

Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины

№2 (24), 2019

Главный редактор
Джайнакбаев Н.Т., д.м.н., профессор

Редакционная коллегия

*Белова Е.С.
Долматова И.А.
Дуйсенов Н.Б.
Есентаева С.Е.
Жангабылов А.К.
Иманбаева Ж.А.
Мадьяров В.М.
Манишарипова А.Т.
Миербеков Е.М.
Нурмагамбетов Т.С.
Оракбай А.Ж.
Садыкова Ш.С.
Тегисбаев Е.Т.
Шокарева Г.В.*

Редакционный совет

*Алчинбаев М.К.
Баймаханов Б.Б.
Баттакова Ж.Е.
Ботабекова Т.К.
Ведждет О.З. (Турция)
Локишин В.Н.
Маринкин И.О. (Россия)
Муминов Т.А.
Николенко В.Н. (Россия)
Попков В.М. (Россия)
Тухвотшин Р.Р. (Киргизия)*

Адрес редакции

г. Алматы, 050004, ул. Турекулова, 71
Казахстанско-Российский медицинский университет
Тел. (327) 250 83 72
«Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»
Собственник - НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»
Свидетельство о регистрации - №12178-ж от 29.12.2011 г.
Тип. «Идан», ул. Уссурийская, 118
Тираж 300 экз.
Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

Содержание

Исследование зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана. *М.Н.Джайнакбаев* (3)

Совершенствование тайм-менеджмента в медицинском вузе. *Джайнакбаев М.Н.* (8)

Информационная обеспеченность населения по вопросам здорового образа жизни. *Джайнакбаев Н.Т., Третьякова С.Н., Хабиева Т.Х., Вдовцев А.В., Давыденко М.В., Таттибаева А.Н., Ибраймжанова Ж., Бахырдинова К., Абдувалиев И.* (12)

Профилактические мероприятия для социально незащищенной группы населения г. Алматы. *Маншарипова А.Т., Ешманова А.К., Ералиева Г.М., Шокарева Г.В., Аубакиров Б.Ж., Нуфтиева А.И., Тулеужанова А.Е., Бисенов С.К., Кумар Р., Джитендра С., Проценко М., Автахунов Ш.* (14)

Репродуктивное здоровье студенток с анемией. *Маншарипова Ж.Б., Ахмедьянова Г.У.* (16)

Студенттер арасында жүрек-қантамырлар ауруының негізгі ықпалдарын анықтау және оның алдын алу шарларын қарастыру. *Пиржанов Б.Т., Эльхенди Т.Н., Жусипбаева Д.Ж., Қыдыркен А.Б.* (19)

Этика и деонтология в современной медицине. *Анамбаева А.И., Анамбаев И.А.* (22)

Микробиоценоз влагалища в норме и при вагинальных инфекциях. *Жатканбаева Г.Ж., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.* (24)

Критерии приемлемости гормональной контрацепции у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза на фоне аутоиммунного тиреоидита. *Кадырова К. И., Жатканбаева Г.Ж., Иманбаева Ж.А., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.* (27)

Климатерикалық кезеңдегі әйелдердің урогенитальды бұзылыстарының ерекшеліктері. Жиілігі, клиникалық түрлері. Урогенитальды бұзылыстардың өмір сапасына әсері. *Камзина З.Г., Сансызбаева Р.Ж., Утесинова А.А., Темірбекова А.Н.* (32)

Мультифакторность генеза неразвивающейся беременности - проблема решения нарушений репродуктивного потенциала женщин. *Сансызбаева Р.Ж., Нурғалиева Л.И., Зунунова Г.Д., Алиева К.Т., Септенова К.М., Мустафина М.Е., Макулова А.Е.* (35)

Созылмалы холецистит және жүктілік. *Нұржанов Х.Н., Сансызбаева Р.Ж., Байбулекова Д.Т.* (38)

Бесплодие при генитальном эндометриозе. *Скакова Р.С.* (42)

Малоинвазивные методы лечения гинекологических больных. *Хакиев У.А., Жатканбаева Г.Ж., Аумолдаева З.М., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.* (44)

Медицинские основы сохранения жизни матери и ребенка. *Шарифканова М.Н.* (47)

Отдельные дефекты ведения медицинской карты стационарного больного. *Врачи-интерны 612 группы, Терапия: Еникеева М.Т., Пиримжарова А.Е., Ризайдинов С.П., Жантасова Ж.Ж., Манарбекова М.А., Дуйсенбеков Б.С. Ассистент кафедры внутренних болезней с курсом клинической фармакологии магистр здравоохранения Оспанова Л.Ж.* (49)

Клинико-биохимическая характеристика алкогольных поражений печени. *Ассистент кафедры, Магистр здравоохранения Оспанова Л.Ж. Интерны терапевты 605 группы: Әсет Г., Жабаева Е.А., Жақсыбаева М.А., Жақсылыкова М.Ж., Жасузакова А.Б., Икрамбай Г.Т.* (52)

Хирургические подходы к лечению синдактилии у детей. *Дуйсенов Н.Б., Кожаканов Б. К., Сукбаев Д.Д., Сарсенбаев К.К., Исаев Н.Н., Арынтай К.А., Алтынбай А. Ж., Абдуназарова Ж. М., Алдабергенов Н.Б., Ахметяев Н.Б., Аяпбаев Т.Е., Нажуан Б. Н.* (55)

Эрадикационная терапия при язвенной болезни. *Ассистенты кафедры Үсенова А.Ө., Оспанова Л.Ж. Интерны терапевты 606 группы, Құрманова А.Е., Кенжебай С.Р., Кушкинбаева Ш.С., Жумабек К.Е.* (58)

Особенности диагностики первичного билиарного цирроза печени. *Ассистент кафедры, магистр здравоохранения Оспанова Л.Ж., интерны терапевты 608 группы- Амантайқызы Н., Ақылбек А.Қ., Әбіл Н.П., Қожабаева Г.Қ., Рахимбаева А.Д., Тайлықова Қ.Б., Шахтаева Ж.Ж.* (60)

Особенности проявления холестаза при алкогольной болезни печени. *Асс., к.м.н. Тастемирова К.К., асс., магистр здравоохранения Оспанова Л.Ж., интерны терапевты 610 группы Абдіраманова Г., Тастанов С., Пернебек Н., Төлеу А., Толаметов И., Тайтели Ж.* (63)

Акушерлік қан кетудегі ағзаны сақтап қалу оталары. *С.С. Исаков, Б.С. Малгаждарова, А.А. Тулемисова, М.М.Темирова, А.Ф.Кожасапарова* (65)

Біздің сүйікті ұстазымыз (68)

Нуржанов Хамит Нуржанович (71)

Исследование зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана

М.Н.Джайнакбаев

НУО «Казахстанско-Российский Медицинский Университет»

Резюме: Обзорно-аналитическая статья Джайнакбаева М.Н. на тему «Исследование зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана» представляет обзор эффективных инструментов и механизмов организации и финансирования платных и бесплатных для пациентов медицинских услуг в зарубежной практике. В статье исследованы системы здравоохранения Швеции, Франции и США. Каждая из изученных систем здравоохранения обладает рядом достоинств: в Швеции внедрены реестры качества, которые позволяют пациенту оставлять отзывы о пролеченных случаях, а правительству – собирать информацию для планирования развития системы здравоохранения; во Франции – все врачи общей практики, а также медицинские специалисты объединены в единую национальную сеть, информацию о ближайшем специалисте и стоимости услуг пациент может получить из единой информационной системы, в которой также зарегистрированы все пациенты; в США – в связи с высокой стоимостью медицинского обслуживания внедрены инструменты информирования пациентов о возможностях получения дополнительной финансирования на медицинскую помощь. Изученный зарубежный опыт позволяет сформировать ряд рекомендаций для дальнейшего развития системы здравоохранения Республики Казахстан.

Ключевые слова: зарубежный опыт, платные медицинские услуги, система здравоохранения, медицинское учреждение, финансирование медицинской помощи, реестр качества.

