более тяжелой форме мозговой патологии (ДЭ II) у 30,0% пациентов наблюдалась ГБ I, в то же время подобная ситуация имела место только у 13,5% больных без гипотиреоза, что косвенно может свидетельствовать о том, что усугубление церебральной недостаточности у части больных возникает при наличии дополнительных причин – вероятно, гипотиреоза, что и подлежит доказательству. Органические и функциональные изменения в экстракраниальных артериях и состоянии церебральной

гемодинамики исследовались с помощью дуплексного сканирования сосудов больных обеих клинических групп [17,18,19]. Используя спектральный анализ доплеровских сигналов, изучали среднюю пиковую систолическую скорость циркуляции (Vps), диастолическую скорость циркуляции (Ved), индекс периферического сопротивления (Pourcelot, RI – resistive index) и индекс пульсации (Gosling, PI – pulsatility index). По результатам обследования оценивался гемодинамический диапазон функциональных возможностей артериального русла мозга, степень тяжести расстройства, цереброваскулярная реактивность и состояние функционального регулирования мозгового кровотока.

Результаты

Показатели УЗДГ у больных I и II клинических групп приведены в таблице 2.

Таблица 2 - Показатели УЗДГ у больных I и II клинических групп

Сосуды	Показатели	ГДЭ с гипотиреозом (n=60) M±m		ГДЭ без гипотиреоза (n=37) M±m	
		dextra	sinistra	dextra	sinistra
Общая сонная артерия	V ps см/с	78,52±2,31*	72,85±2,55	71,35±2,37	74,78±2,05
	V ed см/с	20,68±0,62	20,70±0,98	19,54±0,91	21,65±0,73
	RI	0,70±0,01*	0,70±0,01	0,73±0,01	0,71±0,01
	PI	1,13±0,09	1,1±0,1	1,39±0,021	1,47±0,32
Внутренняя сонная артерия	V ps см/с	65,10±2,24	67,12±2,23	70,46±2,55	74,22±3,09
	V ed см/с	27,28±1,03	27,15±1,48	29,54±2,17	28,59±1,88
Средняя мозговая артерия	V ps см/с	99,83±3,87	102,42±3,54	105,76±5,73	98,70±4,32
	V ed см/с	43,35±2,60	52,90±3,74	45,46±2,87	43,70±2,29
	RI	0,57±0,01	0,59±0,03	0,57±0,01	0,57±0,01
	PI	2,11±0,10*	2,02±0,09	1,8±0,11	1,89±0,11
Позвоночная артерия (V4)	V ps см/с	53,53±2,20	52,63±2,14*	60,38±2,79	59,86±2,67
	V ed см/с	21,98±1,33*	20,35±1,34*	27,95±1,49	26,16±1,28
	RI	0,60±0,01*	0,61±0,01*	0,57±0,01	0,57±0,01
Позвоночная артерия (V1 - V3)	V ps см/с	38,05±1,02*	39,62±1,01	33,46±1,58	38,03±1,54
	V ed см/с	12,15±0,40	14,41±0,51	12,89±0,61	14,82±0,81
	RI	0,65±0,01**	0,62±0,01*	0,61±0,01	0,65±0,01
A.basilaris	V ps см/с	67,33±2,83		68,57±3,94	
	V ed см/с		30,15±1,32		27,59±1,88
	RI		0,57±0,01		0,59±0,01

Примечание:

* - достоверная разница (p<0,05) между показателям групп.

** - достоверная разница (p<0,001) между показателям групп.

Известно, что увеличение периферического сопротивления сосудов головного мозга происходит в результате патогенетических механизмов развития системной АГ. При исследовании периферического сопротивления (RI) в общей

сонной артерии и позвоночных артериях, пульсационного индекса (PI) в средней мозговой артерии у больных с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом, по сравнению с пациентами с ГДЭ без сопутствующего гипотиреоза, обнаружено увеличение

RI и PI в соответствующих артериях при отсутствии достоверных изменений пиковой скорости систолического кровообращения. Это указывает на снижение упругости и структурные изменения общей сонной артерии и позвоночных артерий и, соответственно, уменьшение церебральной реактивности.

Пиковая систолическая скорость кровотока в артериях обследованных пациентов увеличивается ($p < 0,05$) в правой общей сонной артерии, левой позвоночной артерии на уровне V4 и правой позвоночной артерии на экстракраниальном уровне (V1-V3). Пиковая диастолическая скорость

кровообращения увеличивается ($p < 0,05$) в правой и левой позвоночных артериях на уровне V4.

В ходе обследования пациентов с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом наблюдалась корреляционная зависимость (коэффициент корреляции 0,31-0,37) между уровнем тиреотропного гормона гипофиза в крови обследованных пациентов и показателями средней пиковой систолической скорости циркуляции (Vps), и диастолической скорости кровотока (Ved) в общей сонной артерии (табл. 3).

Таблица 3 - Характеристика корреляционной зависимости между уровнем гормонов щитовидной железы и показателями дуплексного сканирования сосудов мозга.

Сосуды	Показатели	Гормоны щитовидной железы							
		ТТГ		Т3 св.		Т4 св.		АТ-ТПО	
		dextra	sinistra	dextra	sinistra	dextra	sinistra	dextra	sinistra
Общая сонная артерия	V ps см/с	0,31	0,22	0,00	0,07	0,08	0,04	0,07	0,11
	V ed см/с	0,20	0,37	0,06	0,12	0,23	0,23	0,25	0,27
	RI	0,11	0,18	0,00	0,03	0,10	0,24	0,03	0,15
Внутренняя сонная артерия	V ps см/с	0,14	0,01	0,21	0,16	0,00	0,06	0,07	0,16
	V ed см/с	0,16	0,05	0,05	0,00	0,06	0,09	0,28	0,28
Средняя мозговая артерия	V ps см/с	0,02	0,01	0,02	0,10	0,05	0,00	0,00	0,10
	V ed см/с	0,20	0,13	0,06	0,04	0,21	0,05	0,08	0,12
	RI	0,21	0,20	0,07	0,15	0,26	0,03	0,18	0,10
	PI	0,10	0,04	0,01	0,06	0,00	0,08	0,03	0,05
Позвоночная артерия (V4)	V ps см/с	0,12	0,04	0,02	0,01	0,05	0,08	0,05	0,02
	V ed см/с	0,03	0,04	0,08	0,06	0,12	0,11	0,07	0,00
	RI	0,04	0,07	0,05	0,27	0,07	0,06	0,17	0,01
Позвоночная артерия (V1 - V3)	V ps см/с	0,00	0,02	0,05	0,04	0,15	0,18	0,07	0,14
	V ed см/с	0,08	0,03	0,01	0,01	0,00	0,17	0,04	0,02
	RI	0,12	0,21	0,09	0,11	0,04	0,08	0,02	0,00
A.basilaris	V ps см/с	0,07		0,02		0,00		0,09	
	V ed см/с	0,06		0,09		0,00		0,11	
	RI	0,07		0,01		0,02		0,09	

Таким образом, недостаточность тиреоидных гормонов (гипотиреоз) у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией приводит к достоверному снижению упругости и структурным изменениям общей сонной и позвоночной артерий и, соответственно, уменьшению церебральной реактивности. Полученные данные позволяют улучшить раннюю диагностику и разработать комплекс лечебно-профилактических мер по снижению коморбидных проявлений гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии и сопутствующего гипотиреоза.

Выводы

1. У больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией и сопутствующим гипотиреозом по данным дуплексного сканирования сосудов головного мозга и шеи происходит достоверное снижение мозгового кровотока и структурные изменения с уменьшением эластичности стенок общих сонных и позвоночных артерий и, соответственно, снижение церебральной реактивности.

2. У больных с ГДЭ и сопутствующим гипотиреозом достоверно повышается систолическая и диастолическая скорости кровотока по позвоночным артериям, что косвенно может быть связано с анатомо-физиологическими особенностями вегетативного обеспечения ЩЖ и позвоночных артерий.

3. Изменения кровотока

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- 1 Коваленко В.М. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (Аналітично-статистичний посібник) / В.М.Коваленко, В.М. Конацький – Київ: СПД ФО Коломіцин В.Ю., 2011. – С.36-46.
- 2 Gallowitsch H.J. Thyroid and cardiovascular system / H.J. Gallowitsch // Wien Med. Wochenschr. - 2005. – Vol.155, №19-20. – P.436-443.
- 3 Impact of subclinical thyroid disorders on coronary heart disease, cardiovascular and all-cause mortality: A meta-analysis / S. Singh, J. Duggal, J. Molnar [et. al] // Int. J. Cardiol.-2008.- Vol.125, №1. – P.41-48.
- 4 Luboshitzky R. Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women with Subclinical Hypothyroidism/ R. Luboshitzky, A.Aviv, P.Herer, L. Lavie // Thyroid. – 2002.- Vol.12, №5. – P.421-425.
- 5 Паньків В.І. Синдром гіпотиреозу / Международный эндокринологический журнал. - 2012. - 5 (45). – С. 54-57.
- 6 Аналіз діяльності ендокринологічної служби в Україні у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією / О.С.Ларін, В.І.Паньків, М.І. Селіваненко, О.О.Грачова // Міжнародний ендокринологічний журнал – 2011.- № 3 935). – С.10-19.
- 7 Hak A.E., Pols H.A., Visses T.J. et al. Subclinical hypothyroidism is an independent risk for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam study// Ann. Intern. Med. 2000, 132, N 4, 270-278.
- 8 Мітченко О.І., Романов В.Ю., Логвиненко А.О. та ін. Серцево-судинний ризик на тлі дисфункції щитоподібної залози // Український кардіологічний журнал. Матеріали XII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 2011) Додаток 1, 81-88.
- 9 Дамулін І.В., Парфенов В.А, Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Дисциркуляторная энцефалопатия. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2005; 1:275-85.
- 10 Шмидт Е. В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журн. невропатол. и психиатр. 1985, с. 1281-1288.
- 11 Мищенко Т.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: устаревший термин или клиническая реальность? // Здоров'я України. – 2012. – № 4 (23). – С.18-19.
- 12 Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. – М.: 2007.
- 13 Кравченко А.М., Коваленко О.Є., Вознюк В.В., Оводюк Н.М., Литвин О.В. Визначення оптимального рівня артеріального тиску при проведенні антигіпертензивної терапії у хворих з неврологічними розладами // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №141-2011.
- 14 Коваленко О.Є., Кравченко А.М., Литвин О.В., Оводюк Н.М., Закрутько Л.І. Хронічні цереброваскулярні захворювання, зумовлені артеріальною гіпертензією та церебральним атеросклерозом // Методичні рекомендації. – Київ. 2012р. – 33 с.
- 15 Товаржнянська О.Л., Григорова І.А., Тихонова Л.В. Клінічні особливості та патогенетичні механізми формування неврологічних синдромів при первинному гіпотиреозі // Міжнародний неврологічний журнал. - 6 (36) 2010. – С.73.
- 16 Михайленко О.Ю., Зубкова С.Т. Структура і гемодинаміка екстракраніальних відділів сонних артерій у хворих на гіпотиреоз // Ендокринологія. – Том 17. - №1/ 2012. – С.32-36.
- 17 Baron H.C., Wayne M.G., Santiago C. et al. treatment of severe chronic venous insufficiency using the subfascial endoscopic perforator vein procedure // Surg. Endosc. — 2005. — 19. — 126-129.
- 18 Takase S., Pascarella L., Lenord L. et al. Venous hypertension, inflammation and valve remodeling // Eur. J. Vase. Endovasc. Surg. — 2004. — 28. — 484-493.
- 19 Коржелецький О.С. Клінічні аспекти доплерографії // Журнал «Внутренняя медицина». 1-2 (13-14). – 2009.

O.E.KOVALENKO, O.V.LYTVYN

FEATURES OF BRAIN CIRCULATION WITHIN PATIENTS WITH DYSIRCULATORY ENCEPHALOPATHY AND HYPOTHYROIDISM

Resume: The problems about features of brain circulation within patients with hypertensive dyscirculatory encephalopathy and hypothyroidism are being considered.

Keywords: hypertensive dyscirculatory encephalopathy, hypothyroidism, duplex doppler ultrasound, cerebrovascular reactivity, rheovasography, the tone of cerebral vessels.

Н.А. МЫРЗАБАЕВА

Казахский Национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова (г.Алматы)

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

В статье приведены современные сведения о патофизиологических аспектах функциональных заболеваний органов пищеварения. Патофизиологическим субстратом клинических проявлений функциональных заболеваний органов пищеварения являются, прежде всего, психоневрологические, нейрогормональные, иммуновоспалительные механизмы, дальнейшее изучение которых открывает перспективы разработки дифференцированной коррекции, а главное — профилактики данной патологии.

Ключевые слова: функциональные заболевания органов пищеварения, причины, патогенез.

Функциональные заболевания органов пищеварения (ФЗОП) являются весьма распространенными в клинической практике и чаще всего наблюдаются такие функциональные нарушения, как функциональная диспепсия (ФД) у 19-70% населения земного шара, 10-20% отмечают наличие симптомов, свойственных синдрому раздраженного кишечника (СРК), а у 7,6-20,7% жителей планеты имеются признаки дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди (ДЖП, ДСО) [1, 2]. Причем, за медицинской помощью обращаются всего 20-25% пациентов. При ФЗОП ни эндоскопические, ни гистологические исследования не выявляют морфологических изменений пищеварительного тракта. Актуальностью проблема ФЗОП обязана, прежде всего, гетерогенности этиопатофизиологического механизма развития, и, как следствие, - чрезвычайно многообразию и многозначительности существующих методов диагностики, лечения и профилактики при их недостаточной эффективности [2, 3]. Это приводит к существенному снижению качества жизни пациентов, сравнимое с таковым при тяжелых органических заболеваниях соответствующей локализации, а зачастую и более выраженное, а также к социально-экономическим потерям [4]. Несмотря на широкое и всестороннее изучение ФЗОП в настоящее время все еще имеется множество неясных моментов в их патогенезе. В качестве основных факторов риска развития ФЗОП выделяют: возраст, пол, хронический стресс и психопатизацию личности, неблагоприятные социальные условия, вредные привычки, погрешности в питании, ожирение, некоторые виды медикаментозной терапии, инфицированность хеликобактерной инфекцией, наследственность и др. [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

В возрастном аспекте ФЗОП чаще развиваются у лиц молодого возраста, что связывают со свойственной этому периоду гормональной перестройкой, динамичностью нервных процессов, периодом активной общественной деятельности и наличием множества других социобиологических факторов риска ФЗОП [5, 8].

Многие исследователи приводят данные о более частом развитии ФЗОП у женщин, в то время как другие авторы не придают гендерному фактору большого значения [2, 6].

Очевидна негативная роль таких вредных привычек, как курение, злоупотребление алкоголем, психостимуляторами в развитии ФЗОП [7, 8].

Режим и характер питания также ассоциируются с функциональным состоянием желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [8]. Установлено, что при нарушении режима и ритма питания подавляется желудочно-толстокишечный рефлекс, при этом он либо полностью угасает (в случае уменьшения частоты приемов пищи), либо ослабляется (если во время принятия пищи имеются отвлекающие факторы). Из нарушений в питании необходимо отметить еду всухомятку, нерегулярный прием пищи и особенно чередование продолжительных голоданий с приемом обильного количества трудно перевариваемой пищи при быстрой еде, а также несбалансированное питание с недостаточным содержанием в пище белков, микроэлементов,

витаминов. В основе патогенеза ФЗОП алиментарного происхождения лежит нарушение его периодической деятельности в результате чрезмерной стимуляции моторной и секреторной функции раздражающими факторами. Также установлено, что пищеварительная система играет немаловажную роль в регуляции массы тела и энергетического баланса, а ожирение способствует существенным нарушениям в функционировании пищеварительного тракта [9].

Известно этиопатофизиологическое значение приема нестероидных противовоспалительных средств, анальгетиков и других медикаментов в развитии гастроэнтерологической патологии [10].

Определенное место в развитии ФЗОП и патогенезе их семиотики отводят дисмоторным нарушениям ЖКТ и висцеральной гиперчувствительности (повышению чувствительности рецепторного аппарата к растяжению), будучи тесно взаимосвязанными и взаимообусловленными, они опосредуют реализацию всех прочих этиопатогенетических причин [7, 9]

Имеются сведения, что развитию ФЗОП, в большей степени при ФД, способствует хеликобактерная инфицированность слизистой ЖКТ [11], которая играет существенную роль в дисмоторных нарушениях. Так, показано подавляющее действие хеликобактерной инфекции на моторику желудка, опосредованное активацией цитокиновой системы с повышением экспрессии интерлейкинов (ИЛ) ИЛ-11, ИЛ-6, ИЛ-8, а также ФНО α [11].

Среди множества теорий патогенеза ФЗОП, одной из наиболее популярных, в настоящее время является теория нейроэндокринной дисрегуляции ЖКТ. Она описывает механизм развития ФЗОП с позиций нарушения иннервации, синхронизирующей функции нервной системы, деятельности нервно-мышечного аппарата и баланса гормонов, ферментов и других, эндогенных биологически активных веществ (гастрина, грелина, дофамина, мелатонина, пепсиногена и др.) [12].

Значительную роль в развитии нарушений моторики различных отделов ЖКТ играет микрофлора кишечника, часто изменяющаяся при инфицировании и при функциональных расстройствах ЖКТ [1, 10].

Находит своих сторонников и альтернативная точка зрения на ФЗОП как на психосоматическую патологию [13]. Основанием этому служат обнаружение психоневрологических расстройств у 53-80% пациентов с ФЗОП, частое выявление тревожности, высокая частота соматических жалоб со стороны различных органов и систем, позитивный эффект от нейротропных препаратов. Психоневрологические расстройства, действие хронического эмоционального стресса могут обуславливать широкий спектр нарушений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ [4, 14]. При этом одним из факторов недостаточной эффективности лечения ФЗОП могут служить личностные особенности пациента, определяющие отношения с обществом, и формирование симптомов заболевания как адаптивного механизма, защищающего от необходимости быть социально активным [15]. Психотравмирующие ситуации могут

формировать застойные очаги возбуждения в гипоталамусе и ретикулярной формации, нарушая динамику нервных процессов в коре головного мозга, что приводит к ослаблению регуляции высших вегетативных центров, расстройству нейрогуморальных регуляторных механизмов, а впоследствии — и нарушениям моторики пищеварительного тракта [13]. Равным образом стресс влияет и на развитие СРК опосредовано гипоталамическими воздействиями через нервные пути, систему релизинг-факторов и тропных гормонов гипофиза, обуславливая активацию вагоинсулярной системы, при этом происходит угнетение второй фазы моторной активности дуоденоюнального мигрирующего моторного комплекса, холинергическая стимуляция системы «головной мозг — кишечник», что приводит к сенсомоторной дисфункции [14] и при ДЖП нейроэндокринная дискоординация цикла сокращения и расслабления желчного пузыря, сфинктерной системы вследствие нефизиологического ритма оттока желчи из желчного пузыря, застой желчи приводит к развитию нарушений энтерогепатической циркуляции желчных кислот [16].

Дисфункция вегетативного отдела нервной системы расценивается как немаловажный патогенетический фактор некоторых заболеваний органов пищеварения. Многозначна роль вегетативной нервной системы и в возникновении ФЗОП, которая принимает напряжение всех процессов жизнедеятельности и вследствие этого у пациентов с лабильной

нервной регуляцией она претерпевает постоянные перегрузки, приводя к нарушениям моторно-эвакуаторных и секреторных функций ЖКТ.

Некоторые авторы не исключают отсутствие патогенетической связи сопутствующих сосуществующих заболеваний психической сферы и ФЗОП, так как не выявили достоверной ассоциации этих нарушений [12,13].

Необходимо учитывать, что, в силу мультифакторности и общих патофизиологических механизмов развития ФЗОП довольно часто сочетаются друг с другом, что ухудшает течение заболеваний и усложняет лечение данной категории пациентов [14,15].

Итак, ФЗОП, в сущности, следует рассматривать, как необычное патофизиологическое явление, поскольку для адекватной этиопатогенетической терапии требуется принимать во внимание неоднозначность механизмов возникновения и развития функциональных нарушений.

Выводы

Таким образом, патофизиологическим субстратом клинических проявлений ФЗОП являются, прежде всего, психоневрологические, нейрогормональные, иммуновоспалительные механизмы, дальнейшее изучение которых открывает перспективы разработки дифференцированной коррекции, а главное — профилактики данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Фадеенко Г.Д. Терапевтические возможности Мевекина корпорации «Артериум» в лечении функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта // Г.Д. Фадеенко // Здоров'я України. — 2012. - №1 (23) — С. 36-37.
- 2 Suzuki H. Functional gastrointestinal disorders (FGID): progress in diagnosis and treatments. Topics: II. Current status and future prospective of medical care of the representative disorders; III. Functional dyspepsia / H. Suzuki, T. Nishizawa, T. Hibi // Nihon Naika Gakkai Zasshi. — 2013. — Vol. 102, No. 1. — P. 63–69.
- 3 Kumar A. Epidemiology of functional dyspepsia / A. Kumar, J. Pate, P. Sawant // J. Assoc. Physicians India. — 2012. — No. 60. — P. 9–12.
- 4 Погромов А. П. Психовегетативные аспекты функциональной желудочной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника, эффективность терапии дулоксетинем / А. П. Погромов, Г. М. Дюкова, М. Л. Леонова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2012. — № 3. — С. 26–32.
- 5 О. В. Коркушко. Некоторые данные возрастной клинической физиологии желудка / О. В. Коркушко, В. Б. Шатило, Ю. В. Гавалко [и др.] // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — № 4. — С. 17–25.
- 6 Flier S. N. Is functional dyspepsia of particular concern in women? A review of gender differences in epidemiology, pathophysiologic mechanisms, clinical presentation, and management / S. N. Flier, S. Rose // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101, Suppl. 12. — P. S644–S653.
- 7 Cigarette smoking and its association with overlapping gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia, or irritable bowel syndrome / Y. Fujiwara, M. Kubo, Y. Kohata [et al.] // Intern. Med. — 2011. — Vol. 50, No. 21. — P. 2443–2447.
- 8 Feinle-Bisset C. Dietary and lifestyle factors in functional dyspepsia / C. Feinle-Bisset, F. Azpiroz // Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2013. — Vol. 10, No. 3. — P. 150–157.
- 9 Relationship between uninvestigated dyspepsia and body mass index: a population-based study / A. Solhpour, A. Safaee, M. A. Pourhoseingholi // East Afr. J. Public Health. — 2010. — Vol. 7, No. 4. — P. 318–322.
- 10 Associations between medication use and functional gastrointestinal disorders: a population-based study / R. S. Choung, G. R. Locke, C. D. Schleck [et al.] // Neurogastroenterol. Motil. — 2013. — Vol. 25, No. 5. — P. 413–419.
- 11 Effect of Helicobacter pylori eradication on functional dyspepsia / S. E. Kim, Y. S. Park, N. Kim [et al.] // J. Neurogastroenterol. Motil. — 2013. — Vol. 19, No. 2. — P. 233–243.
- 12 Genetic variation in the beta-2 adrenergic receptor (ADRB2) predicts functional gastrointestinal diagnoses and poorer health-related quality of life / V. M. Kushnir, B. Cassell, C. P. Gyawali [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2013.
- 13 Собенников В. С. Соматизация и психосоматические расстройства / В. С. Собенников, Ф. И. Белялов — Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. — 230 с.
- 14 Van Tilburg M. A. Which psychological factors exacerbate irritable bowel syndrome? Development of a comprehensive model / M. A. van Tilburg, O. S. Palsson, W. E. Whitehead // J. Psychosom. Res. — 2013. — Vol. 74, No. 6. — P. 486–492.
- 15 Ивашкин В. Т. О сочетании синдрома функциональной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника / В. Т. Ивашкин, Е. А. Полуэктова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2011. — № 4. — С. 75–81.
- 16 Pathologic changes in biliary dyskinesia / E. Brownie, R. A. Cusick, D. A. Perry // J. Pediatr. Surg. — 2011. — Vol. 46, No. 5. — P. 879–882.

Н.А. МЫРЗАБАЕВА

С.Д. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті

АС ҚОРЫТУДЫҢ ОРГАНЫНЫҢ ФУНКЦИЯЛЫҚ АУРУҒА ШАЛДЫҒУЫНЫҢ ПАТОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТТЕРІ

Түйін: Мақалада қазіргі ақпарлар туралы ас қорытудың органының функциялық ауруға шалдығуының патофизиологиялық аспектерінде келтірілген ас қорытудың органының функциялық ауруға шалдығуының клиникалық айқында патофизиологиялық субстратымен болып табылады, барлық, психоневрологиялық, нейрогормон нешіншінің өрі қарай байқауы иммуновоспалительлық тетіктер дифференциалдалған коррекцияның зерттемесінің болашақтарын ашады, ал басты - айтылмыш патологияның алдын алу.

Түйінді сөздер: ас қорытудың, себептің органының функциялық ауруға шалдығулары, патогенез.

N. A. MYRZABAYEVA

S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University

PATHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS FUNCTIONAL DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM

Resume: The article presents information on the current pathophysiological aspects of functional disorders of the digestive system. The pathophysiological basis of the clinical manifestations of functional disorders of the digestive system are, first of all, psychoneurological, neurohormonal, immunological mechanisms, further study of which offers the prospect of developing a differentiated compensation, and most importantly - the prevention of the disease.

Keywords: functional diseases of the digestive system, causes, pathogenesis.

УДК 616.348-002-085-053.2

А. Д. БАЙМУРАТОВА, Т. Ш. ИСАБЕКОВА, Ж. А. АГИМОВ, Л. А. КИЛЫБАЕВА, Қ. А. НАЗАРЫМБЕТ,
Г. С. НУРМУХАМБЕТОВА, А. НҰРМАХАНҚЫЗЫ, Г. ТҰРДЫБЕК

*Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,
НЦП И ДХ, г.Алматы*

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТАМИ СЕРЕТИДИ МОНТЕЛУКАСТ

В статье приведены результаты базисного лечения БА у детей. Находились под наблюдением 25 детей в возрасте от 6 до 14 лет, получавших в качестве базисной терапии серетид в средней терапевтической дозе и монтелукаст в суточной дозе 5 мг:1-я группа. Другие 25 детей, (контрольная группа) получали в качестве базисной терапии только один серетид в средней терапевтической дозе:2-я группа. Удовлетворительный результат в лечении БА достигнут при сочетании ИГКС и антилейкотриена.

Ключевые слова: бронхоконстрикция, ремоделирование, базисная терапия, ИГКС, антилейкотриен, серетид, монтегест.

Существенный прогресс в лечении бронхиальной астмы был достигнут при лечении базисной терапией, призванной оказать эффект на воспалительный процесс. Воспаление в бронхах при бронхиальной астме выявляется не только в периоде обострения, но и в фазе ремиссии и оправданным является длительное применение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). В клинической практике доказательным при лечении ИГКС является улучшение легочной функции, уменьшение вариабельности показателей ФВД в течение дня, а также снижение потребности больных в кортикостероидах *per os*. Этим обеспечивается защита от бронхоконстрикции при контакте с антигеном, снижается частота обострений БА, т.е. предотвращаются патогенетические изменения в бронхах, ведущие к необратимой обструкции дыхательных путей (ремоделирования). Большинство больных нуждаются в многолетней поддерживающей терапии. Оправдано применение комбинированного препарата серетид(флутиказон + сальметерол). Современный ингаляционный кортикостероид – флутиказон оказывает противовоспалительное действие с минимальным общим воздействием. Обеспечивает лучший профиль безопасности и высокую эффективность. Сальметерол обладает высокой селективностью в отношении β_2 -адренорецепторов, вызывает продолжительный

бронхорасширяющий эффект (12 ч). Взаимное усиление (синергизм) действия сальметерола и флутиказона на молекулярном, рецепторном и клеточном уровнях при их комбинации в одном ингаляторе позволяет существенно усилить эффект комбинированной терапией серетидом и повысить ее безопасность за счет возможности двукратного снижения дозы ингаляционного глюкокортикостероида. Так же в последние годы в патогенезе бронхиальной астмы выявлена роль посредников воспаления нового класса, получивших название лейкотриены (LTC₄, LTD₄ и LTE₄). Роль лейкотриенов в патогенезе бронхиальной астмы заключается в усилении секреции слизи, подавлении ее клиренса, увеличении выработки катионных белков, повреждающих эпителиальные клетки. Лейкотриены усиливают приток эозинофилов, повышают проницаемость кровеносных сосудов. Они ведут к сокращению гладких мышц бронхов, способствуют миграции клеток, участвующих в развитии воспалительного процесса. Антилейкотриеновые препараты предотвращают развитие бронхоспазма (в т.ч., в ночное время), препятствуют развитию воспаления, отека, уменьшают проницаемость сосудов, снижают секрецию слизи, улучшают качество сна, снижается использование бета-агонистов. Хорошо переносятся больными, не приводят к развитию серьезных осложнений. Важным является то обстоятельство, что они применяются в

таблетированной форме один-два раза в день. Антагонисты лейкотриенов снижают дозу ингаляционных кортикостероидов и β_2 -агонистов при обострении астмы.

Целью нашей работы являлась: оценка результатов базисного лечения больных с неконтролируемой БА, комбинацией препаратов серетид и монтелукаст в амбулаторных условиях.

Задачей проведения сочетанной терапии ИГКС+антилейкотриена у детей является достижение стойкой (устойчивой) ремиссии и высокого качества жизни больных с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились дети с БА, состоящие на Д учете в №16 СВА. Всего в поликлинике с диагнозом БА-104 детей. Из них в исследование вошли 25 детей в возрасте от 6 до 14 лет, получавших в качестве базисной терапии серетид в средней терапевтической дозе и монтелукаст в суточной дозе 5 мг: 1-я группа. Другие 25 детей, (контрольная группа) получали в качестве базисной терапии только один серетид в средней терапевтической дозе: 2-я группа. Сравниваемые группы детей, находившихся на Д учете с диагнозом бронхиальная астма, были однородны по возрасту, степени тяжести, давности заболевания и выраженности исходных симптомов.

Оценку эффективности терапии проводили по выраженности симптомов БА, потребности в бронходилататорах короткого действия, динамики изменений функциональных показателей дыхания (показателей пикфлоуметрии – пиковая скорость выдоха (ПСВ)). До начала исследования ежемесячные обострения заболевания отмечались у 30% детей 1-й группы и у 25% детей 2-й группы. У остальных детей обострения были реже. В целом у всех больных отмечались дневные симптомы (больше двух раз в неделю), ночные пробуждения (больше одного раза в неделю). Таким образом, пациенты нуждались в коррекции базисной (противорецидивной) терапии, то есть в проведении терапии «ступень вверх» за счет повышения дозы ИГКС, либо путем применения комбинированной терапии с использованием антилейкотриеновых препаратов. Для исследования был взят порошковый ингалятор в форме дозированного аэрозоля-серетид (каждая доза серетиды содержит 25 мкг сальметерола в комбинации с 50, 125 или 250 мкг флутиказонапропионата, который назначается в зависимости от возраста больного и тяжести течения заболевания) и антилейкотриеновый монтелукаст (специфический селективный, принимаемый внутрь активный антагонист цистениловых рецепторов. Назначается детям начиная с 6-летнего возраста в дозе 5 мг один раз в день,

перед сном, в виде жевательных таблеток). В результате проведенного лечения в наблюдаемых группах детей при использовании монтелукаста достигнуто снижение числа обострений БА, уменьшение потребности в β_2 агонистах короткого действия и высоких дозах ИГКС. Отчетливая положительная динамика клинических симптомов была отмечена уже на 6-й день приема монтелукаста. У детей 1-й группы на 6-е сутки лечения приступы удушья сохранились только у 18% детей, что позволяет пациентам уменьшить потребность в β_2 агонистах короткого действия; сухой кашель сохранился у 35% детей, влажный кашель – лишь у 10%, заложенность носа – у 30%. Во 2-й контрольной группе приступы удушья сохранились у 28%, сухой кашель – у 50%, влажный кашель – у 15%, заложенность носа – у 42% пациентов. У детей 1-й группы при перкуссии грудной клетки коробочный оттенок звука сохранился у 45%, жесткое дыхание – у 38%; во 2-й группе – соответственно у 54 и 50% пациентов. Показатель пикфлоуметрии у детей 1-й группы на 6-е сут увеличился по сравнению с детьми 2-й группы. Таким образом, применением монтелукаста уже на 6-е сут обострения БА дали положительные результаты.

У больных 1-й группы: на 12-й день исчезли приступы удушья у 95%, у больных 2-й группы у 83%; отсутствие сухого кашля – в 1-й группе у 90%, в 1-й группе у 68%; влажного кашля – в 1-й группе у 98%, во 2-й группе у 78%; улучшение носового дыхания – в 1-й группе у 90%, во 2-й группе – 83% детей. Данные объективного осмотра на 12-й день после проведенной терапии: при перкуссии грудной клетки у детей 1-й группы коробочный оттенок сохранился лишь у 2 детей, во 2-й группе – у 6 детей; при аускультации легких жесткое дыхание сохранилось в 1-й группе у 12% детей, а во 2-й – у 28%. Показатели пикфлоуметрии у детей на 12-й день от начала лечения монтелукастом в комбинации с серетидом приблизился к возрастной норме, по сравнению с группой детей, получавших только серетид. Вариабельность ПСВ (пиковой скорости выдоха) у детей 1-й группы на 12-й день от начала лечения: до 20% за сутки – у 80% детей; 20–30% – у 20% детей; вариабельности более 30% не было. У детей 2-й группы: колебание ПСВ до 20% – у 56% детей; 20–30% – у 38% детей; более 30% – у 6% детей.

Выводы: Применение монтелукаста у детей с БА позволило достичь контроля за клиническими симптомами больных в более короткие сроки по сравнению с детьми, получавшими только один серетид.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чучалин А.Г., Баранов А.А. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – М.: Русский врач, 2006, 100 с.
- 2 Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2006. - 685 с.
- 3 Балаболкин И.И. Лечение аллергических болезней у детей. – М.: МИА, 2008. - 352 с.
- 4 Адо В.А., Мокроносова М.А., Перламутров Ю.Н. Аллергия и лейкотриены: обзор // Клиническая медицина, 1995, 73, N2, с 9-12
- 5 Ковалева В.Л., Чучалин А.Г., Колганова Н.А. Антагонисты и ингибиторы лейкотриенов в терапии бронхиальной астмы // Пульмонология, 1998, 1, с 79-87
- 6 Мокроносова М.А., Адо В.А., Перламутров Ю.Н. Роль лейкотриенов в патогенезе аллергических заболеваний: обзор // Иммунология. – 1996. - N 1. – С. 17-28
- 7 Busse W. The role and contribution of leukotrienes in asthma. Ann Allerg. Asthma Immunol., 1998, 81 (1), p 17-26
- 8 Devillier P., Baccard N., Advenier C. Leukotrienes, leukotriene receptor antagonists and leukotriene synthesis inhibitors in asthma: an update. Part 1: synthesis, receptors and role of leukotrienes in asthma // Pharmacol. Res., 1999, 40 (1), p 3-13

А. Д. БАЙМУРАТОВА, Т. Ш. ИСАБЕКОВА, Ж. А. АГИМОВ, Л. А. КИЛЫБАЕВА, Қ. А. НАЗАРЫМБЕТ,
Г. С. НУРМУХАМБЕТОВА, А. НҰРМАХАНҚЫЗЫ, Г. ТҰРДЫБЕК
С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
П және БХ ФО, Алматы қ.

БАЛАДАҒЫ БРОНХИАЛЬДЫ АСТМАНЫҢ СЕРETИД ЖӘНЕ МОНТЕЛУКАСТПЕН БАЗИСТЫҚ ЕМІ

Түйін: Мақалада баладағы бронхиальды астманың базистық емінің емдеу нәтижелері келтірілген. Бақылауда 6 мен 14 жас аралығындағы, базистық ем ретінде орташа емдік дозада серетид және тәуліктік дозада 5 мг монтелукаст алатын 25 бала: 1-інші топ. Басқа 25 бала (бақылау тобы) базистық ем ретінде орташа емдік дозада тек серетид алды: 2-інші топ. БА емінде қанағаттанарлық нәтижеге ИГКС және антилейкотриенді қосарландыра пайдаланғанда қол жетті.

Түйінді сөздер: бронхоконстрикция, ремоделдену, базистық ем, ИГКС, антилейкотриен, серетид, монтигет.

A.D. BAYMURATOVA, T. ISABEKOVA, J. A. AGIMOVA, L. A. KILIBAEVA, K. A. NAZARIMBET,
G. S. NURMUKHAMBETOVA, A. NURMAHANKIZI, G. TURDIBEK
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty
Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery

THE BASIC THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN BY USING SERETIDE AND MONTELUKAST

Resume: This article discusses the basic treatment results of asthma in children. Were followed for 25 patients aged from 6 to 14 years, who received a basic treatment Seretide in the average therapeutic dose and montelukast in a daily dose of 5 mg (first group). Another 25 children (the second control group) were received as a basic therapy only one Seretide in average therapeutic dose. The satisfactory results in the treatment of asthma were achieved with a combination of inhaled corticosteroids and anti-leukotrienes.

Keywords: bronchoconstriction, remodeling, basic therapy, inhaled corticosteroids, anti-leukotrienes, Seretide, montiget.

УДК 618.2/4-2:618.177

А.С. КАРАКУШИКОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.С. САДВАКАСОВА
Казахский Национальный Медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕСПЛОДИЯ МУЖЧИН

В последние годы все большее распространение получает исследование поиска биомаркеров социально-значимых заболеваний человека с помощью молекулярно-генетических методов диагностики и прогнозирования бесплодия у мужчин.

Рост заболеваемости органов репродуктивной системы у женщин и мужчин оказывает существенное влияние на состояние репродуктивного здоровья населения и определяет уровень репродуктивных потерь.

Особую значимость в последние годы приобрела проблема инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов. Около 60-70 % всех инфекционно-воспалительных заболеваний происходит за счет хламидиоза и гонореи, в 25-60 % случаев причиной является бактериальный вагиноз. По данным некоторых авторов, на долю идиопатического бесплодия у мужчин приходится до 30% случаев [1,2].

Цель работы - оценить микрофлору эякулята 92 мужчин из бесплодных пар.

Материалы и методы: из образцов эякулята 92 мужчин выделили ДНК с помощью ПЦР в режиме реального времени. Определение генотипа проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) со специфичными праймерами. Анализ продуктов ПЦР амплификации проводили в 2% агарозном геле с окрашиванием бромистым этидием.

Результаты исследований: В результате проведенных исследований 92 мужчин из бесплодных пар было обнаружено, что наиболее часто среди идентифицированных микроорганизмов в эякуляте мужчин регистрировались грибы рода Candida – 100%, Enterobacterium spp. – 90,2%, Streptococcus spp. – 84,8%, Staphylococcus spp. – 88,04%, Eubacterium spp. – 80,4%, Peptostreptococcus spp. – 66,3%. Реже выявлялись Lactobacillus spp. – 16,3%, Apotobium vaginae – 11,0%, а также урогенитальные микоплазмы Mycoplasma (hominis+genitalium) и Ureaplasma (urealiticum+parvum) соответственно в 8,7% и 7,6% случаев.

Факультативные (энтеробактерии, стрептококки и стафилококки) и облигатные (гарднереллы, превотеллы, порфиромонады, эубактерии, фузобактерии, и др.) анаэробы были определены соответственно в 4,4% и 1,1% случаев.

Ассоциации факультативных облигатных анаэробов и грибов рода Candida обнаружены в 81 пробе (88% случаев).

Показатель общей бактериальной массы (ОБМ) эякулята мужчин колебался в значительных пределах от 10 до 10⁷, что позволило подразделить исследуемые образцы на две группы в зависимости от степени обсемененности биотопа.

Обсуждение результатов: При сопоставлении результатов исследования образцов эякулята 1 и 2-й групп было обнаружено, что только в пробах с высоким показателем общей бактериальной массы (2-я группа) отмечалось наличие облигатных, факультативных анаэробов и урогенитальных микоплазм (Ureaplasma spp. – 8,2%, Mycoplasma spp., - 1,4%), а также Apotobium vaginae был идентифицирован 11,0% случаев. Кроме вагинального апатибиума, в исследуемых образцах эякулята были идентифицированы и другие бактерии-ассоцианты бактериального вагиноза (эубактерии, гарднереллы,

фузобактерии, пептострептококки), которые встречались достоверно чаще в семенной жидкости с высоким бактериальным обсеменением. В частности, в образцах эякулята 2-й группы эубактерии встречались в 94,4% случаев против 26,3% случаев в 1-й группе ($p < 0,0001$), пептострептококки в 78,1% против 21,1% случаев в 1-й группе ($p < 0,0001$). Обнаружение ассоциантов бактериального вагиноза в эякуляте мужчин указывает на наличие дисбиоза урогенитального тракта супружеской пары. При высокой бактериальной обсемененности эякулята достоверно чаще регистрировались факультативные анаэробы: так, стрептококки были идентифицированы в 91,8% против 57,9% случаев 1-й группы ($p < 0,0001$), стафилококки – в 97,3% против 52,6% случаев в 1-й группе ($p < 0,0001$). Также у мужчин 2-й группы в 1,4 раза чаще

выявлялись ассоциации факультативных, облигатных анаэробов и грибов рода *Candida* (93,2% против 68,4% случаев в 1-й группе, $p < 0,0001$).

Статистически значимых различий в идентификации лактобактерий и энтеробактерий при низкой и высокой обсемененности эякулята обнаружено не было.

Заключение

Таким образом, установлено, что применение ПЦР в режиме реального времени является скрининговым методом, позволяющим установить уровень бактериальной обсемененности эякулята, идентифицировать широкий спектр факультативных и облигатных анаэробных микроорганизмов, которые имеют огромное значение в этиологии инфекционного генеза нарушения фертильности эякулята.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Тихомиров А.Л. Комплексное лечение смешанных генитальных инфекций / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания // Гинекология. – 2004. – Т.6, № 6. – С. 289–292.
- 2 Shi Y.C., Cui Y. X. et al. AZF microdeletions on the Y chromosome in infertile Chinese men: a five-year retrospective analysis. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2010; 16:9.

А.С. КАРАКУШИКОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.С. САДВАКАСОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы

ЕРЛЕР БЕДЕУЛІГІНІҢ МОЛЕКУЛЯРЛЫҚ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

Түйін: Полимераздық-тізбеу реакциясын нақтылы уақыт тәртібінде пайдалану скринингтік әдіс болып табылады, бұл эякуляттың бактериялық тұқымдану деңгейін орнатуға, кең спектрде қосымша және облигаттық (қатаң) анаэробтық микроағзаларды идентификациялауға мүмкіндік береді, эякулят ұрықтылығының бұзылуы генездік жұқпалы этиологиясында үлкен мәнге ие.

A.S. KARAKUSHIKOVA, A.SH. ORADOVA, G.S. SADVAKASSOVA

Kazakh National Medical University. SD Asfendiyarov, Almaty

MOLECULAR GENETIC CHARACTERISTICS OF MALE INFERTILITY

Resume: Applications of PCR in real time is a screening method to establish the level of bacterial dissemination of ejaculate to identify a wide range of facultative and obligate anaerobic microorganisms, which are of great importance in the etiology of infectious genesis of impaired fertility ejaculate.

УДК -07-085

А.С. КАРАКУШИКОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.С. САДВАКАСОВА

Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

За последние годы резко возросла значимость инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Наблюдается неуклонный рост ИППП у лиц молодого возраста, женщин фертильного возраста, которые часто сопровождаются осложнениями, приводящими к утрате трудоспособности, бесплодию, внутриутробной инфекции, обуславливая заболевания плода и новорожденного. Одним из аспектов, свидетельствующих о высокой значимости ИППП, является их влияние на течение беременности, ее исходы и состояние здоровья новорожденного.

По данным Центров по контролю за заболеваниями (CDC США, 2003), у беременных наиболее часто выявляются такие ИППП, как бактериальный вагиноз (БВ), герпетическая и хламидийная инфекция, реже трихомониаз, гонорея, сифилис и ВИЧ-инфекция. Однако частота перинатальной инфекции, связанной с отдельными ИППП, определяется не только их распространенностью в популяции, но и частотой передачи. Риск перинатального инфицирования составляет около 30% для гонококковой, 20-50% для микоплазменной, 20-40% для хламидийной, 5-50% для герпетической инфекции и около 50% для сифилиса. Наиболее высок риск перинатального заражения новорожденного при острой первичной инфекции [1].

Цель работы – проведение молекулярно-генетической оценки 54 женщин с бактериальным вагинозом в ассоциации с патогенными и/или условно-патогенными возбудителями инфекций урогенитального тракта (*C.trachomatis*, *U.urealyticum*, *M. hominis*).

Материалы и методы: из образцов вагинального содержимого 54 женщин выделили ДНК с помощью ПЦР в режиме реального времени. Определение генотипа проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) со специфичными праймерами. Анализ продуктов ПЦР амплификации проводили в 2% агарозном геле с окрашиванием бромистым этидием.

Результаты исследований: В исследуемой группе женщин чаще наблюдались умеренные (66,7±7,5%), желто-белого цвета (68,5±8,3%), гомогенные (70,4±11,2%), вязкие (70,4±11,2%) выделения из половых путей. При осмотре слизистых оболочек половых органов чаще выявлялась гиперемия влагалища (48,1±6,7%) и шейки матки (59,3±7,1%), а также отмечалась контактная кровоточивость шейки матки (50,0±6,4%). При бимануальном осмотре чаще в данной группе женщин отмечалась болезненность и увеличение придатков матки, наличие спаечного процесса в малом тазу (51,9±6,6% и 70,4±11,2% соответственно, $p < 0,05$).

Таблица 1 - Результаты сочетания бактериального вагиноза с патогенными и/или условно-патогенными микроорганизмами

Инфекционные агенты	Количество больных (n=54)	
	Абс. число	%
<i>Chlamydia trachomatis</i>	32	59,3±7,1
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	39	72,2±11,4*
<i>Mycoplasma hominis</i>	26	48,1±6,7
Ассоциация бактериального вагиноза с:		
Одним инфекционным агентом	21	38,9±6,3
Двумя инфекционными агентами	23	42,6±6,5
Тремя инфекционными агентами	10	18,5±3,5*

Примечание: * - различия достоверны, $p < 0,05$

Обсуждение результатов: Как видно из представленных данных в таблице 1, в исследуемой группе женщин методом ПЦР и/или культуральным методом с количественной оценкой обнаружены *C. trachomatis* у 32 (59,3±7,1%) пациенток, *U. urealyticum* у 39 (72,2±11,4%) и *M. hominis* в высоком титре – у 26 (48,1±6,7%). Выявлено, что чаще бактериальный вагиноз ассоциировался с *U. urealyticum* по сравнению с *M. hominis* ($p < 0,05$).

Только *U. urealyticum* в высоком титре обнаружена у 8 (14,8%) женщин, только *M. hominis* в высоком титре – у 5 (9,3%), только *C. trachomatis* – у 8 (14,8%).

Таким образом, ассоциация бактериального вагиноза с одним инфекционным агентом в исследуемой группе женщин наблюдалась в 21 (38,9±6,3%) случае. Ассоциация с двумя инфекционными агентами - у 23 (42,6±6,5%) пациенток, из них у 9 (39,1±6,01%) бактериальный вагиноз сочетался с *U. urealyticum* и *M. hominis* в высоком титре, у 12 (52,2%) с *C. trachomatis* и *U. urealyticum*, у 2 (8,7%) *C. trachomatis* и *M. hominis*.

У 10 (18,5±3,5%) пациенток наблюдалась ассоциация бактериального вагиноза с тремя инфекционными агентами: *C. trachomatis*, *U. urealyticum* и *M. hominis*.

Выявлено, что реже встречались ассоциации бактериального вагиноза с тремя инфекционными агентами по сравнению с одним и двумя (18,5±3,5%, 38,9±6,3%, 42,6±6,5% соответственно, $p < 0,05$).

К важным особенностям урогенитального хламидиоза, помимо его малосимптомности и высокой частоты осложнений, относится часто встречающаяся ассоциация с другими возбудителями ИППП, а также многоочаговость с вовлечением в патологический процесс не только мочеполовых органов, но и нередко прямой кишки, глотки, глаз, суставов, сердца, кожи. Все 32 пациентки с выявленным урогенитальным хламидиозом были обследованы для исключения многоочаговости

инфекционного процесса. При этом, методом ПЦР *C. trachomatis* были обнаружены в ректум – у 15 (46,9±4,3%), в ротоглотке – у 21 (65,6±7,5%) женщин.

Таким образом, *C. trachomatis* чаще выявлялись в урогенитальном очаге (уретра и цервикальный канал) по сравнению с хламидийным поражением ректум и ротоглотки (98,4±9,3%, 46,9±4,3%, 65,6±7,5% соответственно, $p < 0,05$).

Заключение

В последнее время часто применяемым методом диагностики возбудителей мочеполовых инфекций является ПЦР, позволяющий идентифицировать их в жидкостях и тканях организма. Метод основан на анализе нуклеотидной последовательности и считается наиболее чувствительным (94-100%) и специфичным (97-100%). Основная проблема в использовании ПЦР связана с их исключительно высокой чувствительностью метода, что требует соблюдения жестких правил работы. Кроме того, при интерпретации результатов, следует учитывать, что ПЦР выявляет только небольшую часть генома микроорганизма и, следовательно, не является критерием его жизнеспособности [2,3].

Таким образом, бактериальный вагиноз в настоящее время следует рассматривать не только как частую самостоятельную нозологическую единицу, но и как фон для дополнительного развития ИППП. В этой связи важное значение имеет тщательное лабораторное обследование каждой больной бактериальным вагинозом на ИППП, в том числе проведение скрининга на наличие экстрагенитальных очагов хламидийной инфекции. Обращает на себя внимание, что даже при отсутствии ИППП, у больных бактериальным вагинозом, помимо поражения влагалища, имеют место признаки цервицита и/или уретрита. Это может быть обусловлено реализацией патогенных свойств условно-патогенных микроорганизмов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аскарова Г.К., Хабижанов А.Б., Утегенова А.К., Нургалиева А.М. Сравнительная оценка диагностической чувствительности лабораторных методов в диагностике хронических форм гонококковой инфекции // Материалы Международной научно-практической конференции "Геномные технологии в медицине и медицинское образование на рубеже веков". – Алматы: 2006. - С.160-161.
- 2 Киселев В.И., Дмитриев Г.А., Латыпова М.Ф. Полимеразная цепная реакция в диагностике урогенитальных инфекций. – М.: 2000. - С.166.

3 Le Bar W.D. Keeping up with new technology: new approaches to diagnosis of Chlamydia infection // Clin. Chem. – 1996. – Vol.42, N.5. – P. 809-812.

А.С. КАРАКУШИКОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.С. САДВАКАСОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ БАКТЕРИЯЛЫҚ ВАГИНОЗДЫҢ МОЛЕКУЛЯРЛЫ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ БАҒАСЫ

Түйін: Соңғы жылдары жыныстық жолмен берілетін жұқпаның маңыздылығы кенет өсті. Балғын жастағы тұлғаларда, босануға қабілетті жастағы әйелдерде ұрықтың және нәрестенің сырқатын ескертетін, бедеулікке, құрсақ ішілік жұқпаларға, еңбекке жарамдығын жоғалтуға әкелетін, жиі асқынулармен еріп жүретін, жыныстық жолмен берілетін жұқпаның өсуі бақыланады.

Түйінді сөздер: жыныстық жолмен берілетін жұқпа, босанғанға дейінгі жұқпа, жаңа туған нәресте.

A.S. KARAKUSHIKOVA, A.SH. ORADOVA, G.S. SADVAKASOVA
Kazakh National Medical University SD Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

MOLECULAR GENETIC ASSESSMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Resume: In recent years rapidly increasing importance of infections transmitted through sexual contact. There is a steady growth of sexually transmitted infections in young adults, women of childbearing age who are often accompanied by frequent complications that lead to incapacity for work, infertility, intrauterine infection, causing a disease of the fetus and newborn.

Keywords: sexually transmitted infections, prenatal infections, newborn

УДК 614.2/4-036.22

¹ А.С. КАРАКУШИКОВА, ¹ К.К. ТОГУЗБАЕВА, ² К.О. ДЖУСУПОВ, ¹ С.Ш. ШАЯХМЕТОВ,
¹ Ш. МУРЗАХМЕТОВА, ¹ Л.С. НИЯЗБЕКОВА

¹ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

² Международная высшая школа медицины, Международный университет Кыргызстана, Бишкек, Кыргызстан

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ИСТОЧНИКОВ ВОДОСНАБЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАРАСАЙСКОГО РАЙОНА АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Целью работы явилась санитарно-гигиеническая оценка качества питьевой воды и источников водоснабжения населения Карасайского района Алматинской области. В работе были применены санитарно-химические, физические и микробиологические методы исследования. Результаты исследований: Была дана оценка качества питьевой воды и источников водоснабжения сельского населения. Были получены единичные пробы воды, содержащие повышенное содержание коли-фагов и энтеробактерий, а также повышенное содержание нитратов и аммиака, нефтепродуктами. Выявлена прямая связь с заболеваемостью населения. Заключение: Исследования показали наличие тенденции роста загрязнения питьевой воды и поверхностных источников водоснабжения микробным загрязнением и нефтепродуктами.

Ключевые слова: качество питьевой воды, источники водоснабжения, здоровье, сельское население, энтеробактерии, нефтепродукты.

Введение. Успешность, динамичность социально-экономического развития Казахстана в ближайшие десятилетия во многом зависит от эффективности использования человеческого капитала – основного фактора конкурентоспособности современной инновационной экономики [1]. В условиях медленного роста численности населения и уровня занятости в народном хозяйстве, растущей конкуренции с европейскими и азиатскими рынками внедрение здоровьесберегающих технологий, широкомасштабных программ укрепления здоровья населения позволит обеспечить основу для развития потенциала человеческих ресурсов в республике.

Одним из главных условий сохранения здоровья населения является высококачественная питьевая вода. В связи с этим, в рамках научного проекта «Научное обоснование комплексного решения социально-гигиенических и медицинских проблем здоровья сельского населения Республики Казахстан» были

проведены исследования по изучению санитарно-гигиенических параметров качества жизни, в том числе водоснабжения населения Карасайского района Алматинской области.

Целью настоящей работы является санитарно-гигиеническая оценка качества питьевой воды и источников водоснабжения населения Карасайского района Алматинской области.

Материалы и методы исследования. Предметом данных исследований явилось качество питьевой воды населения Карасайского района Алматинской области. Были применены методы санитарно-гигиенического обследования, наблюдения и описания, физические методы – для определения физических свойств воды, санитарно-химические – для определения химического состава, и бактериологические методы – для определения микробиологического качества питьевой воды.

Контроль качества питьевой воды выполнялся из водозаборов, расположенных вблизи реки Чемолган, и непосредственно из

русла. Качество питьевой воды определялось на подземных водозаборах в пределах:

- артскважина 1 (ул. Аксайская с. Алгабас)
- артскважина 2 (ул. Жамбула с. Чемолган)
- артскважина 3 (с. Ушконыр)
- артскважина 4 (с. Ушконыр)

При определении содержания нефтепродуктов, контроль качества воды из русла р. Чемолган выполнялся по шести точкам (№1-6), расположенным выше и ниже с.Ушконыр (две точки) и в пределах с. Ушконыр (четыре точки).

Статистическая обработка произведена с использованием стандартного набора статистического анализа с определением средней величины, стандартного отклонения и средней ошибки. Для выявления связи микробиологического качества питьевой

воды и заболеваемостью населения была использована простой линейный регрессионный анализ.

Результаты исследования. Источником питьевой воды в исследуемых селах являются подземные межпластовые воды. При подготовке питьевой воды для населения в Карасайском районе обеззараживание ее повсеместно осуществляется хлорированием. Недостатками этого рутинного способа водоподготовки является наличие в ПВ остаточного хлора и образование хлорированных углеводов, многие из которых относятся к категории канцерогенных веществ [2]. Качество питьевой воды удовлетворительное, за исключением единичных проб, содержащих повышенное содержание колифагов и энтеробактерий, а также повышенное содержание нитратов и аммиака.

Качество питьевой воды представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Качество питьевой воды исследованных артезианских скважин

Показатели	Пробы воды в каждой скважине (n = 10)			
	Скважина 1 (М ± m)	Скважина 2 (М ± m)	Скважина 3 (М ± m)	Скважина 4 (М ± m)
Запах, баллы. Норма - 2,0	0,6 ± 0,4	1,3 ± 0,3	1,6 ± 0,4	1,3 ± 0,3
Привкус, балл. Норма – 2,0	1,5 ± 0,2	0,6 ± 0,1	0,5 ± 0,09	0,6 ± 0,2
Цветность, градусы. Норма - 20 ⁰	19 ± 1,4	15,0 ± 1,9	10 ± 1,4	15,3 ± 1,9
Мутность, мг/дм ³ . Норма - 1,5	1,2 ± 0,08	0,9 ± 0,2	1,3 ± 0,06	1,1 ± 0,2
pH	7,4 ± 0,02	7,3 ± 0,1	7,4 ± 0,02	7,5 ± 0,1
Аммиак, мг/л. ПДК – 2,0	2,5 ± 0,5	0,4 ± 0,1	1,1 ± 0,05	0,8 ± 0,01
Нитриты, мг/л. ПДК	0,05 ± 0,009	0,01 ± 0,001	0,05 ± 0,009	0,01 ± 0,001
Нитраты, мг/л. ПДК – 45	61,0 ± 0,09	0,4 ± 0,03	19,0 ± 0,02	0,3 ± 0,01
Жесткость	4,1 ± 0,5	8,7 ± 1,3	4,1 ± 0,5	8,7 ± 1,3
Хлориды, мг/л. ПДК – 350	46,7 ± 1,3	218,7 ± 1,4	46,7 ± 1,3	218,7 ± 1,4
Сульфаты, мг/л. ПДК – 500	32,7 ± 1,4	253,3 ± 1,9	32,7 ± 1,4	253,3 ± 1,9
Сухой остаток, мг/л. ПДК -1000	375,4 ± 2,4	981,1 ± 11,4	597,4 ± 1,8	811,1 ± 21,0
Окисляемость	5,6 ± 1,0	2,5 ± 0,2	5,6 ± 1,0	2,5 ± 0,2
Железо, мг/л. ПДК – 0,05	0,01 ± 0,03	0,03 ± 0,01	0,09 ± 0,03	0,07 ± 0,1
Нефтепродукты, мг/л. ПДК – 0,5	0,1 ± 0,05	0,03 ± 0,006	0,1 ± 0,05	0,03 ± 0,006

Помимо лабораторных анализов химического состава воды производились экспресс-анализы воды по pH, окислительно-восстановительному потенциалу, электропроводности и температуре.

По химическому р. Чемолган относится к классу гидрокарбонатных вод, группе кальция. Кислородный режим в воде реки удовлетворительный. Содержание растворенного кислорода колеблется от 8,73 до 10,8 мг/л.

Анализы показали, что содержание биогенных элементов незначительное и не превышает допустимых норм:

- азот аммонийный - 0,00 - 0,18 мг/л
- азот нитритный - 0,00 - 0,019 мг/л
- азот нитратный - 0,50 - 2,65 мг/л
- фосфор минеральный - 0,000 - 0,020 мг/л

Большой массив экспериментальных и эпидемиологических данных свидетельствует о несомненном негативном влиянии

загрязняющих воду веществ на здоровье населения [3-6]. Поэтому в комплексе мероприятий, направленных на предупреждение неблагоприятных сдвигов в состоянии здоровья, связанных с водным фактором, важное место занимает гигиенически обоснованное водоснабжение [7-9]. В связи с этим, нами было определено содержание нефтепродуктов в воде реки Чемолган, поскольку она используется в целях питьевого водоснабжения некоторых сел Карасайского района.

Концентрация нефтепродуктов отмечалась в пределах 0,0014-0,11 мг/л при ПДК в 0,5 мг/л. Для оценки смыва нефтепродуктов и других загрязняющих веществ в реку Чемолган атмосферными осадками было проведено целенаправленное тестирование. Результаты химического анализа приведены в таблице 2.

Таблица 2 - Содержание нефтепродуктов в воде р. Чемолган (г/л)

№ точки	Местоположение	Дата опробования			
		10.06.12	10.07.12	11.09.12	10.10.12
1	Выше с. Ушконыр				
2	---	0,01	0,02	0,00	0,01
3	---	0,02	0,01	0,01	0,02
4	---	0,05	0,05	0,01	0,05
5	----	0,05	0,04	0,01	0,04
6	Ниже с. Жалпаксай	0,11	0,06	0,01	0,03

Одноразовое повышение содержания нефтепродуктов в воде р. Чемолган объясняется тем, что в эти дни и ранее происходило выпадение осадков, и имел место смыв с полотна дорог и улиц в реку.

В районе широко развита ирригационная сеть, представленная многочисленными каналами и оросителями (арыками) для полива полей, древесных насаждений и личных приусадебных участков населения. Полив осуществляется только в вегетационный период, т.е. в период роста растений (с апреля по октябрь). Вода для полива поступает в сеть из водохранилищ, рек, бассейнов и глубинных скважин. И здесь вновь повторяется проблемы, описанные выше о реках.

При протекании воды для полива по застроенной территории района вода значительно ухудшает свое качество. Причина аналогичная: засорение каналов и оросителей мусором, бытовыми отходами и стоками с загрязненных поверхностей улиц, дорог, жилых, сельскохозяйственных и промышленных территорий района.

Оросители и каналы, в основном устроены параллельно проезжей части улиц или тротуаров, выполняя также роль водоотводных сооружений поверхностных вод при выпадении осадков (дождя, снега), выполняя, таким образом, двойную функцию: ирригационную и водоотводную. Необходимо отметить, что продольные уклоны водоотводной системы не превышают 2-3 %, поэтому водоотвод осуществляется без затруднений.

Таким образом, степень воздействия на поверхностные воды, оказываемая в населенных пунктах, весьма значительна. При этом загрязненная вода, впитываясь в грунт на открытых поверхностях, также загрязняет почвы, так как вредные примеси осаждаются в почве и грунтах.

Опасность для здоровья питьевой воды определяется возможностью при ее потреблении развития острых и хронических заболеваний. Острые заболевания - кишечные инфекции (острые кишечные инфекции, дизентерия Флекснера, вирусный гепатит «А») могут возникать вследствие потребления питьевой воды, не отвечающей требованиям гигиенических норм по микробиологическим показателям. Имеются единичные работы [10], раскрывающие роль питьевой воды в заболеваемости кишечными инфекциями населения. Однако влияние питьевой воды на заболеваемость кишечными инфекциями сельского населения района остается малоизученным.

Как было указано выше, заболеваемость населения исследуемых сел за последний год выросла, в основном за счет вирусного гепатита А и ОКИ. Заболеваемость населения вирусным гепатитом А выросла с 24,4 на 100000 населения в 2011 г до 119,6 – в 2012 г, а заболеваемость ОКИ среди детей - с 10 до 17 на 100000 населения. Проведенный анализ качества воды по микробиологическим показателям и заболеваемости кишечными инфекциями населения сел за 2011-2012 гг. показал, что существует прямая сильная связь и количественная зависимость, описываемые уравнениями линейной регрессии, между процентами проб питьевой воды, содержащей энтеробактерии и коли-фаги, с одной стороны, и уровнями острых кишечных инфекций, вирусного гепатита «А», с другой стороны (табл. 3). При этом увеличение на 1,0% проб ПВ, содержащей коли-фаги или энтеробактерии, может приводить к повышению уровней острых кишечных инфекций на 20,9-34,8 случая, вирусного гепатита «А» на 4,7-5,2 случая на 100 тыс. населения.

Таблица 3 -Связь между показателями микробного загрязнения питьевой воды и уровнями кишечных инфекций среди населения исследуемых сел (2011-2012 гг.)

Кишечные инфекции. Зависимая переменная (y)	Показатели микробного загрязнения питьевой воды. Независимая переменная (x)	Уравнение регрессии $y=a_0+b_1x$	Кoeffициент корреляции r_{xy}
Вирусный гепатит «А», $\frac{0}{10000}$	% проб с содержанием энтеробактерий, %	$y=19,0+5,2*x$	0,78
	% проб с содержанием коли-фагов, %	$y=15,3+4,7*x$	0,80
Острые кишечные инфекции, $\frac{0}{10000}$	% проб с содержанием энтеробактерий, %	$y=293+34,8*x$	0,79
	% проб с содержанием коли-фагов, %	$y=305+20,9*x$	0,81

Заключение. Проведенные исследования по оценке качества питьевой воды и поверхностных источников водоснабжения показали, что налицо тенденция роста загрязнения их микробным загрязнением и нефтепродуктами.

В обеспечении населения Карасайского района Алматинской области питьевой водой систем централизованного

хозяйственно-питьевого водоснабжения, безопасной для здоровья, имеются проблемы, для решения которых необходимы объективные, муниципальные, отраслевая и региональная программы профилактических мероприятий как по отношению к водоисточникам, так и способам водоподготовки и доставки питьевой воды населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дартау Л.А. Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. – М.: Синтег, 2009. – 393 с.
- 2 ИсаковаТ.И., МалышеваА.Г., Растяников Е.Г. и др. Гигиеническая оценка комплексного действия хлороформа питьевой воды // Гигиена и санитария. – 2006. - N 2. - С. 8-11.
- 3 Журков В.С., Соколовский В.В., Можяева Т.Е. и др. Загрязнение почв Советского союза токсикантами промышленного происхождения в 1989г. //Гиг. и сан. – 1997. – №1. – С.11–13.
- 4 Красовский Г.Н., ЖолдаковаЗ.И. Система критериев комплексной оценки опасности химических веществ, загрязняющих окружающую среду // Гиг. и сан. – 1992. – №9–10. – С.18–21.
- 5 Руководство по контролю качества питьевой воды –Женева: ВОЗ. – 1994. – 256с.
- 6 Сидоренко Г.И., Можяев Е.А. Вопросы гигиены воды за рубежом (обзор) //Гиг. и сан. – 1994. – №3. – С.12–17.
- 7 Новиков Ю.В., Плитман С.И. Современные проблемы водоснабжения и санитарной охраны водоемов//Гиг. и сан. – 1993. – №2. – С.6–8.
- 8 Рахманин Ю.А., Михайлова Р.И., Ческис А.Б. и др. Современные критерии гигиенической оценки доброкачественности питавей воды //Гиг. и сан. – 1994. – №8. - С.5–9.
- 9 Goy Ch.D. Wohnung und Gesundh. – 1989. – Bd.10. – №.48. – S.536–537.
- 10 БакулинВ.С., Латыгин, Винтер Г.Ф. и др. Оценка роли питьевой водопроводной воды в распространении возбудителей острых кишечных инфекций в Ленинском районе города Кемерово - Кемерово: 1994. - 83 с.

¹ A.S. KARAKUSHIKOVA, ¹ K.K. TOGUZBAEVA, ² K.O. DZHUSUPOV, ¹ S.SH. SHAYAKHMETOV,
¹ SH. MURZAHMETOVA, ¹ L.S. NIYAZBEKOVA

¹ Kazakh National Medical University, SD Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

² International School of Medicine, International University of Kyrgyzstan, Bishkek, Kyrgyzstan

SANITARY AND HYGIENIC ASSESSMENT OF QUALITY OF DRINKING WATER AND PUBLIC WATER SUPPLY SOURCES OF KARASAI DISTRICT OF ALMATY REGION

Resume: The aim of the study was sanitary and hygienic assessment of the quality of drinking water and water sources in Karasairayon of Almaty region. In this paper sanitary-chemical, physical and microbiological research methods were used. The results of research: The quality of drinking water and water supply of rural population were assessed. Single water sample contained elevated amount of phages and enterobacteria, as well as the high content of nitrates and ammonia and petroleum products. A direct association with the morbidity of the population was revealed. Conclusion: The study showed the presence of trend of increasing pollution of drinking water and surface water sources in rural area by microbial contamination and oil products.

Keywords: quality of drinking water, sources of water supply, health, rural population, enterobacteria, petroleum products.

UDK 615.322:582.998.2:615.014.2

E.N. KAPSALYAMOVA, ZH.M. BAIZHUMANOVA, SEGI ANAN MARCEL, N.A. NICOLAICHUK, IU.V. IUDINA

Asfendiyarovs' Kazakh National medical University, Almaty, Kazakhstan Republic

National Unavercity of Pharmacy, Kharkov, Ukraine

PLANTS OF THE GENUS *ARCTIUM* AS A SOURCE OF BAS FOR NEW PREPARATIONS

Actual task of modern pharmacy is a search for new sources of drug plant raw material and the study of plants, which traditionally are used in folk medicine. The advantage of phytopreparations is explained by delicate effect and low toxicity, which allows them to be used for prevention and long-term treatment of many diseases practically without side effects. In this respect, our attention is drawn to different kinds of burdock (Arcticum) as a valuable plant material - the source of biologically active substances.

Keywords: *Arcticum*, botanical characteristics, chemical compose, therapeutical properties.

Botanical characteristic of different species of *Arcticum*

Plants of the genus *Arctium* have dark green leaves that can grow up to 28" (71 cm) long. They are generally large, coarse and ovate, with the lower ones being heart-shaped. They are woolly underneath. The leafstalks are generally hollow. *Arctium* species generally flower from July through to October.

In nature mostly widespread two kinds of this plant - great burdock (*Arcticum lappa*) and woolly burdock (*Arctium leiospermum*). The first specie is wide-spread in the summertime in Old world including China, Great Britain and Middle east. It has long pistol, dark-green often heart-shaped leaves. The second specie is spread in Europe and Western Asia and flowers from July to September. It is tall biennial, sometimes reaching 2 meters. It has stout, grooved, rough stem with multiple branches. It is also a common weed and grows at backyards and fields. But their species differences are not reflected on the beneficial properties of burdock.

Also there are other species of burdock *Arctium majus*, *Arctium tomentosum*, *Arctium bardana*, *Arctium chaorum*, *Arctium glabrescens*, *Arctium grandiflorum*, *Arctium leiospermum*, which are used in medicine and pharmacy.

In our studies we paid attention to the *Arctium leiospermum*, as this plant is widespread in Kazakhstan. It is found in lowland Tobol-Ishim, Caspian region, Aktobe, Turgay and Kyzyl-Orda region, Emba Mugodzhary, the Aral Sea region, Murong Kum, Dzhungarian, Trans-Ili and Kung Alatau.

Chemical compose of Burdock

Root of *Arcticum lappa* contains inulin (up to approx. 45%); polyacetylenes (0.001–0.002%, dry-weight basis) consisting mainly of 1,11-tridecadiene-3,5,7,9-tetrayne and 1,3,11-tridecatriene-5,7,9-triyn; arctic acid and lappaphens a and b (acetylenic acids containing S); volatile acids (acetic, propionic, butyric, isovaleric, 3-hexenoic, 3-octenoic, costic, etc.) and nonhydroxy acids (lauric, myristic, stearic, palmitic, etc.); a crystalline plant hormone; γ -guanidino-*n*-butyric acid; dehydrocostuslactone; tannin; polyphenolic acids (e.g., caffeic and chlorogenic), and others.

Fruit contains arctiin (a bitter glucoside) as a major constituent; seeds contain 15–30% fixed oils (oleic and octadecanoic acids major constituents), arctiin, arctigenin, chlorogenic acid, lignans (lappaols A, and diartigenin, neoarctin, and others), a germacranolide, and others.

Leaves contain arctiol (8- α -hydroxyeudesmol), Δ (10)-fukinone (dehydrofukinone), fukinone, fukinanolide, β -eudesmol, petasitolone, eremophilene, and taraxasterol, among others.

Seeds of woolly burdock contain: fatty oil - 22.1% acid: myristic, palmitic, stearic, oleic, linoleic - 67.8%; threacysitseroles of coronarick, vernolic, cis - 9, 10 - and trans epoxyoctadecanoic- 9, 10 - epoxyoctadecanoic acids higher aliphatic triterpene alcohols, steroids, acylglycerols.

Besides woolly burdock, there are other species near on the chemical composition: *Arctium minus* and *Arctium majus*. Their leaves contain fatty oils, bitter substance, ascorbic acid, mucus, mineral salts.

Arctium leiospermum seeds contain Hydrocarbons, esters FAs with alcanols and cyclic alcohols, TAG - 48.1, epoxy-TAG - 11.2, triterpenols, sterols.

Administration in medicine

Actions Burdock is claimed to exert antimicrobial, antipyretic, diaphoretic, and diuretic activities. Uterine stimulation has been reported in in vivo studies. In animal studies, burdock extracts have reportedly demonstrated strong hypoglycemic activity and antagonism of platelet activating factor. Various in vitro and animal studies have found that burdock possesses antimutagenic effects. Reported Uses Burdock is claimed to be useful for a wide range of ailments, including arthritis; cystitis; gout; hemorrhoids; lumbar pain; rheumatism; sciatica; skin disorders, such as acne, canker sores, dry skin, eczema, and psoriasis; and ulcers. It has also been used as a blood purifier. In the Far East, burdock is used to treat cancer, impotence, and sterility. Some studies have reported the use of burdock in the treatment of kidney stones and HIV infection.

Arctium is admired source of food in China. It has been extensively studied for its components of root and seed due to their antioxidant properties and as a source of inulin. The seeds of greater burdock are intensively employed in traditional Chinese medicine under the name of niubangzi and believed to expel wind-heat (acid), clear heat (cold) and moistens intestines.

In Taiwan scientists studied the use of Burdock in adjuvant therapy. It was proved the Burdock compounds were very helpful in healing the diseases like gastric ulcer caused by *Helicobacter pylori*. In their research they used the high-performance liquid chromatography method to test the concentration of chlorogenic acids at different times in the long term storage test and accelerated storage test, and observed their appearance. The results showed that the concentration of chlorogenic acids degraded from 29.29 ± 0.49 mg/g to 28.29 ± 0.40 mg/g during the accelerated storage tests conducted for up to 6 months.

Almost all the parts of different species of burdock herb found a place in various traditional and folk medicines. Burdock products consist of fresh or dried roots. Burdock supplements can be purchased as dried root powder, decoctions (liquid made by boiling down the herb in water), tinctures (a solution of the herb in alcohol, or water and alcohol), or fluid extracts.

Conclusion

Development of new drug products based on various kinds of burdock is promising. Various parts of this plant contain a complex of biologically active substances which have pharmacological activity against a range of diseases. During our further work, we plan to conduct studies of botanical, Pharmacognostic, chemical, physico-chemical properties of burdock *leiospermum* native to the Kazakhstan Republic, as well as the creation of new drugs based on of this plant raw material.

REFERENCES

- 1 Лекарственные препараты Украины. Под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца. Харьков, Изд-во НФаУ «Золотые страницы». – 2005. - С. 27.
- 2 Патент на винахід 85927, Україна, МПК А61К 36/28 (2006.01), А61К 125/00 (2006.01), А61К 127/00 (2006.01), Заявл. 06.06.2007, публ. 10.03.2009, Бюл. № 5.
- 3 Самура Б.А., Черных В.П., Банний и др.. Фитотерапия в клинике внутренних болезней. Харьков, Узд-во НФаУ «Золотые страницы». – 2003. - С. 336.
- 4 Махлаюк, В.П. Лекарственные растения в народной медицине / В.П. Махлаюк. - М.: в 2006 г. - 477 с.
- 5 Настойки, экстракты, эликсиры и их стандартизация/ сост. А.Е. Александрова, А.П. Арзамасцев, В.Л. Багирова и др.; под редакторша В.А. Северцева. - СПб.: СпецЛит, 2001. - 223 с.
- 6 Палов М. Энциклопедия лекарственных растений / М. Палов; пер. с нем. Е. Б. Поспеловой и др.; под редакторша И. А. Губанова. - М.: Мир, 2008. - 467 с.
- 7 Пашинский, В.Г. Растения в терапии и профилактику заболеваний / В.Г. Пашинский. - Томск: Изд-во ТГУ, 2009 г. - 2008 с.
- 8 Попов, А.П. Лекарственные растения в народной медицине / А.П. Попов. - Киев: 2004. - 208 с.
- 9 Путирский И.Н. Лекарственные растения: Энциклопедия/И.Н. Путирский, В.Н. Прохоров. 2003. - 655 с.
- 10 Разработка лекарственных препаратов для лечения воспалительных процессов полости рта/ Т.А. Панкрушева, Н.В. Автина, А.А. Панкрушев и др. // Вестник ВГУ. Серия: Химия. Биология. Фармация. - 2003. - №2. - С. 214-219.
- 11 Химический анализ лекарственных растений / под ред. Н.И. Гринкевич, Л. Н. Сафронича. - М.: Высшая школа, 2003 г. 176 с.
- 12 Корепанов С.В. Растения при лечении и профилактики рака. СВ. Корепанов. 2011 г. - 160 с.

Ж.М. БАЙЖУМАНОВА, Э.Н. КАПСАЛЯМОВА, Ю.В. ЮДИНА, СЕГИ АНАН МАРСЕЛЬ, Н.А. НИКОЛАЙЧУК

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина*

РАСТЕНИЯ СЕМЕЙСТВА ЛОПУХОВЫЕ КАК ИСТОЧНИК БАВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ НОВЫХ ПРЕПАРАТОВ

Резюме: Актуальной задачей современной фармации является поиск новых источников БАВ растительного происхождения, а так же исследование растений, которые традиционно используются в народной медицине. Преимущества фитопрепаратов обусловлены более мягким терапевтическим эффектом, низкой токсичностью, что позволяет их использовать для длительного лечения и профилактики многих заболеваний.

В данной статье приведены результаты исследования ботанических, химических и фармакологических свойств различных видов растений семейства лопуховые, а так же обоснованы перспективы их использования при создании новых лекарственных средств.

Ключевые слова: лопух, ботаническая характеристика, химический состав, терапевтические свойства

О.А. МИТКОВСКАЯ

Алматинский Государственный Институт Усовершенствования Врачей
кафедра аллергологии и иммунологии
г. Алматы

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ НА ФОНЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ

Коррелятивная связь аллергического воспаления и инфекционного процесса далеко не однозначны. В течение ряда лет изучали взаимное влияние между инфекционным заболеванием у больных туберкулезом, инфекционным гепатитом, другими инфекциями и развитием в последующие годы аллергического воспаления при аллергическом дерматите. Проведены клинические и лабораторные исследования для установления различия течения аллергического дерматита и аллергического дерматита + туберкулеза, аллергического дерматита + HBsAg. Установлена обратная коррелятивная связь между бактериальными инфекциями, вирусными инфекциями и atopическими заболеваниями (аллергический дерматит).

Ключевые слова: atopия, бактериальная инфекция, вирусная инфекция, гепатит, аллергический дерматит, аллергические реакции, туберкулез, иммунная система, иммуноглобулины, интерлейкины, антагонизм, синергизм

Аллергические заболевания кожи в настоящее время являются актуальной проблемой здравоохранения вследствие их широкого распространения, склонности к хроническому рецидивирующему течению, торпидности к проводимой терапии, высокой распространенностью в детской популяции и серьезного влияния на здоровье населения. По данным зарубежных авторов, 10% пациентов врача общей практики – это пациенты с дерматологической патологией (1,2,3,4,5). Рост аллергодерматозов среди населения обусловлен поливалентной сенсибилизацией, неблагоприятной экологической обстановкой, широким внедрением полимерных материалов. Результаты эпидемиологического исследования, проведенного во многих странах свидетельствуют, что atopическим дерматитом страдают от 10% до 28% детей, и аллергические заболевания кожи впервые выявленные в детском возрасте чаще являются этиологическим фактором респираторных аллергий (2,4,7,8,9). Диспансерное наблюдение больных аллергическими заболеваниями кожи показало, что у 25% больных atopическим дерматитом отмечается развитие бронхиальной астмы, у 25% - аллергических ринитов, у 41,5% - сезонных поллинозов (8,9,10,11,12,13,14). В настоящее время отмечается изменение клинической картины аллергических заболеваний кожи. Так, отмечается преобладание хронического течения, вовлечение в патологический процесс других органов и систем и развитие иммунологических нарушений. Данные ВОЗ позволяют определить качество жизни пациентов как индивидуальное соотношение своего положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустойчивости. По мнению отечественных и зарубежных авторов, заболеваемость аллергическими заболеваниями кожи наиболее высока среди детей и лиц молодого возраста, что, несомненно, приводит к снижению социальной адаптации, инвалидизации и снижению качества жизни пациентов. Так, у детей, страдающих аллергическими заболеваниями кожи выявлены психопатологическое формирование личности, эмоциональные расстройства, нарушения сна, повышенная раздражительность и тревожность. Отечественными и зарубежными исследователями установлено, что характерной особенностью клинической картины аллергических заболеваний кожи является «двойная» клиническая картина – экзематизация и лихенификация, что значительно затрудняет диагностику этого заболевания (3,4,5,11). Общим клиническим симптомом для всех аллергодерматозов является кожный зуд – это, по определению Wahlgren, 1991 неприятное чувство, которое вызывает желание расчесывать кожу. В свою очередь, экскориации и повреждения кожи, возникающие при расчесывании приводят к повышенной продукции и усиленному выбросу провоспалительных цитокинов эпидермоцитами, что вновь вызывает чувство зуда и у пациента формируется порочный круг или зудо-расчесный цикл, что еще раз

подтверждает актуальность иммунологических исследований у данной категории пациентов (3,4,5,6,7,9,14). Кроме того, данные современных авторов свидетельствуют о возрастающей частоте вирусных и бактериальных инфекций (6,7,8,9,11,12,13,14). Учитывая вышеизложенное, целью исследования явилось изучение клинико-иммунологических показателей у пациентов, страдающих atopическим заболеванием в сочетании с вирусной и бактериальной инфекциями.

Материалы и методы

Для осуществления поставленной цели были обследованы 90 больных с аллергическим заболеванием кожи – аллергическим дерматитом, который развивается как аллергическая реакция замедленного типа и является самым частым заболеванием кожи в этой группе. Все обследованные пациенты были разделены на три группы наблюдения. Первую группу (I) составили 30 больных аллергическим дерматитом. Вторую группу (II) составили 30 больных аллергическим дерматитом и туберкулезом в анамнезе. Третью группу (III) составили 30 больных аллергическим дерматитом и положительными показателями HBsAg. Возраст обследованных пациентов колебался в возрасте от 30 до 70 лет, давность заболевания аллергическим дерматитом составила от 5 до 10 лет. Всем пациентам проведено клиническое наблюдение, которое включало в себя сбор анамнеза, оценку частоты обострений, эффективность терапии, интенсивность основных клинических проявлений - эритема, отек, мокнутие, зуд. Лабораторное и инструментальное обследование пациентов включало УЗИ органов брюшной полости, общеклинические исследования. Общий анализ крови и общий анализ мочи; иммунологическое исследование – определение уровня IL-5; IL-4; IgE общего.