Түйіндемe: «Ақылы және тегін медициналық қызметті көрсету бойынша шетелдік тәжірибені зерттеу және оның Қазақстан денсаулық сақтау жүйесінде қолданылуы» тақырыбына арналған шолу және аналитикалық мақаласы шетел тәжірибесіндегі пациенттерге арналған тегін және ақылы медициналық қызметті қаржыландыру және ұйымдастырудың тиімді инструменттері мен механизмдерін шолу болып табылады. Мақалада Швеция, Франция және АҚШ денсаулық сақтау жүйелері зерттелген. Қарастырылған әрбір жүйенің өз құндылықтары бар: Швецияда - пациентке өзінің емделген жайттары туралы пікірлерін қалдыруға, ал үкіметке денсаулық сақтау жүйесін дамытуды жоспарлауға ақпарат жинауға мүмкіндік

беретін сапа реестрі енгізілген; Францияда – жалпы тәжірибелік дәрігерлер, сонымен қатар медицина мамандары ұлттық бірыңғай жүйеге біріктірілген. Жақын жерде орналасқан дәрігер және қызметтің ақысы туралы ақпаратты осы жүйеден ала алады, сондай-ақ жүйеде барлық пациенттер де тіркелген; АҚШ – медициналық қызмет ақысының жоғары болуына байланысты, пациенттердің медициналық көмекті алуына қосымша қаржыландыру мүмкіндіктері туралы ақпаратты беру инструменттері енгізілген. Зерттелген шетелдік тәжірибе негізінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің одан әрі дамуына көмектесетін ұсыныстар дайындауға болады.

Түйін сөздер: шетелдік тәжірибе, ақылы медициналық қызметтер, денсаулық сақтау жүйесі, медициналық мекеме, медициналық көмекті қаржыландыру, сапа реестрі.

Summary: Overview and analytical article by Jainakbayev M.N. on the topic “Study of foreign experience in providing paid and free medical services and its using in the health system of Kazakhstan” provides an overview of effective tools and mechanisms for organizing and financing free and paid medical services for patients in foreign practice. The article examines the healthcare systems of Sweden, France and the USA. Each studied health system has a number of advantages: quality registries have been introduced in Sweden that allow the patient to give feedback on cases treated, and the government to collect information for planning the development of the health system; in France, all general practitioners and medical specialists are united into a single national network; information about the nearest specialist and the cost of services can be obtained from a single information system in which all patients are also registered; in the USA - due to the high cost of medical care, tools have been introduced to inform patients about the possibilities of obtaining additional funding for medical care. Studied foreign experience allows us to form a number of recommendations for the further development of the health care system of the Republic of Kazakhstan.

Key words: international experience, paid medical services, health care system, medical institution, financing of medical care, quality registry.

Следование по пути стран-лидеров в социальном развитии требует от государства мер по повышению эффективности оказания медицинских услуг. Система здравоохранения представляет собой организм,

функционирующий в условиях постоянного изменения, что требует от государства постоянного роста расходов из государственного бюджета на повышение качества медицинских услуг.

Несмотря на активное развитие законодательства в сфере повышения безопасности и качества медицинских услуг, на уровне конкретных медицинских учреждений оказываемые медицинские услуги сильно различаются по качеству, финансовой доступности и удовлетворенности пациентов, что подтверждается результатами различных исследований, например, исследованиями Жусупова Б.С., Алимбековой Г.Т. [1].

Вследствие этого актуальным представляется изучить зарубежный опыт организации системы здравоохранения, в том числе системы оказания платных и бесплатных медицинских услуг. В качестве объектов исследования были представлены такие страны, как: США, Швеция и Франция. В каждой из этих стран совершенно особым образом организована система здравоохранения, имеются уникальные особенности, которые возможно взять в качестве рекомендаций для дальнейшего совершенствования системы здравоохранения Республики Казахстан в целом, и в частности на уровне руководства конкретным медицинским учреждением.

Швеция – страна с наиболее высоким удельным весом в Европе в структуре населения пожилых людей. Ответственность за здоровье и медицинскую помощь в Швеции разделяет центральное правительство, окружные советы и муниципалитеты. Каждый окружной совет графства должен предоставлять населению качественное медицинское обслуживание и медицинскую помощь. Для регулирования процесса оказания платных и бесплатных медицинских услуг применяются следующие меры:

- все медицинские услуги оказываются населению в рамках единой системы здравоохранения, все медицинские услуги населению оказываются платно, а затем возмещаются в рамках установленных норм из фонда обязательного медицинского страхования;

- установлен «потолок» для объема получаемых платных медицинских услуг. Пациент не должен платить больше, чем в общей сложности 1100 шведских крон (44000 тенге) в течение года для медицинских консультаций, более 2200 шведских крон (88000 тенге) в год за рецептурные препараты. Все затраты на услуги и лекарства, полученные пациентом сверх «потолка», возмещаются государством;

- установлены рамки на стоимость медицинских услуг. плата за пребывание в больнице составляет 100 крон в день (около 4000 тенге), плата за оказание первичной медико-санитарной помощи варьируется от 100 до 300 крон (от 4000 до 12000 тенге) в зависимости от совета округа. Для посещений узкоспециализированных врачей установлен максимальный взнос в размере 400 крон (16000 тенге) [2];

- бесплатная медицинская помощь оказывается следующим категориям граждан: престарелым, людям с физическими недостатками или психологические расстройствами, а также школьникам. Частично услуги бесплатной медицинской помощи оказываются людям, имеющим хронические заболевания и пожизненное лечение, поскольку затраты на мониторинг и лечение могут быть значительными;

- в 2011 году введен Закон о безопасности пациентов, согласно которому все лица, пострадавшие от некачественного или неправильного лечения могут

получить возмещение, а также повлиять на лечение аналогичных случаев, составляя отчет о своем лечении в Реестре качества медицинских услуг;

- любое обращение пациента к врачу должно быть удовлетворено в течение 7 дней, после первоначального обследования в течении 90 дней должно быть назначено лечение или операция, согласно гарантии на здравоохранение, введенной в действие в 2005 году. Если время ожидания превышено, пациентам предлагается помощь в другом месте; стоимость, включая любые транспортные расходы, затем оплачивается их окружным советом. Статистика оценки качества оказанных медицинских услуг гражданам Швеции показывает, что в 2017 году 79,1% всех пациентов получают необходимую медицинскую помощь в течении 90 дней.

Остановимся отдельно на Реестрах качества медицинских услуг, которые представляют большой интерес как для государственного управления, медицинской индустрии, государственных и частных клиник, так и для самых пациентов. Актуальность внедрения реестров обусловлена растущим спросом на медицинские услуги для пожилых, поскольку Швеция, как и другие страны Европы отмечает демографическое старение населения. Старение населения приводит к увеличению зависимости национальной экономики от уровня расходов на здравоохранение. Расходы на здравоохранение уже значительны в зоне ЕС, составляя 6-10 % от ВВП в государствах-членах ЕС и около 8% от ВВП в большинстве стран ОЭСР [3].

Старение населения и падение рождаемости привело европейское сообщество к интенсивным дискуссиям о срочности эффективного и индивидуального медицинского обслуживания, адаптированного к быстро меняющимся условиям и растущим потребностям населения, которое также может решать демографические и другие социальные проблемы в сочетании с развитием электронного здравоохранения, послужило толчком для создания национальных и региональных реестров качества в Швеции.

Согласно разделу 31 Закона о здравоохранении и медицинском обслуживании (1982: 763), качество шведского здравоохранения и медицинской помощи должно быть систематическим, улучшаться и развиваться [3]. Работа с реестрами качества является эффективным способом выполнения этого законодательного требования.

Реестры качества собирают информацию о проблемах, медицинских услугах и результатах лечения отдельных пациентов, позволяя изучить истории болезни пациентов, а также собирать их отзывы и отзывы их родственников для того, чтобы повышать качество медицинской помощи по всем случаям, включая роды, стационарный и амбулаторный уход за больными, стоматологические услуги, прописанные лекарства, все виды диагнозов и в том числе, смертельный исход.

Реестры качества также используются для обеспечения клинических исследований, поскольку на основе совокупной информации обо всех пролеченных случае можно создать достаточный объем выборки для эпидемиологического и клинического исследования в области редких заболеваний.

В настоящее время в Швеции насчитывается около 100 национальных реестров качества, финансируемых государством и окружными советами, и множество реестров, находящихся в стадии разработки. Внедрение таких реестров стало возможным, поскольку в Швеции функционирует система уникальных идентификационных

номеров. Каждая больница или частное медицинское учреждение несет ответственность за локальный процесс регистрации данных в реестре.

Таким образом, в Швеции развит рынок платных медицинских услуг. Процесс, количество и качество оказываемых медицинских услуг постоянно анализируется и совершенствуется.

Система здравоохранения во Франции состоит из полностью интегрированной сети государственных больниц, частных больниц, врачей и других поставщиков медицинских услуг. Это универсальный сервис, обеспечивающий медицинское обслуживание для каждого гражданина, независимо от его финансовых возможностей, возраста или социального статуса. Это делает французскую систему здравоохранения очень доступной даже для иностранцев. С 2016 года новая французская система здравоохранения для иностранцев, известная как Protection Universelle Maladie (PUMA), позволяет всем жителям Франции - работающим или нет - иметь доступ к французскому здравоохранению после трех месяцев проживания [4].

Для жителей Франции является обязательным иметь медицинскую страховку, а также быть зарегистрированным у врача общей практики.

Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается сетью из 23 000 врачей общей практики (соотношение 1 врач на 2600 жителей). Большинство врачей общей практики являются профессионалами, занимающимися индивидуальной трудовой деятельностью, и работают либо самостоятельно, либо в групповой практике. Все врачи общей практики во Франции подписали контракт с национальной системой медицинского страхования на предоставление своих услуг в рамках национальной службы здравоохранения по ставкам, согласованным на национальном уровне.

Граждане Франции и иностранцы могут свободно выбирать врача, а также могут проконсультироваться с любым другим врачом по желанию, но только персональный врач уполномочен направлять пациентов к специалисту или другому медицинскому работнику для получения иных услуг в сфере здравоохранения.

Специализированное здравоохранение оказывают тысячи специалистов во всех отраслях медицины, в городах по всей Франции. Специалисты взимают более высокую плату, чем врачи общей практики, но есть официальные ставки, согласованные с национальной службой здравоохранения, которые составляют основу, на которую стоимость услуг пациентам возмещаются. Некоторые специалисты, например, стоматологи, применяют тарифы, превышающие официальные ставки; в таких случаях пациенты либо получают компенсацию в соответствии со стандартной ставкой, либо они должны иметь добровольную медицинскую страховку, покрывающую затраты, превышающие официальные ставки.

Посещения специалистов во Франции оплачиваются системой здравоохранения частично или полностью (от 70% до 100%), если пациент был передан специалисту своим врачом. Граждане Франции и иностранцы могут также посещать любого специалиста, которого они хотят, без направления персонального врача общей практики; но, если они это сделают, стоимость их посещения специалиста будет выплачена только при базовом тарифе посещения, сколько бы они не заплатили.

Французская система здравоохранения финансируется частично за счет обязательных взносов на здравоохранение, взимаемых со всех зарплат и оплачиваемых работодателями, работниками и

самозанятыми; частично за счет средств центрального правительства; и частично от пациентов, которым обычно приходится платить небольшую часть стоимости большинства медико-санитарных услуг, которые они получают [5, с.20].

В большинстве случаев пациенты должны платить фиксированную ставку за любой визит к врачу общей практики. Стоимость в 2017 году составляла 23 евро за посещение (около 8000 тенге), 26 евро (9000 тенге) для посещения кабинетов, открытых ночью или в выходные дни, а также для домашних визитов. Большая часть расходов возмещается пациенту его государственным поставщиком медицинского страхования.

Службы скорой помощи являются частью национальной системы здравоохранения. Все города и крупные города имеют службу, известную как SAMU, которая является службой скорой помощи. Парамедики и медики из SAMU вызывают в случае аварии или чрезвычайной ситуации и оказывают помощь на месте, прежде чем транспортировать больных или раненых. В 2018 году во Франции введена единая телефонная линия (116 117), которая помогает пациентам найти ближайших внеурочных врачей скорой помощи.

Служба скорой помощи SAMU используется только для аварий и аварийных ситуаций. Другая рутинная работа скорой помощи осуществляется частными фирмами скорой помощи, субподрядчиками государственной системы здравоохранения.

Лекарства и фармацевтические препараты также возмещаются через систему обязательного медицинского страхования. Существуют четыре базовые ставки возмещения за лекарства: 100%, 65% (нормальный курс), 35% и не возмещаются.

Частные клиники также регулируются государством и входят в национальную систему здравоохранения. Лечение пациента в стационарной клинике бесплатно, пациенты оплачивают только за госпитальное питание и нахождение в больнице не более 18 евро (6200) в сутки.

В европейском плане французская система здравоохранения является одной из лучших в плане ВВП и средней по показателям врачей общей практики, больничных коек и медсестер. Кроме того, стоимость лекарств во Франции является одной из самых низких в Европе. Цены на лекарства во Франции на 10% меньше, чем в Великобритании, а также значительно ниже половины тех же лекарств, которые были приобретены в США.

Для получения медицинского обслуживания каждый гражданин и иностранец во Франции должен быть зарегистрирован в системе CPAM (Caisse Primaire Assurance Maladie).

Французская система здравоохранения считается одной из лучших систем здравоохранения в Европе, которая хорошо зарекомендовала себя благодаря большому количеству врачей, входящему в единую систему, низкому времени ожидания для пациента и доступным ценам.

Система здравоохранения Соединенных Штатов Америки характеризуется своим лидерством в области биомедицинских исследований, новейшими медицинскими технологиями, а также недоступностью для большого количества граждан. Медицинские услуги оказываются платно на условиях добровольного медицинского страхования, стоимость полисов медицинского страхования, медицинских услуг, фармацевтических препаратов и предметов медицинского назначения высокая. Около 30% пациентов с хроническими заболеваниями тратят более 1000 долларов в качестве расходов на здравоохранение.

Высокий уровень медицинских расходов вынуждают пациентов отказываться от медицинской помощи, даже если она крайне необходима. Высокая стоимость медицинских услуг является тревожным фактором, особенно для семей с ограниченным бюджетом или без страховки. По состоянию на начало 2012 года 16% населения США были незастрахованы [6].

Общие расходы на здравоохранение в Америке в 2017 году составили приблизительно 3,5 триллиона долларов, и около 32% этой суммы - или 1,1 триллиона долларов - было потрачено на медицинские услуги. Больничные расходы в среднем составляли 3949 долл. США в день, а каждое пребывание в больнице - в среднем 15 734 долл. США.

Вследствие этого, в США развиты инструменты дополнительного финансирования медицинских услуг. Информация о возможностях финансирования медицинских услуг представлена в открытом доступе, но не все пациенты обращаются к таким инструментам, поскольку зачастую не обладают нужным уровнем образования и готовностью исследовать различные источники информации [7].

К таким инструментам дополнительного финансирования можно отнести более 35 источников, сгруппированных по следующим основным видам:

- Государственные льготы. Система Benefits.gov поможет пациенту найти государственные льготы, на которые он может иметь право после заполнения онлайн-анкеты.

- Единый путь, система United Way может предоставить информацию о медицинской помощи в конкретном регионе. Звонок на трехзначный номер 211 или переход на сайт 221.org даст пациенту информацию о службах здравоохранения в конкретном районе.

- Национальная ассоциация бесплатных и благотворительных клиник. В США, кроме государственного медицинского здравоохранения функционирует частное бесплатное здравоохранение, финансируемое Ассоциацией бесплатных и благотворительных клиник.

- Государственные программы. В каждом штате есть программы для оказания финансовой помощи в области медицинского обслуживания, медицинского страхования, получения бесплатных лекарств, временного ухода, скрининга болезней и многого другого. Поиск по штату можно осуществить на сайте NeedyMeds.org.

- Федеральная система медицинской помощи неимущим Medicaid покрывает не только роженицам, но более 40% всех родов в США финансируется именно по этой программе. Охват беременных женщин включает дородовой уход в период беременности, родов, родов и в течение 60 дней после родов.

- Закон о доступном медицинском обслуживании («Obamacare») позволяет пациенту зарегистрироваться в системе частного страхования через онлайн-магазин и получить субсидию для частичной оплаты страховки.

- Программа Donated Dental Services (DDS) предоставляет бесплатное лечение зубов людям пожилого возраста, инвалидам и другим людям, имеющим медицинские показатели. В программе функционирует 15 000 стоматологов, которые работают по всей стране.

Таким образом, несмотря на высокую стоимость медицинских услуг в США, финансирование осуществляется фрагментировано сложной структурой федеральных, государственных, местных и частных источников, что предоставляет возможность для информированных пациентов получать необходимые услуги. Задача государственных медицинских структур –

обеспечивать достаточную информированность населения о возможности получения финансирования.

В настоящее время развитие рынка платных медицинских услуг в Республике Казахстан осуществляется по пути роста практики прямых платежей в момент оказания помощи. Платная медицина в Республике Казахстан развивается через приватизацию объектов здравоохранения, ранее находившихся в государственной собственности, а также через государственные учреждения здравоохранения и частные клиники [8].

Анализ зарубежного опыта оказания медицинских услуг показал, что существуют различные способы финансирования медицинского обслуживания пациента, применяемая в Республике Казахстан система прямых платежей не является самой эффективной, поскольку пациент и врач не всегда знают, во сколько обойдется лечение пациенту и обладает ли пациент необходимыми финансовыми средствами. Кроме того, финансирование путем осуществления прямых платежей не предоставляет возможности информатизации процесса оказания медицинских услуг.