Из исследования были исключены пациенты другого возраста, с другими соматическими заболеваниями, получающие системные глюкокортикостероиды и цитостатики. Всем обследованным пациентам проводилась комплексная терапия с включением: зетринал 1 раз в сутки + авантан наружно 1 раз в сутки + хилак форте по 30 капель 3 раза в день 14 дней.

Результаты. В результате проведенных нами исследований установлено, что наиболее тяжелое клиническое течение наблюдается в III группе пациентов, где выраженность клинических симптомов выражена в баллах: 0 баллов – отсутствие клинических проявлений, 1- незначительные клинические проявления, 2 балла – умеренные клинические проявления, 3 балла – выраженные клинические проявления, 4 балла- очень выраженные клинические проявления. Кожный процесс в III группе пациентов характеризуется высокой активностью, с частотой обострений от 2 до 4 раз в год, выраженностью всех клинических симптомов заболевания – отек, эритема, зуд, у 12% пациентов этой группы отмечались нарушения в работе желудочно-кишечного тракта в виде диспепсии, по данным УЗИ исследований отмечались

диффузные изменения в паренхиме печени , проведенная терапия не всегда была эффективной . Кроме того, у пациентов этой группы преобладают нарушения показателей интерлейкинов - отмечается повышение общего IgE, IL-5, IL-4; снижение уровня IL-2 у всех обследованных пациентов ($p < 0,01$). В группе наблюдения С1 кожный процесс протекал достаточно активно с частотой обострений 1-2 раза в год, выраженностью всех клинических симптомов заболевания – отек, эритема, зуд , по данным УЗИ исследований у 80% пациентов этой группы отмечалась дискинезия желчевыводящих путей , у 12% пациентов этой группы отмечались нарушения в работе желудочно-кишечного тракта в виде жалоб на диспептические расстройства (рисунок 3), клиническая эффективность проведенной комплексной терапии составила 95% ($p < 0,01$), нарушения показателей интерлейкинов - отмечается повышение общего IgE в 2-3 раза от нормы показателя, IL-5 до 35% , IL-4 до 27% ; снижение уровня IL-2 у всех обследованных пациентов, что свидетельствует о выраженном нарушении иммунного ответа у пациентов данной группы. В

группе наблюдения II отмечалось среднетяжелое течение аллергического дерматита с частотой обострений 1 раз в год, с умеренно активными клиническими проявлениями – отек, эритема, зуд , по данным УЗИ исследований у 50% пациентов отмечалась дискинезия желчевыводящих путей , у 9% пациентов этой группы отмечались нарушения в работе желудочно-кишечного тракта в виде диспепсии , клиническая эффективность проведенной терапии была самая высокая в этой группе наблюдения – 97% ($p < 0,01$). Кроме того, у пациентов этой группы показатели IL-5 до, IL-4 до, IgE до были незначительно повышены, а показатели IL-2 были снижены (рисунок 1), что свидетельствует о менее выраженном нарушении иммунного ответа у пациентов данн. Исследования уровня CD-лимфоцитов у всех обследованных пациентов также показали наиболее выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне вирусного гепатита (21%), выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом (45%), наименее выраженные изменения у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне перенесенного туберкулеза (18%)

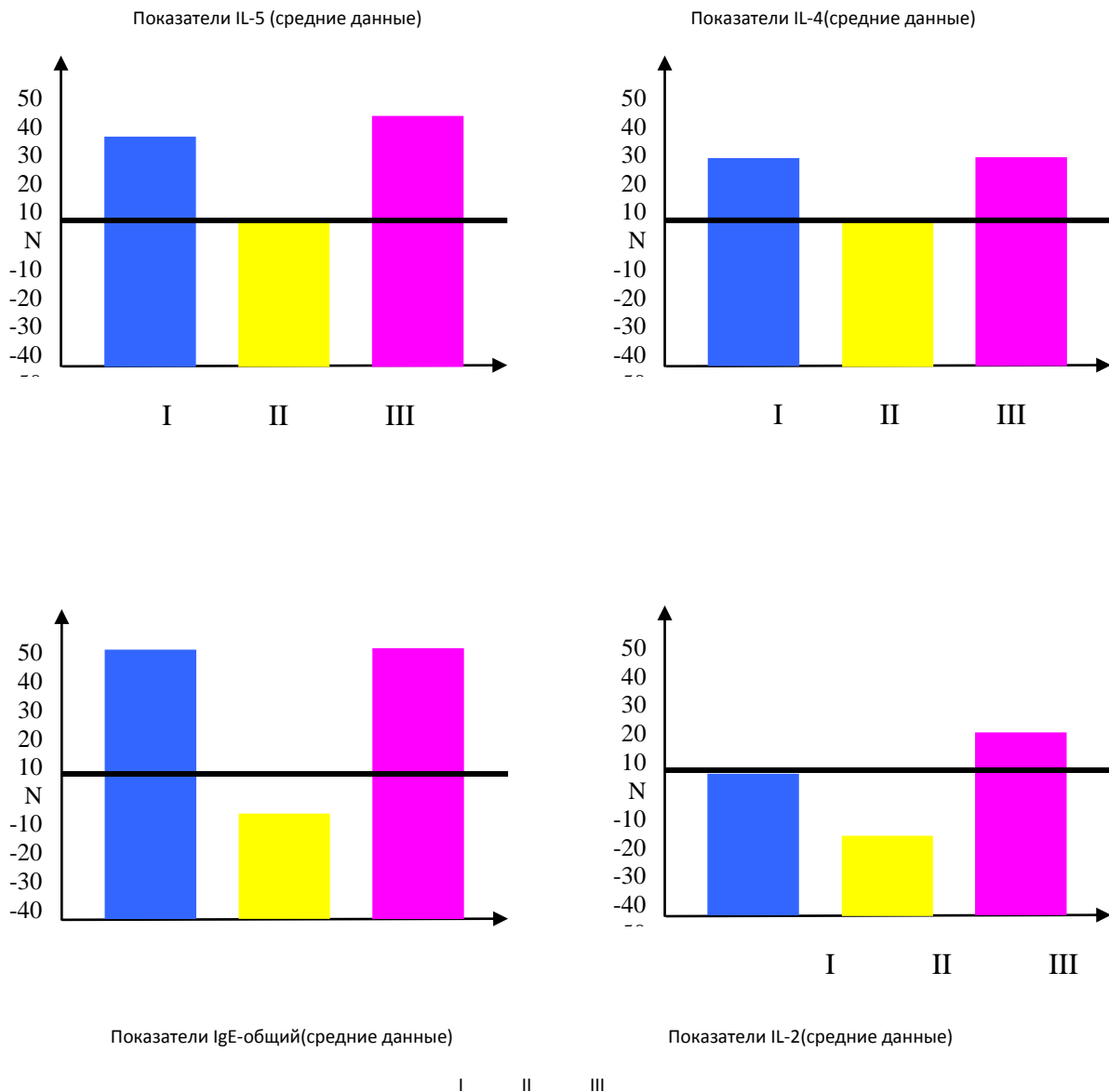


Рисунок 1 - В данной диаграмме представлены показатели динамики, содержания, интерлейкинов и иммуноглобулина E-общего у

пациентов АД в разных группах
Иммуноглобулина Е-общий показывает готовность к аллергической реакции иммунной системы. (норма до 100МЕ\мл)

Разработана систематизированная номенклатура маркерных молекул; в ней группы **моноклональных антител, каждая их которых специфических связывается с определенной маркерной молекулой, обозначены символом CD (Cluster Designation)**. За основу CD-номенклатуры принята специфичность прежде всего мышинных моноклональных антител к лейкоцитарным антигенам человека. В создании этой классификации участвуют многие специализированные лаборатории. Моноклональные антитела совпадающей специфичности связывания объединяют в одну группу, присваивая ей номер в системе CD. Однако в настоящее время принято таким образом обозначать не группы антител, а маркерные молекулы, распознаваемые антителами. **CD** определяется в процентах соответственно норме.

Таким образом, проведенное нами комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследование показало, что наиболее тяжелое течение аллергического дерматита с наиболее выраженными изменениями иммунологических показателей, нарушениями функции гепатобилиарной системы и торпидностью к проводимой терапии отмечается у пациентов с аллергическим дерматитом на фоне вирусного гепатита. Средне-тяжелое течение, умеренно выраженные изменения иммунологических показателей, умеренно выраженные нарушения функции гепато-билиарной системы, клиническая эффективность проводимой терапии 95% отмечается у пациентов с аллергическим дерматитом без бактериальной и вирусной инфекции. Средне-тяжелое течение аллергического

дерматита, невыраженные изменения иммунологических показателей и функции желудочно-кишечного тракта, клиническая эффективность проводимой терапии 97% отмечается у пациентов с аллергическим дерматитом с туберкулезом в анамнезе.

Выводы.

1. Выявлено взаимное и разновекторное влияние на клинику и течение аллергического дерматита некоторых инфекционных и вирусных заболеваний.
2. Перенесенный инфекционный гепатит, при наличии положительной реакции HBsAg, влияет на более тяжелую клинику течения atopических аллергических реакций - аллергического дерматита. При этом выявляется более высокие концентрации в крови интерлейкинов класса 4 и 5, а также содержание в крови иммуноглобулинов класса Е (общих и специфических).
3. Аллергический дерматит у обследованной группы пациентов в большинстве случаев характеризуется средне-тяжелым течением, высокими концентрацией в крови интерлейкинов класса 4 и 5, а также содержания в крови иммуноглобулинов класса Е.
3. У лиц, переболевших туберкулезом отмечается более легкое течение аллергического дерматита, показатели содержания интерлейкинов класса 4 и 5, а также IgE были снижены, по сравнению с больными других групп, а концентрация IL-2 повышена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адо А. Д. «Общая аллергология» . -М.: Медицина, 1978.
- 2 Gruber C., Nilsson L. «Do early childhood immunizations the development of atopy?». *Pediatric allergy and Immunology* 12 (6) . – 296. - 2001. – P.311.
- 3 Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Атопический дерматит. - М.: 2002.
- 4 Испаева Ж.Б. Научно-практическая программа. Атопический дерматит. – Алматы: 2005 .
- 5 А.Н. Пампура, А.И. Хавкин Современные подходы к наружной противовоспалительной терапии atopического дерматита // *Клиническая дерматология и венерология*. – 2007. - №2. - С. 5-9
- 6 Сепиашвили Р. И. «Функциональная система иммунного гомеостаза». *Аллергология и иммунология* (4) №2. - 2003. – 5. –P. 14.
- 7 Filipowicz E. «The role of respiratory virus infections in exacerbations of asthma». XXII Congress of EAACI, Abstract book: 65, 2003.
- 8 24. Gruber C., Nilsson L. «Do early childhood immunizations the development of atopy?». *Pediatric allergy and Immunology* 12 (6) : 296 -311, 2001
- 9 Jntti H., Kokkonen J. «Association of an early respiratory syncytial virus infection and atopical allergy». *Allergy* 58 (9): 878 - 883, 2003.
- 10 Matricardi P. M., Bjorksten B., Bonini S., Bousquet J. «Microbial products in allergy prevention therapy». *Allergy* 58 (6): 461 - 469, 2003.
- 11 А.Д. Кауамбас, Т.М. Лотти. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. - Медпресс-информ, 2008, 736с.
- 12 Д.А. Кассирова Применение крема с Дерма-Мембранной Структурой при atopическом дерматите// *Русский медицинский журнал*. – 2010. - №12. - С. 777-782
- 13 А.Н. Пампура, Т.Н. Соловей Современные подходы к диагностике и терапии крапивниц у детей// *Русский медицинский журнал*, 2008. - №23. - С. 1534-1541.
- 14 Литвинов В. И., Гергерт В. Я. «Иммунология туберкулеза: современное состояние проблемы». //Рос. Вестник АМН №7. -1997. – P. 8-11.

COURSE AND CLINICAL IMPLICATIONS OF ALLERGIC DISEASE (ALLERGIC DERMATITIS) AGAINST THE BACKGROUND OF BACTERIAL AND VIRAL INFECTIONS

Resume: Correlative bond of allergic inflammation and infectious process is far from being unambiguous.

For a number of years the authors have been examining the mutual impact between infectious diseases in patients with tuberculosis, infectious hepatitis, other infections and the development of allergic inflammation in case of allergic dermatitis in subsequent years.

The clinical and laboratory studies have been carried out to determine the difference in the course of allergic dermatitis and allergic dermatitis + tuberculosis, allergic dermatitis +HBsAg.

The reverse correlative bond between bacterial infections, viral infections and atopies (allergic dermatitis) has been determined.

Keywords: atopy, bacterial infection, viral infection, hepatitis, allergic dermatitis, allergic reactions, tuberculosis, immune system, immunoglobulins, interleukins, antagonism, synergism.

С.С.ЕСЕМБАЕВА, Ш.К.КОСАЕВА, З.Н.ОСПАНОВА
Институт стоматологии КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ИРРИГАЦИОННЫХ РАСТВОРОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЭНДОДОНТИИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

*Механическая обработка в сочетании с ирригацией физиологическим раствором обеспечивает стерильность каналов в 20% случаев, в то время как замена NaCl на 5% раствор гипохлорита натрия приводит к стерильности каналов в 50% случаев, а дополнение последней схемы однократным временным пломбированием канала гидроксидом кальция повышает процент стерилизации каналов до 97%. Многие ирригационные растворы обладают выраженной бактерицидностью по отношению к таким микроорганизмам как *enterococcus faecalis* или *Candida*, которые обладают резистентностью к гидроксиду кальция или хлорофенолу.*

Ключевые слова: ирригация, очистка корневых каналов, гипохлорит натрия, хлоргексидин

В классическом исследовании, опубликованном в 1985 г., Bystrom et al. провели сравнение стерилизующей эффективности трех разных методов эндодонтической обработки инфицированных каналов и установили, что механическая обработка в сочетании с ирригацией физиологическим раствором обеспечивает стерильность каналов в 20% случаев, в то время как замена NaCl на 5% раствор гипохлорита натрия приводит к стерильности каналов в 50% случаев, а дополнение последней схемы однократным временным пломбированием канала гидроксидом кальция повышает процент стерилизации каналов до 97%. Многие ирригационные растворы обладают выраженной бактерицидностью по отношению к таким микроорганизмам как *enterococcus faecalis* или *Candida*, которые обладают резистентностью к гидроксиду кальция или хлорофенолу.

Ключевыми факторами эффективной очистки и ирригации системы корневых каналов являются:

1. Тщательная диагностика имеющейся пульпо-периодонтальной патологии
2. Учет состояния тканей зуба и сложности анатомии системы корневых каналов
3. Удаление эндодонтического смазанного слоя
4. Соблюдение показаний при выборе средств для ирригации
5. Оптимизация активных компонентов ирригационного раствора
6. Правильная последовательность применения ирригационного раствора в ходе обработки корневых каналов
7. Обязательные затраты не менее 5 мин на ирригацию перед пломбированием

Гипохлорит натрия (NaOCl) обладает одновременно окислительными и гидролизирующими свойствами: он оказывает бактерицидный и протеолитический эффекты.

Готовые к употреблению растворы гипохлорита натрия для эндодонтии имеют выраженную щелочную реакцию, гипертонические свойства и номинальную концентрацию 1-5% активного хлора. Важно помнить, что многие растворы NaOCl, применяемые для ирригации корневых каналов, являются домашними отбеливателями и содержат другие компоненты, такие как стабилизаторы (натрий хлорат и натрий гидроксид), очищающие добавки (сурфактанты, жирные кислоты), отдушки (ароматизаторы). В связи с этим предпочтительно использование растворов, специально разработанных для эндодонтического применения и имеющих указание о сроке годности и концентрации на упаковке. Популярность NaOCl в качестве ирригационного раствора для эндодонтии определяется общедоступностью и дешевизной раствора. Для повышения эффективности гипохлорита натрия как растворителя тканевого распада рекомендуется:

- использовать подогретый раствор с температурой около 40°C;
- активировать и нагревать раствор путем использования ультразвуковых файлов; и использовать

временное пломбирование корневых каналов гидроксидом кальция для использования преимуществ синергического эффекта этих двух веществ;

- использовать в сочетании с поверхностно-активными агентами для усиления пенетрации гипохлоритом натрия дентинных канальцев, тем самым сокращая число интратубулярных бактерий.

Компоненты ЭДТА. ЭДТА обычно применяется в эндодонтии в виде жидкости или геля в качестве хелатного агента, извлекающего ионы кальция из гидроксилатапатита, тем самым растворяя минеральную фракцию смазанного слоя корневого канала. Эффективность растворов ЭДТА зависит, главным образом, от pH. Оптимальное значение pH должно находиться в пределах от 6 до 10. Большинство готовых форм основаны на динатриевой соли ЭДТА с нейтральным значением pH и обеспечивают хелатное изомолярное связывание с кальцием до полного расходования ЭДТА. Этим объясняется важность постоянного обновления раствора в корневом канале для использования активного ЭДТА.

Connell в одном из последних исследований указывает на то, что изолированное применение ЭДТА без гипохлорита натрия ни в одном случае не обеспечило полного удаления смазанного слоя корневого канала. Этим объясняется целесообразность чередования ЭДТА-содержащих агентов и гипохлорита в ходе эндодонтической обработки; их сочетанный эффект обеспечивает великолепную степень очистки дентинных стенок в апикальной трети корневого канала при условии, что оба вещества доводятся до апекса и активируются с помощью ультразвука или ручными файлами. Поверхностно активные вещества, такие как Cetrimide, часто добавляют в готовые формы растворов ЭДТА (LargalUltra® Septodont или R-EDTA®) для усиления их проникающей способности в дополнительные каналы и дентинные канальцы. К числу ЭДТА-содержащих гелей относится RC-Prep® производства PremierDental и недавно выпущенный Glyde® производства DentsplyMaillefer.

Хлоргексидин. Поскольку растворяющая эффективность хлоргексидина относительно органических и минерализованных тканей не выражена, рекомендуется чередовать его с растворами NaOCl. Более того, два указанных раствора при сочетанном применении характеризуются суммационным эффектом, возможно, благодаря формированию хлоргексидин-хлоридных компонентов, которые повышают ионизирующие свойства молекулы хлоргексидина. К числу готовых форм на основе хлоргексидина относится "Cetrexidin®" производства VEBAS. Препарат содержит 0,2% хлоргексидин в сочетании с 0,2% цетримидом, поверхностно активным аммином, который снижает поверхностное натяжение продукта, повышая его проникающую способность и антисептические свойства. Хлоргексидин может быть, наконец, использован для краткосрочного временного заполнения корневых каналов. Фактически, данный препарат подавляет микробную активность *in vivo* в течение 48 часов после применения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бир Р., Баумен М. Эндодонтия – М., Дпресс-информ. – 2004. - 386 с.
2. <http://www.dentalsite.ru/>

S.S.Esembaeva, Sh.K.Kosayeva, Z.N.Ospanova
Institute of Dentistry KazNMU named after S.D.Asfendiyarov
MAIN CHARACTERISTICS OF IRRIGATION SOLUTIONS USED IN ENDODONTICS
(LITERARY REVIEW)

Machining in combination with saline irrigation channels ensures sterility in 20% of cases, while replacing NaCl 5% sodium hypochlorite solution leads to sterility channels in 50% of cases, and addition circuits last single temporary channel filling of calcium hydroxide increases the percentage of sterilization channels up to 97%. Many irrigation solutions have a pronounced bactericidal against such microorganisms as enterococcus faecalis or Candida, which have resistance to calcium hydroxide or chlorophenol.

Keywords: irrigation, cleaning the root canal, sodium hypochlorite, chlorhexidine

УДК 616.036.1-35.233.18-14.22

С.С. ЕСЕМБАЕВА, Ш.К. КОСАЕВА, З.Н. ОСПАНОВА
Институт стоматологии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Местные анестетики должны отвечать следующим требованиям: иметь малую токсичность, максимально большую терапевтическую широту, легко растворяться в физиологическом растворе, не терять терапевтических свойств при кипячении и не утрачивать их при длительном хранении, легко проникать в ткани и не вызывать в них раздражающих, а также деструктивных изменений, максимально быстро вызывать обезболивание после введения препарата, которое должно удерживаться как можно дольше, иметь минимальное количество побочных явлений, отсутствие общих проявлений после введения препарата, обезболивающий эффект должен быть обратимый.

Ключевые слова: местные анестетики, обезболивание.

Успехи современной стоматологии во многом обусловлены разработкой и внедрением в клиническую практику новых средств и методов местного обезболивания, позволяющих увеличить объём и продолжительность стоматологических вмешательств. Технология местного обезболивания включает местные анестетики и вазоконстрикторы, инструменты (шприцы и иглы), методы местного обезболивания. Проведение адекватного обезболивания в клинике терапевтической стоматологии, с одной стороны, обеспечивает более качественную и безопасную работу врача, а с другой - создаёт комфорт и уменьшает напряжение, страх пациента, снижает эмоциональную нагрузку, предотвращает развитие негативных реакций во время лечения и формирование страха перед последующими посещениями стоматологического кабинета. Наиболее эффективным и безопасным способом контроля над болью в условиях поликлинического приёма остаётся местная анестезия. Важнейшим компонентом совершенствования местного обезболивания считается разработка и внедрение в практику терапевтической стоматологии высокоэффективных и безопасных местных анестетиков.

Местные анестетики - это препараты, вызывающие временную, обратимую потерю болевой чувствительности в месте их введения или нанесения на ткани. Большинство стоматологических вмешательств сопровождаются болевыми ощущениями различной интенсивности. Наиболее удобный, безопасный и часто применяемый способ контроля над болью при проведении амбулаторных стоматологических вмешательств — местная анестезия. Основными преимуществами местного обезболивания считаются техническая простота выполнения, относительная безопасность, снятие боли без выключения сознания, при сохранении рефлексов и контакта пациента с врачом.

Всю историю применения МА можно разбить на ряд периодов:

1. период кокаина 1884 г. до 20 годов XX века

2. период новокаина

3. период лидокаина 1945-1990 г.

4. период местных анестетиков 1970-1990 г.г.

В.К.Анреп (1880) открыл средство кокаин, способное вызывать эффективное и обратимое обезболивание тканей. К.Коблер (1884) - офтальмолог использовал кокаин для обезболивания оболочки глаза (I-е поколение анестетиков).

В 1905 годы шведские химики А.Эйнхорн и П.Юнифельдер синтезировали новый анестетики - новокаин (II-е поколение анестетиков)

Анестетики III поколения - лидокаин, тримекаин синтезированы Н. Лофгреном (Швеция) - 1943 г.

Анестетики IV поколения: 1953 г. - синтез прилокаина Н.Лофгреном (Швеция); 1957 г. - синтез новокаина и бупивокаина - А.Р.Экентемом (США); 1971 г. - эпидокаин - Б.Такманом; 1974 г. - артикаин - Дж.Е.Винтером.

Местные анестетики должны отвечать следующим требованиям: иметь малую токсичность, максимально большую терапевтическую широту, легко растворяться в физиологическом растворе, не терять терапевтических свойств при кипячении и не утрачивать их при длительном хранении, легко проникать в ткани и не вызывать в них раздражающих, а также деструктивных изменений, максимально быстро вызывать обезболивание после введения препарата, которое должно удерживаться как можно дольше, иметь минимальное количество побочных явлений, отсутствие общих проявлений после введения препарата, обезболивающий эффект должен быть обратимый.

Все МА в зависимости от структурно-активных отношений делятся в основном на эфирные (новокаин, дикаин, анестезин) и амидные (лидокаин, тримекаин, мепивокаин, ортикаин и др.). МА взаимодействуют с нервной мембраной, богатой жирами и

белками. Характер взаимодействия с нервной мембраной определяется их физико-химическими свойствами. Важнейшими из них являются жирорастворимость, соединение с белками и коэффициент ионизации. Жирорастворимость связана с анестетической силой, а связь с белками входящими в липидную мембрану нерва обуславливает длительность анестезии.

Механизм действия МА

Знание механизма действия МА имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение.

С помощью инъекции анестезирующий раствор максимально приближается к нервным стволам. Анестезия возникает с момента создания на нервной мембране минимальной блокирующей концентрации МА. Так, для новокаина она составляет 0,22%, для лидокаина - 0,07%.

Наступление анестезии обусловлено блокадой натриевых каналов нервной мембраны, возникает ее деполяризация и по аксону ее проходит первый импульс.

Эффект анестезии зависит не только от концентрации МА, достигших нервной мембраны, но и величины участка, смачиваемого лекарственным раствором. В миелиновых нервных волокнах местом воздействия МА является только перехват Ранвье. Нервный импульс может перескочить через 1 и 2 анестезированных перехвата, и для полной блокады необходимо, чтобы не менее 3 перехватов были смочены МА в эффективной концентрации.

Для нижнелуночкового нерва расстояние между перехватами Ранвье составляет 1,8 мм. Следовательно, чтобы наступила блокада этого нерва, необходимо, чтобы МА омывало нерв на протяжении не менее 5 мм, т.е. анестетик должен быть подведен как можно ближе к нерву и в достаточном количестве.

Общее действие МА

Всасываясь из места инъекции и циркулируя с кровью по организму, МА оказывают возбуждающий эффект прежде всего ЦНС и в меньшей степени проводящей системе сердца.

Нейроны ЦНС, особенно чувствительны к МА.

Первая фаза действия является возбуждение и проявляется тревогой, напряжением, легкой эйфорией, слабостью, тремором, переходящим в дрожь, а затем в судороги.

Дальнейшее повышение концентрации МА в крови ведет к развитию второй фазы - выраженного торможения, которое сопровождается угнетением дыхательного и вазомоторного центров, снижением сосудистого тонуса и развитием глубокой гипотензии - коллапса.

Метаболическая судьба МА зависит от его химической структуры. МА эфирного типа инактивируется в крови псевдохолинэстеразой. Метаболизм амидных анестетиков происходит в печени.

Местная токсичность

Цитотоксичность препарата растет с увеличением его концентрации. Она обусловлена добавкой к МА вазоконстрикторов и других вспомогательных средств: соляной кислоты, этанола, сульфата натрия и др., а также гипо- или гипертоничностью растворов.

Клинически местная токсичность проявляется болями во время и после инъекции, отеком, инфильтратом и изъязвлением после инъекции, затруднением открывания рта.

Общая токсичность

Проявляется угнетением ЦНС, угнетением миокарда, угнетением дыхательного и вазомоторного центров, вазодилатацией всего кровеносного русла к коллапсу и остановки сердца.

Тяжелая реакция наступает в результате абсолютной (введение вместо 2% - 10% раствора лидокаина) или относительной передозировки, что наблюдается при случайном внутривенном слишком быстром введении МА.

Вазоконстрикторы (ВК)

Все МА, используемые для инъекции в одонтологии, как правило, сочетаются с ВК. Это симпатомимические амины (катехоламины - КХ): адреналин (эпинефрин), норэпинефрин (норэпинефрин), левонордефрин (левартеринол) и метазон (фенилэфрин). Пептидные ВК - синтетические аналоги гормона задней доли гипофиза широкого распространения.

Комбинирование МА и ВК имеет следующие преимущества.

1) увеличение длительности местной анестезии в 8-10 раз.

2) увеличение эффективности анестезии.

3) уменьшает токсичность, задерживая МА в месте инъекции.

В стоматологии при обезболивании зубов используются следующие концентрации ВК: адреналин - 1: 50000, 1:100000, 1:200000, 1:250000; норэпинефрин - 1:50000, 1:100000, комбинация адреналин 1:100000 + норэпинефрин 1: 50000, метазон 1:2500.

Выбор анестетика

На основе 6-10 международнопризнанных МА в настоящее время предлагается не менее сотни их коммерческих аналогов, синтезированных различными способами с разной степенью очистки, комбинированных с разными ВК, консервантами. Некоторые из них используются только в стоматологической практике: прилокаин (цитонест), мепивокаин, бойкаин, артикаин.

Уходят в прошлое новокаин и другие эфирные МА.

Теперь для местной анестезии в стоматологии взамен новокаиновому стандарту принят другой: 2% раствор лидокаина гидрохлорида с адреналином (эпинефрином) 1:100000.

Все ныне применяемые МА можно разделить на короткодействующие: прилокаин (цитонест), артикаин (селтонест), убистезин, ветрокаин характеризующиеся короткой "рабочей" анальгезией в 30-60 мин.

Средней продолжительности действия: до 1,5-2 часов лидокаин (ксилокаин, ксилодоит, Юксилонол, ксилонор 3%, ксилонор спец), тримекаин (мезокаин), мепивокаин (лептокаин, изокаин 2%, изокаин 3%, скондонест 3%, скопаин 2%, карбокаин 3%, карбокаин 2%, мепивостезин.

Долгодействующие МА до 3-5 часов: бупивокаин (маркаин), и эпидокаин (дуранест) пришли из общей медицины. Длительность действия их в 2 раза больше, чем у лидокаина. Они в 10 раз сильнее, но и более токсичные. Эти МА в стоматологии применяются в 0,5% концентрации с малой концентрацией адреналина (1: 200000). Эти анестетики предназначены для проведения длительных и болезненных хирургических вмешательств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Хирургическая стоматология (под ред. Робустовой Т.Г.). – М.: Медицина, 1996. – 679 с.
- 2 Тимофеев А.А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Т.1. - Киев: «Червона рута – Турс, 1999. - 429 с. .
- 3 Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.- Витебск: «Белмедкнига», 1998. - 447 с.

Түйін: Жергілікті анестетиктерді енгізуде бірнеше талапқа жауап беруі қажет; улылығы аз, физиологиялық ертінде оңай еруі, терапиялық емінің қасиетін жоғалтпау, тінге оңай сіңіп тітіркендірмеу, тез жансыздану, кері әсерінің болмауы, ауру сезімін басатын қасиеттерге ие болуы.

Сонымен қатар дәрілік препараттар енгізілгеннен кейін әсері ұзақ болуы және жалпы жағдайға әсерінің аз болуы қажет.

Түйінді сөз; жергілікті анестезия, ауру сезімің алу .

S.S. ESEMBAEVA, SH.K. KOSAEVA, Z.N. OSPANOVA

Institute of Dentistry KazNMU named after S.D. Asfendiyarov

THE USE OF LOCAL ANESTHETICS IN THERAPEUTIC DENTISTRY (REVIEW)

Resume: Advances of modern dentistry is largely due to the development and introduction into clinical practice of new means and methods of local anesthesia, allowing to increase the volume and duration of the dental procedure. The technology of local anesthesia include local anesthetics and vasoconstrictors, tools (syringes and needles), the methods of local anesthesia. Conducting adequate pain relief in dentistry clinic, on the one hand, for a high quality and safe operation of the doctor, and the other - creating a comfortable and reduces stress, fear of the patient, reduces emotional stress, prevents the development of adverse reactions during treatment, and the formation of fear of follow-up visits the dental office. The most effective and safe way of pain control in outpatient reception is a local anesthetic. The most important component of improving local anesthesia is the development and introduction of restorative dentistry highly effective and safe local anesthetic.

Keywords: local anesthetics, analgesia, pain, sodium channel.

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
“АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ”

УДК 614.23:617.5

К 80-ЛЕТИЮ АКАДЕМИКА РАЕН, ПРОФЕССОРА
Г.Н. АНДРЕЕВА



Г.Н.Андреев родился 7.01.1934 года, в селе Никольском Оренбургской области, в семье служащих. Отец- Николай Емельянович Андреев, доктор химических наук, известный партийный работник, парторг ЦК Березниковского химического комбината Мордовской АССР (теперь Пермская область). Репрессирован в 1937 году. Мать- Фаина Даниловна Концевая-Андреева – преподаватель истории и географии средней школы, парторг школы. Репрессирована в 1938 году, сослана в Казахстан, в Актюбинскую область.

Г.Н.Андреев закончил среднюю школу в 1951 году с серебрянной медалью в пос. Шубар-Кудук, Актюбинской области. В связи с тем, что был сыном репрессированных родителей Андреев Г.Н. не был допущен к конкурсу для поступления в Военно-медицинскую Морскую Академию В том же году поступил на лечебный факультет Казахского Государственного медицинского института города Алма-Аты, который закончил с отличием в 1957 году. Был рекомендован в аспирантуру, но по комсомольской путевке уехал работать в Хобдинскую районную больницу Актюбинской области, где проработал 5 лет.

В 1962 году Г.Н.Андреев поступил в клиническую ординатуру на кафедру госпитальной хирургии Алма-Атинского Государственного медицинского института, возглавляемую заслуженным деятелем науки, доктором медицинских наук, профессором М.И.Брякиным. По окончании клинической ординатуры был оставлен на кафедре аспирантом. В 1968 году защитил кандидатскую диссертацию, которая была посвящена экспериментально-клиническому изучению результатов операции Нобля, как метода лечения спаечной кишечной непроходимости. Модификация энтеропластики, предложенная Г.Н. Андреевым, заняла свое место в лечении спаечной кишечной непроходимости.

В 1968 г. прошел по конкурсу ассистентом кафедры госпитальной хирургии, отвечал за лечебную и научную работу.

Начиная с этого времени Г.Н. Андреев много уделял внимания urgentной хирургии, был ведущим хирургом больницы скорой медицинской помощи города Алма-Аты, отвечал за лечебную и научную работу кафедры.

С 1970 г. доцент Г.Н.Андреев проводил экспериментально-клинические исследования по мало изученной проблеме портальной гипертензии, результаты которого были одобрены руководителем Всесоюзного центра по портальной гипертензии профессором М.Д. Пациорой с рекомендацией завершить работу оформлением докторской диссертации.

С 1971 года бесменно руководил научным студенческим кружком кафедры, был членом совета НИРС лечебного факультета и института. Студенты хирургического кружка выступая с докладами на всесоюзных студенческих конференциях, занимали призовые места (г. Витебск, БССР, г. Донецк УССР).

В 1981 году на базе БСМП был организован Республиканский центр хирургии портальной гипертензии Казахстана, как филиал Всесоюзного центра портальной гипертензии, где продолжались многосторонние клинические исследования различных осложнений портальной гипертензии. Руководимый Г.Н.Андреевым центр был признан лучшим в СССР академиком Б.В.Петровским.

В 1990 году во втором Московском медицинском институте имени И.М. Сеченова Г.Н.Андреевым была защищена докторская диссертация на тему «Диагностика и лечение осложнений портальной гипертензии»

С 1997 года профессор Г.Н.Андреев работал по контракту в институте медицинского образования на кафедре госпитальной хирургии в городе Великий Новгород.

Профессор Г.Н.Андреев автор 524 работ, посвященных вопросам urgentной хирургии и портальной гипертензии, из них 24 монографии, в том числе «Диагностика и лечение осложнений портальной гипертензии», «Эндоваскулярные методы диагностики и лечения портальной гипертензии», «Современные методы хирургической коррекции асцитического синдрома при циррозе печени», «Патогенез, диагностика и лечение циррозов печени, осложненных резистентным асцитом», «Эфферентная терапия в комплексном лечении осложнений цирроза печени», «Синдром гиперспленизма при циррозе печени», «Полисиндромность циррозов печени, осложненных резистентным асцитом», «Лимфодренирующие операции при сочетанных гепато-билиарных поражениях» и др. Монографии являются настольной книгой врачей – гепатологов стран СНГ. Под его редакцией два раза в год издавался межвузовский сборник «Актуальные вопросы клинической медицины», печатались учебные пособия для студентов старших курсов медицинских институтов. Издано руководство по гепатологии с курсом клинической биохимии на русском языке в Санкт-Петербурге, переведено на казахский язык для студентов обучающихся на государственном языке в Республике Казахстан

Работая в Новгородском университете, профессор Г.Н.Андреев готовил научные кадры не только для северо-запада России но и для Республики Казахстан.

Под руководством профессора Г.Н. Андреева было защищено 5 докторских и 24 кандидатских диссертации, из них 2 докторские, 12 кандидатских посвящены проблеме портальной гипертензии, в том числе 2 докторские и 5 кандидатских диссертаций преподавателями Казахского Национального медицинского университета города Алматы

Г.Н. Андреев имел 5 авторских свидетельств на изобретение, автор 5 патентов Республики Казахстан и 3 патентов Российской Федерации

С 1996 года он действительный член Ассоциации хирургов стран СНГ имени Н.И.Пирогова, международной Ассоциации хирургов-гепатологов, и интернационального клуба гастроэнтерологов-гепатологов

В 1998 году профессор Г.Н.Андреев избран академиком Российской Академии естественных наук.

Профессор Г.Н.Андреев дважды награжден почетным знаком «Отличник здравоохранения СССР» (1961 и 1990 годы), медалью «Ветерана труда» СССР (1990 год). В 2007 году он был объявлен «Человеком года.»

В 2009 г. профессору Г.Н. Андрееву присвоено звание «Заслуженный деятель науки РФ»

Всю свою жизнь профессор Геннадий Николаевич посвятил делу спасения человеческих жизней, ибо ему было свойственно глубокое сострадание к пациентам, их боли, человечность и бескорыстие.

Он воспитал не одно поколение своих последователей и многочисленных учеников, хирургов Казахстана, России и зарубежья, которые продолжают дело своего любимого учителя, не нарушая преемственности.

**Зав. кафедрой хирургических болезней №3
Казахского Национального Медицинского университета
имени С.Д. Асфендиярова,
профессор А.С. Ибадильдин**

УДК 616.36-08:618.2

А.С. ИБАДИЛЬДИН, Г.И. ШАРУНОВ, К.М. БУИРАЕВ
Кафедра хирургических болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Данная статья посвящена проблеме патологии печени у беременных. В период за 2007-2012 гг. в клинике находилось на лечении 14 беременных с патологией печени. Патологическое состояние печени у беременных характеризуется многообразием этиологических форм, вариантов течения и прогноза. В статье освещены холестатическая желтуха, острый жировой гепатоз беременных, хронический гепатит, цирроз печени. Результаты лечения у беременных с патологией печени зависят от сроков поступления больных, наличия осложнений, сопутствующей патологией, своевременной диагностики и выполнения адекватного оперативного вмешательства, пролонгированной гепатотропной терапии.

Ключевые слова: холестаза, гепатит, цирроз печени у беременных, HELLP – синдром.

Актуальность темы: Патология печени встречается у 3-5% беременных и является одной из наиболее распространенных и прогностически значимых форм гестационной патологии. При этих заболеваниях заметно возрастает частота преэклампсии и эклампсии, угрозы прерывания беременности, самопроизвольных аборт и преждевременных родов,

аномалий родовой деятельности, кровотечений в послеродовом периоде, что является одной из важных причин перинатальной летальности.

Цель работы. Улучшение результатов лечения заболеваний печени у беременных.

Патологические состояния печени у беременных характеризуются многообразием этиологических форм, вариантов течения и прогноза. Их делят на 2 основные группы:

Поражения печени, обусловленные беременностью
Поражение печени при чрезмерной рвоте беременных
Внутрипеченочный холестаза беременных
Острая жировая печень беременных
Поражения печени при преэклампсии, эклампсии
HELLP-синдром
Поражения печени, не обусловленные беременностью
Острые заболевания, развивающиеся во время беременности
Острый гепатит различной этиологии (вирусной, лекарственной, токсической)
Острый холестаза, обусловленный билиарной обструкцией
Синдром Бадда-Киари
Хронические заболевания печени, предшествовавшие беременности.
Хронический гепатит и цирроз печени различной этиологии (вирусной, лекарственной, токсической, метаболической, наследственной, аутоиммунной и др)
Семейные негемолитические гипербилирубинемии
Опухоли печени
Внепеченочная портальная гипертензия (тромбоз воротной вены)
Состояние после трансплантации печени

Во время беременности изменяется функция ряда органов, в том числе и печени. У здоровых женщин изменения в деятельности печени связаны с адаптацией беременности и не влияют отрицательно на их самочувствие. У них при исследовании крови выявляются изменения функции печени: снижается активность ацетилхолинэстеразы, липазы, повышается активность щелочной аминотрансферазы, фосфатазы, повышается содержание холестерина, фибриногена (1,2).

При позднем токсикозе беременных наблюдаются существенные нарушения печени: расстройство дезинтоксикационной, белковообразовательной функции. Одним из ведущих клинических симптомов при заболевании печени является желтуха. Весьма важен генез желтухи. Согласно классификации А.Ф. Блюгера, Э.З.Крупниковой (1967) различают 3 вида желтух: надпеченочный, печеночный и подпеченочный. Во время беременности, родов и послеродовом периоде встречается любая из этих видов желтух. Из числа женщин, которые имеют проявления желтухи, желтухи непосредственно связанные с беременностью обнаруживаются в 35%, а желтухи развивающиеся независимо от беременности, - в 60% (1). К желтухе обусловленной собственно патологией беременности относятся холестатический гепатоз беременных (ХГБ) и острый жировой гепатоз беременных.

Холестатическая желтуха в большинстве случаев обнаруживается в 3 триместре беременности и обычно проходит после родов (1). Общее состояние беременной при этом существенно не страдает. Редко больные жалуются на потерю аппетита, тошноту, рвоту, поносы и боли в животе. Печень не увеличена, ведущим симптомом является распространенный по всему телу зуд кожи, который всегда появляется ранее желтухи. Желтуха выражена слабо. В анализах выявляется умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, повышение щелочной фосфатазы, умеренная гипербилирубинемия. ХГБ не оказывает заметно отрицательного действия на состояние матери и плода. Клинические и лабораторные проявления быстро ликвидируются после родов. Относительно редко возникает необходимость прерывания беременности.

Острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ) - одна из тяжелых форм печеночной патологии. Встречается редко в 1,9% (1). Клинически характеризуется острым началом и быстрым прогрессированием заболевания, прогрессирующим развитием желтухи, развитием печеночно-почечной недостаточности, ДВС крови осложняется кровотечениями из матки, других органов и тканей, развитием печеночной комы. При любой стадии ОЖГБ показано немедленное прерывание

беременности на фоне комплексной терапии. Материнская летальность при этой патологии достигает 80-90%.

Хронический гепатит (ХГ) является полиэтиологическим диффузным поражением печени воспалительного характера, длительностью более 6 месяцев с прогрессирующим течением и развитием фиброза вплоть до цирроза. Для диагностики важен анамнез- перенесённый ранее вирусный гепатит В, С или D, профессиональные, химически вредные факторы, медикаментозные интоксикации, злоупотребление алкоголем, подпечёночный холестаз и т.д. Клинически проявляется гепатолиенальным, диспептическим, астеновегетативным, холестатическим синдромом- кожный зуд, ахоличный кал, темнокоричневое окрашивание мочи, желтуха- частый, но не обязательный синдром; геморрагическим синдромом- кровоизлияния и кровоподтёки на коже, кровоточивость дёсен, носовые кровотечения, гематурия, кровянистые выделения из влагалища; синдром портальной гипертензии: стойкая диспепсия, метеоризм, периодически понос, снижение массы тела, варикозное расширение вен кардии, с кровотечением, спленомегалия.

Из лабораторных показателей - выявление маркёров вирусного гепатита В, С, билирубинемия, умеренный лейкоцитоз, повышение АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, снижение протромбина. Определённую диагностическую ценность имеют данные УЗИ: признаки хронического гепатита.

Тактика ведения беременности: установление диагноза совместно терапевта с гинекологом, решение вопроса о возможности вынашивания беременности.

Противопоказаниями являются: выраженная активность воспалительно-некротического процесса, выраженный фиброз паренхимы печени, портальная гипертензия, синдром холестаза, цитолитический синдром.

В лечении ХГ применяется гепатотропная, дезинтоксикационная терапия, дезагреганты. Назначается эссенциале 2к 3р в день, аевит 2к 2-3р в день, аскорбиновая кислота, глютаминовая, витамины В1, В6. Диета №5, питание должно быть сбалансированным, полноценным, исключаются жиры животного происхождения.

При анемии, токсикозах назначение инфузионной терапии: эссенциале 5-10мл в/в, витамин Е 100-300мг, витамин С в/в 1000- 1500мг, глютаминовая кислота 1% 200-400мл в/в, рибоксин 10мл в/в, кокарбоксилаза 100мг в/в, в/в реополиглюкин, трентал, глюкозо-калиево-инсулиновую смесь 200-400мл, при гипоальбуминемии альбумин 10% 200.0 в/в, плазму, энтеросорбция (2).

Цирроз печени: тяжелейшая патология печени у беременных, обследование должно проводиться гепатологами в условиях специализированного стационара. Беременность может явиться толчком к развитию острой печеночной недостаточности, асцита, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Наличие у больных циррозом печени портальной гипертензии создаёт повышенный риск развития кровотечений

из ВРВП, который достигает 18-32%. Поэтому беременность при циррозе печени необходимо прерывать на ранних сроках, сроки согласовываются акушером с гепатологом (1).

Материалы и методы исследования

За 2007-2012гг в клинике наблюдалось 145 женщин с хирургическими заболеваниями в сочетании с беременностью, из них патология печени была у 6 больных с острым холециститом, 4 с острым билиарным панкреатитом, 1 с эхинококкозом печени, 3 с хроническим гепатитом.

С острым холециститом наблюдалось 6 беременных со сроком 16-24 недели. Клинически у них выявлялся умеренный лейкоцитоз, билирубинемия- 25-65ммоль\л, повышение АЛТ, АСТ до 100-150 МЕ /л, на УЗИ калькулёзный холецистит. Велась в основном консервативно с наблюдением хирурга и гинеколога. 1 больная оперирована по поводу острого калькулёзного флегмонозного холецистита, холедохолитиаза: холецистэктомия, холедохолитотомия, ХДА, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование брюшной полости. Выписана с выздоровлением на 15 сутки.

С острым билиарным панкреатитом наблюдалось 4 беременных со сроком 7-24 недели, велась консервативно. Клинически выявлялся умеренный лейкоцитоз, повышение амилазы до 50-115ед, повышение АЛТ, АСТ умеренное. На УЗИ диффузные изменения в паренхиме п/ж железы, печени, признаки хр.холецистита.

1 больная наблюдалась с диагнозом эхинококкоз правой доли печени с перфорацией, распространённый перитонит, беременность 5-6 недель. Произведена эхинококкэктомия печени, санация, дренирование брюшной полости, выписана с выздоровлением на 14 сутки.

У 3 больных с острым аппендицитом, клиникой желудочного кровотечения легкой степени с диагнозом эрозивный гастрит наблюдался хронический гепатит в сочетании с беременностью 16-32 недели. Проводилось лечение основной патологии совместно с лечением печени. Преждевременного родоразрешения и летальности у всех наших больных удалось избежать.

Выводы: 1. Дифференцированный подход в определении показаний к оперативному вмешательству, применение неинвазивных диагностических исследований, решение тактики ведения беременных с патологией печени совместно с гинекологами позволили избежать преждевременного родоразрешения.

2. Результаты лечения у беременных с патологией печени зависят от сроков поступления больных, наличия осложнений, сопутствующей патологии, своевременной диагностики и выполнения адекватного оперативного вмешательства.

3. Для предупреждения развития печеночной недостаточности у беременных с заболеваниями печени необходимо профилактическое назначение гепатотропных препаратов и дезагрегантов под клиничко-лабораторным контролем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Э.К. Айламазян «Неотложная помощь при экстренных состояниях в акушерской практике». - 1993. - С 205-223.
- 2 А.С.Ибадильдин, Г.Н.Андреев «Гепатология және клиникалық биохимия». - Алматы.: «Карасай», 2008. - С 200-220.

А.С. ИБАДИЛЬДИН, Г.И. ШАРУНОВ, К.М. БУИРАЕВ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ БАУЫР АУРУЛАРЫ, ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІ

Түйін: Бұл мақала жүкті әйелдердің бауыр патологиясына арналған. 2007 -2012 жж аралығында ауруханада бауыр патологиясы бойынша 14 жүкті әйел қаралды. Жүктілердегі патологиялық жағдайлар ағымымен болжамының әр түрлілігімен және этиологиясының көптүрлілігімен сипатталады. Мақалада холестатикалық сарғаю жүктілердегі жедел майлы гепатоз, созылмалы гепатит, бауыр циррозы қарастырылған. Жүктілердегі бауыр патологиясының емдеу нәтижесі, науқастың түсу уақытына, асқынулардың болуына, қосымша патологиялар, уақытылы диагностика және адекватты оперативті араласуға байланысты.

Түйінді сөздер: Жүкті әйелдердегі холестаз, жүкті әйелдердегі гепатит, жүкті әйелдердің бауыр циррозы, HELPP синдромы.

A.S. IBADILDIN, G.I. SCHAROUNOV, K.M. BUIRAEV LIVER DISEASE IN PREGNANT WOMEN, PRINCIPLES OF TREATMENT

Resume: This article is dedicated to the problem of liver disease in pregnant women. 14 pregnant women were running a treatment in the clinic with liver disease in the period of 2007-2012. Pathological condition of the liver in pregnancy characterized by a variety of etiological forms, course and prognosis of options. The article highlights the cholestatic jaundice, acute fatty liver pregnancy, chronic hepatitis, cirrhosis of the liver. Results of treatment of pregnant women with liver disease depend on the time of the arrival of patients, presence of complications, comorbidities, timely diagnosis and performance of adequate surgery.

Keywords: cholestasis in pregnancy, pregnant hepatitis, cirrhosis of the liver in pregnancy, HELLP-syndrome.

УДК.616.36-004:616.81-003.217-008.6

К.К. АМАНТАЕВА, Б.М. НОКЕРБЕКОВА, Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра «Хирургические болезни №3»

ОТЕЧНО - АСЦИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Отечно - асцитический синдром при циррозе печени до сих пор нерешенная проблема. Консервативное лечение малоэффективное, хирургические методы также радикально не решили проблему. Множество мнений и взглядов на этиопатогенез заболевания, неутешительные результаты лечения требуют новых концепции, что свидетельствует об актуальности и важности данной патологии.

Ключевые слова: Отечно-асцитический синдром, цирроз печени, лечение.

Актуальность.

Несмотря на то, что отечно-асцитический синдром при циррозе печени является одним из ярких и типичных проявлений манифестации заболевания, патофизиология асцита у пациентов с портальной гипертензией все еще не ясна.

Повышенное портальное давление является необходимой предпосылкой для возникновения асцита. Пониженный синтез альбумина печенью приводит к сдвигу сил Старлинга. Однако портальная гипертензия сама по себе, как правило, не ведет к возникновению асцита, нарушение системной гемодинамики является обязательным условием ее возникновения. Изменения, вызванные ренином, альдостероном, вазопрессином и

норадреналином, приводят к сужению почечных сосудов и удержанию натрия и воды, на начальной стадии заболевания могут быть компенсированы при помощи расширения объема плазмы. При суб- и декомпенсированном циррозе расширение объема плазмы недостаточно для компенсации периферической вазодилатации, и кроме того, возникновение гипоальбуминемии способствует развитию асцита.

Появление отечно-асцитического синдрома, свидетельствует о декомпенсации адаптационных систем организма и наступлении качественно нового, прогностически неблагоприятного этапа в развитии цирроза печени.



Рисунок 1 - Отеки нижних конечностей

Патогенез асцита при циррозе печени связан с взаимодействием нескольких факторов:

- механического, обусловленного портальной гипертензией;
- гормонального;
- нервно-гуморального звеньев;
- обусловленных гемодинамическими сдвигами и нарушениями водно-электролитного равновесия

Значительная часть лимфы, образующейся при избытке интерстициальной жидкости, поступает в большой круг кровообращения через систему лимфатических сосудов печени и грудной лимфатический проток, при этом накопление интерстициальной жидкости превышает ее эвакуацию через лимфатическую систему, поэтому жидкость пропотевает в брюшную полость в результате чего возникает асцит. Отток лимфы от печени при циррозе печени достигает **15-20 л/сут. и более при норме 8-9 л.**

Наряду с накоплением асцитической жидкости снижается центральное внутрисосудистое давление. Объем плазмы крови при циррозе печени повышен, значительная ее часть депонирована в сосудах брюшной полости, поэтому эффективный, т.е. участвующий в циркуляции, объем плазмы снижен, что приводит к активации ренин-ангиотензин-

альдостероновой системы, одной из функций которой в физиологических условиях является регуляция эффективного объема плазмы крови, водно-электролитного, кислотно-основного состояния и артериального давления.

Чрезмерная потеря калия и водорода в условиях повышенной продукции альдостерона сопровождается гипокалиемией (калий сыворотки крови <3,5 ммоль/л), гипомагниемией (< 1,4 ммоль/л) и метаболическим алкалозом. Экскреция натрия с мочой значительно снижена (<150 ммоль/сут.). Несмотря на задержку натрия, у большинства больных развивается гипонатриемия (натрий сыворотки < 135 ммоль/л) в результате перехода большей части натрия в интерстициальную и асцитическую жидкость. Повышенная реабсорбция почками натрия и воды ведет к накоплению асцитической жидкости. Данная теория «недостаточного наполнения» центрального венозного и артериального сосудистого русла доказывает главное значение гемодинамических и гормональных сдвигов и вторичность реакции почек в отношении задержки натрия.

Однако за последние годы было установлено, что у 2/3 больных циррозом печени, не получавших лечения гипонатриевой диетой и мочегонными средствами (факторы, активирующие выработку альдостерона), стимуляция ренин-ангиотензин-

альдостероновой системы отсутствует. Возможно, у таких больных имеется повышенная чувствительность почечных канальцев к альдостерону. Активность ренина плазмы почти всегда повышена, особенно при резкой гипонатриемии (< 2 ммоль/сут.). Причиной этого является снижение почечного кровотока.

Препараты, увеличивающие почечный кровоток (допамин и др.), снижают активность ренина. Эти данные способствовали обоснованию альтернативной теории формирования асцита -

теории «избыточного притока», согласно которой задержка натрия у 2/3 больных циррозом, является первичным феноменом, независимым от активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и возникающим в результате уже увеличенного до появления асцита объема плазмы и крови.

Против теории «избыточного притока» существует ряд факторов, указывающих на недостаточное наполнение кровью центрального сосудистого русла у больных циррозом печени, несмотря на увеличение объема плазмы.



Рисунок 2 - Напряженный асцит при хроническом гепатите В.

Эти данные послужили основанием оценить теорию «недостаточного наполнения» с современных позиций, согласно которой в начальной стадии имеет место задержка натрия почками и увеличение объема плазмы. Избыток жидкости в связи с портальной гипертензией и увеличением коллоидно-осмотического давления плазмы дренируется в полость брюшины, а затем в брюшную полость.

Методы лечения. Лечебные мероприятия:

- постельный режим;
- гипонатриевая диета;
- назначение диуретиков;
- лечебный парацентез;
- перитонеально-венозное шунтирование- ПВШ (клапаны Левина, Денвера, ЛВА);
- портосистемное шунтирование -TIPS;
- лечение вазоактивными препаратами, способствующими вазоконстрикции;
- трансплантация печени.

Традиционное соответствующее лечение асцита, состоящее из ограничения потребления ионов натрия, постельного режима, диуретической терапии антагонистами альдостерона и салуретиками позволяет контролировать отечно-асцитический синдром у 85% пациентов.

Следующие клинические ситуации требуют специальных современных методов лечения асцита:

- наличие массивных асцитов;
- рефрактерный или резидуальный асцит;
- выраженная функциональная почечная недостаточность или гепаторенальный синдром

Как лечить асцит и где лечить асцит при циррозе печени!

Первый шаг: консервативная базисная терапия, которая предшествует назначению мочегонных лекарственных препаратов и проведению любых видов хирургического пособия.

Второй шаг: пятиступенчатую диуретическую терапию. Переход на каждую более высокую, или «агрессивную» ступень диуретической терапии осуществляют в случае недостаточного клинического эффекта от приема мочегонных препаратов в течение не менее 5 суток.

I ступень диуретической терапии – верошпирон (спиронолактон) внутрь в дозе 150 мг в сутки.

II ступень - увеличение суточной дозы верошпилона внутрь до 300-400 мг. Если и в этом случае диуретический эффект отсутствует или недостаточен, показана

III ступень диуретической терапии – к 300-400 мг верошпилона + фуросемид внутрь в суточной дозе 40-80 мг. В случае недостаточной эффективности переходят к IV ступени – суточную дозу фуросемида увеличивают до 120 мг при суточной дозе верошпилона 400 мг.

Если не удастся достичь регресса отечно-асцитического синдрома на фоне перорального приема 400 мг верошпилона и 160 мг фуросемида, пациенту показана малая хирургическая операция – лечебно-диагностический лапароцентез. Объем одномоментно удаляемой асцитической жидкости не должен превышать 7.000 мл.

При соблюдении этого правила полностью исключается риск развития гепаторенального синдрома – особого варианта острой почечной недостаточности у пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией.

Для исключения риска развития системных гемодинамических побочных эффектов необходим введение раствора человеческого альбумина в дозе до 8-10 граммов альбумина на 1.000 мл эвакуированной асцитической жидкости.

При больших асцитах весьма эффективно удаление значительных объемов жидкости при проведении лечебного парацентеза и сопутствующая инфузия плазмозаменителей, предпочтительно альбумина.

Для больных с рефрактерным и резидуальным асцитом терапевтический парацентез столь же эффективен, как и наложение перитонеально-венозного шунта.

Разработаны новые подходы для лечения этих форм асцита: трансюгулярный внутрипеченочный портосистемный шунт-стент (TIPS) является многообещающим новым подходом для лечения рефрактерного или резидуального асцита.

Выполнение TIPS весьма эффективно в отношении восстановления ренальной функции у больных с гепаторенальным синдромом в случае последующей трансплантации печени.

Наложение TIPS может сопровождаться развитием печеночной энцефалопатии, в связи с чем, необходимо назначать высокие дозы лактулозы (дюфалака).

Выводы.

1. Лечение отечно асцитического синдрома должно проводиться комплексно.

2. При рефрактерном, массивном асците необходим лечебный лапароцентез.

3. При неэффективности комплексных мер больным показана трансплантация печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ибадильдин А.С. Клиническое значение полисиндромности при циррозе печени и современные подходы к ее хирургическому лечению: Автореф. дисс. д.м.н.– СПб.: 1994.– 43 с.
- 2 Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. – М.: ГЭОТАР, 2004. – 720 с.
- 3 3.Elsyed S.S., Farag M.F., Azzam F. et al. Emergency medical treatment of bleeding esophageal varices: Endo-scop. Abstr.Fifth United Europ. Gastro-enterology Week, Paris, 2- 6 Nov., 1996. – P. T87-88.
- 4 De Franchis R. Evolving Consensus in Portal Hypertention.Report of the Baveno IV Consensus Workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertention. Special report // Hepatology. –2005. – Vol. 43 – P. 167-176.
- 5 Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Усова О.А. и др. Предоперационная подготовка больных циррозом печени при операциях азигопортального разобщения // Физиология и патология заболеваний пищевода: Материалы научной программы учредительного съезда Российского общества хирургов-гастроэнтерологов. – Сочи: 2004. – С. 87-88.
- 6 б. Андреев Г.Н., Ибадильдин А.С., Амантаева К.К. Эфферентные методы лечения осложненного цирроза печени. - Великий Новгород: 2003. - С.119-123

Қ.Қ. АМАНТАЕВА, Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ

ІСІКТІК – АСЦИТТІК СИНДРОМ.

ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КӨЗҚАРАС, ЕМ ҚАҒИДАЛАРЫ

Түйін: Бауыр циррозындағы ісіктік асциттік синдром әлі күнге шешуі табылмаған өте маңызды проблема. Консервативті емнің пайдасы шамалы, хирургиялық әдістер де осы мәселенің шешуін әлі тапқан жоқ. Осы тұрғыдан алғанда аурудың этиопатогенезіне көптеген пікірлер мен көзқарастардың болуы, ем түрлерінің нәтижелері қанағаттандырмауы мәселенің актуалдығы мен маңыздылығын көрсетеді.

Түйінді сөздер: ісіктік асциттік синдром, бауыр циррозы, емі.

К.К. АМАНТАЕВА, Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ

PUFFINESS - ASCITIC SYNDROME

MODERN LOOK AND PRINCIPLES OF TREATMENT

Resumé: Edematous ascitic syndrome in cirrhosis is still an unsolved problem. Conservative treatment is ineffective, surgical methods are also radically can not solve the problem. Many opinions and views show the relevance and importance of this pathology.

Keywords: Edematous ascitic syndrome, cirrhosis, treatment.

УДК 616.36-022.:577.27

А.К. ДУЙСЕНОВА, Г.М. КУРМАНОВА, Р.Т. ЖУСУПОВА,
Р.Ж. БАЙХОЖАЕВА, Б.Н. БАЛГАЗИН

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Вирусные гепатиты В, С, Д, занимая одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека, относятся к наиболее актуальным проблемам здравоохранения всех стран мира. Профилактика неблагоприятных исходов вирусных гепатитов (цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома) заключается в проведении целого комплекса мероприятий, направленных как на предупреждение заражения парентеральными вирусными гепатитами, так и на предупреждение прогрессирования заболевания печени: вакцинация против гепатита В, которая защищает от двух гепатитов В и Д; выявление источника инфекции ВГ (диагностика, скрининг); прерывание путей передачи (инфекционный контроль); санитарно-просветительная работа; лечение вирусных гепатитов (противовирусная, патогенетическая терапия); модификация образа жизни; борьба с факторами риска хозяина (ожирение, курение, алкоголь, сахарный диабет и др.); диспансеризация с соблюдением алгоритма ведения больных с заболеваниями печени. Для эффективной диагностики вирусных гепатитов В и С следует применять развёрнутый иммуноферментный анализ с определением всех известных маркёров данных инфекций. Для выявления маркёров репликации у лиц положительных на ВГВ и ВГС по данным ИФА необходимо дополнительно использовать полимеразную цепную реакцию на выявление генома всех гепатотропных вирусов (В, С, Д) и ВИЧ. Противовирусная терапия снижает риск трансформации хронического гепатита в цирроз печени и ГЦК. Несмотря на проведение противовирусной терапии у 50 до 60% больных, не ответивших на лечение сохраняется риск прогрессирования заболевания.

Ключевые слова: вирусный гепатит, профилактика, АСС, серологические пробы, ПЦР.

Актуальность проблемы. Вирусные гепатиты являются глобально распространённой инфекцией. По разным оценкам инфицированность вирусами гепатитов В и С достигает от 1 до 2 млрд. людей, из них ежегодно от разных форм HBV-инфекции погибает около 2 млн. человек: 100 тыс. - от фульминантного

гепатита, 500 тыс. - от острого гепатита и его осложнений, 700 тыс. - от цирроза печени, 300 тыс. - от гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). При этом не учитывается смертность от внепечёночных (системных) проявлений HBV и HCV-инфекций [1, 2, 3, 5, 6].



Рисунок 1 - Динамика острого и хронического гепатита В в г. Алматы с 2005 по 2012 гг.

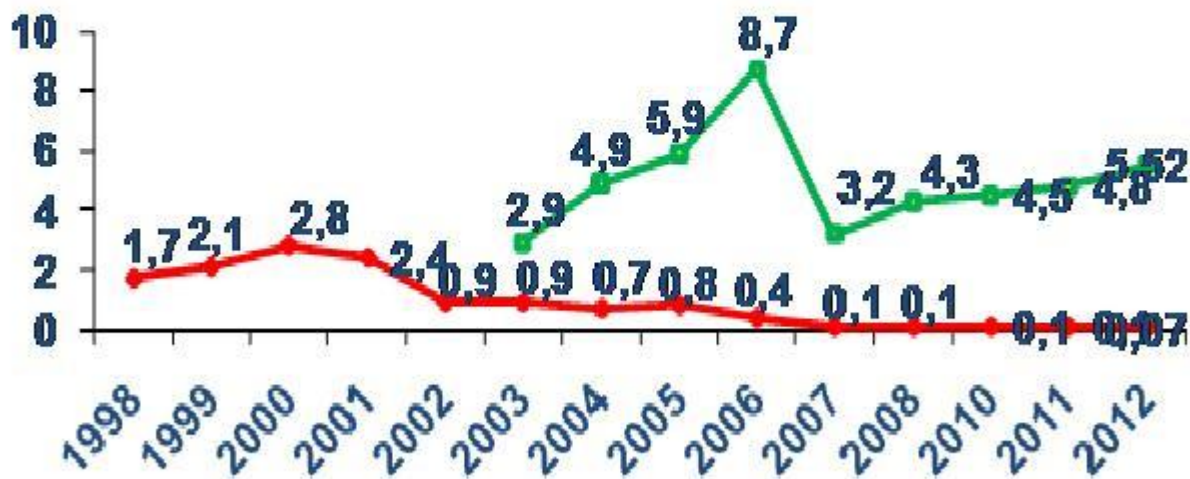


Рисунок 2 - Динамика острого и хронического гепатита С в г. Алматы

Хорошо изучено естественное течение HBV и HCV-инфекций. У 5% взрослых и 90% новорожденных острый гепатит В переходит в хроническую форму, 20-30% хронических форм трансформируются в цирроз печени. ГЦК развивается ежегодно у 1-6% больных циррозом печени и 0,2% больных хроническим гепатитом, минуя стадию цирроза. У 50-80% больных острый гепатит С переходит в хроническую форму, 2-10% хронических форм трансформируются в цирроз печени. Риск развития ГЦК при HCV-инфекции в три раза выше, чем при HBV [7].

Поэтому весьма актуальной задачей является профилактика вирусных гепатитов и их неблагоприятных исходов. Профилактическим следует считать целый комплекс мероприятий, направленных как на предупреждение заражения парентеральными вирусными гепатитами, так и на предупреждение прогрессирования заболевания печени: вакцинация против гепатита В, которая защищает от двух гепатитов В и Д; выявление источника инфекции ВГ (диагностика, скрининг); прерывание путей передачи (инфекционный контроль); санитарно-просветительная работа; лечение ВГ (противовирусная, патогенетическая терапия); модификация образа жизни; профилактика и борьба с факторами риска (ожирение, курение, алкоголь, сахарный

диабет и др.); диспансеризация с соблюдением алгоритма ведения больных с заболеваниями печени вирусной этиологии. В данной статье хотелось бы обсудить как достижения, так и проблемы в диагностике, лечении и профилактике вирусных гепатитов.

ВГВ, несмотря на проводимую вакцинопрофилактику, остается серьезной медицинской и социальной проблемой не только в Азиатско-Тихоокеанском регионе, но и во всем мире. В РК вакцинация против ВГВ введена в календарь прививок в 1998 г., охват вакцинацией составляет 95-96%. Детям, родившимся в 1996-7 гг исполнилось всего 16-17 лет. Хотя и проводилась программа вакцинации «вдогонку», но охват вакцинацией недостаточный. Проблема вакцинации – мутация вируса, неполное формирование и ограниченная продолжительность поствакцинального иммунитета (лицам из групп риска необходима ревакцинация через 5-10 лет). Лица, составляющие группу риска по HBV-инфекции даже после проведения вакцинации должны пройти обследование для определения титра анти-HBs антител в сыворотке крови: дети грудного возраста, родившиеся от HBsAg-позитивных матерей - через 3-9 месяцев, медицинские работники - через 1-6 месяцев, пациенты на гемодиализе – ежегодно.

Таблица 1 - Контингенты подлежащие мониторингу и вакцинации

Группа риска	Профилактические мероприятия	Частота обследования
Доноры и реципиенты	<ul style="list-style-type: none"> ➤ не пренебрегать элементарной гигиеной (личная зубная щётка, бритва) ➤ не допускать проведения пирсинга, стрижки и маникюра необработанным или нестерильным инструментом ➤ Нельзя сдавать кровь, если у донора носительство вируса гепатита В. 	Доноры и реципиенты должны проверяться каждые 6 месяцев!

Медицинские работники; Студенты высших и средних учебных заведений медицинского профиля	<ul style="list-style-type: none"> ➤ При контакте с кровью применять барьерные средства (перчатки). ➤ Одноразовые шприцы с иглами без предварительного промывания, дезинфекции, разбора и деформирования сбрасываются в коробки для безопасной утилизации. ➤ Загрязненные, режущие и колющие инструменты многоразового использования сразу для последующей обработки помещать в жесткие, влагонепроницаемые (дно и стенки), маркированные контейнеры. 	Все медицинские работники проверяются 1 раз в год!
Контактные лица в очагах гепатита В	Проверяются на маркеры HBV каждые 6 месяцев.	
Лица подлежащие гемодиализу и трансплантации		
Пациенты с врожденными иммунодефицитами любого генеза		
Онко-гематологические больные, а также больные, получающие иммуносупрессивные препараты		
Впервые выявленные ВИЧ-инфицированные		

В связи с этим, чрезвычайно важно выявлять источники инфекции вирусных гепатитов В и С. Это - больные манифестными формами, больные с безжелтушной формой, больные с субклиническим (иннапаратным) течением ОБГ, больные ХВГ разной степени активности (оккультный гепатит, носители HBsAg). Следует отметить, что диагноз «Носительство HBsAg» правомочно выставлять только при отсутствии некрвоспалительных изменений в биоптате печени.

Оккультная инфекция HBV может быть определена как персистенция (сохранение вируса в функционально активном состоянии в клетках организма) ДНК HBV в ткани печени (и в некоторых случаях в сыворотке крови) пациентов, у которых HBsAg не определяется в крови, с наличием или отсутствием анти-HBc [8,9]. Оккультный гепатит В может быть реактивирован при иммуносупрессии, эпидемиологически опасен, при это сохраняется риск онкогенной трансформации.

Таблица 2 - Контингенты обследуемых лиц на ХВГ В и С

Диагностические	По эпид. показаниям	Профилактические
Больные с патологией гепатобилиарной системы; Дети, рожденные инфицированными матерями; Пациенты с патологией, которая может указывать на внепеченочные (системные) проявления вирусных гепатитов; Лица, у которых наблюдалось повышение активности аминотрансфераз или любой другой биохимический синдром гепатита	- При вспышках, единичных или групповых заболеваниях ВГ; - Лица в окружении больных острыми, хроническими ВГ	- Доноры, беременные; - Исследования при определении напряженности иммунитета против вируса гепатита В.

Пути передачи вируса гепатита В являются парентеральный, половой, перинатальный, а также контактно-бытовой, реализующийся, при тесном контакте с открытыми повреждениями и ранами. Особенности вируса гепатита В являются: высокая скорость репликации 10^9 ; скорость накопления в крови 1000 вирионов в день; период полу-жизни 26,4 ч.; высокая виремия - в 1мл крови может быть около 10^{12} вирионов; малая инфицирующая доза крови - 0,0001мл; в сыворотке крови больного при хронической HBV-инфекции содержится вплоть до 200 млрд вирионов; период полу-жизни инфицированного гепатоцита от 10 до 100 дней; в 100 раз по контактируемости превосходит ВИЧ. Следует отметить, что в связи с общностью путей передачи не исключается заражение одного человека вирусами гепатитов В, С, Д и ВИЧ. Так, доля инфицированных ВГС среди ВИЧ-положительных в Казахстане превышает 70% (Тукеев М.С., 2010 г.)

В г. Алматы с 2010 г. для реализации программы государственной медицинской помощи больным хроническими вирусными гепатитами при клинической инфекционной

больнице имени И.Жекеновой открыт Городской гепатологический кабинет. На 1.01. 2013 г. На Д-учете состоят 2177 человек, из них с ХГВ – 625 (29%), ХГС – 1522 (71%). Из этих данных видно, что для такого мегаполиса как г.Алматы, эти данные явно занижены. Причина кроется в неполном выявлении больных хроническими гепатитами В и С. Тем более известно, что доля больных гепатитом В в Республике Казахстан в 2 раза превышает больных гепатитом С и в 2 раза – больных с микст-гепатитами В и С. При скрининге упускается не менее 30% больных ХВГВ. Только у 56-70% инфицированных HBV в сыворотке крови при ИФА выявляется HBsAg. При В+С ко-инфекция у 46-95% больных в крови определяется только анти-HBc core IgG, так как подавлена экспрессия антигенов HBV. При этом ПЦР на HBV ДНК может быть положительным. При наличии у пациента не только HCV, но и HDV подавление экспрессии антигенов HBV выражено еще в большей степени, что дает ложноотрицательные результаты ИФА. Низкая концентрация (ниже порога чувствительности). HBsAg может не определяться по следующим причинам: мутантный вирус (синтез и сборка

частиц вируса без избыточного HBsAg), мутация в S-гене, кодирующем HBsAg (другая стереохимическая структура и свойства), occultный гепатит, низкая чувствительность тест-систем. Интерпретация изолированных antiHBcore антител сложна, так как это могут быть реконвалесценты гепатита В, ложноположительный результат, occultный гепатит В.

5-10 % больных вирусным гепатитом в мире инфицированы вирусами В и С одновременно. Пациенты, инфицированные двумя вирусами, имеют больший риск развития цирроза печени и ГЦК в сравнении с теми, кто инфицирован только одним

вирусом. В Казахстане, как в зоне высокой и средней эндемичности по гепатиту В 22-25% больных хроническими вирусными гепатитами инфицированы одновременно вирусами В и С. Таким образом, практически каждый второй-третий больной гепатитом С одновременно инфицирован вирусом гепатита В. Только у части из них в крови определяются все маркеры гепатита В [7]. Чаще наблюдается феномен вирусной интерференции – экспрессия антигенов вируса В подавлена вирусом С и у больного наблюдается скрытая (occultная) инфекция гепатита В (рис.3).



Рисунок 3

Коинфекция HBV/HDV, приводит к более тяжелому течению гепатита с более высокой смертностью, но редко заканчивается хронизацией процесса. Суперинфекция HDV у HBV-инфицированных приводит к манифестации процесса тяжелым «острым» гепатитом у ранее асимптомных лиц, или обострению существующего хронического гепатита В. В отличие от коинфекции HBV/HDV суперинфекция HDV практически всегда приводит к хронизации обоих гепатитов с развитием цирроза печени, печеночной декомпенсации и ГЦК в сравнении с теми, кто инфицирован одним только HBV [10, 11]. Эпидемиология, клиника, лечение, диагностика и профилактика HBV соответствует HDV. Лабораторное обследование на наличие вируса гепатита D обязательно всем пациентам только после обнаружения маркеров HBV-инфекции.

Таким образом, необходимо надежно исключить ко-инфекцию HCV, HDV, ВИЧ, так как репликация одного вируса подавляет другого. Для диагностики HBV-инфекции недостаточно определение одного HBsAg, необходимо обследовать методом ИФА на все антигены и антитела вируса гепатита В. Кроме того, дополнительно провести обследование методом ПЦР на все гепатотропные вирусы (В, С, D) и ВИЧ.

Риск развития ГЦК у пациентов, инфицированных HBV возрастает у лиц мужского пола старшего возраста при высокой вирусной нагрузке, наличии цирроза печени и контакте с афлатоксином. Риск развития ГЦК у пациентов инфицированных HCV и при наличии цирроза печени возрастает в комбинации с сопутствующим злоупотреблением алкоголем, ожирением/инсулинрезистентностью, предыдущей или

конкурирующей ко-инфекцией HBV. В РК начата государственная программа скрининга на ГЦК.

Противовирусная терапия снижает риск трансформации хронического гепатита в цирроз печени и ГЦК [8]. Доступность противовирусного лечения ХВГ в РК позволяет предупредить развитие неблагоприятных исходов (ЦП, ГЦК) и сохранить трудоспособность граждан. По данным Городского гепатокабинета закончили противовирусную терапию в 2011-2013гг - 317 больных, из них ХГВ – 32 (10%), ХГС - 285 (90%). Продолжают лечение - 123, из них с ХГВ – 12 (9,8%), ХГВ+Д – 2 (1,6%), ХГВ+С – 2 (1,6%), ХГС - 107 (87%). На листе ожидания - 500, что составляет 22,9% от выявленных больных, из них с ХГВ – 89 (17,8%), ХГС – 411 (83,2%).

Частота устойчивого вирусологического ответа (УВО) зависела от генотипа вируса гепатита С и составила 50% -при 1 генотипе, 82%- при 2-м, 92%-при 3-м и 80% - при 4-м. Рецидив после завершения лечения диагностирован у 9% -при 1 генотипе и по 6% при 3-м и 4-м. Вирусологический прорыв констатирован у 23% при 1 генотипе, 9%- при 2-м и 6% - при 4-м. Больным ХГС, инфицированным 1 генотипом показана тройная терапия с включением ингибитора протеазы (боцепревира или телапревира). Однако, эти препараты не вошли в государственную программу лечения больных ХВГ. Частота УВО при ХГВ достигнута у 62% пролеченных больных.

Таким образом, несмотря на проведение противовирусной терапии у 50 до 60% больных, не ответивших на лечение сохраняется риск прогрессирования заболевания печени с исходом в цирроз и ГЦК.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Asian Pacific Association for the Study of the Liver Consensus Statements on the Diagnosis, Management and Treatment of Hepatitis C Virus Infection// J Gastroenterol Hepatol. – 2007. - 22(5). – P.615-633.
- 2 Dan Bekku; Makoto Arai; Fumio Imazeki; Yutaka Yonemitsu; Tatsuo Kanda; Keiichi Fujiwara; Kenichi Fukai; Kenichi Sato; Sakae Itoga; Fumio Nomura; Osamu Yokosuka. Long-term Follow-up of Patients with Hepatitis Be Antigen Negative Chronic Hepatitis B//J Gastroenterol Hepatol. – 2011. - 26(1). – P.122-128.
- 3 Chien-Jen Chen; Hwai-I Yang. Natural History of Chronic Hepatitis B // J Gastroenterol Hepatol. – 2011. - 26 (4). – P.628-638.
- 4 D. Vassilopoulos; I. Rapti; M. Nikolaou; E. Hadziyannis; S. J. Hadziyannis. Cellular Immune Responses in Hepatitis B Virus E Antigen Negative Chronic Hepatitis B// J Viral Hepat. – 2008. - 15(11). – P. 817-826.
- 5 R. Loomba; M. M. Rivera; R. McBurney; Y. Park; V. Haynes-Williams; B. Rehermann; H. J. Alter; S. K. Herrine; T. J. Liang; J. H. Hoofnagle; T. Heller. The Natural History of Acute Hepatitis C. Clinical Presentation, Laboratory Findings and Treatment Outcomes// Alimentary Pharmacology & Therapeutics. – 2011. - 33(5). – P.559-565.
- 6 Jason Grebely, B.Sc., Gregory J. Dore. What is Killing People With Hepatitis C Virus Infection?// Semin Liver Dis. – 2011. - 31(4). – P. 331-339.
- 7 EASL Consensus Statement. J Hepatol 2003. -39. – P. 3-25
- 8 Li-Wei Chen; Rong-Nan Chien; Cho-Li Yen; Jia-Jang Chang; Ching-Jung Liu; Chih-Lang Lin. Therapeutic Effects of Pegylated Interferon Plus Ribavirin in Chronic Hepatitis C Patients with Occult Hepatitis B Virus Dual Infection// J Gastroenterol Hepatol. – 2010. - 25(2). – P.259-263. - © 2010
- 9 F. B. Hollinger; G. Sood. Occult Hepatitis B Virus Infection: A Covert Operation// J Viral Hepat. – 2010. - 17(1). – P. 1-15.
- 10 M. Buti; M. Homs; F. Rodriguez-Frias; G. Funalleras; R. Jardi; S. Sauleda; D. Tabernero; M. Schaper; R. Esteban. Clinical Outcome of Acute and Chronic Hepatitis Delta Over Time. A Long-term Follow-up Study// J Viral Hepat. – 2011. -18(6). – P.434-442.
- 11 Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: An update. Hepatology 2011. - 53. – P. 1020–1022.

**А.К. ДУЙСЕНОВА, Г.М. КУРМАНОВА, Р.Т. ЖУСУПОВА,
Р.Ж. БАЙХОЖАЕВА, Б.Н. БАЛГАЗИН**

ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТІҢ ҚОЛАЙСЫЗ АЯҚТАЛУЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ

Түйін: Вирусты гепатитті алдын-алу мақсатында бірнеше кешенді шаралар жүргізумен: вирусты гепатиттің парентералді жолмен жұғуын алдын-алу, бауыр ауруларының өршуін болдырмаумен түсіндіріледі. В гепатитіне қарсы егу, ол гепатиттің В және D түрінен қорғайды; VH инфекциясын анықтау (диагностика, скрининг); инфекцияның ену жолын жою (инфекциялық бақылау); санитарлы-ағарту жұмысы; VH емдеу (вирусқа қарсы және патогенетикалық ем); өмір сүру салтын өзгерту; қауіп қатер факторларымен күресу (семіздік, темекі шегу, алкоголь, диабет және т.б.); - бауыр ауруымен ауыратын науқастарды тәртіпті сақтай отырып медициналық сараптамадан өткізу.

В және С вирусты гепатитінің барлық белгілі маркерлерін ELISA бойынша анықтау керек. Осы әдіске қосымша маркерлердің репликациясын талдау мақсатында ВГВ және ВГС оң болған адамдарға ПЦР жасап гепатотропты вирустардың (В, С және D) геномдарын табу қажет.

Түйінді сөздер: вирусты гепатит, профилактика, цирроз, HCC, серологиялық белгілер, ПЦР

A.K. DUYSENOVA, G.M. KURMANOVA, R.T. ZHUSUPOVA, R.ZH. BAYKHOZHAYEVA, B.N. BALGAZIN

Asfendiyarov Kazakh National medical university

PREVENTION OF FAILURES OF VIRUS HEPATITISES

Resume: Review. Prevention of failures of virus hepatitis (cirrhosis and a HCC) consists in carrying out the whole complex of the actions directed as on the prevention of infection with parenteral viral hepatitis, and on the prevention of progressing of a liver disease: vaccination against hepatitis B which protects from two hepatitis B and D; identification of a source of an infection of VH (diagnostics, screening); interruption of ways of transfer (infectious control); sanitary and educational work; treatment of VH (antiviral, pathogenetic therapy); modification of a way of life; fight against risk factors (obesity, smoking, alcohol, diabetes, etc.); medical examination with observance of algorithm of maintaining patients with liver diseases. It is necessary to apply the developed ELISA to effective diagnostics of viral hepatitis B and C with definition of all known markers of these infections. For identification of markers of replication at persons positive on HBV and HCV according to ELISA it is necessary to use in addition PCR on identification of a genome of all the hepatotropic viruses (B, C and D) and HIV.