Рекомендуется, в качестве повышения эффективности, доступности и качества медицинской платных медицинских услуг:

- на первом этапе, через частные клиники и государственные медицинские учреждения – внедрять инструменты информирования населения Республики Казахстан о добровольном медицинском страховании;

- интегрировать всех поставщиков платных медицинских услуг, а также медицинские страховые компании и государство в единую систему электронного здравоохранения, с постепенным подключением возможности пациентов оставлять отзывы о лечении (по примеру Швеции). Пока нет единых национальных реестров качества и цифровизация системы здравоохранения осуществляется не повсеместно, государственным медицинским учреждениям и частным клиникам рекомендуется разрабатывать собственные информационные базы данных, предоставляющие возможность пациентам предоставлять отзывы о качестве получаемых медицинских услуг и результатах лечения;

- разработать сетку нормированных цен на услуги врачей общей практики и медицинских специалистов (по примеру Франции), а все платежи превышающие нормы, финансировать из фондов обязательного и добровольного медицинского страхования;

- разработать единую информационную базу дополнительных фондов, программ и институтов финансирования медицинских услуг для категорий граждан, которые не квотируются государством, либо квотируются, но в недостаточном объеме, например, о таких фондах, как: общественный фонд помощи онкобольным «Амила», фонд помощи детским медицинским учреждениям, детским домам, а также школам-интернатам для детей с ограниченными возможностями «Дара», добровольное Общество «Милосердие» и т.д.

Таким образом, проведенный обзор зарубежного опыта оказания платных и бесплатных медицинских услуг и его применение в системе здравоохранения Казахстана показал, что в зарубежной практике имеются инструменты и механизмы организации и финансирования медицинских услуг, которые повышают доступность и качество медицинской помощи для населения и которые можно рассмотреть в качестве рекомендаций для дальнейшего развития системы здравоохранения Казахстана.

Список литературы

1. Жусупов Б.С., Алимбекова Г.Т. Медицинское обслуживание населения Казахстана: реальность и оценки// Статистическое обозрение Казахстана. №9, Алматы, 2014, стр. 95
2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для медицинских вузов. – М.: ЭОТАР-Медиа, 2012, 608с.
3. Titti Mattsson Quality Registries in Sweden, Healthcare Improvements and Elderly Persons with Cognitive Impairments// *European Journal of health law* 23 (2016) 453-469
4. Ксавье Шамбар Система здравоохранения во Франции// *GIP SPSI*, 2013, 132с.
5. Исатаева Н.М. Система менеджмента качества на основе международных стандартов в медицинских организациях. – Астана, 2011, 25с.
6. Michael Saag *Positive: One Doctor's Personal Encounters with Death, Life, and the US Healthcare System*. – Texas, Greenleaf Book Group, 2014, 376с.
7. Vineet Arora, Christopher Moriates, Neel Shah *The Challenge of Understanding Health Care Costs and Charges*// <https://journalofethics.ama-assn.org/article/challenge-understanding-health-care-costs-and-charges/2015-11>
8. Кульбаева А. Медико-биологическая отрасль Республики Казахстан// АО Рейтинговое агентство РФЦА, 2016. Электронный доступ [<http://rfcaratings.kz/wp-content/uploads/2015/11/Analiz-mediko-biologicheskoy-otrasli-Respubliki-Kazakhstan.pdf>]

УДК 005.962.13:334.012.64.

Совершенствование тайм-менеджмента в медицинском вузе

Джайнакбаев М.Н.

Казахстанско-Российский медицинский университет

Резюме: В данной статье сделан теоретический обзор основных направлений повышения эффективности управления временем преподавателя, а также представлены результаты опроса преподавателей медицинского вуза по наиболее частым типичным проблемам тайм-менеджмента. В результате представлены рекомендации по повышению эффективности системы управления временем преподавателей медицинского вуза.

Ключевые слова: медицинский вуз, образовательная система, преподаватель, хронофаг, управление временем, тайм-менеджмент.

Вузы как субъекты образовательной системы являются частью экономической системы страны, поэтому все принципиальные изменения в экономике проявляются и в деятельности вузов. В сложившихся условиях важнейшим направлением управленческой деятельности является формирование стабильного механизма функционирования вуза, адекватно отражающего развитие рыночных отношений в сфере высшего профессионального образования, способствующего наиболее эффективному использованию всех находящихся в распоряжении высшего учебного заведения ресурсов, в том числе трудовых ресурсов,

которыми являются педагогические кадры медицинского вуза.

Повышение качества медицинской помощи находится в прямой зависимости от подготовки и рационального использования научно-педагогических кадров высшей медицинской школы. Именно профессора и преподаватели определяют уровень и содержание учебного процесса в высшей медицинской школе, готовящей специалистов-врачей, стоящих на страже здоровья людей, способных решить актуальные проблемы здравоохранения в соответствии с современными достижениями медицинской науки и практики. Кроме того, научно-педагогические коллективы медицинских институтов принимают самое непосредственное участие в решении и разработке фундаментальных и прикладных проблем медицинской науки и здравоохранения.

В условиях совершенствования системы образования в высшем учебном заведении важнейшими условиями и факторами успешной деятельности профессорско-преподавательского состава являются: умение эффективно использовать время и рационально организовывать личный труд; способность преодолевать стресс; а также реализация творческого потенциала педагога и, соответственно, креативного подхода к образовательному процессу [1].

При возникновении частых типовых проблем в педа-

Таблица 1 – Типовые хронофаги преподавателей медицинского вуза, разгруппированные по видам деятельности (нагрузке) преподавателя

Вид нагрузки	Внешние хронофаги	Внутренние хронофаги
1	2	3
Научно-исследовательская работа	Завышенные требования к проектам. Низкий ранг у научных и инновационных видов деятельности перед другими видами деятельности. Недостаточность ресурсов. Усложненная координация и отсутствие связи между участниками проектами. Затяжной процесс принятия решений на верхних уровнях управления мед.вузом. Отсутствие плановых норм времени на отдельные виды внеучебных работ.	Неумение выделять приоритеты и ставить реальные сроки. Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем (календари, планировщики задач, органайзеры). Заваленность текучкой по другим видам деятельности. Отсутствие личного календарного плана-графика инновационных задач.
Учебная (преподавательская) нагрузка	Недостаточность специального оборудования Нехватка аудиторий. Недостаточность прочих информационных, технологических ресурсов.	Неумение планировать. Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем (календари, планировщики задач, органайзеры). Завышенные внутренние требования к учебным материалам (перфекционизм).
Воспитательная и организационная работа	Дублирующие собрания и совещания. Недостаточная системность в постановке задач. Противоречивость и несогласованность различных задач между собой. Отсутствие плановых норм времени на отдельные виды внеучебных работ. Некорректно, неправильно, неполностью сформированные и поставленные задачи.	Неумение отказать коллегам, неумение выделять приоритеты. Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем (календари, планировщики задач, органайзеры). Перенос действий на будущее.

Продолжение таблицы 1

1	2	3
Прочая организационно-управленческая деятельность	Некорректно, неправильно, неполностью сформированные и поставленные задачи. Распределение ответственности между несколькими педагогами. Противоречивость и несогласованность различных задач между собой. Отсутствие однозначно понимаемых алгоритмов решения типовых задач. Отсутствие плановых норм времени на отдельные виды внеучебных работ.	Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем (календари, планировщики задач, органайзеры). Неумение выделять приоритеты и ставить реальные сроки. Перенос действий на будущее.
Примечание составлено автором		

гогической деятельности преподавателей медицинского вуза следует выявлять эффективность системы управления временем педагогов данного медицинского вуза.

Особым объектом анализа являются причины нехватки времени, так называемые «поглотители времени» или хронофаги. Причем, существуют внешние хронофаги (их порождает окружение, они в большей степени объективны), а также внутренние (их источник находится внутри каждого педагога, они имеют субъективную природу) [2].

Для целей выявления типовых хронофагов преподавателей медицинского вуза был проведен опрос преподавателей НУО Казахстанско-Российский Медицинский Университет. В итоге была сформирована таблица типовых хронофагов, разгруппированных по видам деятельности (нагрузке) преподавателя (таблица 1).

По таблице 1 можно сделать вывод, что существует два глобальных направления повышения эффективности системы тайм-менеджмента в медицинском вузе: это борьба с внутренними хронофагами и борьба с внешними хронофагами на уровне ВУЗа и кафедр.

Для повышения эффективности системы управления временем преподавателей медицинского вуза рекомендуется использовать следующие способы борьбы с внутренними хронофагами (таблица 2).

Особо стоит отметить два самых популярных в зарубежной практике способа повышения личной (персональной) эффективности:

- способ «слона», т.е. декомпозиции поставленных задач;
- способ «лягушки».

Декомпозиция задач или «Нарезка слона». Если для исполнения задачи установлены жесткие сроки, и чем крупнее эта задача, тем труднее заставить себя ее выполнить. В терминологии тайм-менеджмента такие задачи носят название «слонов». Примерами подобных задач могут служить: изучение иностранного языка, написание диссертационного исследования, улучшение физической формы. Главной проблемой при работе со «слонами» является то, что человек склонен все укрупнять, делать задачу и проблему глобальной.

Единственным способом решения является «съесть слона», то есть разделить его по маленьким кусочкам и «съесть» по одному в день. При этом нужно помнить, что размеры кусочков должны быть таких размеров, поедание которых ежедневно приблизит к достижению цели точно в срок [3].

Поедание «лягушек». Бывают задачи, на решение которых требуется мало времени, но которые по своему содержанию являются неприятными или вызывающими другие негативные эмоции. Например, общение с неуспевающим студентом, заполнение календарных планов и так далее. По терминологии тайм-менеджмента такие задачи называются «лягушками». Если «лягушки» откладывать надолго, то они могут перерасти в большие проблемы. Например, задача, на решение которой ранее потребовалось бы 5-10 минут, переросла в проблему, и на ее решение уйдет несколько часов. Если же каждое утро начать с решения неприятной проблемы или задачи, то весь день преподавателя будет проходить более успешно, поскольку «лягушка» не будет маячить на горизонте.

Также преподавателям высшего учебного медицинского заведения рекомендуется придерживаться следующих правил при управлении личным рабочим временем (рисунок 1):

Следование этим правилам поможет наиболее эффективно использовать время. Как показывает практика, умение планировать свое время улучшает результативность и эффективность любого труда, в том числе и педагогического, позволяет снизить потери рабочего времени, снизить рабочие нагрузки, снизить уровень стресса, планировать дела на перспективу, повысить уверенность в себе и получить удовлетворение от достигнутых результатов.

Также важным решением при борьбе с внутренними хронофагами является использованием современных инструментов информационных технологий. Образовательный процесс в медицинском вузе требует определенного количества записей, помогающих систематизировать собранные данные, их хранить и своевременно представлять. Такие записи у преподавателя могут включать: различные учебно-

Таблица 2 – Методы и способы борьбы с хронофагами преподавателей

Хронофаги	Мероприятия по устранению хронофагов
1	2
Неумение выделять приоритеты и ставить реальные сроки	Необходимо осуществить ранжирование запланированных дел по значимости (матрица Эйзенхауэра). Составить поэтапный план достижения цели. Такой план будет способствовать достижению цели, а не ее ожиданию. В конце рабочего дня можно проанализировать достижение намеченных результатов и определить перечень мероприятий на следующий день. Это позволяет заниматься наиболее существенными делами.

Продолжение таблицы 2

1	2
Неумение пользоваться информационными средствами по управлению временем.	Для планирования можно использовать свободное время, которое обычно растрачивается впустую (во время проезда в транспорте, в очереди, ожидании совещания, на переменах). Необходимо установить на мобильный телефон или планшет одну из программ по управлению временем Teacher Organizer, ЛидерТаск, онлайн-органайзер TimeMaster. При обнаружении нескольких минут свободного времени посвятить его просмотру дел, планов, задач из своего органайзера. За несколько минут можно сделать ряд важных звонков, рассылку писем, пометки к задачам, перераспределение дел, ранжирование дел, разбиение задач на шаги и другие действия.
Накопление мелких дел	Мелкие дела, дела на 2 минуты (позвонить, написать, выбрать что-либо из списка, свериться, поговорить с контрагентом) необходимо выполнять либо сразу же, при условии не более 3-4-х мелких дел во время для выполнения основных функций, либо выполнять вечером или по окончании рабочего дня, чтобы не накапливать такие дел и не затягивать зависящие от таких дел важные решения.
Перенос действий или решений на завтра – Задача «лягушка»	Аудит лягушек Выписать список таких задач, по которым принятие решение переносится на завтра. По каждой задаче определить, в чем состоит причина перекладывания. Устранить причину: уточнить сроки, цели, определить возможность получения не хватающих ресурсов, определить собственную состоятельность (ресурсы, силы, время) в решении данной задачи. При невозможности выполнить задачу поставить вопрос руководству по ее передаче другому исполнителю, по привлечению коллег для совместного исполнения и т.д. Разработать пошаговый план выполнения задачи. Записать этот план в органайзер или планировщик с конкретными датами выполнения шагов.
Примечание – составлено автором	

Таблица 3 – Рекомендуемые программные продукты - сервисы для управления временем преподавателей медицинского вуза

Наименование программного продукта (сервиса)	Функции, характеристики
Remember The Milk.	Инструмент для планирования и ведения списка дел. Оснащен современными техническими решениями для разгрузки памяти: E-mail и sms-оповещения о предстоящих делах, работа с приложением при отсутствии Интернета, возможность синхронизации с календарем Google.
Wunderlist.	Многоплатформенный электронный список дел. Позволяет создавать коллективные списки.
LeaderTask	Органайзер, обладающий широким функционалом, который дополняется возможностью индивидуальной ранжировки задач. Удобный и простой интерфейс, с помощью которого педагог с легкостью сможет управлять задачами, проектами, встречами, мероприятиями.
Google keep	Электронный блокнот с возможностью создания обычных записей и пронумерованных списков, программа, имеющая мобильную, браузерную и оффлайн версии. Позволяет из любого устройства, где выполнен вход в Google-аккаунт, получить доступ ко всем имеющимся записям.
Примечание – составлено автором	

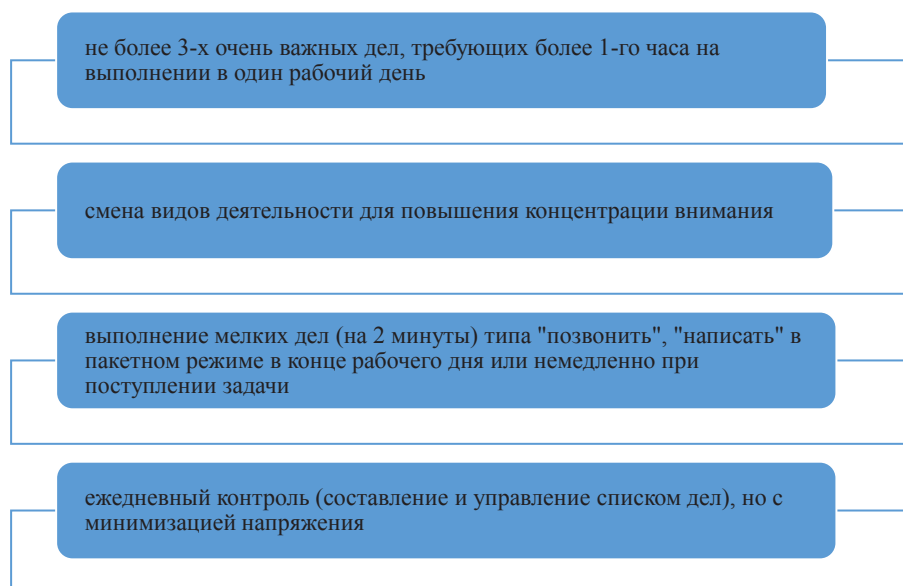


Рисунок 1 – Важные правила для управления временем преподавателя

методические материалы для проведения занятий; выполняемую индивидуальную нагрузку; основные результаты методической, научной и воспитательной работы; текущие результаты успеваемости студентов; указания заведующего кафедрой; а также инновационные идеи, которые почерпнуты на научных и научно-практических конференциях, научных семинарах и других мероприятиях для использования в образовательном процессе и научной деятельности.

В условиях информационного общества целесообразно вести записи с помощью информационных технологий [4].

В таблице 3 представлены рекомендуемые сервисы для управления временем преподавателей медицинского вуза, которые подходят для любого вида деятельности, не только для учебно-педагогической деятельности.

Таким образом, для создания личных «to-do» списков современному преподавателю медицинского вуза необходимо пользоваться информационными технологиями, которые можно подобрать по своему усмотрению.

Для управления временем преподавателей на уровне всего коллектива рекомендуется на каждой кафедре проводить хронометраж, аудит или инвентаризацию времени и выявить действительную картину педагогической деятельности [5].

Таким образом, в данной статье были приведены следующие рекомендации для устранения внутренних хронофагов в деятельности преподавателей медицинского вуза:

- методы устранения рутинности, наращивания дел («лягушка», «есть слона по кусочкам», матрица Эйзенхауэра);
- система планирования и контроля рабочего дня, занимающая от 55 минут до 1,5 часа в день и позволяющая повысить эффективность использования рабочего времени до 50%;
- использование в управлении временем программных продуктов (планировщиков, календарей и пр.);
- применение рекомендаций по чистке стола преподавателя для устранения завалов бумажных документов;

- аудит хронофагов педагогической деятельности на уровне кафедры.