Keywords: viral hepatitis, prevention, cirrhosis, HCC, serological marks, PCR

УДК 616.361-002-008.63-089-08

Д.М. КРАСИЛЬНИКОВ, А.В. АБДУЛЬЯНОВ, М.М. МИННУЛЛИН, И.И.МАЛОВА
 ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней № 1,
 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ,
 Россия, г. Казань

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТОМ ПОСЛЕ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ

Изучены причины развития рефлюкс-холангита после холедоходуоденостомии (ХДА), определены оптимальные варианты повторных вмешательств, предложены авторские методы операций. Представлены результаты 27 реконструктивных операций при рефлюкс – холангите. Основным методом реконструктивной операции, являлась экономная резекция желудка по Бильрот – II, позволяющая полностью исключить пассаж пищевых масс по двенадцатиперстной кишке. Разработан и внедрен в клинику новый способ резекции желудка (патент РФ № 2011141), с формированием дуоденоюноанастомоза «конец в бок» на выключенной по Ру петле тощей кишки.
Ключевые слова: дуоденостаз, рефлюкс-холангит, холедоходуоденоанастомоз, резекция желудка, дуоденоюноанастомоз.

Актуальность проблемы. Оперативные вмешательства, выполняемые на внепеченочных желчных протоках у больных с желчекаменной болезнью (ЖКБ), холедохолитиазом, стенозами большого дуоденального сосочка (БДС), стриктурами протоков различного генеза, являются широко распространенными в абдоминальной хирургии XX [1, 2]. При этом чаще, по причине выбора неадекватного варианта операции, нарушений в техники её выполнения, почти у 35% пациентов развиваются послеоперационные осложнения, приводящие к высокой летальности [2, 34]. Это обстоятельство, порой вынуждает хирургов производить оперативное пособие, как-бы устраняющее негативные последствия. И большинство специалистов отдают предпочтение формированию холедоходуоденоанастомоза (ХДА) в различных его модификациях [3, 5, 6]. Однако, при выполнении данного вмешательства, у больных развивается рефлюкс-холангит, первые симптомы которого наиболее ярко проявляются при увеличении пищевой нагрузки после операции, нарушении режима питания. В значительном числе наблюдений у пациентов при выполнении данного вмешательства, развивается эрозивный гастродуоденит, усугубляются, уже имеющиеся, нарушения моторики двенадцатиперстной кишки

(12 п.к.), формируется «синдром слепого мешка» [1,3, 5]. В связи с чем, планируя наложение ХДА, необходимо учитывать противопоказания к выбору этого варианта операции, связанные, прежде всего, с анатомическим и функциональным состоянием 12 п.к., внепеченочных желчных протоков. Не следует применять эту методику биодигестивного соустья у больных молодого возраста, особенно у женщин, а также при наличии дивертикулов 12 п.к., дуоденостазе, язвенной болезни желудка и 12 п.к. Исходя из установок в нашей клиники, холедоходуоденостомию мы практически не производим, а если выполняем, то только у больных старческого возраста, при наличии тяжелой сопутствующей патологии.

Материал и методы. В клинике хирургии №1 ГБОУ ВПО «КГМУ» на базе ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с 2003 по 2012 гг. было выполнено 27 реконструктивных вмешательств при рефлюкс – холангите, после операции формирования ХДА, у больных с ЖКБ и холедохолитиазом, стенозом БДС II – III степени (табл.1). Возраст больных варьировал от 29 до 72 лет, женщин было 25 (92,6%), мужчин 2 (7,4%). 26 пациентов ранее были оперированы в других медицинских учреждениях Республики Татарстан и г. Казани.

Таблица 1 - Реконструктивные операции у больных с рефлюкс-холангитом после ХДА.

Вид операции	Количество	РПО*	Летальность	Повторные вмешательства
Экономная резекция желудка по Б-II	10 (37,1%)	2	-	-
Экономная резекция желудка по Б-II с дуоденоюноанастомозом	9 (33,3%)	1	-	-
Гастрозентеростомия по Вёльфлеру-Брауну с заглушкой по А. А. Шалимову	5 (18,5%)	-	-	3
Разобщение ХДА, холедохоюноанастомия по Ру	3 (11,1%)	2	-	1

Примечание: * - ранние послеоперационные осложнения.

У всех больных симптомы рефлюкс – холангита средней и тяжелой степени тяжести определялись уже в течение первых 6 месяцев после холедоходуоденостомии.

Диагностика рефлюкс – холангита с больных с ХДА не вызвала затруднений и заключалась в изучении клинико-объективных данных, результатов рентгеноконтрастного и эндоскопического методов исследований. Так при проведении рентгенографии желудка и 12 п.к. отмечалось свободное прохождение контрастной массы в желчные протоки через ХДА (рис. 1). На рисунке 1 определяется прохождение контраста в желчные протоки, образование «слепого мешка» холедоха ниже ХДА. На рисунке 2 определяется свободное прохождение контрастной массы в желчные протоки, визуализируется большой дивертикул 12 п.к. При динамическом наблюдении, через 5 часов отмечается нахождение контраста как в толстой кишке,

так и во внутривеночных желчных протоках, дивертикуле 12 п.к. (рис. 3). На рисунке 4 определяется заполнение контрастом внепеченочных желчных протоков, признаки дуоденостаза. Во время выполнения гастродуоденоскопии определялся широкий ХДА, через который свободно визуализировались желчные протоки, заполненные пищевыми массами.

Как видно из таблицы 1, основным методом реконструктивной операции при рефлюкс – холангите у больных с ХДА, по нашим данным, являлась экономная резекция желудка по Бильрот – II, позволяющая полностью исключить пассаж пищевых масс по 12 п.к. Однако, при грубых технических ошибках, допущенных при формировании ХДА, когда анастомоз накладывался в области луковицы 12 п.к., часто в непосредственной близости от привратника, ушить культию 12 п.к. не представлялось возможным, так как при её укрытии, блокируется ХДА. Для

исключения этого отрицательного момента в операции, нами разработан и внедрен в клинику новый способ резекции желудка (патент РФ № 2011141), заключающийся в формировании дуоденоюноанастомоза «конец в бок» на выключенной по Ру петле тощей кишки, полностью исключая проходимость пищи по 12 п.к. (рис. 5).

К выбору именно таких вариантов хирургического лечения, нас привели неудачи при попытках разобщения ХДА и формирования холедохоеюноанастомоза по Ру, выполнения гастроэнтероанастомоза по Вельфлеру – Брауну с заглушкой 12 п.к. по А.А.Шалимову. При первом варианте операции возникали технические трудности при выделении протока из гепатодуоденальной связки, после разобщения ХДА, в формировании билиодигестивного анастомоза на выключенной по Ру петле тощей кишки, так как, после наложения ХДА у больных наступает декомпрессия желчных протоков, которая быстро ведет к значительному уменьшению диаметра гепатикохоледоха [1, 5]. У 2 – х из 3 – х оперированных, таким способом, возникли ранние послеоперационные осложнения, явившиеся показанием к релапаротомии. У 1 – го пациента через 2 года после операции установлена стриктура билиодигестивного анастомоза, в связи с чем, была произведена гепатикоюностомия по Ру.

У больных после гастроэнтеростомии с заглушкой по А.А.Шалимову в ближайшие 6 месяцев наступала реканализация 12 п.к. и возвращались проявления рефлюкс – холангита, что в 3 наблюдениях обусловило необходимость выполнения повторной операции. Была произведена дистальная резекция желудка по Бильрот – II.

Результаты и их обсуждение.

Основными причинами, приводящими к развитию рефлюкс – холангита в основном были технические ошибки, как при

выборе способа билиодигестивного анастомоза, так и техники его исполнения. Во время проведения операции не выполнялась мобилизация 12 п.к. по Кохеру – Клермону и ХДА формировался не с ретродуоденальной частью холедоха, а порой высоко, практически с общим печеночным протоком. 12 п.к. деформировалась, подтягивалась в область ворот печени и, особенно при широком анастомозе, пищевые массы свободно заполняли вне - и печеночные протоки, вызывая тем самым холестаза и холангит. Выполнение, в качестве основного вмешательства, разобщения ХДА и холедохоеюностомии является наиболее сложным вариантом операции, как по исполнению самого вмешательства, так и по результатам ближайших и отдаленных результатов.

Заключение. При сравнительном анализе результатов хирургического лечения больных с рефлюкс – холангитом после наложения ХДА, установлено, что причинами развития данного осложнения являются расширение показаний к выполнению данного вмешательства, при недостаточном дооперационном обследовании больных. У большинства пациентов до операции не были диагностированы гипомоторная дискинезия 12 п.к., дуоденостаза, дивертикулы 12 п.к. Кроме того, все это сочеталось с техническими ошибками, при выполнении операции. При холедохолитиазе, стенозе БДС показано эндоскопическое лечение, заключающееся в многоэтапных ПСТ, баллонной дилатации, стентировании протоков. В случаях рецидива заболевания или безуспешности эндоскопических манипуляций, выполняется хирургическое вмешательство, основной целью которого является выполнения холедохоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тощей кишки. У больных с рефлюкс-холангитом после ХДА наилучшие результаты установлены после выполнения экономной резекции желудка по Б-II. Рисунки 1, 2, 3, 4, 5 располагаются в конце статьи.



Рисунок 1 - Большой А. Рентгеноконтрастное исследование желудка и 12 п.к., рентгеноскопия, через 15 минут после приема контраста



Рисунок 2 - Больной М. Рентгеноконтрастное исследование желудка и 12 п.к., пассаж через 20 минут после приема контраста



Рисунок 3 - Больной М. Рентгеноконтрастное исследование желудка и 12 п.к., через 5 часов после приема контраста



Рисунок 4 - Больной Т. Рентгеноконтрастное исследование желудка и 12 п.к., через 10 минут после приема контраста

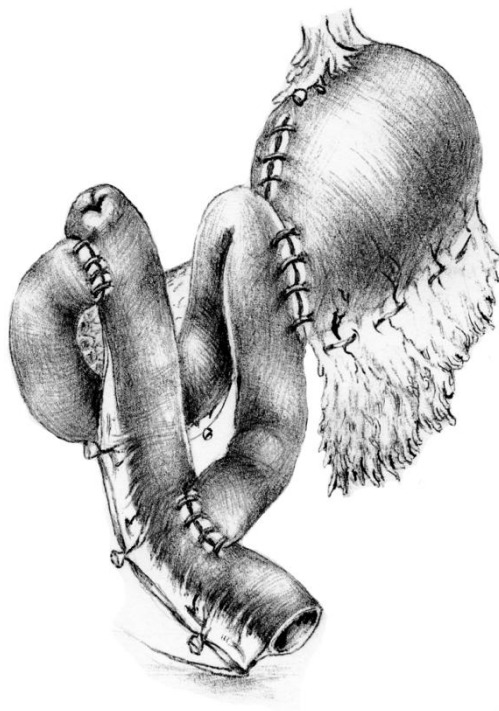


Рисунок 5 - Схема авторского варианта операции для исключения пассажа пищевых масс по 12 п.к.
(патент РФ № 2011141)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии // Р. Б. Мак-Интайр / Мак-Интайр Р.Б., Стигманн Г.В., Айсман Б. Пер. с англ. / Под ред. В.Д. Федорова, В.А. Кубышкина. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – 744 с.
- 2 «Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии» [Э.И. Гальперин и др.] ; под ред. Э.И. Гальперина и Т.Г. Дюжевой. –М.: Видар М, 2011. – 536 с.
- 3 Гибадулин Н.В., Телицкий С.Ю., Гибадулина И.О., Новокрещенных А.С. Антирефлюксная холедоходуоденостомия в хирургии острого холангита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2008. Т. 167. - № 5. - С. 40–42.
- 4 Tang CN, Tai CK, Siu WT, Ha JP, Tsui KK, Li MK. Laparoscopic treatment of recurrent pyogenic cholangitis. J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2005. - 12(3). – P.243-248.
- 5 Чистюхин С.Ю. Декомпрессивное назобилиарное дренирование через холедоходуоденоанастомоз // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т.10. - №2. – С. 67.
- 6 Чарышкин А.Л., Мидленко О.В., Мидленко В.И., Чарышкин А.Л. Оптимизация хирургической коррекции механической желтухи при осложненных формах острого холецистита // Медицинский Альманах. - № 1 (10). - 2010.

Д.М.КРАСИЛЬНИКОВ, А.В.АБДУЛЯНОВ, М.М.МИННУЛЛИН, И.И.МАЛОВА

**ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИЯ ДАН КЕЙІНГІ РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТ ПЕН АУЫРАТЫН
НАУҚАСТАРДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ**

Түйін: Холедоходуоденостомиядан (ХДА) кейінгі дамитын рефлюкс-холангиттің себептері қарастырылып, қайта жасалатын операциялардың тиімді түрлері анықталған, автор өзінің операциясын ұсынған. Рефлюкс-холангит кезінде қалпына келтіруші 27 операцияның нәтижелері көрсетілген. Негізгі реконструктивті операция тәсіліне Бильрот II бойынша асқазанның үнемді резекциясын жатқызған. Ол кезде 12 елі ішек арқылы астың жүруін толығымен шектейді. Ащы ішектің Ру бойынша ажыратылған ілмегін пайдалана отырып «бүйір-жиектік» дуоденоюноанастомоз арқылы асқазан резекциясының (РФ патенті №2011141), жаңа тәсілі құрастырылып ауруханаға енгізілді.

Түйінді сөздер: дуоденостаз, рефлюкс-холангит, холедоходуоденоанастомоз, асқазан резекциясы, дуоденоюноанастомоз.

D.M. KRASILNIKOV, A.V. ABDULIANOV, M.M. MINNULLIN, I.I. MALOVA

*Kazan State Medical University, Department of surgery №1,
Republican Clinical Hospital,
Russia, Kazan*

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH REFLUX CHOLANGITIS AFTER CHOLEDOCHODUODENOSTOMY

Resume. In the article causes of reflux cholangitis after choledochoduodenostomy had been studied, optimal variants of reinterventions had been presented, authoring methods of operations had been suggested. There had been presented results of 27 reconstructive operations for reflux cholangitis. The main operative method of reconstructive intervention was partial gastrectomy (Billroth-II), that completely eliminated the duodenal passage of food. There had been developed and introduced in clinical practice the new technique of gastric resection with formation of duodenojejunostomy end-to-side on Roux loop of jejunum (patent №2011141).

Keywords: duodenostasis, reflux cholangitis, choledochoduodenostomy, gastric resection, duodenojejunostomy.

Д.М. КРАСИЛЬНИКОВ, А.В. АБДУЛЬЯНОВ, М.А. БОРОДИН, И.И.МАЛОВА, А.М.ИМАМОВА
ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней № 1,
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ,
Россия, г.Казань

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Представлены результаты повторных операций у 61 больного хроническим панкреатитом с поздними послеоперационными осложнениями с 2006 по 2012 гг. Изучены показания к повторным вмешательствам и выбор метода оптимального варианта оперативного вмешательства. Оптимальными вариантами лечения этой группы больных являются радикальные методы оперативных вмешательств, направленные на устранение гипертензии в главном панкреатическом протоке, удалении конкрементов и кист поджелудочной железы, нормализации пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту. Предложены авторские методы операций, при рецидиве ложной кисты головки поджелудочной железы и пилородуоденального стеноза, производили удаление кист и резекцию 1/2 желудка по Бильрот–II, с наложением дуоденоюноанастомоза «конец в бок».

Ключевые слова: хронический панкреатит, кисты поджелудочной железы, стриктуры вирсунгова протока, дуоденоюноанастомоз.

Актуальность проблемы. В последние десятилетия в развитых странах средний возраст первичной верификации хронического панкреатита (ХП) снизился до 35 лет, а число пациентов страдающих данным заболеванием, выросло более чем в 4 раза [1, 2]. Необходимость хирургического вмешательства, возникает у 30 – 50% больных ХП, у которых возникает стойкий болевой синдром, и различные его осложнения. Рост числа оперированных больных по поводу ХП, сопровождается увеличением количества пациентов с рецидивом симптомов заболевания, в различные сроки после оперативного вмешательства. Причинами рецидивов заболевания и развитием осложнений могут быть технические и тактические ошибки первичного вмешательства, а так же прогрессирование ХП [1, 2, 3].

Наиболее частыми причинами, которые заставляют пациентов повторно обращаться к хирургу, является боль, обусловленная наличием неадекватно дренированных ответвлений вирсунгова протока и невртом парапанкреатических нейронов, на фоне увеличенной головки поджелудочной железы воспалительного характера, дуоденальной непроходимости [2, 4]. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения различных осложнений ХП отмечаются у 10 – 45 % пациентов, а сроки динамического наблюдения, характер медикаментозной терапии, выбор метода последующей операции остаются вопросами для дискуссии [1, 4, 5].

Показания к повторному хирургическому лечению больных ХП, в большинстве случаев, возникают в связи с прогрессированием заболевания, вследствие неустранимой при первичной операции интрапанкреатической и билиарной гипертензии, о чем свидетельствует сохранение симптомов заболевания: боль, потеря веса, желтуха, портальная гипертензия. Кроме того, повторные вмешательства необходимы в случаях недиагностированного опухолевого процесса в поджелудочной железе [2, 3, 6].

Решение вопроса о необходимости повторного хирургического лечения у пациентов с неудовлетворительными результатами резекций поджелудочной железы (ПЖ) требует более взвешенного подхода по сравнению с пациентами, перенесшими дренирующие операции. Если в ходе первой операции не были устранены в достаточной мере имеющиеся патологические изменения, и она сопровождалась развитием новых осложнений, такие как свищи, кисты, абсцессы, целесообразно повторное оперативное вмешательство. Это вмешательство может быть как дренирующим, так и резекционным. Если характер и объем первичной резекции ПЖ соответствовал имевшимся патологическим изменениям, и она не сопровождалась осложнениями, но при этом сохраняются клинические проявления панкреатита, требуется дополнительное обследование и анализ необходимости и целесообразности повторного хирургического вмешательства [7, 8].

Выбор характера и объема необходимой операции у подобных пациентов диктуется выявленными при специальном обследовании морфофункциональными изменениями. При определении способа и техники этих операций целесообразно учитывать возникшие изменения, в результате перенесенных дренирующих вмешательств. Результаты применения по соответствующим показаниям малоинвазивных технологий при лечении больных ХП и его осложнений в ряде случаев могут оказаться окончательными на данном этапе патологического процесса. Однако во многих случаях их следует рассматривать как этапные методы хирургического лечения, целью которых является создание более благоприятных условий для дополнительного обследования и выполнения необходимых адекватных операций на ПЖ [2, 3, 5, 8].

Материалы и методы. В клинике хирургии №1 КГМУ на базе ГАУЗ РКБ МЗ РТ с 2006 по 2012 гг. повторно оперированы 61 больной с поздними послеоперационными осложнениями, возникшими у пациентов с хроническим панкреатитом, ложными кистами поджелудочной железы.

Чаще наблюдали осложнения после малоинвазивных операций (39 - 63,9%). Так, при использовании чрескожных пункционно-дренирующих операций, панкреатические свищи возникли у 15 (24,6%) больных, рецидив кист поджелудочной железы — у 13 (19,7%). На рисунке 1 представлена рентгенкомпьютерная томография (РКТ) больной с рецидивом кисты, билиарной гипертензией, дуоденальной непроходимостью после множественных чрескожных и традиционных операций, выполненных в различных хирургических отделениях.

При выполнении фистулографии у оперированных больных установлены стриктуры вирсунгова протока, что в последующем послужило показанием к открытой операции. Кровотечения в полость кисты отмечены в 3 (4,9%) наблюдениях, сочетание рецидива кисты с пилородуоденальным стенозом в 5 (8,2%), стеноз цистогастроанастомоза — у 3 (4,9%) больных. После традиционных вмешательств отмечены рецидивы кист и стриктур вирсунгова протока у 12 (19,7%) больных, конкременты в вирсунговом протоке — у 6 (9,8%), в 2 (3,3%) наблюдениях диагностирован рак головки поджелудочной железы. После панкреатодуоденальной резекции (ПДР) в 1 (1,6%) случае установлена стриктура билиодигестивного анастомоза и внутрипеченочный холелитиаз, другом - стеноз гастроэнтероанастомоза.

Осложнения развивались на сроке от 1 месяца до 3 лет. Так, рак поджелудочной железы выявлен у 2 больных через 1 год после первой операции, на которой были допущены ошибки при экспресс-биопсии и плановом гистологическом исследовании. У пациента после ПДР, выполненной в одном из городов Республики Татарстан, стеноз гастроэнтероанастомоза был установлен через 4 недели после операции. Проводимая консервативная терапия в течение 2 недель успеха не принесла и больному там же были выполнены ререзекция желудка по Ру

с отрицательным результатом, а еще через 2 недели гастроэнтеростомия. Нормальной эвакуации из культи желудка также не достигли, и пациент был переведен в РКБ МЗ РТ (рис. 2).

С целью определения характера и причин развития поздних послеоперационных осложнений в основном использовали лучевые методы диагностики: УЗИ, эндосонография, РКТ, контрастные исследования желудочно-кишечного тракта, фистулография.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с наружными панкреатическими свищами дистальную резекцию поджелудочной железы выполнили в 10 (16,4%) наблюдениях, панкреатиковирсунгоеюностомию — в 5 (8,2%). У 14 (22,9%) больных с рецидивом кист произвели дистальную резекцию поджелудочной железы, панкреатиковирсунгоцистоеюностомию — у 11 (18,%). При кровотечении в полость кисты во всех случаях выполнили резекцию поджелудочной железы. У 5 (8,2%) больных при рецидиве ложной кисты головки поджелудочной железы и пилородуоденального стеноза произведено удаление кист (2 больных), выполнена операция Фрея (3 больных) с резекцией 1/2 желудка по Бильрот-II, с наложением дуоденоеюноанастомоза «конец в бок» в авторской модификации (рис. 3). Разработка и внедрение данной методики операции объясняется наличием выраженных инфильтративно-воспалительных изменений в пилороантральном отделе желудка, луковицы 12 п.к., возникших в результате как чрескожных, так и открытых

дренирующих операций, когда ушить культи 12 п.к. не представляется возможным. У 6 (9,8%) больных после дистальной резекции поджелудочной железы выявили конкременты в устье вирсунгова протока (рис.4), которые удалили и сформировали панкреатикоеюноанастомоз по Дювалю — Пьюстоу. У пациентов со стенозом цистогастроанастомоза произвели традиционное вмешательство и сформировали аналогичное соустье. При стенозе билиодигестивного анастомоза и внутривисочном холелитиазе после ПДР произведено удаление конкрементов, бигепатикоеюностомия. У больного со стенозом гастроэнтероанастомоза, через год после ПДР, выполнена ререзекция желудка по Ру (рис.5). У пациентов с установленным раком головки поджелудочной железы, в 1 случае произвели ПДР, в другом холецистоеюностомию. Летальных исходов не было.

Заключение.

Выбор метода оперативного пособия у больных с поздними осложнениями зависит от его характера и состояния пациентов. Оптимальными вариантами лечения больных с поздними послеоперационными осложнениями являются радикальные методы оперативных вмешательств, направленные на устранение гипертензии в главном панкреатическом протоке, удалении конкрементов и кист поджелудочной железы, нормализации пассажа пищевых масс по желудочно-кишечному тракту.

Рисунки располагаются после статьи

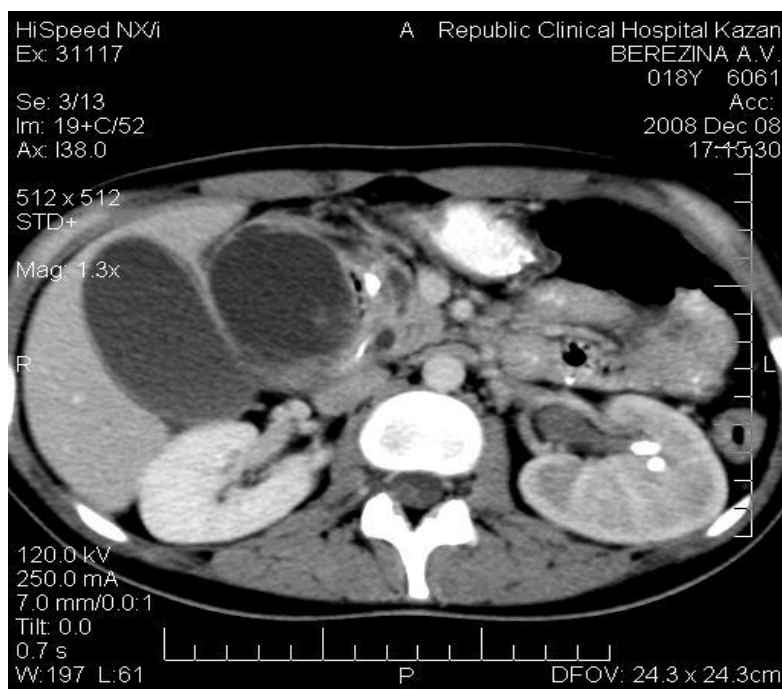


Рисунок 1 - РКТ брюшной полости. Рецидив ложной кисты головки поджелудочной железы с признаками билиарной гипертензии, дуоденальной непроходимости, возникшими после чрескожного дренирования и в последующем открытого вмешательства с наружным дренированием кисты поджелудочной железы



Рисунок 2 - Рентгенконтрастное исследование культи желудка - пассаж. Отмечается нарушение эвакуации из культи желудка

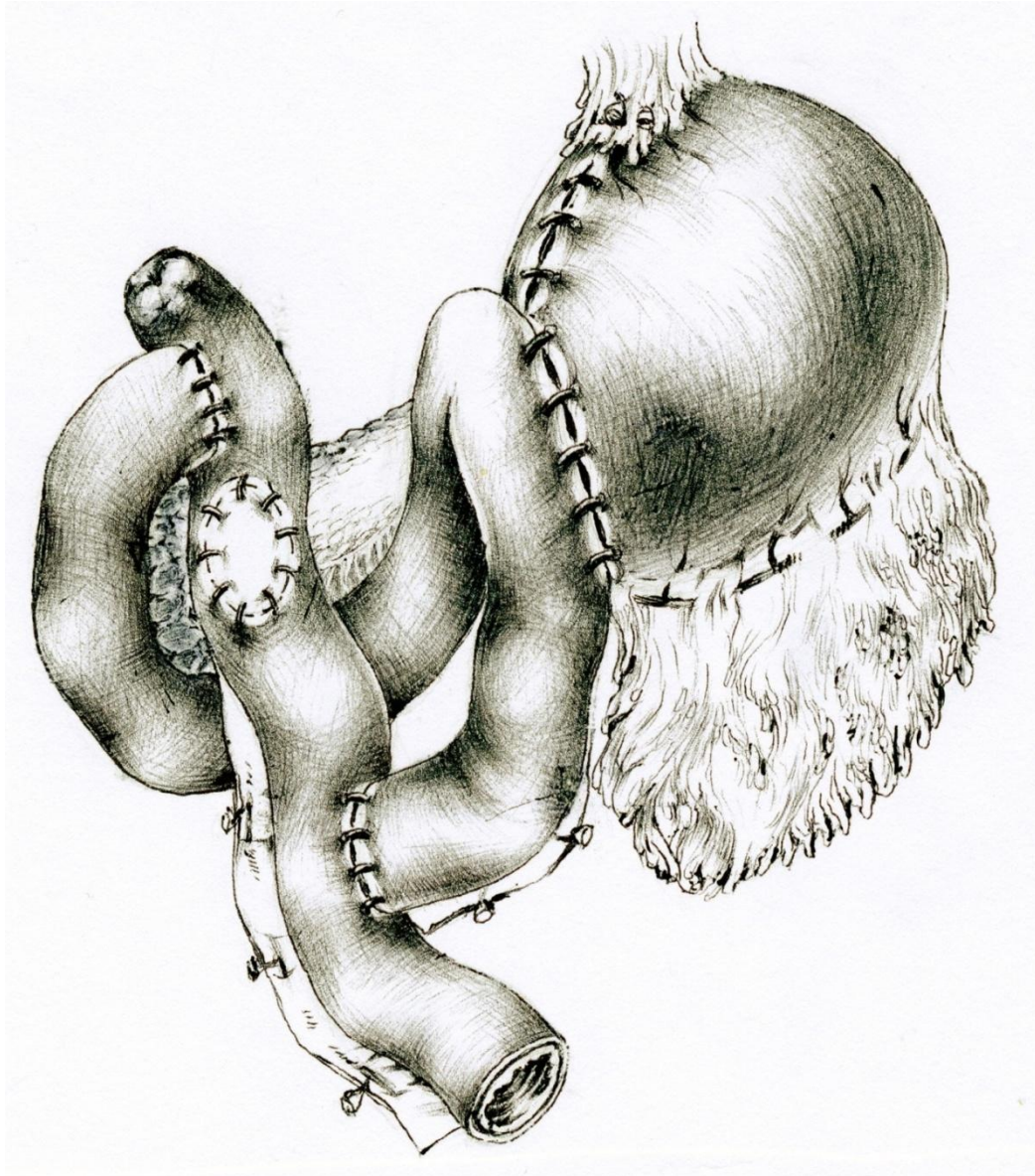


Рисунок 3 - Схема выполнения операции Фрея в сочетании с резекцией 1/2 желудка с дуоденоюноанастомозом в авторской модификации

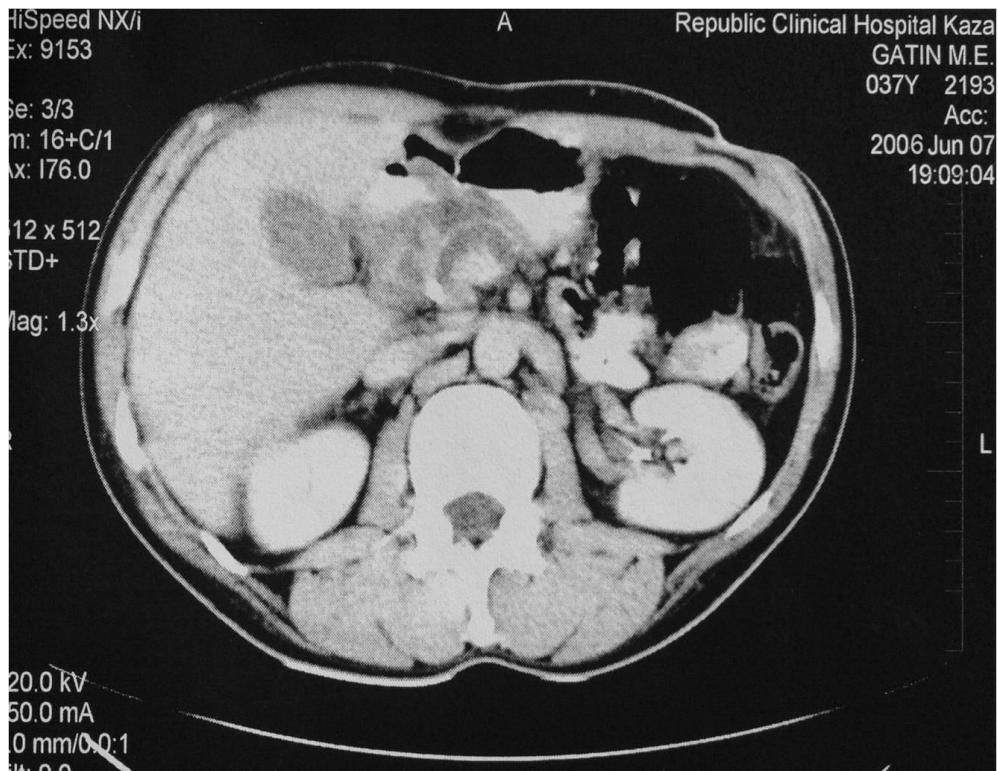


Рисунок 4 - РКТ брюшной полости. Определяется конкремент в устье вирсунгова протока после дистальной резекции поджелудочной железы

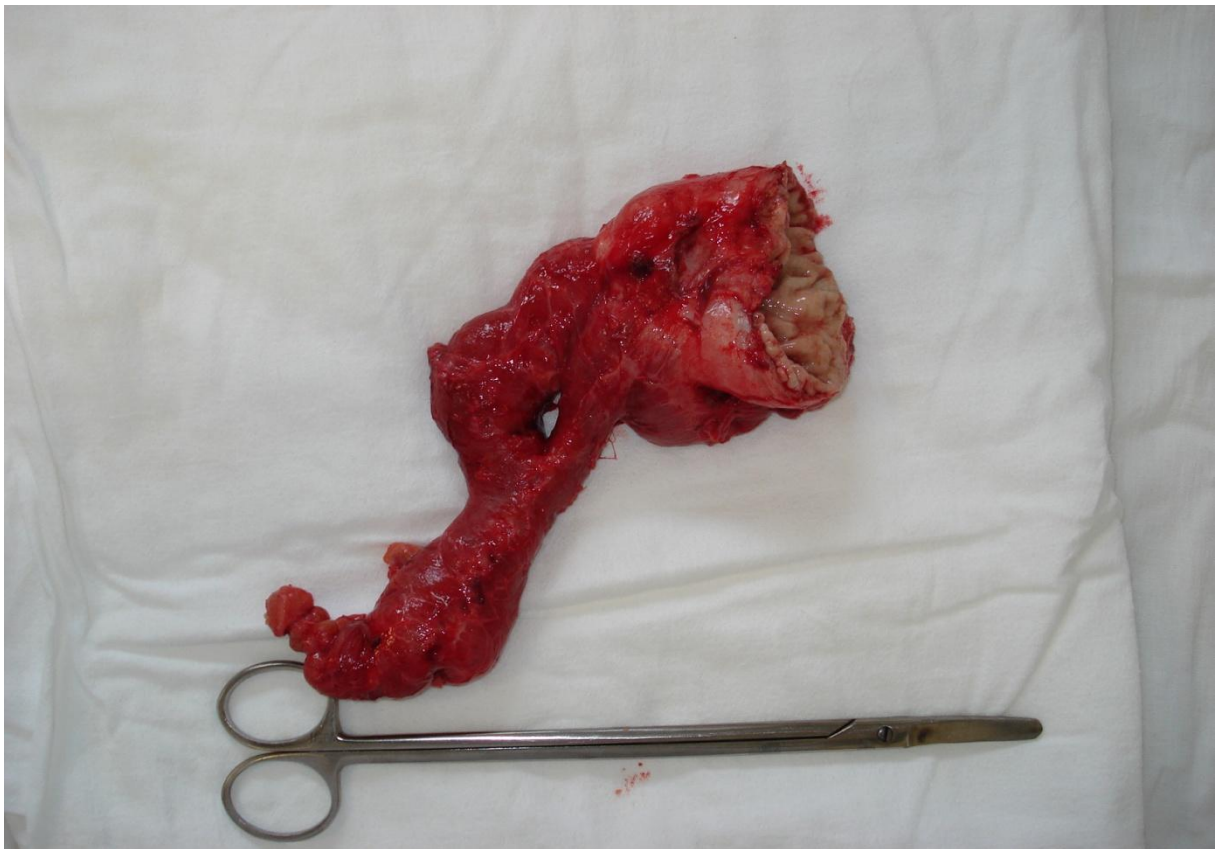


Рисунок 5 - Макропрепарат резецированной культи желудка в комплексе с анастомозами у больного после ПДР

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Багненко С.Ф. Хронический панкреатит: руководство для врачей / С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Н.В. Рухляда. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
- 2 Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: эпидемиология, этиология, классификация / О.Н. Минушкин // Фарматека. – 2007. - №2. – С. 53-56.
- 3 Сереброва С.Ю. Хронический панкреатит: современный подход к диагностике и лечению / С.Ю. Сереброва // Рус. Мед. Журн. – 2008. – Т.10, №1. – С. 30-35.
- 4 Оноприев В.И., Рогаль М.Л., Жуков Г.С., Гладкий Е.Ю., Новиков С.В., Власкина Л.А., Макаренко А.В. Отдаленные результаты хирургического лечения различных клинко-морфологических форм хронического осложненного панкреатита / В.И. Оноприев, М.Л. Рогаль, Г.С. Жуков // Анналы хирургическойгепатологии. – 2004. Т.9. №1. – С. 142-149.
- 5 Егоров В.И. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Как делать и как называть? / В.И. Егоров, В.А. Вишневский, А.Т. Щастный // Хирургия. – 2009. - №8. – С. 57-66.
- 6 Егоров В.И. Результаты дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы по Бегеру при хроническом панкреатите / В.И. Егоров, Р.В. Петров, А.Т. Щастный // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. - №1. – С. 72-78.
- 7 Кубышкин В.А. Комплексное лучевое исследование в определении показаний к лапароскопической резекции поджелудочной железы / В.А. Кубышкин, А.И. Щеголев, Г.Г. Кармазановский // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. Т.11, №4. – С. 101-104.
- 8 Оноприев В.И., Рогаль М.Л., Жуков Г.С., Гладкий Е.Ю., Новиков С.В., Власкина Л.А., Макаренко А.В. Отдаленные результаты хирургического лечения различных клинко-морфологических форм хронического осложненного панкреатита / В.И. Оноприев, М.Л. Рогаль, Г.С. Жуков // Анналы хирургическойгепатологии. – 2004. Т.9. №1. – С. 142-149.

**Д.М. КРАСИЛЬНИКОВ, А.В. АБДУЛЬЯНОВ, М.А. БОРОДИН, И.И. МАЛОВА,
А.М. ИМАМОВА**

СОЗЫЛМАЛЫ ПАНКРЕАТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА ҚАЙТА ЖАСАЛҒАН ОПЕРАЦИЯЛАР

Түйін: 2006-2012 жж аралығындағы созылмалы панкреатитке байланысты операциядан кейінгі кеш дамыған асқынулармен ауырған 61 науқасқа қайта жасалған операциялардың нәтижелері ұсынылған. Операцияның қайта жасалуына себепші болған көрсеткіштері мен тиімді операция тәсілінің түрлері қарастырылған. Осы топтағы науқастарға тиімді операцияның түрлері радикалді операция болып табылады. Ол негізгі панкреатикалық өзектегі гипертензияны, ұйқы безіндегі тасты және кистаны жоюға, астың асқазан-ішек жолдарынан қалыпты жүруін қамтамасыз етуге бағытталған. Ұйқы безі басының жалған кистасының рецидиві және пилородуоденалді стеноз кезінде автордың өзінің операциясы ұсынылған, кистаны алу және «бүйір-жиіктік» дуоденоеюноанастомоз арқылы асқазанның ½ бөлігінің Бильрот II бойынша резекциясы ұсынылған.

Түйінді сөздер: созылмалы панкреатит, ұйқы безінің кистасы, вирсунгов өзектің стриктурасы, дуоденоеюноанастомоз

D.M. KRASILNIKOV, A.V. ABDULIANOV, M.A. BORODIN, I.I. MALOVA, A.M. IMAMOVA

REOPERATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

Resume: There had been presented results of reoperations for late postoperative complications in 61 patients with chronic pancreatitis from 2006 to 2012. The authors had studied indications for reinterventions and a choice of optimal operative option. The optimal treatment option in this group of patients are radical surgery aimed at the elimination of hypertension in main pancreatic duct, the removing of stones and pancreatic cysts, the normalization of gastrointestinal passage. There had been developed the new operative technique for recurrent pseudocyst of head of pancreas and pyloroduodenal stenosis that consists in the cyst removing and the gastric resection (Billroth-II) with formation of duodenojejunostomy end-to-side.

Keywords: chronic pancreatitis, pancreatic cysts, strictures of Wirsung's duct, duodenojejunostomy

УДК 616.329-006.1:616-089.811/.814-08-084

М.А. НАРТАЙЛАКОВ, Ш.А. ЗАРИПОВ, Т.А. ШАГАБУТДИНОВ, И.В. ЯНГИРОВ, Ю.В. ПЕТРОВ

Кафедра общей хирургии

(зав. проф. М.А. Нартайлаков)

Башкирского медицинского университета, г. Уфа

МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Изучены результаты лечения 825 больных варикозным расширением вен пищевода (ВРВП) находившихся в центре хирургической гепатологии Башкортостана. Мужчин было 447 (54,2%), женщин 378 (45,8%). Приведены причины развития ВРВП на почве портальной гипертензии (ПГ), доминирует постнекротический цирроз печени (ЦП). Использована классификация ВРВП по А.Г. Шерцингеру, согласно которой распределены больные. Оценены результаты лечения кровотечений из ВРВП различными способами. Авторы использовали эндоскопические методы гемостаза, что снизило риск развития кровотечений из ВРВП в раннем послеоперационном периоде с 17,6% до 5,4%. Применение эндоскопического лигирования позволило предупредить рецидив кровотечения у 92,7% больных. Эндолигирование можно применять в условиях ЦРБ, риск осложнений при этом практически отсутствует.

Ключевые слова: варикозное расширение вен пищевода, классификация портальной гипертензии, эндоскопическое склерозирование, клипирование, лигирование вен.

Портальная гипертензия сопровождается спленомегалией, варикозным расширением вен пищевода и желудка, асцитом, печеночной энцефалопатией (печеночной недостаточностью)

Классификация портальной гипертензии

1. Надпеченочный
2. Внутрпеченочная
3. Внепеченочная

Варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) является одним из основных проявлений портальной гипертензии. Кровотечение из расширенных вен пищевода обуславливает высокую летальность (1, 3-5, 7-9), достигающую 40-70%.

Проблема лечения и профилактики кровотечений из ВРВП остаётся одной из самых актуальных проблем в хирургической гепатологии как в плановой, так и в экстренной. Известные консервативные методы остановки кровотечений (гемостатическая терапия, применение зонда Блекмора, препаратов типа сандостатин, вазопрессин и их аналогов) не гарантируют остановки пищеводных кровотечений, а также их рецидивов в ближайшее время. Применение же таких эффективных методов профилактики и лечения кровотечений, как эндоваскулярная эмболизация печёночной, селезёночной артерий, а также эмболизация ВРВП и варикозно расширенных вен желудка (ВРВЖ) возможно лишь в условиях таких специализированных центров, где есть соответствующая аппаратура и специалисты (2, 6).

В то же время использование одной из методик обшивания ВРВП и ВРВЖ путем гастротомии (операции типа Пациора), также нежелательны на фоне массивной кровопотери и явлений печёночной недостаточности, особенно у больных пожилого возраста. Исходя из вышеуказанного, остаётся очевидной целесообразность поиска надежных и малотравматичных способов лечения и профилактики кровотечений из ВРВП при различных формах портальной гипертензии (ПГ).

Целью нашего исследования явилось изучение возможности и эффективности применения эндоскопических методов в профилактике и лечении больных с кровотечениями из ВРВП.

Материалы и методы исследования. В Башкирском Республиканском центре хирургической гепатологии на базе Республиканской клинической больницы им. Г.Г.Куватова с 1997 по 2013 годы находились 825 больных с ВРВП, в возрасте от 18 до 65 лет. Мужчин было 447 (54,2%), женщин 378 (45,8%). Причинами развития ВРВП были: подпечёночная форма портальной гипертензии – 57 (тромбоз основной ветви воротной вены -33, тромбоз селезёночной вены - 15, кавернозная трансформация воротной вены -9), цирроз печени вирусный «В», «С», «D» и микст – этиологии –684), надпечёночный блок (болезнь и синдром Бадда-Кияри - 84).

В диагностике ВРВП и пищеводных кровотечений использовались, кроме анамнестических и объективных данных, лабораторные, ультрасонографические, эндоскопические методы. При диагностической эзофагогастродуоденоскопии определяем локализацию вен фиолетового цвета и возвышающейся над окружающей слизистой и количество венозных стволов. Обращаем внимание на состояние слизистой оболочки над венами, так как по степени истончения слизистой можно судить о риске возникновения кровотечения, степень извитости. Большинство авторов выделяют 4 степени варикозного расширения вен пищевода, ориентируясь на размер варикозных вен. Мы использовали **классификацию А.Г. Шерцингера (1986):**

I степень- вены расширены до 2-3 мм, не извиты, спадаются при инсuffляции воздуха, слизистая не изменена;

II степень- вены расширены до 3-5 мм, умеренно извиты, неполностью спадаются при инсuffляции воздуха, слизистая над ними не изменена;

III степень- диаметр вен более 5 мм, вены резко извиты, с гроздбевидными утолщениями, не спадаются при инсuffляции, слизистая над ними истончена, могут быть телеангиоэктазии.

Варикозному расширению подвергались чаще всего вены нижней трети пищевода – у 642 (78%), реже вены нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка – у 141 (17%), вены средней и нижней третей – у 42 (5%) больных.

По степени ВРВП больные распределялись следующим образом: расширение вен до 2-3мм (первая степень) выявлено в 66 (8%), 3-5 мм (вторая степень) – в 288 (35%), 5 мм и более (третья степень) – в 471 (57%) случаях.

В 702 (85,1%) случаях ВРВП было выявлено в ходе планового обследования больных с диффузными заболеваниями печени, в том числе у 156 больных отмечено одно или несколько эпизодов кровотечения в анамнезе; 123 (14,9%) больных доставлялись с кровотечением либо оно возникало в период их нахождения в клинике.

Лечение кровотечений из варикозных вен

1. Баллонная тампонада зондом Блэкмора. Метод применяется при массивных кровотечениях, при неэффективности терапии вазопрессинном.

Минусы: обструкция глотки, асфиксия, изъязвление пищевода, не продолжительное время установки (не более 6 часов).

2. Эмболизация ч/з кожная ч/з печеночная эмболизация варикозных вен желудка пищевода вне органических вен.

Минусы: Дорогая аппаратура.

3. Эндоваскулярное наложение внутрпеченочного портокавального шунта TIPS – это искусственное внутрпеченочное соустье между воротной и печеночной веной. TIPS создает

прямой сброс крови по относительно безопасному пути, обеспечивая декомпрессию системы воротной вены

4. Эндоскопические методы; В лечении ВРВП и его осложнений нами использовались следующие эндоскопические методы: склерозирование вен пищевода, клипирование вен вращающимся клипатором НХ-5LR-1 в сочетании с дистальным колпачком МН-595 («Olympus»), лигирование вен эндолигатурами МАJ-339 for NX-21 с дистальным колпачком («Olympus»).

Результаты и их обсуждение. Анализ раннего периода после операций у больных портальной гипертензией показал высокую частоту возникновения или рецидива кровотечения из ВРВП до внедрения методов эндоскопического воздействия на расширенные вены пищевода. Так, после комплексного хирургического вмешательства (спленэктомия, стимуляция регенерации печени, портокавальное шунтирование) из 426 больных портальной гипертензией в раннем послеоперационном периоде кровотечения из ВРВП развились у 75 (17,6 %), ставшие причиной летальности в 36 (8,5 %) случаях. Высокая частота развития кровотечения из ВРВП обусловлена, по-видимому, перераспределением воротного кровообращения в раннем послеоперационном периоде, развитием явлений эзофагита, а также травмированием вен пищевода желудочным зондом.

В связи с таким высоким риском развития данного осложнения ВРВП, в последние годы в предоперационном периоде 253 больным проводили профилактику кровотечений эндоскопическими методами. Так, склерозирование вен пищевода варикоцидом и тромбозом проведено 11, клипирование вен – 1, эндолигирование вен – 240 больным. При этом расширение вен было II степени у 93, III степени – у 183 больного. После операции пищеводные кровотечения в этой группе больных развились в 15 (5,4 %) случаев, причинами которых были отторжение эндолигатур – в 3, нелигированные вены – в 12 случаях. При этом возникшее кровотечение

остановлено повторным наложением эндолигатур. Умерли 6 больных, летальность составила 2,2 %.

При поступлении больных с кровотечениями из ВРВП, или при их развитии в клинике в дооперационном периоде, выполняли экстренную эндоскопию (123 случая), с гемостазом путем склеротерапии (18), эндолигирования (75), клипирования вен(15).

Клипирование вен выполнено у 15 больных, рецидив кровотечения наблюдался в 6 случаях, связанный с ранним отторжением клипс. Окончательный гемостаз достигнут эндолигированием вен.

Эндоскопическую склеротерапию при кровотечениях из ВРВП выполнили у 18 больных. В качестве склерозирующего вещества использовали 3% раствор тромбовара, который инъецировали непосредственно в просвет вен в количестве от 4 до 10 мл. Для устойчивого гемостаза считаем целесообразным дополнить интравазальную склеротерапию с паравазальным введением 35% раствора этанола. Гемостаз не был достигнут либо кровотечение рецидивировало в ближайшие сроки после склеротерапии в 2 случаях, что обусловлено, по-видимому, невозможностью создания достаточной концентрации раствора склерозанта в поврежденной вене.

Эндолигирование вен выполнено всего 315 больным с целью профилактики (240) или остановки (75) кровотечений из ВРВП. При этом одновременно на вены накладывали от 4 до 6 эндолигатур. У 60 (80 %) из 75 больных эндолигирование стало окончательным методом остановки кровотечений из ВРВП. При рецидиве кровотечения в 12 случаях окончательный гемостаз достигнут повторным сеансом эндолигирования, в 3 случае – зондом Sengstaken-Blakemore. Всего эндоскопические методы лечения пищеводного кровотечения у 123 пациентов были эффективными в 96 (78,05%) случаях. С учетом повторных сеансов гемостаза методом эндолигирования кровотечение окончательно остановлено у 114 (92,7%) больных. Обобщенные результаты эндоскопических методов в лечении больных с ВРВП приведены в таблице.

Таблица - Результаты эндоскопических методов профилактики и лечения кровотечений из ВРВП

Результат вмешательств	Склеротерапия	Клипирование	Склеротерапия и клипирование	Эндолигирование	ВСЕГО
Плановая эндоскопия:	11(1)	1	-	240	252(1)
Экстренная эндоскопия:	6(1)	5(1)	5	75(3)	86(5)
ИТОГО	17(2)	6(1)	5	315(3)	338(6)

Примечание: в скобках - количество умерших больных от кровотечения из ВРВП.

Выводы:

1. Применение эндоскопических методов воздействия на ВРВП в предоперационном периоде у больных ПГ снижает риск развития пищеводных кровотечений в раннем послеоперационном периоде с 17,6% до 5,4%.

2. Использование эндоскопического лигирования при кровотечениях из ВРВП позволяет избежать рецидива кровотечения у 92,7 % больных.

5.

3. Проведение эндолигирования ВРВП на высоте кровотечений возможно даже в условиях ЦРБ при выезде опытного эндоскописта по линии санитарной авиации, с последующим направлением больного в специализированный центр для дальнейшего лечения.

4. Риск развития системных осложнений при эндоскопическом лигировании ВРВП практически отсутствует, так как метод является механическим и не связан с введением каким-либо химических веществ в сосудистое русло.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Боур А.В. и др. Эндоскопическое склерозирование варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией //Анналы хирургической гепатологии.– 1998.–Т.3, №2.– С.33–38.
- 2 Ибадильтин А.С. Клиническое значение полисиндромности при циррозе печени и современные подходы к ее хирургическому лечению: Автореф. дисс. ...д.м.н.– СПб.: 1994.– 43 с.
- 3 Ивашкин В.Т., Надинская М.Ю. Лечение кровотечений, обусловленных портальной гипертензией //Consilium medicum: Приложение «Хирургия».– 2001.– №2.– С.18–23.
- 4 Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В., Хашимов Ш.Х. Патогенетические аспекты и лечебная доктрина пищеводно – желудочных кровотечений у больных циррозом печени // Хирургия Узбекистана. – 1999. – №1. – С. 82 – 85.
- 5 Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. – Ташкент: Медицина,1984. – 319 с.
- 6 Рыжков В.К. Малоинвазивные внутрисосудистые вмешательства в лечении цирроза печени: Автореф. дисс. ...д.м.н.– СПб.: 2000.– 42 с.
- 7 Шалимов А.А., Береснёв А.В., Короткий В.Н., Мазаренко Н.М. Хирургическое лечение и профилактика осложнений цирроза печени.– Киев: Здоровье, 1988.– 407 с.
- 8 Шерцингер А.Г. Тактика при острых кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – №3. – с. 40–42.
- 9 Romero – Torres R. A new surgical approach for the treatment of massive hemorrhage due to esophageal varices // J. Cardiovasc. Surgery.– 1981.–Vol. 22, №6.– P.555–560.

М.А. НАРТАЙЛАКОВ, Ш.А. ЗАРИПОВ, Т.А. ШАГАБУТДИНОВ, И.В. ЯНГИРОВ, Ю.В. ПЕТРОВ

ӨНЕШТИҢ ВАРИКОЗДЫ КЕҢЕЙГЕН ВЕНАЛАРЫНАН ҚАН КЕТУ КЕЗІНДЕГІ НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ӨДІСТЕРІНІҢ МАҢЫЗЫ

Түйін: Башқортстанның хирургиялық гепатология орталығында өңеш веналарының варикозды (ӨВВК) кеңеюімен емделген 825 науқастың нәтижелері зерттелген. Оның ішінде ер 447 (54,2%) және әйел адамдар 378 (45,8%). Порталді гипертензия фонындағы ӨВВКК дамуының негізгі себептері вирустан кейінгі бауыр цирроз екені көрсетілген. ӨВВКК А.Т.Шерцингер бойынша жіктелген, осыған сәйкес бөлінген: ӨВВКК емдеудің нәтижелері әртүрлі әдістермен бағаланған. Авторлар эндоскопиялық гемостаз әдісін қолданған, соның салдарынан операциядан кейінгі ерте кезеңде ӨВВКК қаупі 17,6% дан 5,4%ға дейін төмендеген. Эндоскопиялық әдісті қолдану науқастардың 92,7%-нда қан кету рецидивін болдырмауға мүмкіндік берген. Эндобайлау әдісін орталық аудандық аурухана жағдайында қолдануға болады, үйткені асқыну қаупі мүлде жоқ.

Түйінді сөздер: Өңеш веналарының варикозды кеңеюі, порталді гипертензия классификациясы, эндоскопиялық склероздау, веналарды байлау.

M.A.NARTAYLAKOV, SH.A.ZARIPOV, T.A.SHAGABUTDINOV, I.V.YANGIROV, Y.V.PETROV

PLACE OF ENDOSCOPIC METHODS PREVENTION AND TREATMENT OF PATIENTS WITH BLEEDING FROM ESOPHAGEAL VARICOSE VEINS

Resume: The results of treatment of 825 patients with esophageal varices (EW) is in the center of surgical hepatology of Bashkortstan. Men were 447 (54.2 %), 378 women (45.8%). The reasons of development on the basis of variceal portal hypertension (PH), dominuriuet postvirusny cirrhosis (LC). Classification used by EW A.T.Sherstingeru, which are distributed according to the patients. Evaluated the results of treatment of variceal bleeding in various ways. The authors used endoscopic hemostasis methods that reduce the risk of variceal bleeding in the early postoperative period from 17.6% to 5.4%. Application of endoscopic doping allowed to avoid recurrence of bleeding in 92.7 % of patients. Endolegirovanie may apply under CRH, while the risk of complications is virtually nonexistent.

Keywords: esophageal varices, portal hypertension classification, endoscopic sclerotherapy, clipping, doping veins.

Д.Д. ПОЦЕЛУЕВ, С.Е. ТУРСЫНБАЕВ, Е.А АСЫЛБЕКОВ, М.Е. СЕРИКБАЕВА
Алматинский институт усовершенствования врачей г. Алматы
Кафедра хирургии и эндоскопии

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Анализируются результаты лечения 52 больных обоих полов с критической ишемией нижних конечностей III-IV ст. и синдромом диабетической стопы, которым выполнялись эндоваскулярные хирургические вмешательства на артериях голени, бедренно-подколенного и подвздошно-бедренного сегмента в период с марта 2012 по сентябрь 2013 годы. На основании полученных результатов показано, что эндоваскулярные вмешательства в большинстве случаев позволяют восстановить кровоток по одной или двум берцовым артериям, тем самым предотвратить ампутации конечности и снизить частоту летальных исходов.

Ключевые слова: критическая ишемия нижних конечностей, синдром диабетической стопы, баллонная ангиопластика, стентирование сосудов

Введение:

Актуальность проблемы критической ишемии нижних конечностей (КИНК) и синдрома диабетической стопы (СДС) обусловлена высокой вероятностью ампутации конечности или стопы при этих заболеваниях и связанными с этим рисками тяжелых осложнениях и летальности. Прогрессивный рост числа зарегистрированных людей сахарным диабетом (по данным IDF больше 250 млн. людей в мире в 2010 году) и возрастающая вероятность возникновения СДС у каждого человека с сахарным диабетом обуславливает высокую социальную и медицинскую значимость этой проблемы.

В настоящее время активная разработка методов рентгенэндоваскулярной хирургии и их внедрение в клиническую практику связаны с признанием факта, что развитие КИНК и СДС определяется степенью нарушения магистрального кровотока, а диабетическая микроангиопатия не способна сама по себе вызвать некроз тканей (Международная рабочая группа по СД; Bowker et al 2001). Сегодня считается общепризнанным мнение, что реваскуляризация – оптимальный метод лечения КИНК и СДС (TASC, 2007). Однако, задачи эндоваскулярной хирургии в решении этой сложной проблемы носят ограниченный характер. Так как эти методы, в случае достижения технического успеха, позволяют в той или иной степени восстановить проходимость в стенозированных или окклюзированных артериях нижних конечностей, обусловивших развитие КИНК и возникновение СДС и улучшить в них кровообращение. В то же время достигнуть оптимальных клинических результатов в лечении СДС удается при тесном взаимодействии врачей эндокринологов, ангиохирургов, неврологов и ортопедов. Только длительное комплексное лечение, включая эндоваскулярные вмешательства, позволяет добиться клинического успеха, избежать ампутации и восстановить функциональную способность конечности.

Цель исследования: предотвратить ампутации конечности и снизить частоту летальных исходов у больных с СДС и критической ишемией нижних конечностей III-IV ст. с помощью рентгеноэндоваскулярных вмешательств, что позволяет восстановить проходимость в стенозированных или окклюзированных артериях нижних конечностей.

Материал и методы:

Наш опыт лечения и оценка полученных клинических результатов основывается на рентгено-эндоваскулярных хирургических вмешательствах у 52 пациентов с критической ишемией нижних конечностей (34) и синдромом диабетической стопы (18) которые были вырваны в ЦГКБ г. Алматы с марта 2012 по сентябрь 2013 года. Из них женщин было 12 и мужчин - 40. Сахарный диабет 1 типа был установлен у 5-ти, а 2 типа - у 13 пациентов. Пациенты были в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст составил 66±5,85 года). Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 15 лет (в среднем 27±9,6 месяцев). Всего было выполнено 137 рентгено-эндоваскулярных

вмешательств на артериях подвздошно-бедренного (28) бедренно-подколенного (78) и подколенно-тибиального (31) сегментов. Отдаленные результаты изучены в течение от 3-х до 15 месяцев. Диагностическая ангиография проводилась непосредственно перед РЭХВ. В зависимости от зоны и распространенности окклюзирующего поражения сосудов, а также выбранной тактики РЭХВ, выполняли чрескожную ретроградную или антероградную пункцию общей бедренной артерии в области паховой складки с правой или левой стороны и/или ретроградную пункцию подмышечной артерии. При поражении обеих нижних конечностей пунктировали артерии с обеих сторон. В пунктированную артерию по специальному проводнику вводили интродьюсер необходимого диаметра (4F-9F). Наиболее часто использовали интродьюсеры размерами от 5F до 7F, которые позволяли ввести в сосуды диагностические и баллонные катетеры необходимого диаметра для выполнения ангиопластики и стентирования сосудов различного калибра. В зависимости от поставленной задачи диагностическое исследование выполняли в режиме дигитальной или субтракционной ангиографии. При этом использовали исключительно неионные рентгеноконтрастные препараты (Омнипак- 350, визипак-325 и др.), позволяющие значительно снизить риск развития контрастзависимой нефропатии при выполнении РЭХВ у пациентов с КИНК и СДС с распространенным окклюзионно-стенозирующим поражением сосудов, когда применяются повышенные дозы контраста. Сразу после ангиографии, когда точно определена зона и характер сосудистого поражения, через ранее установленный интродьюсер вводили длинный металлический или гидрофильный проводник различного диаметра (от 0,010" до 0,035") и различной степени жесткости кончика проводника. Кончик проводника проводился через зону окклюзирующего поражения артерии. По проводнику вводили катетер с баллоном соответствующего диаметра и длины и выполняли раздувание баллона с помощью инфлятора, заполненного физиологическим раствором и рентгеноконтрастным препаратом в соотношении 2:1 под давлением от 5,0 до 20,0 атмосфер и более. Во всех случаях диаметр баллона соответствовал диаметру неповрежденного сегмента артерии, прилегающего к зоне стеноза или окклюзии. Полное расправление баллона и выравнивание его краев, которое контролируется при флюороскопии, указывало на эффективное устранение стеноза или окклюзии артерии. Баллон сдували и выполняли контрольную ангиографию, на основании которой решали вопрос о необходимости проведения стентирования после баллонной ангиопластики. Баллонную ангиопластику считали эффективной, когда по данным контрольной ангиографии просвет стенозированного или окклюзированного сосуда удавалось восстановить на 80 % и более. Т.е. когда остаточный (или резидуальный) стеноз составлял < 20%. Ангиографический успех после РЭХВ был достигнут у всех 52 пациентов при устранении 137 стенозов и окклюзий артерий

нижних конечностей. Клинический удовлетворительный результат после РЭХВ был достигнут у 43 пациентов (82,6%). Неудовлетворительный результат был отмечен в 17,4% случаев. В одном случае (1,9%) у пациентки 77 лет, спустя неделю после проведенной ЧТБА, была произведена ампутация единственной нижней конечности на фоне влажной гангрены стопы с выраженным, некупирующимся болевым синдромом. Также в одном случае (1,9 %) у пациентки 74 лет развилась острая почечная недостаточность на 3 сутки после ангиопластики и стентирования подколенной и тибиальных артерий, которую

удалось купировать с помощью сеанса плазмофереза и консервативной терапии.

Заключение

Эндоваскулярные вмешательства у больных с окклюзирующим атеросклеротическим поражением артерии подвздошно-бедренного и подколенно-тибиального сегментов с КИК и СДС в большинстве случаев позволяют восстановить кровоток по одной (или двум) из тибиальных артерий и тем самым предотвратить неизбежную в ближайшее время ампутацию конечности и снизить частоту летальных исходов, что является основной задачей РЭХВ на данном этапе ее развития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Удовиченко О.В., Грекова Н.М. Диабетическая стопа. –М.: Практическая медицина, 2010. – С. 272.
- 2 Дуданов И. П. Гангрена стопы и дистальное шунтирование. Реабилитация при критической ишемии нижних конечностей / И. П. Дуданов, М. Ю. Капутин, Т. Г. Дементьева и др. // Ангиология и сосудистая хирургия. - 1997. - Т. 13, № 2: Прил. - С. 37-38.
- 3 Дуданов И. П. Комплексное лечение критической ишемии нижних конечностей у лиц пожилого и старческого возраста / И. П. Дуданов, В. Н. Сидоров, М. Ю. Капутин и др. // Материалы 14-го Всерос. съезда сердечно-сосудистых хирургов. - М.: 2008. – С. 113-113.
- 4 Дуданов И. П. Критическая ишемия нижних конечностей / И. П. Дуданов, А. В. Карпов, М. Ю. Капутин // 80 лекций по хирургии / Под ред. В. С. Савельева. - М.: Литера, 2008. – С. 119-128.
- 5 Дуданов И. П. Критическая ишемия нижних конечностей / И. П. Дуданов, В. Н.
- 6 Сорока В. В. Оценка эффективности субинтимальной ангиопластики в лечении пациентов с критической ишемией нижних конечностей / В. В. Сорока, М. Ю. Капутин, И. Э. Боровский и др. // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. - Т. 15, № 2: Прил. - С. 294-295.
- 7 Borovsky I. E. Subintimal balloon angioplasty as one of the methods in treatment of patients with the critical limb ischemia / I. E. Borovsky, V. V. Soroka, M. J. Kaputin et al. // Interact CardioVasc Thorac Surg. - 2007. - Vol. 6. - P. 29-29

Д.Д. ПОЦЕЛУЕВ, С.Е. ТУРСЫНБАЕВ, Е.А АСЫЛБЕКОВ, М.Е. СЕРИКБАЕВА

ТӨМЕНГІ ТҮПКІЛІКТІҢ ҚЫСЫЛШАҢ ИШЕМИЯСЫНЫҢ ШИПАСЫНДА ЖӘНЕ ДИАБЕТИКАЛЫҚ ТАБАНЫ СИНДРОМЫНЫҢ ЭНДОВАКУЛЯРЛЫ ӨДІСТЕРІНІҢ НӘТИЖЕСІ ҚАРАСТЫРЫЛДЫ

Түйін: 2012 жылдың наурыз айынан 2013 жылдың қыркүйек айы аралығында диабетикалық табан синдромы және аяқтардың қан тамырларының III-IV дәрежелі ишемиясы бар жалпы саны 52 ерлер мен әйелдерден тұратын науқастарға балтыр артерияларына, сан-тізе арты және мықын-сан сегменттеріне эндоваскулярлық хирургиялық ем жүргізіліп, нәтижесі қорытындыланды. Алынған нәтижелердің негізінде эндоваскулярлық ем көп жағдайда 1 немесе 2 сирақ артерияларының қан айналымын қалпына келтіру арқылы аяқтың ампутациясын және жиі кездесетін адам өлімін азайтуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: төменгі түпкіліктің қысылшаң ишемиясі, диабетикалық табаны синдромы, баллонда ангиопластика, тамырдың стенттеуі.

D.D. POCELUEV, S.E. TURSUNBAEV, E.A. ASYLBEKOV, M.E. SERIKBAEVA

Almaty State Institute of Improvement of doctors

ENDOVASCULAR TREATMENT OF CRITICAL LIMB ISCHEMIA AND DIABETIC FOOT SYNDROME

Resume: Based on results of medical analyses of 52 patients of both sexes with critical lower limb ischemia III-IV article and diabetic foot syndrome, which performed endovascular surgery on the leg arteries, femoropopliteal and iliac- femoral segment during the period from March 2012 to September 2013. Based on these results it is shown that endovascular intervention most cases allow you to restore blood flow in one or two tibial arteries, allows to prevent amputation and reduce the frequency of deaths.

Keywords: critical limb ischemia, diabetic foot syndrome, balloon angioplasty, stenting vessels.

МАТЕРИАЛЫ ГОРОДСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ", ПОСВЯЩЕННОЙ III-Й ГОДОВЩИНЕ ОТКРЫТИЯ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.71-001.5-089.844

В.Г. СЕМЕНОВ, Д.К. ЖАМАШЕВ, Д.И. ДЖУЛЬФАЕВ, А.А. ДАВРЕШОВ

ИМПЛАНТАТЫ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

В статье даны результаты применения имплантов с угловой стабильностью у больных с переломами трубчатых костей. За период с 2011-2013 годы в отделении травматологии и ортопедии проведены 100 оперативных вмешательств у больных с переломами трубчатых костей. У 40 больных были переломы больше-берцовой кости, 20 больных с переломами н/3 бедренной кости, 15 больных с переломами ключицы, 10 больных с переломами костей предплечья и 15 больных переломами плюсневых и пястных костей. Все больные с переломами костей нижней конечности были активизированы на 2-3 сутки после операции. Операции проводились на 3 сутки от момента травмы. Динамическое рентгенологическое и клиническое наблюдение выполнено 70 больным. Консолидация переломов и восстановление опорной функции поврежденных конечностей достигнута у 50-х больных через 6 – 8 месяцев после операции.

Актуальность. Современный динамичный стиль жизни является не только источником тяжёлых высокоэнергетических травм (автомобильные аварии, катание на горных лыжах и сноуборде и т.д.), но и предъявляет свои требования к качеству лечения, срокам реабилитации, возможности скорейшего возвращения пациента к привычному образу жизни. Однако, эти требования применимы не только к пациентам трудоспособного возраста (для которых быстрое выздоровление - зачастую единственная возможность сохранить рабочее место), но и к пациентам пенсионного возраста, для которых качественно выполненная малотравматичная фиксация перелома и реабилитация, начатая в ранние сроки, является единственной возможностью избежать тяжёлых гипостатических осложнений (пневмонии, пролежни и т.д.) и шансом сохранить пациенту жизнь. Небольшая продолжительность операции, малая травматичность, малая инвазивность, возможность ранней безболезненной реабилитации, быстрое возвращение к привычному образу жизни, раннее восстановление трудоспособности – всем этим требованиям в полной мере отвечает интрамедуллярный остеосинтез длинных трубчатых костей блокированными штифтами без рассверливания костномозгового канала (Unreamed nail) «SYNTHES»(AO/ASIF). Данный способ фиксации переломов диафизов большеберцовой (UTN), бедренной (UFN), плечевой (UHN) кости является классическим золотым стандартом современной травматологии. Однако, при околоуставных переломах («низкие» и «высокие» переломы большеберцовой, бедренной и плечевой кости) и невозможности проксимального или дистального блокирования штифта (в зависимости от уровня и типа перелома) методом выбора является накостный остеосинтез. Классические представления о сращении перелома после накостного остеосинтеза (абсолютная стабильность - прямое сращение - эндостальное мозолеобразование) в сравнении с интрамедуллярным остеосинтезом (относительная стабильность - не прямое сращение - экзостальное мозолеобразование), а также травматичности накостного остеосинтеза в сравнении с интрамедуллярным (открытая репозиция, фиксация по принципу «стягивающий винт + нейтрализующая (компрессирующая) пластина») изменились с созданием имплантатов с угловой стабильностью (LCP - Locking Compression Plate) «SYNTHES»(AO/ASIF). Создание данной системы (блокирование головки винта в отверстия пластины) с образованием жесткой конструкции «пластина-винт» с великолепными якорными свойствами, сравнимыми со стержневым аппаратом внешней фиксации, помещенным под ткани, открыло головокружительные перспективы и возможности остеосинтеза, особенно в случаях остеопороза, околоуставных многооскольчатых переломах большеберцовой и бедренной кости. Не смотря на достигаемую относительную

стабильность при малоинвазивной технике остеосинтеза, опасность потери достигнутой репозиции и вторичных смещений в процессе реабилитации практически сведена к нулю.

Материалы и методы. За период с 2011-2013 годы в отделении травматологии и ортопедии проведены 100 оперативных вмешательств у больных с переломами трубчатых костей. У 40 больных были переломы больше-берцовой кости, 20 больных с переломами н/3 бедренной кости, 15 больных с переломами ключицы, 10 больных с переломами костей предплечья и 15 больных переломами плюсневых и пястных костей. Все больные с переломами костей нижней конечности были активизированы на 2-3 сутки после операции. Операции проводились на 3 сутки от момента травмы.

Результаты и обсуждения. В послеоперационном периоде дополнительная гипсовая иммобилизация не применялась, а активные движения в смежных суставах поврежденного сегмента проводились со второго дня после операции. Ходьба с частичной нагрузкой на поврежденную конечность разрешалась с 3 –5 дня при переломах н/3 бедренной и большеберцовой костей, в зависимости от общего состояния больных, при околоуставных переломах на 4-5 неделе после рентгенологического контроля. Динамическое рентгенологическое и клиническое наблюдение выполнено 70 больным. Консолидация переломов и восстановление опорной функции поврежденных конечностей достигнута у 50-х больных через 6 – 8 месяцев после операции. Из этой группы пациентов в 25-ти случаях произведено удаление фиксаторов спустя 12-14 месяцев после операции. За 20 больными с разными стадиями консолидации переломов ведется амбулаторное наблюдение.

Заключение.

- достижение угловой и ротационной стабильности костных фрагментов за счёт блокирования головки винта в отверстия пластины, а не за счёт придавливания пластины к кости (DCP, LC-DCP);
- сохранение периостального кровотока за счёт дистанцирования пластины от кости;
- отсутствие вторичных смещений, миграции фиксаторов в процессе реабилитации и сращения;
- широкие возможности использования при малоинвазивной (отсутствие открытой репозиции, сохранение оси, длины и исключение ротационного смещения) технике остеосинтеза многооскольчатых переломов большеберцовой и бедренной кости, в том числе неполных суставных переломов (по классификации Мюллера);
- возможность использования LCP как для малоинвазивной фиксации перелома (относительная стабильность – не прямое сращение), так и для классической техники накостного остеосинтеза (открытая репозиция, фиксация

- перелома системой «стягивающий винт – нейтрализующая (компрессирующая) пластина»);
- возможность ранней безболезненной нагрузки весом тела при незаконченном сращении перелома – раннее восстановление трудоспособности;
- ранняя безболезненная реабилитация (исключение в послеоперационном периоде постельного режима, активное восстановление движений в смежных суставах, ходьба с дозированной нагрузкой, отсутствие необходимости внешней иммобилизации);
- малоинвазивная техника остеосинтеза LCP сравнима по травматичности и инвазивности с остеосинтезом интрамедуллярным штифтом без рассверливания канала (Unreamed nail), однако при распространении перелома на метафизарную зону или неполном суставном переломе система LCP вне конкуренции.
- Использование системы LCP существенно расширяет возможности хирурга, позволяет значительно сократить сроки нетрудоспособности и выздоровления, а зачастую сохранить больному жизнь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Еникеев М.Г., Казанцев А.Б., Путятин С.М., Шестаков Д.Ю. Оперативное лечение импрессионных переломов плато большеберцовой кости с использованием артроскопической техники и пористого никелида титана.// Тезисы докладов XXIII научно-практической конференции травматологов и ортопедов Рязанской области. – Рязань: 2002. - С.9-10
- 2 Казанцев А.Б., Голубев В.Г., Еникеев М.Г. Оперативное лечение импрессионных переломов плато большеберцовой кости с использованием артроскопической техники и пористых имплантов из сплавов с памятью формы.// Травматология и ортопедия: современность и будущее. Материалы международного конгресса. – М.: 2003. - С.333-334
- 3 Еникеев М.Г., Казанцев А.Б., Голубев В.Г., Применение пористых имплантов при импрессионных переломах плато большеберцовой кости.// Тезисы докладов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции посвященной 70-летию РГМУ «Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей». - М.: 2003. - С.108-109
- 4 Казанцев А.Б., Голубев В.Г., Еникеев М.Г. Оперативное лечение импрессионных переломов мыщелков большеберцовой кости с применением опорных имплантов и артроскопической техники// Материалы четвертой научно-практической конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области. - М.: 2003. - С.173-177
- 5 Казанцев А.Б., Голубев В.Г., Еникеев М.Г. Хирургическое лечение импрессионных переломов мыщелков большеберцовой кости с применением пористых опорных имплантов//Успехи теоретической и клинической медицины 2003 год. Раздел: Медико-биологические проблемы. Новые технологии. – М: 2003. - С. 138-140

ҚОНДЫРЫМДАР БҰРЫШТАМА ТҰРАҚТЫЛЫҚПЕН - АУРУДЫҢ ШИПАСЫНДА ҚҰБЫРЛЫ СҮЙЕК СЫНЫҚТАРЫМЕН ЖАҢА МҮМКІНДІКТЕРІ

Түйін: Мақалада қондырымның қолданысының нәтижелері бұрыштама тұрақтылықпен бас аурулардың құбырлы костей сынықтарымен айтылды. Үшін кезді мен 2011-2013 жылды травматологияның және ортопедияның аулақтануында 100 шұғыл қабаттасушылықтар бас аурулардың құбырлы костей сынықтарымен өткіздір-өткізу. Бас 40 аурулардың неғұрлым-жіліншік сүйектің сынықтары болды, 20 аурулардың н/сынықтарымен 3 асық жілік, 15 аурулардың бұғананың сынықтарымен, сынықтармен білектің 10 аурулы костей және 15 аурулардың тілерсек және пястных костей сынықтарымен. Барлық аурулар төменгі түпкіліктің костей сынықтарымен 2-3 тәулікке деген активтендірілген кейін операцияның болды. Операциялар от кез жарақаттың 3 тәулікке деген еңсерілді. Үдемелі рентгенологиялық және клиникалық қадағалау 70 ауруларға орында. Сынықтың нығаюы және майып түпкіліктің опорной атқаратын қызметінің қалпына келтір-арқылы 6 - 8 ай кейін операцияның бас 50-х аурулардың кемел.

IMPLANTS WITH ANGULAR STABILITY ARE NEW POSSIBILITIES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH BREAKS OF TUBULAR BONES

Resume: In the article the results of application of имплантов are given with angular stability for patients with the breaks of tubular bones. For period with 2011-2013 in the separation of traumatology and orthopaedy 100 operative interventions are conducted for patients with the breaks of tubular bones. At 40 patients there were breaks of anymore-tibial bone, 20 patients with the breaks of n/3 thigh-bones, 15 patients with the breaks of collar-bone, 10 sick with breaks bones of forearm and 15 patients by the breaks of metatarsus and metacarpal bones. All patients with the breaks of bones of lower limb were activated on a 2-3 twenty-four hours after an operation. Operations were conducted on a 3 twenty-four hours from a moment a trauma. A dynamic roentgenologic and clinical supervision is executed 70 to the patients. Consolidation of breaks and renewal of supporting function of the damaged extremities are attained for 50th patients in 6 - 8 months after an operation

В.Г. СЕМЕНОВ, Д.И. ДЖУЛЬФАЕВ

Городская клиническая больница скорой помощи, г. Алматы, Казахстан

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЛОКИРУЮЩИМИ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЯМИ

Произведено 49 операции остеосинтеза плечевой, бедренной и большеберцовой костей методом блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза у 47 больных с множественной и сочетанной травмой. Околосуставные и диафизарные переломы бедренной кости преобладали и констатированы у 18 больных (39%), плечевой кости выявлены у 9 (20%) пострадавших, диафизарные переломы костей голени отмечены у 22 (47%) пациентов. Множественные повреждения двух и трех сегментов были определены у 6 (13%) больных. При стабилизации поперечных и косопоперечных диафизарных переломов применялось первичное динамическое блокирование, а при оскольчатых переломах выполнено статическое блокирование отломков. В послеоперационном периоде наблюдались осложнения у 8 (17%) пациентов. Отдаленные результаты прослежены у 39 пациентов в сроках от 8 до 18 месяцев. Благоприятные анатомо-функциональные результаты констатированы у 32 (68%) пациентов.

Существующая тенденция роста числа тяжелых повреждений скелета диктует необходимость совершенствования тактики и методов лечения сочетанной и множественной травмы, что является актуальной проблемой в современной травматологии.

Основными принципами в лечении диафизарных переломов нижних конечностей у больных с сочетанной и множественной травмой остаются стабильная хирургическая фиксация, сроки оперативного вмешательства. Патогенетический обоснованной является ранняя стабилизация поврежденных сегментов с целью профилактики осложнений травматической болезни, а также в комплексе противошоковых мероприятий [1,2].

Многочисленность повреждений разных органов и систем приводит к действию синдрома взаимного отягощения и развитию травматической болезни [1,3].

Фиксация переломов нижних конечностей в остром периоде травматической болезни аппаратами наружной фиксации при тяжелой сочетанной травме является альтернативным методом, однако в 57-71% случаев остеосинтез аппаратами не является окончательным, лечение переломов часто принимает двухэтапный характер, нередко возникают воспалительные явления мягких тканей вокруг спиц и стержней [3,4,5].

В странах ближнего и дальнего зарубежья в течение более чем двух десятилетий при лечении диафизарных и околосуставных переломов используются интрамедуллярные блокирующие стержни.

Безусловным преимуществом методики является малая травматичность, что связано с внеочаговым антеградным введением штифта и отсутствие необходимости рассверливания костномозгового канала. Малоинвазивная имплантация металлоконструкции вызывает минимальное нарушение периостальной васкуляризации, что в последующем способствует консолидации костной ткани. Введение гвоздя в костномозговой канал вдали от места перелома максимально снижает риск послеоперационных инфекционных осложнений - 2,3-4,1%. [2,4].

Материал и методы

В течение последних двух лет- 2012-2013 годы в отделении травматологии БСНП г.Алматы произведено 49 операции остеосинтеза плечевой, бедренной и большеберцовой костей методом блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза у 47 больных с множественной и сочетанной травмой. Мужчин было 26 (56%) больных, женщин -21 (45%). По возрастным категориям больные были распределены следующим образом до 20 лет – 9 (20%) пациентов, 22 (47%) пациента в группе 20-40 лет, от 40 до 60 лет было отмечено 12 (26%) пострадавших, выше 60 лет - 4 (9%). Большинство 35 (75%) пострадавших поступило в первые трое суток с момента травмы, в период от 3-х до 10 суток обратилось 10 (22%) пациентов, позднее 10 суток поступило только 2 (5%) травмированных. Среди скелетной травмы околосуставные и диафизарные переломы бедренной кости преобладали и констатированы у 18 больных (39%), плечевой кости выявлены у 9 (20%) пострадавших, диафизарные переломы костей голени отмечены у 22 (47%) пациентов.

Множественные повреждения двух и трех сегментов были определены у 6 (13%) больных. Доминирующее место среди сопутствующей патологии занимает закрытая черепно-мозговая травма, отмеченная в 51% случаев (24 больных), травма грудной клетки выявлена в 34% (16 пациентов), травма живота лишь в 15% (7 пострадавших).

Оперативные вмешательства были выполнены в различные сроки с момента травмы. Большинство 29 (60%) пациентов были оперированы в срок от 3 до 10 дней с момента травмы, в раннем периоде на 1-3 сутки остеосинтез осуществлен 11(23%) пострадавшим, и в более позднем периоде спустя 10 суток и более у 7 (15%) больных.

Выбор оптимальных сроков для оперативного вмешательства и метод первичной фиксации переломов осуществлялся исходя из тяжести общего состояния больного.

Данный метод остеосинтеза мы применяли при фиксации околосуставных и диафизарных переломов разной локализации. В 30 случаев переломы были поперечными или косопоперечными по АО классификации А2, А3. В остальных случаях переломы имели оскольчатый характер: тип В1-3 у 12 больных, С1-3 в 7 случаев.

Использованы металлоконструкции выпускаемые компанией ChM - систему блокируемых интрамедуллярных стержней CHARFIX®system, в том числе бедренные стержни-универсальный, вертельный и телескопический, большеберцовые стержни - реконструктивный и ретроградный, стержень плечевой реконструктивный и компрессионный.

При стабилизации поперечных и косопоперечных диафизарных переломов (тип А) применялось первичное динамическое блокирование, а при оскольчатых переломах (тип В и тип С) применялось статическое блокирование отломков с интраоперационной коррекцией длины поврежденных сегментов.

Имплантация гвоздей осуществляется закрытым антеградным способом под контролем электронно-оптического преобразователя. Существенное значение имеет правильное определение точки для введения металлоконструкции, что определяет нетравматичное введение стержня по костномозговому каналу и успех закрытой репозиции костных отломков, особенно при оскольчатых и фрагментарных переломах.

При стабилизации оскольчатых диафизарных переломов важным моментом является предоперационное планирование, подбор гвоздя соответствующего типоразмера и интраоперационное восстановление длины поврежденного сегмента после дистального блокирования. В этих случаях применяли статическое блокирование, что предотвращало возможность вторичного смещения отломков по длине.

Результаты и обсуждение

В послеоперационном периоде дополнительная гипсовая иммобилизация не применялась, а активные движения в смежных суставах поврежденного сегмента проводились со второго дня после операции. Ходьба с частичной нагрузкой на

поврежденную конечность разрешалась с 3 –5 дня при диафизарных переломах бедренной и большеберцовой костей, в зависимости от общего состояния больных, при околосуставных переломах на 4-5 неделе после рентгенологического контроля.

Динамическое рентгенологическое и клиническое наблюдение выполнено 38 больным. Консолидация переломов и восстановление опорной функции поврежденных конечностей достигнуты у 30-х больных через 6 – 8 месяцев после операции. Из этой группы пациентов в 18-ти случаях произведено удаление фиксаторов спустя 14-16 месяцев после операции. За 20 больными с разными стадиями консолидации переломов ведется амбулаторное наблюдение.

У 6-ти больных с оскольчатыми и фрагментарными переломами большеберцовой кости произведена динамизация гвоздя через 2-3 месяца после операции путем удаления статического винта, что предотвращает деформацию дистальных блокирующих винтов и дает возможность создавать физиологическую компрессию в области перелома без риска укорочения поврежденного сегмента.

В послеоперационном периоде наблюдались осложнения у 8 (17%) пациентов. Нагноение мягких тканей в области послеоперационной раны выявлено у 1 больного. В данном случае удалось купировать инфекционный процесс без удаления металлоконструкции. У 1 пациента после остеосинтеза диафизарного перелома бедренной кости выявлена угловая деформация в пределах 7-9 градусов. У 1 больного травмы

произошел перелом дистальных шурупов через 1.5 месяцев после остеосинтеза диафизарных переломов обеих большеберцовых костей вследствие повторной травмы. Сломанные шурупы удалили. У 1 пострадавшей с околосуставным переломом дистального отдела плечевой кости на фоне замедленной консолидации произошел перелом стержня. Стержень был удален и выполнен остеосинтез пластиной с костной пластикой. В 3 случаях отмечалась замедленная консолидация оскольчатых переломов большеберцовой кости, при которых произведена динамизация гвоздя. У 1 пациентки с замедленной консолидацией фрагментарного перелома плечевой кости через 3,5 месяца выполнено удаление стержня, и остеосинтез блокирующим стержнем с рассверливанием костномозгового канала.

Отдаленные результаты прослежены у 39 пациентов в сроках от 8 до 18 месяцев. Благоприятные анатомо-функциональные результаты констатированы у 32 (68%) пациентов.

Таким образом, выбранная нами тактика блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза диафизарных и околосуставных переломов трубчатых костей без рассверливания костномозгового канала у больных с политравмой является современным и малотравматичным методом, который позволяет создать прочную стабилизацию в ранние сроки после операции, сохранить эндостальное кровоснабжение костных отломков и тем самым создать оптимальные условия для репаративного остеогенеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кузьменко В.В., Гиршин С.Г., Литвина Е.А. Спорные вопросы в проблеме выбора тактики при множественных переломах и тяжелых сочетанных повреждениях. Оказание помощи при сочетанной травме: Сборник научных трудов. Том 108. М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. - 1997. - 218 с.
- 2 Piotr Cieslik, Piotr Piekarczyk, Wojciech Marczyński. Results of retrograde intramedullary nailing for distal femoral fractures- own experience. «Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja». - 6(6). - 2007.
- 3 Jenny JY, Jenny G, Gaudias J, Kempf I. Risk of infection in centro-medullary locking nailing of open fractures of the femur and tibia. Acta Orthop Belg 1995. - 61 Suppl. – 1. – P.212-215.
- 4 Klein M., Rahn B.A., Frigg R., Kessler S., Perren S.M. Die Blutzirkulation nach Marknagelung ohne Aufbohren. Proceedings of the Osteosynthese International. Gerhard Kuentscher Kreis, Vienna, Austria: Mar 1989. – 3. – P.16-18
- 5 Trojan E., Joseph Schatzker, MD, B.Sc. FRCS, Thomas Ruedi AO Seminar on Intramedullary Nailing from 7 – 8 June 2000 in Moscow, Russia

Resume: We have produced 49 shoulder, femur and tibia osteosynthesis by blocking internal fixation in 47 patients with multiple and combined trauma. Pararticular and diaphyseal femur fractures were predominated and found in 18 patients (39%), humerus fractures were detected in 9 (20%) of victims of diaphyseal shin fractures were observed in 22 (47%) patients. Multiple injuries of two or three segments were identified in 6 (13%) patients. We have applied the primary dynamic blocking concerning the stabilization of the transverse and oblique diaphyseal fractures, and we have performed static blocking fragments with comminuted fractures. Postoperative complications were observed in 8 patients (17%) patients. Outcomes were followed up in 39 patients in terms of 8 to 18 months. Favorable anatomical and functional results were stated in 32 (68%) patients.

Ж.Г. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.К. ЖАМАШЕВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ

В данной статье дан анализ результатов оперативного лечения переломов лодыжек, приведены причины неудовлетворительных исходов и предложения по их устранению. По данным литературы такие повреждения составляют около 30% от всех двух- и трёхлодыжечных переломов. Именно эта группа больных приносит до 30% неудовлетворительных исходов лечения с развитием деформирующего артроза голеностопного сустава. На долечивании находилось 47 пациентов с прооперированными двух- и трёхлодыжечными переломами голени за период с 2011 по 2013годы. Средний возраст пациентов составил 38,6 лет. У всех больных был разрыв дистального межберцового синдесмоза, т.е. во всех случаях наблюдался т.н. надсиндесмозный перелом малоберцовой кости (тип С по классификации АО-ASIF). По характеру повреждения больные были разделены на 3 группы: 1) двух- и трёхлодыжечные переломы с оскольчатый переломом нижней трети малоберцовой кости – 5 человек; 2) двухлодыжечный перелом с поперечным (косым) надсиндесмозным переломом малоберцовой кости – 13 человек; 3) двухлодыжечный перелом с поперечным (косым) надсиндесмозным переломом малоберцовой кости + отрыв заднего края большеберцовой кости (трёхлодыжечный перелом) – 9 человек.

Актуальность. В данной статье дан анализ результатов оперативного лечения переломов лодыжек, приведены причины неудовлетворительных исходов и предложения по их устранению. Одной из самых частых патологий в практике врача травматолога являются повреждения лодыжек, составляя до 20% повреждений опорно-двигательного аппарата. По данным статистики встречаемость переломов лодыжек составляет в среднем 100-120 случаев на 200 тысяч населения в год. Следует отметить, что около 85% всех повреждений лодыжек – это изолированные, стабильные переломы наружной лодыжки, консервативное, функциональное лечение которых приносит до 90% отличных и хороших результатов; и только 15% составляют нестабильные двух- и трёхлодыжечные повреждения, которые при смещении отломков могут сопровождаться подвывихами или вывихами блока таранной кости. Основными принципами лечения нестабильных переломов лодыжек со смещением являются: максимально точное сопоставление элементов голеностопного сустава и удержание их до сращения переломов, что восстанавливает биомеханическую стабильность сустава. В большинстве случаев двух- и трёхлодыжечные переломы излечиваются консервативными мероприятиями с неплохими результатами (закрытые переломы без смещения отломков; переломы, когда одновременно закрытым способом достигнуто сопоставление отломков и не наступило их вторичное смещение в гипсовой повязке, требующее повторных манипуляций). Однако, в ряде случаев, при повреждениях лодыжек с подвывихами и вывихами блока таранной кости, не удаётся точно репонировать переломы закрытым способом (30-60% в зависимости от типа перелома). Вторичное смещение отломков в гипсовой повязке наступает у 20-25% пациентов. В данных ситуациях возникает необходимость в хирургическом восстановлении элементов травмированного сустава. Таким образом, хирургическое вмешательство требуется примерно у 7-8% от всех пациентов со стабильными и нестабильными переломами лодыжек. Нестабильные повреждения лодыжек, сопровождающиеся полным разрывом межберцового синдесмоза, являются одними из наиболее тяжёлых, как в плане лечения, так и в плане прогноза.

Материалы и методы. По данным литературы такие повреждения составляют около 30% от всех двух- и трёхлодыжечных переломов. Именно эта группа больных приносит до 30% неудовлетворительных исходов лечения с развитием деформирующего артроза голеностопного сустава. На долечивании находилось 47 пациентов с прооперированными двух- и трёхлодыжечными переломами голени за период с 2011 по 2013годы. Средний возраст пациентов составил 38,6 лет. У всех больных был разрыв дистального межберцового синдесмоза, т.е. во всех случаях наблюдался т.н. надсиндесмозный перелом малоберцовой кости (тип С по классификации АО-ASIF). По характеру

повреждения больные были разделены на 3 группы: 1) двух- и трёхлодыжечные переломы с оскольчатый переломом нижней трети малоберцовой кости – 5 человек; 2) двухлодыжечный перелом с поперечным (косым) надсиндесмозным переломом малоберцовой кости – 13 человек; 3) двухлодыжечный перелом с поперечным (косым) надсиндесмозным переломом малоберцовой кости + отрыв заднего края большеберцовой кости (трёхлодыжечный перелом) – 9 человек.

Результаты и обсуждение. В первой группе была произведена операция. У 3 больных из 5 сохранился послеоперационный подвывих стопы наружи ввиду неточного восстановления длины малоберцовой кости. У остальных 2 пациентов произошла миграция шурупов, остеолитический осколок и проседание малоберцовой кости по длине с вторичным образованием подвывиха стопы наружи. Во всех случаях была рекомендована реконструктивная операция, заключающаяся в восстановлении длины малоберцовой кости с помощью костного трансплантата. Один больной отказался от повторной операции, в дальнейшем у него образовался посттравматический деформирующий остеоартроз 3 ст., что потребовало смены работы. У остальных 4 были достигнуты удовлетворительные результаты, однако, сроки нетрудоспособности значительно возросли. Во второй группе хорошие и удовлетворительные результаты были достигнуты у 10 больных. Всем больным проводилась стандартная восстановительная терапия: лечебная физкультура, хондропротекторы, нестероидные противовоспалительные препараты, препараты Са⁺⁺, дозированная нагрузка на ногу после рентгенологически подтверждённой костной консолидации. У двоих больных возникла миграция шурупов ввиду несоблюдения рекомендации по дозированной нагрузке с образованием ложных суставов, потребовавшая проведения повторных операций. И, возможно, ввиду остеопороза, у одной больной произошёл повторный перелом малоберцовой кости в месте отверстия от шурупа после удаления металлоконструкций. В третьей группе у 8 больных из 9 развился посттравматический деформирующий остеоартроз. Среди прочих причин этого осложнения основное место занимает недостаточно точная фиксация оторванного заднего края большеберцовой кости. Методика фиксации заднего края большеберцовой кости недостаточно разработана ввиду трудной доступности задней поверхности голеностопного сустава. Однако, фиксировать данный отломок необходимо, т.к. сам он «встаёт на место» в редких случаях.

На основании вышесказанного можно сделать следующие выводы.

- ✓ Необходимо придавать усиленное значение восстановлению длины малоберцовой кости для профилактики рецидива подвывиха стопы.

- ✓ Согласно показаниям производить адекватную фиксацию разрыва дистального межберцового синдесмоза без избыточной стяжки.
- ✓ Уделять больше внимания «анатомичной» фиксации перелома заднего края большеберцовой кости. Например, с помощью направителя, фиксированного под определённым углом, который можно рассчитать, надавить сзади на отломок через кожу, зафиксировав его на прежнем месте, и провести спицу через канал в направителе (естественно, с соблюдением правил асептики).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Абдрахманов А.Ж., Баймагамбетов Ш.А., Гришин А.Н., Ян варева Т.И. Биомеханическое обоснование остеосинтеза ДМБС проволокой // Ортопедия травматология и протезирование. 1990. - № 5. - С. 40 — 43.
- 2 Аль-Боу О. Артродез голеностопного сустава при, посттравматическом деформирующем артрозе III IV стадии : дис. . канд. мед. наук. — М.: 2004. - 119с.
- 3 Анисимов И.Н. Клинические и биохимические аспекты функционально стабильного чрескостного остеосинтеза сложных повреждений голеностопного сустава : дис. . канд. мед. наук. — Ставрополь: 1994. — 183 с.
- 4 Анкин Л.Н. Повреждения голеностопного сустава / Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин // Травматология. Европейские стандарты. - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - С. 445-463.
- 5 Антониади Ю.В., Бердюгин К.А., Галаяудинов А.Ф., Черницын Д.Н. Лечение переломов лодыжек с применением современных технологий АО // Материалы международной- Пироговской конференции "Остеосинтез и эндо-протезирование". - М.: 2008. - С. 7 - 8.
- 6 Бакуменко Н.П. Опыт лечения двух- и трехлодыжечных переломов // Материалы 2-го съезда травматологов-ортопедов Белоруссии. — Минск: 1972. - С. 200.
- 7 Балтайтис В.Ф. Чрезочаговый остеосинтез в лечении разрывов нижнего межберцового сочленения : автореф. дис. . канд. мед. наук. — Рига: 1990. — 25с.

ТОБЫҚ СЫНЫҒЫНЫҢ ШҰҒЫЛ ШИПАСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ, ШҰҒЫЛ ТҮРДЕГІ БІР САҒАТТАН КЕЙІНГІ ЖАРАҚАТ

Түйін: Айтылмыш мақалада тобықтың сынығының шұғыл шипасының нәтижесінің анализі айтылмыш, жарытымсыз тынымның және сөйлемнің себептері ша оның жоюының келтір-. Ша деректерлер әдебиеттің мынадай бұзылулар около 30% от барлық двух- және трехлодыжечных сынықтардың келеді. Тап аурудың сол тобы до 30% жарытымсыз тыным шипа деформирующего артроздың дамуымен голеностопного буын әкеледі . Долечивании 47 емделуші мен прооперированными двух- және сирақтың трехлодыжечными сынықтарымен үшін кезді бер 2011 ша 2013годы болды. Емделушінің ортаның возраст 38,6 жас келді. Бас барлық аурулардың дисталдік межберцового синдесмоздың алшақтығы болды, т.е. барлық уақиғаларда т.н. надсиндесмозный сынық асық жілік шыбығым(үлгі мен ша АО- ASIF топтастыруына) қаралды. Ша мінезге бұзылулар аурулар 3 топқа деген бөл:- 1) двух- және трехлодыжечные сынықтар төменгі трети оскольчатым сынығымен болды

RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT OF BREAKS OF ANKLES IN THE URGENT ORDER IN THE FIRST CLOCK AFTER A TRAUMA

Resume: The analysis of results of operative treatment of breaks of ankles is given in this article, reasons over of unsatisfactory ends and suggestion are brought on their removal. From data of literature such damages make about 30% from all two and trekhloodyzhechnykh breaks. Exactly this group of patients brings to 30% of unsatisfactory ends of treatment with development of deforming arthrosis of talocrural joint . On completing finish the cure there were 47 patients with operated two and trekhloodyzhechnykh breaks of shin for period from 2011 to 2013годы. Middle age of patients made 38,6. All patients had a break of distal intertibial syndesmosis, i.e. in all cases observed so-called over sindesmozny break of perone(type With on classification of AO- ASIF). By the nature damages patients were divided into 3 groups: 1) two and trekhloodyzhechnykh breaks with the splintered break of lower one third.

УДК:616-091.9:618.14-089

У.А. АЛШЕРИЕВА, Б.Е. БАСТИМИЕВА
КазНМУ им. Асфендиярова кафедра патологической анатомии
Больница скорой неотложной помощи г. Алматы

ЧАСТОТА И ТЕЧЕНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ БСНП Г. АЛМАТЫ ЗА ГОД

Трубная беременность занимает лидирующее место по частоте возникновения в структуре эктопической беременности и составляет 96,5-98,5%. Данное обстоятельство демонстрирует её особую значимость и объясняет наибольший интерес к ней. Внематочная беременность приводит к бесплодию которое имеет социальное и экономическое значение, снижающее рождаемость и естественный прирост населения.

Актуальность данной проблемы возросла за последние годы так как отмечен рост половой инфекции, воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Что сказывается на состоянии маточных труб. При этом трубное бесплодие занимает ведущее место в структуре женского бесплодия. Особенно среди пациенток с воспалительными заболеваниями придатков матки.

Целью исследования является проведение клинико-морфологической параллели трубной беременности у жительниц г.Алматы за 2012 год. Нами проанализирован материал гинекологического отделения БСНП за год. По возрасту 48,9% (90) составляли женщины с 18-30 лет, от 31-40 лет 47,8 % (88), 3,2% (6) от 41 года до 50лет. В 62,2% случаев клинический диагноз был трубная беременность, сочетание с кистой желтого тела составлял -12,2 %, с эндометриозом -10%, генитальный инфантилизм (5,3%) с хроническим сальпингитом-12,2% и плацентарный полип с метроррагией-7,7%. Локализация в ампулярном отделе составляла у женщин от 18-30 лет в 89,9 %, из них правосторонняя трубная беременность в 62,2%, левосторонняя в 27,7% случаев, в истмическом отделе у 10 %. У женщин от 31-40 лет в ампулярном отделе в 86,3% случаев, из них правосторонняя ТБ в 52,2%, левосторонняя в 34,09%, в истмическом отделе у женщин от 31-40 лет встречается ТБ в 13,6% случаев. В основном у женщин от 31-40 лет в 52,2% случаев клинический диагноз был трубная беременность, сочетание с кистой желтого тела составлял -10,2 %, с эндометриозом -15,9%, с острым сальпингитом-23,8% и плацентарный полип с метроррагией-5,68%. У женщин от 41-50 лет ТБ встречается в ампулярном отделе в 3,2% случаях. В

основном у женщин от 41-50 лет встречался хронический сальпингит в 83%,а и киста желтого тела в единичных случаях. По литературным данным чаще выявляется острый сальпингит в более 50% случаев, в нашем случае он составляет - 23,8%. Морфологически при остром сальпингите выявлена выраженная десквамация и некробиотические изменения эпителиальных клеток, отмечалась выраженная инфильтрация поврежденного эпителия сегментоядерными лейкоцитами и лимфоцитами, обширные очаги кровоизлияний. Гиперемия, отек и лейкоцитарная инфильтрация распространялась на все подлежащие слои стенки трубы. При хроническом сальпингите выявлена атрофия эпителия на значительном протяжении, периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация, склероз и спайки слизистой оболочки. Липоматоз и дисконфлексация мышечных слоев, артериолосклероз и варикозное расширение венул. Клетки эпителия хориона на значительном протяжении некротизированы, ворсины хориона утолщены.

При гистологическом исследовании особенностью цитотрофобластической инвазии при любом патогенетическом варианте трубной беременности является ее агрессивный характер и значительная степень распространенности за пределами плодместилища, которая пропорциональна сроку. Морфологические особенности обусловлены инвазивным ростом хориального эпителия с деструкцией стенки трубы, приводящий к ее разрыву или кровоизлиянию. В результате изучения морфогенеза ТБ в течение последних десятилетий установлено, что в основе её прогрессирования лежит инвазивный рост хориального эпителия с деструкцией стенки трубы, приводящий к её разрыву или кровоизлиянию.

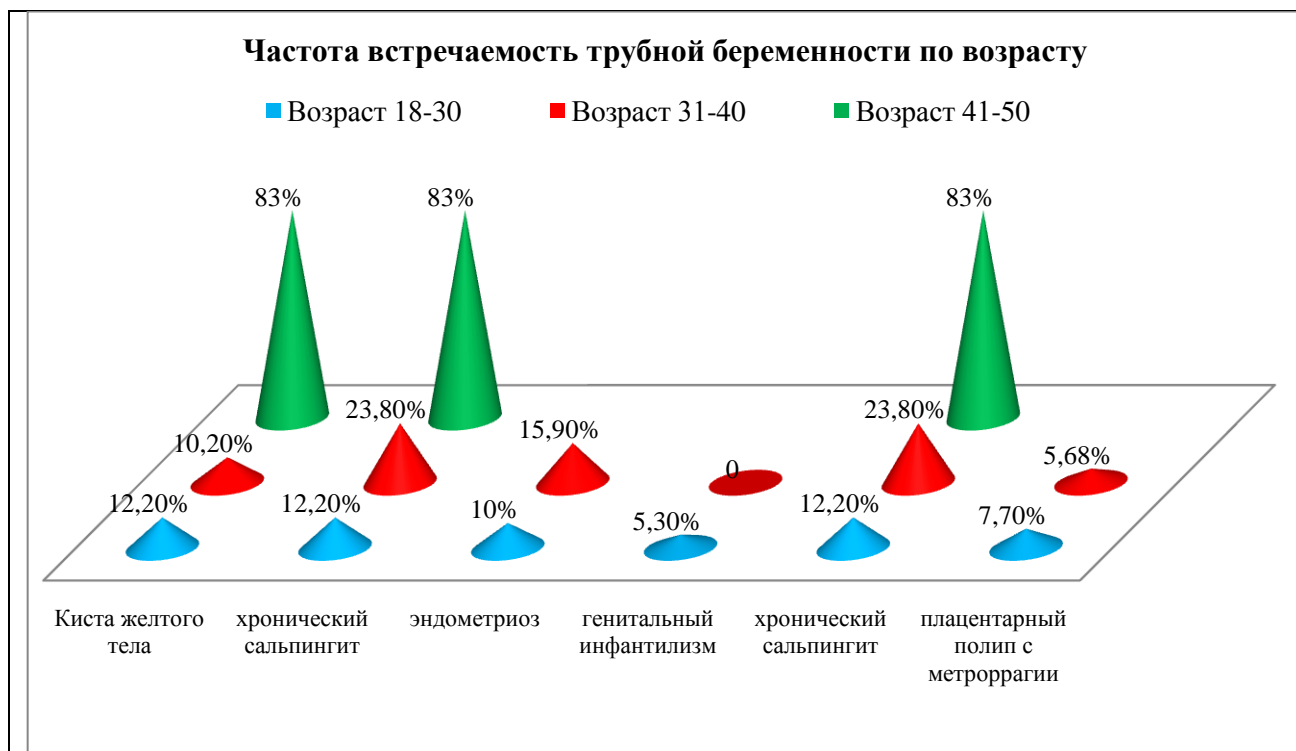


Рисунок 1 - Частота встречаемость трубной беременности по возрасту

Возраст	Локализация			
18-30	ампулярный отдел	89,9 %	правосторонняя трубная беременность	62,2%
			левосторонняя трубная беременность	27,7%
	истмический отдел	10 %	-	-
31-40	ампулярный отдел	86,3%	правосторонняя трубная беременность	52,2,%
			левосторонняя трубная беременность	34,09%
	истмический отдел	13,6%	-	-
41-50	ампулярный отдел	3,2%	-	-

Рисунок 2 - Локализация Трубной беременности

Выводы: 1. Основными этиологическими факторами трубной беременности являются: хронический сальпингит (72%), эндометриоз (10,7%), генитальный инфантилизм (5,3%), плацентарный полип с метроррагии-7,7%, киста желтого тела-12,2%.

2. Трубная беременность чаще наблюдалась у женщин в возрасте 18-30 лет, что составляет 90% в ампулярном отделе в 89,9% по типу трубного аборта.

3. Особенностью цитотрофобластической инвазии при любом патогенетическом варианте трубной беременности является ее агрессивный характер и значительная степень

распространенности за пределами плодместилища, которая пропорциональна сроку гестации.

4. У пациенток с внематочной беременностью, прервавшейся по типу трубного аборта, наблюдаются выраженные гемодинамические нарушения в стенке трубы, приводящие к деструкции всех слоев и поражению рецепторного аппарата, независимо от срока гестации и локализации имплантации.

5. Оценка морфологических особенностей ТБ является важным фактором диагностики поражения трубы и ориентации врача для проведения реабилитации женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Серова О.Ф. «Внематочная беременность: современные аспекты, этиопатогенез» Журнал «Российский вестник акушер-гинеколога». - М.: 2006. - № 2
- 2 Гадиати Т.Г. «Иммуноморфологическое состояние у женщин с бесплодием». Автореф.на соиск.уч.ст.к.м.н. - М.: 2000.
- 3 Глуховец Б.И «Патанатомия и основы патогенеза трубной беременности» дисс.на соиск.д.м.н. – Рязань: 1983.
- 4 Глуховец Б.И., Хмельницкий О.К. «Патология маточных труб». - СПб.: 1994
- 5 Зайратьянц О.В. «Анализ смертности, летальности, числа аутопсий и качества клинической диагностики в Москве за (1991-2002гг)
- 6 Бурдули Г.М.,Фролова О.Г « репродуктивные потери». - М.: 1997.- 188 с.
- 7 Исмаилова И.В.,Укыбасова Т.М « Сравнительная оценка микробного фактора при трубно-перитонеальном бесплодии» материалы Международного Конгресса акушер-гинекологов. – Алматы: 1999.

У.А. АЛШЕРИЕВА, Б.Е. БАСТИМИЕВА

*С.Ж. Асфендияров атындағы КазҰМУ патологиялық анатомия кафедрасы
Алматы қаласы қалалық жедел жәрдем көрсету ауруханасы*

ЖЕДЕЛ ШҰҒЫЛ КӨМЕК КӨРСЕТУ АУРУХАНАСЫ БОЙЫНША ТҮТІКТІК ЖҰКТІЛІКТІҢ ЖИІЛІГІ МЕН ӨТУ СИПАТЫ

Түйін: Түтіктік жүктілік эктопиялық жүктіліктің құрлымдық дамуындағы жиілігі бойынша алдыңғы қатардан орын алатын 96,5-98,5% құрайды. Бұл мәселе түтіктік жүктіліктің ерекше маңыздылығын және оғани деген қызығушылықты тудырады.

Жатырдан тыс жүктіліктің салдары бедеулікке алып келетіндігін ескерсек оның социалдық және экономикалық маңыздылығы, халықтың табиғи өсу мен тууының төмендеуіне алып келеді.

Осы патологияның өзектілігінің артуы күн санап-өсіп келетіндігі, ішкі жыныс ағзаларының қабыну ауруларының және жыныс жолдарының жұқпалы ауруларының өсуі салдарынан. Бұл жатыр жағдайына қауіптілігін көрсетеді. Сондықтан бұл түтіктік жүктілік өелдің бедеулігінде жоғары орын алады.

Түйінді сөздер: жатырдан тыс жүктіліктің, Түтіктік жүктілік, бедеулік, клиника, морфология.

U.A. ALSHERIEVA, B.E. BASTIMIEVA

KAZNMU IM.ASFENDIYAROVA DEPARTMENT OF PATHOLOGICAL ANATOMY, HOSPITAL EMERGENCY
EMERGENCY ALMATY

Resume: Tubal pregnancy is a leader in the incidence of ectopic pregnancy in the structure and is 96,5-98,5 %. This fact demonstrates its special importance and explains the greatest interest to her. Ectopic pregnancy leads to infertility that has social and economic value, reducing the birth rate and natural increase. The urgency of this problem has increased in recent years as the marked increase in sexual infections, inflammatory diseases of the internal genital organs. That affects the state of the fallopian tubes. While tubal infertility takes a leading place in the structure of female infertility.

Keywords: ectopic pregnancy, tubal pregnancy, infertility clinic, morphology.

А.С. БАЙЖАНОВ, И.Л. МЕНЬШИКОВА, Л.К. ЕРДАЛИЕВА, Т.Б. РЫСБЕК,
Д.А. МУШИНСКИЙ

Больница скорой неотложной помощи г. Алматы

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА РАКА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

В Больнице скорой неотложной помощи г. Алматы скрининговое обследование за 9 месяцев 2013 года прошли 2443 человека. Из них мужчин – 788 (32,2%), женщин – 1655 (67,7%). Для проведения скрининга использовали видеоэндоскопическую аппаратуру «Пентакс» ЕРК-і с наличием функции увеличения и узкоспектральной эндоскопии і-скан. Необходимо тщательно следить за санитарным состоянием используемого оборудования для недопущения инфицирования через эндоскоп лиц, проходящих скрининг. Необходимо соблюдать алгоритм проведения скринингового исследования пищевода и желудка с применением узкоспектральной, увеличительной и хромоэндоскопии.

Ключевые слова: скрининг, рак пищевода, рак желудка, узкоспектральная эндоскопия, эзофагогастроскопия.

В настоящее время рак пищевода и желудка является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. В Казахстане заболеваемость (оба пола) раком пищевода составляет 8,1%, раком желудка 16,8 ‰ и занимают седьмое и четвертое ранговые места соответственно, а по показателям смертности от онкологических заболеваний – 5 (6,4‰) и 2 (12,2‰) место соответственно. Несмотря на рост диагностических возможностей, оснащение медицинских учреждений высокоэффективным диагностическим оборудованием в Казахстане рак пищевода и желудка более чем в 70% случаев выявляется в III – IV стадии заболевания, что предопределяет неудовлетворительные результаты лечения и плохой прогноз. В Республике Казахстан в 2013 году в качестве пилотного проекта внедрен скрининг рака пищевода и желудка в 6 регионах.

Из всех методов диагностики высококвалифицированное эндоскопическое исследование пищевода и желудка – эзофагогастроскопия является наиболее эффективным в диагностике предопухоловой патологии. В связи с этим, вопросы совершенствования эндоскопических методик диагностики, повышения качества эндоскопического исследования остаются по-прежнему в центре внимания широкого круга онкологов, гастроэнтерологов, эндоскопистов. Современная эзофагогастроскопия, проводимая с целью диагностики предраковых изменений и ранних форм рака, предполагает использование всех современных технологий, позволяющих выявлять патологические образования даже самых небольших размеров: хромоэндоскопии, узкоспектральной и увеличительной эндоскопии, аутофлуоресцентной эндоскопии. Клиническое применение этих диагностических методик и детальная визуализация даже самых незначительных патологических изменений в пищеводе и желудке возможны только при методичности исследования.

Детальной оценке структурных изменений исследуемого органа, осмотру слизистой оболочки довольно часто препятствуют различные наложения на ее поверхности. Однако если слизь, желчь или кровь можно смыть, удалить электроотсосывателем, освобождая слизистую оболочку для осмотра, то с пенистым содержимым традиционные методы справляются менее эффективно. Важным условием обеспечения эффективного применения эндоскопических методик, повышающих качество гастроскопии, может стать использование в рутинной практике современного диагностического алгоритма, позволяющего улучшить результаты диагностики и повысить популярность эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов, подлежащих скринингу. Следовательно, для ранней диагностики предопухоловой и опухолевой патологии желудка необходимы следующие условия:

1. Применение лекарственных средств (пенегасители) для очистки слизистой от густого секрета пенистой слизи, что

укорачивает время эндоскопического исследования и улучшает визуализацию.

2. Применение специальных методик – увеличительная, узкоспектральная эндоскопия.

3. Прижизненное окрашивание слизистой оболочки желудка (хромоэндоскопия).

4. Квалифицированные специалисты.

Развитие видеоэндоскопии с увеличением в сочетании с осмотром в узкоспектральном режиме позволяет четко визуализировать тонкую поверхностную структуру слизистой оболочки желудка и ее микрососудов, что значительно повышает качество диагностики [1]. Узкоспектральная эндоскопия – это новая оптическая диагностическая методика, основанная на использовании специальных оптических фильтров, суживающих спектр световой волны. Обычные эндоскопические системы используют практически весь видимый световой спектр от 400 до 800 нм. Новая методика использует преимущества, в основном, двух световых волн длиной 415 нм и 445 нм в диагностике сосудистых структур слизистой оболочки пищеварительного тракта, так как эти световые волны хорошо поглощаются гемоглобином. Это позволяет получить детальное изображение сосудистого рисунка тканей, его изменений, характерных для патологических участков воспалительного генеза, а также для предраковых заболеваний и ранних форм рака [2]. Узкоспектральная эндоскопия обладает высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике патологических образований желудка [3]. Узкоспектральная и увеличительная эндоскопия необходима для диагностики различных патологических изменений слизистой оболочки желудка и определения их структуры. Хромоэндоскопия, особенно в комбинации с увеличением, позволяет эффективно выявлять участки кишечной метаплазии и дисплазии. Хромоэндоскопия с использованием таких растворов, таких как индигокармин, раствор уксусной кислоты или гематоксилин, также показывали высокую точность диагностики патологических участков, особенно при дисплазии [4]. Увеличительная эндоскопия с высоким разрешением даже без хромоэндоскопии имеет значительные преимущества перед эндоскопией в белом свете и позволяет с большей точностью диагностировать *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит, кишечную метаплазию и дисплазию [5]. Таким образом, существующие данные свидетельствуют о том, что увеличительная эндоскопия с хромоэндоскопией улучшает точность выявления предраковых заболеваний желудка [6].

С целью повышения информативности эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта, нами используется диагностический алгоритм, позволяющий проводить квалифицированную эзофагогастродуоденоскопию в любом возрасте, улучшить диагностику ранних форм рака и предраковых изменений желудка. Этот алгоритм лежит в основе современной модели организации эндоскопического исследования слизистой оболочки органов пищеварения и

включает в себя последовательные этапы выполнения эндоскопического исследования желудка, детальное описание всех диагностических манипуляций, а также условия и техническое обеспечение их проведения.

Диагностический алгоритм, повышающий информативность эндоскопического исследования

1. Адекватная премедикация и при необходимости седация;
2. Подготовка исследуемого органа к осмотру с использованием пеногасителя;
3. Тщательная визуальная оценка минимальных изменений слизистой оболочки в белом свете;
4. Использование узкоспектральной эндоскопии и увеличения для осмотра патологических очагов;
5. Хромогастроскопия;
6. Обязательная биопсия патологических изменений слизистой;
7. Диагностика *H. pylori* и типа гастрита.

Больница скорой неотложной помощи г. Алматы, имея оснащенное эндоскопическое отделение, заключило договоры со следующими лечебно – профилактическими учреждениями г. Алматы для проведения скрининга прикрепленного контингента в возрасте от 50 до 60 лет, городские поликлиники № 1, 2, 11, 21, поликлиника при ГКБ №5 и ПМСП «Кулагер». Скрининг проводился с 4 февраля по 25 октября 2013 года. Скрининговое обследование за 9 месяцев 2013 года прошли 2433 человек. Из них мужчин – 788 (32,2%), женщин – 1655 (67,7%). Для проведения скрининга использовали видеоэндоскопическую аппаратуру «Пентакс» ЕРК-і с наличием функции увеличения и узкоспектральной эндоскопии і-скан. Узкоспектральную эндоскопию и увеличение применили приблизительно у 20% больных с подозрением на кишечную метаплазию и дисплазию

в пищеводе, желудке и для дифференциации нормальной слизистой от патологической. Кроме этих методов в 30 % случаев использовали хромоэндоскопию раствором Люголя для пищевода и р-ром метиленового синего для желудка. В результате проведенных исследований выявлены следующие изменения слизистой оболочки: эрозивные поражения пищевода и желудка - 618(28%), метапластические изменения и кишечная метаплазия в желудке и в пищеводе - 41(1,8%), диспластические изменения легкой степени - 28(1,2%), атрофический гастрит – 85(3,8%) и дисплазия тяжелой степени 15(0,6%), полипы - 19(0,8%), пищевод Баррета - 6 (0,2%), язвенная болезнь желудка - 18(0,8%), распространенный рак желудка - 6(0,2%) и ранний рак - 3(0,1%). Важным для проведения скрининговых методов исследования является планирование прохождения процедуры пациентами, поэтому нами был составлен график прохождения скрининга для поликлиник. Необходимо тщательно следить за санитарным состоянием используемого оборудования для недопущения инфицирования через эндоскоп лиц, проходящих скрининг. У нас в отделении все оборудование проходило обработку в моечной машине с использованием дезинфицирующего средства «Сайдекс», чем была достигнута дезинфекция высокого уровня.

Таким образом необходимо соблюдать алгоритм проведения скринингового исследования пищевода и желудка с применением узкоспектральной, увеличительной и хромоэндоскопии. Также, учитывая большой поток лиц проходящих скрининг, тщательно следить за всеми этапами обработки эндоскопического оборудования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Атлас эндоскопии пищеварительного тракта возможности высокого разрешения и изображения в узком светом спектре под редакцией Дж. Коэна. – М.: Логосфера, 2012.
- 2 Eshmuratov A, Nah JC, Kim N et al. The correlation of endoscopic and histological diagnosis of gastric atrophy. Dig Dis Sci 2010; 55: 1364–1375
- 3 Bansal A, Ulusarac O, Mathur S et al. Correlation between narrow band imaging and nonneoplastic gastric pathology: a pilot feasibility trial. Gastrointest Endosc 2008; 67: 210–216
- 4 Mouzyka S, Fedoseeva A. Chromoendoscopy with hematoxylin in the classification of gastric lesions. Gastric Cancer 2008; 11: 15–21 discussion 21–22
- 5 Anagnostopoulos GK, Yao K, Kaye P et al. High-resolution magnification endoscopy can reliably identify normal gastric mucosa, Helicobacter pylori-associated gastritis, and gastric atrophy. Endoscopy 2007; 39:
- 6 Tanaka K, Toyoda H, Kadowaki S et al. Surface pattern classification by enhanced magnification endoscopy for identifying early gastric cancers. Gastrointest Endosc 2008; 67: 430–437

А.С. БАЙЖАНОВ, И.Л. МЕНЬШИКОВА, Л.К. ЕРДАЛИЕВА, Т.Б. РЫСБЕК, Д.А МУШИНСКИЙ

Қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы

ӨНЕШТІҢ ЖӘНЕ АСҚАЗАН ҚҚТЕРЛІ ІСІГІ АУРУЛАРЫН СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУ ТӘЖИРИБЕСІ

Түйін: Алматы қаласының «Жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасында» 2013 жылы 9 ай ішінде 2443 адам скринингтік тексерілуден өтті. Оның ішінде 788 (32,2%) – ерлер, 1655 (67,7%) – әйелдер. Скринингтік тексеруді - видеоэндоскоп "Пентакс" ЕРК-і аппаратурасының ұлғайту және і-скан үзкоспектральді эндоскопия сияқты мүмкіндіктерін пайдаландық. Пайдаланған жабдықтардың санитарлық нормативтерін ұқыпты қадағалау керек. Өңеш және асқазанды скринингтік тексеру кезінде ұлғайту, хромоэндоскопия және үзкоспектральді әдістерін пайдаланғанда нақты алгоритмді сақтап отыру қажет.

Түйінді сөздер: скрининг, өңештің қатерлі ісігі, асқазанның қатерлі ісігі, үзкоспектральді эндоскопия, эзофагогастроскопия.

A. BAYZHANOV, I. MENSHIKOVA, L. ERDALIYEVA, T. RYSBEK, D. MUSHINSKIY

Almaty emergency care hospital

EXPERIENCE OF SCREENING FOR ESOPHAGEAL AND STOMACH CANCER

Resume: In Emergency Care Hospital of Almaty 2433 people were screened during 9 months of 2013 (men –788 (32,2%), women – 1655 (67,7%)). To conduct screening there was used the video endoscopic equipment «Pentax» ЕРК- i with zoom and narrowly spectral endoscopy – i-scan. It is necessary to monitor carefully the sanitary condition of the applied equipment to prevent infection through endoscope. It is necessary to observe an algorithm of screening study of esophagus and stomach using narrowly spectral, zooming and chromo endoscopy.

Keywords: screening, esophagus cancer, stomach cancer, EUS endoscopy, esophagogastroscopy.

Р.Т. БАРАТОВ, Т.С. ГРЕЧАНАЯ, САГАТ КЫЗЫ АЛИЯ
Больница скорой неотложной помощи НСО г. Алматы

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦИТОФЛАВИН В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА ТЕРАПИИ

По предварительным данным применения антиоксиданта и энергокорректора

цитофлавина у больных с острой ишемией мозга выявлена его высокая клиническая эффективность при применении с первого дня заболевания в сравнении с контрольной группой.

Ключевые слова: ишемический инсульт, острый период ИИ, свободнорадикальные процессы, перекисное окисление, энергокоррекция, антиоксидантная терапия.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема цереброваскулярных заболеваний и инсульта в последние годы становится все более актуальной. Ежегодно в мире мозговой удар настигает более 15 млн. человек. В России каждый год регистрируется более 500 тысяч случаев острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Инсульт молодеет – в последние годы не менее 20% ОНМК отмечают у больных моложе 50 лет [1, 2]. Ежегодно в Республике Казахстан происходит свыше 49 000 инсультов [3]. По прогнозам специалистов в ближайшие годы существенного снижения заболеваемости инсультом ожидать нельзя. К 2020 году общая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний увеличится почти на три четверти – более половины будут составлять нарушения мозгового кровообращения [4].

Изменилась структура больных, госпитализированных с острыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы – пациентов с инсультом стало почти в 2 раза больше, чем больных с инфарктом миокарда [5,6].

В рамках новой главы ангионеврологии инсульт представляется как клинический синдром острого сосудистого поражения головного мозга, который является исходом различных по своему характеру патологических состояний системы кровообращения: сосудов, сердца, крови [7]. Ишемические инсульты встречаются в 80%, геморрагические – в 20%. [8].

Летальность от острого нарушения мозгового кровообращения, в структуре общей смертности населения в мире, составляет 4,7 млн. человек в год, а ранняя (30-дневная) – 35%, при этом, в течение года умирает ~50% больных, т.е. каждый второй заболевший. Показатели смертности за последние 15 лет увеличились на 18%, достигнув 280 человек на 100 тыс. населения. Среди выживших больных 75-80 % становятся инвалидами, 1/3 из них полностью зависит от помощи окружающих, нуждаясь в длительной дорогостоящей реабилитации [9,10]. Только 20% выживших больных могут вернуться к прежней работе, а стоимость расходов на социальную реабилитацию и восстановительное лечение одного больного составляет от 55 до 73 тыс. долларов в год [11, 12].

Согласно современным представлениям инсульт является процессом, развивающимся в динамике во времени и пространстве, от очаговой церебральной ишемии с незначительными функциональными расстройствами до необратимых морфологических нарушений [13]. Основой терапии ишемического инсульта, независимо от этиологии, являются два направления:

А. Ядерная зона (структурные изменения)

Б. Ишемическая полутьма = пенумбра = митохондриальная дисфункция

(функциональные изменения) [14].

Головной мозг обладает крайне низкой резистентностью к ишемии гипоксии, при этом большое значение имеет недостаточность собственных антиоксидантных защитных систем. При церебральной ишемии значительная активация свободнорадикальных процессов происходит на фоне ограниченного доступа антиоксидантов через кровяное

русло. Важнейшим этапом патофизиологических нарушений при гипоксических состояниях при инсультах как ишемическом, так и геморрагическом является недостаток энергообеспечения клеток мозга за счет снижения активности дыхательной мощности митохондрий и активации свободнорадикальных процессов, инициируемых неутрилизированным кислородом [15].

Применение антигипоксантов, фармакокинетика которых направлена на повышение резистентности церебральных структур к гипоксии, в первую очередь, необходимо при лечении острых поражений мозга. Современные патогенетические представления позволили предложить схему последовательных этапов «ишемического каскада» на основе их причинно-следственных связей и значимости для терапии:

- 1) Снижение мозгового кровотока;
- 2) Глутаматная «эксайтотоксичность»;
- 3) Внутриклеточное накопление кальция;
- 4) Активация внутриклеточных ферментов;
- 5) Повышение синтеза NO и развитие оксидантного стресса;
- 6) Экспрессия генов раннего реагирования;
- 7) Отдаленные последствия ишемии (реакция местного воспаления, микроваскулярные нарушения, повреждения гематоэнцефалического барьера, некроз клеток);
- 8) Апоптоз — запрограммированный некроз клеток [16].

Каждый этап каскада является своеобразной мишенью для терапевтических воздействий. Патогенетическое обоснование назначения комплексного цитопротектора Цитофлавина при ишемическом инсульте:

- стимулирует дыхание и энергообразование в клетках
- улучшает процессы утилизации кислорода и глюкозы в тканях;
- восстанавливает активность ферментов антиоксидантной защиты;
- активирует внутриклеточный синтез белка;
- способствует ресинтезу γ -аминоасляной кислоты в нейронах.

В условиях ишемии мозга Цитофлавин (ЦФ) препятствует резкому снижению уровня АТФ, стимулирует активность аденилатциклазы, что позволяет снизить содержание лактата, улучшает оксигенацию крови, ограничивает зону ишемического повреждения и стимулирует репаративные процессы [16].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В данной работе изучена клиническая эффективность ЦФ в остром периоде ишемического инсульта, в зависимости от времени подключения в комплексную терапию: с первого или 12 дня заболевания. Все больные были разделены на 2 группы (по 15 человек): 1-я — пациенты, получавшие базисную терапию + ЦФ с первых часов поступления, 2-я — получавшие базисную терапию, а ЦФ подключался в отделении ранней реабилитации с 12 дня заболевания.

Критерии включения: установленный клинический диагноз «Ишемический инсульт».

Критерии исключения: ПНМК, хроническая ишемия мозга, геморрагический инсульт, сведения об аллергических реакциях на прием витаминов группы В и рибоксин.

Общепринятое обследование проводилось при включении пациентов в исследование, на 12-е и 21-е сутки от начала терапии. Для оценки состояния больных использовались: шкала ком Глазго (ШКГ), для оценки неврологического статуса - National Institutes of Health Stroke Scale - Шкала инсульта Национального института здоровья (NIHSS), для оценки уровня качества жизни - стандартная формализованная шкала Бартела.

Пациентам обеих групп в комплексной терапии применялся «Цитофлавин» (производства НТФФ «Полисан») - комплексный цитопротектор, состоящий из естественных метаболитов организма и витаминов, содержащий янтарную кислоту, инозин, никотинамид, рибофлавина мононуклеотид натрия. ЦФ вводился внутривенно капельно по 10,0 мл на 200,0мл физиологического раствора один раз в сутки, медленно (50-60 капель в минуту), в 1 группе в течение 20 дней, во 2 группе – 10 дней. Комплексная медикаментозная терапия включала: гипотензивные, противоотечные, антикоагулянты, антиагреганты, вазоактивные препараты, нейтропротекторы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Таблица 1 - Распределение наблюдаемых больных по полу и возрасту

Группа, пол	Возраст, годы\абсолютные цифры,%			
	До 40	41-50	51-60	Старше 60
1 группа, мужчины	-	1\6,6%	2\13,3%	4\26,6%
1 группа, женщины	-	1\6,6%	3\20%	4\26,6%
2 группа, мужчины	-	1\6,6%	3\20%	3\20%
2 группа, женщины	-	2\13,3%	3\20%	3\20%

Таблица 2 - Распределение наблюдаемых больных по наличию в анамнезе следующих заболеваний (абсолютные цифры,%)

Нозологии	1 группа	2 группа
Артериальной гипертензии	15\100%	14\93,3%
Ишемической болезни сердца	13\86,6%	12\80%
Атеросклероз БЦА	9\60%	7\46,6%
Сахарный диабет	8\53,3%	5\33,3%

Таблица 3 - Распределение больных по уровню депрессии сознания, оцененный по ШКГ (%)

Нозологии	1 группа	2 группа
Сопор	26,6%	20%
Глубокое оглушение	26,6%	20%
Умеренное оглушение	33,3%	33,3%
Сознание ясное	13,3%	26,6%

Таблица 4 - Распределение больных по уровню неврологического дефицита, оцененного по шкале NIHSS (%)

Нозологии	1 группа	2 группа
20-24 баллов	33,3%	26,6%
16-19 баллов	20%	13,3%
10-15 баллов	33,3%	33,3%
8-9 баллов	13,3%	26,6%

Гипергликемия (выше 7,5 ммоль/л) исходно была зафиксирована у 11-ти (73,3%) пациентов в 1 группе и 7 (46,6%) - во 2 группе. При этом ранее диагностированный сахарный диабет наблюдался у 8 (53,3%) в 1 группе, и у 5 (33,3%) б-х во 2 группе.

Изменение состояния больных в исследуемых группах на фоне лечения Цитофлавином.

Из 11 пациентов, у которых при экспресс-диагностике перед введением цитофлавина был выявлен уровень сахара в крови выше 7,5 ммоль/л, в 8 (72,7%) случаях снижение этого показателя в пределах от 0,5 до 1,1 ммоль/л отмечалось уже после первого внутривенно-капельного введения.

У больных со степенью угнетения сознания от сопора до оглушения уже при первом введении ЦФ наблюдался «пробуждающий» эффект. Находившиеся в сопоре лучше реагировали на внешние раздражители, изменение положения тела. При оглушении - достоверное улучшение вербального контакта и двигательной активности (диаграмма 1). Как видно из диаграммы 3, у пациентов 1 группы уже в первые 10 дней отмечается повышение на 3,4 единицы по ШКГ, тогда как во второй группе – на 2,5 единицы. Пациенты второй группы и объективно, и субъективно воспринимались как более астенизированные (диаграмма 2).

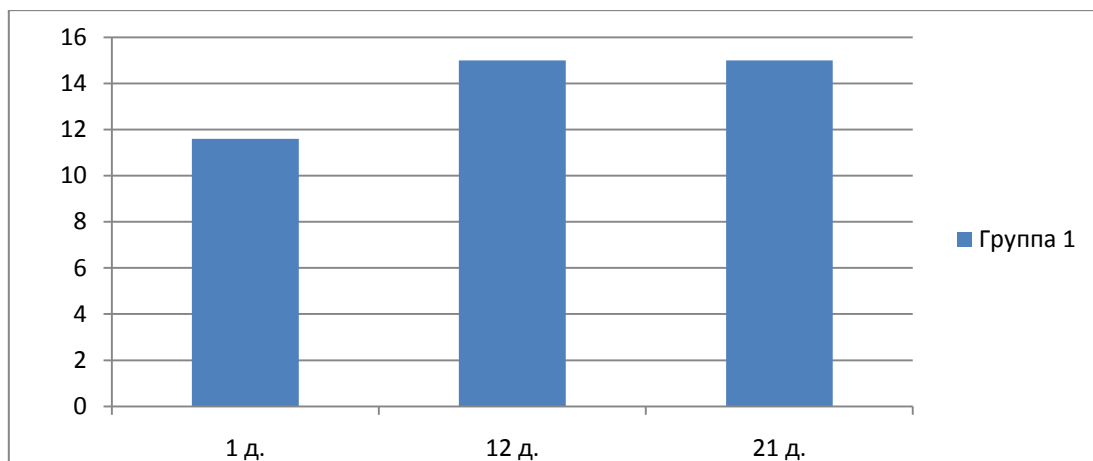


Диаграмма 1 - Динамика уровня депрессии сознания по ШКГ в баллах в 1 группе

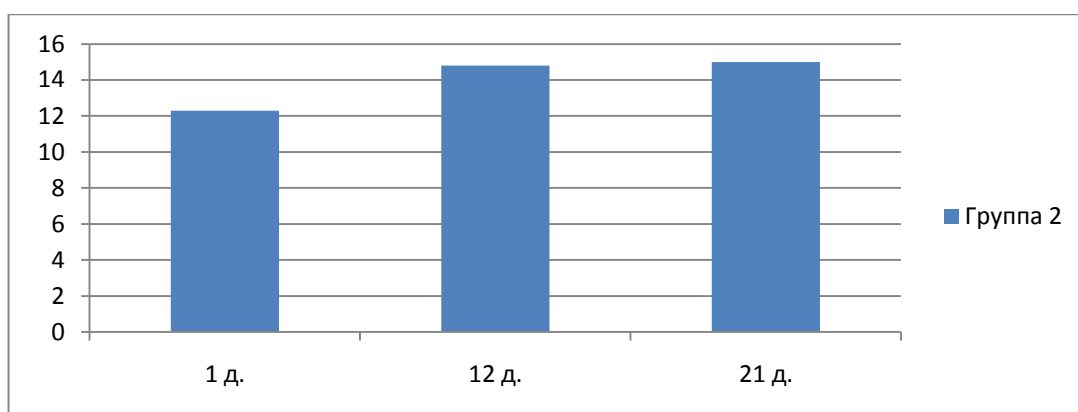


Диаграмма 2 - Динамика уровня депрессии сознания по ШКГ в баллах во 2 группе

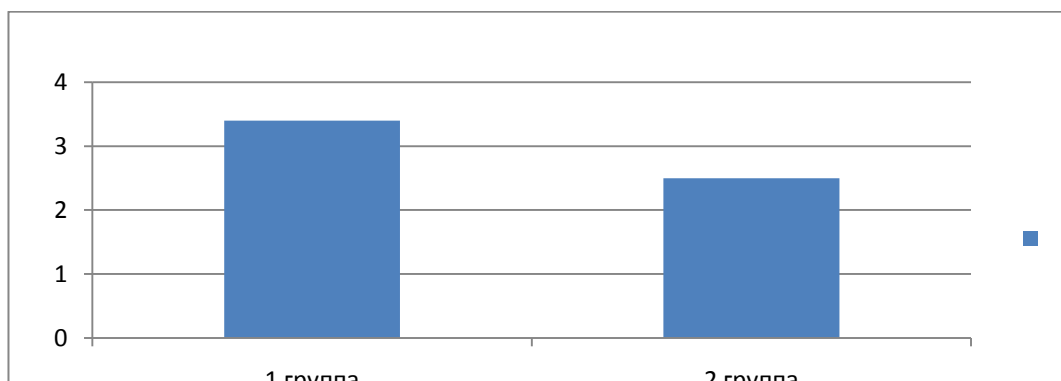


Диаграмма 3 - Сравнение эффективности применения ЦФ у больных с ИИ в остром периоде в зависимости от времени начала терапии по ШКГ в баллах

Динамика неврологического статуса – по шкале NHISS (по критериям Brott et. al.) в первые 10 суток отмечается значительная положительная динамика в 1 группе: переход из состояния между среднетяжелым и тяжелым инсультом в

состояние средней степени тяжести (диаграммы 4,5). Во второй группе данное улучшение отмечается на 21 сутки (диаграммы 4,5).

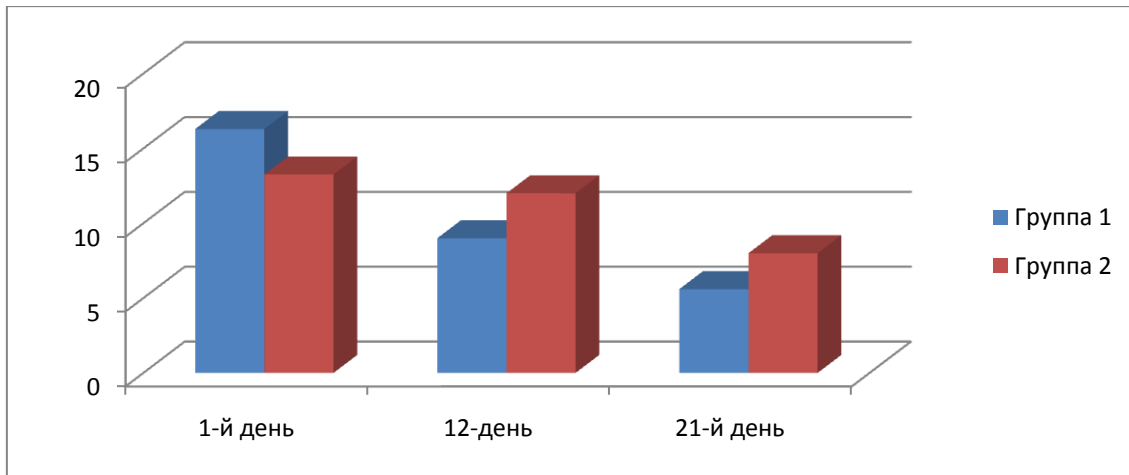


Диаграмма 4 - Динамика неврологического статуса – по шкале NHSS в баллах в обеих группах

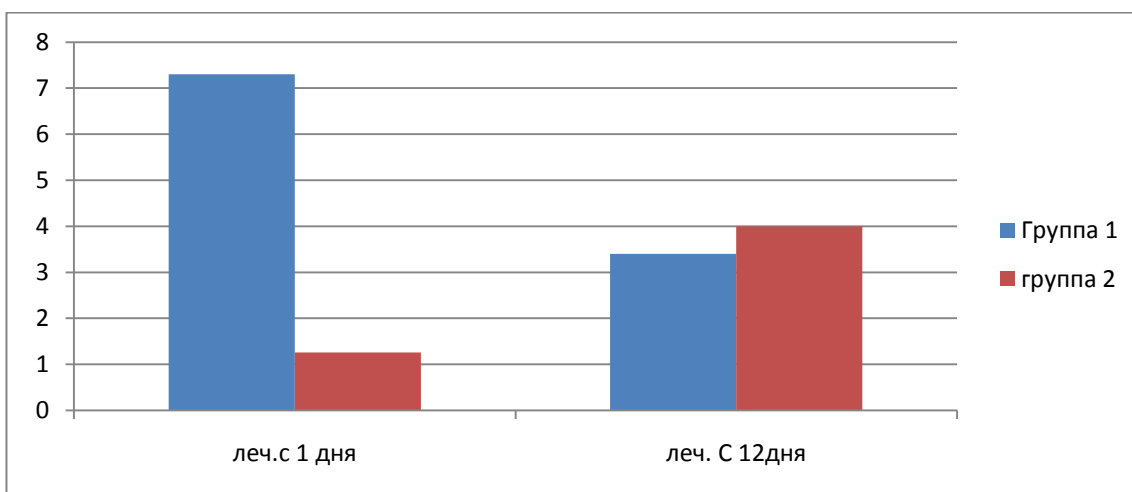


Диаграмма 5 - Сравнение эффективности применения ЦФ у больных с ИИ в остром периоде в зависимости от времени начала терапии по шкале NHSS в баллах

Уровень социальной адаптации (по Бартелю) при включении в исследование пациентов составлял 12,3 и 13 баллов в 1-й и 2-ой группах соответственно (полная невозможность самообслуживания). К 12 суткам от начала терапии индекс Бартеля в первой группе поднялся до 26,6 баллов (пациенты смогли выполнять некоторые элементарные действия по

самообслуживанию), а во второй осталась на уровне «выраженная зависимость от внешней помощи». К 21 суткам в обеих группах пациентов, получавших курс цитофлавина, социальная адаптация перешла в категорию «умеренная зависимость от внешней помощи» (диаграммы 6,7)

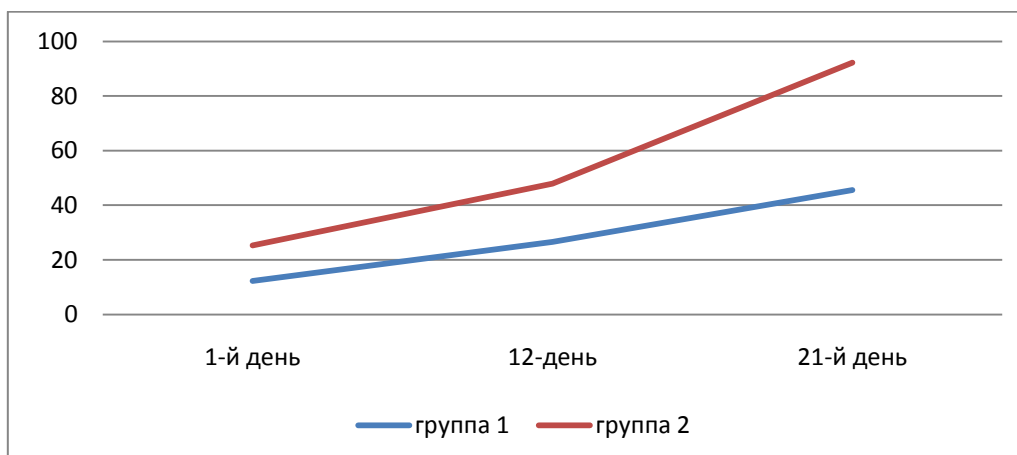


Диаграмма 6 - Динамика социальной адаптации – по шкале Бартеля в обеих группах

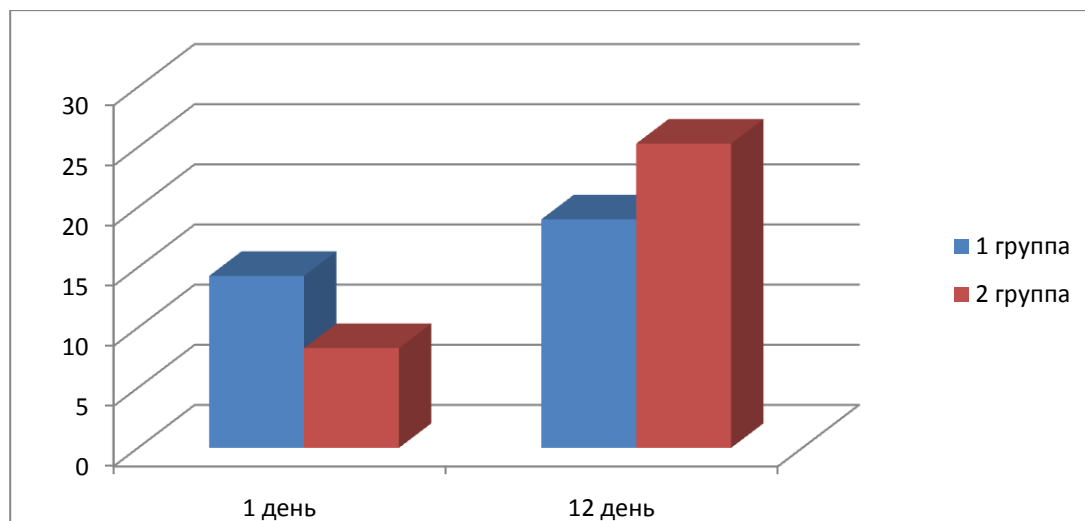


Диаграмма 7 - Сравнение эффективности применения ЦФ у больных с ИИ в остром периоде в зависимости от времени начала терапии (по Шкале Бартеля)

Выводы

1. Применение цитофлавина в программе интенсивной терапии у больных с ишемическими инсультами в первые часы от начала развития инсульта, приводит к более быстрому регрессу очаговых неврологических расстройств и депрессии сознания.
2. Индекс социальной адаптации Бартеля в конце острого периода периода на 21 сутки перешел в категорию «умеренная зависимость от внешней помощи», а применение ЦФ с первых дней дал возможность пациентам уже в первые 10 суток выполнять некоторые элементарные действия по самообслуживанию.
3. Как правило, при сочетании ИИ с сахарным диабетом наблюдается тенденция к гипергликемии в первые дни заболевания. Учитывая гипогликемическое действие ЦФ аспект целевого применения ЦФ при сахарном диабете на

догоспитальном этапе, очевидно, требует специального изучения и, несомненно, перспективен.

4. Цитофлавин хорошо переносится больными с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Осложнений при использовании цитофлавина во время и после инфузии препарата отмечено не бы. Таким образом, цитофлавин, являясь антигипоксантом, антиоксидантом, энергокорректором и цитопротектором, способствует нормализации обменных процессов в головном мозге. ЦФ дает также такой метаболический эффект, как снижение уровня сахара в крови. Применение цитофлавина в программе интенсивной терапии у больных с ишемическими инсультами в первые часы от начала развития сосудистой катастрофы, приводит к более быстрому регрессу депрессии сознания, очаговых неврологических расстройств, и лучшей социальной адаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гусев Е.И. Проблема инсульта в России. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.2003; 9:3-5 Варлоу Ч.П., Деннис М.С. и др. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных (А.А.Скоромца и В.А.Сорокумова ред.). –С-Пб: Политехника, 1998. –629 с.
- 2 Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. – М.: Медицина, 2003. – 512 с
- 3 Ж.Б.Дюсембаева. Острейший период ишемического инсульта: клиническая характеристика.- Вестник КазНМУ №4, 2012.-27с.
- 4 Ранняя профилактика ишемического инсульта: Заявление для специалистов медико-санитарной службы, сделанное Советом по проблемам инсульта при Американской ассоциации кардиологов/Л.Б.Голдстейн и др./Пер. с англ. И.В.Саньковой из журн.: Circulation.2001.-V.103.-P.163-182.-М.: ГВГ им. Н.Н.Бурденко, 2002.-49с.
- 5 Hankey G.J., Warlow C.P. Treatment and secondary prevention of stroke: evidence, costs, and effects on individuals and populations/ The Lancet. 1999; 354: 1457-63.
- 6 Easton D.F., Peto J., Babiker A.G. Floating absolute risk: an alternative to relative risk in survival and case-control analysis avoiding an arbitrary reference group. StatMed 1991; 10:1025 – 1035.
- 7 Верещагин Н. В. Гетерогенность инсульта в клинической практике // Альманах № 1. Академия инсульта. 2006.С. 4–7.
- 8 Клочева Е. Г., Александров М. В., Фомина Е. Б. Применение Цитофлавина у больных с гипоксическим состоянием головного мозга ишемического генеза //Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. 2002., № 1–2.,С. 24–30.
- 9 Гусев В.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. -М.: Медицина.- 2001.-328с.
- 10 Лукьянова Л.Д. Лукьянова Л.Д. Роль биоэнергетических нарушений в патогенезе гипоксии // Патологическая физиология и экспериментальная терапия -2004.-№2.-С.2-11.
- 11 Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / Под. ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной. - М.: Интермедика.- 2002.-208с.
- 12 Кадыков А.С., Черникова Л.А., Калашникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Ранняя реабилитация больных с нарушениями мозгового кровообращения // Неврологический журнал.–1997–№1–С.24–27.
- 13 Суслина З. А. Ишемический инсульт: принципы лечения в острейшем периоде // Альманах № 1. Академия инсульта. 2006.С. 22–44.
- 14 Ливанов Г. А. Использование метаболического антиоксиданта Цитофлавина в коррекции гипоксии и её последствий при тяжёлых формах отравлений нейротропными ядами // Вестник интенсивной терапии. — 2009. № 1.С. 60–63.).
- 15 Irwin R. S., Rippe J. M. // Intensive care medicine. — 2003. — P. 2336.
- 16 Скворцова В. И., Ефремова Н. В., Шамалов Н. А. и соав. Церебральная ишемия и нейропротекция// Медицина: Инсульт. — 2006. № 2.С. 35–42.

Р.Т. БАРАТОВ, Т.С. ГРЕЧАННАЯ, САГАТ КЫЗЫ АЛИЯ

Жедел шұғыл медициналық көмек беру ауруханасы. Нейроинсультты бөлім. Алматы қаласы.

ЕМДІ БАСТАУ УАҚЫТЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ЖЕДЕЛ ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ КЕЗЕҢІНДЕ ЦИТОФЛАВИН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Болжамалы мәліметтерге сүйенсек, мидың жедел ишемиясы бар науқастарға антиоксидантты және цитофлавин энергокорректорын қолдануда бақылау тобымен салыстырғанда алғашқы күннен бастап өте жоғары клиникалық тиімділік байқалған.

Түйінді сөздер: ишемиялық инсульт, ИИ жедел кезеңі, босрадикалды процесстер, сутегінің асқын тотығуы, энергокоррекция, антиоксидантты терапия.

R. T. BARATOV., GRECHANNAYA T. S., SAGAT KIZI ALYA

Hospital emergensi care. Department stroke unit. Almaty city.

EFFECTIVNESS OF THE DRUG CITOFILAVIN IN ACUTE ISCHEMIC STROKE, DEPENDING ON THE TIME OF INITIATION OF THERAPY

Resume: According to the preliminary data, the use of antioxidant and energy corrector cytoflavin in patients with ischemic stroke of the brain revealed its clinical efficacy when applied on the first day of the disease compared with the control group.

Keywords: ischemic stroke, acute phase of ischemic stroke, free-radical processes, lipid peroxidation, energy correction, antioxidant therapy.

Б.Е. БАСТИМИЕВА

*Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова
Городская больница скорой неотложной помощи г. Алматы*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

В статье представлены результаты анализа аутопсии ВИЧ-инфицированной больной с псевдотуберкулезом. Псевдотуберкулез характеризуется генерализацией процесса, полиорганностью.

Ключевые слова: псевдотуберкулез, ВИЧ-инфекция, аутопсия, головной мозг, печень, легкие, селезенка, морфология, грануляционная ткань.

Масштабы распространения ВИЧ приобрели глобальный характер и представляют реальную угрозу социально-экономическому развитию большинства стран мира. В 2010 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло около (34 миллионов человек, число новых случаев ВИЧ – инфекции - около 2,7 (2,3–2,8) миллиона и 1,8 (1,6–2,1) миллиона человек умерли от заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией.

В Казахстане эпидемия ВИЧ-инфекции удержана на концентрированной стадии. По состоянию на 1 января 2011 года в стране зарегистрирован 15 571 случай ВИЧ-инфекции. В течение последних лет отмечается снижение темпов ее распространения.

В последние годы увеличивается доля женщин репродуктивного возраста в числе новых зарегистрированных случаев (в 2010 году – 37%). Этот показатель свидетельствует о повышении активности гетеросексуального пути передачи ВИЧ-инфекции. Инфицирование женщин преимущественно происходит от половых партнеров-наркопотребителей, в результате незащищенных сексуальных контактов. В последние годы наблюдается рост полового пути передачи, который в 2010 году составил 42,8%. В отечественной и зарубежной литературе мы не нашли работ, описывающих случаи ВИЧ-инфицированных с псевдотуберкулезом. Псевдотуберкулез, иерсиниоз продолжают оставаться одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, в связи с их распространенностью, проблемами лабораторной диагностики и исходами. - Псевдотуберкулез – острое инфекционное заболевание, зооноз группы иерсиниозов, *Yersinia pseudotuberculosis* (главным образом I и III серотипов). Характеризуется алиментарным путем заражения, природной очаговостью, зимне-весенней сезонностью, поражением ряда органов и систем, склонностью к рецидивам. Основной источник инфекции – грызуны. Больной человек и носитель для окружающих не опасен. Основной путь передачи алиментарный (чаще с овощами). Проникновение бактерий в организм начинается со слизистой ротоглотки с развитием фарингита и нередко шейного лимфаденита. Бактериемия сопровождается симптомокомплексом скарлатиноподобной лихорадки. Морфологически в пораженных тканях отмечают развитие альтеративно-экссудативных и продуктивных изменений.

Воспалительная инфильтрация сопровождается появлением иерсиниозных гранул из эпителиоидных клеток и гигантских клеток Лангханса. Характерна склонность гранул к абсцедированию и наличие в клеточном составе гранулемы, как и прилежащей ткани, сегментоядерных лейкоцитов.

Иногда развивается острый гепатит, селезенка гиперплазирована (масса увеличивается в 1,5–2 раза), выражены реактивные изменения лимфоидной ткани. Характерно появление системных васкулитов, развитие гломерулонефрита. Септическая, наиболее тяжелая форма (до 50% летальных исходов) протекает как септицемия. Чаще наблюдается у лиц с иммунодефицитными состояниями. .. Обычный исход – выздоровление. В обычных условиях у здоровых людей не приводит к развитию болезни, которая проявляется тяжелым, рецидивирующим течением, устойчивым к лечению. В данном случае, на фоне нарастающей

иммуносупрессии развилась тяжелая, прогрессирующая, генерализованная форма псевдотуберкулеза.

Цель работы состоит в демонстрации аутопсийного случая с морфологическими особенностями течения псевдотуберкулеза у ВИЧ-инфицированной больной.

Материалом исследования был труп женщины И., молодого возраста -30лет, резко пониженного питания, кожные покровы бледные, чистые. Из истории болезни: поступила в бессознательном состоянии в экстренном порядке в токсикологическое отделение Городской больницы неотложной помощи г.Алматы, по словам сожителя наркоманка, состояла на учете по поводу СПИДа с 2007 года, имеет 3-хлетнюю дочь. Узнала, что у нее анализы на ВИЧ положительные, решила отравиться (употребила неизвестные таблетки). При осмотре невропатологом выявлены положительные менингеальные симптомы, лихорадка, больная была переведена в нейроинсультное отделение .КТ головного мозга:справа, в височной области гиподенсные сигналы, характерные для острого нарушения кровообращения. Несмотря на проводимые реанимационные мероприятия больная умерла. Данные вскрытия: головной мозг в височной области правого полушария на разрезе в толще белого вещества определялась очаг дряблой консистенции, серо-белого цвета размерами 2.0x1.5см.Верхняя доля правого легкого уплотнена, на разрезе определялась полость,размерами 3.0x2.0см., с плотными, утолщенными стенками, на разрезе густое, гнойное содержимое. Миокард дряблый, видимых изменений не определялось. В пищеводе,желудке мелкоточечные кровоизлияния, сплещенность складок и истончение слизистой желудка.

Печень незначительно увеличена, плотноэластичная, желтокоричневого цвета, на разрезе определяются множественные мелкоточечные очажки серого цвета, плотной консистенции.

Селезенка увеличена, размерами 25x10x4см., плотной консистенции за счет мелких, плотных узелков белого цвета, размерами 0.5-0.8см., на разрезе белого цвета. Микроскопически: В веществе головного мозга определялись обширные участки казеозного некроза, кровоизлияния, васкулиты с диффузной моноцитарной инфильтрацией. (рис.1) В сердце так же отмечались васкулиты с выраженной белковой и жировой дистрофией кардиомиоцитов. (рис.2) В легких: на фоне острого воспаления определялась склерозированная стенка абсцесса, заполненная нейтрофильными лейкоцитами с примесью моноцитов, лимфоцитов, наряду с этими изменениями определялись множественные очаги коагуляционного некроза по периферии которого видны скопления лимфоцитов, моноцитов, лейкоцитов, единичных эпителиоидных клеток. (рис.3)

В ткани печени выражены васкулиты и диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация с примесью моноцитов портальных трактов; на этом фоне определяются многочисленные очаги коагуляционного некроза с глыбчатым распадом, по периферии которых определяются скопления моноцитов и единичных лейкоцитов, лимфоцитов. Гепатоциты в состоянии крупнокапельной жировой и белковой дистрофии (рис.4).

В почках отмечалась аналогичная картина (рис.5). В селезенке определялся гиалиноз центральных артерии, многочисленные очаги коагуляционного некроза, окруженные единичными лимфоцитами, моноцитами. Выражена атрофия лимфоидных фолликулов, отмечаются выраженные васкулиты, стазы. (рис.6) Таким образом, был выставлен патологоанатомический диагноз: генерализованная инфекция по типу псевдотуберкулезной инфекции (по морфологическим данным):

множественные гранулемы в мозгу, в легких, в печени, почках, селезенке. Крупноочаговые некрозы в легких, мозгу, селезенке, в мышечном слое тонкой кишки. Продуктивный периваскулярный васкулит с микротромбами, стазами. Геморрагический инфаркт легкого. Пневмония с абсцедированием. Очаговый мезангиальный гломерулонефрит. Причина смерти: интоксикация.

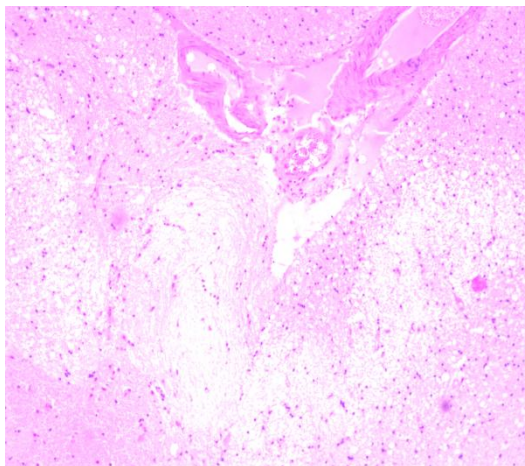


Рисунок 1 - Ткань головного мозга. Окраска гематоксилин-эозин

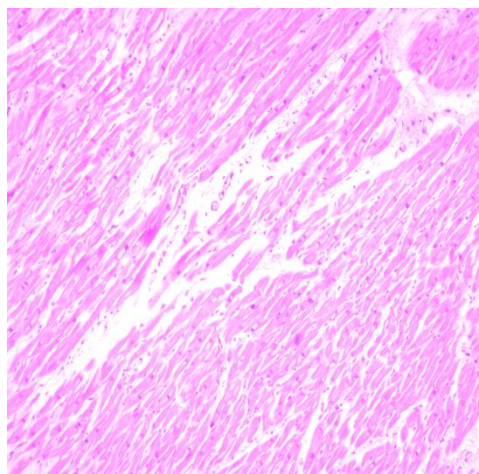


Рисунок № 2. Ткань миокарда. Окраска гематоксилин-эозин.

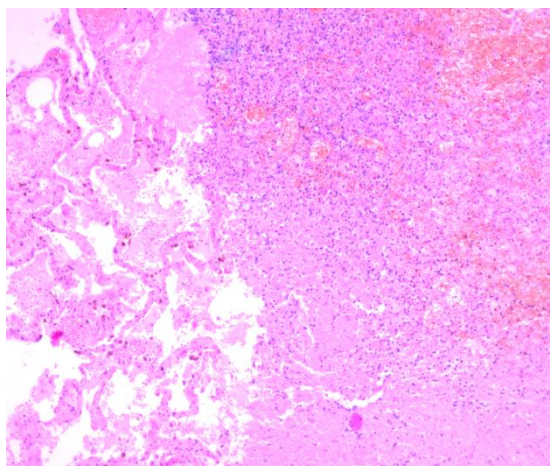


Рисунок 3 - ткань легкого. Окраска гематоксилин-эозин

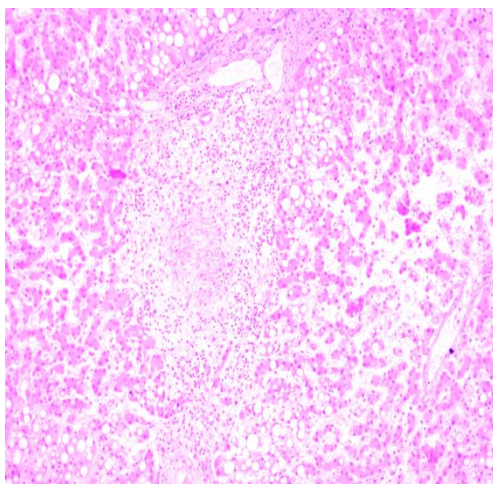


Рисунок 4 - ткань печени. окраска гематоксилин-эозин

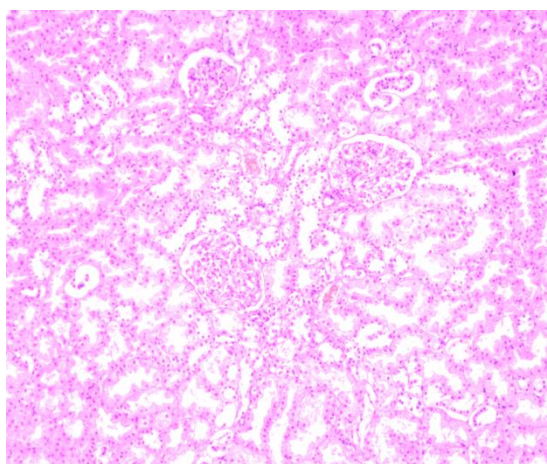


Рисунок 5 - Ткань почки. НЕХ200

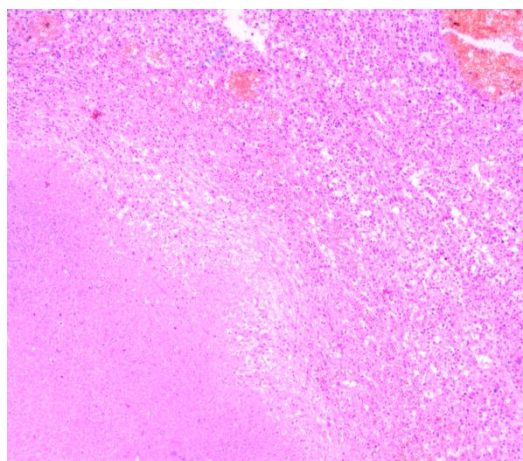


Рисунок 6 - Ткань селезенки. НЕ X 100

Результаты и обсуждения. По литературным данным, стадия первичных проявлений в острой фазе болезни нередко протекает без четких клинических симптомов, но у 30-50% инфицированных появляются симптомы острой ВИЧ-инфекции («острый ретровирусный синдром»), наиболее часто проявляющейся в виде «мононуклеозоподобного», «гриппоподобного» заболевания. В этих случаях острая лихорадочная фаза болезни сопровождается: лихорадкой (у 96%). Острая ВИЧ-инфекция, как

правило, переходит в бессимптомную, продолжающийся несколько лет (от 1 до 8 лет, иногда более), когда человек считает себя здоровым, ведет обычный образ жизни, являясь источником инфекции. По морфологическим данным и данным истории болезни, по видимому у умершей была острая ВИЧ-инфекция, бессимптомная форма. В 2007 году ей был выставлен диагноз: СПИД, клинически протекавший бессимптомно, она успела родить девочку.

Псевдотуберкулез в обычных условиях у здоровых людей не приводит к развитию болезни, которая проявляется тяжелым, рецидивирующим течением, устойчивым к лечению. В данном случае, на фоне нарастающей иммуносупрессии развилась тяжелая, прогрессирующая, генерализованная форма псевдотуберкулеза. Умершая была кахексична, потеря массы тела достигала более 10%. При псевдотуберкулезе отмечают транзиторную недостаточность защитных реакций человека как на уровне специфических, так и неспецифических факторов. У умершей больной развилась развернутая картина псевдотуберкулеза с генерализованным характером, полиорганностью, с выраженной интоксикацией, с последующей гибелью больной.

Выводы: Анализ аутопсийного случая у ВИЧ-инфицированной подтверждает тот факт, что псевдотуберкулез характеризуется:

1. Генерализованным характером, полиорганностью с глубоким разрушением пораженных органов: головного мозга, легких, печени, почек, селезенки, сердца.