Следуя перечисленным рекомендациям, преподаватель медицинского вуза может контролировать свои временные затраты, рационально и эффективно распределять время для различных видов деятельности, а также для досуга.

Совершенствование условий образовательной деятельности на уровне каждого отдельного преподавателя, включая повышение педагогического мастерства преподавателей, совершенствование тайм-менеджмента, улучшение технологического, материально-технического, информационного обеспечения учебного процесса создадут возможность развития университета. А это скажется на повышении качества подготовки медицинского персонала и в дальнейшем – качества медицинского обслуживания населения, будет способствовать динамичному развитию сферы здравоохранения в Республике Казахстан.

Список литературы

1. Фишбейн Д. Менеджмент 2.0: пора меняться./Директор школы: журнал для руководителей учебных заведений и органов образования. 06.2010.
2. Татаринова В. А., Панина С. В. Навыки профессионального самоменеджмента учителя // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 19. – С. 201–205.
3. Трейси Б. Тайм-менеджмент по Брайану Трейси: как заставить время работать на вас /Брайан Трейси; Пер. с англ. - 3-е изд. - М.: Альпина Паблишерз, 2011.
4. Федорец Н. А. Тайм-менеджмент для педагогов: наука, искусство или осознанная необходимость? // Педагогическая мастерская. Все для учителя, №2 (26), 2014, С.3-7
5. Темиргалиева М.К., Кенжебаева Ж.С., Калыбекова Н.К. Тайм-менеджмент и социально-экономическая модернизация Казахстана// Издательство Жамбылского гуманитарно-технического университета, Тараз, 2011.
6. Долинова М. Тайм-менеджмент в университете. Режим электронного доступа: <https://plus.google.com/+timemanagement2020>.

УДК 614.1:316.0

Информационная обеспеченность населения по вопросам здорового образа жизни

¹Джайнакбаев Н.Т., ¹Третьякова С.Н., ²Хабиева Т.Х., ¹Вдовцев А.В., ¹Давыденко М.В., ¹Таттибаева А.Н., ¹Ибраимжанова Ж., ¹Бахырдинова К., ¹Абдувалиев И.

¹НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», ²Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Резюме. В статье приводится обзор по информационной обеспеченности населения по вопросам профилактики алкоголизма, проведенный в исследовании с целью совершенствования технологии научно-информационного обеспечения специалистов здравоохранения. В Республике Казахстан на сегодняшний день реализуется специальная государственная политика по профилактике алкоголизма и пьянства, осуществляется пропаганда здорового образа жизни.

Ключевые слова: информационная медицинская обеспеченность населения, профилактика алкоголизма, пропаганда здорового образа жизни.

С целью совершенствования технологии научно-информационного обеспечения специалистов здравоохранения приведен обзор по информационной обеспеченности населения по вопросам профилактики алкоголизма. В отечественной и зарубежной литературе имеются многочисленные данные о быстром распространении алкоголизма среди населения. По мнению специалистов, женский алкоголизм обнаруживает тенденцию роста и по некоторым регионам он уже почти уравнивается с мужским. Среди факторов, способствующих алкоголизации женщин, отмечаются такие, как одиночество, длительные стрессы, особенности психоэмоционального склада, особенности профессиональной деятельности, микросоциальное окружение и т.п. [1, 2, 3].

По медико-социальной значимости алкоголизм стал одной из актуальных общечеловеческих проблем и одной из важнейших проблем современного здравоохранения. В то же время медицинские и социальные последствия пьянства и алкоголизма неоднозначны. Социальные последствия алкоголизации обусловлены, прежде всего, психотропным действием алкоголя и как таковые могут проявляться на самых ранних стадиях (снижение работоспособности и производительности труда, противоправные действия, несчастные случаи и т.п.). Медицинские последствия (продолжительность жизни, заболеваемость, смертность, временная нетрудоспособность, инвалидизация и т.п.) формируются, как правило, в результате достаточно продолжительного злоупотребления алкоголем и чаще всего сопровождаются болезнью – алкоголизмом. Это сложное соотношение социального и медицинского в проблеме алкоголизма требует комплексного общественно-медицинского подхода не только к профилактике алкоголизма, но и к выявлению и лечению больных алкоголизмом.

Наибольший уровень распространенности алкоголизма у женщин приходится на возраст 30-39 лет, что составило 46% обследованных женщин. Общие

количество женщин, больных алкоголизмом, в возрасте до 40 лет составило 53% [2].

В развитии этой пагубной привычки ведущую роль играют и особенности личности женщин, их наследственная отягощенность, низкий уровень интеллекта, общий низкий уровень культуры [4].

По мнению Т. Толендиева, в течение многих лет не уделялось должного внимания работе по пропаганде здорового образа жизни, особенно её наиважнейшей части – гигиеническому обучению и воспитанию населения и, прежде всего – подрастающего поколения. Он утверждает, что более 2/3 граждан вообще не занимаются физической культурой и спортом, до 30% имеют избыточный вес, около 70 млн. курят. В ряду негативных факторов, влияющих на здоровье, особое место занимают пьянство и алкоголизм [5].

Так, по данным В.Ф. Попова, несмотря на издание множества источников литературы о вреде алкоголизма и его последствиях, значительной части населения (около 40%) не были известны сведения о нравственном, экономическом и социальных аспектах негативного влияния алкоголизма. Автор подчеркивает, что цель антиалкогольной пропаганды – формирование у населения трезвого образа жизни и она не возможна без формирования правильного и единого общественного мнения о том, что алкоголь в любой дозе неприемлем для образа жизни человека и что злоупотребление им противоречит нормам морали общества [6].

Н.Г. Игнатовым в городах Москве и Екатеринбурге было проведено исследование отношения населения к медицинской информации. Автор указывает на то, что существует 3 основных типа мотивации к потреблению информации: прагматическая (нацеленная на использование в практической деятельности), коммуникативная (используемая с целью общения) и ритуальная (потребляемая по привычке).

В ходе проведенного исследования было установлено, что более объективными потребителями медицинской информации являются женщины и лица,отягощенные хроническими заболеваниями. С увеличением возраста (примерно с 25 лет) и снижением самооценки здоровья интерес к медицинским проблемам растет, в то же время преимущественно сохраняясь на уровне пассивного потребления, и только в возрасте после 45 лет постепенно начинает переходить в устойчивую потребность. Этот фактор позволяет ставить вопрос об адресованности предоставляемой информации с использованием демографических параметров аудитории и в расчете на оценку потребителями состояния собственного здоровья.

Исследование дало следующие результаты: несмотря на то, что уровень потребления медицинской информации населением находится на довольно низком

уровне, высокую потребность в ней отметили более 20% респондентов. Еще 57% населения составили группу пассивных потребителей, только 8% населения категорично отрицательно были настроены по отношению к медицинской информации, остальные же 15% опрошенных не имели определенного мнения на этот счет [7].

В отличие от СМИ, в передаче медицинских знаний достаточно большую роль играют каналы личной коммуникации, построенные на общении со специалистами, родными и знакомыми. Правильное использование этих каналов способствует выработке установки на потребление информации из массовых информационных источников.

Хорошо себя зарекомендовавшим средством наглядной антиалкогольной агитации является плакат. Мощным методом воздействия на сознание человека являются такие его свойства, как возможность быстро откликаться на злободневную тему, ярко и наглядно показывать даже на сложные, абстрактные идеи. Основная функция плаката – воздействовать (формировать, убеждать, разъяснять) на те, или иные социальные установки, на ведение здорового образа жизни. Это достигается созданием определенного отношения (негативного или позитивного) к социальным явлениям, показом последствий «неправильного» гигиенического поведения, иллюстрацией какой-либо пропагандируемой идеи или её аспекта [8, 9, 10].

Кроме того, следует отметить, что в профилактике алкоголизма среди населения значительное место отводится пропаганде здорового образа жизни медицинскими работниками в лечебно-профилактических организациях и в Центрах по формированию здорового образа жизни.

Из вышесказанного следует, что медицинское информирование населения с использованием СМИ не оказывает существенного влияния на формирование общественного сознания в области охраны здоровья, по качественному уровню и используемым средствам массового воздействия не удовлетворяет требованиям медицинского просвещения, повышения медицинской культуры, формирования навыков здорового образа жизни.

Список литературы:

1. Нашкенова А.М., Махметов М., Бильдебеев К. Политика Республики Казахстан в борьбе с алкоголизмом (в историческом разрезе и в сравнении с другими странами) // Вестник КазНМУ. - №2. - 2015. - С. 205-210.
2. Алкоголизм (Руководство для врачей) / Под ред. Г.В. Морозова, В.С. Рожнова, Э.А. Бабаяна. – М.: Медицина, 1983. – 432 с.
3. Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Багиярова Ф.А., Абзалиева А. Анализ распространения алкоголизма и наркомании в разрезе мирового сообщества и Казахстана // Вестник КазНМУ. - №2 (4). - 2014. - С. 49-51.
4. Степанов А.Ф., Владимиров Б.С. Факторы, способствующие алкоголизации молодых женщин // Здоровоохранение Казахстана. – 1991. - №2. – С. 30-31.