2. Морфологически сохраняется гранулематозная тканевая реакция.

3. В связи с тем, что многие больные, и в их числе наркоманы, остаются без лечения и надлежащего диспансерного наблюдения, необходимость в характеристике оппортунистических болезней является чрезвычайно важной. Следует также принимать во внимание, что не все больные, находящиеся на антиретровирусной терапии, поддаются лечению, и у них возможно прогрессирование болезни с развитием оппортунистических заболеваний

4. Следует помнить, что у ВИЧ-инфицированных больных инфекции принимают стойкое, агрессивное течение, нарастает иммунодепрессия, приводящая к генерализации процесса, обширным очагам некроза, к атипическим проявлениям.

б. Поражением внутренних органов, обусловленное не непосредственным воздействием ВИЧ, а оппортунистической инфекцией (псевдотуберкулезом).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Беляя О. Ф., Ручкина И. Н., Ганюшкина Н. Н. Значение иерсиний при синдроме раздраженного кишечника. В кн. Инфекции, обусловленные иерсиниями (иерсиниоз, псевдотуберкулез), и другие актуальные инфекции. – СПб.: 2000. - 6.
- 2 Сидельникова С. М., Ющенко Г. В., Асеева Э. И. Иерсиниозы как терапевтическая проблема // Тер. архив. – 2000. – 11. – С. 27–30.
- 3 Рябчук Ф. Н., Пирогова З. И. Рецидивы иерсиниозной инфекции как фактор формирования хронической гастроэнтерологической патологии у детей // Гастроэнтерология. 2000. – 1. – 2. – С. 81.
- 4 Granfors K., Merilahti-Palo R., Luukkainen R. et al. Persistence of Yersinia antigens in peripheral blood cells from patients with Yersinia enterocolitica O:3 infection with or without reactive arthritis // Arthr. and Rheum. 1998; 41: 855
- 5 ВИЧ-инфекция: Информационный бюллетень №25 ФНМЦ ПБ СПИД / Покровский В. В., Ладная Н. Н., Соколова Е. В., Буравцова Е. В. – М.: 2003. - 30 с.
- 6 Пархоменко Ю. Г., Тишкевич О. А., Шахгильдяев В. И. // Арх. пат., 2003.-Т.65, №3.- С. 24–29.
- 7 Цизерлинг В. А., Комарова Д. В., Васильева М. В., Кареев В. Е. Арх. пат., 2003.-Т.65, №1.-С. 42
- 8 Soriano V. // AIDS, 2002.-V.16.-P.813–828.
- 9 Покровский В. В., Ладная Н. Н., Соколова Е. В. Динамика эпидемии ВИЧ-инфекции в России в 2002 г. // ВИЧ-инфекция, инф. бюллетень, 2003. - №26. - 29 с.
- 10 Екатерина Ионова. КАЗИНФОРМ «экология и здоровье». – Алматы: 18.04.2011.
- 11 Материалы глобального доклада ЮНЭЙДС., 2011г
- 12 Авцын А.П., Пермяков Н.К., Казанцева И.А и др. Методические рекомендации. - М.: С. 5
- 13 Ковширина Ю.В «клинические и иммунопатологические особенности псевдотуберкулеза у детей» диссерт. – Новосибирск: 2008.

Б.Е БАСТИМИЕВА

*Алматы қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті*

ОПОРТУНИСТИК ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ ЖИТС НАУҚАСТАРЫНДА ЖҰРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Мақалада ЖИТС жұқтырылған сырқаттанған аурулардың аутопсиялық сараптамасы жасалды. Псевдотуберкулез кезінде үрдістің генерализациялануымен сипатталады.

Түйінді сөздер: псевдотуберкулез, мәйітті ашу, бас миы, бауыр, өкпе, көк бауыр, морфология, грануляциялық тін.

B.E. BASTYMIIEVA

*City Hospital for emergency assistance Almaty
Kazakh National Medical University of S.D. Asfendiyarov*

OF HIV-INFECTED PATIENT WITH PSEUDOTUBERCULOSIS

Resume: The article presents the results of an autopsy analysis of HIV-infected patient with pseudotuberculosis. Pseudotuberculosis characterized generalization process poliorganosty..

Keywords: Pseudotuberculosis, autopsy, brain, liver, lungs, spleen, morphology, granulation tissue.

А. К. ЖАНГАБЫЛОВ, Г.С. ЕСНАЗАРОВА, М.О. ШЕРМАХАНОВА
Казахстанско-Российский медицинский университет
Городская больница скорой неотложной помощи (г. Алматы)

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ В КАЗАХСТАНЕ

Введение.

Проблема язвенной болезни была и остается одной из самых актуальных в гастроэнтерологии в силу широкой распространенности и тенденции к увеличению частоты встречаемости. В настоящее время общепризнано, что большинство случаев эрозивных гастритов, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки связано с хеликобактерной инфекцией [1]. Инфекция *Helicobacter pylori* с трудом поддается лечению, для достижения успеха необходимо одновременное назначение не менее 2 или 3 антимикробных препаратов и 1 антисекреторного [3, 9]. В последние годы быстро развивается резистентность к метронидазолу, в меньшей степени к макролидам – кларитромицину. Причем кларитромицин не желательно назначать в конкретной популяции при наличии данных о резистентности *Helicobacter pylori* к этому антибиотику свыше 30%. Это же касается метронидазола и амоксициллина, хотя резистентность к последнему у *Helicobacter pylori* встречается значительно реже [3].

Целью настоящего исследования явилось изучение резистентности *Helicobacter pylori* к антибактериальным препаратам при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки в Казахстане.

Материал и методы:

Обследовано 92 больных в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст – 32,4 год.), из них мужчин-42, женщин- 50, все они

предъявляли жалобы, характерные для заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическим исследованием выявлены: язвенная болезнь у 30 (32,6%) больных, из них желудка - у 4, 12-перстной кишки - у 26; хронический гастрит у 58(63%) больных, из них эрозивная форма – у 50, катаральная - у 8; хронический дуоденит у 4(4,4%) больных, из них эрозивная форма - у 2, катаральная - у 2. Причем у всех отмечалось обострение патологического процесса.

Всем больным проведена фиброзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией.

Всего было взято 276 биоптатов, по 3 (из антрального отдела - 2, из тела желудка - 1) от каждого больного, которые исследованы микробиологическим методом с определением чувствительности к антибиотикам (амоксициллин, кларитромицин) и метронидазолу.

Результаты

Колонии, характерные для *Helicobacter pylori*, были выделены из биоптатов 66(71,7%) из 92 обследованных больных, причем у 50% больных язвенной болезнью желудка, у 88,5% ЯБДПК, у 67,2% хроническим гастритом и у 50% хроническим дуоденитом.

Выделенные культуры были чувствительны к кларитромицину в 100% случаев, к амоксициллину в 93%, к метронидазолу в 89,8% (рис. 1.) Резистентность культур выявлена к метронидазолу (10,2%), амоксициллину (7%), к кларитромицину устойчивости не было (рис. 2, 3, 4).

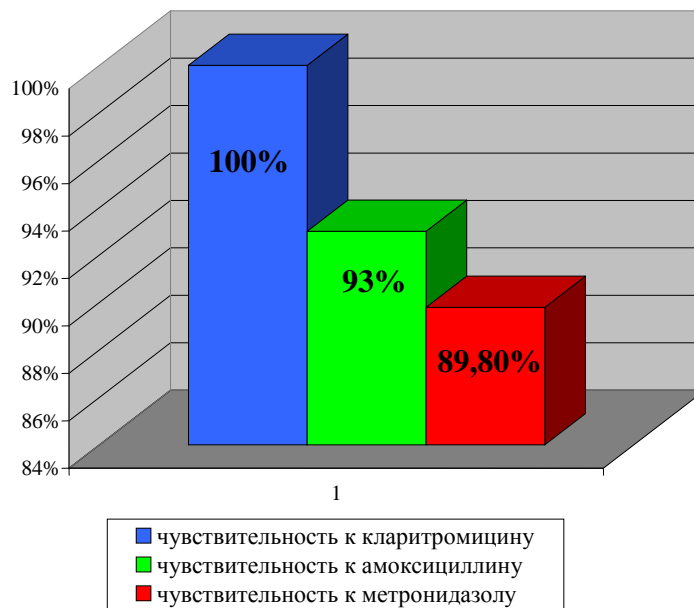


Рисунок 1 - Чувствительность Helicobacter pylori к антибактериальным средствам

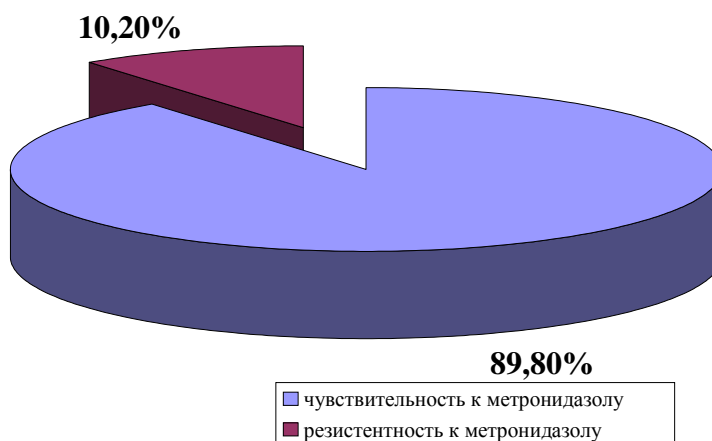


Рисунок 2 - Частота выявления резистентности Helicobacter pylori к метронидазолу

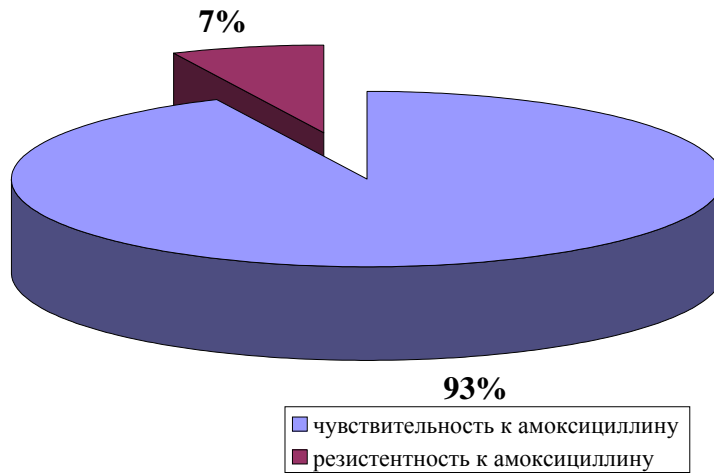


Рисунок 3 - Частота выявления резистентности Helicobacter pylori к амоксициллину

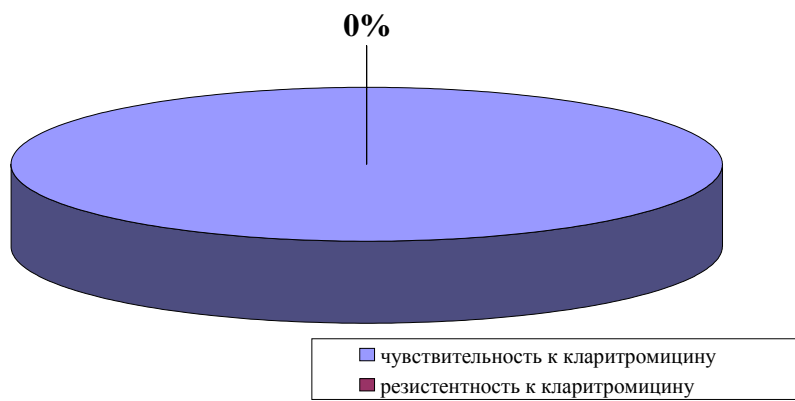


Рисунок 4 - Частота выявления резистентности Helicobacter pylori к кларитромицину

Обсуждение.

Наибольшую информацию о *Helicobacter pylori* возможно получить только при выделении его из прижизненных биопсийных образцов. Бактериологический метод исследования - это единственный метод исследования, обладающий 100% специфичностью. Этот метод исследования дает возможность определять антибиотикорезистентность у *Helicobacter pylori* и проводить за ней динамические наблюдения[2].

По литературным данным в последние годы быстро развивается резистентность к метронидазолу, в меньшей степени к макролидам – кларитромицину[3].

В нашем исследовании резистентность к метронидазолу составила 10,2%, к кларитромицину - не выявлена. По наблюдениям N. Horiki и соавт. (Япония), за период с 1998 по 2003г. частота резистентности к кларитромицину возросла с 4,2 до 12,6%. В то же время Т.Т. Koivisto и соавторы (Финляндия), обследовав 432 больных с инфекцией *Helicobacter pylori*, пришли к заключению, что высокая частота ее устойчивости в финской популяции отмечается лишь к метронидазолу (37%), тогда как к кларитромицину остается низкой (2%). Низкую устойчивость к кларитромицину (3,7%), хотя и несколько возросшую за последние 3 года (с1,3%), обнаружили также G. Kiudelis и соавт. (Литва) [8]. Причина резистентности к метронидазолу может быть связана с использованием этого препарата по поводу урогенитальных, стоматологических инфекций. В настоящее время в России наблюдается резкое

увеличение числа штаммов *Helicobacter pylori*, устойчивых к нитроимидазолам [5,6]. Многочисленными работами показана эффективность применения макролидных антибиотиков (кларитромицина) для лечения *Helicobacter pylori* [7].

Шведские исследователи выявили первичную устойчивость в культуре *Helicobacter pylori* к кларитромицину в 1% биоптатов [4]. Вторичная резистентность *Helicobacter pylori* к кларитромицину в развитых странах достигает 40%, в России - пока не обнаружена (Кудрявцева Л.В., 1998).

По нашим данным резистентность *Helicobacter pylori* к амоксициллину встречалась в 7% случаев, что реже, чем к метронидазолу. Российская группа по изучению *Helicobacter pylori* в 1998 г. сообщила о выделении резистентных к амоксициллину штаммов *Helicobacter pylori*, что составило 11%.

Низкая резистентность *Helicobacter pylori* к кларитромицину и амоксициллину в нашем исследовании, возможно, связана с ограниченным применением этих средств в Казахстане.

Таким образом, выделенные культуры были устойчивы к метронидазолу - 10,2%, амоксициллину - 7%, к кларитромицину резистентности не выявлено.

Заключение.

На основании полученных данных, препараты, входящие в схему 1-линии терапии *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний (Маастрихт III, 2005) обладают высокой эрадикационной способностью и могут быть рекомендованы к применению в Казахстане.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Marshall B., Armstrong J., McGehee D, Glancy R. Attempt to fulfil Koch's postulates for pyloric Campylobacter. // Med.J.Aust.-1985.-Vol.142.- P.436-439
- 2 Дударь Л.В. Микрофлора слизистой оболочки желудка и ее роль в развитии рецидива ЯБ // Врач. Дело. — 1995. — #1-2. — С. 116-117
- 3 The European Maastricht Consensus, 2005/
- 4 Menaker R.J., Sharaf A.A., Jones N.L. (2004) Helicobacter pylori Infection and Gastric Cancer: Host, Bug, Environment, or all three? Curr Gastroenterol Rep. Dec; 6 (6): 429–435
- 5 Григорьев П. Я., Яковенко Э. П., Агафонова А. и др. Пилорический геликобактериоз: диагностика, лечение // [Лечащий врач, июнь 2002, №6](#). - С. 3-8.
- 6 Лапина Т. Л. Современные подходы к лечению кислотозависимых и H.pylori-ассоциированных заболеваний // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 1, 2001. - 21-27.
- 7 Страчунский Л. С., Козлов С. Н. Макролиды в современной клинической практике. – Смоленск: 1998. - 303 с.
- 8 Шептулин А. А. Марданова О.А. Обсуждение проблемы инфекции Helicobacter pylori в ходе Европейской гастроэнтерологической недели. // РЖГГК// №2 с 88-92.
- 9 Gracham D.Y., Lore M.P.(1998) Causes of variability of antimicrobial efficacy Helicobacter pylori. Basic mechanisms to clinical cure. San Diego Marriott. Hotel & Marina. Januar 18-21. - P.45.

А. К. ЖАНҒАБЫЛОВ, Г.С. ЕСНАЗАРОВА, М.О. ШЕРМАХАНОВА
Қазақстан-Ресей медициналық университеті
Қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы (Алматы қ.)

HELICOBACTER PYLORIDІҢ ANTIБАКТЕРИАЛДЫҚ ПРЕПАРАТТАРҒА ТӨЗІМДІЛІГІНІҢ ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЖИІЛІГІ

Түйін: Мақалада Қазақстандағы асқазан және 12 елі ішектің ойық жара ауруларын емдеуге қолданатын антибактериалдық препараттардың *H. Pylori*-ға қарсы төзімділігін зерттеу мақсаты қойылған.

Асқазан және 12 елі ішек аурулары бар 20 және 65 жас аралығында 92 науқас тексерілген (ерлер– 42, әйелдер – 50). Науқастарға түгел фиброэзофагогастродуоденоскопия биопсиямен жүргізілген. Асқазанның 2 бөлігінен 276 биоптат алынған (антральдық 2, денесі 1).

Әр биоптат микробиологиялық әдіспен тексеріліп, олардың антибиотиктерге (кларитромицин, амоксициллин, метронидазол) төзімділігі зерттелген. Шығарылған өсімділер метронидазолға 10,2%, амоксициллинге 7% жағдайда төзімді болды. Кларитромицинге төзімділік анықталмады.

А. К. ЖАНҒАБЫЛОВ, Г.С. ЕСНАЗАРОВА, М.О. ШЕРМАХАНОВА
Казахстанско-Российский медицинский университет
Городская больница скорой неотложной помощи (г. Алматы)

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ HELICOBACTER PYLORI К ANTIБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ В КАЗАХСТАНЕ

Resume: The purpose is studying of stomach and duodenum diseases resistance to antibacterial medicines in stomach and duodenum diseases in Kazakhstan. 92 patients at the age of 20-65 (the average age is 32,4) with the following diagnoses were examined (men-42, women-50).

The fibrogastroduodenoscopy with biopsies were obtained to all patients. It was taken 276 biopsies-3 biopsies per each patient from the stomach's antrum (2 biopsies) and corpus ventriculi (1 biopsy), which were examined by microbiological methods with determining of sensitive to antibiotics (amoxicillin, clarithromycin) and metronidazole.

These cultures were resistant to metronidazole – 10,2 %, amoxicillin – 7%, it wasn't determined resistant to clarithromycin.

А.К. ЖАНГАБЫЛОВ, М.О. ШЕРМАХАНОВА, Е.А. РОТМАНОВА, А.М. НУРМАХАНОВА

Казахстанско-Российский медицинский университет
Городская больница скорой неотложной помощи (г. Алматы)

ИПП ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ, СЕЛЕКТИВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Основной орган в котором происходит метаболизм, это печень. Большинство лекарств инактивируются ферментами печени, превращаются в растворимые вещества, пригодные для выведения почками. Болезни печени сопровождаются снижением в ней активных ферментов, что ведет к нарушению метаболизма лекарств, накоплению их в организме нерасщепленном, неизменном виде и как следствие к интоксикации.

Все лекарственные средства, в том числе Ингибиторы протонной помпы (ИПП) 1 поколения, ксенобиотики, подвергаются интенсивному метаболизму в печени ферментами системы цитохрома P450, вернее его изоферментами CYP2C19 и CYP3A4. При приеме одновременно нескольких лекарств создается конкурентная ситуация за изоферменты цитохрома P450, часть препаратов задерживаются, накапливаются в организме без метаболических превращений не выводятся с почками, приобретают токсические свойства. Клинически такая ситуация проявляются симптомами лекарственной интоксикации, лекарственного взаимодействия, осложнений, побочных явлений.

Превращение этилового спирта в печени также катализирует фермент цитохром P450, так как спирт и лекарственные средства являются субстратами одной и той же ферментативной системы, их совместное воздействие на организм может быть опасным для жизни. Установлено, что при приеме двух препаратов потенциальный риск побочных явлений их взаимодействия составляет 6%, 5 препаратов – 50%, 6-7 препаратов 80%. То есть, назначение более двух препаратов небезопасно для больного, особенно при патологии печени.

Представители ИПП II поколения Пантопразол, Рабепразол по сравнению с ИПП первого поколения (Омепразол, Лансопразол) селективно связываются с двумя молекулами цистеина протонного канала и оказывают более сильное блокирующее взаимодействие на H^+K^+ - АТФазу минуя систему цитохром P450 и не взаимодействуя с другими лекарственными средствами, что позволяет использовать их в различных терапевтических комбинациях, как безопасные препараты. [7]

В лабораторных исследованиях было показано, что ИПП второго поколения быстрее блокирует функцию протонной помпы по сравнению с другими ИПП. Оказывая более быстрый выраженный антисекреторный эффект ИПП второго поколения уже в течение первых суток, более стойко и длительно удерживает в рН в пределах $>4>5$. В связи с этим следует упомянуть, что максимальное, стабильное поддержание рН в течение суток имеет важное практическое значение, например,

- Кислотосупрессия $pH >3$ в течение 16-18 часов обеспечивает рубцеванию язвенного дефекта к концу курса лечения.
- $pH >4$ в течение 16 часов оптимален для лечения ГЭРБ.
- Сохранение $pH >5$ в течение 6-8 часов на протяжении суток достаточно для эрадикации *H. Pylori*.

ИПП второго поколения обладают наибольшей среди существующих на сегодняшний день ИПП самостоятельной антихеликобактерной активностью. Минимальная ингибирующая концентрация ИПП второго поколения (*in vitro*) в 30 раз меньше, чем у омепразола. [5] ИПП второго поколения обеспечивает стабильное поддержание $pH >5$ в течение суток, лучше переносится пациентами, быстрее купируют основные клинические симптомы КЗЗ. Не снижают эффективность гормональных контрацептивных препаратов, что значительно расширяет область его применения. Быстрота и полнота

ингибирования секреции HCL ИПП второго поколения не отражается на безопасности препарата, он безопасны в отношении, как побочных эффектов, так и межлекарственных взаимодействий.

Основным путем метаболизма ИПП второго поколения является не энзиматическая реакция восстановления его до тиозфирного соединения, поэтому он не взаимодействует или слабо взаимодействует с системой ферментов цитохрома P450 (не влияет на активность печеночных ферментов). Уже первая доза Пантопразола или Рабепразол обеспечивает 88% от возможного подавления общей кислотности желудка. Их фармакокинетика существенно не меняется при совместном приеме антацидов.

Стандартные схемы лечения кислотозависимых заболеваний (КЗЗ)

Язвенная болезнь, прежде всего дуоденальная локализация, ГЭРБ, функциональная диспепсия (ФД) язвенноподобного типа, симптоматические эндокринные язвы (синдром Золлингера - Эллисона), являются кислотозависимыми заболеваниями с общим патогенетическим звеном, гиперсекрецией HCL и единым терапевтическим подходом, антисекреторной терапии. КЗЗ наиболее распространены среди болезней органов пищеварения, и с ними наиболее часто сталкиваются врачи общей практики, семейные врачи в связи с тем, что данное заболевание развивается в широких возрастных пределах от подросткового возраста до глубокой старости. Во всех вариантах КЗЗ, ИПП являются базисными препаратами и остаются эталоном лечения на сегодняшний день. [6]

ГЭРБ

Значение ГЭРБ обусловлено не только широкой распространенностью и определением – «XX век, век язвенной болезни, XXI век гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (Бирмингем, 1997), но и утяжелением течения, учащением ее пищеводных и внепищеводных проявлений, ухудшением качества жизни пациентов.

В октябре 1997 года на междисциплинарном конгрессе в Гевале (Бельгия) ГЭРБ была признана самостоятельной нозологической единицей [10, 18]. На международном конгрессе гастроэнтерологов, который проходил в Монреале (Канада) в 2005 г., предложено следующее определение заболевания: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – это состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента симптомов и/или развитие осложнений [6, 9]. Согласно определению ВОЗ, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного и дуоденального содержимого, что приводит к повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем эрозивно-язвенных, катаральных и/или функциональных нарушений [21].

Общепринятой классификации ГЭРБ не существует. Выделяется две формы ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит, который характеризуется наличием выявляемых при эндоскопии повреждений слизистой оболочки пищевода (эрозии, язвы), и эндоскопически негативная форма (ГЭРБ без эзофагита). При последней у больных с клиническими проявлениями ГЭРБ не выявляется повреждений слизистой оболочки пищевода. Это отражено в Международной классификации болезней 10-го пересмотра: ГЭРБ относится к рубрике K21 и подразделяется на ГЭРБ с

эзофагитом (K21.0) и без эзофагита (K21.1). В настоящее время выделяют три формы ГЭРБ: эндоскопически негативная (неэрозивная), эндоскопически позитивная (эрозивная), пищевод Барретта (метаплазия Барретта) [14, 21, 22].

Лечение больных ГЭРБ в стадии обострения болезни целесообразно начинать с назначения ингибиторов протонного насоса. Режим дозирования продолжительность курса лечения зависит от выраженности клинических проявления ГЭРБ и степени выраженности эзофагита.

Рекомендуется следующие режимы:

При лечении эрозивного эзофагита 1 – й степени тяжести:

ИПП Пантопризол 40мг 2 раза или Рабепразол 20 мг 2 раза в день в течение 4 недель (30дней).

При лечении эзофагита 2-4 –й степени тяжести:

Курс лечения 8 недель (2 мес.)

Продолжительность активного медикаментозного лечения больных ГЭРБ, в период обострения 6-8 недель. Основные критерии окончания сроков «активного» лечения больных ГЭРБ – сроки исчезновения симптомов и эндоскопических признаков эзофагита, заживление эрозии и пептических язв пищевода.

Варианты введения больных ГЭРБ

- При быстром положительном эффекте лечения больных – динамическое наблюдение о дальнейшей тактике решается только при ухудшении состояния больных на основании клинических и эндоскопических данных.

«Поддерживающая» терапия (для закрепления результатов лечения больных):

ИПП второго поколения 2 раза в день в течение 2 месяцев.

Терапия « по требованию» - при возврате симптоматики в течение 3-5 дней:

ИПП 2 раз в день в течение 1,5-2 месяцев.

Медикаментозное лечение ГЭРБ включает в себя и прокинетики (мотилиум, мозакс) в стандартных дозировках, а также рекомендации по изменению образа жизни: исключить переедания, курение, употребления алкоголя, газированных напитков, специи, чеснок, лук, перец и т.д. К общим мероприятиям также относятся снижение массы тела при ожирении, диета с ограничением животных жиров, отказ от употребления кислых соков, шоколада, кофе, чеснока, алкоголя, газированных напитков. После еды не рекомендуется лежать, последний прием пищи должен быть не менее чем 2 часа до сна. Ограничивают нагрузку на мышцу брюшного пресса.

Язвенная болезнь ассоциированная НР

Согласно 4-му Маастрихтскому соглашению, для лечения хеликобактериоза рекомендованы следующие схемы лечения инфекции *Helicobacter pylori*:

Тройная стандартная терапия:

ИПП 2 раза в день

Кларитромицин 500 мг 2 раза в день

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (7-14) дней.

Последовательная терапия:

Концепция последовательной эрадикационной терапии 4-м Маастрихтским соглашением признано новым стандартом лечения хеликобактериоза к альтернативой классической тройной терапии.

При назначении последовательной тройной терапии десятидневный курс лечения делят на два этапа: первые пять дней пациент получает ИПП и Амоксициллин в стандартных рекомендованных дозах; последующие пять дней он продолжает применять ИПП, но Амоксициллин заменяют Кларитромицином назначая дополнительно Тинидазол или Метронидазол. В составе последовательной терапии возможно также использование препаратов висмута.

Правила приема препаратов

Антибиотики, нитромидазолы (метронидазол, тинидазол), принимают после приема пищи. Ингибиторы протонной помпы за 30 минут до еды утром и вторую дозу на ночь. Препараты висмута принимают за 30 минут до еды и на ночь.

Схема последовательной эрадикационной терапии

Пантопризол или Рабепразол 2 раза в день

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день *курс 5 дней*

ИПП 2 раза в день

Кларитромицин 500 мг 2 раза в день *курс 5 дней*

Варианты:

В схему дополнительно могут быть внесены препараты висмута или тинидазол или метронидазол

ИПП 2 раза в день

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

Де-нол (Висмут субсалицилат) 120 мг 4 раза в день *курс 5 дней*

ИПП 2 раза в день

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

Тинидазол (метронидазол) 500 мг 2 раза в день *курс 5 дней*

• Квадротерапия без препаратов висмута:

ИПП 2 раза в день

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

Кларитромицин 500 мг 2 раза в день

Метронидазол 500 мг 2 раза в день (10 дней)

• Тройная терапия на основании висмута:

ИПП 2 раза в день

Де-нол 240 мг 2 раза в день

Тетрациклин 500 мг 2 раза в день (10 дней)

• Тройная терапия на основе Левофлоксацина

ИПП 2 раза в день

Левофлоксацин 250 мг 2 раза в день

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день (10 дней)

Четвертым Маастрихтским соглашением также разработаны рекомендации с учетом возрастающей резистентностью микроорганизма к кларитромицину.

*• В регионах с низкой устойчивостью *Helicobacter pylori* к кларитромицину:*

ИПП 2 раза в день

Кларитромицин 500 мг 2 раза в день

Метронидазол 500 мг 2 раза в день

Казахстан относится к региону с низкой устойчивостью *Helicobacter pylori* к кларитромицину (материалы проф. Жангабылова А.К., 2010г).

• В регионах с высокой устойчивостью к кларитромицину:

ИПП 2 раза в день

Де-нол 120 мг 4 раза в день

Тетрациклин 500 мг 2 раза в день

Метронидазол 500 мг 3 раза в день

• В качестве терапия спасения рекомендуется схема (терапия 2-ой линии):

ИПП 2 раза в день

Левофлоксацин 250 мг 2 раза в день

Кларитромицин 500 мг 2 раза в день

Продолжение приема ИПП после завершения курса антибактериальных препаратов обосновано в случае язвы желудка и осложнений язвы и не рекомендовано в случае неосложненной язвы двенадцатиперстной кишки. При больших по размерам язвах желудка и двенадцатиперстной кишки (1,5-2 см) антихеликобактерная терапия включает ИПП + препараты висмута и два антибиотика.

ИПП 2 раза в день

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

Кларитромицин 500 мг 2 раза в день

Де-нол (препараты висмута) 240 мг 2 раза в день *курс лечения 10 дней [1]*

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциируемые с нестероидными препаратами (НПВП). Для медикаментозного лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки ассоциированных с приемом НПВП целесообразно использовать в течение 4 недель ИПП в терапевтических дозировках 2 раза в день, мизопростол по 200 мкг 4 раза в день или препараты висмута по 240 мг 2 раза в день.

Примеры:

ИПП 2 раза в день
Мизопростол 200 мг 4 раза в день
ИПП 2 раза в день

Де-нол 240 мг 2 раза в день

Проведение традиционной терапии при наличии обсеменности НР показано лишь больным, у которых в анализе была язвенная болезнь. Используются схемы аналогичные лечению язвенной болезни.

Функциональная диспепсия.

В настоящее время, в соответствии с рекомендациями Рим II (1999), Рим III (2005) функциональная диспепсия (ФД) определяется как комплекс следующих клинических симптомов. Эпигастральная боль – между пупком и нижним отделом грудины. Эпигастральное жжение – воспринимаемая как неприятное субъективное ощущение жара.

Раннее насыщение. В зависимости от клинической картины различают три варианта ФД

- **Язвенноподобный** (доминирует боли, напоминающие аналогичные при язвенной болезни)

- Диспептический (тяжесть после еды, вздутие живота, тошнота)

- Неспецифический (смешанная симптоматика)

- Выделяется диспептические симптомы, вызываемые приемом пищи (meal – induced dyspeptic symptoms – MDS или индуцированные пищей диспептические симптомы – постпрандальный дистресс-синдром (ПДС))

Эрадикация НР может оказать благоприятное влияние на симптомы пациентов с ФД.

Маастрихтский консенсус III (2005) назвал ФД в качестве показания к антихеликобактерной терапии. В качестве эрадикационной терапии целесообразно использовать классическую тройную терапию первой линии ИПП + кларитромицин + амоксициллин.

Примерные схемы:

ИПП 2 раза в день

Кларитромицин 500 мг 2 раза в день

Метронидазол 500 мг 2 раза в день

ИПП 2 раза в день

Кларитромицин 500 мг 2 раза в день

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день

Следует отметить, что положительный ответ на прием ИПП наблюдается как правило у больных с явлениями эпигастральной боли (язвенноподобная форма).

Хронический панкреатит.

Медикаментозная терапия заключается в проведении общепринятого лечения больных хроническим панкреатитом, с учетом клинико-лабораторных данных инструментальных исследований. Дополнительное проведение антисекреторной терапии одним из ингибиторов (предпочтительно ИПП второго поколения) протонного насоса в стандартных дозах.

ИПП второго поколения 40 мг 2 раза в день

При наличии выраженной внешнесекреторной недостаточности назначению ИПП подходит дифференцировано (в связи с вероятностью диарейного синдрома).

Перспективы оптимизации эрадикационной терапии

Возникновение побочных эффектов может уменьшить комплеанс пациентов и ведет к возникновению резистентности бактерий. Это стимулировало множество работ по поиску альтернативных вариантов лечения *H.pylori*.

Исследования показали, что дополнение терапии пробиотическими штаммами *Bacillus* и *Streptococcus faecium* увеличивает комплеанс, уменьшает частоту побочных эффектов и увеличивает частоту эрадикации.

Некоторые пробиотики такие как *Lactobacilli* и *Bifidobacteria*, выделяют бактериогены, которые могут ингибировать рост *H.pylori* и уменьшить ее адгезию к эпителиоцитам желудка (Park S.K. et.al 2007).

В литературе имеются данные об антихеликобактериальной действии *Saccharomyces boulardii* а также эффективность против *H.pylori* витамина С по 500 мг в день (V. Zojaji, 2009г.).

Ключевые Утверждения (положения) «Четвертого маастрихта (Дублин, Ирландия) 2011г»

Утверждение №9 Назначение высокой дозы ИПП (дважды в день) повышает эффективность тройной терапии, **Утверждение**

№10. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПП и кларитромицином с 7 до 10-14 дней повышает уровень успешной эрадикации на 5 % что следует учитывать,

Утверждение №11. Эффективность схем ИПП – кларитромицин+метронидазол и ИПП +кларитромицин+

амоксициллин эквивалентна, **Утверждение №12.**

Определенные про и пребиотики демонстрируют обнадеживающие результаты в качестве адьювантной терапии и редуцируют побочные эффекты.

Терапия второй линии

Утверждение №14.

После неэффективной схемы с ИПП и кларитромицином рекомендуется назначение квадротерапии с препаратом висмута или тройной терапии левофлоксацином.

Терапия третьей линии

После неэффективной терапии второй линии назначение лечения должно определяться при любой возможности тестированием чувствительности к антибиотикам.

Специальные рекомендации

Утверждение №20. При неосложненной ЯБДК продолжение лечение ИПП не рекомендуется.

При ЯЖ и осложненной ЯБДК продолжения ИПП рекомендуется, **Утверждение №21.**

Эрадикационная терапия при кровотечениях из язв должна начинаться с момента реинтродукции питания через рот.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Исаков В.А., Маастрихтское соглашение IV. Url: [http // mdtube.ru/videos/682](http://mdtube.ru/videos/682) (дата обращения 17.11.2011).
- 2 Рекомендации Маастрихт-4.URL: [http://www.amamed.ru/news/news.php? action2=read&selektArhive=true](http://www.amamed.ru/news/news.php?action2=read&selektArhive=true) (дата обращения 17.11.2011).
- 3 Успенский Ю.П., Суворов А.Н., Барышникова Н.В. Инфекция *Helicobacter pylori* в клинической практике СПб.: ИнформМед, 2011.-572с.
- 4 Щербачев П.Л., Кашников В.С., Корниенко Е.А. Лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori* // Лечащий врач.-2010; 7: 6-11.
- 5 Fujiyama K., Fujioka T., Kodama Nasu M/ Effect of E3810, a novel proton pump inhibitor, against *Helicobacter pylori*// Am. J. Gastroenterol.-1994/-Vol.89 (suppl).-P.1371.
- 6 Назаренко О.Н. - №1 – С. 75-80. Физиологический патологический гастроэзофагеальный рефлюкс и гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь в педиатрической практике / О.Н. Назаренко, В.В. Твардовский, С.Э. Загорский // Мед. панорама – 2006.
- 7 Никонов Е.Л., Алексеенко С.А., Колтунов С.С., Петренко В.Ф. Сравнительная характеристика антисекреторного эффекта ингибиторов протонной помпы по данным суточного мониторирования нтрагастрального рН у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.-1998.-Т.8, №5.-с. 302, 802.
- 8 Селективные ингибиторы протонной помпы – новый шаг в терапии гастроэнтерологической патологии. Медицинская газета «Здоровье Украины» №19/1 ноябрь 2008г.
- 9 Мاستыкова Е.К. Пищевод Барретта в структуре гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: современные представления / Е.К. Мاستыкова, М.Р. Конорев, М.Е. Матвеевко // Вестник ВГМУ – 2010 – Т.9, №4 – С. 65-74.
- 10 Михайлов А.Н. Рентгенологическая диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.Н. Михайлов, А.В. Лой, В.Б. Римашевский // Здоровоохранение – 2010 – №8 – С. 30-33.
- 11 Морозов С.В., Цодикова О.М., Исаков В.А., Гушин А.Е., Шипулин Г.А. Сравнительная эффективность антисекреторного действия рабепразола и эзомепразола у лиц, быстро метаболизирующих ингибиторы протонного насоса. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.-2003.-№6.
- 12 Исаков В.А. Безопасность ингибиторов протонного насоса при длительном применении // Клиническая фармакология и терапия.-2004.-№13(1).
- 13 Пасечников В.Д. Ключи к выбору оптимального ингибитора протонной помпы для терапии кислотозависимых заболеваний // РЖГК.- №3 - 2004.
- 14 Лазебник Л.Б. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалю / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2007 – №5 – С. 4-10.
- 15 Мирошниченко В.А. Заболевания гастродуоденальной зоны – наиболее распространенная патология органов пищеварения у детей и подростков / В.А. Мирошниченко, Т.Я. Янсонс, М.А. Ивановская и др. // Тихоокеанский мед. журнал, 2008 – №3 – С. 53-55.
- 16 Лярская Н.В. Современные аспекты этиологии, патогенеза и клиники гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей / Н.В. Лярская // Вестник ВГМУ – 2008 – Т.7, №2 – С. 1-11.
- 17 Лебедева Е.Г., Маев И.В., Белый П.А. Влияние полиморфизма ген на CYP2C19 на эффективность использования ингибиторов протонной помпы в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Лечащий врач. №7. 2011.
- 18 Фадеенко Г.Д. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эволюция наших представлений / Г.Д. Фадеенко // Сучасна гастроэнтерология – 2001 – №4 – С. 16-20.
- 19 Peghini PL, Katz PU, Bracy NA, Castell DO. Nocturnal recovery of gastric acid secretion with twice daily dosing of proton pump inhibitors. Am. J. Gastroenterol. 1998; 93: 763-767.
- 20 Besancon M., Simon A., Sacks G, et al. Sites of reaction of the gastric H,K,-ATPase with extracytoplasmicthiol reagents// J. Biol. Chem. – 1997. – Vol. 272. –P. 22438-22446.
- 21 Dent.J. An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Genval Workshop report / J. Dent. [et. al] // Gut – 1999 – №44 – P.1 – 16.
- 22 Hoda M. Malaty. Obesity and gastroesophageal reflux disease and Gastroesophageal reflux symptoms in children / Malaty Hoda M., Kennard Fraley J., Abudayyeh Suhaib, W. Fairly Kenneth [et. al] // Clin. Expe-rim. Gastroenterol – 2009 – №2 – P. 31-3677

УДК: 616-089

Р.В. КАДЫРБАЕВ, Е.В. ТИМАНОВА, О.Т. ИБЕКЕНОВ, А.Р. УМИРБЕКОВ,
Б.К. ЖАНБЫРБАЙ, М.К. БАЙНИЯЗОВ
ГКП на ПХВ «Больница Скорой Неотложной помощи»

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Актуальность. Около 75% всех опухолей тонкой кишки составляют доброкачественные новообразования, среди которых чаще всего выявляют лейомиому (30-35%), липому (14-16%), гемангиому (12%), фиброму (6%). Из злокачественных опухолей чаще всего обнаруживают аденокарциному (40-50%), карциноид (30%), лимфому (14%) и саркому (11%). Опухоли могут располагаться в любом отделе тонкой кишки, но их находят преимущественно в начальном отделе тощей и в терминальном отделе подвздошной кишки.

Самым частым осложнением злокачественных опухолей тонкой кишки считают кровотечение. Полную непроходимость чаще всего вызывают аденокарцинома и карциноид. Симптомы острого живота встречаются при перфорации опухоли (характерно для лимфомы).

В последние годы по данным литературы отмечается увеличение заболеваемости этой патологией. На современном этапе основным методом лечения злокачественных опухолей тонкого кишечника является химиолучевая терапия, несмотря на это, актуальность хирургического метода остается высокой в виду большого процента (20 %) осложнений опухолевого процесса, таких как кровотечение, перфорация и обтурационная непроходимость.

В итоге, представленные в литературе данные о частоте и структуре осложнений злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, требующих экстренной хирургической помощи, малочисленны и противоречивы. Практически не изучены результаты хирургических вмешательств у больных с осложненными формами, нет данных о частоте и структуре послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.

Материалы и методы. За период 2013 года в Больнице Скорой Неотложной помощи г.Алматы было оперировано 5 пациентов, доставленных с диагнозом перитонит и острая кишечная непроходимость. 4 из них – мужчины, 1 – женщина, средний возраст пациентов 53,4 лет.

В 3 случаях были оперированы после предоперационной подготовки пациенты, доставленные с клинической картиной перитонита. В 1 случае у больного была обнаружена перфорация 12-перстной кишки и начального отдела тощей кишки на фоне выраженного воспалительного процесса ее стенок. Произведена резекция кишечника с последующим гистологическим исследованием, на котором было выявлено наличие аденокарциномы 12-перстной кишки. В двух других случаях имело место: выраженное воспаление тощей кишки на протяжении 15- 18 см с наличием диффузного перитонита серозно-гнойного характера – у 1 больного, у другой больной аналогичные изменения сопровождалась перфорацией подвздошной кишки. В обоих случаях был выставлен

ошибочный диагноз – Болезнь Крона, произведена резекция измененного участка кишечника. В обоих случаях больные были оперированы повторно в связи с прогрессированием «воспалительного» процесса и развитием несостоятельности анастомоза. Больным выполнены операции большого объема – практически субтотальная резекция тонкого кишечника. Трудности возникли и при проведении морфологического исследования, только после ряда консультаций был выставлен диагноз Т-лимфомы кишечника. 1 из пациенток умерла от явления полиорганной недостаточности на фоне раковой интоксикации. В двух других случаях оперировано 2 пациента с наличием клинической картины острой кишечной непроходимости, явления которой не удалось разрешить консервативно. В анамнезе один из пациентов уже перенес операцию по поводу рака желудка. В обеих ситуациях имело место выраженная деформация тонкого кишечника с образованием плотного конгломерата с наличием множественных участков полной обтурации на протяжении 2-3 см и наличием хрящевидно-измененной стенки. С учетом раннее перенесенных операций больным так же выставился диагноз спаечной обтурационной кишечной непроходимости и только гистологическое исследование выявило наличие лимфосаркомы. Пациентам была первоначально выполнена резекция участка кишечника, вошедшего в конгломерат. В одном случае при экономной резекции потребовалось проведение релапаротомии и ререзекции, в другом случае была сразу выполнена операция большого объема. Оба пациента выписаны для продолжения лечения у онкологов по месту жительства.

Выводы. При проведении оперативного лечения с малейшим подозрением на злокачественные новообразования различных отделов кишечника необходимо обязательно соблюдать следующие принципы:

- 1. радикальность** – выполнение операции в полном объеме: выполняется иссечение не только самого новообразования, но и регионарных лимфатических узлов, а так же размеры резецируемой части должны быть максимальными.
- 2. восстановление пассажа кишечного содержимого** – после удаления участка кишки вместе с опухолью необходимо выполнение анастомозирующих операций.
- 3. абластичность** – основной задачей операции является полное удаление опухоли до последней клетки. В противном случае возможно рецидивирование патологического процесса, которое заключается в повторном развитии опухоли или появлении метастазов, а так же их осложнений.
- 4.** Необходимо использовать любую возможность удаления пораженного органа, даже в паллиативном варианте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 [Spectre G.](http://meduniver.com/Medical/Xirurgia/919.html), 2006; Поддубная И.В., 2007, Опухолевые заболевания тонкого кишечника. электронный ресурс. <http://meduniver.com/Medical/Xirurgia/919.html> MedUniver
- 2 Шаленков В.А. Хирургическое лечение осложненных лимфом желудочно-кишечного тракта. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – М.: – 2012.

R.V. KADYRBAEV, E.V. TIMASHOVA, O.T. IBEKENOV, A.R. UMIRBEKOV, B.K. ZHANBIRBAI, M.K. BAINIAZOV
"Hospital for emergency aid" Almaty

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS OF MALIGNANT TUMORS OF THE SMALL INTESTINE

Resume: A summary of the literature data on the frequency and the complications of malignant tumors of the small intestine, requiring emergency surgery, few in number and contradictory. For the period 2013-year ambulance at the hospital, was operated on 5 patients with complications of malignant tumors of the small intestine. In compliance with generally accepted principles of cancer: potentially, ablaticity, restoring passages on the gastro-intestinal tract had achieved favourable results and subsequent referral doctors.

**Р.В. КАДЫРБАЕВ, Е.В. ТИМАШОВА, О.Т. ИБЕКЕНОВ, А.Р. УМИРБЕКОВ,
Б.К. ЖАНБЫРБАЙ, М.К. БАЙНИЯЗОВ**
ШЖҚ «Қалалық Жедел Шұғыл Көмек Көрсету Ауруханасы» МКК

АШ ІШЕК ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ АСҚЫНУЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Түйін: Шұғыл хирургиялық көмекті қажет ететін аш ішек қатерлі ісіктері асқынуларының жиіліктері мен түрлері, қол жетімді әдебиеттегі деректер сирек және қарама-қайшы. Алматы қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасында 2013 жылы 5 науқасқа аш ішек қатерлі ісіктерінің асқынуларына байланысты операция жасалды. Абластика, радикалдылық, асқазан-ішек жолдарымен жүруді қалпына келтіру сияқты негізгі онкологиялық қағидаларды сақтай отырып жақсы нәтижелерге қол жеткізілді және науқастар онколог мамандарға емдеуге жіберілді.

Р.С. СКАКОВА, Д.Р. БЕКТЕМИРОВА, Ф.И. КУЧКАРОВА

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

ГКП на ПХВ Больница скорой неотложной помощи, г. Алматы

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНИТАЛЬНОЭНДОМЕТРИОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Среди оперированных женщин частота генитального эндометриоза в сочетании с миомой матки -48%, эндометриоз придатков -27%, эндометриоз тела матки-25%. Возраст оперированных больных при генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки-45±0,3. При эндометриозе придатков-37±0,5. При эндометриозе матки- 40±0,2

Жалобы больных при всех формах эндометриоза были бесплодие I и II и нарушение менструального цикла по типу дисменорей.

Основной метод лечения при генитальном эндометриозе остается хирургический.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз ГЭ, эндометриоз матки, эндометриоз придатков, дисменорея.

Актуальность-Эндометриоз патологический процесс, при котором за пределами слизистой оболочки тела матки определяется ткань, напоминающая поверхностный эпителий эндометрия или эндометриозидные железы. За последние 10-15 лет частота эндометриоза возросла, среди женщин репродуктивного возраста частота эндометриоза колеблется от 7 до 59%(1). Среди пациенток гинекологических клиник, подвергаемых лапаротомии, частота этого заболевания достигает до 50%(2).

Целью нашего исследования-явилась изучить особенности течения генитального эндометриоза в зависимости от локализации патологического процесса и методов лечения, от формы генитального эндометриоза.

Больные поступали в стационар на хирургическое лечение в гинекологическое отделение БСНП г.Алматы, и диагноз у всех верифицирован гистологический.

Нами были поставлены следующие задачи :

- 1.изучить клинические особенности течения генитального эндометриоза в зависимости от локализации
- 2.изучить методы лечения генитального эндометриоза в зависимости от локализации.

Материалы и методы лечения

Обследованы 222 больных, их разделили в зависимости от локализации эндометриоза на 3 группы:

- 1гр.эндометриоз тела матки -55-25%
- 2гр.эндометриоз придатков-60 -27%
- 3гр.генитальный эндометриоз в сочетании с миомой матки-107-48%

на 1-ом месте сочетание генитального эндометриоза с миомой матки, на 2-ом месте эндометриоз придатков, на 3-ем месте эндометриоз тела матки, т.к. средний возраст данной патологии при генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки 45±0,3., при эндометриозе тела матки 40±0,2, при эндометриозе придатков матки 37±0,5. возраст больных при генитальном эндометриозе от 37 до 45лет-детородный возраст.

Всем больным в динамике проводилось:

1. общеклиническое и лабораторное обследование
- 2.УЗИ органов малого таза
- 3.гистероскопия или лапароскопия по показаниям
4. диагностическое выскабливание полости матки по показаниям
- 5.патоморфологическое исследование операционного материала

Наиболее частыми клиническими проявлениями заболевания при эндометриозе тела матки были:

Альгодисменорея 56%, меноррагия 32%, Бесплодие I и II-78%.

При эндометриозе придатков дисменорея 50%, бесплодие I и II-52%, менометроррагия 25%.

При генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки-гиперполименорея и метроррагия 80%, дизурические симптомы -40%, бесплодие 50%.

Анализ менструальной функции: менархе при эндометриозе тела матки до 12 лет -22%, 13-14лет -74,5%, старше 14лет-3,5%, при эндометриозе придатков до 12лет -30%, 13-14лет-47%, старше 14лет -23%,

При генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки : менархе до 12 лет 8%, 13-14лет-68,2%, старше 14 лет 23,8%

Анализ репродуктивной функции при эндометриозе тела матки показал, что один более беременностей имели 56%, аборт 22%, внематочную беременность -18%, бесплодие I и II- 78%.

При эндометриозе придатков один более беременностей имели 77%, аборт -28%, бесплодие I и II-52%,

При генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки один более беременностей имели 100женщин, аборт 81%, бесплодие I и II-50%.

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания установлены у 71% при эндометриозе тела матки, это заболевания желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

При эндометриозе придатков на 1-ом месте заболевания верхних дыхательных путей-45%, на 2-ом месте заболевания желудочно-кишечного тракта-15%.

При генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки на 1-ом месте железодефицитная анемия-70% и артериальная гипертензия-40%.

Анализ перенесенных гинекологических заболеваний при эндометриозе тела матки-нарушение менструального цикла наблюдались у 81%, которым производились диагностические выскабливания полости матки, на 2-ом месте воспалительные заболевания половых органов 65,4%.

При эндометриозе придатков матки –воспалительные заболевания половых органов -60%, нарушение менструального цикла-10%.

При генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки – метроррагия 80%, по поводу чего производились ДВПМ, Результаты гистологии диагностического выскабливания полости матки%

При эндометриозе тела матки: гиперплазии эндометрии-73%, аденоматозные полипы 27%,

При генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки : гиперплазия эндометрия 88%, аденоматозные полипы 12%.

При гинекологическом осмотре обследуемых больных выявлено, увеличение матки отмечено у больных эндометриозом тела матки и при генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки:

Таблица 1 - Размеры матки у обследуемых больных:

№	Размеры матки	ЭТМ	Эндометриоз придатков	Генитальный эндометриоз в сочетании с миомой матки
1	норма	10%	100%	-

2	До 7-недель	60%	-	17%
3	До 12 недель	30%	-	12%
4	До 14 недель	-	-	50%
5	20недель и больше	-	-	21%

При эндометриозе тела матки всем произведены гистероскопия с последующим выскабливанием полости матки и выявлены-гиперплазия эндометрия -40-73%, аденоматозные полипы-15-27%.

При эндометриозе придатков диагностические выскабливание полости матки не производили, не было показаний.

При генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки, результаты соскоба из полости матки были: гиперплазия эндометрия-88%, аденоматозные полипы -12%.

Применение лапароскопического и гистероскопического методов при органосохраняющей операции по поводу генитального эндометриоза открыло новые возможности в лечении этой патологии. Данная операция имеет преимущества по сравнению с абдоминальной в связи с более краткими сроками госпитализации, высокими показателями наступления беременности, лучшим состоянием органов малого таза (3).

До операции 50% больных лечились консервативно (гормоны, витаминотерапия, антианемическая, противовоспалительная терапия). Что в ряде случаев дало временный эффект. Однако стойкие жалобы различного характера и прогрессирование железодефицитной анемии, вследствие менометроррагии явились причиной оперативного лечения.

По данным исследований, наиболее часто встречается эндометриоз тела матки и эндометриоз придатков. Эндометриоз яичников могут сопровождаться выраженными нарушениями репродуктивной функции, наличием болевого

синдрома. Эндометриозные кисты яичников не поддаются медикаментозной терапии.

Всем были произведены операции:

При эндометриозе тела матки: лапароскопия с гистероскопией 50-91%, надвлагалищная ампутация матки 4-7%, экстирпация матки 1–2%.

При эндометриозе придатков-лапароскопические 42-70%, лапаротомные 15-30%.

При генитальном эндометриозе в сочетании с миомой матки-лапаротомные операции 85%: надвлагалищная ампутация матки 43%, экстирпация матки -40%, консервативная миомэктомия 2%, лапароскопические -15%.

Все лапароскопические операции органосохраняющие-49%, лапаротомные органосохраняющие -51%.

Результаты обследования :

1. средний возраст больных подвергающихся к операции составил от 37 до 45 лет.
2. Сочетание генитального эндометриоза с миомой матки 2 раза больше, чем эндометриоз тела матки и эндометриоз придатков.
3. Основные жалобы больных во всех группах были бесплодие I и II больше 50%, на 2-ом месте нарушение менструального цикла по типу дисменорей-35%.
4. Органосохраняющие операции больше, чем органосохраняющие в группе больных генитальным эндометриозом в сочетании с миомой матки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Sanfilippo J. Endometriosis: Pathophysiology // International Congress of Gyn. Endoscopy. AAGL, 23rd Annual Meeting. – P. 18-23. – 1994. – Postgrad Course III. - P. 115-30.
- 2 Рухляда Н.Н. Диагностика и лечение манифестного аденомиоза, ЭЛБИ. – СПб.: 2004. – С. 111-112
- 3 Адамьян Л.В. Клиника, диагностика и лечение генитального эндометриоза. // Акушерство и гинекология. – 2002. – 7. – С. 54-9.

Р.С. СҚАҚОВА, Д. Р. БЕКТЕМИРОВА, Ф.И. КУЧКАРОВА

№2 акушерлік іс және гинекология кафедрасы

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті

Жедел көмек көрсететін аурухана

ОРНАЛАСҚАН ОРНЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ГЕНИТАЛДЫ ЭНДОМЕТРИОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Түйін: Ота жасалған әйелдердің гениталды эндометриоздың жатыр миомасымен қосарланған жиілігі 48%, жатыр қосалқыларының эндометриозы 27%, жатыр денесінің эндометриозы 25%.

Ота жасалған әйелдердің гениталды эндометриоздың жатыр миомасымен қосарланған жасы -45±0,3. Жатыр қосалқыларының эндометриозы 37±0,5, жатыр денесінің эндометриозы 40±0,2.

Эндометриоздың барлық түрінің шағымдары бедеуліктің 1-ші және 2-ші түрі, еттекір циклының дисменорея түрінде бұзылуы.

Гениталды эндометриоздың негізгі емдеу әдісі -хирургиялық.

Түйінді сөздер: гениталды эндометриоз, жатыр миомасы, жатыр қосалқыларының эндометриозы, дисменорея

R.S. SKAKOVA, D.R. BEKTEMIROVA, F. KUCHKAROVA

Department of Obstetrics and Gynecology №2 Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiarov.

Hospital of Urgent Help, Almaty

CLINICAL FEATURES OF ENDOMETRIOSIS ACCORDING TO THE LOCALIZATION

Resume: Among women operated frequency of endometriosis in combination with uterine myoma-48%, -27% appendages endometriosis, uterine endometriosis-25%. Age of the operated patients with genital endometriosis in combination with uterine myoma-In endometriosis, the appendages In endometriosis, uterine Complaints of patients with all forms of endometriosis infertility were 1 and II and menstrual disorders by typed dysmenorrhea. The main method of treatment for genital endometriosis is surgical.

Keywords: uterine myoma, uterine endometriosis, genital endometriosis, dysmenorrhea.

Д.Ж. МАКСУТОВА, Л.Ш. ДУСУНБАЕВА, Ш.Т. АЛИМБЕКОВА, А.А. АЛТАЕВА,
Р.В. ПАК, Р.К. КАТАЕВА, А.М. ИСКАКОВА, Г. КУСАИНОВА, Д.К. МУРАТБАЕВА,
А.К. АХЫНОВА

Кафедра акушерства и гинекологии №2
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова
Больница скорой неотложной помощи, г. Алматы

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

В настоящее время отмечается увеличение частоты острых воспалительных заболеваний придатков матки, которые являются одной из основных причин нарушения репродуктивной функции и снижения качества жизни женщин.

В статье представлены данные о принципах лечения больных с различными клиническими формами гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки.

Ключевые слова: пельвиоперитониты, тубовариальные образования.

В настоящее время отмечается увеличение частоты острых воспалительных заболеваний придатков матки, которые являются одной из основных причин нарушения репродуктивной функции и снижения трудоспособности женщин [2,3,5]. Известно, что благоприятный прогноз при данной патологии во многом зависит от того, насколько своевременным и адекватным было начатое лечение [1,4,5]. В статье представлены данные о принципах лечения больных с различными клиническими формами гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 115 больных в возрасте от 17 до 48 лет с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки. Всем больным проводилось комплексное клиничко-инструментальное исследование (лабораторное, ультразвуковое и др.). Наиболее характерными клиническими проявлениями заболевания были тазовые боли (95,7%), фебрильная и гиперпиретическая лихорадка (75,6%), симптомы раздражения брюшины (32,4%), а также озноб, слабость, недомогание (35,6%) и только у 5 (4,3%) больных отмечалось асимптомное течение патологического процесса. Большая часть (54,2%) обследованных женщин указывали на острое начало заболевания; 16,3% связывали его развитие с родами, абортми, внутриматочными диагностическими вмешательствами. У каждой 5-ой больной воспалительный процесс был следствием применения внутриматочного контрацептива (ВМК). При этом наиболее тяжелые формы гнойно-воспалительных заболеваний имели женщины, пользовавшиеся ВМК более 5 лет (18,3%).

По результатам лабораторного тестирования для большинства (65,7%) больных было характерно наличие нейтрофильного лейкоцитоза. Степень выраженности лейкоцитоза, как правило, соответствовала тяжести инфекционного процесса, а лейкопения являлась неблагоприятным прогностическим признаком. У 72,3% обследованных обнаружено увеличение СОЭ, у 51,5% – гиперфибриногенемия, у 18,3% – увеличение содержания С-реактивного белка, у 11,2% – снижение альбумин-глобулинового коэффициента. В 72,3% наблюдений отмечена значительная лимфопения (от 18 до 2%), что косвенно свидетельствовало об изменении иммунного статуса больных.

При бактериологическом исследовании мазков из цервикального канала, содержащего гнойно-воспалительных образований придатков матки или экссудата, полученного из брюшной полости при лапаротомии, наиболее часто выделялись стафилококки (18,0%), синегнойная палочка (13,4%), гонококки (8,9%), кишечная палочка (9,8%), различные виды неспорообразующих анаэробов (8,9%), в 7,5% случаев обнаружены ассоциации аэробных и анаэробных бактерий и только в 18,0% наблюдений возбудитель заболевания не был идентифицирован. По нашим данным, наиболее часто бактериальный агент выделялся при исследовании содержимого гнойно-воспалительных тубовариальных

образований и значительно реже – экссудата, полученного из брюшной полости.

Лечение больных, как правило (в 94,5% случаев), начинали с комплексной противовоспалительной терапии, основной составляющей которой были антибиотики широкого спектра действия. Учитывая мультибактериальную природу заболевания, следует считать оправданным использование комбинации двух или трех современных антибактериальных препаратов с различным направлением действия. Мы применяли следующие терапевтические схемы. Первая предусматривала сочетание цефтриаксона, гентамицина и метронидазола (трихопола). Комбинация указанных препаратов высокоэффективна в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных патогенных микроорганизмов, вызывающих воспалительный процесс в придатках матки. Такое сочетание антибиотиков предпочтительно у больных с тубовариальными абсцессами и с инфекцией, связанной с внутриматочными вмешательствами или возникшей на фоне ВМК.

Использование данной комбинации нецелесообразно при хламидийной и гонококковой этиологии воспалительного процесса. В этих случаях наиболее эффективна вторая терапевтическая схема, включающая доксициклин (вибрамицин) и один из антибиотиков группы цефалоспоринов. Отдавая предпочтение при лечении гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки комбинированному использованию двух – трех антибактериальных препаратов синергического действия, мы не исключаем возможности проведения монотерапии антибиотиком с широким спектром действия, не вызывающим резистентности микрофлоры. По результатам исследования препаратами выбора следует считать меронем и тиенам из группы карбапенемов, которые в стандартных дозах высокоэффективны в отношении большинства штаммов аэробных и анаэробных микроорганизмов, идентифицируемых при воспалительных процессах органов малого таза.

Наши данные согласуются с точкой зрения многих авторов [1] о целесообразности дополнения антибактериальной терапии препаратами, повышающими защитные силы организма, а также обладающими десенсибилизирующими свойствами. Однако мы полагаем, что эффективность консервативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки в первую очередь зависит от рационального выбора антибиотика (или комбинации антибактериальных средств синергического действия) и правильного определения оптимальной суточной и курсовой дозы вводимых препаратов. Прогностическими факторами, определяющими эффективность комплексной противовоспалительной терапии, являются динамика лихорадки, перитонеальных симптомов и показателей крови, отражающих острую фазу воспаления. Положительный ответ на антибактериальную терапию в

течение 24-48 ч от начала внутривенного введения препаратов является основанием для её продолжения в течение 7-10 дней.

Результаты. Проведенные исследования показали, что полный клинический эффект наступил при применении комплексной противовоспалительной терапии (антибиотиками цефалоспоринового ряда III поколения) наблюдался у 79(68,6%) женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки, что подтверждено данными объективного и гинекологического осмотра, лабораторных показателей и динамического ультразвукового исследования.

У 34 (29,5%) больных отсутствовал эффект от применяемой терапии и через 24 часа им назначали меранем или тиенам, что позволило излечить 26 (22,6%) женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки.

Таким образом, консервативное лечение больных с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки было эффективно в 91,3% случаев.

Хирургическое лечение было проведено 10(8,7%) больным, в том числе в 3 (2,6%) случаях по экстренным показаниям (перфорация пиосальпинкса, tuboовариального абсцесса с развитием разлитого перитонита). При решении вопроса об объеме оперативного вмешательства учитывали степень выраженности и распространенность процесса, наличие сопутствующей генитальной патологии, а также возраст больных. Радикальные операции (экстирпация матки, надвлагалищная ампутация матки с придатками) были

выполнены 5 больным, средний возраст которых составил 42 года. Основной причиной расширения объема хирургического вмешательства у них было наличие сопутствующих заболеваний тела и шейки матки. У молодых женщин предпочтение отдавали органосохраняющими операциями - удалению измененных придатков матки или маточных труб.

Оценка результатов оперативного лечения показала, что независимо от объема хирургического вмешательства у 97,1% больных послеоперационный период протекал без осложнений, а в остальных случаях, где имелись осложнения, отмечено расхождение краев кожной раны. Средний койко-день после операции составил $9,0 \pm 0,3$.

Проведенный анализ результатов лечения больных с гнойно-воспалительными процессами придатков с использованием антибиотиков широкого спектра действия, в данном случае применение цефалоспоринов III поколения и меронема, тиенама из группы карбапенемов показал ее эффективность.

Выводы. Дальнейшее совершенствование терапии гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки женщин должно быть тесно связано с внедрением в гинекологическую практику лапароскопии, трансвагинальной эхографии, компьютерной томографии. Необходима также разработка принципиально новых высокоэффективных схем антибактериальной терапии. Все это позволит реализовать наметившуюся в последние годы тенденцию к расширению показаний для органосохраняющих операций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Краснополский В.И., Кулаков В.И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. - М.: 2004. - 128с.
- 2 Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин. - М.: 1997. - 116с.
- 3 Кулаков В.И., Белоглазова С.Е. Руководство по оперативной гинекологии. - М.: ГЭОТАР, 2006. - 320с.
- 4 Стрижаков А.Н. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. - М.: Медицина, 2000. - С. 189-205с.
- 5 Lockmith G.P., Infection, antibiotics and preterm delivery // Semin.Perinatol. - 2001. - Vol.25. - P.295-309.

Р.В. ПАК, Р.К. КАТАЕВА, А.М. ИСКАКОВА, Г. КУСАИНОВА, Д.К. МУРАТБАЕВА, А.К. АХЫНОВА

*№2 акушерлік іс және гинекология кафедрасы
С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті
Жедел көмек көрсететін аурухана*

ЖАТЫР ҚОСАЛҚЫЛАРЫНЫҢ ІРІНДІ-ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫНЫҢ ЕМДЕУ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІНІҢ БАҒАСЫ

Түйін: Әйелдердің жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуіне және репродуктивті қызметінің бұзылуының негізгі бір себебі болып табылатыны, соңғы жылдары жатыр қосалқыларының жедел қабыну аурулары айтарлықтай жиілікте өсуі.

Бұл жұмыста жатыр қосалқыларының іріңді-қабыну ауруларының әртүрлі клиникалық түрлерінде емделу принциптері көрсетілген.

Түйінді сөздер: пельвиоперитонит, tuboовариальді түзіліс.

D.ZH. MAKSUTOVA, L.SH. DUSUNBAYEVA, R.S. SKAKOVA, A.A. ALTAEVA, R.V. PAK, R.K. KATAEVA, A.M. ISKAKOVA, G. KUSAINOVA, D.K. MURATBAYEVA, A.K. AHYNOVA

*Department of Obstetrics and Gynecology №2
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiarov
Hospital of Urgent Help, Almaty*

ESTIMATION OF EFFICIENCY THERAPY OF PUS-INFLAMMATORY DISEASES OF ADNEXIS UTERI

Resume: In present time there is increase the frequency of pus-inflammatory diseases of adnexis uteri so they is one of basic cause of violation of reproduction function and decrease of quality life women.

In this article we describe the data about principles of the treatment patients with different clinical forms of inflammatory disease of adnexis uteri.

Keywords: pelvioperitonitis, tubovarium forms.

Д.Ж. МАКСУТОВА

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Больница скорой неотложной помощи, г.Алматы

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В настоящее время актуальным является определение степени риска развития тромбоза глубоких вен, тромбоза легочных артерий при проведении инвазивных диагностических процедур и малых операций. Несмотря на проведенные профилактические мероприятия, всегда должна оставаться настороженность в плане тромботических осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоз легочных артерий (ТЭЛА), миома матки.

Тромботические осложнения, особенно тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоз легочной артерии (ТЭЛА), занимают 3-ое место среди причин смерти, а от ТЭЛА, по статистике, гибнет 0,1 % населения ежегодно [2,7,10]. Ежегодно ТГВ и ТЭЛА диагностируют у 100-160 человек на 100000 населения [7]. Около 30% из них погибают в ближайший месяц, еще у 20% больных в течение последующих 2 лет развивается рецидив заболевания.

Госпитализация больной, изменение привычного образа жизни, режима питания, гиподинамия, психоэмоциональный стресс усиливают нарушения свертываемости крови, более чем в 10 раз повышая риск тромботических осложнений [3]. Степень риска тромботических осложнений увеличивается с возрастом, при ожирении, злокачественных новообразованиях, наличии эпизодов ТГВ и ТЭЛА в анамнезе, варикозном расширении вен, повторных оперативных вмешательствах и тромбофилических осложнениях. Также имеют значение характер лечебных мероприятий (продолжительность операции, тип анестезии), длительность постельного режима до и после операции, уровень гидратации и наличие гнойно-септических осложнений. Помимо указанных обстоятельств, значительную роль может играть сопутствующая кардиоваскулярная патология: нарушение мозгового кровообращения (ТГВ возникает в 56% случаев), инфаркт миокарда (в 22%) и недостаточность кровообращения (в 20%) [7,9].

При искусственной вентиляции легких (ИВЛ) происходит нарушение венозной гемодинамики. Начальные изменения венозной гемодинамики нижних конечностей возникают непосредственно после введения миорелаксантов, выражаются в расширении вен нижних конечностей и снижении линейной скорости кровотока. Эти изменения являются следствием возникающей мышечной релаксации и устранения эффекта сосудисто-мышечной помпы. Это воздействие проявляется выраженными гемодинамическими расстройствами и у 50% обследованных больных сопоставимо с нарушениями венозного оттока [2]. Положение Тренделенбурга еще более усугубляет ситуацию, влияя на перераспределение крови с учетом гравитационных взаимодействий и снижая скорость венозного оттока от верхних отделов туловища [4,5].

Общая частота тромботических осложнений после гинекологических вмешательств такая же, как и в общей хирургии [4,6]. По данным радиоизотопного фибриногенового теста частота венозных тромбозов после гинекологических операций при отсутствии их профилактики достигает 11-37%, на фоне профилактики с использованием подкожно вводимых малых доз нефракционированного гепарина (НФГ) - в 2,4-4,3% случаев. Применение низкомолекулярных гепаринов (НМГ) минимум в 1,5-2 раза снижает частоту развития тромбозов в сравнении с НФГ [4].

Наиболее значимыми для развития венозных тромботических осложнений у гинекологических больных являются следующие факторы риска: варикозная болезнь нижних конечностей, гипокинезия, опухоль больших размеров,

возраст старше 45 лет, ожирение, гормональная терапия, инвазивные методы исследования, кровопотеря более 200 мл [6,8].

Система гемостаза у гинекологических больных, в связи с высокой тромбопластической и низкой фибринолитической активностью находится в состоянии выраженного функционального напряжения, в условиях которого воздействие даже незначительного по силе повреждающего фактора может привести к необратимым расстройствам – развитию на фоне хронического ДВС во время операции тяжелых тромботических и геморрагических осложнений [6]. К развитию тромбозов глубоких вен и ТЭЛА после гинекологических операций приводит выброс в кровоток устойчивого к разведению тканевого фактора, соединений, подобных плазменным факторам V, VII, X, XIII, активаторов плазменных факторов V, VII, X, а также субстанций, вызывающих агрегацию тромбоцитов [5].

Миома матки – это доброкачественная опухоль, развивающаяся из миометрия; ее наличие сопровождается выраженным тромбофилическим состоянием, включающим в себя гиперкоагуляцию, снижение антитромбиновой активности, а также в ряде случаев, активацию внутрисосудистого свертывания крови [6]. Кроме того, миома матки, особенно больших размеров, сопровождается нарушением архитектоники сосудов малого таза, вазодилатацией и снижением проницаемости сосудов, питающих матку, а также нарушением оттока крови по магистральным венам, что способствует развитию тромботических осложнений. Послеоперационный период у больных миомой матки часто протекает с явлениями гиперкоагуляции и последующим развитием тромботических и тромбогеморрагических осложнений. Миома матки сопровождается многочисленными системными нарушениями в организме женщины, что выражается симптомокомплексом, степень выраженности которого соответствует продолжительности заболевания. При развитии в матке миомы тромбопластическая активность ее тканей повышается, происходит снижение фибринолитической активности в миоматозной ткани за счет низкой концентрации активатора плазминогена. Зависимости уровня фибринолитической активности от величины узла не выявлено [8].

Отмечается увеличение концентрации фибриногена при миоме матки на 18,4%, что свидетельствует о развитии гиперкоагуляции. С другой стороны, у гинекологических больных установлено снижение протромбинового индекса (ПТИ) при миоме матки на 8,9%, связанное с его потреблением, укорочение АЧТВ на 6,5%, что свидетельствует об увеличении содержания факторов внутреннего прокоагулянтного звена и повышении тромбогенного потенциала [6].

В исследованиях Л.А. Филатовой доказано достоверное увеличение числа тромбоцитов у больных с миомой матки (на 35,1%). Увеличение числа тромбоцитов, как считает А.Д. Макацария, может быть связано с адекватным укорочением их выработки в связи с потреблением. В таком случае увеличение

числа тромбоцитов можно считать суперкомпенсированной формой хронически текущего синдрома ДВС. При переходе в острую форму синдрома ДВС число тромбоцитов снижается в связи с их потреблением. В большинстве исследований отмечается также значительное увеличение способности тромбоцитов к агрегации при доброкачественных и злокачественных опухолях гениталий [5,8]. В результате высокой коагуляционной и низкой фибринолитической активности системы гемостаза у больных с миомой матки возрастает риск возникновения тромботических осложнений.

При обследовании таких пациенток следует пользоваться следующей схемой: Расширенная гемостазиограмма; Тесты для идентификации недостаточности антитромбина III, протеинов С и S, резистентности к активированному протеину С. В момент обследования, во избежание получения ложноположительных результатов, пациентки не должны получать антикоагулянты непрямого действия, оральные контрацептивы и витамины; Обследование на наличие антител к фосфолипидам; Генетическое исследование на наличие хотя бы трех наиболее часто встречающихся мутаций: Лейдена (в гене фактора V), в гене протромбина, в гене фермента метилентетрагидрофолатредуктазы [6].

На сегодняшний день некоторые вопросы остаются не вполне ясными и нерешенными. Одним из них является определение степени риска развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и

тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) при проведении инвазивных диагностических процедур и малых операций [6].

Следует отметить, что стратегия профилактики венозных тромбоэмболических осложнений относится не только к хирургическим больным. Она предполагает использование комплекса мер у всех госпитальных больных, а в ряде случаев и амбулаторных. Медикаментозная профилактика и лечение венозных тромбозов и тромбоэмболии остаются серьезной проблемой при ведении хирургических и терапевтических больных. Затраты на профилактику тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) составляют 1% от всей стоимости лечения [1]. Своевременно проведенная антикоагулянтная профилактика, у больных с умеренной и высокой степенью риска может позволить не только уменьшить число тромботических осложнений, но и являться экономически целесообразной. Исключение из практики зачастую формального подхода к методам профилактики, разработка и внедрение новых лекарственных средств, несомненно, позволит улучшить результаты [1,4].

Проблема тромбозов, несмотря на многочисленные исследования в этой области остается, тем не менее, весьма актуальной. Несмотря на проведенные профилактические мероприятия, всегда должна оставаться крайняя настороженность в плане тромботических осложнений в раннем послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Варданян А.В., Мумладзе Р.Б. Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений: современный взгляд на старую проблему // *Анналы хирургии*. – 2006. - №1. – С.70-75.
- 2 Горин В.С., Серов В.Н. Риск тромбгеморрагических осложнений в эндоскопической гинекологии // *Акушерство и гинекология*. – 2004. – №5. – С.11-12.
- 3 Замятин М.Н., Стойко Ю.М., Воробьев А.В. Профилактика венозных тромбозов у стационарных больных // *Consilium medicum*. – 2006. - №8(11). – Р.95-100.
- 4 Кириенко А.И., Матюшенко А.А. Тромбоэмболия легочных артерий: диагностика, лечение и профилактика // *Consilium medicum*. – 2001. - №3(6). – Р.289-294.
- 5 Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Патогенез и профилактика тромботических осложнений при применении заместительной гормональной терапии // *Акушерство и гинекология*, 2007. - №2. - С.66-70.
- 6 Озолина Л.А. Профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболий после гинекологических операций // *Consilium medicum*. – 2006. - №8(7). – Р.81-84.
- 7 Савельев В.С. Гологорский В.А. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений. В кн. Савельев В.С. (ред.) *Флебология. Руководство для врачей*. М.: Медицина. - 2001. - С.390-408.
- 8 Филатова Л.А. Патогенетические аспекты профилактики тромботических осложнений у больных с миомой матки - Автореф. дисс.к.м.н. - М. - 2001. - 25с.
- 9 Samama Ch.M., Samama M.M. Prevention of venous thromboembolism Congress of European Society of Anaesthesiology. Amsterdam, 1999. - P.39-43.
- 10 The Seventh ACCP conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. *Chest* 2004., 126 (3Suppl.): 179-187.

Д.Ж. МАКСУТОВА

№2 акушерлік іс және гинекология кафедрасы

С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті

Жедел көмек көрсететін аурухана

**ГИНЕКОЛОГИЯ ТӘЖРИБЕСІНДЕ КЕЗДЕСЕТІН ТРОМБОЭМБОЛИЯ
АУРУЛАРЫНЫҢ ӨРШУІ
(ӨДЕБИЕТТЕН ШОЛУ)**

Түйін: Қазіргі уақытты инвазиялық диагностика өткізуде және кіші операция кезінде тереңдеген қан тамырынаң тромбозың анықтау өкпе артериясының тромбоземболиясын тексеру өте маңызды. Алдынала ескерту шаралары өткізілседе әр уақытта операциядан кейінгі аурудың өршуіне көңіл болу керек. Осы жағдайда естен шығарлесу дұрыс.

Түйінді сөздер: тереңдегі қан тамыры өкпе артериясының тромбоземболиясы жатыр миомасы.

D.ZH. MAKSUTOVA

Department of Obstetrics and Gynecology №2

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiarov

Hospital of Urgent Help, Almaty

**THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN GYNECOLOGICAL PRACTICE
(LITERATURE REVIEW)**

Resume: At modern time is actually to clarify degree of deep venous thrombosis (DVT), pulmonary embolism (PE) risk related with invasive diagnostic procedures and minor operations. Despite on performed prophylactic actions, it is necessary to be guarded in aspect of thrombotic complications in early postoperative period.

Keywords: deep venous thrombosis (DVT), pulmonary embolism (PE), hysteromyoma

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА И ОРВИ

ОРВИ встречаются повсеместно и являются самым распространённым инфекционным заболеванием. Наилучший эффект в профилактике гриппа и ОРВИ даёт комплексный подход, включающий специфическую (иммунизация) и неспецифическую (стимуляция иммунитета лекарственными средствами) защиту населения.

Ключевые слова: ОРВИ, грипп, профилактика, вакцина.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к ubiquitous распространенным болезням, которые на протяжении многих лет по числу случаев превосходят все другие инфекционные заболевания вместе взятые. Ведущая роль в структуре ОРВИ принадлежит, бесспорно, гриппу, т.к. только вирусы гриппа вызывают эпидемии и пандемии, поражая людей всех возрастов, и приносят большой экономический ущерб государству

Инкубационный период, как правило, длится 1-2 дня, но может продолжаться до 5 дней. Затем начинается период острых клинических проявлений. Тяжесть болезни зависит от многих факторов: общего состояния здоровья, возраста, от того, контактировал ли больной с данным типом вируса ранее. В зависимости от этого у больного может развиться одна из 4-х форм гриппа: легкая, среднетяжелая, тяжелая и гипертоксическая. Симптомы и их сила зависят от тяжести заболевания.

По данным ВОЗ, ежегодно ОРВИ болеет каждый третий житель планеты. Поэтому очевидной становится необходимость качественно новых подходов к профилактике и лечению ОРВИ, ибо даже высокоэффективная вакцинация лишь против гриппа не гарантирует защищенность от всего комплекса ОРВИ.

По мнению ряда отечественных и зарубежных ученых, грипп входит в группу инфекций, включающую более 200 возбудителей ОРВИ, роль которых в патологии человека неравнозначна и подвержена значительным колебаниям. Она может зависеть от времени года, возраста (так, дети дошкольного возраста и школьники составляют ежегодно более 50% заболевших ОРВИ, а многие из них болеют по два-три раза в год и более), географического расположения региона, изменений погоды, демографической ситуации, природных катаклизмов и социально-экономической ситуации в конкретном регионе страны.

Особое место среди ОРВИ занимают смешанные, или микс-инфекции. В детских коллективах (детских дошкольных учреждениях, санаториях, детских домах и т. п.) и в воинских частях, особенно среди новобранцев, в детских отделениях для инфекционных и соматических больных достаточно часто регистрируют смешанные инфекции гриппа А + В, гриппа А(Н1N1) + А(Н3N2), гриппа и парагриппа, гриппа и аденовирусных или РС-вирусных инфекций. Смешанные инфекции протекают значительно дольше и тяжелее, чем моноинфекции; число осложнений у таких больных больше, особенно у детей и у лиц старше 60 лет.

Вирусы гриппа, вызывающие заболевания у людей, по современной классификации разделены на три типа: А, В и С. Вирусы типа А, циркулирующие среди людей, имеют подтипы А(Н1N1), А(Н2N2) и А(Н3N2). С 1977 г. вирусы подтипа А(Н2N2) не циркулируют у людей и не выявляются всеми доступными лабораторными методами. Вирусы гриппа различают в первую очередь по двум поверхностно расположенным на вирионе белковым компонентам (антигенам): гемагглютинину (Н) и нейраминидазе (N).

Опасность гриппа и многих ОРВИ заключается в том, что под влиянием вирусов развиваются вторичные иммунодефициты. Это приводит к снижению сопротивляемости организма и защитных свойств слизистых оболочек дыхательных путей. В

результате возникают осложнения: воспаления бронхов (бронхиты, бронхоинфекции), легких (пневмонии), отиты, гаймориты и т. п. вирусной или вирусно-бактериальной этиологии. Эти осложнения наиболее опасны для детей в возрасте до двух лет и престарелых больных с хроническими бронхо-легочными и сердечно-сосудистыми заболеваниями. После перенесения гриппа обостряются хронические болезни: ревматизм, туберкулез, бруцеллез, сердечно-легочные заболевания, диабет и др.

Вирусы очень легко передаются. Самый распространенный путь передачи инфекции - воздушно-капельный. Также возможен (хотя и более редок) и бытовой путь передачи - например, заражение через предметы обихода.

При кашле, чихании, разговоре из носоглотки больного или вирусоносителя выбрасываются частицы слюны, слизи, мокроты с болезнетворной микрофлорой, в том числе с вирусами. На короткий промежуток времени вокруг больного образуется зараженная зона с максимальной концентрацией аэрозольных частиц. Частицы размером более 100 мкм (крупнокапельная фаза) быстро оседают. Дальность их рассеивания обычно не превышает 2-3 м.

Размножение вирусов протекает с исключительно высокой скоростью: при попадании в верхние дыхательные пути одной вирусной частицы уже через 8 часов количество инфекционного потомства вырастает в 10 раз. В дальнейшем вирус попадает в кровь и разносится по всему организму. Вирус, попадая в кровь, вызывает угнетение кроветворения и иммунной системы, способствуя развитию различных осложнений.

Жидкая слизь (слюна, сопля, мокрота) — главное оружие местного иммунитета. Пересохло во рту или в носу — местный иммунитет «отключился»: значит, созданы все условия для того, чтобы заболеть.

Существует 2 вида профилактики гриппа и других ОРВИ - специфическая и неспецифическая.

Неспецифические профилактические мероприятия направлены на повышение защитных сил организма.

Рекомендации по практической реализации главного эпидемиологического принципа профилактики ОРВИ.

- рациональный режим дня (полноценный отдых, достаточный по продолжительности сон, пребывание на свежем воздухе)
- ограничение посещения мест большого скопления людей во время подъема респираторной заболеваемости или эпидемий
- закаливание (обливания, обтирания, контрастный душ)
- занятия физкультурой и спортом
- ношение масок в период, когда вероятность заболеть наиболее велика, или когда в семье или ближайшем окружении уже имеются больные гриппом или ОРВИ
- изоляция здоровых членов семьи от заболевших гриппом
- проветривание помещений (дома, в детских дошкольных учреждениях, учебных заведениях, на работе)
- полноценное питание с включением в рацион легкоусвояемых продуктов, содержащих витамины и микроэлементы
- мытье рук с мылом, особенно, когда начался всплеск респираторной заболеваемости

- полоскание горла и промывание носа (так называемая «элиминационная терапия») препаратами растительного происхождения в виде настоев, спреев, растворов для полоскания, с помощью которых происходит эффективное снижение обсеменения (элиминация, удаление) слизистой оболочки носоглотки и зева
- поддерживайте оптимальные параметры температуры и влажности воздуха в жилых помещениях, где живете и работаете
- соблюдайте питьевой режим (пейте не только когда хочется, когда вас мучает жажда, но и тогда когда нужно – если нет медицинских противопоказаний, заболеваний сердца, почек – Вам необходимо за день выпивать не менее 2 литров жидкости)
- дополнительно можно принимать аскорбиновую кислоту и поливитамины, которые способствуют повышению сопротивляемости организма. Наибольшее количество витамина С содержится в квашеной капусте, клюкве, черной смородине, лимонах, киви, мандаринах, апельсинах, грейпфрутах.

К специфической профилактике относится вакцинация. Это наиболее эффективный способ профилактики гриппа. Своевременная вакцинация снижает заболеваемость гриппом в несколько раз, а в случае возникновения заболевания облегчает течение болезни, уменьшает ее длительность и предотвращает осложнения. Пик заболеваемости приходится на январь - март, поэтому прививку от гриппа рекомендуется делать в октябре - декабре. Иммуитет после прививки формируется через 14-20 дней и сохраняется в течение 6-10 месяцев. Поэтому необходимо прививаться ежегодно.

Ежегодная прививка против гриппа показана всем людям старше 6 месяцев. Противопоказанием к прививке является аллергия к белку куриных яиц (вакцина изготавливается при культивации вирусов на куриных эмбрионах), острые заболевания и обострения хронических. Существуют группы заболеваний и состояний, при которых грипп наиболее тяжело переносится, соответственно именно при этих состояниях вакцинация от гриппа особенно важна.

Вакцинация от гриппа особенно важна для:

- Лиц старше 50 лет
- Проживающих в домах престарелых и других социальных учреждениях
- Детей и взрослых с хроническими заболеваниями легких и сердца, включая астму
- Детей и взрослых с хроническими заболеваниями почек и сахарным диабетом
- Пациентов с ВИЧ - инфекцией и после пересадки органов
- Женщин, планирующих беременность
- Детей 6 месяцев-18 лет
- Медицинских и социальных работников контактирующих с указанными выше группами, а также для лиц, совместно проживающих с группами повышенного риска.

Прививки против гриппа можно получить в территориальной поликлинике по месту жительства, либо в платных медицинских центрах.

Ежегодно вирус гриппа меняется, приобретая новые свойства и вызывая все более тяжелые осложнения. Поэтому вакцина против гриппа каждый год обновляется. Еще в 1948 году ВОЗ создала особую программу, ориентированную на борьбу с гриппом. Программа эта на сегодняшний день объединяет четыре специализированных международных центра (в Атланте, Лондоне, Мельбурне и Токио) и более 120 вирусологических лабораторий, расположенных по всему миру. Лаборатории отслеживают циркуляцию вируса и постоянно обмениваются друг с другом информацией о том, какие штаммы вируса обнаруживаются в том или ином регионе, куда они движутся. Все получаемые результаты стекаются в международные центры. В феврале каждого года комитет экспертов ВОЗ оглашает прогноз относительно того, какие антигенные варианты вируса гриппа будут циркулировать в ближайший сезон. За последние 15 лет точность прогнозов составила 92%. В марте лаборатории ВОЗ осуществляют посев вирусов и рассылают материал производителям вакцин. В состав каждой вакцины входят, как правило, три вида вирусных антигенов: два типа А и один типа В. С апреля по июль идет процесс производства — выращивание, смешивание, тестирование, испытания. В августе вакцину упаковывают, в сентябре она попадает в аптеки, в октябре-декабре проводится вакцинация. Наилучший эффект в профилактике гриппа и ОРВИ даёт комплексный подход, включающий специфическую (иммунизация) и неспецифическую (стимуляция иммунитета лекарственными средствами) защиту населения.

Помните, при первых признаках гриппоподобного заболевания необходимо остаться дома и вызвать врача. Ранняя изоляция заболевшего не только уменьшит возможность контакта со здоровыми людьми, но и существенно снизит риск развития осложнений. Ухаживающим за больными необходимо позаботиться и о собственной защите.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 О.И. Киселева, И.Г. Мариничева, А.А. Сомининой. – СПб.: 2003. Грипп и другие респираторные вирусные инфекции / под ред.
- 2 Онищенко Г.Г., Киселев О.И., Соминина А.А. Усиление надзора и контроля за гриппом как важнейший элемент подготовки к сезонным эпидемиям и очередной пандемии. - М.: 2004. - С.5-9.
- 3 Смирнов В.С. Современные средства профилактики и лечения гриппа и ОРВИ. – СПб.: Фарминдекс, 2008. - С. 4.
- 4 Чувакова З.К., Ровнова З.И., Исаева Е.И., и др. Вирусологический и серологический анализ циркуляции вируса гриппа А (H1N1) подобного сероварианту А (H5W1N1), в 1984-1985 гг в Алма-Ате // Журн.микробиол., эпидемиол. и иммунобиол.–1986. - №10. - С.30-36

Н.Н. МУСАЕВА, С.К. СЫБАНҚҰЛОВА

ШЖҚ «Қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы» МКК, Алматы қаласы

ТҰМАУ ЖӘНЕ ЖРВИ-ДЫ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

Түйін: ЖРВИ аса кең таралған инфекция. ЖРВИ мен тұмауда айырықша және айырықша емес тәсілдерді бірге қолдану, ең тиімді тәсіл болып табылады.

Түйінді сөздер: ЖРВИ, тұмау, алдын алу, егу.

N.N. MUSAEVA, S.K. SYBANKULOVA

"Hospital for emergency aid" Almaty

INTERVENTIONS FOR THE PREVENTION OF INFLUENZA AND ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION

Resume: ARVI are ubiquitous and are the most common infectious disease. The best effect in the prevention of influenza and ARVI gives a comprehensive approach that includes specific (immunization) and nonspecific (immunity stimulation drugs) protection of the population.

Keywords: ARVI, influenza, prevention, vaccine.

УДК 616-54.036.

А.Е. НАРТАЕВА, Р.А. ИМИНДЖАНОВ

Городская больница скорой неотложной помощи г. Алматы
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНАУЗЕ И РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

В работе рассмотрены возрастные особенности железистой гиперплазии эндометрия в репродуктивном возрасте и пременопаузе и их гистологическая особенность.

Ключевые слова: Гиперплазия эндометрия, простая, сложная, атипии, репродуктивный возраст, пременопаузе.

Актуальность: Гиперплазия эндометрия представляет собой патологическое изменение структуры и функции слизистой оболочки тела матки обусловленное нарушением баланса между процессами пролиферации и апоптоза в эпителиальном и стромальном компонентах эндометрия. Выделяют четыре гистологических варианта гиперплазии эндометрия: простая гиперплазия эндометрия, комплексная (сложная, аденоматозная) гиперплазия эндометрия, простая атипичная гиперплазия эндометрия, комплексная атипичная гиперплазия эндометрия (Классификация опухолей тела и шейки матки ВОЗ, Lyon, 2003).

В структуре гинекологической патологии гиперплазии эндометрия составляет от 10 до 50% и заболеваемость неуклонно растет. Наиболее часто гиперплазия эндометрия выявляют у женщин в возрасте 45—55 лет. Гиперплазия эндометрия отличается склонностью к длительному рецидивирующему течению, на фоне которого могут возникать злокачественные поражения слизистой оболочки матки, особенно при отсутствии лечения. Доказано, что у 80% больных на фоне гиперплазии эндометрия возникает эндометриоидная аденокарцинома. Частота малигнизации варьирует от 3% при простой гиперплазии эндометрия до 29% при комплексной гиперплазии эндометрия, в постменопаузе озлокачествление происходит чаще.

Гиперпластическая трансформация эндометрия может возникать у женщин в любом возрасте при наличии факторов риска. Чаще встречается в переходные периоды, связанные с гормональными изменениями в организме (у подростков и пациенток пременопаузального возраста).

Развитию железистой гиперплазии эндометрия нередко предшествуют гинекологические операции, диагностические выскабливания эндометрия, аборт, а факторами риска гиперпластических процессов матки служат отсутствие в анамнезе у женщины родов, отказ от использования гормональной контрацепции, искусственное прерывание беременности, поздняя менопауза. Фоновыми генитальными процессами, которые сопутствуют развитию железистой гиперплазии эндометрия, являются миома матки, синдром поликистозных яичников, эндометриоз, эндометриты. В основе железистой гиперплазии эндометрия лежат чрезмерно активные пролиферативные процессы в железистой ткани матки. Ведущим моментом возникновения железистой гиперплазии эндометрия служит гиперэстрогения или длительное воздействие эстрогенов при снижении сдерживающего влияния прогестерона.

Цель работы: Изучить морфологические особенности гиперплазии эндометрия в пременопаузе и репродуктивном возрасте.

Материалы и методы: Исследование выполнено на материале соскобов эндометрия, и удаленных маток от 219 женщины за 2013 год в возрасте от 20 до 65 лет с гистологически верифицированными диагнозами: доброкачественной железистой гиперплазии эндометрия с атипией и без атипии а также простые и сложные. Были сформированы следующие возрастные группы: больные в возрасте от 20 до 30 лет, от 31 -40 лет, от 41-50 лет, от 51-60 лет, от 61-65 лет (рисунок 1).

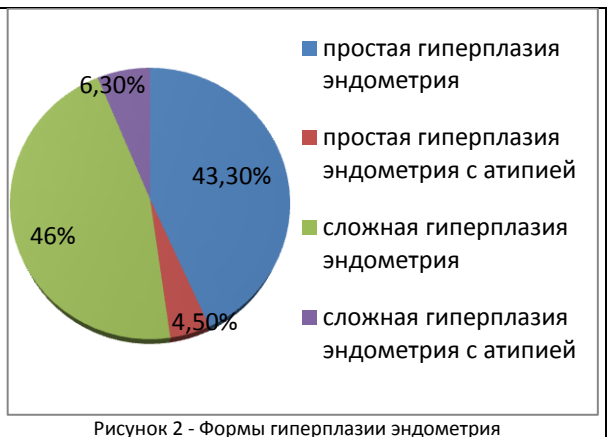
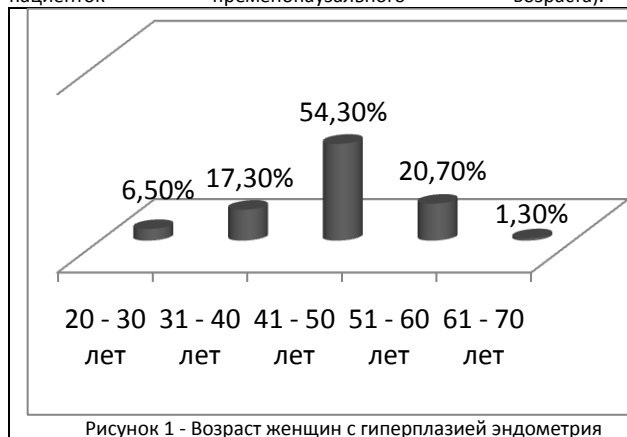


Рисунок – 1. По частоте гиперплазия эндометрия встречалась у женщин в возрастной группе от 41 – 50 лет в период менопаузы (54,30%). По форме простая гиперплазия эндометрия выявлена в 43,3% случаях, сложная гиперплазия эндометрия без атипии 46% случаях, сложная гиперплазия эндометрия с атипией 6,3%

случаях и простая гиперплазия эндометрия с атипией в 4,5% случаях (рисунок 2).

По клиническим данным учитывались сопутствующая гинекологическая патология у женщин (таблица 1).

Таблица 1 - Фоновая гинекологическая патология у женщин с гиперплазией эндометрия

Возрастная группа Заболевание	20 -30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 65	
	абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%

Миома матки	-	-	11	5	80	36,5	25	11,4	3	1,3
Аденомиоз	-	-	1	0,4	-	-	-	-	-	-

Анализируя таблицу 1 можно сказать, что миома матки диагностирована в возрастной категории от 41 – 50 лет в 80 случаях (36,5%), в возрасте от 51-60 лет в 25 случаях (11,4%) и в возрасте от 31-40 лет в 11 случаях (5%). Аденомиоз выявлен в одном случае в возрастной категории от 31-40 лет. Гиперплазия эндометрия клинически проявлялась дисфункциональным маточным кровотечением репродуктивного и менопаузального, постменопаузального периода.

Выводы:

Дисгормональные процессы эндометрия встречаются в сочетании, например гиперплазия эндометрия с аденомиозом или с миомой матки.

В 5% случаях гиперплазия диагностирована в репродуктивном возрасте женщин. Наиболее часто гиперплазия эндометрия выявляется у женщин в возрасте 41 – 50 лет – 54,3% , а 51 – 60 лет – 20,7%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Берштейн Л.М. Эпидемиология, патогенез и пути профилактики рака эндометрия: стабильность или эволюция // Практическая онкология. - 2004. - Т.5. - № 1. - С. 1-8.
- 2 Бохман Я.В., Прянишников В.А., Чепик О.Ф. Комплексное лечение при гиперпластических* процессах и раке эндометрия. - М.: Медицина, 1979. – С. 272.
- 3 Вдовенко И.А. Клинико-морфологическое обоснование комплексного лечения доброкачественных гиперпластических процессов в эндометрии в пременопаузе. // Автореф. дисс. .канд. мед. наук. — М.: 2009.
- 4 Бенедиктова М. Г., Доброхотова Ю.Э., Задонская Ю. Н. Современные аспекты патогенетически обоснованной фармакологической коррекции гиперпластических процессов в эндометрии. Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - № 1. - С. 96 — 98.
- 5 Бантыш Б.Б., Токарев В.Л. Построение математической модели для постановки диагноза при железистой гиперплазии эндометрия// Вестник новых медицинских технологий.- 2010. - N 3.— С. 9—12.
- 6 Сидорова И.В. Патология эндометрия при наличие миомы матки // И.С.Сидорова, Н.А. Шемукова, С.В. Закаблукова // Гинекология 2006. –Т.8. - №4-1. – С. 30-33.

А.Е. НАРТАЕВА, Р.А. ИМИНДЖАНОВ

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті
Алматы қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы*

ПРЕМЕНАПАУЗА ЖӘНЕ РЕПРОДУКТИВТІ КЕЗЕҢДЕГІ ЭНДОМЕТРИДІҢ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ

Түйін: Мақалада репродуктивті және пременопауза кезіндегі эндометридің безді гиперплазиясының ерекшеліктері көрсетілген.

Түйінді сөздер: эндометридің гиперплазиясы, жай гиперплазия, күрделі гиперплазия, репродуктивті кезең, пременопауза.

A.E. NARTAYEVA, R.A. IMINDSHANOV

*City Hospital for emergency assistance Almaty
Kazakh National Medical University of S.D. Asfendiyarov*

ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PREMENOPAUSAL OF REPRODUCTIVE AGE

Resume: The paper considers age features of glandular hyperplasias of endometrial in the reproductive age premenapauze and histological features

Keywords: Endometrial hyperplasia, simple, complicated with atypia and without atypia, reproductive age, premenapauze.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

В обзоре специальной научной литературы по проблеме качества жизни и реабилитации пациентов с рассеянным склерозом. Рассмотрена оценка эффективности терапии рассеянного склероза как в условиях стационара, так в домашних условиях. Представлены подходы к реабилитации больного, в зависимости от стадии течения заболевания. Рассматриваются такие лечебно-реабилитационные мероприятия как трудотерапия, логопедия, физиотерапия и фармакотерапия.

Ключевые слова: рассеянный склероз, реабилитация, трудотерапия, логопедия, качество жизни.

Реабилитация при прогрессирующих заболеваниях - направление в медицине, к которому лишь недавно привлечено внимание общества. Рассеянный склероз (РС) - одно из наиболее тяжелых заболеваний ЦНС, которое поражает в основном лиц молодого возраста и почти с неизбежностью приводит к инвалидизации. Среди неврологических заболеваний ЦНС по распространенности рассеянный склероз занимает 4 место после церебрального инсульта, активной эпилепсии и паркинсонизма. В настоящее время отмечается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости РС, что связано не только с усовершенствованием методов диагностики, но и с ростом числа заболевших. Благодаря разработки новых терапевтических подходов к его лечению, расширяются возрастные рамки данного заболевания, а также увеличивается продолжительность жизни больных РС. По некоторым данным показатель заболеваемости РС составляет 50 и более на 100 тыс. В настоящее время в мире насчитывается, по разным оценкам, около 3 млн. больных РС. Из них около 450 тыс. - в Европе. Не совсем ясны вопросы этиологии и патогенеза РС, затрудняющие его эффективную реабилитацию. Проблема РС актуальна и экономически значима во всем мире, в связи с инвалидизацией большого числа трудоспособных людей из активной жизни.

При ряде РС речь может идти лишь о поддерживающей реабилитации, которая проводится в условиях нарастания нарушений функций организма. Реабилитационные мероприятия, зависят от течения самого заболевания.

В случае "доброкачественного" течения спустя десятилетия встречается небольшой неврологический дефицит, когда у пациента отмечается лишь некоторую утомляемость в мышцах ног). При "злокачественных" формах уже через 2-3 года больной может быть прикован к постели и не способен к самообслуживанию. Также очевидна необходимость мер, направленных на поддержание физической независимости, коррекцию психологических и социальных последствий болезни у этой категории больных.

Для качественной реабилитации важным условием является активное участие самого пациента. Однако негативизм со стороны больного, вызванного депрессией, недостаточной эффективностью лечения и тяжёлой степенью инвалидности создаёт проблемы для выполнения этого условия. Пациент, в основном, сам определяет приоритеты в решении тех или иных проблем, а также оценивает эффективность выполнения задач проводимого курса реабилитации. Пациенту необходимо предоставить достаточно полную информацию о данном заболевании, его течении, о ходе и продолжительности терапии, а также её итогах. Составляется программа поддерживающего лечения и должна быть осуществлена в соответствии с конкретными нуждами больного. И его активное участие в осуществлении этой программы позволит избежать возникновения многих проблем в дальнейшем. Врач должен владеть навыками обращения с подобными больными, и по их просьбе вносить некоторые изменения в свои назначения. В некоторых случаях, воспринимая их требования как проявление кризисного состояния, многие специалисты пытаются бороться с ним до того, как оно станет главной проблемой.

На ранних стадиях заболевания долгосрочный прогноз труден. Наиболее значимым показателем являются особенности

течения рассеянного склероза впервые 5 лет. Данные МРТ и иммунологического обследования также имеют прогностическое значение. Исходя из этого, важное значение, при полной стойкой ремиссии, имеют нейропсихологическое консультирование, создание благоприятной обстановки в семье, психокорректирующие мероприятия. Существует необходимость информирования пациента о возможных неблагоприятных влияниях инфекций, интоксикации, психоэмоциональных перегрузок, беременности, перегревания (горячий душ, прямые солнечные лучи, физиотерапевтические процедуры).

Реабилитация при рассеянном склерозе, имеет два направления.

1. "Опережающая" адаптация к нарастающему неврологическому дефициту, направленная поддержание физической независимости, психологической адаптации.

2. Профилактика вторичных осложнений неврологической дисфункции (пролежней, атрофий и контрактур, остеопороза, нарушений периферического крово- и лимфообращения, инфекций мочевыводящих путей).

Реабилитация должна осуществляться мультидисциплинарной бригадой (невропатологи, физиотерапевты, трудотерапевты). В зависимости от проблем больного в ее состав могут быть включены логопед и нейропсихолог, и может потребоваться консультативная помощь ортопеда, диетолога и других специалистов.

В настоящее время стала актуальна реабилитационная помощь на дому, которая имеет свои преимущества:

- пациент находится в привычной обстановке, в условиях психологического комфорта, в результате чего меньше выражена физическая истощаемость и занятия более эффективны;

- имеются максимальные возможности для трудотерапевта решать с пациентом конкретные задачи;

- по данным опроса пациентов, этот вид помощи наиболее привлекателен (в том числе из-за непригодности больниц к нуждам больных РС, необходимости их присутствия дома (маленькие дети) и т.д.).

Работа на дому может также являться во многих случаях эффективным методом стабилизации течения заболевания и реабилитации.

Нужно с осторожностью рекомендовать ограничение производственной деятельности, учитывая высокий процент случаев с доброкачественным течением рассеянного склероза. Не редко ранний перевод на инвалидность пациентов, относящихся к специалистам умственного труда, работоспособность которых долго может не изменяться, приносит только вред. Нейропсихологические изменения, нарушения зрения, функции тазовых органов в большей степени влияют на трудоспособность, чем нарушения движений.

Лечебная физкультура - важнейший компонент реабилитационной программы - направлена на восстановление силы в мышцах, снижение спастического тонуса и восстановление координации движений. Методист по лечебной физкультуре разрабатывает индивидуальный план лечения, ориентируясь на состояние пациента и объем нарушения движений.

Логопед может потребоваться для улучшения питания, глотания и речи. Врачи поручают выполнение физических упражнений на мышцы челюсти, языка, губ и для облегчения жевания. Рассеянный склероз характеризуется разнообразием симптомов, связанных с нарушением нервной системы. При отсутствии специализированной терапии заболевание довольно скоро приводит к потере трудоспособности. Но, одновременно с этим, своевременная диагностика рассеянного

склероза даёт возможность провести высококачественное лечение и замедлить прогрессирование заболевания. В заключение, следует отметить, что медико-социальная реабилитация является важным составляющим схемы лечения больных рассеянным склерозом и должна проводиться при постоянном взаимодействии лечащего врача и пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Акинцева Ю.В., Трушников Т.Н., Байдина Т.В. Влияние синдрома усталости на качество жизни больных рассеянным склерозом // Неврологический вестник. - 2010. - Т. XLII. - № 1. - С. 132-133.
- 2 Балязин В.А., Гончарова З.А., Руденко О.Ю. Социально-экономические аспекты, качество жизни и нейропсихологические особенности больных рассеянным склерозом в Ростовской области // Кубанский науч. мед. вестник. - 2010. - № 7. - С. 50-54.
- 3 Барабаш И.А. Варианты течения и качество жизни больных рассеянным склерозом в Амурской области : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Новосибирск, 2007. - 162 с.
- 4 Малкова Н.А. [и др.] Связанное со здоровьем качество жизни больных рассеянным склерозом // Ж. невр. и псих. - 2005. - № 12. - С. 31-37.
- 5 Попова Е.В. Клинико-психосоциальные факторы, определяющие качество жизни больных с ремитирующей формой рассеянного склероза, сохраняющих функциональную активность : дис. ... канд. мед. наук. - М., 2009. - 124 с.
- 6 Рябухина О.В. Влияние рассеянного склероза на качество жизни больных (на примере г. Новосибирска) : дис. ... канд. мед. наук. - Новосибирск, 2003. - 149 с.
- 7 Татаринова М.Ю. Исследование показателей качества жизни и фармакоэкономический анализ у больных рассеянным склерозом : дис. ... канд. мед. наук. - М., 2004. - 242 с.

Ж.Т. ТАКЕНОВ

АҚТАУДЫҢ ІС-ШАРАЛАРЫ АЛАҢҒАСАР СКЛЕРОЗ

Түйін: Арнаулы ғылыми әдебиеттің шолуында ша өмірдің және емделушінің ақтауының сапасының мәселесіне алаңғасар склерозы. Алаңғасар склероз шипа тиімділігінің сарапшылығы сияқты ара шарттар аурухана қара, олай ұй шарттарда. Тіл табулар аурудың ақтауына ұсын, ара тәуелділік от ауруға шалдығудың ағысының кезеңінің. Мынадай емдік-ақтаудың іс-шарасы сияқты логопедия, физиотерапия және фармакотерапия қарастырылады.

Түйінді сөздер: алаңғасар склероз, ақтау, трудотерапия, логопедия, сапа

Z.T. TAKENOV

REHABILITATION IN MULTIPLE SCLEROSIS

Resume: In the review of the special scientific literature on the problem of the quality of life and rehabilitation of patients with multiple sclerosis. Considered assessment of the effectiveness of therapy of multiple sclerosis in hospital, at home. Present approaches to rehabilitation of the patient, depending on the stage of the disease. Considered such treatment-and-rehabilitation measures as occupational therapy, speech therapy, physical therapy and pharmacotherapy.

Keywords: multiple sclerosis, rehabilitation, occupational therapy, speech therapy, quality of life.

**Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, Г.С. ИБРАЕВ, Р.А. АЛИЕВ, Б.М. ШАЛАБАЕВ
Б.А. АИМБЕТОВ**

*Больница скорой неотложной помощи г. Алматы, кафедра анестезиологии и реаниматологии
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТИКОЛИНА ВО ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Проблема церебрального инсульта широко освещена в клинической и экспериментальной неврологии. Изучены механизмы, клинические формы, отработаны методы диагностики и прогнозирования мозгового инсульта. Несмотря на это, в настоящее время инсульты являются ведущей причиной инвалидности и одной из основных причин смерти в индустриально развитых странах, решением этой проблемы является использование цитиколина у больных с ОНМК по ишемическому типу в острейшем и остром периодах заболеваний. Препарат оказывает положительное действие, проявляющееся улучшением неврологического статуса.

Ключевые слова: цитиколин, ОНМК

На современном этапе ОНМК рассматривается как катастрофа, развивающаяся во времени и пространстве в ходе прогрессирования ишемии головного мозга от минимальных функциональных изменений до необратимого структурного поражения ткани мозга - некроза. Это неотложное состояние, требующее экстренной госпитализации в специализированное отделение палаты нейрососудистого отделения, предпочтительно в первые 3-6 ч от начала инсульта – в период «терапевтического окна».

Основными направлениями терапии ишемического инсульта в остром периоде являются реперфузия и первичная нейропротекция, направленная на прерывание быстрых механизмов глутамат-кальциевого канала с целью коррекции дисбаланса возбуждающих и тормозных нейротрансмиссивных систем. Этот вид нейропротекции рекомендуется начинать с первых минут ишемического инсульта и продолжать на протяжении первых 3 дней, особенно активно в первые 12 часов заболевания. Вторичная нейропротекция направлена на прерывание отсроченных механизмов смерти клеток и включает применение ингибиторов противовоспалительных цитокинов и молекул адгезии, антиоксидантов, трофических факторов, нейропептидов.

В настоящее время большие усилия прилагаются для поиска лекарственных препаратов –нейропротекторов, способных обеспечить эффективную микроциркуляцию и коррекцию оксидантного стресса, сохранить структуру гематоэнцефалического барьера и предотвратить разрушение нейрональных мембран. Одним из таких лекарственных средств является отечественный препарат дифосфоцин,

Цитиколин являясь источником холина, стимулирует синтез структурных фосфолипидов мембран нейронов, что способствует улучшению функции мембран, в том числе, функционированию ионообменных насосов и нейрорецепторов. Благодаря стабилизирующему действию на мембрану

цитиколин обладает противотечными свойствами и уменьшает отек мозга. Цитиколин ослабляет выраженность симптомов церебральной дисфункции после патологических процессов, как черепно-мозговая травма или острое мозговое кровообращения. В остром периоде инсульта уменьшает объем поврежденной ткани, улучшает холинэргическую передачу. Улучшает церебральный кровоток, активизирует структуры ретикулярной формации головного мозга, восстанавливает сознание. Цитиколин снижает уровень амнезии, улучшает состояние при когнитивных, сенситивных и двигательных расстройствах, также ослабляет выраженность симптомов, которые наблюдаются при гипоксии и ишемии мозга, включая ухудшение памяти, эмоциональную лабильность, нарушение способности выполнять обычные действия по обслуживанию.

Цель исследования – изучение клинической эффективности цитиколина, его влияние на основные показатели крови и системы гемостаза у больных с ишемическим инсультом в острейшем и остром периодах получавшие лечение в условиях реанимации.

Материалы и методы

Работа выполнена в отделении реанимации и интенсивной терапии больницы скорой неотложной помощи г. Алматы. В исследование включались больные, госпитализированные в экстренном порядке с диагнозом «ЦВЗ.ОНМК по ишемическому типу» в первые часы от развития инсульта. Диагноз ишемического инсульта были верифицированы с помощью нейровизуализированных методов исследования (компьютерная или 5,6% случаях магнитно-резонансная томография головного мозга).

Исследование было проведено 106 пациентам, 62 женщинам и 44 мужчинам, в возрасте от 40 до 85 года (средний возраст 56±8,9 года) с установленным диагнозом ишемического инсульта. Тяжелая степень болезни установлена у 36 (38,7%) больных (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов по группам исследования

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
40- 55 лет	14	31,8	12	19,3	26	24,5
56 – 70 лет	18	40,9	28	45,3	46	43,3
71- 85 лет	12	27,3	22	35,4	34	32,2
Всего	44	100	62	100	106	100

В качестве фонового заболевания у 71 % больных были выявлены гипертоническая болезнь, у 15% – ишемический инсульт сердца, у 12% сахарный диабет. Причем необходимо отметить, что 25% больных в анамнезе имели различные виды

нарушения мозгового кровообращения в течение последних 5 лет (рисунок 1). Атеротромботический подтип ишемического инсульта был определен у 79 больных, кардиоэмболический – у 14.

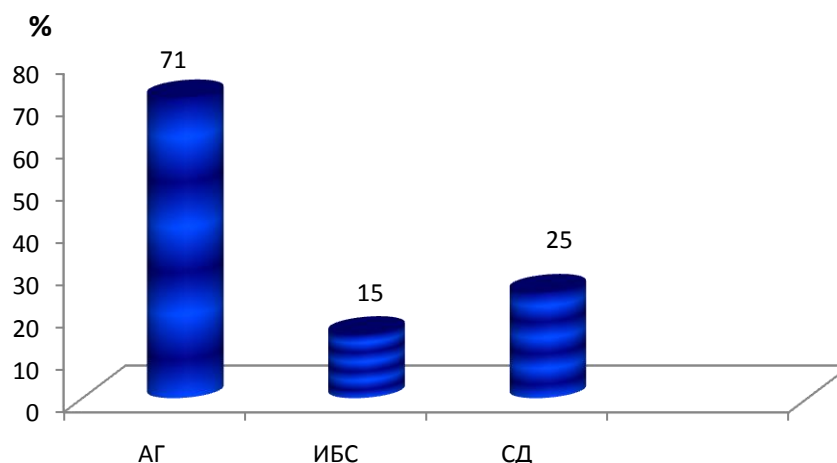


Рисунок 1 - Выявленные сопутствующие патологии у исследуемых групп

Степень выраженности нарушения сознания оценивали по шкале Глазго. Лабораторные данные (показатели крови и коагулограммы) оценивали также при поступлении в стационар на 1,5 сутки. В качестве группы контроля были обследованы 24 практически здоровых лиц в возрасте 39-65 лет (средний возраст $59,3 \pm 7,4$ года). Эти лица не имели отклонений в лабораторных показателях крови и коагулограммы, в результате проведенной нейровизуализации патологии не определялась.

Включенные в исследование пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от дозировки и длительности применения исследуемого препарата. Больные 1 группы (45 человек) на фоне базисной терапии получали цитиколин в виде дифосфоцина по 1000 мг на 250 мл физиологического раствора внутривенно капельно 1 раз в день ежедневно, в течение 5 дней, больные 2 группы (94 человека) на фоне базисной терапии получали дифосфоцин по 1000 мг на 250 мл физиологического

раствора внутривенно капельно 2 раз в день ежедневно в течение 5 дней.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программ Microsoft Excel 7,0.

Результаты и обсуждение

При изучении системы гемостаза у больных с ишемическим инсультом, было выявлено, что рассматриваемые показатели значительно превышают показатели лиц контрольной группы – в среднем на 38,8% ($P < 0,01$), причем у больных в острейшем периоде с тяжелой формой заболевания данные показатели были выше, чем у пациентов в остром периоде и со среднетяжелой формой инсульта.

Следующим этапом исследования явилось изучение эффективности влияния проводимой терапии на системы гемостаза (протромбиновый индекс, фибриноген, активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение) на 1 и 5 сутки лечения (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели системы гемостаза у пациентов с разной степенью тяжести инсульта

Показатели	Контроль	Пациенты					
		тяжелый инсульт			среднетяжелый инсульт		
		1-ые сутки	5-ые сутки	21-ые сутки	1-ые сутки	5-ые сутки	21-ые сутки
Протромбиновый индекс, %	$86 \pm 0,16$	$110 \pm 0,11$	$105 \pm 0,31$	$96 \pm 0,27$	$109 \pm 0,21$	$99 \pm 0,18$	$90 \pm 0,29$
Фибриноген, г/л	$3,2 \pm 0,14$	$4,7 \pm 0,34$	$4,0 \pm 0,19$	$3,6 \pm 0,25$	$4,4 \pm 0,14$	$3,7 \pm 0,12$	$3,0 \pm 0,28$
Активированное частичное тромбопластиновое время, с	$32 \pm 0,35$	$21 \pm 0,15$	$25 \pm 0,36$	$34 \pm 0,45$	$25 \pm 0,26$	$31 \pm 0,22$	$35 \pm 0,16$
Международное нормализованное отношение	$1,4 \pm 0,33$	$1,7 \pm 0,25$	$1,5 \pm 0,45$	$2,0 \pm 0,37$	$1,3 \pm 0,33$	$1,0 \pm 0,31$	$1,8 \pm 0,22$

Как уже указывалось выше, при динамическом наблюдении была выявлена тенденция к улучшению и приближению к нормативным показателям анализируемых параметров. При этом на 2 –ые сутки отмечено более выраженное снижение уровней по сравнению с первой группы. Показатели системы гемостаза 2 –й группы также продемонстрировали более убедительное снижение ее активации в сравнении с больными первой группы.

Динамика исследуемых биохимических показателей крови у больных с ишемическим инсультом на фоне лечения цитиколином коррелировали с улучшением неврологического статуса, повышением активности, мобильности больных и их способности к самообслуживанию, что было достоверно ($P < 0,01$) более выражено у больных 2-й группы, получавших большие дозы препарата в условиях ОРИТ в течение 5 дней. Таким образом, полученные результаты позволяют заключить, что включение цитиколина в комплексную терапию больных с

ОНМК по ишемическому типу в острейшем и остром периодах заболеваний является патогенетически обоснованным и оказывает положительное действие, проявляющееся

улучшением неврологического статуса, снижением активности системы гемостаза, вплоть до достижения уровня физиологических значений к моменту завершения стационарного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Виленский В.С.: Неотложные состояния в невропатологии. – Ленинград: 1986.
- 2 Скоромец А.А., Сорокоумов В.А., Можяев С.В. и соавт. Изменения сердечно-сосудистой системы и мозговые инсульты. С.-Петербург. Врач. Вестник. - № 16. - 1997. – С. 45-48.
- 3 Bouma GJ, Muizelaar JP, Bando K, et al: Blood pressure and intracranial pressure-volume dynamics in severe head injury: Relationship with cerebral blood flow. J Neurosurg 77, 1992. – P. 15-19.
- 4 Bouma GJ, Muizelaar JP: Cerebral blood flow in severe clinical head injury. New Horizons 3, 1995. – P. 384-394.
- 5 Cruz J, Jaggi JL, Hoffstad OJ: Cerebral blood flow, vascular resistance, and oxygen metabolism in acute brain trauma: redefining the role cerebral perfusion pressure? Crit Care Med 23, 1995. – P. 1412-1417.
- 6 Edvinsson L, Owman C, Siesjo B: Physiological role of cerebrovascular nerves in the autoregulation of cerebral blood flow. Brain Res 117, 1976. – P. 519-523.

**Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, Ғ.С. ИБРАЕВ, Р.А. АЛИЕВ, Б. М. ШАЛАБАЕВ,
Б.А. АИМБЕТОВ**

*Алматы қаласы жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы, С.Д. Асфендияров атындағы
ҚазҰМУ анестезиология және реаниматология кафедрасы*

ЦИТИКОЛИН ПРЕПАРАТЫН ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТКЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРҒА ҚОЛДАНУ

Түйін Жүргізілген зерттеулер нәтижесі цитиколин препаратын мидың жіті қан бұзылу дертіне шалдыққан науқастарды емдей кезінде кеңінен қолдануға болатындығына дәлел болды. Барлық белгілі болған қорытындылар осы препаратты қолдану негізінде мидың айналу қызметінің аз уақыт аралығында қалпына келіп, неврологиялық статустың айтарлықтай оң дәрежеде тұрақтануына, гемостаздық көрсеткіштердің физиологиялық шамаға дейін қалыптасуын көрсетті.

Түйінді сөздер: цитиколин, бас-ми айналымының жедел бұзылуы

B.K.SULEIYMENOV, R.A. ALIYEV, G.S. IBRAEV, B.M. SHALABAEV, B.A. AIVBETOV
USE OF THE CITOCLEAN IN ACUTE ISCHEMIC STROKE

Resume: The problem of a cerebral stroke is widely covered in clinical and experimental neurology. Mechanisms, clinical forms are studied, methods of diagnostics and forecasting of a brain stroke are fulfilled. Despite this, presently strokes are the leading cause of disability and one of the main causes of death in industrialized countries, the solution to this problem is the use of Citoclean in patients with ischemic stroke on the peracute and an acute periods of diseases. The drug has a positive effect, which improves neurological status

Keywords: Citoclean, acute ischemic stroke.

УДК:616-009.7-085.215.4.13

**Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, Ғ.С. ИБРАЕВ, Р.А. АЛИЕВ, Б.М. ШАЛАБАЕВ
Б.А. АИМБЕТОВ**

*Алматы қаласы жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы, С.Д. Асфендияров атындағы
ҚазҰМУ анестезиология және реаниматология кафедрасы*

БАССҮЙЕК-МИ ЖАРАҚАТЫНА ҰШЫРАҒАН НАУҚАСТАРҒА АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ УАҚЫТЫНА ҚАТЫСТЫ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕРГЕ ШОЛУ

Қазіргі уақытта бассүйек-ми жарақатына ұшыраған науқастарға алғашқы медициналық көмек көрсету және оның басты себептерін ашып көрсету науқастардың уақытылы жазалып, тезірек оңалып кетуіне үлкен маңыздылығы бар екені өз еліміздегі және шет ел зерттеушілерінің еңбектерінен белгілі. Сол себепті де, бүгінгі таңда бассүйек-ми жарақатына ұшыраған науқастарға көрсетілген көмектің уақытын жіті бақылаудың қажеттілігі аса зор.

Түйінді сөздер: бассүйек-ми жарақаты, алғашқы медициналық көмек, жарақаттану себептері.

Жалпы жарақаттанумен байланысты болатын өлім-жітім көрсеткіштерінің арасында мидың бас сүйегінің жарақаттануы басты орындардың бірін алатыны көптеген ғылыми еңбектерден белгілі жайт. Сонымен қатар, мидың жарақаттануы көпшілік жағдайда жастар арасында көптеп кездесетіні, ең алдымен қазіргі заманғы техникалық даму қарқынының өріс алуымен тығыз байланыста болып отыр. Барлық ми жарақаттануына алып келетін себептердің арасында техногендік апатпен, спорттық жаттығу барысындағы және құрылыс жұмыстарымен байланысты кездесетін жарақаттану басымдылық деңгейде кездесуде.

Зерттеу материалдары мен әдістері

Алматы қаласындағы анестезиология және реанимация бөлімінде ми-бассүйегі жарақаттануына байланысты 2012-2013 жылдар арасында ем қабылдап, шұғыл түрде әр түрлі дәрежеде ота жасалынған 86 науқастың медициналық құжаттарын (аурудың даму тарихы, статистикалық түбіршек) сараптау барысы, жарақаттану себептері ең алдымен 50% деңгеймен автокөлік апатына байланысты болса, содан кейінгі

орындарды 18,6% біреулердің соққыға жығуымен, оның арасында 2 жағдайда белгісіз адамдардың оқ атуымен, 8,2% жағдайда биіктен құлау себебінен, жұмыс орындарында байқаусызда және спортпен шұғылдану барысында бас сүйегін зақымдау себептері 6,9% дәрежеде, көшеде құлап басын жару және белгісіз себептермен жарақаттану 4,7% болғандығы анықталды. Ары қарайғы жүргізген сараптамалар осы көрсетілген шамалардың жыныстық және жастық топтарда таралуын зерделеуге бағытталды.

Зерттеу қорытындысы

Нәтижесінде бассүйек-ми зақымдауына ұшыраған науқастардың басым көпшілігі (63,9%) ер адамдар болғандығы анықталып және де олардың басым бөлігі (45,4%) автокөлік апатынан, 10,9% биіктен құлау, 20,3% басқа біреулердің соққыға жығуымен, 7,2% спортпен шұғылдану үстінде жарақат алса, ал 5,4% мөлшерде көшеде туындаған қолайсыздықтардан құлап немесе басына соққы тиіп бас сүйектерін зақымдаған. Ал жалпы реанимация бөлімшесінде ем қабылдаған науқастардың 3,6% мөлшерінің жарақат алу себептері белгісіз болып қалған.

Кесте 1 - Жарақаттану себептерінің жыныстық топтарда таралуы

	Ерлер		Әйелдер		Барлығы	
	Саны	%	Саны	%	Саны	%
Жол апаты	25	45,4	18	58	43	50
Биіктен құлау	6	10,9	1	3,2	7	8,2
Соққыға жығылу	11	20,3	5	16,3	16	18,6
Жұмыс орындарында	4	7,2	2	6,5	6	6,9
Көшеде құлау	3	5,4	1	3,2	4	4,7
Спортпен шұғылдану барысында	4	7,2	2	6,5	6	6,9
Белгісіз себептермен	2	3,6	2	6,5	4	4,7
Барлығы	55	100	31	100	86	100

Әйел адамдар барлық бас сүйек зақымданып ауруханаға түскен барлық науқастардың 36% мөлшерін құрап, бұл жыныстық топтағы да жарақаттану көрсеткіші ер адамдар тобындағы заңдылықтарға сәйкес ең көп мөлшерде жол апатымен байланысты болып анықталды (58%). Сонан кейінгі орындарда 16,3% белгісіз біреулердің соққыға жығуы болса, ал спортпен шұғылдану үстіндегі, жұмыс орындарында жарақаттану көрсеткіштері және белгісіз себептермен жарақаттану пайыздық

деңгейлері бірдей шамада болып, 6,5% деңгейінде анықталды. Ал көшеде құлап, бас сүйегін зақымдау әйелдер арасында ең аз мөлшерде анықталып, 3,2% деңгейінде болғандығы белгілі болды.

Ары қарайғы зерттеулеріміз осы сараптаумен қамтылып отырған барлық науқастарды жас шамасына байланысты топтастыруға бағыттылып, төменгі кестеде көрсетілгендей нәтижелерге қол жеткіздік (кесте 2).

Кесте 2 – Зерттеу тобындағы науқастарды жастық ерекшеліктеріне байланысты топтастыру

	Ерлер		Әйелдер		Барлығы	
	Саны	%	Саны	%	Саны	%
20-30	20	36,3	13	41,9	33	38,3
31-40	15	27,2	8	25,8	23	26,7
41-50	12	21,8	5	16,3	17	19,7
51-60	5	9,3	3	9,6	8	9,3
61-70	2	3,6	2	6,4	4	4,6
71-80	1	1,8	-	-	1	1,4

Барлығы	55	100	31	100	86	100
---------	----	-----	----	-----	----	-----

Кестеде көрсетілгендей, барлық бассүйек-ми жарақатын науқастардың басым бөлігін 20-30 жас аралығындағы жас адамдар құраған, ал осы жастық категориядағы ер адамдар барлық зертеумен қамтылып отырған еркектердің 36,3 % құраса, ал белгілі болған 13 жас әйел мен қыздар барлық жарақат алған әйелдердің 41,9 % құрағаны анықталды.

Яғни, жарақаттану түрлері арасындағы ең ауыры да, науқастардың келешегіне қатысты ең күрделісі болып табылатын бассүйек ми зақымдануы жастар арасында көптеп кездесіп, осы қолайсыздық ұшыраған жағдайдағы көрсетілетін көмектің аса маңызды екендігін ерекшелейді.

Ауруханаға жеткізілген барлық аурулардың даму тарихы кітапшасын зерделеу барысында көпшілік науқасқа дер кезінде медициналық алғашқы көмектің уақытында көрсетілмеу фактілері анықталған. Бұған әкеліп соқтырған себептердің түрлері әртүрлі болып келді. Басым жағдайда жарақаттанған адамның өзі қалауымен, уақыт өте жазылып кететін шығармын

деген сеніммен уақыт өткізіп алса, кейбір жағдайларда науқас ми шайқалуымен байланыста өз жағдайына дұрыс баға бере алмауы себебіне медициналық көмекке жай жүгініп қалған фактілерінің орын алатындығы анықталды. Кейбір жағдайларда тіпті басқа басқа да неврологиялық немесе токсикологиялық аурулардың қабаттасып келуімен байланысты уақыт өте барып нейрохирург мамандарының қарауына өткен фактілері де бірлі-жарым болса бар екендігі анықталды.

Сонымен қатар, бассүйек-ми зақымдануы кезіндегі алғашқы медициналық көмектің көрсетілу уақыты мен отаның дер кезінде атқарылуы және науқастың аман есен қалуы арасында байланыстың өте тығыз екендігі зерттеу уақыты кезіндегі осы жарақаттану түрінен қайтыс болған барлық науқастардың ауруханаға дейінгі және ауруханаға жеткізілген кездеріндегі медициналық құжаттарын сараптау нәтижесінде белгілі болды (кесте 3).

Кесте 3 - Бассүйек-ми зақымдануынан қайтыс болған науқастарды медициналық көмек көрсетілген уақытына байланысты жіктеу

	3 сағат	12 сағат	24 сағат	72 сағат	Барлығы	
					Саны	%
1 тәулік	1	2	3	3	9	45
2 тәулік	1	1	2	3	7	35
3 тәулік	-	1	1	2	4	20
Барлығы	2	4	6	8	20	100

Кестеде берілгендей зерттеу жылдарында бассүйек-ми жарақатынан қайтыс болған 20 науқастың негізгі бөлігі (45%) бірінші тәулікте, 35% екінші тәулікте, 20% үшінші тәулікте қайтыс болған. Ал осы науқастарға алғашқы көмек көрсетілу уақытын қарастыру кезінде белгілі болғаны алғашқы 3 сағат арасында шұғыл көмек көрсетілген науқастар арасында жарақатының ауырлығына қарамастан өлім –жітім көрсеткіші ең төменгі деңгейде 10% (2 науқас), ал «өсағат арасында көмек көрсетілген науқастар арасындағы өлім –жітім көрсеткіші 20% (4 науқас), 24 сағат немесе бір тәулік ішінде көмек көрсетілген науқастар арасындағы қайтыс болу көрсеткіші 30% (6 науқас) болды. Ал барлық бассүйек -ми жарақатынан қайтыс болған 20 науқастың қалған 40% (8 науқас) үш тәулік арасында медициналық алғашқы жәрдем көрсетілген топта тіркелінген.

Демек, жарақаттанудың қай түрі болмасын соның ішінде талқылауға алынып отырған бассүйек -ми жарақаттануы кезінде

алғашқы медициналық көмек көрсетудің және дер кезінде жасалынған диагностикалық шаралардың уақыты орындалуы науқастардың өмірін сақтап қалу барысындағы бірден-бір маңызды факторға ие екендігі белгілі болды.

Алынған нәтижелер қазіргі уақыттағы әртүрлі елдер ғалымдарының еңбектерінде көрсетілген жалпы жарақаттану көрсеткіштерінің, соның ішінде бассүйек- ми жарақаттану көрсеткіштерінің жастар тарасында белең алып отырғандығына дәлел бола алады.

Сонымен қатар жарақаттанудың осы түрінің пайда болуы себебтері арасында автокөлік апатының тигізіп отырған ықпалының өте зор екендігін байқаймыз. Сол себепті де, атқарылған жұмыс нәтижесі осы апат түрін неғұрлым азайту мақсатындағы шаралардың жүргізілу қарқындылығы мен олардың практикалық тұрғыдан орындалу барысында күрделі мәселелердің бар екендігін алдыға тартады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Корнилов Н.В., Брезнухин Э.Г. Травматология и ортопедия // Руководство для врачей. – СПб.: 2004. – Т 1. – С. 9-66.
- 2 Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К. Организация и перспектива развития ортопедо-травматологической помощи населению Республики Казахстан // Травматология және ортопедия. - 2005. - №2. – С. 5-9.
- 3 Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К., Селенова Р.К. Проблемные вопросы отечественной травматологии // Травматология және ортопедия. - 2008. - №2. – С. 3-6.

**Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, Ғ.С. ИБРАЕВ, Р.А. АЛИЕВ, Б.М. ШАЛАБАЕВ
Б.А. АИМБЕТОВ**

*Больница скорой неотложной помощи г. Алматы,
кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Резюме: Черепно-мозговая травма чаще всего встречается у молодых людей в возрасте от 15 до 20 лет. По статистике мужчины получают такой вид травмы в два-три раза чаще женщин во всех возрастных группах. Более 50% всех случаев черепно-мозговой травмы и 70% смертельных исходов при черепно-мозговой травме приходится на долю дорожно-транспортных происшествий. Второй основной причиной является падение с высоты. Более чем у 50% пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой отмечаются множественные повреждения, которые приводят к значительной потере крови, системной гипотонии и гипоксии.

Ключевые слова: ЗЧМТ, первичная медицинская помощь, причины травмы.

B.K.SULEIYMENOV, R.A. ALIYEV, G.S. IBRAEV, B.M. SHALABAEV, B.A. AIVBETOV

SOME FEATURES OF RENDERING MEDICAL CARE AND REASON OF EMERGENCE OF THE CRANIOCEREBRAL TRAUMA

RESUME: The craniocerebral trauma most often meets at young people aged from 15 till 20 years. On the statistics men are receive such type of a trauma two-three times more often than women in all age groups. More than 50% of all cases of a craniocerebral trauma and 70% of deadly outcomes at a craniocerebral trauma fall to the share of road accidents. Falling from height is the second main reason. More than at 50% of patients with a heavy craniocerebral trauma multiple damages which lead to considerable loss of blood, system hypotonia and a hypoxia are noted.

Keywords: craniocerebral trauma.

УДК: 616-009.7-085.215.3.10

Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, Р.А. АЛИЕВ, Г.С. ИБРАЕВ, Б.М. ШАЛАБАЕВ,
Б.А. АИМБЕТОВ

Больница скорой неотложной помощи г. Алматы,
кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА РЕМЕСТИП ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Желудочно-кишечное кровотечение остается одной из самых актуальных проблем в современной медицине, а сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта усложняют проведение экстренной адекватной терапии.

В этой статье говорится о препарате под названием Реместип, который обеспечивает быстрое, стойкое, эффективное лечение и восстановление гемостаза с фоновыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта у тяжелых больных.

Ключевые слова: Реместип, желудочно-кишечное кровотечение.

Желудочные кровотечения возникают, как правило, внезапно. Ранними признаками являются общая слабость, головокружение, сердцебиение, бледность кожных покровов. При массивной кровопотере может развиваться внезапная слабость, вплоть до потери сознания. Тяжесть состояния больного зависит от массивности и быстроты кровопотери. Основными проявлениями желудочного кровотечения являются кровавая рвота и дегтеобразный стул. При быстром темпе кровотечения возможна рвота кровью обычного цвета или в виде сгустков. Излившаяся в просвет желудка кровь выделяется через кишечник, при этом каловые массы имеют дегтеобразный вид и неприятный запах. Небольшие кровотечения распознаются с трудом, иногда лишь при специальном обследовании.

Причин, приводящих к желудочному кровотечению, много (более 60). Прежде всего, это основные причины, непосредственно связанные с поражением желудка: эрозивный гастрит, язвенная болезнь желудка, рак желудка, разрывы стенки желудка при рвоте, острые лекарственные язвы (при приеме гормонов и лекарственных средств типа аспирина). Одной из частых причин кровотечения является цирроз печени, так как при этом заболевании происходят расширение и истончение вен пищевода и верхней части желудка, которые могут повреждаться и стать причиной кровотечения.

При возникновении желудочного кровотечения кровь накапливается в желудке, часть ее поступает в двенадцатиперстную кишку, а часть с рвотой выделяется наружу. В зависимости от объема кровопотери возникает малокровие, которое в тяжелых случаях может привести к смерти больного.

Источник желудочно-кишечного кровотечения может локализоваться во всех отделах желудочно-кишечного тракта. Кровотечением осложняются язвенная болезнь, эрозивный гастрит, синдром Мэллори — Вейсса (желудочное кровотечение, обусловленное разрывами слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода или кардиального отдела желудка при упорной рецидивирующей рвоте), варикозное расширение вен пищевода и желудка, неспецифический

язвенный колит, дивертикулы и полипы кишечника, доброкачественные и злокачественные опухоли органов желудочно-кишечного тракта, геморрой и др.

Лечение проводится в стационаре и заключается в проведении экстренного устранения источника кровотечения и нормализация гемостаза (гемостатическая терапия), а как второй этап - симптоматической терапии (гемостимулирующая и витаминотерапия, антибактериальная, дезинтоксикационная, противовоспалительная терапия).

Целью исследования была оценка эффективности препарата Реместип при желудочно-кишечных кровотечениях у больных с различными заболеваниями желудка, ДПК, пищевода, хроническими заболеваниями печени, получавшими лечения в условиях реанимационного отделения многопрофильной клиники г. Алматы.

Реместип - терлипрессин (N-триглицид-8-лизин-вазопрессин), является синтетическим аналогом вазопрессина, естественного гормона задней доли гипофиза, отличающегося от него замещенным в 8-й позиции аргинином на лизин, а также тем, что три глициновых остатка присоединены к терминальной аминокислоте цистеина. Фармакологический эффект терлипрессина заключается в наложении специфического эффекта субстанций, образованных в результате его ферментативного расщепления. Заметными свойствами терлипрессина являются выраженный вазо-констрикторный и антигеморрагический эффекты. Наиболее заметным в этом отношении эффектом является снижение кровообращения в паренхиме внутренних органов, в результате чего снижается кровоток в печени и давление в системе воротной вены.

Материалы и методы

Исследования проводилось на базе реанимационного отделения городской клинической больницы скорой неотложной помощи. Под нашим наблюдением находились 17 больных тяжелыми и среднетяжелыми степенями желудочно-кишечного кровотечения. Степень ЖКК определяли по ЧСС, уровнями АД, гемоглобина, гематокритного числа, дефицитом объема циркулирующей крови (ОЦК) (таблица 1).

Таблица 1- Распределение больных по степени тяжести ЖКК

Параметры	Среднетяжелое	Тяжелое
ЧСС	80-100 уд в мин.	Выше 100 уд в мин.
Сист. АД	100-110 мм. рт. ст	Ниже 100 мм. рт. ст
Hв	80-100 г/л	Ниже 80 г/л
Hт	25-30%	Ниже 25%
Дефицит ОЦК	От 20-30% ОЦК	30% и более

Согласно полученным параметрам 13 (76%) пациентов госпитализированы с тяжелой степенью ЖКК, соответственно у 4 (24%) пациентов диагностированы среднетяжелой степени данного заболевания.

Всем пациенткам проводили клинические, лабораторные и инструментальные исследования. Группу контроля составили

10 практически здоровых лиц в возрасте 39-65 лет (средний возраст 59,3±7,4 года). Эти лица не имели отклонений в лабораторных показателях крови и коагулограммы, в результате проведенных инструментальных исследований (фиброгастро-скопия, колоноскопия) патологии не

определялось. Средний возраст наблюдаемых составил 42,2±2,7

года (таблица 2)..

Таблица 2 – Распределение пациентов по группам исследования

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
20- 35 лет	4	44,4	3	37,5	7	41,1
36 – 50 лет	2	22,2	2	25,0	4	23,5
51- 65 лет	2	22,2	2	25,0	4	23,5
66 -80 лет	1	11,2	1	12,5	2	11,9
Всего	9	100	8	100	17	100

Источником кровотечения в 35,7 % (6) случаях были язвенные болезни желудка, в 11,7%(2)в случаях – синдром Мэллори – Вейсса, в 17,6%(3) - варикозное расширение вен пищевода и желудка, в 5,8%(1) -неспецифический язвенный колит, дивертикулы и полипы кишечника, 5,8%(1) доброкачественные

и злокачественные опухоли органов желудочно-кишечного тракта, 11,7%(2) геморрой и трещины прямой кишки и в 11,7% (2) случаях причины ЖКК оставались не выясненным (рисунок 1).

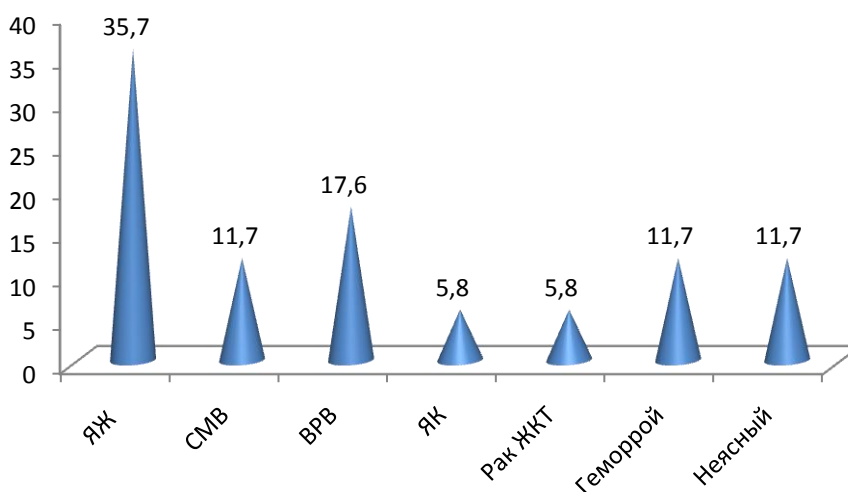


Рисунок 1 – Фоновые заболеваний приводящие к ЖКК

Включенные в исследование пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от дозировки и длительности применения исследуемого препарата. Больные 1 группы (4 человек) со среднетяжелой степенью кровотечения на фоне симптоматической терапии с гемостатической целью вводилиреместипкоторые получали первый раз в дозе 20 мкг/кг на 20 мл изотонического раствора внутривенно струйно. В последующем введение препарата повторяли через 8 часов в дозе 10- 20 мкг/кг (в зависимости от интенсивности внутреннего кровотечения) на 0,9% физиологического раствора внутривенно капельно 4 раза в день ежедневно, в течение 5 дней. Больные 2 группы (14 человек) с тяжелой формой ЖКК, на фоне симптоматической терапииполучалиреместип по 20 мкг/кг в/в струйно, затем в той же дозировке 4 раза в день на 250 мл 0,9% физиологического раствора внутривенно капельно, ежедневно в течение 5 дней.

Наряду с исследуемым препаратом проводились гемостатическая терапия (дицинон по2 мл 2—3 раза в сутки в/м или в/в, викасол 1%раствор по 1 мл 2—3 раза в сутки, 5% раствор аминокaproновой кислоты 100 мл в/в), В состав симптоматической терапии включались также гемостимулирующую и антианемическую терапию (гемостимулин по 0,5 г 3 раза в сутки, ферроплекс по 2 драже 3 раза в сутки, тотема по 1 ампуле 2—3 раза в сутки внутрь, сорбифер, трамин, новофер), общеукрепляющая и

витаминотерапия, седативные препараты, активную инфузионную терапию. При необходимости проводили переливание компонентов одногруппной крови, заморо-женной плазмы.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программ MicrosoftExcel 7,0.

Результаты исследования

Нами была отмечена высокая эффективность реместипа при остановке желудочно-кишечных кровотечений у исследуемых лиц. Так, через 6—8 часов в повторном введении реместипа отмечались значительное улучшение состояние больных, уменьшение признаков геморрагии из желудочно-кишечного тракта, восстановление адекватного уровня ОЦК со стабилизацией показателей красной крови (Hb, Ht, Эр, Тромб.).положительный эффект исследуемого препарата дополнительно подтвердилось положительным влиянием проводимой терапии на системы гемостаза (протромбиновый индекс, фибриноген, активированное частичное тромбиновое время, международное нормализованное отношение) (таблица 3).

Наряду с этим, 8 пациентам во 2 группе было проведено хирургический гемостаз, во время которого в/в струйно был введен реместип в дозе 800 мкг на 20 мл изотонического раствора. В послеоперационном периоде через 6 часов этим же пациентам введение повторили из расчета 10 мкг/кг. В

результате несмотря на тяжести проведенной операции больные отмечали улучшение самочувствие. На вторые сутки

пациентки отмечали увеличение количество гемоглобина, гематокритного число, эритроцитов.

Таблица 3 – Показатели красной крови и коагулограммы больных с применением препарата реместип с различной степенью ЖКК

	Контрольная	1 группа		2 группа	
		1 день	5 день	1 день	5 день
Гемоглобин	112±0.13	87,1±0,15	121±0,12	78,6±0,17	115±0.14
Эритроциты	3,6±0.03	2,62±0.06	3,58±0,02	2,12±0,06	3,41±0.08
Гематокрит	31±0.08	22,1±0,06	32,3±0,11	20,3±0.13	31,9±0.09
Тромбоциты	340±0.45	211±0,73	330±0.64	176±0.74	319±0.68
Протромбиновый индекс, %	86±0,16	110±0,11	105±0,31	109±0,21	99±0,18
Фибриноген, г/л	3,2±0,14	4,7±0,34	4,0±0,19	4,4±0,14	3,7±0,12
Активированное частичное тромбопластиновое время, с	32±0,35	21±0,15	25±0,36	25±0,26	31±0,22
Международное нормализованное отношение	1.2±0,33	2,7±0,25	1,5±0.45	2,3±0.33	1,0±0.31

Все пациенты охваченные исследованием на 3 сутки были переведены в профильное отделение, где дальнейшее лечение продолжили с применением гемостимулирующей терапии, общеукрепляющей, витаминно-терапии, физ. методов. Пациенты 1, 2 группы выписаны из стационара на 7—10 сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, реместип является препаратом выбора при желудочно-кишечных кровотечениях, он оказывает быстрый и

стойкий эффект, обеспечивает положительную динамику, а также позволяет сократить время пребывания в стационаре. А также правильная и своевременная терапия с препаратом реместип обеспечивает стойкое восстановление гомеостаза, что способствует профилактике повторных желудочно-кишечных кровотечений пациентов с фоновыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чайка В. И. Опыт применения препарата Реместип при лечении кровотечений в акушерско-гинекологической практике / В. И. Чайка,

**Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, Р.А. АЛИЕВ, Ғ.С. ИБРАЕВ, Б. М. ШАЛАБАЕВ
Б.А. АИМБЕТОВ**

Алматы қаласы жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы, С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ анестезиология және реаниматология кафедрасы

РЕМЕСТИП ПРЕПАРАТЫН АСҚАЗАН – ІШЕК ҚАНАУЫ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНУ ӘДІСІ

Түйін: Жүргізілген зерттеулер нәтижесі, реместип препаратының асқазан-ішек қанауы кезінде өте жақсы көмек беретіндігін дәлелдеп, ең алдымен бұл препараттың көмегімен қанның қызыл түйіршіктерінің тез қалпына келіп, басқа препараттармен салыстырғанда қан кетуін тезірек тоқта алатынын дәлелдейді. Сонымен қатар, реместип препараты асқазан жолдарының әр түрлі дертіне шалдыққан науқастарда қан кету құбылысын болдырмау үшін де қолдануға болатын бірден-бір препарат екендігін көрсетті.

Түйінді сөздер: Реместип, асқазан –ішек қанауы.

**B.K. SULEYMEV, R.A. ALIYEV, G.S. IBRAYEV, B.M. SHALABAYEV, B.A. AIVBETOV
USE THE REMESTIP FOR GASTROINTESTINAL BLEEDING**

Resume: The gastrointestinal bleeding remains one of the most actual problems in modern medicine, and concomitant diseases of a gastrointestinal tract the complicate realization urgent and adequate therapy. In the article says about the drug called of the Remestyp, which provides fast, permanent and effective treatment and recovery homeostasis with underlying diseases of the gastrointestinal tract.

Keywords: Remestyp, gastrointestinal bleeding.

Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Ю.В. ВОРОНИНА
БСМП г. Алматы, Казахстан

НЕОТЛОЖНАЯ КТ-ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Данное исследование посвящено выявлению необходимости КТ диагностики острой черепно-мозговой травме и сосудистой патологии головного мозга.

Ключевые слова: компьютерная томография, острое нарушение мозгового кровообращения, черепно – мозговая травма, внутримозговая гематома, САК.

Актуальность проблемы неотложной диагностики острой ЧМТ и сосудистой патологии головного мозга определяется возрастающим количеством пациентов, тяжестью состояния и зачастую неблагоприятным прогнозом, угрозой ухудшения качества жизни больного. [1]

Травматическое повреждение головного мозга может произойти в любом возрасте, по нашим наблюдениям пик заболеваемости наблюдается в возрасте от 15 до 24 лет, что совпадает с данными литературы [2]. Основной причиной травматических повреждений у молодых являются дорожно-транспортные происшествия, тогда как у людей старше 60 и моложе 5 лет травмы возникают во время простого падения. Другие причины включают преступные нападения с применением насилия и огнестрельного оружия. Было подсчитано, что после первой травмы головного мозга, риск второй травмы в три раза больше, а после второй травмы, риск третьей выше уже в восемь раз [3].

Существует множество признаков черепно-мозговой травмы, которые нарастают по мере ее тяжести. Клинически травмы вызывают полное отсутствия или умеренное расстройство до серьезного нарушений функций организма. В основу данного сообщения положены результаты работы кабинета компьютерной томографии БСМП г Алматы по оказанию неотложной помощи больным с подозрением на ЧМТ, ОНМК. Обследование проводили на КТ установке Somatom Emotion (singo CT 2009E) в круглосуточном режиме. Толщина скана бмм; шаг томографа 1,5; плоскость сканирования аксиальная.

По экстренным показаниям обследовано (2012-2013г.) 2494 пациента, 630 из них поступили в зимние месяцы, весной – 690, летом – 525, осенью - 647. Из общего количества поступивших: мужчины - 1456, женщины- 1038. Средний возраст которых составил, мужчины - 34 года, женщины- 42года. Пациентов с ОНМК-378, ЧМТ- 957. Время, затраченное на диагностическое исследование от 15 минут до 50 минут.

Результаты исследования:

При травмах головного мозга 679 человек находились в сознании, 122 человека - в замешательстве, 53 - дезориентированы или в бессознательном состоянии. Обычные жалобы пациентов головная боль, тошнота, рвота и другие симптомы в соответствии с состоянием пациента.

При КТ диагностики были выявлены симптомы переломов костей черепа у всех 115 больных среди которых наблюдали линейные (67), вдавленные (48), огнестрельные с наличием инородного тела в полости черепа (2 пациента). Преобладали линейные переломы лобных и затылочных костей черепа. Костные фрагменты вдавленных переломов определялись в том случае, когда они располагались под углом плоскости среза.

Внутричерепные гематомы сопровождали травму у 168 пациентов, из них острые эпидуральные гематомы характеризовались у 75 больных двояковыпуклой зоной повышенной плотности, прилегающей к своду черепа; острые субдуральные гематомы (93 пациента) характеризовались серповидной зоной гомогенно повышенной плотности, в большинстве случаев распространялись на все полушарие или

большую его часть. Участки ушиба мозга – 158 пациентов выявлялись в виде участков разной плотностью от 64 до 76 едН, чередующимися с участками плотностью от 18 до 25едН.

Травматические субарахноидальные кровоизлияния выявились у 23 пациентов, характеризовались участками гиперденной плотности в ткани мозга и субарахноидальных пространствах. При этом также оценили состояние желудочков мозга, дислокацию срединных структур, наличие внутрижелудочковых кровоизлияний, признаки отека мозга. Диагностическая ценность субарахноидальные кровоизлияния была очень высокой.

КТ головного мозга является международным стандартом при постановке диагноза инсульта [4]. При отсутствии на томограмме данных за кровоизлияние и наличии соответствующих клинико-анамнестических данных, свидетельствующих об ОНМК ишемического характера, диагноз инфаркт мозга был поставлен с большой точностью даже без каких-либо изменений плотности вещества головного мозга на томограмме, что часто наблюдалось впервые часы после развития инсульта.

Высока оказалась диагностическая ценность КТ в диагностике субарахноидальных кровоизлияний, причем в 10-16% случаев даже без контрастного усиления выявляли причину этого состояния, такую как артериовенозные мальформации сосудов головного мозга у 9 больных.

При проведении КТ-исследований выявлено(2013г) Внутричерепные гематомы 89; перелом костей черепа 183; геморрагический инсульт 167; ишемический инсульт 211; субарахноидальные кровоизлияния 147

Выводы:

КТ является информативным методом диагностики при острой ЧМТ и сосудистой патологии головного мозга.

Благодаря работе кабинета КТ в круглосуточном режиме уменьшилось до 1 часа время диагностического периода от момента заболевания (получения травмы) до начала комплексной терапии, либо до начала оперативного лечения;

•точность КТ диагностики при острой ЧМТ позволило исключить поисковые краниотомии.

•хирургическая активность при внутричерепной гематоме снизилась до 30-50%, т.к. на основании заключений КТ был оказан более дифференцированный подход к определению показаний к оперативным вмешательствам – при небольшом объеме суб- и эпидуральных, внутримозговых гематом оперативное лечение не проводится, а ведется динамическое КТ-наблюдение на фоне проводимой консервативной терапии. При нарастании объема гематомы, появлении дислокации срединных структур, “прорыве” крови в желудочковой системе проводится оперативное лечение).

•улучшили результаты лечения больных с сосудистой патологией мозга, т.к. установлен характер инсульта и в более ранние сроки начиналась адекватная медикаментозная терапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Секреты рентгенологии/ Дуглас С. Кац, Кевин Р. Мас, Стюарт А. Гроскин; пер. с англ. под общ. ред. И.И. Семёнова. - М.: Бином-пресс; СПб.: Диалект, 2003.
- 2 Лучевая диагностика внутричерепных кровоизлияний: руководство для врачей/ Б.В. Гайдар, Г.Е. Труфанов, Т.Е. Рамешвили и др; Военно-мед акад.. - СПб.: Элби-СПб, 2007. - 280 с.
- 3 Неотложная лучевая диагностика механических повреждений: руководство для врачей/ под ред. В.М. Черемсина, Б.И.Ищенко. - СПб.: Гиппократ, 2003. - 448 с.: ил. - Библиогр.: с.
- 4 КТ диагностика при сосудистой патологии головного мозга. Шумилина Н.Ю., Пасынок С.Ф.

Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Ю.В. ВОРОНИНА
ЖККА Алматы Қазақстан

БАС МИДЫҢ ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕ ПАТОЛОГИЯСЫМЕН ЖЕДЕЛ БАС МИ ЖАРАҚАТЫНЫН ЖЕДЕЛ КТ ДИАГНОСТИКАСЫ

Түйін: Мақалада бас жарақаты көзінде және басми қанайналының бұзылыс.

Түйінді сөздер: компьютерлік томография, қан айналымының жедел бұзылыстары, субарахноидалды қабықабытында қан кету.

R.N. SULEIMENOVA, R.K. DZHANABAEVA, YU.V. VORONIN
Emergency Hospital Almaty, Kazakhstan

URGENT CT DIAGNOSIS OF ACUTE TRAUMATIC BRAIN INJURY AND VASCULAR PATHOLOGY

Resume: This study focuses on the need to identify CT diagnosis of acute traumatic brain injury and cerebral vascular pathology.

Keywords: computed tomography, acute ischemic stroke, traumatic - brain injury, intracranial hematoma, SAH.

Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, И.С. КАЛИАКПАРОВА, Г.М. БАЙНАЗАРОВА
ГБСМП г. Алматы, Казахстан

НЕОТЛОЖНАЯ УЗИ-ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

Данное исследование посвящено неотложной УЗИ диагностике больных с почечной коликой. Анализированы результаты обследованных 175 больных поступивших с синдромом почечной колики в приемное отделение ГБСМП. УЗИ обследование проводили по классической схеме на универсальной установке SIMENS ACUSON X300. Среди обследованных только у 84 (48%) были обнаружены изменения мочевыводящих путей. Таким образом, использование УЗИ как первичного метода диагностики является экономически затратным.

Ключевые слова: УЗИ, почечная колика, мочекаменная болезнь.

ЦЕЛЬ. Определить результативность УЗИ диагностики при почечной колике.

АКТУАЛЬНОСТЬ. Почечная колика — наиболее частый синдром, встречающийся в клинике заболеваний мочевыводящих путей. Данный болевой синдром возникает при остром нарушении оттока мочи вследствие нарушения проходимости верхних мочевых путей конкрементом, сгустком крови, слизи или гноя, конгломератом мочевых солей, казеозными массами, отторгнувшимися некротизированными тканями, в результате перегиба мочеточника или спазма почечной лоханки, мочеточника [1]. Почечная колика встречается при функциональных расстройствах верхних мочевых путей, нарушении кровообращения в почке и мочеточнике.

Неотложные состояния в клинике заболеваний мочевыводящих путей возникают относительно редко. В общей массе вызовов скорой медицинской помощи урологическая патология в городах достигает 4—5%. По данным [2] врачи скорой медицинской помощи в 70—75% случаев успешно оказывают неотложную помощь на дому и только в 20—25% случаев доставляют пациентов в урологические стационары. Лучевая диагностика является одним из обязательных компонентов диагностики. Причинами почечной колики могут быть: мочекаменная болезнь (у 57,5% больных), нарушение минерального обмена (у 14,5%), пиелонефрит (у 12%), нефроптоз (у 10%), гидронефроз (у 2%), аномалии развития (у 3,5%), опухоли почек и лоханки (у 1,5%), постлучевые стриктуры мочеточников (у 1%), заболевания предстательной железы (у 2%), периауретрит (у 0,5%), туберкулез мочеполювой системы, прорастание опухоли мочевого пузыря устья мочеточника. Причину почечной колики часто установить не удается (до 38% случаев).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обследовано 175 больных в возрасте от 25 до 60 лет поступившим в приемное отделение ГБСМП. Мужчин – 135 чел., женщин – 40 чел.

УЗИ исследования проводились на универсальной установке класса SIMENS ACUSON X300, по общепринятой методике. Результаты сопоставляли с КТ и экскреторной урографией.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Среди 175 обследованных патологические изменения были обнаружены у 84 (48%) больных. Выявлены камни мочевыводящих путей у 36 (21%) пациентов, гидронефротическую трансформацию наблюдали у 37 (21%) больных,

у 7 (4%) больных наблюдался нефроптоз. У 4 (3%) пациентов наблюдалось удвоение чашечно-лоханочной системы.

УЗИ картина мочекаменной болезни характеризовалась экзопозитивным образованием в лоханке, в больших и малых чашечках, в ряде наблюдений сопровождалось расширением чашечно-лоханочного комплекса и различной степени истончения почечной паренхимы. Трудности были связаны с эхолокацией коралловых камней, которые плохо дифференцируются на фоне центрального эхокомплекса, точный диагноз был уточнен при обзорной рентгенографии и КТ.

Гидронефротическая трансформация почек не представляла затруднений, определяли различной степени расширения, степень устанавливали по общепринятой формуле.

Диагностика нефроптоза требовало полного обследования больного в вертикальном и горизонтальном положении, что требовало затраты времени от 30 мин и больше.

УЗИ диагностика использовалась как метод первого выбора и предшествовала рентгенологическим и КТ методам исследования. Анализ результатов показал что результативность УЗИ исследования составило 52% почти у половины больных не нашли патологических изменений, особенностью УЗИ обследования как метода неотложной диагностики является ограниченное время отведенной для обследования. Зачастую вынужденное положение больного, дефанс брюшной стенки и другие трудности связанные с тяжестью состояния больного не позволяют провести полноценное обследование.

Если на обследование больного затрачивать время соответственно приказу №78, значительно снизиться число обследованных за смену. По общепринятому мнению при использовании высоко технологичным методов обследования чрезвычайно важным является четко сформулированная задача, которая ставится к клиницистам. При отсутствии таковой необходим расширенный поиск патологических изменений, что в условиях неотложных состояниях сделать невозможно. Результативность УЗИ была бы выше, если ему предшествовала обзорная рентгенография брюшной полости как это рекомендовано в мировой практике и диагностической радиологии. Обзорная рентгенография, обладая широким полем видения, позволяет определить зону «интереса» и сократить время

УЗИ поиска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аляев Ю.Г., Амосов А.В. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологии // Урология. - 2004. №4. - С – 26-37.
- 2 Цветовое картирование и импульсная доплерография в диагностике уретеролитиаза и сопутствующих нарушений уродинамики/В.В.Митьков, А.Н.Хитрова, И.Ю.Насникова//Ультразвуковая диагностика 1998. - №1. - С 63-74.
- 3 Вагнер З.С. Неотложная урология/ З.С. Вагнер – М.:Московский рабочий, 1997. – 206с.
- 4 Гузенко В.Н. Алгоритм диагностики и лечения почечной колики и мочекаменной болезни / В.Н. Гузенко, А.А. Зуев, А.Е. Жук. – Донецк:ДГМУ, 2002.

Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, И.С. КАЛИАКПАРОВА, Г.М. БАЙНАЗАРОВА
ЖЖКА Алматы, Қазақстан

БҮЙРЕК ҰСТАМАСЫ СИНДРОМЫНЫҢ ЖЕДЕЛ УД – ДИАГНОСТИКАСЫ

Түйін: Ұсынылып отырған зерттеу жедел УЗ зерттеудегі бүйрек ұстамасымен ауыратын науқастарға арналған. ҚЖЖКА қабылдау бөліміне бүйрек ұстамасымен түскен 175 науқастын зерттеу қорытындысы талданған. УДЗ зерттеуді классикалық әдіспен SIMENS ACUSON X300 әмбебап құрылғысы көмегімен өткізілді. Зерттелген науқастардын 84 (48%) зәр шығару жолында өзгерісі табылды. Сол себепті, УД зерттеу қолдану әдісі ішінде экономикалық тұрғыда қаржы шығыны жоғары.

Түйінді сөздер: УДЗ, бүйрек ұстамасы, зертас ауруы.

R.N. SULEIMENOVA, R.K. DZHANABAEVA, I.S. KALIAKPAROVA, G.M. BAYNAZAROVA
GBSMP Almaty, Kazakhstan

URGENT ULTRASOUND DIAGNOSIS OF RENAL COLIC SYNDROME

Resume: This research is dedicated to urgent ultrasonic diagnosis of patients with kidney colic. Results of examination of 175 patients, who came to GBSNP hospital, with kidney colic syndrome were analyzed. Diagnosis with ultrasonic was conducted in a “classic” way by using universal equipment Siemens Acuson X300. Among all patients only 84 (48%) had changes in urinary tracs. Hence, usage of ultrasonic diagnosis as preliminary examination method is economically justified.

Keywords: Ultrasonic, kidney colic, urolithiasis

УДК 619.611-615849-366002

Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Г.М. БАЙНАЗАРОВА, И.С. КАЛИАКПАРОВА
БСМП г. Алматы, Казахстан

ДОПплЕРОГРАФИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Данное исследование проводилось для внедрения доплерографии в неотложной ультразвуковой диагностики калькулезного холецистита.

Ключевые слова: Допплерография, ультразвуковая диагностика, калькулезный холецистит.

Актуальность: Лечение больных острым холециститом зависит от точности диагностики патологических изменений стенки желчного пузыря, которое определяет тактику лечения и срочность оперативного вмешательства.

Для оценки патологических изменений стенки желчного пузыря применяется ультразвуковое исследование. Появилась возможность изучения степени воспалительных изменений стенки желчного пузыря, с помощью доплеровских методик.

Материал:

В ГБСНП приемном отделении за 2013 год было выполнено 1260 ультразвуковых исследований больным с различными формами калькулезного холецистита.

Врачами Российской Федерации разработана ультразвуковая классификация калькулезного холецистита[1].

1 - хронический калькулезный холецистит. Желчный пузырь уменьшен или нормальных размеров, стенка однородная; уплотнена, с неровным контуром, в просвете визуализируются конкременты.

2 - острый холецистит без признаков деструкции стенки. Желчный пузырь нормальных размеров или увеличен; стенки однородные, не более 3 - 4 мм толщиной, могут быть уплотнены. В просвете неоднородное содержимое, камни, взвесь. При обтурации - конкремент расположен в шейке, не смещается при изменении положения тела больного. При обтурационном холецистите резко увеличиваются размеры желчного пузыря (поперечник более 35 мм).