– 1991. - №2. – С. 30-31.

5. Толендиев Т. Пропаганда здорового образа жизни // Здоровоохранение Казахстана. – 1990. - №1. – С. 29-31.
6. Попов В.Ф. Основные направления антиалкогольной пропаганды // Сов. здравоохранение – 1986. - №10. – С. 22-25.
7. Игнатов Н.Г. Отношение населения к медицинской информации // Здоровоохранение Рос. Федерации. – 1998. - №4. – С. 38-41.
8. Ананьина Н.Л. Факторы, влияющие на эффективность воздействия плакатов по антиалкогольной и анти никотиновой пропаганде // Гигиена и санитария Казахстана. – 1988. - №6. – С. 69-72.
9. Леонович А.Л., Максимчук В.П., Молочко С.М. Алкоголизм: понятие, предупреждение и лечение: Научно-практическое пособие / Под ред. В.П. Максимчука. – Мн.: НИИПККисЭ, 2001. – 40 с.
10. Цыбусов А.П., Атмайкина О.В., Уткина Л.И., Хоронек С.Е. О пропаганде здорового образа жизни и преодолении кризисных явлений в общественном здоровье. - ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г. Саранск. – 2018.

Халықты салауатты өмір салты туралы ақпаратпен қамтамасыз ету

Жайнақбаев Н.Т., Третьякова С.Н., Хабиева Т.Х., Вдовцев А.В., Давыденко М.В., Таттибаева А.Н., Ибраймжанова Ж., Бахырдинова К., Абдувалиев И.

Түйіндеме. Мақалада Денсаулық сақтау мамандарын ғылыми-ақпараттық қамтамасыз ету технологиясын жетілдіру мақсатында зерттеу жүргізген алкоголизмнің алдын алу мәселелері бойынша халықты ақпараттық қамтамасыз ету бойынша шолу келтіріледі. Қазақстан Республикасында бүгінгі күні маскүнемдік пен маскүнемдіктің алдын алу бойынша арнайы мемлекеттік саясат жүзеге асырылуда, сау өмір салтын насихаттау жүзеге асырылуда.

Түйін сөздер: халықтың ақпараттық медициналық қамтамасыз етілуі, алкоголизмнің алдын алу, салауатты өмір салтын насихаттау.

*Information For The Population On Healthy Lifestyle
Dzhajnakbaev N.T., Tretyakova S.N., Habieva T.H., Vdovcev A.V., Davidenko M.V., Tattibaeva A.N., Ibraimzhanova Zh., Bahirdinova K., Abduvaliev I.*

Summary. The article provides an overview of the information security of the population on the prevention of alcoholism, conducted in a study with the aim of improving the technology of scientific information support of health professionals.

In the Republic of Kazakhstan, a special state policy on the prevention of alcoholism and drunkenness is being implemented today, and a sober lifestyle is being promoted.

Key words: information medical provision of the population, prevention of alcoholism, promotion of a healthy lifestyle.

Профилактические мероприятия для социально незащищенной группы населения г. Алматы

Маниарипова А.Т.¹, Ешманова А.К.³, Ералиева Г.М.⁴, Шокарева Г.В.¹, Аубакиров Б.Ж.², Нуфтиева А.И.³, Тулеужанова А.Е.², Бисенов С.К.², Кумар Р.¹, Джитендра С.², Проценко М.², Автахунов Ш.¹.

¹КазРосмедуниверситет г. Алматы, РК.

²Ассоциация молодых медиков Алматы, РК.

³НМУ, г. Алматы РК.

⁴Управление социального благосостояния г. Алматы, РК.

Введение

В мире существуют центры дневного пребывания для пожилых, быстрыми темпами развивается сеть специальных платных центров, предназначенных для оказания социально-бытовой и медицинской помощи пенсионерам-инвалидам, в частности, страдающим терапевтическими заболеваниями, в том числе артериальной гипертонией [1]. Лица, посещающие такие центры, обеспечиваются диетическим питанием, получают физиотерапевтические процедуры, занимаются лечебной гимнастикой, трудотерапией, к их услугам логопед. В настоящее время в городе Алматы проживают 221,7 тыс. людей пожилого возраста. Оказание гериатрической и геронтологической помощи лицам старших возрастных групп осуществляется врачами общей практики и врачами гериатрами на приеме в 16 поликлиниках и дневных стационарах. Основная работа по развитию геронтологической службы города Алматы проводится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РК от 23.10.2015 №822 «Об утверждении Стандарта организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в Республике Казахстан». Известно, что сертифицированные гериатры имеются только в 8 поликлиниках. Амбулаторно-поликлиническая помощь пенсионерам оказывается в территориальных поликлиниках по месту жительства или в специализированных медико-социальных учреждениях. В 2017 году социальной поддержкой было охвачено только 18,5 тысяч пациентов. Поэтому целью работы было изучение влияния школы артериальной гипертонией на профилактику заболеваний у пожилых.

Материал и методы

Центр дневного пребывания пожилых с артериальной гипертонией организован в 2019 году при поддержке Управления социального благосостояния г. Алматы. При направлении в центр пожилые сдают лабораторные анализы – общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови, анализы на инфекционные агенты, флюорографическое исследование, которое проводится по месту жительства. Пациент осматривается гериатром и при наличии показаний пациент направляется в Центр дневного пребывания. Пациенты в Центре осматриваются врачами, при необходимости проводится дополнительное клинико-лабораторное исследование, проводится анкетирование по качеству жизни с помощью опросника SF36 [2]. Пациенты получают медико-социальную помощь в виде школы артериальной гипертонии, специализированную помощь в виде занятия ЛФК, йогой, айкуне,

скандинавской ходьбы, трудотерапии, БОС тренинга, диетического питания и кислородного коктейля.

Полученные результаты и обсуждение

В результате работы нами оказана медицинская помощь в виде школы профилактики артериальной гипертонии 127 пациентам, страдающими артериальной гипертонией 1-2 степени с когнитивными нарушениями, с незначительными признаками хронической сердечной недостаточностью старше 60 лет. Все пациенты были осмотрены гериатром, кардиологом, эндокринологом. При поступлении у пожилых пациентов анализы крови, мочи были в пределах нормы. Биохимические анализы также не превышали нормальных величин за исключением липидного спектра крови, который в 69% случаев показали наличие дислипидемии II-III типа. Все пациенты ежедневно получали медико-социальную помощь в виде консультаций по артериальной гипертонии. Всем пациентам назначается биоуправление с помощью биологической обратной связи [3,4]. В результате курсов биоуправления у 64% пациентов достигается повышение стрессоустойчивости. 3 раза в неделю с пациентами проводили трудотерапию с целью улучшения мелкой моторной функции и снижения уровня стресса. Трудотерапия улучшила качество жизни пациентов на 38%. Пациенты получали 15 сеансов йоги для пожилых при артериальной гипертонии. Анкетирование после получения сеансов йоги показало, что у пациентов в 72% случаев улучшалось качество жизни. Также пациентам проводили 15 курс айкуне по отечественной методике. Анкетирование после получения сеансов айкуне показало, что у пациентов в 64% случаев улучшалось качество жизни. Всем пациентам проводили исследование по определению биологического возраста. Исследование показало, что биологический возраст пациентов практически совпадал с паспортным. Пациенты получали 15 сеансов ЛФК. Анкетирование после получения сеансов ЛФК показало, что у пациентов в 72% случаев улучшалось качество жизни. Пациенты получали 35 сеансов тренировки памяти с помощью стандартной компьютерной программы и реабилитации памяти. Анкетирование после получения сеансов тренировки памяти показало, что у пациентов в 57% случаев улучшалось качество жизни. Пациенты получали по 15 сеансов скандинавской ходьбы с учетом биологического возраста пожилых при артериальной гипертонии. Анкетирование пациентов показало что после скандинавской ходьбы у пациентов в 69% случаев улучшалась физическая шкала качества жизни.

Выводы

Таким образом, профилактические мероприятия в центре дневного пребывания пожилых позволяют улучшать качество жизни пожилых.