3- острый холецистит с признаками деструкции стенки, но без перивезикальных осложнений. Последний характеризуется аналогичной ультразвуковой картиной, отмечается утолщение стенки желчного пузыря более 4 мм, неоднородность и слоистость.

4- острый деструктивный холецистит с признаками местных перивезикальных осложнений. Перивезикальные осложнения визуализируются в виде гиперэхогенных тканей вокруг желчного пузыря при наличии воспалительного инфильтрата и анэхогенных зон, свидетельствующих о скоплении жидкости при абсцедировании.

Методика:

Сканирование выполнялось на аппаратах фирмы SIEMENS ACUSON X 300 с помощью конвексного датчика частотой CH 5-2 мГц и линейного датчика частотой VF10-5 мГц.

При ультразвуковом исследовании в В-режиме, возникали определенные трудности в диагностики отдельных форм острого калькулезного холецистита, что влияло на отрицательную динамику течения патологического процесса[3]. В процессе работы помимо изображения органов брюшной полости и желчного пузыря в В-режиме исследовался кровоток в стенке желчного пузыря с помощью цветового доплеровского картирования и энергетического доплера[2].

Пациенты обследовались полипозиционно: в положении лежа на спине, на левом боку, стоя; в продольной, поперечной, косой плоскостях сканирования, а также из межреберий.

У больных с 1 вариантом ультразвуковой картины кровотока в передней стенке желчного пузыря был визуализирован в I сегменте органа в 20,0% случаев, во II - в 12,0% случаев, а в III и IV сегментах только у 3,0% больных. Частота визуализации кровотока в задней стенке желчного пузыря была аналогична передней и равнялась 20,0, 12,0 и 3,0% соответственно. При 2

варианте визуализации, показатели частоты выявления кровотока передней и задней стенок желчного пузыря также были одинаковыми (I и II сегмент - 30,0%, III сегмент - 63,0%, IV - 46,0%). У пациентов с 3 и 4 вариантами визуализации калькулезного холецистита показатели частоты регистрации кровотока в передней стенке были выше по сравнению с задней. В I сегменте они составили 30,0% и 40,0% против 20,0% и 10,0%, во II и III сегментах - от 40,0 до 60% против 10,0 - 40,0%, а в IV сегменте они были равны 10,0%.

Из приведенных данных видно, что у больных с 1 вариантом сонографического кровотока, был отмечен лишь в области шейки и тела (II сегмент) желчного пузыря, а в области дна и предлежащем ему отделе тела только в незначительном проценте случаев. При 2 варианте визуализации калькулезного холецистита частота выявления сосудов увеличивалась по сравнению с имеющейся при 1 варианте. Так наибольших величин она достигала в дистальных (III и IV) сегментах. В случаях 3 и 4 вариантов ультразвуковой картины калькулезного холецистита количество пациентов с выявленным кровотоком продолжало прогрессивно возрастать. Необходимо отметить тот факт, что у больных кровотоком в области дна был зарегистрирован в значительно меньшем (по сравнению с пациентами, имевшими 2 вариант визуализации) количестве наблюдений.

Из полученного материала можно выявить, что развитие воспалительного процесса в стенке желчного пузыря привело к незначительному усилению васкуляризации органа практически во всех его сегментах. При развитии флегмонозного воспаления частота визуализации кровотока в стенке органа возрастает преимущественно в области сегментов тела желчного пузыря, с преобладанием в передней стенке по сравнению с задней. Гангрена стенки желчного пузыря сопровождается полным прекращением кровотока в ней[7.8].

Кровоснабжение стенки желчного пузыря у больных с калькулезным холециститом можно объяснить характером патоморфологических изменений, происходящих в органе. При хроническом калькулезном холецистите кровотока в стенке желчного пузыря, регистрируемый при помощи доплеровских методик, можно выявить лишь в отдельных случаях в I и во II сегментах желчного пузыря. Это обусловлено разрешающими возможностями имеющейся современной ультразвуковой аппаратуры. В стадии инфильтративного воспаления (при остром катаральном калькулезном холецистите) отмечается гиперваскуляризация стенки желчного пузыря, заключающаяся в увеличении диаметра и количества функционирующих сосудов. Имеющаяся в эту стадию воспалительного процесса реакция микрососудистого русла, сопровождающаяся снижением периферического сопротивления и повышением скорости кровотока в патологическом очаге, и регистрируется нами в виде увеличения частоты визуализации кровотока во всех сегментах желчного пузыря. В стадию экссудативного воспаления, сопровождающую деструкцией стенки желчного пузыря, этот процесс, коррелируя со степенью воспалительных изменений, достигает своих максимальных величин. В случаях некроза стенки желчного пузыря закономерным является отсутствие кровотока во всех изучаемых сегментах органа[4.5.6]. Таким образом, применение доплеровских методик у больных с калькулезным холециститом в совокупности с данными В-

режима ультразвукового исследования позволяет оценить характер патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря. Выявленная корреляционная связь гиперваскуляризации стенки желчного пузыря со стадией воспалительного процесса является дополнительным

объективным ультразвуковым симптомом, уточняющим динамику течения патологического процесса, которая в свою очередь обуславливает тактику хирургического лечения и своевременность выполнения оперативного вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 С.В. Харитонов, М.В. Зинякова, Г.А. Багдасаров, Н.Е. Саакян, Т.В. Семенова, А.Т. Бронтвейн. М.Д. Мусаева. Значение доплеровских методик в диагностики заболевания желчного пузыря // - 2008.
- 2 И.В. Борисов Значение ультрасонографии в предотвращении диагностических ошибок при заболеваниях желчного пузыря // - 2002.
- 3 В.В. Васильев, А.Б. Перунов. Острый холецистит современные технологии // - 2011.
- 4 Ю.М. Лопухин Хирургия. руководство для врачей // - 2010.
- 5 А.В. Каралким. Способы диагностики проходимости желчных путей // - 2003.
- 6 В.Е. Васильев, В.М. Куликов. Выбор метода холецистэктомии по данным УЗИ у больных с острым деструктивным холециститом // - 2006.
- 7 М.В. Кукош, А.П. Власов. Острый холецистит // - 2009.

Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Г.М. БАЙНАЗАРОВА, И.С. КАЛИАКПАРОВА
ЖККА Алматы, Қазақстан

ЖЕДЕЛ УЛЬТРАДЫБЫСТЫ ЗЕРТТЕУДЕГІ КАЛЬКУЛЕЗДІ ХОЛЕЦИСТИТТІН ДЕППЛЕРОГРАФИЯСЫ

Түйін: Өт тас ауруы кезінде шұғыл ультрадыбысты диагностика доплерография әдісі арқылы клиникаға еңгізу үшін зертелді.
Түйінді сөздер: Допплерография, ультрадыбыстық диагностика, өт тас ауруы.

R.N. SULEIMENOVA, R.K. DZHANABAEVA, G.M. BAYNAZAROVA, I.S. KALIAKPAROVA
DOPPLEROGRAFA IN URGENT ULTRASOUND DIAGNOSTICS CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Resume: This research was conducted for introduction in urgent ultrasonic dopplerography diagnostics of calculary cholecystitis.
Keywords: Dopplerography, ultrasonic diagnostics, calculary cholecystitis

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

В статье представлен обзор специальной научной литературы по диагностическим аспектам пациентов с болезнью Альцгеймера. Освещены вопросы дифференциальной диагностики сосудистой деменции. Рассматриваются виды нарушения памяти, внимания, ориентации пациентов с различными видами сосудистой деменции. Представлены данные инструментально-лабораторных видов исследования и магнитно-резонансной томографии.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, диагностика, сосудистая деменция, лабораторные исследования.

В настоящее время Болезнь Альцгеймера стало наиболее частой причиной деменции (около 80% случаев). Также следует отметить, что причиной деменции может быть болезнь Леви, болезнь Пика, токсические поражения центральной нервной системы (алкоголизм, отравление угарным газом; токсическое действие лекарств), метаболические расстройства (дефицит витамина B12, тиамина, патология печени, почек), эндокринные нарушения (гипотиреоз), воспалительные заболевания центральной нервной системы (нейросифилис), васкулиты, посттравматические и postanоксические состояния, опухоли головного мозга, субдуральную гематому, нормотензивную гидроцефалию.

Диагностика основывается на характерных анамнестических, клинических и инструментальных данных. Достоверный диагноз может быть установлен только на основании патоморфологического исследования.

БА характеризуется незаметным началом: пациент и его родные с трудом определяют время появления первых признаков. Заболевание носит неуклонно прогрессирующий характер. Наибольший темп прогрессирования отмечают в стадиях лёгкой и умеренной деменции. В стадии тяжёлой деменции темп прогрессирования уменьшается, редко симптомы носят почти стационарный характер. Следует указать, что хотя длительные остановки прогрессирования заболевания считают не типичными для болезни Альцгеймера, их наличие всё же не исключает этого заболевания, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

Лечение в настоящее время, болезни Альцгеймера наиболее результативно на максимально ранних этапах заболевания. И именно на ранней стадии диагностика болезни Альцгеймера и других деменций чрезвычайно затруднительна.

Основной диагностический признак болезни Альцгеймера - характерная **клиническая картина деменции**: нарушения памяти преимущественно на недавние события в сочетании с другими когнитивными расстройствами в отсутствие очаговой неврологической симптоматики. Диагностические критерии БА в соответствии с МКБ (10-го пересмотра) предусматривают следующие проявления.

- Нарушения памяти, проявляющиеся в нарушении способности к запоминанию нового материала, а в более поздних случаях - в затруднении припоминания ранее усвоенной информации.
- Нарушение других когнитивных функций, что проявляется нарушением способности к суждениям, планированию, организации и переработке информации. Необходимое условие диагностики деменции - снижение когнитивных функций по сравнению с более высоким исходным мнестико-интеллектуальным уровнем. Все эти нарушения следует анализировать, желательно с использованием соответствующих нейропсихологических тестов.
- Изменение эмоционального контроля, мотиваций или изменение социального поведения, по меньшей мере одно из следующих: эмоциональная лабильность, раздражительность, апатия, асоциальное поведение.

Присутствие всех этих признаков более 6 месяцев, дает право установить достоверный диагноз. При более коротком наблюдении диагноз может быть только предположительным. Маловероятным диагноз является, если у пациента обнаружены либо симптомы очагового поражения головного мозга, либо

экстрапирамидные расстройства, либо из анамнеза устанавливается внезапное начало заболевания.

Лучевые методы диагностики

Преимущественное поражение височно-теменных полушарий головного мозга и холинергических нейронов базального ядра Мейнерта является особенностью болезни Альцгеймера. В первую очередь при болезни Альцгеймера поражаются медиальные отделы височной доли. Атрофия гиппокампа – ранний, хотя не абсолютно специфичный маркер заболевания. Присутствие единичных мелких сосудистых очагов или ограниченного перивентрикулярного лейкоареоза не исключает диагноз болезни Альцгеймера.

Данное исследование показало, что когнитивные расстройства, приводящие к социальной дезадаптации пациентов с болезнью Альцгеймера, связаны не столько с диффузной церебральной атрофией, сколько с более локальной атрофией височных долей и гиппокампа. При этом более выраженные нарушения высших мозговых функций отмечаются у пациентов, у которых церебральная атрофия сопровождается лейкоареозом. Также имеет значение его локализация – для больных с лейкоареозом в лобных отделах. Выраженность лейкоареоза сопровождается клинически расстройствами равновесия, а по данным МРТ – более значительным расширением желудочков. На постуральные функции при болезни Альцгеймера значительное влияние оказывает возраст, при этом динамические характеристики (ходьба) также связаны с размерами желудочковой системы, а нарушения поддержания равновесия – с наличием и выраженностью перивентрикулярного лейкоареоза.

Диффузная церебральная атрофия менее значима для диагностики, однако высокий темп атрофического процесса, выявляемый при повторных КТ или МРТ, также считают дополнительным подтверждением диагноза. Методами функциональной нейровизуализации (например, ПЭТ, однофотонная эмиссионная КТ) выявляют снижение метаболизма и кровотока в медиобазальных отделах лобных долей, глубоинных и задних отделах височных долей и в теменных долях головного мозга.

Лабораторные и инструментальные методы исследования имеют вспомогательное значение в диагностике болезни Альцгеймера. Анализы крови, мочи и ликвора не выявляют какой-либо патологии. Однако, определение в ликворе специфических маркёров дегенеративного процесса может служить дополнительным подтверждением клинического диагноза. В качестве таких маркёров в настоящее время рассматривают содержание в ликворе фрагмента амилоидного белка (α - β -42) и тау-протеина. Уменьшение концентрации α - β -42 и одновременное увеличение концентрации тау-протеина характерно для болезни Альцгеймера. Этот признак имеет особенно важное диагностическое значение в ранних стадиях болезни Альцгеймера, когда клиническая диагностика не может быть вполне надёжной в силу мягкости симптоматики.

Неоднократно появлялись сообщения об обнаружении достоверных маркеров болезни Альцгеймера в крови. В последних трудах на эту тему авторы среди вероятных маркеров заболевания упоминают p53 измененной конфигурации, циркулирующие в плазме рецепторы к продуктам гликирования

, антитела к полиаденозиндифосфатрибозе, антитела к гистону H1.

Американская компания Power Medical Products, в 2008 году, заявила на страницах журнала Chemistry & Industry о планируемом на 2009 год начале продаж теста для ранней диагностики болезни Альцгеймера. Который основан на определении уровня 59 белков-биомаркеров в образце крови. Согласно результатам клинических испытаний тест имеет высокую чувствительность и специфичность – более 90%,

позволяет диагностировать болезнь Альцгеймера на ранней стадии – примерно за 6 лет до появления симптомов. Таким образом, врачи смогут раньше выявлять пациентов из группы риска и назначать лечение, замедляющее развитие болезни. Кроме того, как полагают специалисты, метод может быть полезен для контроля эффективности лечения. Ведутся также исследования применения теста в диагностике болезни Паркинсона и бокового амиотрофического склероза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция. Под ред. Н.Н.Яхно. –М.: 2002. – С.85
- 2 Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогерiatricsии.// В кн.: Достижения в нейрогерiatricsии. Под ред. Н.Н.Яхно, И.В.Дамулина. - М.: ММА, 1995. - С.9–29
- 3 Волкова Л.И. Деменции.//Вестник областной клинической больницы №1. – Екатеринбург: 2002. - №2
- 4 Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (англ. ICD–10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), десятый пересмотр, 1989.
- 5 Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer’s Disease. McKhann G., Drachman D., Folstein M., Katzman R., Price D., Stadlan E.M.Clinical diagnosis of Alzheimer’s disease: report of the NINCDS–ADRDA.// Neurology.– 1984.– Vol.7, N.34 –P.939–944
- 6 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision 2000
- 7 Litvan I., Hauw J.J., Bartko J.J., Lantos P.L., Daniel S.E., Horoupian D.S., McKee A., Dickson D., Bancher C., Tabaton M., Jellinger K., Anderson D.W. Validity and reliability of the preliminary NINDS neuropathologic criteria for progressive supranuclear palsy and related disorders.// Journal of neuropathology and experimental neurology.– 1996.– Vol. 1,N.55 –P.97–105
- 8 Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача.– М.: МЕДпресс-информ, 2007.–960с.
- 9 Яхно. Н.Н., Левин О.С., Дамулин И.В. Сопоставление клинических и МРТ–данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщение 2: когнитивные нарушения. // Неврол.журн. –2001. –Т.6. –№.3. –С. 10

Z.T. TAKENOV

ISSUES OF DIAGNOSIS OF ALZHEIMER'S DISEASE

Resume: The article provides an overview of the special scientific literature on the diagnostic aspects of Alzheimer's patients. Highlighted the questions of the differential diagnosis of vascular dementia. Discusses the types of memory impairment of attention, orientation patients with different types of vascular dementia. Presented are the data of instrumental and laboratory species research and magnetic resonance imaging.

Keywords: Alzheimer's disease, diagnosis, vascular dementia, laboratory investigations.

Ж.Т. ТАКЕНОВ

АЛЬЦГЕЙМЕР АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКИ СҰРАҚТАРЫ

Түйін: Мақалада арнаулы ғылыми әдебиеттің шолуы ша емделушінің диагностикалық аспектеріне Альцгеймера ауруымен ұсын-. Тамырдың деменциясы диагнозы сұрақтары жарықтандыр-. Көріністер бұзушылық жад, көңілдің, бағдарлаудың емделуші тамырдың деменция түрлі көріністерімен қарастырылады. Зертте- және магнитик-резонанс томографиясы аспап-зертхананың көрінісінің деректері ұсын.

Түйінді сөздер: Альцгеймера, диагностика, тамырдың деменция, зертхананың зертте

Е.В.ТИМАШОВА

ГКП на ПХВ «Больница Скорой Неотложной помощи» г. Алматы

«ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ»

Под перфорацией язвы в клинике принято понимать прорыв язвы в свободную брюшную полость, которая как осложнение язвенной болезни, по данным разных авторов, встречается, от 5 до 25% случаев.

Если перфоративное отверстие язвы располагается на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, вопросы диагностики не вызывают сомнений. Из прободного отверстия изливается гастродуоденальное содержимое с пузырьками воздуха, которое определяет классическую клиническую и рентгенологическую картину заболевания. Труднее диагностируются атипичные формы перфорации: прикрытые, сочетание прободной язвы с кровотечением, прободение язв задней стенки, при выраженном спаечном процессе в верхнем отделе брюшной полости, когда желудочное содержимое изливается в ограниченное пространство. Эндоскопия, как правило, выполняется в случаях трудных для диагностики, но и при экстренной эндоскопии выявить визуально прободное отверстие удается не всегда, так как практически расправить луковичу не удается из-за спастических сокращений краев язвенного дефекта. Абсолютным признаком прободения является рентгенологическое выявление свободного газа в брюшной полости после эндоскопии или проведения пневмогастрографии.

Материалы и методы. За период 2012 – 2013 годов в приемное отделение хирургии БСНП г. Алматы было доставлено 75 пациента с направительным диагнозом «перфоративная язва». В 59 (79,6%) случаях диагноз прободной язвы не представлял каких-либо трудностей и все эти пациенты, после предварительного обследования и подготовки, были подвергнуты экстренному оперативному лечению. В 4 случаях, при наличии хронических каллезных язв с выраженными морфологическими изменениями и длительным язвенным анамнезом, а так же при повторных перфорациях, была выполнена резекция желудка в различных модификациях, в 3 случаях произведено иссечение, а в 68 случаях — ушивание перфоративного отверстия с последующей санацией и дренированием брюшной полости. Послеоперационная летальность составила 15,6%, что было обусловлено поздним поступлением пациентов, с наличием тяжелого перитонита, рядом сопутствующих заболеваний и возрастным фактором. У 14 (18,9%) пациентов с подозрением на прободную язву имела место нечеткая клиника перфорации, из них у 92% не было язвенного анамнеза, при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости отсутствовал свободный газ. Всем этим пациентам было проведено экстренное

фиброгастродуоденоскопическое исследование с последующим выполнением обзорной рентгенографии брюшной полости. При чем, наличие перфорации эндоскопически было выявлено только у 6 пациентов (в одном случае выявлена перфорация задней стенки желудка), в 7 случаях обнаружен свободный газ в брюшной полости после проведения эндоскопического исследования. У 1 пациента на фоне перфорации было обнаружено кровотечение из «зеркальной» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, в 2 случаях выявлены явления стеноза выходного отдела желудка.

В 1 случае после проведения эндоскопии не было выполнено рентген-исследование, что явилось несомненной тактической ошибкой, и больной был оперирован только через 3 часа при нарастающей картине перитонита.

Выводы и рекомендации. При трудных или сомнительных диагностических ситуациях необходимо проведение экстренной эндоскопии с обязательным рентгенологическим исследованием брюшной полости (пневмогастрокопия), позволяющим не только диагностировать перфорацию, но и выявлять другие осложнения язвенной болезни, заранее определив дальнейшую хирургическую тактику и объем оперативного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Астапенко В.Г., Борис А.И., Булай П.И. и др. Справочник по неотложной хирургии. – Минск: 1985. – С.38–40.
- 2 Сучило А.А. Способы хирургических вмешательств при перфоративной язве. - М.: 1993.

E.V. TIMAŠOVA

Hospital for emergency aid Almaty

PECULIARITIES OF ITS ULCER DIAGNOSIS

Resume: For the period 2012-2013, in the Emergency Department surgery BSNP Almaty were delivered 75 patients with napravitel'nym ulcer perforativnaâ "diagnosis". At 14 (18.9%) patients with probodnuû ulcer perforation clinic fuzzy occurred, necessitating additional endoscopic and radiographic studies.

When difficult or questionable diagnostic situations should an emergency endoscopy with mandatory x-ray examination of the abdominal cavity (pnevmogastroskopiâ) which enables you to not only diagnose the perforation, but also identify other complications of peptic ulcers, in advance by defining further surgical tactics and the volume of surgical treatment.

Е.В ТИМАСОВА

ШЖҚ «Қалалық Жедел Шұғыл Көмек Көрсету Ауруханасы» МКК

ТЕСІЛГЕН ОЙЫҚ ЖАРАНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ӨЗГЕШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Алматы қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасының қабылдау бөлімшесіне 2012-2013 жылдар аралығында 75 науқас тесілген ойық жара диагнозымен жеткізілді. Олардың ішінде 14 (18,9%) науқаста анық емес клиникалық көрініс байқалды, бұл қосымша рентгенологиялық және эндоскопиялық зерттеулер жүргізуді талап етті.

Қиын және күдікті диагностикалық жағдайларда шұғыл эндоскопия және артынан рентгенологиялық (пневмогастрография) зерттеу қажет. Бұл тесілген жараны ғана анықтап қоймай, ойық жараның басқа да асқынулары туралы мәлімет береді және хирургиялық тактика мен оперативті емнің түрін анықтайды.

УДК: 616.6-089-08.

А.Т. ТОКСАНБАЕВ, А.А. ХАМЗИН, А.С. ТАШЕНОВ, Р.У. ТАНЕКЕЕВ, Г.К. АМИРОВ, Т.И. ХУРОВ,
А.Ж. ЖАНАБЕК, Б.Ж. ЕСЕНКУЛОВ

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, больница скорой неотложной помощи, г.Алматы

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ДАННЫМ ГБ БСНМП Г. АЛМАТЫ

Эректильная дисфункция (ЭД) является важнейшей проблемой здоровья и качества жизни мужского населения. Ее распространенность среди всех возрастных групп, в среднем, достигает 33% и напрямую зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. Если в настоящее время в мире живет около 150 млн. мужчин, страдающих ЭД, то к 2025 г. их количество, по расчетам, может возрасти до 322 млн., что связывают в первую очередь со старением населения. Так, по данным популяционных исследований, проведенных в США, в возрастной группе от 40 до 70 лет ЭД выявлена у 52% мужчин.

Ключевые слова: эректильная дисфункция

Актуальность. Эректильная дисфункция (ЭД) является важнейшей проблемой здоровья и качества жизни мужского населения [1,2]. Ее распространенность среди всех возрастных групп, в среднем, достигает 33% и напрямую зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. Если в настоящее время в мире живет около 150 млн. мужчин, страдающих ЭД, то к 2025 г. их количество, по расчетам, может возрасти до 322 млн., что связывают в первую очередь со старением населения [1,3]. Так, по данным популяционных исследований, проведенных в США, в возрастной группе от 40 до 70 лет ЭД выявлена у 52% мужчин [5,6]. Проблема роста распространения ЭД среди мужчин трудоспособного и репродуктивного возраста и явилось целью нашего исследования.

Материалы и методы. Всего нами обследовано 620 пациентов на аппарате RigiScan-для мониторинга ночных пенильных тумесценций. В результате исследования, негативных изменений параметров регистрации ночных пенильных тумесценций не отмечено у 150 пациентов (24,2%).

У 470 пациентов (75,8%) обнаружены признаки снижения эректильной функции. Это выразилось в сокращении времени продолжительности ночных тумесценций менее 10 минут, увеличении длины окружности полового члена в области основания < 3 см, у головки < 2 см, недостаточной максимальной относительной ригидности полового члена < 70%.

Из 470 пациентов со снижением показателей RigiScan – мониторинга у 78 пациентов (16,6%) отмечалось регистрируемое полное отсутствие ночных пенильных тумесценций. У 140 из 470 пациентов (29,9%).

Частично недостаточная ригидность определялась в 252 случаях (53,6%).

По данным компьютерных расчетов из 470 пациентов с ухудшением показателей RigiScan-мониторинга у 329 (70,1%) в связи с укорочением и урежением эпизодов спонтанных эрекций, ослаблением общей ригидности была заподозрена преимущественно артериальная недостаточность.

У 107 пациентов из 470 (22,7%) отмечались признаки веноокклюзивной дисфункции. При этом отмечается урежение и укорочение эпизодов спонтанных эрекций от 3 до 5 минут при сохранной ригидности 60-70%.

Для проведения сравнительного исследования регистрируемых параметров пенильного кровотока при выполнении фармакодоплерографии и одновременном мониторинге ригидности полового члена в реальном времени нами проанализированы результаты исследования 402 пациентов, которые обратились амбулаторно с жалобами на снижение качества адекватных эрекций. В ходе инструментального исследования пациентам выполнена фармакодоплерография по стандартной методике с одновременным мониторингом индуцированных эрекций с помощью аппарата RigiScan в режиме реального времени. При этом пациенты располагались в положении лежа на спине на функциональной кушетке. Петлевые датчики прибора RigiScan были размещены на расстоянии не менее 2 см друг от друга (в области основания

полового члена и в непосредственной близости от головки соответственно). Аппарат RigiScan был активизирован, и в течение 15-20 минут пациент адаптировался к ощущениям от датчиков в спокойной тихой обстановке. После этого интракавернозно вводился препарат простагландина E1 (Каверджект в стандартной дозировке 10 мкг) в средней трети полового члена на 2-х или 10-ти часах условного циферблата. Производился контроль гемостаза. Затем линейным датчиком (7,5, 8 и 10 МГц) в течение времени не менее 30 минут исследовались параметры гемодинамики во все фазы развития эректильного ответа. Угол наклона используемых ультразвуковых датчиков был приближен к 60 градусам, для того, чтобы минимизировать ошибку в измерении скоростных характеристик кровотока. За время исследования оценивались максимальные значения пиковой систолической скорости, конечной диастолической скорости и индекса резистентности. Максимально регистрируемая ригидность при мониторинге использовалась для дальнейшей оценки. Ригидность более 70% считалась соответствующей максимальной (V степени эрекции по шкале Junemann) и рассматривалась как максимальный ответ на введение вазоактивного препарата. Мониторинг тумесценции продолжался в течение 60 минут. После выполнения исследования каждый пациент наблюдался в течение 2-х часов для исключения приапизма и других осложнений. Кроме того, для всех пациентов был произведен инструктаж о том, что следует вернуться в нашу клинику в случае, если в течение 4-х часов окончательно не произойдет детумесценция. В ходе нашего наблюдения исследовались корреляционные взаимосвязи между характеристиками гемодинамики при выполнении фармакодоплерографии и параметрами ригидности полового члена при RigiScan-мониторинге. Методом статистической обработки при этом являлся корреляционный коэффициент Пирсона (при уровне достоверности менее 0,05).

Возраст пациентов в данной выборке был от 18 до 80 лет. Средний возраст составил 48,8±8,14 лет.

Анализ данных проведенного исследования позволил разделить все регистрируемые риджисканограммы по форме получаемых кривых.

В нашем наблюдении «логарифмическая» кривая мониторинга ригидности встречалась наиболее часто (31%, n=121). Если достигался уровень относительной ригидности в 70%, что соответствует достижению 5 степени ригидности по шкале Юнеманна, мы рассматривали такой тип кривой как относительную норму эректильного ответа на введение вазоактивного препарата.

В своем исследовании после проведения в течение получаса ультразвукового исследования сосудов полового члена мы использовали тест с визуальной эротической стимуляцией. Пациент оставался в одиночестве в спокойной тихой обстановке кабинета в течение часа, мониторинг параметров жизнедеятельности пациента, в том числе ригидности полового члена велось врачами из смежного помещения.

Видеоматериалы для просмотра пациентом компоновались намеренно в виде видеороликов эротического и нейтрального содержания длительностью каждый по 5 минут.

У 183 пациентов (31%) это позволило получить волнообразную кривую, отражающую дискретный эректильный ответ на аудио-визуальную стимуляцию.

Регистрируемая ригидность полового члена, возникающая только во время эротической стимуляции, несмотря на предварительное введение вазоактивного препарата расценивалась как наличие у пациента выраженного психогенного компонента, препятствующего без психологической стимуляции реализовать эректильный ответ.

У 12 пациентов (3%) при мониторинговании тумесценции определялась диссоциация показателей ригидности между областью головки и основания полового члена, что указывало на патологические изменения сосудов полового члена. Ригидность в области головки и основания полового члена достоверно коррелировали между собой в подавляющем большинстве случаев (97%).

Результат. Данное исследование показало отрицательную корреляционную зависимость между показателями ригидности и возрастом пациентов.

Сравнительный корреляционный анализ показал положительную связь ригидности полового члена в области

головки и основания полового члена и максимальной систолической скоростью кровотока, определяемой при выполнении фармакодоплерографии.

Также определена положительная связь ригидности полового члена в области головки и основания полового члена с индексом резистентности кавернозных артерий, определяемых при выполнении фармакодоплерографии.

По данным нашего наблюдения у пациентов с эректильной дисфункцией пиковая систолическая скорость пенильного кровотока и индекс резистентности достоверно коррелировали с уровнем ригидности полового члена в области основания полового члена, определяемого с помощью аппарата RigiScan. При этом в нашем исследовании корреляции между конечной диастолической скоростью и ригидностью выявлено не было. Полученные формулы можно применять для количественной оценки степени ригидности полового члена во время выполнения фармакодоплерографии при отсутствии аппарата RigiScan.

Сравнительный корреляционный анализ также выявил зависимость между ригидностью полового члена в области головки и основания полового члена и баллами по шкале МИЭФ, отражающими эректильную функцию пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Brock GB, McMahon C.G., Chen K.K. et al. Efficacy and safety of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction: results of integrated analyses. *J. Urol.* 2002; 168(4 Pt 1): 1332-1336.
- 2 Андреева О.В. Показатели эффективности и качества мед.обслуживания населения/Уздравоохранения РФ. 2002. -№5- С.24
- 3 Стародубов В.И., Дзизинский А.Л., Пивень Д.В. Телемедицина и система качества медицинской помощи // Проблемы территориального здравоохранения. Сб. научных тр., вып.4., М.: -2003.-С.85-90.
- 4 Есенева С.М. Оценка мужской копулятивной функции // Тезисы 1-ой конференции «Мужское здоровье». Москва. 19-21 ноября 2003 года. Электронный ресурс: <http://au-health.ru/listview.php>
- 5 Бендина Н. Российские мужчины охладели к сексу // РБК daily. Электронный ресурс: <http://www.rbcdaily.ru/archive/2005/05/26/202293>.
- 6 Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Urol.* 2000 Feb;163(2):460-3.

**А.Т. ТОКСАНБАЕВ, А.А. ХАМЗИН, А.С. ТАШЕНОВ, Р.У. ТАНЕКЕЕВ, Г.К. АМИРОВ, Т.И. ХУРОВ,
А.Ж. ЖАНАБЕК, Б.Ж. ЕСЕНКУЛОВ**

**АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ҮКІМЕТІН ҚАЗЫНАЛЫҚ ҰЖЫМНЫҢ КАЛАЛЫҚ ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ АУРУХАНАСЫНЫҢ ШАРУАШЫЛЫҚ
ПАЙДАСЫНДАҒЫ ЭРЕКТИЛДІ ДИСФУНКЦИЯНЫҢ ТАРАЛУЫНЫҢ МОНИТОРИНГІ**

Түйін : Эректилді дисфункция-еркек ағзасының ден саулығы және өмір сапасы қабілетінің төмендеуімен сипатталатын маңызды жағдай. Оның барлық жастағы ер адамдар арасындағы көрсеткіші 33% ке тең. Қазір де өлем бойынша 150 млн еркек ЭД мен зардап шегеді, 2025 жылға дейін бұл көрсеткіш 322 млн ға дейін көтерілуі мүмкін. АҚШ да жүргізілген халық аралық зерттеулер нәтижесі бойынша 40-70 жас арасындағы ер адамдардың 52% де ЭД анықталған.

Түйінді сөздер: Эректилді дисфункция

**A.T. TOKSANBAYEV, A.A. HAMZIN, A.S. TASHENOV, R.U. TANEKEEV, G.K. AMERICANS, T.I. HUROY,
A.ZH. ZHANABEK, B. ZH. ESENKULOV**

KazNMU of S. D. Asfendiyarov, hospital of the fast urgent help, Almaty.

MONITORING OF DISTRIBUTION OF EREKILNY DYSFUNCTION ACCORDING TO CH HFUMH OF ALMATY

Resume: The Eretilny Dysfunction (ED) is the most important problem of health and quality of life of the man's population. Its prevalence among all age groups, on the average, reaches 33% and directly depends on age and accompanying diseases. If now about 150 million men suffering from ED live in the world, by 2025 their quantity, by calculations, can increase to 322 million that connect first of all with population aging. So, according to the population researches conducted in the USA, in age group from 40 to 70 years of ED it is revealed at 52% of men.

Keywords: Eretilny Dysfunction

УДК: 616.6-089-09.

А.Т. ТОКСАНБАЕВ, А.А. ХАМЗИН, А.С. ТАШЕНОВ, Г.К. АМИРОВ, А.Ж. ЖАНАБЕК, Б.Ж. ЕСЕНКУЛОВ, Т.И. ХУРОВ
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, больница скорой неотложной помощи, г.Алматы

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Взаимосвязь между вероятностью возникновения эректильной дисфункции и объемом удаляемой ткани предстательной железы при эндо-урологических оперативных вмешательствах, а именно при небольшом объеме железы при отсутствии выраженных фиброзно-склеротических изменений в капсуле простаты глубина механического или термического воздействия на парапростатические ткани при оперативном вмешательстве заметно больше, у пациентов при больших объемах предстательной железы преобладающим патогенетическим фактором является длительная компрессионная ишемия сосудисто-нервных пучков, обеспечивающих процесс регуляции эрекции. Высокая частота выраженности копулятивных расстройств наблюдалась у больных со слабой половой конституцией, осложнениями, возникшими в ходе выполнения оперативного вмешательства, значительным гормональным дисбалансом, а также у пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями. Изменения показателей проведенного сексологического тестирования на фоне проводимого лечения выявило постепенное улучшение не только эректильной функций, но и таких параметров, как удовлетворенность половой жизнью, повышение либидо, улучшение оргазма.

Ключевые слова: эректильная дисфункция

Актуальность. В большинстве случаев эректильная дисфункция обусловлена несколькими причинами. И первая из них – возрастные изменения. Исследования показали, что в возрасте 40 – 49 лет эректильная дисфункция была выявлена у 12,4% пациентов; в возрасте 50 – 59 лет – у 29,8%, а в 60 – 69 лет – уже у 46,6% больных [1]. Таким образом, с 40 до 70 лет риск развития ЭД возрастает почти в 4 раза. Наибольшую роль в развитии ЭД среди факторов риска имеют сердечно-сосудистые, так как большинство случаев этого заболевания имеет сосудистую природу [2]. По данным ряда авторов имеется взаимосвязь между вероятностью возникновения эректильной дисфункции и объемом удаляемой ткани предстательной железы при различных эндо-урологических оперативных вмешательствах, а именно при небольшом объеме железы (пациенты в возрасте 51-60 лет) при отсутствии выраженных фиброзно-склеротических изменений в капсуле простаты глубина механического или термического воздействия на парапростатические ткани при оперативном вмешательстве заметно больше, а у пациентов старших возрастных групп при больших объемах предстательной железы преобладающим патогенетическим фактором является длительная компрессионная ишемия сосудисто-нервных пучков, обеспечивающих процесс регуляции эрекции [3,4,5].

Материалы. Основу нашего исследования составили 412 пациентов с диагностированным заболеванием (доброкачественная гиперплазия предстательной железы) и которым в связи с этим планировалось проведение оперативного лечения – трансуретральной резекции или электровапоризации простаты.

Проведенное исследование выявило, что из всего контингента больных (412 человек) с доброкачественной гиперплазией простаты и которым планируется выполнение трансуретральной резекции, 68,9% пациентов не заинтересованы в сохранении адекватной эректильной функции в послеоперационном периоде.

Основная группа исследуемых пациентов, для которых сохранение, а также возможное улучшение эректильной функции представлялось актуальной задачей, состояла из 128 мужчин в возрасте от 48 до 80 лет. Средний возраст 65,2 года.

Оценка эректильной функции производилась до и после операции, используя методы физикального осмотра, оценочные шкалы (Международный индекс эректильной функции, шкалу количественной оценки мужской копулятивной функции, госпитальную шкалу тревоги и депрессии, векторную шкалу оценки половой конституции мужчины), по данным RigiScan-мониторинга, фармакодоплерографии, электромиографии, исследования гормонального статуса, а также кавернозографии по показаниям.

У всех 128 пациентов исследуемой группы до операции были выявлены клинические проявления доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Многие пациенты указывали на наличие нескольких жалоб. Несмотря на наличие нарушений эрекции, только 12,5% из них до операции эпизодически использовали средства, улучшающие качество эрекции (ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа, биологически активные пищевые добавки, а также методы нетрадиционной или народной медицины).

Несмотря на широкое освещение в последнее время тематики профилактики и лечения доброкачественной гиперплазии простаты в средствах массовой информации, при беседе с врачом, 64,9% пациентов были уверены, что проведение операции приведет к тотальной потере эректильной функции, а 39,9% высказывали неуверенность в улучшении качества мочеиспускания после операции.

Данные проведенного анкетирования указывают, что у большинства пациентов исследуемой группы еще до проведения оперативного лечения определяются признаки снижения качества эрекции.

У 73,4% пациентов отмечено наличие признаков тревожно-депрессивного синдрома. Выявлена закономерность, в рамках которой для пациентов в возрасте 48-60 лет более характерным является наличие тревожной симптоматики, а для больных старшего возраста на первое место выходят показатели депрессии.

Гипотестостеронемия на догоспитальном этапе выявлена у 42,2% больных, при этом отмечена тенденция большего снижения уровня тестостерона для старших возрастных групп.

Определен высокий уровень корреляции между проявлениями климактерического синдрома и уровнем тестостерона плазмы крови (91,2%). Однако частота встречаемости жалоб на проявление эректильной дисфункции у пациентов с гипотестостеронемией достоверно не отличался от частоты в общей группе. Между тем, снижение либидо и сексуальной возбудимости были основными жалобами именно в группе с низким уровнем тестостерона.

До проведения оперативного лечения гиперэстрогемия наблюдалась в 12,5% случаев, при этом повышенный уровень эстрадиола плазмы крови в среднем умеренно повышался в старших возрастных группах.

Гиперпролактинемия выявлена в 8 наблюдениях (6,25%). Достоверной корреляции между возрастом и выявленными случаями не определено.

Отмечено, что частота наблюдаемых нарушений ночных пенильных тумесценций увеличивается в старших возрастных группах. При этом выявленные сосудистые нарушения характеризовались артериальной недостаточностью (31,3%),

артерио-венозной - 25%, венозной – 14.1%. Лишь в 5,4% случаях отсутствие патологических изменений при лабораторном обследовании, регистрации параметров пенильной гемодинамики и RigiScan- мониторинговании при наличии типичных жалоб на снижение качества адекватных эрекции расценено как случаи психогенной эректильной дисфункции с первичным угнетением либидо.

По данным электромиографии полового члена до операции только в 14,8% случаев зафиксированы признаки нарушений, которые могут быть объяснены дистрофическими изменениями вегетативных структур, входящих в нервные стволы nn. erigentes при сдавлении их увеличивающейся в объеме вследствие доброкачественной гиперплазии капсулой предстательной железы с развитием компрессионной ишемии и дегенерации нервных волокон. Из них у 62,2% больных объем предстательной железы превышал 50 см³.

В настоящем исследовании 122 пациентам (95,3%) выполнена типичная трансуретральная резекция простаты с использованием стандартной техники исполнения по Varnes и Nesbit. В 6 случаях (4,7%) проведена электровапоризация простаты.

У 2 пациентов (1,6%) при проведении трансуретральной резекции возникла перфорация хирургической капсулы предстательной железы на фоне спонтанного ее сокращения при электростимуляции.

При сравнении уровней тестостерона плазмы крови у пациентов после трансуретральной электрорезекции и электровапоризации в ближайшем послеоперационном периоде (на 1, 3 и 7-е сутки) сделано предположение о том, что при электровапоризации степень травмирующего физического воздействия на предстательную железу и окружающие ее ткани более выражено. Полученные данные свидетельствуют также о высокой чувствительности тестикулярной ткани, которая проявляется снижением функции в ответ на оперативное лечение доброкачественной гиперплазии простаты.

В сроки наблюдения 3 месяца оценивалась динамика показателей общей удовлетворенности половым актом, состояния половой функции в целом, а также отдельных компонентов копулятивного цикла: либидо, эректильной функции, оргазма, а в особенности эякуляторной составляющей в результате появления в послеоперационном периоде симптомов ретроградного семяизвержения.

При этом наибольшая выраженность копулятивных расстройств наблюдалась у больных со слабой половой конституцией, осложнениями, возникшими в ходе выполнения оперативного вмешательства, значительным гормональным дисбалансом, а также у пациентов с выраженными сопутствующими заболеваниями.

Показано, что уже само проведение оперативного лечения в последствии в значительной мере редуцирует тревожно-депрессивные симптомы, наблюдающиеся у подавляющего количества больных на догоспитальном этапе.

У 86% пациентов проведение оперативного лечения не ухудшило качество эректильной функции, однако для 29,7% больных требовалось проведение дополнительной коррекции эректильных расстройств, признаки которых были выявлены до операции.

Показана эффективность патогенетически обусловленной консервативной терапии эректильной дисфункции у пациентов в послеоперационном периоде с различной преобладающей симптоматикой.

Из общей группы 18 пациентов (14%) отметили ухудшение эректильной функции после проведенной эндоскопической операции и таким образом были выделены в отдельную группу углубленного обследования. Обращает на себя внимание тот факт, что у всех у них до оперативного вмешательства были выявлены те или иные признаки эректильной дисфункции, хотя они и жили половой жизнью. Давность проявлений доброкачественной гиперплазии предстательной железы

относительно продолжительная – в среднем 4,9 лет. Интересен также факт, что 66,7% всех пациентов этой группы не состояли в браке. Избыточный вес как фактор риска возникновения расстройств эрекции выявлен в 55,6% случаев. У всех 18 пациентов выявлены интеркуррентные заболевания, в связи с чем 72,2% принимали сопутствующую терапию.

Жалобы у больных были характерными для эректильной дисфункции, основными из которых были трудности с достижением полноценной эрекции (83,3%), эпизоды детумесценции без эякуляции (88,9%). В 77,8% случаев в послеоперационном периоде выявлена ретроградная эякуляция, у 22,2% - частично антеградная с уменьшением объема выделяемой спермы. При этом 50% пациентов связывали возникшее ухудшение эректильной функции именно с нарушениями эякуляции, будучи уверенными, что ретроградная эякуляция накладывает существенный негативный отпечаток на качество эрекции и без нормального семяизвержения половая жизнь невозможна. Это обстоятельство еще раз доказывает важность формирования доверительных отношений врача с пациентом, базирующихся на принципе комплаентности.

Гипостезия области головки полового члена при проведении полового акта отмечена в 61,6% случаев, что может косвенно свидетельствовать о частичной деиннервации органа. Пациенты после выполнения билатеральной вазорезекции (33,3%) на пике полового возбуждения отмечали болезненную симптоматику и дискомфорт в области паха, промежности и мошонки.

Установлено преобладание легкой и умеренной степени выраженности эректильной дисфункции. При этом, ни одного случая тяжелых расстройств в данном исследовании не выявлено.

Всем 18 пациентам группы углубленного обследования определялся тип половой конституции, который был необходим для оценки сексуальных проявлений конкретного человека с целью разграничения их патологических проявлений и нормы, для разработки адекватных рекомендаций при выборе режима половой жизни. Отмечено, что слабая половая конституция у пациентов доминировала, опережая по встречаемости среднюю, а также сильную.

В 100% случаев (18 больных) были выявлены признаки тревожно-депрессивного синдрома. Этот факт указывает на большую роль психологического состояния пациентов, входящих в группу риска по развитию эректильной дисфункции, на качество эрекции.

У 72% пациентов, отметивших после проведения операции ухудшение эректильной функции, еще на госпитальном этапе выявлена гипотестостеронемия. Достоверной взаимосвязи между уровнем тестостерона после оперативного вмешательства и возрастом больных не выявлено. Гиперэстрогемия (33,3%) была выявлена в сопряжении с понижением концентрации тестостерона. Выявлена тенденция к росту случаев встречаемости повышения концентрации эстрогенов у пациентов старших возрастных групп. Повышение пролактина выше нормального уровня в связи с проведением оперативного вмешательства зафиксировано не было ни в одном из случаев.

Достоверной корреляционной взаимосвязи между объемной скоростью мочеиспускания и случаями возникновения эректильной дисфункции в послеоперационном периоде не получено.

По данным проведенного мониторинга ночных пенильных тумесценций (RigiScan) неудовлетворительная ригидность полового члена отмечена в 55,6% случаев, опережая по встречаемости частично удовлетворительную – 27,7%, а также полное отсутствие ригидности – 16,7%.

Фармакодоплерографическое исследование этой группы больных выявило факт ухудшения артериального кровоснабжения полового члена лишь у 33,3% обследуемых. У

11,1% пациентов выявлены признаки венозной недостаточности, определяемые и до операции.

При выполнении электромиографии полового члена до и после операции выявлены признаки нарушения вегетативной иннервации у всех 18 больных (100%). При этом у пациентов с выраженными изменениями, регистрируемыми при выполнении электромиографии, клинические признаки пенильной деиннервации проявляются в том числе гипостезией области головки полового члена той или иной степени выраженности при проведении полового акта.

Всем 18 пациентам, у которых в послеоперационном периоде отмечено ухудшение эректильной функции, в зависимости от того или иного характера выявленных нарушений назначена патогенетически обусловленная консервативная комбинированная терапия.

У 6 пациентов в сроки наблюдения 3 года по-прежнему сохранялись жалобы на проявления эректильной дисфункции, однако на фоне терапии эти больные продолжали жить половой жизнью при количестве эксцессов от 1 до 4 в месяц, что, в свою очередь, является показателем частичной сексуальной адаптации и позволяет даже такой непростой категории больных избежать оперативных методов коррекции эректильных расстройств.

Динамика показателей проведенного сексологического тестирования на фоне проводимого лечения выявило

постепенное (от 6 месяцев до 3 лет) улучшение не только эректильной функции, но и таких параметров, как удовлетворенность половой жизнью, повышение либидо, улучшение оргазма.

Наиболее значительные положительные изменения зафиксированы в более молодых подгруппах пациентов (от 51 до 60 лет). Подобная картина наблюдается и при анализе данных оценки симптомов тревоги и депрессии. Отмечен факт отсутствия какого-либо влияния от проводимой терапии на эякуляторную составляющую копулятивного цикла.

Определяется общая тенденция к повышению уровня тестостерона крови на фоне приема гормональных препаратов, особенно заметная в более молодых возрастных подгруппах (51-60 лет).

Определяется общая тенденция к повышению уровня тестостерона крови на фоне приема гормональных препаратов, особенно заметная в более молодых возрастных подгруппах (51-60 лет).

По данным RigiScan-мониторирования ночных пенильных тумесценций у всех 18 обследуемых отмечены положительные изменения, выразившиеся в сокращении количества пациентов с полным отсутствием регистрируемой пенильной ригидности, а также с ригидностью неудовлетворительного качества (таблица № 3).

Таблица 3 - Распределение пациентов в зависимости от результата RigiScan-мониторирования ночных пенильных тумесценций в сроки наблюдения от 3 месяцев до 3 лет

Степень ригидности	Сроки наблюдения			
	3 мес.	6 мес.	1 год	3 года
Частично удовлетворительная ригидность	5	5	6	4
Неудовлетворительная ригидность	10	8	3	2
Полное отсутствие ригидности	3	1	0	0
Итого (чел.)	18	14	9	6

Анализ полученных данных при фармакодоплерографии сосудов полового члена позволил выявить уменьшение патологического венозного сброса в 2 случаях. Также у 2 пациентов с признаками артериальной недостаточности улучшилось артериальное кровоснабжение полового члена во время эрекции. Достоверное отсутствие улучшений на фоне проводимого лечения отмечено у 4 пациентов с артериогенной

эректильной дисфункцией с выраженными признаками атеросклероза.

У всех 18 пациентов с ухудшением качества эрекции в послеоперационном периоде при проведении электромиографического исследования в сроки от 6 месяцев до 1 года наблюдается картина реиннервации тканей полового члена, что согласуется по срокам и принципам с общей позицией с точки зрения патологической физиологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Feldman HA, Johannes CB, Araujo AB, et al. Low dehydroepiandrosteron and ischemic heart disease in middle aged men: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Ami Epidem* 2001;153:79-89.
- 2 Braun MH, Sommer F, Haupt G, Mathers MJ, Reifenrath B, Engelmann UH (2003) Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction-morbidity or typical "aging male" symptoms? results of the "Cologne Male Survey". *Eur Urol* 44:588-594.
- 3 Lottman PE, Jongen PJ, Rosier PF, Meuleman EJ. Sexual dysfunction in men with multiple sclerosis--a comprehensive pilot-study into etiology. *Int J Impot Res.* 1998 Dec;10(4):233-7.
- 4 Горпинченко И. И. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения// *Здоровье мужчины.* – 2002. – № 1. – С. 9–11.
- 5 Гамидов С.И. «Особенности патогенеза и диагностики эректильной дисфункции у пациентов перенесших тупую травму промежности и радикальные операции на тазовых органах» // *Дисс.....канд.мед.наук–М.:* 1998.

А.Т. ТОКСАНБАЕВ, А.А. ХАМЗИН, А.С. ТАШЕНОВ, Г.К. АМИРОВ, А.Ж. ЖАНАБЕК, Б.Ж. ЕСЕНКУЛОВ, Т.И. ХУРОВ
ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ОТАДАН КЕІІҢГІ НАУҚАСТАРДЫҢ ЭРЕКТИЛДІ ДИСФУНКЦИЯНЫҢ КЕЗДЕСУ ЖИЛІГІН ТАЛДАУЫ

Түйін: Әр түрлі эндо-урологиялық операциялар араласу кезінде алынған қуық асты без тіндерімен эректильді бұзылыс арасындағы байланыс, соның ішінде бездің кішкентай көлемі, простатикалық тінге механикалық, терминалдық әсер теңдігі айқын фиброзды склеротикалық өзгерістер оперативті араласулар кезінде жоғары, ал егде жастағы топтарда үлкен көлемді қуық асты безінде эрекция реттелісін қамтамасыз ететін қантамыр нервтік түііннің ишемиасы ең басты патогенетикалық фактор болып табылады. Копулятивті бұзылыстары бар ең жоғарғы жиілігі, әлсіз жыныстық конституциясы бар оперативті араласу кезіндегі асқынулар айқын горманалды дисбаланс бар және де айқын қосымша аурулары бар науқастарда емнің фондында өткізілген сексологиялық тестілеу көрсеткіштері көрсетеді. Эректильді функция жақсаруы ғана емес тағы да жыныстық өмірде қанағаттану, либидоның жоғарылауы, оргазм жақсаруы.

Түйінді сөздер: Эректильді дисфункция

A.T. TOKSANBAYEV, A.A. HAMZIN, A.S. TASHENOV, G.K. AMIROV, A.ZH. ZHANABEK, B. ZH. ESENKULOV, T.I. KHUROV
THE ANALYSIS OF FREQUENCY OF OCCURRENCE OF PATIENTS WITH EREKILNY DYSFUNCTION
AFTER ENDOSCOPIC SURGERIES

Resume: The relationship between the probability of occurrence of erectile dysfunction, and the volume of the prostate tissue removed at various endo-urological surgical interventions, namely with a small volume of cancer expressed in the absence of fibrous and sclerotic changes in the depth of the prostate capsule, mechanical or thermal action on the paraprostatic tissue during surgical intervention is much larger, and in elderly patients with large volumes of prostate predominant pathogenic factor is the long compression ischemia neurovascular bundles, ensuring the process of regulation of expression of high frequency of erections copulative disorders observed in patients with weak sexual constitution, complications arose in the course of surgical intervention, significant hormonal imbalance, as well as in patients with severe comorbidities. Changes in testing conducted sexological background of the treatment showed a gradual improved not only erectile function, but also parameters such as satisfaction with sex life, increase libido, improve orgasm.

Keywords: Eretilny Dysfunction

СТАТЬЯ О ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Одним из наиболее доступных для реализации на любом уровне здравоохранения Республики Казахстан, выгодным, как с экономической точки зрения, так и с точки зрения максимального приближения к населению медицинских услуг самого широкого профиля, представляются, на данном этапе, дневные стационары при лечебно-профилактических учреждениях.

Роль их в предоставлении населению услуг самого широкого профиля очевидна. Стоит вспомнить, каково положение сохраненных больных, находящихся на лечении в обычных стационарах, как становится понятным, что многие из услуг, получаемых ими по бесплатному медицинскому страхованию просто не нужны. Дневные стационары решают эти проблемы, ставя на первое место интересы больного и отнимая минимум времени на лечение. Разумеется, речь идёт о пациентах, чьё состояние не требует круглосуточного врачебного наблюдения и сложных медицинских манипуляций, а также изоляции. Зачастую требуется просто выполнить необходимый объём медицинской помощи в виде назначенного лечения и процедур, которые вполне доступны на догоспитальном этапе. При тщательно продуманном графике работы дневного стационара трудоспособные пациенты, как правило, не нуждаются в больничном листе, что дополнительно экономит средства, как государства, так и самого пациента – в современных социально-экономических условиях многие больные отказываются от лечения, если это может прервать их профессиональную деятельность.

Другой контингент пациентов – пенсионеры и инвалиды, нетрудоспособное население, которое также предпочитает получать назначенное лечение и обследование, которая располагается недалеко от места жительства и позволяет в свободное от лечения время заниматься своими делами, а не проводить его в казённом помещении обычного стационара. Также пациентов устраивает то, что их лечением занимаются врачи, которые продолжают начатое ранее амбулаторное лечение. Самых врачей это устраивает ещё и потому, что они могут следить за динамикой патологических процессов у пациентов и реально влиять на лечение более интенсивными методами, теми, которые доступны на этапе дневного стационара. Кроме того, у медицинского персонала открывается возможность дополнительно совмещения ставок в том же учреждении.

Возможности в проведении тех или иных методов лечения у дневных стационаров довольно велики и зависят, в основном, от финансовых возможностей учреждения, а главное, от желания его руководителя.

Очень важным является подбор штата медперсонала для дневного стационара при много профильной больнице. Оптимальным нам представляется наличие врачебной ставки заведующего стационаром, подчинённого непосредственно главному врачу, врачей других специальностей (хирург, кардиолог, гинеколог, невропатолог) и одной или нескольких медицинских сестёр, в зависимости от количества коек стационара. **Кроме обычных функций заведующего медицинским подразделением, на наш взгляд, заведующий дневным стационаром должен выполнять следующие функции:**

1. осуществлять отбор пациентов, из числа присланных на лечение врачами других специальностей, подлежащих или не подлежащих лечению в дневном стационаре;
2. проводить медицинские манипуляции, требующие врачебного участия;

3. осуществлять контроль над проведением медицинских манипуляций средним медицинским персоналом;
4. следить за динамикой состояния пациентов и определять эффективность лечения;
5. оказывать экстренную и неотложную помощь;
6. проводить обучение, как среднего, так и врачебного медицинского персонала новейшим методам лечения, проводимого в дневном стационаре и методам оказания неотложных мероприятий.

Показаниями для госпитализации в дневной стационар является:

1. Пациенты в удовлетворительном состоянии, нуждающиеся в соответствующих видах лечения, не имеющие противопоказаний к амбулаторному лечению, направленные врачами по согласованию с заведующими отделениями или другими специалистами.
2. Необходимость в интенсивной терапии и наблюдении медицинского персонала после вмешательств, произведённых в амбулатории (хирургические манипуляции и операции).
3. Ургентные состояния, требующие неотложных мер интенсивной терапии, на догоспитальном этапе. Критерием окончания лечения в дневном стационаре являются клиническое выздоровление или окончание курса интенсивной терапии.

В отделении проводится лечение пациентам со следующей патологией:

Болезни системы кровообращения (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, заболевания периферических сосудов) Ишемическая кардиомиопатия, другие формы стенокардии, дилатационная кардиомиопатия

Болезни органов дыхания (пневмония средней и легкой степени тяжести, бронхиты, ХОБЛ). Бронхоэктатическая болезнь, смешанная астма, астма с преобладанием аллергического компонента

Болезни нервной системы (Дисциркуляторная энцефалопатия, последствия инсультов, болезни позвоночника — остеохондроз, радикулопатии; невриты).

Болезни органов пищеварения. Вторичный билиарный цирроз печени, фиброз печени, холецистит, панкреатит, гастрит

Болезни крови (анемии).

Болезни костно-мышечной системы (артриты, остеохондрозы, анкилозирующий спондилит, поражения пояснично-крестцового сплетения)

Болезни мочеполовой системы, предстательной железы (хронический пиелонефрит, цистит, простатит, сальпингоофарит, кольпит).

Нефротический синдром, незначительные гломерулярные нарушения

Другие формы системной красной волчанки, аллергическая крапивница

Сочетанное поражение митрального клапана, аортального, трехстворчатого клапанов

Тиреотоксикоз с диффузным зобом, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ

Инсулиннезависимый сахарный диабет с множественными осложнениями

Сотрясение головного мозга, угрожающий аборт, беременность до 30 недель

Дневной стационар ГКП на ПХВ ГБСНП предназначен для оказания медицинской помощи пациентам в режиме дневного пребывания и располагает всеми возможностями для

диагностики и лечения разнообразных патологических состояний.

В удобное для Вас время, ежедневно с понедельника по пятницу, в течение нескольких часов, Вы можете пройти полный

курс обследования и лечения, предписанный Вашим лечащим врачом.

Наши пациенты всегда находятся под наблюдением высококвалифицированного медицинского персонала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алексеев Н.А., Якушев А.М., Жукова Н.В., Маслакова Т.Н. Деятельность стационара дневного пребывания многопрофильной больницы // Здравоохранение Российской Федерации. - 2000. - N 5. - С. 16-18.
- 2 Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И. Дневные стационары. (Стационарозамещающие формы организации оказания медицинской помощи населению): Руководство для врачей. - М.: МЕДпресс. - 2000. - 95 с.

Н.И. ТӨЛЕУОВА

ШЖҚ «Қалалық Жедел Шұғыл Көмек Көрсету Ауруханасы» МКК

КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАРДЫҢ ӨЛЕУЕТТІ МУМКІНДІКТЕРІ ТУРАЛЫ МАКАЛА

Түйін: "Ең көп жанасушылық ең кең профилінің медициналық қызмет атқаруының халқына, көрсетіледі, айтылмыш кезеңде, күндізгі стационарлар емдік профилактикалық мекемелерде".

N.I. TOLEUOVA

"Hospital for emergency aid" Almaty

ARTICLE ABOUT POTENTIAL JHNRUNITIES OF A DAY HOSPITAL

Resume: «The maximum approximation to the public health services of the widest profile are, at this stage, day hospitals for treatment-and-prophylactic establishments».

УДК: 616.831.-006

Э.Н. ШУМКОВА, А.Е. НАРТАЕВА, А.К. АЛИМЖАНОВ, М.А. ГОЛОВНЯ
КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, БСНП

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Синдром диабетической стопы : страдают 80% лиц, больных сахарным диабетом, который завершается гангреной нижних конечностей с летальным исходом пациентов.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, сахарный диабет, гангрена, клиника, морфология.

Последние годы в Казахстане отмечается резкий рост заболеваемости сахарным диабетом. Это происходит в основном за счет прироста больных, страдающих диабетом 2 типа, в возрастных группах старше 40 лет, как правило связано с ожирением и характеризуется медленным течением болезни. (1,2)

Одним из грозных осложнений при сахарном диабете является гангрена. По данным статистики 80% лиц больных умирают от гангрены нижних конечностей. Причиной развития синдрома диабетической стопы (СДС) являются диабетическая ангиопатия, диабетическая нейропатия, микроангиопатия, макроангиопатия. Особенно опасным является поражение мелких сосудов на уровне голени. Процесс нередко сочетается с атеросклерозом. (3) Развитие гангрены у больных проходит двумя путями: медленный в течение нескольких лет, который связан с критической ишемией. Второй путь молниеносный, в основе которого лежит тромбоз или эмболия артерий. (4,5)

Целью работы было выявить клинические и морфологические аспекты синдрома диабетической стопы по данным больницы скорой неотложной помощи за последний год.

Нами проанализирован операционный материал 30 больных сахарным диабетом, которые поступили экстренно с синдромом диабетической стопы. У 20% больных выявлялся диабет 1 типа, 80% составили пациенты с диабетом 2-го типа. Возраст больных варьировал от 45 до 82 лет, мужчин было 45%, женщин 55%.

У 85% пациентов патологический процесс в стопе протекал по типу критической ишемии. Первые проявления появились несколько лет назад и характеризовались снижением чувствительности кожи или отсутствием пульса артерий стопы, деформацией стопы, выраженным гиперкератозом.

Больные отмечали болевое ощущение во время ходьбы в бедрах или икрах, которые вызывали остановку во время ходьбы. Ночные боли в пальцах или стопах. Ноги холодные на ощупь. Больные не могут долго лежать постоянно свешивают больную ногу вниз, что приводит к временному облегчению боли. Почти у всех пациентов выявлялись проявления изменений периферических нервов в виде образования

трофических язв со вторичным воспалением, что связано с присоединением диабетической нейропатии (нейропатическая форма) СДС в сочетании с ишемической.

При морфологическом исследовании операционного материала этой группы патологический процесс локализовался преимущественно в области пальцев стопы. Последние были черного цвета с участками изъязвления кожи с обнажением костной ткани. Выше лежащие ткани отечные с единичными или множественными трофическими язвами. При микроскопическом исследовании наблюдался некроз всех тканей сочагами или диффузной лейкоцитарной инфильтрацией. Кожа с глубокими язвенными дефектами. Костная ткань была представлена гомогенными, бесструктурными массами.

У 15% больных процесс развивался очень быстро. Пациенты жаловались на сильную, резкую боль в конечности, потерю чувствительности и активных движений. При осмотре конечность синюшная, холодная на ощупь, пульсация сосудов плохо определялась. Процесс носил распространенный характер, захватывая голень и выше. При морфологическом исследовании операционного материала патологический процесс захватывал не только пальцы истопуно распространялся выше. Кожа имела синюшнобагровую окраску с участками черного цвета, отечная. При микроскопическом исследовании тканей преобладали деструктивные процессы в виде некроза с потерей структуры тканей. Сосуды полнокровны и в просвете артерий выявлялись тромбы. Воспалительный процесс в тканях не определялся.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать заключение. Синдром диабетической стопы у больных развивается по двум направлениям: по типу критической ишемии с нейропатическим компонентом. Второй путь связан с тромбозом артерий. Эти моменты необходимо учитывать при лечении больных с сахарным диабетом для предотвращения грозного осложнения гангрены конечностей, которая может привести к смерти пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения 2011 году». – Астана: 2012.
- 2 Сабирова Н. Уровень и структура сахарного диабета в Казахстане и зарубежных странах. Вестник КазНМУ №3. -2013. - С.15-16.
- 3 Морфология осложнений диабета сайт онлайн медицина // - 2013
- 4 Мустафин Т.И., Дивеева Г.А. Морфологическая характеристика диабетической стопы. Морфологические ведомости -2006-№1-2, приложение №1. - С.203-205.
- 5 Дивеева Г.А. Морфологическая характеристика тканей ампутированной нижней конечности при диабетической гангрене. Автореферат канд. дисс // - 2007. – С. 24.

Э.Н. ШУМКОВА, А.Е. НАРТАЕВА, А.К. АЛИМЖАНОВ, М.А. ГОЛОВНЯ
ДИАБЕТИК ТАБАН СИНДРОМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТИ

Түйін: Синдром диабетической стопы страдают 80% лиц больных сахарным диабетом, который завершается гангреней нижних конечностей с летальным исходом пациентов.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, сахарный диабет, гангрена, клиника, морфология.

E.N. SHUMKOVA, A.E. NARTAEVA, A.K. ALIMSHANOV, M.A. GOLOVNYA
KazNMU by name S.D.Asfendiyarov, HEE

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE DIABETIC FOOT

Resume: Diabetic foot syndrome affects 80% of those diabetic patients who completed gangrene of the lower limbs of patients with a fatal outcome.

Keywords: diabetic foot syndrome, diabetes, gangrene, clinic, morphology.



СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I: «ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ КАЗАХСТАНА В БОЛОНСКИЙ ПРОЦЕСС»

А.А. АКАНОВ, Ж. ПАДАЙГА, М.А. КАМАЛИЕВ, С.Ю. ЯНОНИС, А.М. АУЕЗОВА <i>ВКЛАД МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</i>	1
М.А.АБИРОВА, С.С.САРСЕНБАЕВА, Е.А.СЛАВКО <i>К ВОПРОСУ РЕАЛИЗАЦИИ КРЕДИТНОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ В КАЗНМУ</i>	3
М.А.АБИРОВА, Э.К.КАРЛОВА <i>ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЗАЧЕТА КРЕДИТОВ ПО ТИПУ ECTS НА ПРИМЕРЕ КАЗНМУ ИМЕНИ С. Д. АСФЕНДИЯРОВА</i>	6
А.А.АБДУХАЛЫКОВ, Г.Б.АБАСОВА, Э.Ж.ИСКАНДИРОВА, Қ.А.САРТАЕВА, Г.А.ШАГИЕВА, Ж.Б.ЖАКСЫБАЕВА <i>ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ИНОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ</i>	7
Б.А. АБДУРАХМАНОВ, А.К. БАЙМАГАМБЕТОВ, М.Е. ЖАНТЕЕВ <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ</i>	9
Н. АЛМАГАМБЕТОВА <i>ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ</i>	11
М.АСИМОВ, У. В.ХАНКЛОСКИ, А.А.КУРБАНОВ, Т.ФОМЕНКО, А.ДАВЛЕТБАКОВА, П.ШЕИН, Т.АЙБАСОВА, А.НУРМУХАМБЕТОВА, Б.ЖАНТУРИЕВ <i>«БЛЕНДЕРНОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ИНТЕГРАЦИЯ ОН-ЛАЙН И ТРАДИЦИОННОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ КОММУНИКАТИВНЫМ НАВЫКАМ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ»</i>	13
А.А.БАЯХМЕТОВА <i>РОЛЕВАЯ ИМИТАЦИОННАЯ ИГРА КАК ИНТЕРАКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ПРОПЕДЕВТИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ»</i>	15
И.В. БАСКАКОВА <i>МЕТОД МИНИ-ПРОЕКТОВ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ</i>	18
К.Т.БАЙЕКЕЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА, А.М.САДЫКОВА <i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ОБУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ</i>	21
А.В.БАЛМУХАНОВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, Г.А.ШОПАЕВА, Ф.Г. ОРАЗАЕВА <i>АКАДЕМИЧЕСКАЯ МОБИЛЬНОСТЬ РЕЗИДЕНТОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ</i>	22
Л.М.БЕГИМБЕКОВА, Ж.У.СУЛЕЙМЕНОВА <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СТАНОВЛЕНИИ ЛИЧНОСТНОГО РОСТА ОБУЧАЮЩИХСЯ</i>	23
Л. М. БЕГИМБЕКОВА, Э.Н. АЛИЕВА, С.У. МАМЫРБЕКОВА <i>РОЛЬ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТА</i>	26
М.И. ВАНСВАНОВ <i>ИНФОРМАЦИОННЫЕ ИНТЕРАКТИВНЫЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ БЛОКИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ</i>	29
М.И. ДАУЛЕТБАКОВА <i>КВАЛИМЕТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ ВЫПУСКНИКОВ ВУЗА</i>	34
Р.Т.ДЖУМАШЕВА, Г.Т.ТАНЕЕВА, А.К.КЫДЫРБАЕВА, М.Ж.ЖУМАГУЛ, К.Е.ЖУЗЖАН <i>ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ И ГЕНЕТИКИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ</i>	37
А.К.ДУЙСЕНОВА, Е.А.СЛАВКО, Н.К.ОСПАНБЕКОВА, Л.А.ОМЕШЕВА, А.М.САДЫКОВА, Б.К.УТАГАНОВ <i>ОБУЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ» СТУДЕНТАМ 4 КУРСА ФАКУЛЬТЕТА «ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЫ» В СООТВЕТСТВИИ С КРЕДИТНОЙ СИСТЕМОЙ ОБУЧЕНИЯ</i>	39

Р.А.ЕГЕМБЕРДИЕВА, Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, А.М.ДМИТРОВСКИЙ, Р.Ж.БАЙХОЖАЕВА, А.М.САДЫКОВА <i>ЭЛЕКТИВ «ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ, АКТУАЛЬНЫЕ ДЛЯ КАЗАХСТАНА»</i>	41
М.Е.ЖАНТЕЕВ <i>ПРОВЕДЕНИЕ ЗАНЯТИИ ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ В ВИДЕ ИМИТАЦИОННЫХ ИГР</i>	43
М.К. ИСКАКОВА <i>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ</i>	44
Т.Б. КИЛЫБАЕВ <i>ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО КАПИТАЛА В XXI ВЕКЕ</i>	47
С.А.КРАСНОВА <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ МЕДИЦИНА» НА КАФЕДРЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1</i>	49
З.А.КЕРИМБАЕВА, А.А.АХМЕТОВА <i>ИНТЕГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ОБРАЗОВАНИИ</i>	53
К.КҰНАНБАЙ, А.К.КАИРБЕКОВ, А.А.ЖАНПЕЙСОВА, М.М.КАЛИЕВА <i>ЗНАЧИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ</i>	55
Ж.С.КУЗЕКОВ, А.А.ЕСИРКЕПОВ, А.САЙПУДИНҚЫЗЫ <i>ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЕТЕНТНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА В ОБУЧЕНИИ НА МОДУЛЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ</i>	58
А.Ж. МОЛДАҚАРЫЗОВА <i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТОВ КАК ИНТЕРАКТИВНЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ БАКАЛАВРИАТА ПО ДИСЦИПЛИНАМ ЭКОЛОГИЯ И УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ В ВУЗАХ</i>	63
К.С. НУРТАЕВА, С.К. АЛЬМУХАМБЕТОВА, Е.У. КУАНДЫКОВ, М.Ж. ЖУМАГУЛ, И.К. НУРПЕИСОВА <i>СОВРЕМЕННАЯ ПЕДАГОГИКА И ЕЕ ВОЗМОЖНОСТИ</i>	65
С.С. САРСЕНБАЕВА <i>КАЧЕСТВО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ</i>	69
Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, Г.А.ШОПАЕВА, К.Т.БАЙЕКЕЕВА, Р.А.ЕГЕМБЕРДИЕВА, А.М.САДЫКОВА <i>РОЛЬ ДИСЦИПЛИНЫ «ТРОПИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ» В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА</i>	75
Б.Ш. ТУКЕШЕВА, Р.С.БЕГИМБЕТОВА <i>ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС КЛИНИЧЕСКИХ КАФЕДР ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</i>	76
К.М.ТУРЛАНОВ, Э.Ф.АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К.АЛЬМУХАМБЕТОВ, А.И.КАРАБАЕВА <i>ОРГАНИЗАЦИЯ И УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ВРАЧА СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»</i>	81
К.А.ТУЛЕБАЕВ, Л.С.ШЫНГЫСБАЕВ, М.Т.СУЛТАНОВА <i>МОДЕЛЬ ЛИЧНОСТНОГО РОСТА СТУДЕНТА КАЗНМУ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ</i>	84
К.О.ШАРИПОВ, Э.К.КАРЛОВА, Е.В.НЕЧЕПУРЕНКО <i>ИГРОВЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ОБЩЕЙ ХИМИИ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ</i>	86
РАЗДЕЛ II: «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»	
И.А. АСТАХОВА, Т.С. САФАРОВ, Г.М. ТЕБЕНОВА <i>УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ НА ОСНОВЕ БИОСТЕКЛОКЕРАМИКИ (БСК)</i>	88

Р.К. АЛЬМУХАМБЕТОВА, Ш.Б.ЖАНГЕЛОВА, Г.Т.ТОКСАНБАЕВА, А.С. ЧУМБАЛОВА, А.Г.ТУЯКБАЕВА, А.О.ДОСКУЛОВА <i>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</i>	90
Р.С.БЕКТУРГАНОВ, Б.А.АБДУРАХМАНОВ, А.К.БАЙМАГАМБЕТОВ, К.Е.ОСПАНОВ, Р.С.МАДАЛИХОДЖАЕВ, М.Е.ЖАНТЕЕВ, Д.Т. АРЫБЖАНОВ <i>ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОНКОЛОГИИ</i>	93
Л.М.БЕГИМБЕКОВА, Р.Я.УТЕПОВА, М.А.ЖАПАР <i>ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И ПРАКТИКИ У ИНТЕРНОВ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОВ</i>	94
У.Т. БЕЙСЕБАЕВА, Л.К.САГИДОЛДИНА <i>СКИНОРЕН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ</i>	96
С.Г.ЕНОКЯН, О.С.САХОВ, Ш.Б.ЖАНГЕЛОВА, А.С.ЧУМБАЛОВА <i>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ГЕМОСТАЗУ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ</i>	99
С.Г.ЕНОКЯН, Е.В.НЕЧАЕВА <i>ФОТОТОКСИЧЕСКИЕ И ФОТОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ</i>	100
М.Е. ЖАНТЕЕВ, С.Б.АЛМАБАЕВ, Н. ЖАНАБАЕВ, Ж. МАЛИБЕКОВ, Т.ТАЖИМЕТОВ, К. ТАНИРБЕРГЕНОВ <i>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ РЫБЬЕЙ КОСТЬЮ</i>	101
А.ЗУЛХАЖЫ, А.К. КАТАРБАЕВ, И.З. МАМБЕТОВА, А.Б. СМАГУЛОВА, А.Ж. ЖАДЫКОВА <i>ВЛИЯНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЗАКАЛИВАНИЯ НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА</i>	102
А.Ш. ИЗБАСАРОВА, Р. Ш. ИЗБАСАРОВА <i>ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И КОРРЕКЦИЯ ОСАНКИ У ПОДРОСТКОВ</i>	104
Б.С.ИСКАКОВ, К.А.СЕЙТБЕКОВ, В.И.ЛАПИН, А.М.КЕНЖЕБАЕВ, А.Е.МАХУАЮНОВ <i>ОЦЕНКА РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА</i>	107
Б.С.ИСКАКОВ, С.Г.ЕНОКЯН, А.М.КЕНЖЕБАЕВ, Б.С.ТОХТАРОВ, Т.М. МУРТАЗАЛИЕВА <i>ГИПОКСИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ (обзор литературы)</i>	111
К.Т. КУЛАЕВ, Н.Т. ТАШПАКОВА <i>РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА</i>	115
С.А.КАЛКАБАЕВА, Т.Н.РОДИОНОВА, А.С.САТЫБАЛДИЕВА <i>ДИАГНОСТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</i>	117
Р.С. МАДАЛИХОДЖАЕВ, А.К. БАЙМАГАМБЕТОВ, Б.УСЕНОВ, К.З. СЫЗДЫКОВ, М.Т. ИЖАНОВ, Е.А.ИБАДУЛЛАЕВ, Е.С.БАЙТЕМИРОВ, С.А.АЛИЕВ, С.Е.КАЗЫБЕКОВ <i>К ВОПРОСУ ОБ ЭКОНОМНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</i>	119
Р.С. МАДАЛИХОДЖАЕВ, А.К. БАЙМАГАМБЕТОВ, Б.УСЕНОВ, К.З. СЫЗДЫКОВ, М.Т. ИЖАНОВ, Е.А.ИБАДУЛЛАЕВ, Е.С.БАЙТЕМИРОВ, С.А.АЛИЕВ, С.Е.КАЗЫБЕКОВ <i>ДЕТОКСИКАЦИЯ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</i>	121
С.А. НАБИДИНОВА, Д.А. БАХАШЕВА, Ж.Б. БОРАНБАЕВА, М.С. МАСАНЧИ, Р. Х. РАЗИЕВА, Э.Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ <i>ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ</i>	122
С.А.НАБИДИНОВА, А.Е.ТОХТАМЫСОВА, Х.В.БАКИРОВ, Ж.М.ТУЙГЫНОВ, Д.Р.КУРБАНОВ, Э.Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К.АЛЬМУХАМБЕТОВ <i>НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</i>	125
С.А. НАБИДИНОВА <i>НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ</i>	126

Н.Т.НУРАНОВА <i>КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ</i>	128
К.Е.ОСПАНОВ <i>ФОРМИРОВАНИЕ НЕЙРОМЕДИАТОРНОГО ПЕРИОДА В МЕТАНЕФРОННОМ ЭМБРИОНЕ</i>	130
Н.Ж. ОРМАНОВ, У.Ж. САДЫРХАНОВА, М.Ж. ҚАЗБЕКОВА, Н. АХМЕТОВ <i>ИЗМЕНЕНИЯ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ</i>	131
А.Т.ОРАЗАЛИЕВА <i>КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ</i>	134
А. Н.РЕТИВЫХ <i>ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РУДНЕНСКОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ</i>	135
Г.М. ТЕБЕНОВА, Ш.Н. АСКАРОВА, Т.С. САФАРОВ <i>ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛИМЕРНОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ИЗОЛЯЦИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ В ПОЛОСТИ РТА В ДИАГНОСТИКЕ НЕПЕРЕНOSИМОСТИ К МЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОНСТРУКЦИЯМ</i>	137
Н.К.ТУЗЕЛЬБАЕВ, Г.А.ДУЦАНОВА <i>МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГУМАНИЗАЦИИ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ</i>	140
С.А.ТАШИМОВА, Б.Т.БАЛТАБАЕВА, С.Н.КОРГАНБАЕВА, Ф.К.КОЖАБАЕВА. <i>ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ЛЕГКИХ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ – ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ</i>	143
С.М.ТОКБЕРГЕНОВА <i>ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ</i>	145
С.М.ТОКБЕРГЕНОВА, П.Е.КАЛМЕНОВА, Г.Д.МАХАМБЕТОВА, Г.Н.КЫЛЫШБЕКОВА <i>ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ</i>	146
С.М.ТОКБЕРГЕНОВА, П.Е.КАЛМЕНОВА, Ш.М.ОСПАНОВА, К.С.КЕМЕЛЬБЕКОВ <i>ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ЛИПИДОВ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ</i>	148
Р.З. ХАЙРУЛИН <i>СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ</i>	149
С.К.ШАРИПОВА, К.С.КЫДРАЛИЕВА <i>ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ</i>	150
М.А. АХМЕТОВ, О.Х. ХАМДИЕВА, Г.Б. УМУТБАЕВА, Б.Б. ЖУСИПОВА, Р.Е. АМЗЕЕВ, А.В. БАЛМУХАНОВА, Н.Б. АХМАТУЛЛИНА <i>АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА M98K И L41L В ГЕНЕ ОПТИНЕВРИН (ОРТН) У БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ</i>	152
Р.С. ИБРАГИМОВА, Н.А. ДАУЛЕТХОЖАЕВ, В.П. РУСАНОВ, У.Р. МИРЗАКУЛОВА <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ЛИЦ СРЕДНЕГО, ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ</i>	155
А.Ж. АУБАКИРОВА, З.Т. УТЕЛЬБАЕВА, А.А. ЕСИМОВА <i>ЭЛЕКТИВНЫЕ КУРСЫ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА К ИЗУЧЕНИЮ ОФТАЛЬМОЛОГИИ</i>	159
С.Г. КОТЮЖИНСКАЯ, А.И. ГОЖЕНКО <i>СОСТОЯНИЕ ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</i>	161
К.Т. ШАКЕЕВ, М.М. ЖАНАСОВА, М.А. ГАЗАЛИЕВА <i>ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВЫСОКИХ КИШЕЧНЫХ СВИЩАХ</i>	163
Ж.Т. ДОСБАЕВА, М.З. АЖАХМЕТОВА, Д.К. ОМАРБЕКОВА, А.Б. ЕРКАСЫМОВА <i>КЛИНИКА ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ВПГ + ЦМВ С СИНДРОМОМ ХОЛЕСТАЗА</i>	167

М.ОГАНЕСЯН ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АРМЕНИИ	171
В.Н.СЕРЕДЮК РОЛЬ АЛЬДОСТЕРОНА, МИТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА И ИНДУКТОРОВ АПОПТОЗА В ФОРМИРОВАНИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА	177
МАХАВИР СЕНАН, А.Г. ПЕТРОСЯН ФАКТОРЫ РИСКА НА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ	181
Т.Н. БОЙЧУК, Т.П. САВЧУК ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ-АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА В ЛИМБИКО-ГИПОТАЛАМИЧЕСКИХ СТРУКТУРАХ МОЗГА КРЫС С ОСЛОЖНЕНИЕМ СРЕПТОЗОТОЦИН-ИНДУЦИРОВАННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕПОЛНОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ-РЕПЕРФУЗИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	184
Э.Д. АБДУКАХАРОВА, А.З. ЗУРДИНОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	187
И.У. ИСМАИЛОВА АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ПРАКТИКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА С УЧЕТОМ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ И СПЕКТРА ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ	191
О.Е. КОВАЛЕНКО, Е.В. ЛИТВИН МОЗГОВОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ И ГИПОТИРЕОЗОМ	194
Н.А. МЫРЗАБАЕВА ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	198
А. Д. БАЙМУРАТОВА, Т. Ш. ИСАБЕКОВА, Ж. А. АГИМОВ, Л. А. КИЛЫБАЕВА, Қ. А. НАЗАРЫМБЕТ, Г. С. НУРМУХАМБЕТОВА, А. НҰРМАХАНҚЫЗЫ, Г. ТҰРДЫБЕК БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТАМИ СЕРЕТИДИ МОНТЕЛУКАСТ	200
А.С. КАРАКУШИКОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.С. САДВАКАСОВА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕСПЛОДИЯ МУЖЧИН	202
А.С. КАРАКУШИКОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.С. САДВАКАСОВА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	203
А.С. КАРАКУШИКОВА, К.К. ТОГУЗБАЕВА, К.О. ДЖУСУПОВ, С.Ш. ШАЯХМЕТОВ, Ш. МУРЗАХМЕТОВА, Л.С. НИЯЗБЕКОВА САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ И ИСТОЧНИКОВ ВОДОСНАБЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КАРАСАЙСКОГО РАЙОНА АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ	205
Ж.М. БАЙЖУМАНОВА, Э.Н. КАПСАЛЯМОВА, Ю.В. ЮДИНА, СЕГИ АНАН МАРСЕЛЬ, Н.А. НИКОЛАЙЧУК РАСТЕНИЯ СЕМЕЙСТВА ЛОПУХОВЫЕ КАК ИСТОЧНИК БАВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ НОВЫХ ПРЕПАРАТОВ	208
О.А. МИТКОВСКАЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ НА ФОНЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ	210
С.С. ЕСЕМБАЕВА, Ш.К. КОСАЕВА, З.Н. ОСПАНОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ИРРИГАЦИОННЫХ РАСТВОРОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЭНДОДОНТИИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)	213
С.С. ЕСЕМБАЕВА, Ш.К. КОСАЕВА, З.Н. ОСПАНОВА ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	214

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ:
“АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ”**

- К 80-ЛЕТИЮ АКАДЕМИКА РАЕН, ПРОФЕССОРА Г.Н. АНДРЕЕВА* 217
- А.С. ИБАДИЛЬДИН, Г.И. ШАРУНОВ, К.М. БУИРАЕВ**
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ 219
- К.К. АМАНТАЕВА, Б.М. НОКЕРБЕКОВА, Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ**
ОТЕЧНО - АСЦИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ 222
- А.К. ДУЙСЕНОВА, Г.М. КУРМАНОВА, Р.Т. ЖУСУПОВА, Р.Ж. БАЙХОЖАЕВА, Б.Н. БАЛГАЗИН**
ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ 225
- Д.М. КРАСИЛЬНИКОВ, А.В. АБДУЛЬЯНОВ, М.М. МИННУЛЛИН, И.И.МАЛОВА**
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТОМ ПОСЛЕ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ 230
- Д.М. КРАСИЛЬНИКОВ, А.В. АБДУЛЬЯНОВ, М.А. БОРОДИН, И.И.МАЛОВА, А.М.ИМАМОВА**
ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ 235
- М.А.НАРТАЙЛАКОВ, Ш.А.ЗАРИПОВ, Т.А.ШАГАБУТДИНОВ, И.В.ЯНГИРОВ, Ю.В. ПЕТРОВ**
МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА 241
- Д.Д. ПОЦЕЛУЕВ, С.Е. ТУРСЫНБАЕВ, Е.А АСЫЛБЕКОВ, М.Е. СЕРИКБАЕВА**
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 244

**МАТЕРИАЛЫ ГОРОДСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ", ПОСВЯЩЕННОЙ III-Й ГОДОВЩИНЕ ОТКРЫТИЯ
БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**

- В.Г. СЕМЕНОВ, Д.К. ЖАМАШЕВ, Д.И. ДЖУЛЬФАЕВ, А.А. ДАВРЕШОВ**
ИМПЛАНТАТЫ С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ 246
- В.Г. СЕМЕНОВ, Д.И. ДЖУЛЬФАЕВ**
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЛОКИРУЮЩИМИ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЯМИ 248
- Ж.Г. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.К. ЖАМАШЕВ**
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ ТРАВМЫ 250
- У.А. АЛШЕРИЕВА, Б.Е. БАСТИМИЕВА**
ЧАСТОТА И ТЕЧЕНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ БСНП Г. АЛМАТЫ ЗА ГОД 252
- А.С. БАЙЖАНОВ, И.Л. МЕНЬШИКОВА, Л.К. ЕРДАЛИЕВА, Т.Б. РЫСБЕК, Д.А. МУШИНСКИЙ**
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА РАКА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА 256
- Р.Т. БАРАТОВ, Т.С. ГРЕЧАНАЯ, САГАТ КЫЗЫ АЛИЯ**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦИТОФЛАВИН В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ НАЧАЛА ТЕРАПИИ 259
- Б.Е. БАСТИМИЕВА**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ 265
- А. К. ЖАНГАБЫЛОВ, Г.С. ЕСНАЗАРОВА, М.О. ШЕРМАХАНОВА**
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ HELICOBACTER PYLORI К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

<i>В КАЗАХСТАНЕ</i>	269
А.К. ЖАНГАБЫЛОВ, М.О. ШЕРМАХАНОВА, Е.А. РОТМАНОВА, А.М. НУРМАХАНОВА <i>ИПП ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ, СЕЛЕКТИВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	274
Р.В. КАДЫРБАЕВ, Е.В. ТИМАШОВА, О.Т. ИБЕКЕНОВ, А.Р. УМИРБЕКОВ, Б.К. ЖАНБЫРБАЙ, М.К. БАЙНИЯЗОВ <i>ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА</i>	278
Р.С. СКАКОВА, Д.Р. БЕКТЕМИРОВА, Ф.И. КУЧКАРОВА <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕНИТАЛЬНОГОЭНДОМЕТРИОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ</i>	280
Д.Ж. МАКСУТОВА, Л.Ш. ДУСУНБАЕВА, Ш.Т. АЛИМБЕКОВА, А.А. АЛТАЕВА, Р.В. ПАК, Р.К. КАТАЕВА, А.М. ИСКАКОВА, Г. КУСАИНОВА, Д.К. МУРАТБАЕВА, А.К. АХЫНОВА <i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ</i>	282
Д.Ж. МАКСУТОВА <i>ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	284
Н.Н. МУСАЕВА, С.К. СЫБАНКУЛОВА <i>МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА И ОРВИ</i>	287
А.Е. НАРТАЕВА, Р.А. ИМИНДЖАНОВ <i>ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ПРЕМЕНАПАУЗЕ И РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ</i>	290
Ж.Т. ТАКЕНОВ <i>РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ</i>	292
Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, Г.С. ИБРАЕВ, Р.А. АЛИЕВ, Б.М. ШАЛАБАЕВ, Б.А. АИМБЕТОВ <i>ПРИМЕНЕНИЕЦИТИКОЛИНАВОСТРОМПЕРИОДЕИШЕМИЧЕСКОГОИНСУЛЬТА</i>	294
Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, Ғ.С. ИБРАЕВ, Р.А. АЛИЕВ, Б.М. ШАЛАБАЕВ, Б.А. АИМБЕТОВ <i>НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ</i>	297
Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, Р.А. АЛИЕВ, Г.С. ИБРАЕВ, Б.М. ШАЛАБАЕВ, Б.А. АИМБЕТОВ <i>ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА РЕМЕСТИП ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ</i>	300
Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Ю.В. ВОРОНИНА <i>НЕОТЛОЖНАЯ КТ-ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	303
Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, И.С. КАЛИАКПАРОВА, Г.М. БАЙНАЗАРОВА <i>НЕОТЛОЖНАЯ УЗИ-ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ</i>	305
Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Г.М. БАЙНАЗАРОВА, И.С. КАЛИАКПАРОВА <i>ДОППЛЕРОГРАФИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА</i>	307
Ж.Т. ТАКЕНОВ <i>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА</i>	309
Е.В.ТИМАШОВА <i>«ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ»</i>	311
А.Т. ТОКСАНБАЕВ, А.А. ХАМЗИН, А.С. ТАШЕНОВ, Р.У. ТАНЕКЕЕВ, Г.К. АМИРОВ, Т.И. ХУРОВ, А.Ж. ЖАНАБЕК, Б.Ж. ЕСЕНКУЛОВ <i>МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ДАННЫМ ГБ БСНМП Г. АЛМАТЫ</i>	313
А.Т. ТОКСАНБАЕВ, А.А. ХАМЗИН, А.С. ТАШЕНОВ, Г.К. АМИРОВ, А.Ж. ЖАНАБЕК, Б.Ж. ЕСЕНКУЛОВ, Т.И. ХУРОВ <i>АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ</i>	315

Н.И. ТОЛЕУОВА СТАТЬЯ О ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	319
Э.Н. ШУМКОВА, А.Е. НАРТАЕВА, А.К. АЛИМЖАНОВ, М.А. ГОЛОВНЯ <i>КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ</i>	321
Содержание	324

МАЗМҰНЫ

І БӨЛІМ: «ҚАЗАҚСТАННЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМІНІҢ БОЛОН ҮДЕРІСІНЕ КІРІГҮІ»

А.А. АКАНОВ, Ж. ПАДАЙГА, М.А. КАМАЛИЕВ, С.Ю. ЯНОНИС, А.М. АУЕЗОВА <i>ИННОВАЦИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНА МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМНІҢ ЕҢГІЗІЛУІ</i>	1
М.А. АБИРОВА, С.С. САРСЕНБАЕВА, Е.А. СЛАВКО <i>ҚАЗҰМУ КРЕДИТТІК ОҚЫТУ ЖҮЙЕСІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</i>	3
М.А. АБИРОВА, Э.К. КАРЛОВА <i>С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗҰМУ-ДЕ ОҚУ САҒАТТАРЫН ECTS КРЕДИТТЕРІНЕ АУЫСТЫРУДЫҢ ӨЗІНДІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</i>	6
А.А. АБДУХАЛЫКОВ, Г.Б. АБАСОВА, Э.Ж. ИСКАНДИРОВА, Қ.А. САРТАЕВА, Г.А. ШАГИЕВА, Ж.Б. ЖАҚСЫБАЕВА <i>ШЫҒЫС МЕДИЦИНАСЫН ОҚЫТУДА ЖАҢА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ</i>	7
Б.А. АБДУРАХМАНОВ, А.К. БАЙМАГАМБЕТОВ, М.Е. ЖАНТЕЕВ <i>БІЛІМ БЕРУ ҮДЕРІСІНДЕГІ ЗАМАНАУИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОДЛАНУ ТИІМДІЛІГІ</i>	9
Н. АЛМАГАМБЕТОВА <i>МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДЕ ҚАШЫҚТЫҚТАН ОҚЫТУ МҮМКІНДІКТЕРІ</i>	11
М. АСИМОВ, У. В. ХАНКЛОСКИ, А. А. КУРБАНОВ, Т. ФОМЕНКО, А. ДАВЛЕТБАКОВА, П. ШЕИН, Т. АЙБАСОВА, А. НУРМУХАМБЕТОВА, Б. ЖАНТУРИЕВ <i>« ДӘРІГЕР СТУДЕНТТЕРДІ КОММУНИКАТИВТІК ДАҒДЫЛАРДЫҢ ДӘСТҮРЛІ ӘДІСПЕН ЖӘНЕ БЛЕНДЕРЛІК ОҚЫТУДЫҢ ОН-ЛАЙН ИНТЕГРАЦИЯСЫН ЖҮРГІЗУ»</i>	13
А.А. БАЯХМЕТОВА <i>«ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПРОПЕДЕВТИКАСЫ» ПӘНІНІ ҮЙРЕНУДЕ ИНТЕРАКТИВТІ ОҚУ ӘДІСІ РӨЛДІК ИМИТАЦИЯЛЫҚ ОЙЫНЫ</i>	15
И.В. БАСКАКОВА <i>СТОМАТОЛОГ-СТУДЕНТТЕРДЕ КОМПЕТЕНЦИЯНЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖОЛЫ РЕТІНДЕГІ МИНИ-ЖОБА ӘДІСІ</i>	18
К.Т. БАЙЕКЕЕВА, А.К. ДҮЙСЕНОВА, Л.Б. СЕЙДУЛАЕВА, А.М. САДЫКОВА <i>ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР ПӘНІН ОҚЫТУДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ИНТЕРБЕЛСЕНДІ ОҚЫТУ ӘДІСТЕРДІҢ ТӘСІЛДЕРІ</i>	21
А.В. БАЛМУҚАНОВА, А.Қ. ДҮЙСЕНОВА, Г.А. ШОПАЕВА, Ф.Г. ОРАЗАЕВА <i>РЕЗИДЕНТТЕРДІҢ АКАДЕМИЯЛЫҚ ҰТҚЫРЛЫҒЫ БІЛІМ САПАСЫН ЖЕТІЛДІРУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ</i>	22
Л.М. БЕГІМБЕКОВА, Ж.У. СУЛЕЙМЕНОВА <i>БІЛІМ АЛУШЫЛАРДЫҢ ТҮЛҒА РЕТІНДЕ ҚАЛЫПТАСУЫНА ТӘРБИЕЛІК ІС-ШАРАЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІ</i>	23
Л. М. БЕГІМБЕКОВА, Э.Н. АЛИЕВА, С.У. МАМЫРБЕКОВА <i>КОММУНИКАТИВТІ КОМПЕТЕНЦИЯНЫҢ МАМАН ДАЙЫНДАУДАҒЫ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ</i>	26
М.И. ВАНСВАНОВ <i>МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДЕ АҚПАРАТТЫҚ ИНТЕРАКТИВТІ ДИДАКТИКАЛЫҚ БЛОКТАР</i>	29
М.И. ДАУЛЕТБАҚОВА <i>ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНЫҢ ТҮЛЕКТЕРІНІҢ БІЛІМІН КВАЛИМЕТРИЯЛЫҚ ӘДІСПЕН БАҒАЛАУ</i>	34
Р.Т. ДЖУМАШЕВА, Г.Т. ТАНИЕВА, А.К. ҚЫДЫРБАЕВА, М.Ж. ЖУМАГУЛ, К.Е. ЖУЗЖАН <i>МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА МОЛЕКУЛАЛЫҚ БИОЛОГИЯ ЖӘНЕ ГЕНЕТИКА ПӘНІН ИННОВАЦИАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯМЕН ӨТКІЗУ</i>	37
А.Қ. ДҮЙСЕНОВА, Е.А. СЛАВКО, Н.К. ОСПАМБЕКОВА, Л.А. ӨМЕШЕВА, А.М. САДЫҚОВА, Б.К. УТАГАНОВ <i>4 КУРС «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» ФАКУЛЬТЕТІНІҢ СТУДЕНТТЕРІНЕ «ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР» ПӘНІН БІЛІМ БЕРУДІҢ КРЕДИТТІК ЖҮЙЕСІНЕ САЙ ОҚЫТУ ТӘЖІРИБЕСІ</i>	39

Р.А.ЕГЕМБЕРДИЕВА, Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, А.М.ДМИТРОВСКИЙ, Р.Ж.БАЙХОЖАЕВА, А.М.САДЫҚОВА <i>«ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ӨЗЕКТИ АСА ҚАУІПТЫ ИНФЕКЦИЯЛАР» ЭЛЕКТИВІ</i>	41
М.Е.ЖАНТЕЕВ <i>ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАР ПӘНІН ИМИТАЦИЯЛЫҚ ОЙЫН ТҮРІНДЕ ӨТКІЗУ</i>	43
М.К. ИСКАКОВА <i>ЖОҒАРҒЫ КУРС СТУДЕНТТЕРДІҢ АРАСЫНДА БЕЛСЕНДІ ӘДІСТЕРДІ ҚОЛДАНУДЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ АНАЛИЗИ</i>	44
Т.Б. КИЛЫБАЕВ <i>XXI ҒАСЫРДАҒЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛДЫ КАПИТАЛДЫҢ ҚАЛЫПТАСУЫ</i>	47
С.А.КРАСНОВА <i>«ІШКІ АУРУЛАР» ПӘНІ БОЙЫНША «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» МАМАНДЫҒЫ БОЙЫНША №1 ІШКІ АУРУЛАР КАФЕДРАСЫНДА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ</i>	49
З.А.КЕРІМБАЕВА, А.А.АХМЕТОВА <i>БІЛІМ БЕРУДЕГІ ИНТЕГРАЦИЯЛЫҚ ҮРДІСТЕР</i>	53
Қ.КҰНАНБАЙ, А.Қ.ҚАИРБЕКОВ, А.А.ЖАНПЕЙСОВА, М.М. ҚАЛИЕВА <i>КЛИНИКАЛЫҚ ФАРМАКОЛОГИЯНЫ ОҚЫТУДА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТӘСІЛДЕРДІ ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ</i>	55
Ж.С.КУЗЕКОВ, А.А.ЕСИРКЕПОВ, А.САЙПУДИНОВА <i>ОРТОПЕДИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯ ПРОПЕДЕВТИКАСЫ МОДУЛІНДЕ ҚҰЗІРЕТТИ-БАҒЫТТАЛҒАН ОҚЫТУ ТӘЖІРИБЕСІН ТАРАТУ</i>	58
А.Ж. МОЛДАҚАРЫЗОВА <i>ЖОО-ДА ЭКОЛОГИЯ ЖӘНЕ ТҰРАҚТЫ ДАМУ ПӘНІ БОЙЫНША БАКАЛАВРИАТҚА ИНТЕРАКТИВТІ ОҚЫТУ ӘДІСІ РЕТІНДЕ ЖОБАЛЫҚ ТӘСІЛДІ ҚОЛДАНУ</i>	63
Қ.С.НҰРТАЕВА, С.Қ.ӘЛМУХАМБЕТОВА, Е.Ө.ҚУАНДЫҚОВ, М.Ж.ЖҰМАҒҰЛ, И.К.НҰРПЕИСОВА <i>ЗАМАНАУИ ПЕДАГОГИКА ЖӘНЕ ОНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ</i>	65
С.С. САРСЕНБАЕВА <i>МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАҒЫ БІЛІМ БЕРУ САПАСЫ: АНЫҚТАУ, МӘСЕЛелЕРІ, ШЕШУ ЖОЛДАРЫ</i>	69
Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА, А.К.ДУЙСЕНОВА, Г.А.ШОПАЕВА, К.Т.БАЙЕКЕЕВА, Р.А.ЕГЕМБЕРДИЕВА, А.М.САДЫКОВА <i>ДӘРІГЕРДІ ДАЙЫНДАУДА «ТРОПИКАЛЫҚ АУРУЛАР» ПӘНІНІҢ АЛАТЫН РӨЛІ</i>	75
Б.Ш. ТУКЕШЕВА, Р.С. БЕГИМБЕТОВА <i>ТЕРАПИЯ МАМАНДЫҒЫ БОЙЫНША КЛИНИКАЛЫҚ КАФЕДРАЛАРДЫҢ ОҚУ ҮРДІСІНЕ ИННОВАЦИЯЛАР ЕНГІЗУ</i>	76
К.М.ТУРЛАНОВ, Э.Ф.ӘЛМҰҚАМБЕТОВА, М.К.ӘЛМҰҚАМБЕТОВ, А.И. ҚАРАБАЕВА <i>ӨНДІРІСТІК ТӘЖІРБИЕНІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ОҚУ-ӘДІСТЕМЕЛІК ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ «ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ ДӘРІГЕРІНІҢ КӨМЕКШІСІ»</i>	81
К.А.ТУЛЕБАЕВ, Л.С. ШЫНГЫСБАЕВ, М.Т.СУЛТАНОВА <i>ҚАЗҰМУ СТУДЕНТТЕРІНІҢ ЖЕКЕ ӨСУ ҮЛГІСІ: ТӘЖІРИБЕСІ ЖӘНЕ КЕЛЕШЕГІНІҢ ДАМУЫ</i>	84
К.О.ШАРИПОВ, Э.К.КАРЛОВА, Е.В.НЕЧЕПУРЕНКО <i>ЖАЛПЫ ХИМИЯ ПӘНІН ОҚЫП-ҰЙРЕНУ БАРЫСЫНДА СТУДЕНТТЕРДІҢ ТАНЫМДЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІН АРТТЫРАТЫН ҚҰРАЛ РЕТІНДЕ ОҚЫТУДЫҢ ОЙЫН ТӘСІЛДЕРІН ҚОЛДАНУ</i>	86
II БӨЛІМ: «КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНАНЫҢ ӨЗЕКТИ МӘСЕЛелЕРІ»	
И.А. АСТАХОВА, Т.С. САФАРОВ, Г.М. ТЕБЕНОВА <i>БИОШЫНЫКЕРАМИКАЛЫҚ (БШК) НЕГІЗДЕ ШЫНЫ ТІРЕКТЕРМЕН ҚОЛДАНУДЫ ЖЕТІЛДІР</i>	88

Р.Қ.АЛЬМУХАМБЕТОВА, Ш.Б.ЖАНГЕЛОВА, Г.Т.ТОҚСАНБАЕВА <i>ЖИА ЖӘНЕ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ТЕРАПИЯСЫН ЖОҒАРЛАТУ НӘТИЖЕСІНІҢ БІРШАМА АСПЕКТІЛЕРІ</i>	90
Р.С.БЕКТУРГАНОВ, Б.А.АБДУРАХМАНОВ, А.К.БАЙМАГАМБЕТОВ, К.Е.ОСПАНОВ, Р.С.МАДАЛИХОДЖАЕВ, М.Е.ЖАНТЕЕВ, Д.Т. АРЫБЖАНОВ <i>ОНКОЛОГИЯ БОЙЫНША ЖОҒАРЫ ДӘРЕЖЕЛІ МАМАҢДАРДЫ ДАЙЫНДАУ ТӘЖІРИБЕСІ</i>	93
Л.М.БЕГІМБЕКОВА, Р.Я.УТЕПОВА, М.А.ЖАПАР <i>ИНТЕРН АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГТАРДЫҢ БІЛІМДІ, ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ТӘЖІРИБЕНІ ҮЙЛЕСТІРУ МҮМКІНДІКТЕРІ</i>	94
У.Т. БЕЙСЕБАЕВА, Л.К. САГИДОЛДИНА <i>СКИНОРЕН ПРЕПАРАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕР БЕЗЕУІНІҢ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕ ҚОЛДАНУ</i>	96
С.Г.ЕНОКЯН, О.С.САХОВ, Ш.Б.ЖАНГЕЛОВА, А.С.ЧУМБАЛОВА <i>ГЕМОСТАЗҒА АРНАЛҒАН ЭНДОВАСКУЛЯРЛЫ АРАЛАСУДЫҢ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕРІ</i>	99
С.Г.ЕНОКЯН, Е.В.НЕЧАЕВА <i>ЗАМАНАУИ ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫ ҚОЛДАНУ КЕЗІНДЕГІ ФОТОУЫТТЫ ЖӘНЕ ФОТОАЛЛЕРГИЯЛЫҚ РЕАКЦИЯЛАР</i>	100
М.Е. ЖАНТЕЕВ, С.Б.АЛМАБАЕВ, Ж. МАЛИБЕКОВ, Т.ТАЖИМЕТОВ, Қ. ТӘҢІРБЕРГЕНОВ <i>БАЛЫҚ ҚЫЛТАНАҒЫ ТУДЫРҒАН АШ ІШЕК ПЕРФОРАЦИЯСЫНЫҢ ОПЕРАТИВТІ ЕМІ</i>	101
А.ЗУЛХАЖЫ, А.К. ҚАТАРБАЕВ, И.З. МӘМБЕТОВА, А.Б. СМАҒҰЛОВА, А.Ж. ЖАДЫКОВА <i>САУЫҚТЫРУ ШЫНЫҚТЫРУДЫҢ МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ ӘСЕРІ</i>	102
А.Ш.ИЗБАСАРОВА, Р.Ш.ИЗБАСАРОВА <i>САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ ЖӘНЕ ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕ ОМЫРТҚА БАҒАНЫН ТҮЗЕТУ</i>	104
Б.С.ИСКАКОВ, К.А.СЕЙТБЕКОВ, В.И.ЛАПИН, А.М.КЕНЖЕБАЕВ, А.Е.МАХУАЮНОВ <i>ЖЕДЕЛ МИОКАРД ИНФАРКТИСІ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫ ҚАН КЕТУДІҢ ЫҚПАЛДАРЫН БАҒАЛАУ</i>	107
Б.С.ИСКАКОВ, С.Г.ЕНОКЯН, А.М.КЕНЖЕБАЕВ, Б.С.ТОХТАРОВ, Т.М. МУРТАЗАЛИЕВА <i>ГИПОКСИЛЫҚ ГЕПАТИТ: ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ҚЫЙЫНДЫҒЫ МЕН ЕМДЕУ МӘСЕЛЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)</i>	111
Қ.Т. ҚҰЛАЕВ, Н.Т. ТАШПАКОВА <i>ТІЗЕ БУЫНЫНЫҢ ДЕФОРМАЦИЯЛЫҚ ОСТЕОАРТРОЗЫНЫҢ РЕНТГЕНДИАГНОСТИКАСЫ</i>	115
С.А.ҚАЛҚАБАЕВА, Т.Н.РОДИОНОВА, А.С.САТЫБАЛДИЕВА <i>АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ САТЫДА МИОКРД ИНФАРКТЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ</i>	117
Р. С. МӘДЕЛИХОДЖАЕВ, А. К. БАЙМАҒАМБЕТОВ, Б. С. ҮСЕНОВ, К. З. СЫЗДЫҚОВ, М. Т. ИЖАНОВ, Е. А. ИБАДУЛЛАЕВ, Е. С. БАЙТЕМИРОВ, С. А. ӘЛИЕВ, С. Е. ҚАЗЫБЕКОВ. <i>СҮТ БЕЗДІҢ ОБЫРЫ КЕЗДЕГІ САҚТАНДЫРАТЫН ОТАЛАР СҰРАҚТАРЫ ТУРАЛЫ</i>	119
Р. С. МӘДЕЛИХОДЖАЕВ, А. К. БАЙМАҒАМБЕТОВ, Б. С. ҮСЕНОВ, К. З. СЫЗДЫҚОВ, М. Т. ИЖАНОВ, Е. А. ИБАДУЛЛАЕВ, Е. С. БАЙТЕМИРОВ, С. А. ӘЛИЕВ, С. Е. ҚАЗЫБЕКОВ. <i>СҮТ БЕЗІНІҢ ОБЫРЫ КЕЗДЕ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕ ДЕТОКСИКАЦИЯНЫ ҚОЛДАНУ</i>	121
С.А. НАБИДИНОВА, Р.З. ХАЙРУЛИН, Д.А. БАХАШЕВА, Ж.Б.БОРАНБАЕВА, М.С.МАСАНЧИ, Р.Х. РАЗИЕВА, Э.Ф.ӘЛМҰҚАМБЕТОВА, М.К. ӘЛМҰҚАМБЕТОВ <i>ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР ПРИ СЫРТҚЫ ДЕМНІҢ АТҚАРАТЫН ҚЫЗМЕТІНІҢ БҰЗУШЫЛЫҚТАРЫНДА БАС БАЛА-ШАҒАЛАРДЫҢ</i>	122
С.А. НАБИДИНОВА, А.Е.ТОХТАМЫСОВА, Х.В.БӘКИРОВ, Ж.М.ТУЙҒЫНОВ, Д.Р.КУРБАНОВ, Э.Ф.ӘЛМҰҚАМБЕТОВА, М.К.ӘЛМҰҚАМБЕТОВ <i>ГОСПИТАЛИЗАЦИЯНЫҢ АЛДЫНДАҒЫ КЕЗЕҢНДЕГІ ФЕБРИЛЬДІ СІҢІР ТАРТЫЛУЛАР КЕЗІНДЕГІ ШҰҒЫЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК</i>	125

С.А.НАБИДИНОВА <i>ШҰҒЫЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ЖОҒАРҒЫ ҚЫЗДЫРУ СИНДРОМ БАС БАЛА-ШАҒАЛАРДЫҢ</i>	126
Н.Т.НУРАНОВА <i>БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУЫ</i>	128
Қ.Е.ОСПАНОВ <i>ҰРЫҚ МЕТАНЕФРОСЫНДА НЕЙРОМЕДИАТОР КЕЗЕҢІНІҢ ҚАЛЫПТАСУЫ</i>	130
Н.Ж.ОРМАНОВ, Ү.Ж.САДЫРХАНОВА, М.Ж.ҚАЗБЕКОВА, Н. АХМЕТОВ <i>АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯЛЫ НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕГЕНДЕГІ ФАРМАКОТЕРАПИЯЛЫҚ КЕШЕНДЕРДІҢ ӘСЕРІНЕН ФАРМАКОЭКОНОМИКАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРДІҢ ӨЗГЕРУІ</i>	131
А.Т. ОРАЗАЛИЕВА <i>ҚАЙТАЛАНҒАН ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САРАПТАМАСЫ</i>	134
А.Н. РЕТИВЫХ <i>РУДНЫЙ ҚАЛАСЫ ПЕРЗЕНТХАНАНЫҢ НӘРЕСТЕЛЕР БӨЛІМІНІҢ ЖҰМЫС ТӘЖІРИБЕСІ</i>	135
Г.М. ТЕБЕНОВА, Ш.Н. АСКАРОВА, Т.С. САФАРОВ <i>МЕТАЛЛ ҚҰРЫЛЫМДАРҒА ТӨЗУ ҚИЫН КЕЗДЕ ТІС ПРОТЕЗІН ОҚШАУЛАУ ҮШІН ПОЛИМЕРЛІК ЖАБЫНДЫНЫ ҚОЛДАНУ МҰМКІНДІГІ</i>	137
Н.К. ТҮЗЕЛБАЕВ, Г.А. ДУЩАНОВА <i>ЖОҒАРҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДЕ ГУМАНИЗАЦИЯЛАНДЫРУ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ</i>	140
С.А.ТАШИМОВА, Б.Т.БАЛТАБАЕВА, С.Н.ҚОРҒАНБАЕВА, Ф.Қ.ҚОЖАБАЕВА. <i>ӨКПЕНІҢ ДЕСТРУКТИВТІ ТҮРІНДЕГІ ЖИИ КЕЗДЕСЕТІН АСҚЫНУ - ӨКПЕДЕН ҚАН КЕТУ</i>	143
С.М ТОКБЕРГЕНОВА <i>БАЛАЛАРДАҒЫ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫМЕН АС ҚОРЫТУ МҰШЕЛЕРІНІҢ АУРУЛАРЫНЫҢ БАЙЛАНЫСЫ</i>	145
С.М.ТОҚБЕРГЕНОВА, П.Е.КАЛМЕНОВА, Г.Д. МАХАМБЕТОВА, Г.Н.ҚЫЛЫШБЕКОВА <i>НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ ТУА БІТКЕН АҚАУЛАРДЫҢ ДАМУ ҚАУЫПЫ</i>	146
С.М. ТОҚБЕРГЕНОВА, П.Е. КАЛМЕНОВА, Ш.М. ОСПАНОВА, К.С. КЕМЕЛЬБЕКОВ <i>ЖАҒА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ИШЕМИЯДАҒЫ ЛИПИДТЕРДІҢ ҚҰРАМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</i>	148
Р.З. ХАЙРУЛИН <i>ЕСІНЕН ТАНУ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ</i>	149
С.К.ШАРИПОВА, К.С.КЫДРАЛИЕВА <i>МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРҒА ОРТОДОНТИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ</i>	150
М.А. АХМЕТОВ, О.Х. ХАМДИЕВА, Г.Б. УМУТБАЕВА, Б.Б. ЖУСИПОВА, Р.Е. АМЗЕЕВ, А.В. БАЛМУХАНОВА, Н.Б. АХМАТУЛЛИНА <i>ГЛАУКОМАМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ОПТИНЕВРИН (ОРТН) ГЕНІНДЕГІ М98К ЖӘНЕ L41L ПОЛИМОРФИЗМІНІҢ АССОСАЦИЯСЫ</i>	152
Р.С. ИБРАГИМОВА, Н.А. ДАУЛЕТХОЖАЕВ, В.П. РУСАНОВ, У.Р. МИРЗАКУЛОВА <i>ОРТА ЖАСТАҒЫ, ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ЖӘНЕ КӘРІЛІК ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДАҒЫ САМАЙ ТӨМЕНГІ ЖАҚСҮЙЕГІ БУЫНЫНЫҢ ФУНКЦИОНАЛЬДІ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ</i>	155
А.Ж. АУБАКИРОВА, З.Т. УТЕЛЬБАЕВА, А.А. ЕСИМОВА <i>ЭЛЕКТИВТІ КУРСТАР ОФТАЛЬМОЛОГИЯНЫ КОМПЕТЕНТТІ ОҚЫТУ ӘДІСТЕРІНІҢ БІРІ</i>	159
С.Г. КОТЮЖИНСКАЯ, А.И. ГОЖЕНКО <i>ҚАЛҚАНША БЕЗІНІҢ ГИПЕРФУНКЦИЯСЫМЕН НАУҚАС АДАМДАРДЫҢ ЛИПИДТРАНСПОРТТЫ ЖҮЙЕСІНІҢ КҮЙІ</i>	161
К.Т. ШӘКЕЕВ, М.М. ЖАНАСОВА, М.А. ҒАЗАЛИЕВА <i>АЩЫ ІШЕК ЖЫЛАН КӨЗ КЕЗІНДЕГІ ПАЙДА БОЛҒАН ПАТОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР</i>	163

Ж.Т. ДОСБАЕВА, М.З. АЖАХМЕТОВА, Д.К. ОМАРБЕКОВА, А.Б. ЕРКАСЫМОВА ЖАЙ ГЕРПЕС ЖӘНЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯМЕН ХОЛЕСТАЗ СИНДРОМЫНЫҢ БАЛАЛАРДАҒЫ КЛИНИКАСЫ	167
М.ОГАНЕСЯН АРМЕНИЯДАҒЫ СҮТБЕЗИ ІСІГІМЕН НАУҚАСТАНУЛЫҒЫ	171
В.Н.СЕРЕДЮК ЖҮРЕКТИҢ ӨКПЕГЕ ЫҚПАЛ ЕТЕТІН ОҢ ЖАҚ СОЗЫЛМАЛЫ ДЕРТІНІҢ ҚАЛЫПТАСУЫ ЖӘНЕ ШЫРҚАУЫНДАҒЫ АЛЬДОСТЕРОННЫҢ, ДАМУДЫҢ МИТОГЕНДІ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ЖӘНЕ АПОПТОЗ ИНДУКТОРЛАРЫНЫҢ РӨЛІ	177
МАХАВИР СЕНАН, А.Г. ПЕТРОСЯН АЯҚАСТЫ ЖҮРЕК ӨЛІМІНІҢ ҚАУІП ФАКТОРЫ	181
Т.Н. БОЙЧУК, Т.П. САВЧУК ЖҮЙЕНІҢ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ-АНТИОКСИДАНТНАЯ ФУНКЦИЯЛЫҚ КҮЙІ ЫҚ МИНЫҢ ЛИМБИКО-ГИПОТАЛАМИЯ ҚҰРЫЛЫМДАРЫНДА ЕГЕУҚҰЙРЫҚ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ИНДУЦИРОВАННОГО ҚАНТТЫҢ ДИАБЕТІНІҢ ШИЕЛЕНІСІМЕН БАСТЫҢ МИНЫҢ АТТАМАЛЫ ҒАЛАМДЫҚ ИШЕМИЕЙ-РЕПЕРФУЗИЕЙ	184
Э.Д. АБДУКАХАРОВА, А.З. ЗУРДИНОВ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ КЕҢЕС: ДӘРІЛІК ТӘСІЛДІ ПАЙДАЛАНҒАНДАРДЫ СҰРАСТЫРУ ҚОРТЫНДЫСЫНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ АНАЛИЗЫ	187
И.У. ИСМАИЛОВА БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ЭНДОМЕТРИТЫҢ АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ БАР ТӘЖІРИБЕСІНІҢ АНАЛИЗЫ ЕСЕБІМЕН ҚОЗДЫРҒЫШТЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫНЫҢ ЖӘНЕ ОНЫҢ ШЫДАМСЫЗДЫҒЫНЫҢ СПЕКТРІНІҢ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТТАРҒА	191
О.Е. КОВАЛЕНКО, Е.В. ЛИТВИН ГИПЕРТОНИКАЛЫҚДИСКУЛЯТОРЛЫ ЭНЦОФАЛИОПАТИЯ ЖӘНЕ ГИПОТИРЕЗОММЕН АУРАТЫН АДАМДАРДЫҢ МИ ҚАНАЙНАЛЫМЫ	194
Н.А. МЫРЗАБАЕВА АС ҚОРЫТУДЫҢ ОРГАНЫНЫҢ ФУНКЦИЯЛЫҚ АУРУҒА ШАЛДЫҒУЫНЫҢ ПАТОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТТЕРІ	198
А. Д. БАЙМУРАТОВА, Т. Ш. ИСАБЕКОВА, Ж. А. АГИМОВ, Л. А. КИЛЫБАЕВА, Қ. А. НАЗАРЫМБЕТ, Г. С. НУРМУХАМБЕТОВА, А. НҰРМАХАНҚЫЗЫ, Г.ТҰРДЫБЕК БАЛАДАҒЫ БРОНХИАЛДЫ АСТМАНЫҢ СЕРТИД ЖӘНЕ МОНТЕЛУКАСПЕН БАЗИСТЫҚ ЕМІ	200
А.С. КАРАКУШИКОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.С. САДВАКАСОВА ЕРЛЕР БЕДЕУЛІГІНІҢ МОЛЕКУЛЯРЛЫҚ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ	202
А.С. КАРАКУШИКОВА, А.Ш. ОРАДОВА, Г.С. САДВАКАСОВА РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ БАКТЕРИЯЛЫҚ ВАГИНОЗДЫҢ МОЛЕКУЛЯРЛЫ-ГЕНЕТИКАЛЫҚ БАҒАСЫ	203
А.С. КАРАКУШИКОВА, К.К. ТОГУЗБАЕВА, К.О. ДЖУСУПОВ, С.Ш. ШАЯХМЕТОВ, Ш. МУРЗАХМЕТОВА, Л.С.НИЯЗБЕКОВА АЛМАТЫ ОБЛЫСЫ ҚАРАСАЙ АУДАНЫ ХАЛҚЫНЫҢ СУМЕН ҚАМТУЫНЫҢ САНИТАРЛЫ-ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАСЫ	205
Ж.М. БАЙЖУМАНОВА, Э.Н. КАПСАЛЯМОВА, Ю.В. ЮДИНА, СЕГИ АНАН МАРСЕЛЬ, Н.А. НИКОЛАЙЧУК ЖАҒА ПРЕПАРАТТАР ЖАСАУДАҒЫ ЖАЛПАҚ ЖАПЫРАҚТЫ ӨСІМДІКТЕРДІҢ РӨЛІ	208
О.А. МИТКОВСКАЯ БАКТЕРИАЛДЫ ЖӘНЕ ВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯ ФОНЫНДАҒЫ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТ	210
С.С.ЕСЕМБАЕВА, Ш.К.КОСАЕВА, З.Н.ОСПАНОВА ЭНДОДОНТИДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН НЕГІЗГІ ИРРИГАЦИОНДЫ ҚОСПАЛАРДЫҢ СИПАТТАРЫ	213
С.С. ЕСЕМБАЕВА, Ш.К. КОСАЕВА, З.Н. ОСПАНОВА ТЕРАПЕВТІ СТОМАТОЛОГИЯДАҒЫ ЖЕРГІЛІКТІ АНЕСТЕТИКТЕРДІ ҚОЛДАНУ	214

**ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛДАРЫ:
“ПОРТАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ АКТУАЛДЫ МӘСЕЛелЕРІ ”**

РАЕН АКАДЕМИГИ, ПРОФЕССОР Г.Н. АНДРЕЕВТИҢ 80 ЖЫЛДЫҒЫНА 217

А.С. ИБАДИЛЬДИН, Г.И. ШАРУНОВ, К.М. БУИРАЕВ
ЖҮКТИ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ БАУЫР АУРУЛАРЫ, ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІ 219

Қ.Қ. АМАНТАЕВА, Е.Б. АЯПБЕРГЕНОВ
ІСІКТИК – АСЦИТТИК СИНДРОМ. ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КӨЗҚАРАС, ЕМ ҚАҒИДАЛАРЫ 222

А.К. ДУЙСЕНОВА, Г.М. КУРМАНОВА, Р.Т. ЖУСУПОВА, Р.Ж. БАЙХОЖАЕВА, Б.Н. БАЛГАЗИН
ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТИҢ ҚОЛАЙСЫЗ АЯҚТАЛУЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ 225

Д.М.КРАСИЛЬНИКОВ, А.В.АБДУЛЬЯНОВ, М.М.МИННУЛЛИН, И.И.МАЛОВА
ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИЯДАН КЕЙІНГІ РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ 230

Д.М. КРАСИЛЬНИКОВ, А.В. АБДУЛЬЯНОВ, М.А. БОРОДИН, И.И. МАЛОВА, А.М. ИМАМОВА
СОЗЫЛМАЛЫ ПАНКРЕАТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА ҚАЙТА ЖАСАЛҒАН ОПЕРАЦИЯЛАР 235

М.А. НАРТАЙЛАКОВ, Ш.А. ЗАРИПОВ, Т.А. ШАГАБУТДИНОВ, И.В. ЯНГИРОВ, Ю.В. ПЕТРОВ
ӨҢЕШТИҢ ВАРИКОЗДЫ КЕҢЕЙГЕН ВЕНАЛАРЫНАН ҚАН КЕТУ КЕЗІНДЕГІ НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРІНІҢ МАҢЫЗЫ 241

Д.Д. ПОЦЕЛУЕВ, С.Е. ТУРСЫНБАЕВ, Е.А АСЫЛБЕКОВ, М.Е. СЕРИКБАЕВА
ТӨМЕНГІ ТҮПКІЛІКТИҢ ҚЫСЫЛШАҢ ИШЕМИЯСЫНЫҢ ШИПАСЫНДА ЖӘНЕ ДИАБЕТИКАЛЫҚ ТАБАНЫ СИНДРОМЫНЫҢ ЭНДОВАКУЛЯРЛЫ ӘДІСТЕРІНІҢ НӘТИЖЕСІ ҚАРАСТЫРЫЛДЫ 244

**ҚАЛАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛДАРЫ: “ЖЕДЕЛ
КӨМЕК АКТУАЛДЫ СҰРАҚТАРЫ”, ЖЕДЕЛ ЖӨРДЕМ АУРУХАНАСЫНЫҢ
АШЫЛУЫНЫҢ III ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН**

В.Г. СЕМЕНОВ, Д.К. ЖАМАШЕВ, Д.И. ДЖУЛЬФАЕВ, А.А. ДАВРЕШОВ
ҚОНДЫРЫМДАР БҰРЫШТАМА ТҰРАҚТЫЛЫҚПЕН - АУРУДЫҢ ШИПАСЫНДА ҚҰБЫРЛЫ СҮЙЕК СЫНЫҚТАРЫМЕН ЖАҢА МҰМКІНДІКТЕРІ 246

В.Г. СЕМЕНОВ, Д.И. ДЖУЛЬФАЕВ
ТЕМІРКОНСТРУКЦИЯЛЫ КЕДЕРГІСІМЕН СЫНҒАН ҰЗЫН СҮЙЕКТЕРІМЕН АУРУЛАРҒА ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ 248

Ж.Г. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.К. ЖАМАШЕВ
ТОБЫҚ СЫНЫҒЫНЫҢ ШҰҒЫЛ ШИПАСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ, ШҰҒЫЛ ТҮРДЕГІ БІР САҒАТТАН КЕЙІНГІ ЖАРАҚАТ 250

У.А. АЛШЕРИЕВА, Б.Е. БАСТИМИЕВА
ЖЕДЕЛ ШҰҒЫЛ КӨМЕК КӨРСЕТУ АУРУХАНАСЫ БОЙЫНША ТҮТІКТИК ЖҮКТІЛІКТИҢ ЖИІЛІГІ МЕН ӨТУ СИПАТЫ 252

А.С. БАЙЖАНОВ, И.Л. МЕНЬШИКОВА, Л.К. ЕРДАЛИЕВА, Т.Б. РЫСБЕК, Д.А МУШИНСКИЙ
ӨҢЕШТИҢ ЖӘНЕ АСҚАЗАН ҚКТЕРЛІ ІСІГІ АУРУЛАРЫН СКРИНИГТИК ТЕКСЕРУ ТӘЖІРИБЕСІ 256

Р.Т. БАРАТОВ, Т.С. ГРЕЧАНАЯ, САГАТ КЫЗЫ АЛИЯ
ЕМДІ БАСТАУ УАҚЫТЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ЖЕДЕЛ ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ КЕЗЕҢІНДЕ ЦИТОФЛАВИН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ 259

Б.Е. БАСТИМИЕВА
ОППОРТУНИСТИК ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ ЖИТС НАУҚАСТАРЫНДА ЖҮРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ 265

А. К. ЖАНҒАБЫЛОВ, Г.С. ЕСНАЗАРОВА, М.О. ШЕРМАХАНОВА
HELICOBACTER PYLORIDIҢ АНТИБАКТЕРИАЛДЫҚ ПРЕПАРАТТАРҒА ТӨЗІМДІЛІГІНІҢ ҚАЗАҚСТАҢДАҒЫ ЖИІЛІГІ 269

А.К. ЖАНГАБЫЛОВ, М.О. ШЕРМАХАНОВА, Е.А. РОТМАНОВА, А.М. НУРМАХАНОВА <i>ЕКІНШІ ДӘРЕЖЕЛІ ИПП, СЕЛЕКТИВТІ БАСЫМДЫЛЫҚ</i>	274
Р.В. КАДЫРБАЕВ, Е.В. ТИМАШОВА, О.Т. ИБЕКЕНОВ, А.Р. УМИРБЕКОВ, Б.К. ЖАНБЫРБАЙ, М.К. БАЙНИЯЗОВ <i>АШ ІШЕК ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ АСҚЫНУЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ</i>	278
Р.С. СҚАҚОВА, Д. Р. БЕКТЕМИРОВА, Ф.И. КУЧКАРОВА <i>ОРНАЛАСҚАН ОРНЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ГЕНИТАЛДЫ ЭНДОМЕТРИОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ</i>	280
Д.Ж. МАКСУТОВА, Л.Ш. ДУСУНБАЕВА, Ш.Т. АЛИМБЕКОВА, А.А. АЛТАЕВА, Р.В. ПАК, Р.К. КАТАЕВА, А.М. ИСКАКОВА, Г. КУСАИНОВА, Д.К. МУРАТБАЕВА, А.К. АХЫНОВА <i>ЖАТЫР ҚОСАЛҚЫЛАРЫНЫҢ ІРІҢДІ- ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫНЫҢ ЕМДЕУ ТЕРАПИЯНЫҢ ТИІМДІЛІГІНІҢ БАҒАСЫ</i>	282
Д.Ж. МАКСУТОВА <i>ГИНЕКОЛОГИЯ ТӘЖРИБЕСІНДЕ КЕЗДЕСЕТІН ТРОМБОЭМБОЛИЯАУРУЛАРЫНЫН ӨРШУІ (ӘДЕБИЕТТЕН ШОЛУ)</i>	284
Н.Н. МУСАЕВА, С.К. СЫБАНҚҰЛОВА <i>ТҰМАУ ЖӘНЕ ЖРВИ-ДЫ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ</i>	287
А.Е. НАРТАЕВА, Р.А. ИМИНДЖАНОВ <i>ПРЕМЕНАПАУЗА ЖӘНЕ РЕПРОДУКТИВТІ КЕЗЕҢДЕГІ ЭНДОМЕТРИДІҢ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ</i>	290
Ж.Т. ТАКЕНОВ <i>АҚТАУДЫҢ ІС-ШАРАЛАРЫ АЛАҢҒАСАР СКЛЕРОЗ</i>	292
Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, Ғ.С. ИБРАЕВ, Р.А. АЛИЕВ, Б. М. ШАЛАБАЕВ, Б.А. АИМБЕТОВ <i>ЦИТИКОЛИН ПРЕПАРАТЫН ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТКЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРҒА ҚОЛДАНУ</i>	294
Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, Ғ.С. ИБРАЕВ, Р.А. АЛИЕВ, Б.М. ШАЛАБАЕВ, Б.А. АИМБЕТОВ <i>БАССҮЙЕК-МИ ЖАРАҚАТЫНА ҰШЫРАҒАН НАУҚАСТАРҒА АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ УАҚЫТЫНА ҚАТЫСТЫ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕРГЕ ШОЛУ</i>	297
Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, Р.А. АЛИЕВ, Ғ.С. ИБРАЕВ, Б. М. ШАЛАБАЕВ, Б.А. АИМБЕТОВ <i>РЕМЕСТИП ПРЕПАРАТЫН АСҚАЗАН – ІШЕК ҚАНАУЫ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНУ ӘДІСІ</i>	300
Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Ю.В. ВОРОНИНА <i>БАС МИДЫҢ ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕ ПАТОЛОГИЯСЫМЕН ЖЕДЕЛ БАС МИ ЖАРАҚАТЫНЫН ЖЕДЕЛ КТ ДИАГНОСТИКАСЫ</i>	303
Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, И.С. КАЛИАКПАРОВА, Г.М. БАЙНАЗАРОВА <i>БҮЙРЕК ҰСТАМАСЫ СИНДРОМЫНЫҢ ЖЕДЕЛ УД – ДИАГНОСТИКАСЫ</i>	305
Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Г.М. БАЙНАЗАРОВА, И.С. КАЛИАКПАРОВА <i>ЖЕДЕЛ УЛЬТРАДЫБЫСТЫ ЗЕРТТЕУДЕГІ КАЛЬКУЛЕЗДІ ХОЛЕЦИСТИТТІН ДЕППЛЕРОГРАФИЯСЫ</i>	307
Ж.Т. ТАКЕНОВ <i>АЛЬЦГЕЙМЕР АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКИ СҰРАҚТАРЫ</i>	309
Е.В. ТИМАШОВА <i>ТЕСІЛГЕН ОЙЫҚ ЖАРАНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ӨЗГЕШЕЛІКТЕРІ</i>	311
А.Т. ТОКСАНБАЕВ, А.А. ХАМЗИН, А.С. ТАШЕНОВ, Р.У. ТАНЕКЕЕВ, Г.К. АМИРОВ, Т.И. ХУРОВ, А.Ж. ЖАНАБЕК, Б.Ж. ЕСЕНКУЛОВ <i>АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫН ҮКІМЕТІН КАЗЫНАЛЫҚ ҰЖЫМНЫН КАЛАЛЫҚ ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ АУРУХАНАСЫНЫН ШАРУАШЫЛЫҚ ПАЙДАСЫНДАҒЫ ЭРЕКТИЛДІ ДИСФУНКЦИЯНЫҢ ТАРАЛУЫНЫҢ МОНИТОРИНГІ</i>	313
А.Т. ТОКСАНБАЕВ, А.А. ХАМЗИН, А.С. ТАШЕНОВ, Г.К. АМИРОВ, А.Ж. ЖАНАБЕК, Б.Ж. ЕСЕНКУЛОВ, Т.И. ХУРОВ <i>ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ОТАДАН КЕИІҢГІ НАУҚАСТАРДЫҢ ЭРЕКТИЛДІ ДИСФУНКЦИЯНЫҢ КЕЗДЕСУ ЖИЛІГІН ТАЛДАУЫ</i>	315
Н.И. ТӨЛЕУОВА <i>КУНДІЗГІ СТАЦИОНАРДЫН ӘЛЕУЕТТІ МУМКІНДІКТЕРІ ТУРАЛЫ МАКАЛА</i>	319

Э.Н. ШУМКОВА, А.Е. НАРТАЕВА, А.К. АЛИМЖАНОВ, М.А. ГОЛОВНЯ <i>ДИАБЕТТИК ТАБАН СИНДРОМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІ</i>	321
Мазмұны	324

CONTENT

SECTION I: "THE INTEGRATION OF MEDICAL EDUCATION OF KAZAKHSTAN INTO BOLOGNA PROCESS"

A.A.AKANOV, ZH.PADAIGA, M.A.KAMALIEV, S.J.JANONIS, A.M.AUYEZOVA <i>CONTRIBUTION OF MEDICAL EDUCATION TO INNOVATIVE DEVELOPMENT OF HEALTH CARE</i>	1
M.A. ABIROVA, S.S. SARSENBAYEVA, E.A. SLAVKO <i>TO THE PROBLEM OF REALIZATION OF CREDIT SYSTEM OF EDUCATION AT KAZNMU</i>	3
M.A. ABIROVA, E.K. KARLOVA <i>FEATURES OF THE CREDIT TRANSFER SYSTEM ECTS BY THE EXAMPLE KAZNMU NAMED AFTER S.D. ASFENDIAROV</i>	6
A.A.ABDUHAILYKOV, G.B.ABASOVA, E.ZH.ISKANDIROVA, Қ. А.SARTAeva, G.A.SHAGIEVA, ZH.B.ZHAKSYBAEVA <i>THE EXPERIENCE OF USING THE NEW INNOVATIVE TECNOLOGIES IN TEACHING THE EASTERN MEDICINE</i>	7
B.A. ABDURAHMANOV, A.K. BAIMAGAMBETOV, M.E. ZHANTEEV <i>THE EFFICIENCY OF USING THE MODERN TECHNOLOGIES IN EDUCATIONAL PROCESS</i>	9
N. ALMAGAMBETOVA <i>POSSIBILITIES OF DISTANT EDUCATION IN MEDICAL UNIVERSITIES</i>	11
M. ASSIMOV, U.B. HANKLOWSKY, A. DAVLETBAKOVA, T. FOMENKO, A. KURBANOVA, A. AYBASOVA, A.NURMUHAMBETOV, P. SHEIN, B. ZHANTURIEV <i>"BLENDED LEARNING AS THE INTEGRATION OF ONLINE AND TRADITIONAL METHOD OF TEACHING COMMUNICATION SKILLS FOR MEDICAL STUDENTS"</i>	13
A.A. BAYAKHMETOVA <i>ROLE-PLAYING IMITATING GAME, AS AN INTERACTIVE METHOD OF TRAINING, IN DISCIPLINE STUDYING "PROPAEDEUTICS OF THERAPEUTIC STOMATOLOGY"</i>	15
I.V.BASKAKOVA <i>METHOD OF MINI-PROJECTS AS THE WAY OF FORMATION OF COMPETENCES AT STUDENTS STOMATOLOGISTS</i>	18
K.T.BAYEKEEVA, A.K.DUISENOVA, L.B. SEIDULAeva, A.M.SADYKOVA <i>THE USE OF INTERACTIVE METHODS OF TEACHING IN THE DISCIPLINE OF INFECTIOUS DISEASES</i>	21
A.V.BALMUKHANOVA, A.K.DUISENOVA, G.A.SHOPAYEVA, F.G.ORAZAEVA <i>ACADEMIC MOBILITY OF RESIDENTS AS TOOL TO IMPROVE THE QUALITY OF EDUCATION</i>	22
L.M.BEGIMBEKOVA, J.U.SULEIMENOVA <i>THE EFFECTIVENESS CARRYING OUT EDUCATIONAL MEASURES IN A FORMATION OF THE PERSONAL GROWTH AMONG THE LEARNERS</i>	23
L.M.BEGIMBEKOVA, E.N.ALIEVA, S.U.MAMIRBEKOVA <i>ROLE OF COMMUNICATION COMPETENCE FORE THE FORMATION OF MEDICAL SPECIALIST 'S</i>	26
M.I.VANSVANOV <i>INFORMATION INTERACTIVE DIDACTIVE BLOCS IN MEDICAL EDUCATION</i>	29
M.I.DAULETBAKOVA <i>QUALIMETRICAL APPROACH TO THE ASSESSMENT OF KNOWLEDGE OF GRADUATES OF HIGHER EDUCATION INSTITUTION</i>	34
R.T.DZHUMASHEVA, G.T.TANEEVA, A.K.KYDYRBAEVA, M.ZH.ZHUMAGUL, K.E.ZHUZZHAN <i>INNOVATION TEHNOLOGIES IN TEACHING OF MOLECULAR BIOLOGY AND GENETICS IN MEDICAL SCHOOL</i>	37
A.K. DUISENOVA, E.A. SLAVKO, N.K. OSPANBEKOVA, L.A. OMESHEVA, A.M. SADYKOVA, B.K. UTAGANANOV <i>TEACHING THE DISCIPLINE "INFECTIOUS DISEASES" TO THE STUDENTS OF THE 4TH COURSE BY SPECIALTY GENERAL MEDICINE ACCORDING TO THE CREDIT SYSTEM OF TEACHING</i>	39

R.A.YEGEMBERDIYEVA, L.B. SEYDULAEVA, A.K.DUYSENOVA, A.M.DMITROVSKIY, R.Z.BAYHOZHAYEVA, A.M.SADYCOVA <i>ELECTIVE "PARTICULARLY DANGEROUS INFECTIONS, ACTUAL FOR KAZAKHSTAN"</i>	41
M. E. ZHANTEEV <i>CONDUCTING CLASSES IN SURGICAL DISEASES IN THE FORM OF SIMULATION GAMES</i>	43
M.K. ISKAKOVA <i>COMPARATIVE ANALYSIS OF ACTIVE educational METHODS AMONG SENIOR STUDENTS</i>	44
T.B. KILYBAYEV <i>THE FORMATION OF INTELLECTUAL CAPITAL IN THE XXI CENTURY</i>	47
S.A. KRASNOVA <i>THE EXPERIENCE OF USING THE INNOVATIVE METHODS ON DISCIPLINE "INTERNAL DISEASES BY SPECIALTY "GENERAL MEDICINE" AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL DISEASES №1</i>	49
Z.A.KERIMBAYEVA, A.A.AKHMETOVA <i>INTEGRATION PROCESSES IN EDUCATION</i>	53
K. KUNANBAY, A.K. KAIRBEKV, A.A. ZHENPEISOVA, M.M. KALIEVA <i>THE IMPORTANCE OF USING THE INNOVATIVE TECHNOLOGIES ON TEACHING THE CLINICAL PHARMACOLOGY</i>	55
ZH.S.KUZEKOV, A.A.ESIRKEPOV, A.SAYPUDINOVA <i>EXPERIENCE OF IMPLEMENTATION TO APPROACH COMPETENCE ORIENTED TEACHING IN THE MODULE OF PROPAEDEUTICS OF PROSTHODONTICS</i>	58
A.ZH.MOLDAKARYZOVA <i>USAGE OF PROJECTS AS A METHOD OF INTERACTIVE LEARNING UNDERGRADUATE BY DISCIPLINE ECOLOGY AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT IN UNIVERSITIES</i>	63
K.S.NURTAEVA, S.K.ALMUCHAMVETOVA, E.U.KUANDYKOV, M.ZH.ZHUMAGUL, I.K.NURPEISOVA <i>MODERN PEDAGOGY AND ITS POSSIBLE</i>	65
S.S. SARSENBAYEVA <i>THE QUALITY OF EDUCATION IN MEDICAL HIGHER EDUCATION INSTITUTION: DETERMINATION, PROBLEMS, WAYS TO SOLVE</i>	69
L.B. SEIDULAEVA, A.K. DUISENOVA, G.A. SHOPAEVA, K.T. BAYEKEEVA, R.A. EGEMBERDIEVA, A.M. SADYKOVA <i>THE ROLE OF DISCIPLINE "TROPICAL DISEASES" IN THE TRAINING OF DOCTOR</i>	75
B.SH. TUKESHEVA, BEGIMBETOVA R.S.. <i>IMPLEMENTATION OF INNOVATIONS INTO EDUCATIONAL PROCESS AT THE CLINICAL CHAIRS OF THE THERAPEUTIC PROFILE</i>	76
K.M.TURLANOV, E.F.ALMUHAMBETOVA, M.K.ALMUHAMBETOV, A.I. KARABAEVA <i>ORGANIZATION AND METHODOLOGICAL SUPPORT MANUFACTURING PRACTICE "PHYSICIAN ASSISTANT EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE"</i>	81
K.A.TULEBAEV, L.S.SHYNGYSBAYEV, M.S.SULTANOVA <i>MODEL OF PERSONAL GROWTH OF STUDENT KAZNMU: EXPERIENCE AND DEVELOPMENT PROSPECTS</i>	84
K.O. SHARIPOV, E.K.KARLOVA, E.V. NECHEPURENKO <i>GAME TRAINING METHODS FOR STUDY OF GENERAL CHEMISTRY FOR INCREASING INFORMATIVE ACTIVITY OF STUDENTS</i>	86
SECTION II: "ACTUAL ISSUES OF CLINICAL MEDICINE"	
I. A.ASTAKHOVA, T. S.SAFAROV, G.M.TEBENOVA <i>IMPROVEMENT OF FIXED RESTORATIONS ARE BASED OF BIOGLASS CERAMICS (BC)</i>	88

R.K.ALMUHAMBETOVA, S.B.ZHANGELOVA, G.T.TOKSANBAEVA <i>SOME ASPECTS OF INCREASING ADHERENCE TO THERAPY IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND HYPERTENSION</i>	90
R.S. BEKTURGANOV, B.A. ABDURAHMANOV, A.K. BAIMAGAMBETOVA, K.E. OSPANOV, R.S. MADALIHODZHAYEV, M.E. ZHANTEEV, D.T. ARYBZHANOV <i>THE EXPERIENCE OF TEACHING THE HIGH QUALIFIED SPECIALISTS IN ONCOLOGY</i>	93
L.M.BEGIMBEKOVA, R.Y.UTEPOVA, A.JAPARM. <i>JUNIOR PHYSICIAN OBSTETRIC - GYNECOLOGIST'S POSSIBILITY OF INTEGRATION OF THE EDUCATION, SCIENCE AND PRACTICE</i>	94
U.T.BEISENBAYEVA, L.K.SAGIDOLLINA <i>SKINOREN IN THE TREATMENT OF ACNE</i>	96
S.G.YENOKYAN, O.S.SAHOV, S.B.ZHANGELOVA, A.S.CHUMBALOVA <i>MODERN APPROACHES TO HEMOSTASIS DURING ENDO VASCULAR PROCEDURES</i>	99
S.G.YENOKYAN, E.V. NECHAYEVA <i>PHOTOTOXIC AND PHOTOALLERGIC REACTIONS IN THE APPLICATION OF MODERN MEDICINES</i>	100
M.E. ZHANTEEV, S.B. ALMABAEV, N.JANABAEV, J.MALYBEKOV, T.TAJIMETOV, K.TANIRBERGENOV <i>SURGICAL TREATMENT OF SMALL BOWEL PERFORATION FISH BONE</i>	101
A.ZULKHAZHY, A.K.KATARBAYEV, I.Z.MAMBETOVA, A.B.SMAGULOVA, A.ZH.ZHADYKOVA <i>INFLUENCE OF IMPROVING HARDENING ON CLINIKO-IMMUNOLOGICAL INDICATORS AT CHILDREN OF PRESCHOOL AGE</i>	102
A. IZBASSAROVA, R. IZBASSAROVA <i>HEALTHY LIFESTYLE AND SCOLIOSIS CORRECTION AMONG THE ADOLESCENTS</i>	104
B.ISKAKOV, K.SEYTBEKOV, V.LAPIN, A.KENZHEBAYEV, A.E.MAKHUAYUNOV <i>ASSESSMENT OF RISK OF GASTRODUODENAL BLEEDING AT PATIENTS WITH THE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION</i>	107
B.ISKAKOV, S.ENOKYAN, A.KENZHEBAYEV, B.TOKHTAROV, T.M.MURTASALIEVA <i>HYPOXEMIC HEPATITIS: DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT PROBLEM (LITERATURE REVIEW)</i>	111
K.T. KULAEV, N.T. TASHPAKOVA <i>RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF DEFORMING OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE</i>	115
S.A.KALKABAYEVA, T.N.RODIONOVA, A.S.SATYBALDIEVA <i>THE DIAGNOSTICS OF MYOCARDIAL INFARCTION ON PREHOSPITAL STAGE</i>	117
R. S. MADELIKHODJAYEV, A. K. BAYMAGAMBETOV, B. S. USENOV, K. Z. SYZDYKOV, M. T. IZHANOV, Y. A. IBADULLAYEV, Y. S. BAYTEMIROV, S. A. ALIYEV, S. Y. KAZYBEKOV. <i>TO THE QUESTION OF ECONOMICAL OPERATIONS DURING BREAST CANCER</i>	119
R. S. MADELIKHODJAYEV, A. K. BAYMAGAMBETOV, B. S. USENOV, K. Z. SYZDYKOV, M. T. IZHANOV, Y. A. IBADULLAYEV, Y. S. BAYTEMIROV, S. A. ALIYEV, S. Y. KAZYBEKOV <i>DETOXICATION IN COMPLEX TREATMENT OF BREAST CANCER</i>	121
S.A.NABIDINOVA, R.Z.KHAIRULIN, D.A.BAHASHEVA, J.B.BORANBAEVA, M.S.MASANCHI, R.H.RAZIEVA, E.F.ALMUHAMBETOVA, M.K.ALMUHAMBETOV <i>ELECTROCARDIOGRAPHIC INDICATORS FOR VIOLATIONS RESPIRATORY FUNCTION IN CHILDREN</i>	122
S.A.NABIDINOVA, A.E.TOHTAMYSOVA, H.W.BAKIROV, J.M.TUYGYNOV, D.R.KURBANOV, E.F.ALMUHAMBETOVA, M.K.ALMUHAMBETOV <i>EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE FEBRILE SEIZURES IN THE PREHOSPITAL</i>	125
S.A.NABIDINOVA <i>EMERGENCY MEDICAL CARE AT HYPERTHERMIA SYNDROME IN CHILDREN</i>	126

N.T.NURANOVA <i>CLINIC AND EPIDEMIOLOGI ANALISIS TUBERCULOSIS OF THE CHILDREN</i>	128
K.E. OSPANOV <i>THE FORMATION NEUROTRANSMITTER STAGE IN THE EMBRYO METANEPHRIC</i>	130
N.ZH. ORMANOV, U.ZH. SADYRANOVA, M.ZH. KAZBEKOVA, N. AHMETOV <i>CHANGING THE PHARMACO-ECONOMIC INDICATORS DUE TO THE EFFECTS OF PHARMACOLOGICAL THERAPIES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION</i>	131
A.T.ORAZALIYEVA <i>THE CLINICAL AND EPIDEMIC CHARACTERISTICS OF RECURRENT PULMONARY TUBERCULOSIS</i>	134
A.N. RETIVYH <i>THE WORK EXPERIENCE OF RUDNENSK MATERNITY</i>	135
G. M. TEBENOVA, S. N. ASKAROVA, T. S. SAFAROV <i>THE POSSIBILITY OF THE USE OF A POLYMER COATING FOR FURTHER INSULATION OF METAL DENTURES IN THE MOUTH CAVITY IN DIAGNOSING INTOLERANCE TO METAL CONSTRUCTIONS</i>	137
N.K.TUZELBAYEV, G.A.DUSHCHANOVA <i>MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF THE HUMANIZATION THE HIGHER MEDICAL EDUCATION</i>	140
S.A.TASHIMOVA, B.T.BALTABAEVA, S.N.KORGANBAEVA, F.K.KOZHABAEVA <i>BLEEDING BLOOD FROM THE LUNGS IS TO FIND OUT TUBERCULOSIS</i>	143
S.M.TOKBERGENOVA <i>RELATION SHIP OF ALLERGIC DISEASES OF THE DIGESTIVE</i>	145
S.M.TOKBERGENOVA, P.E.KALMENOVA, G.D.MAHAMBETOVA, G.N.KYLYSHBEKOVA <i>NEONATES RISK FACTORS HAD CONGENITAL MALFORMATIONS</i>	146
S.M.TOKBERGENOVA, P.E.KALMENOVA, SH.M.OSPANOVA, K.S.KEMELBEKOV <i>SERUM LIPID SPECTRUM WAS PERFORMED IN NEONATES WITH CEREBRAL ISCHEMIA</i>	148
R.Z.KHAIRULIN <i>AMBULANCE AT SYNCOPE</i>	149
S.K.SHARIPOVA, K.S.KYDRALIEVA <i>DENTAL SCHOOL, PROVIDING FREE DENTAL CARE FOR CHILDREN, IS AN INSTRUMENT OF SOCIAL PROTECTION</i>	150
M.A. AKHMETOV, O.KH. KHAMDIYEVA, G.B. UMUTBAYEVA, B.B. ZHUSIPOVA, R.E. AMZEYEV, A.V. BALMUKHANOVA, N.B. AKHMATULLINA <i>M98K AND L41L POLYMORPHISMS ASSOCIATION OF OPTINEURIN (OPTN) GENE IN PATIENTS WITH GLAUCOMA</i>	152
R.S. IBRAGIMOVA, N.A. DAULETKHZAIEV, V.P. RUSANOV, U.R. MIRZAKULOVA <i>PREVALENCE OF FUNCTIONAL DISORDERS OF TEMPOROMANDIBULARJOINTIN MIDDLE-AGED, IN AGED, IN SENILE PEOPLE'S</i>	155
A.ZH. AUBAKIROVA, Z.T. UTELBAEVA, A.A.YESIMOVA <i>ELECTIVE COURSES AS A METHOD OF COMPETENCE-BASED APPROACH TO THE STUDY OF OPHTHALMOLOGY</i>	159
S. KOTYUZHYNKAYA, A. GOZHENKO <i>STATE OF LIPID TRANSPORT SYSTEM OF SYSTEM FOR PATIENTS WITH HYPERFUNCTION OF THYROID</i>	161
K.T SHAKEYEV, M.M ZHANASSOVA, M.A. GAZALIYEVA <i>PATHOPHYSIOLOGICAL VIOLATIONS AT HIGH INTESTINAL FISTULAS</i>	163
ZH.T. DOSBAEVA, M.Z. AZHAHMETOVA, D.K. OMARBEKOVA, A.B. ERKASYMOVA <i>CHILDREN CLINIC PATIENTS WITH HSV + CMV CHOLESTASIS SYNDROME</i>	167

M. HOVHANNISYAN <i>PREVALENCE OF BREAST CANCER IN ARMENIA</i>	171
V.N.SEREDYUK <i>THE ROLE OF ALDOSTERONE, MITOGENIC GROWTH FACTORS AND INDUCERS OF APOPTOSIS IN THE FORMATION AND PROGRESSION OF CHRONIC PULMONARY HEART DISEASE</i>	177
PROFESSOR MAHAVIR SENAN, ANAHIT PETROSYAN <i>RISK FACTORS OF THE SUDDEN CARDIAC DEATH</i>	181
T.N. BOICHUK, T.P. SAVCHUK <i>THE FUNCTIONAL STATE OF THE LIPOPEROXIDATION-ANTIOXIDANT PROTECTION SYSTEM IN THE LIMBIC AND HYPOTHALAMIC BRAIN STRUCTURES IN RATS WITH STREPTOZOTOCIN-INDUCED DIABETES MELLITUS COMPLICATED BY INCOMPLETE GLOBAL BRAIN ISCHEMIA-REPERFUSION</i>	184
E.D. ABDUKAKHAROVA, A.Z. ZURDINOV <i>PHARMACEUTICAL COUNSELING: COMPARATIVE ANALYSIS OF SURVEY OF MEDICINE CONSUMERS</i>	187
I. U. ISMAILOVA <i>NALYSES OF POSTPARTAL ENDOMETRITIS ANTIBACTERIAL THERAPY PRESENT PRACTICE WITH ACCOUNTING OF CAUSATIVE AGENTS AND THEIR SUSCEPTIBILITY TO ANTIBACTERIALS</i>	191
O.E.KOVALENKO, O.V.LYTVYN <i>FEATURES OF BRAIN CIRCULATION WITHIN PATIENTS WITH DYSIRCULATORY ENCEPHALOPATHY AND HYPOTHYROIDISM</i>	194
N. A. MYRZABAYEVA <i>PATHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS FUNCTIONAL DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM</i>	198
A.D. BAYMURATOVA, T. ISABEKOVA, J. A. AGIMOVA, L. A. KILIBAEVA, K. A. NAZARIMBET, G. S. NURMUHAMBETOVA, A. NURMAHANKIZI, G.TURDIBEK <i>THE BASIC THERAPY OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN BY USINGSERETIDE AND MONTELUKAST</i>	200
A.S. KARAKUSHIKOVA, A.SH. ORADOVA, G.S. SADVAKASSOVA <i>MOLECULAR GENETIC CHARACTERISTICS OF MALE INFERTILITY</i>	202
A.S. KARAKUSHIKOVA, A.SH. ORADOVA, G.S. SADVAKASOVA <i>MOLECULAR GENETIC ASSESSMENT OF BACTERIAL VAGINOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE</i>	203
A.S. KARAKUSHIKOVA, K.K. TOGUZBAEVA, K.O. DZHUSUPOV, S.SH. SHAYAKHMETOV, SH. MURZAHMETOVA, L.S.NIYAZBEKOVA <i>SANITARY AND HYGIENIC ASSESSMENT OF QUALITY OF DRINKING WATER AND PUBLIC WATER SUPPLY SOURCES OF KARASAI DISTRICT OF ALMATY REGION</i>	205
E.N. KAPSALYAMOVA, ZH.M. BAIZHUMANOVA, SEGI ANAN MARCEL, N.A. NICOLAICHUK, IU.V. IUDINA <i>PLANTS OF THE GENUS ARCTIUM AS A SOURCE OF BAS FOR NEW PREPARATIONS</i>	208
O.A. MITKOVSKAYA <i>ATOPIC DERMATITIS AMID BACTERIAL AND VIRAL INFECTIONS</i>	210
S.S.ESEMBAEVA, SH.K.KOSAYEVA, Z.N.OSPANOVA <i>MAIN CHARACTERISTICS OF IRRIGATION SOLUTIONS USED IN ENDODONTICS (LITERARY REVIEW)</i>	213
S.S. ESEMBAEVA, SH.K. KOSAEVA, Z.N. OSPANOVA <i>THE USE OF LOCAL ANESTHETICS IN THERAPEUTIC DENTISTRY (REVIEW)</i>	214
PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE: "ACTUAL PROBLEMS OF PORTAL HYPERTENSION"	
<i>ON THE 80TH ANNIVERSARY OF ACADEMICIAN OF RANS, PROFESSOR G.N. ANDREEVA</i>	217
A.S. IBADILDIN, G.I. SCHAROUNOV, K.M. BUIRAEV	

<i>LIVER DISEASE IN PREGNANT WOMEN, PRINCIPLES OF TREATMENT</i>	219
K.K. AMANTAIEVA, E.B. AYAPBERGENOV <i>PUFFINESS - ASCITIC SYNDROME MODERN LOOK AND PRINCIPLES OF TREATMENT</i>	222
A.K. DUYSENOVA, G.M. KURMANOVA, R.T. ZHUSUPOVA, R.ZH. BAYKHOZHAYEVA, B.N. BALGAZIN <i>PREVENTION OF FAILURES OF VIRUS HEPATITISES</i>	225
D.M. KRASILNIKOV, A.V. ABDULIANOV, M.M. MINNULLIN, I.I. MALOVA <i>SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH REFLUX CHOLANGITIS AFTER CHOLEDOCHODUODENOSTOMY</i>	230
D.M. KRASILNIKOV, A.V. ABDULIANOV, M.A. BORODIN, I.I. MALOVA, A.M. IMAMOVA <i>REOPERATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS</i>	235
M.A.NARTAYLAKOV, SH.A.ZARIPOV, T.A.SHAGABUTDINOV, I.V.YANGIROV, Y.V.PETROV <i>PLACE OF ENDOSCOPIC METHODS PREVENTION AND TREATMENT OF PATIENTS WITH BLEEDING FROM ESOPHAGEAL VARICOSE VEINS</i>	241
D.D. POCELUEV, S.E. TURSUNBAEV, E.A. ASYLBEKOV, M.E. SERYKBAUEVA <i>ENDOVASCULAR TREATMENT OF CRITICAL LIMB ISCHEMIA AND DIABETIC FOOT SYNDROME</i>	244
MATERIALS CITY SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE "CURRENT ISSUES IN EMERGENCY" DEDICATED III-TH ANNIVERSARY OF THE OPENING OF HOSPITAL EMERGENCY AMBULANCE	
V.G. SEMENOV, D.K. ZHAMASHEV, D.I. DZULFAEV, A.A. DAVRESHOV <i>IMPLANTS WITH ANGULAR STABILITY ARE NEW POSSIBILITIES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH BREAKS OF TUBULAR BONES</i>	246
V.G. SEMENOV, D.I. DZULFAEV <i>EXPERIENCE OF PATIENTS WITH LONG BONE FRACTURES BLOCKING METALWORKS</i>	248
ZH.G. SULEIMENOV, D.K. ZHAMASHEV <i>RESULTS OF OPERATIVE TREATMENT OF BREAKS OF ANKLES IN THE URGENT ORDER IN THE FIRST CLOCK AFTER A TRAUMA</i>	250
U.A. ALSHERIEVA, B.E. BASTIMIEVA <i>KAZNMU IM.ASFENDIYAROVA DEPARTMENT OF PATHOLOGICAL ANATOMY, HOSPITAL EMERGENCY EMERGENCY ALMATY</i>	252
A. BAYZHANOV, I. MENSHIKOVA, L. ERDALIYEVA, T. RYSBEK, D. MUSHINSKIY <i>EXPERIENCE OF SCREENING FOR ESOPHAGEAL AND STOMACH CANCER</i>	256
R.T. BARATOV., GRECHANNAYA T.S., SAGAT KIZI ALYA <i>EFFECTIVINNESS OF THE DRUG CITOFLAVIN IN ACUTE ISCHEMIC STROKE, DEPENDING ON THE TIME OF INITIATION OF TERAPEY</i>	259
B.E. BASTYMIEVA <i>OF HIV-INFECTED PATIENT WITH PSEUDOTUBERCULOSIS</i>	265
A. K. ZHANGABYLOV, G.S. ESNAZAROVA, M.O. SHERMAHANOVA <i>PREVALENCE OF RESISTANCE HELICOBACTER PYLORI antimicrobial IN KAZAKHSTAN</i>	269
A. K. ZHANGABYLOV, M.O. SHERMAHANOVA, E.A. ROTMANOVA, A.M. NURMAKHANOVA <i>PPI SECOND GENERATION SELECTIVE ADVANTAGE (LITERATURE REVIEW)</i>	274
R.V. KADYRBAEV, E.V. TIMASHOVA, O.T. IBEKENOV, A.R. UMIRBEKOV, B.K. ZHANBIRBAI, M.K. BAINIAZOV <i>EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS OF MALIGNANT TUMORS OF THE SMALL INTESTINE</i>	278
R.S. SKAKOVA, D.R. BECTEMIROVA, F. KUCHKAROVA <i>CLINICAL FEATURES OF ENDOMETRIOSIS ACCORDING TO THE LOCALIZATION</i>	280

D.ZH. MAKSUTOVA, L.SH. DUSUNBAYEVA, R.S. SKAKOVA, A.A. ALTAEVA, R.V. PAK, R.K. KATAEVA, A.M. ISKAKOVA, G. KUSAINOVA, D.K. MURATBAYEVA, A.K. AHYNOVA <i>ESTIMATION OF EFFICIENCY THERAPY OF PUS-INFLAMMATORY DISEASES OF ADNEXIS UTERI</i>	282
D.ZH. MAKSUTOVA <i>THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN GYNECOLOGICAL PRACTICE (LITERATURE REVIEW)</i>	284
N.N. MUSAEVA, S.K. SYBANKULOVA <i>INTERVENTIONS FOR THE PREVENTION OF INFLUENZA AND ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION</i>	287
A.E. NARTAYEVA, R.A. IMINDSHANOV <i>ENDOMETRIAL HYPERPLASIA IN PREMENOPAUSAL OF REPRODUCTIVE AGE</i>	290
Z.T. TAKENOV <i>REHABILITATION IN MULTIPLE SCLEROSIS</i>	292
B.K.SULEIYMENOV, R.A. ALIYEV, G.S. IBRAEV, B.M. SHALABAEV, B.A. AIVBETOV <i>USE OF THE CITOCLEAN IN ACUTE ISCHEMIC STROKE</i>	294
B.K.SULEIYMENOV, R.A. ALIYEV, G.S. IBRAEV, B.M. SHALABAEV, B.A. AIVBETOV <i>SOME FEATURES OF RENDERING MEDICAL CARE AND REASON OF EMERGENCE OF THE CRANIOCEREBERAL TRAUMA</i>	297
B.K. SULEYMENOV, R.A. ALIYEV, G.S. IBRAYEV, B.M. SHALABAYEV, B.A. AIVBETOV <i>USE THE REMESTIP FOR GASTROINTESTINAL BLEEDING</i>	300
R.N. SULEIMENOVA, R.K. DZHANABAEVA, YU.V. VORONIN <i>URGENT CT DIAGNOSIS OF ACUTE TRAUMATIC BRAIN INJURY AND VASCULAR PATHOLOGY</i>	303
EIMENOVA, R.K. DZHANABAEVA, I.S. KALIAKPAROVA, G.M. BAYNAZAROVA <i>ULTRASOUND DIAGNOSIS OF RENAL COLIC SYNDROME</i>	305
R.N. SULEIMENOVA, R.K. DZHANABAEVA, G.M. BAYNAZAROVA, I.S. KALIAKPAROVA <i>DOPPLEROGRAFA IN URGENT ULTRASOUND DIAGNOSTICS CALCULOUS CHOLECYSTITIS</i>	307
Z.T. TAKENOV <i>ISSUES OF DIAGNOSIS OF ALZHEIMER'S DISEASE</i>	309
E.V. TIMAŠOVA <i>PECULIARITIES OF ITS ULCER DIAGNOSIS</i>	311
A.T. TOKSANBAYEV, A.A. HAMZIN, A.S. TASHENOV, R.U. TANEKEEV, G.K. AMERICANS, T.I. HUROV, A.ZH. ZHANABEK, B. ZH. ESENKULOV <i>MONITORING OF DISTRIBUTION OF EREKILNY DYSFUNCTION ACCORDING TO CH HFUMH OF ALMATY</i>	313
A.T. TOKSANBAYEV, A.A. HAMZIN, A.S. TASHENOV, G.K. AMIROV, A.ZH. ZHANABEK, B. ZH. ESENKULOV, T.I. KHUROV <i>THE ANALYSIS OF FREQUENCY OF OCCURRENCE OF PATIENTS WITH EREKILNY DYSFUNCTION AFTER ENDOSCOPIC SURGERIES</i>	315
N.I. TOLEUOVA <i>ARTICLE ABOUT POTENTIAL JHHJRUNITIES OF A DAY HOSPITAL</i>	319
E.N. SHUMKOVA, A.E. NARTAEVA, A.K. ALIMSHANOV, M.A. GOLOVNYA <i>CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE DIABETIC FOOT</i>	321
Content	324