Список литературы

1. Пожилые люди на Евразийском пространстве: интересы, проблемы и перспективы - Алматы: Исследовательский институт международного и регионального сотрудничества Казахстанско-Немецкого университета, 2018. – 160 с.
2. Чеснокова Ю.Л., Павлова В.Ю., Чеснокова Л.Д., Барбараш О.Л., Шраер Т.И. Показатели качества жизни у больных с хронической почечной недостаточностью, получающих различные виды терапии (консервативная и гемодиализ). [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.hd13.ru/article/1129> (дата обращения: 30.04.2012).
3. Суворов Н.Б., Меницкий Д.Н., Лазарев Н.В., Павлов С.Ф. Индивидуально-типологические показатели функционального состояния человека-оператора в качестве сигналов БОС // Биоправление - 4. Теория и практика, под ред. М.Б. Штарк. – Новосибирск, «ЦЕРИС». - 2002. С. 25-30.
4. Суворов Н.Б., Фролова Н.Л. / Биоправление: ритмы кардиореспираторной системы и ритмы мозга. Биоправление - 4. Теория и практика. под ред. М.Б. Штарк. Новосибирск. - 2002.- С.35-44.

Аннотация

В данной статье рассмотрены профилактические мероприятия в центре дневного пребывания пожилых и оказания им медико-социальной реабилитации артериальной гипертензии. В работе показаны возможности

профилактического подхода для пожилых с помощью оказания медицинской, психологической, социальной, физической реабилитации.

Ключевые слова: профилактика, пожилые, школа, артериальная гипертензия.

Түйіндеме

Бұл мақалада егде жастағы адамдарға арналған күндізгі күтім орталығын құру және артериялық гипертензия және когнитивті бұзылулар сияқты жалпы терапевтік аурулармен медициналық және әлеуметтік оңалтуды қамтамасыз ету қарастырылған. Баяндамада медициналық, психологиялық, әлеуметтік, физикалық сауықтыру арқылы егде жастағы адамдарға алдын-алудың тәсілдері көрсетілген.

Түйінді сөздер: қарттар, артериялық гипертензия, орталық.

Summary

This article describes the creation of a day care center for the elderly and the provision of medical and social rehabilitation with common therapeutic diseases such as arterial hypertension and cognitive disorders. The paper shows the possibilities of a preventive approach for the elderly through the provision of medical, psychological, social, physical rehabilitation.

Key words: elderly, arterial hypertension, center.

УДК: 618.1-057,616.155.194

Репродуктивное здоровье студенток с анемией

*Маниаринова Ж.Б., Ахмедьянова Г.У.**АО «Медицинский Университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №1, заведующая
Ахмедьянова Г.У.*

Анатомо-физиологические особенности подросткового периода повышают риск развития элементозависимых заболеваний, в частности дефицита железа. В пубертатном периоде происходит физиологический ростовый скачок, увеличение мышечной и жировой массы, сложная эндокринная, вегетативная и иммунная перестройка организма. Нарушения процесса ремоделирования возникают крайне легко и приводят к формированию различных функциональных расстройств, а также выявляют скрытую ранее органическую патологию. Согласно данным литературы, каждая третья студентка страдает дефицитом железа [1]. Железодефицитное состояние относится к одной из актуальных проблем пубертатного периода и обусловлено несоответствием потребностей в микроэлементе и его поступлением в организм в подростковом периоде. Это время резко возрастающих потребностей в железе из-за бурного процесса роста, увеличения объема крови, увеличения мышечной массы [2].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) уровень распространенности дефицита железа составляет: 2 миллиарда человек, то есть более 30% населения мира, страдают анемией, многие — в результате дефицита железа, который в районах с недостаточными ресурсами усугубляется инфекционными болезнями [3].

Железодефицитные состояния подразделяются на 2 основные формы: латентный дефицит железа и железодефицитную анемию.

Латентный дефицит железа характеризуется снижением содержания как депонированного, так и транспортного пула железа: отмечается повышенная общая железосвязывающая способность, значительное снижение насыщения трансферрина железом, повышение концентрации протопорфирина в эритроцитах, при нормальных показателях гемоглобина. При этом наблюдаются различные трофические нарушения со стороны кожи, ее придатков и слизистых оболочек, появляется извращение вкуса и обоняния. Развивается астено-вегетативный синдром, мышечная гипотония, изменения нервной регуляции, снижается иммунная реактивность организма [4;5]. Проведенное исследование в Японии, показало, что латентная форма недостатка железа развивается у 71,8% школьников уже через три года после начала менструации [20]. У девушек студенток в следствие скудной клинической симптоматики латентный дефицит железа остается чаще нераспознанным.

Железодефицитная анемия характеризуется нарушением образования гемоглобина вследствие дефицита железа в сыворотке крови и костном мозге, а также развитием трофических нарушений. В клинической картине железодефицитной анемии выделяют 2 синдрома: анемический (снижение толерантности к физической нагрузке, головокружение, сердцебиение, одышка) и сидеропенический (сухость кожи и слизистых

оболочек, ломкость ногтей, выпадение волос, ангулярный стоматит, глоссит, дисфагия, мышечная слабость, извращение вкуса и обоняния). Железодефицит отрицательно влияет на состояние когнитивных функций человека, отмечается ухудшение памяти, сонливость в дневное время [6].

Доказано отрицательное влияние железодефицитных состояний на нервно-психологическое и физическое развитие детей, что может приводить к нарушению иммунной системы и росту заболеваемости ОРВИ [7; 8]. Так же повышается риск развития репродуктивных нарушений на фоне снижения овариального резерва у девочек-подростков, студенток [9;10; 11]. Дефицит железа отрицательно влияет на метаболизм щитовидной железы [12], приводит к снижению синтеза тиреоидных гормонов [13; 14]. Функциональные нарушения щитовидной железы, в свою очередь, обуславливает нарушения гормональной регуляции репродуктивной системы, на фоне преждевременного или позднего полового созревания, нарушений менструального цикла, бесплодия [15].

В Республике Казахстан, согласно клиническим протоколам приняты 2 классификации анемии:

1. Классификация ЖДА по степени тяжести [16]:

- I. Легкая (содержание Hb 90-120 г/л)
- II. Средняя (содержание Hb 70-89 г/л)
- III. Тяжелая (содержание Hb ниже 70 г/л)

2. Этиологическая классификация ЖДА (по Camaschella C., 2015 в модификации) [17]:

Повышенное потребление железа

Недостаточное алиментарное поступление железа

Нарушение абсорбции железа Хронические кровопотери

Связанные с лекарственными препаратами

Наследственные

Эритропоэз, ограниченный железом [18]

Железодефицитные состояния чаще развиваются у девушек и связаны с кровопотерей во время менструации, которая приводит к истощению запасов железа, что в свою очередь доказано большим количеством исследований. Особое значение имеют интенсивность и длительность менструации [19]. Нормальной считается менструальная кровопотеря, составляющая 30-60 мл в месяц (15-30 мг железа). При полноценном питании, включающем достаточное количество мяса и рыбы, из кишечника может усваиваться до 2 мг железа в сутки, следовательно, при нормальной менструальной кровопотере анемия не развивается. Если же кровопотеря превышает 80 мл в месяц, риск развития анемии даже при нормальном питании очевиден.

Частой причиной сидеропении у студенток является нерациональное питание из-за желания похудеть. В некоторых случаях развивается нервная анорексия при которой усугубляется сидеропения вследствие недостаточного поступления железа с пищей на фоне

тяжелой мальабсорбции.

Интересен факт, что дефицит железа может развиваться и у студентов, страдающих избыточным весом и ожирением, причем распространенность дефицита железа увеличивается пропорционально увеличению индекса массы тела (ИМТ) [21; 22]. Ожирение является фактором риска для развития железодефицитной анемии у подростков обоих полов, но девушки подвержены данному риску почти в три раза чаще. Механизмы развития анемии у лиц, страдающих ожирением, до конца неизвестны, однако неоспоримым является факт несбалансированной высококалорийной диеты при возросших относительно массы тела потребностях в железе.

Интенсивные занятия спортом, аэробикой в некоторых случаях могут способствовать развитию железодефицитной анемии, особенно если ранее имелся скрытый дефицит железа. Развитие анемии при интенсивных спортивных нагрузках обусловлено повышением потребности в железе при больших физических нагрузках, увеличением мышечной массы и, следовательно, использованием большего количества железа для синтеза миоглобина и гемоглобина. Кроме этого, интенсивные физические нагрузки снижают абсорбцию железа в кишечнике и увеличивают его потери из-за гемолиза эритроцитов.

Особую группу риска составляют студенты с хроническими заболеваниями, такими как заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе ассоциированные с *H. pylori*, повторные кишечные инфекции, лямблиоз, глистные инвазии, воспалительные заболевания кишечника, инфекционные заболевания (туберкулез, бруцеллез, микоз и пр.), атрансферринемия, коллагенозы [23].

Проблемам развития анемии у студенток, влияния анемии на репродуктивное здоровье, посвящено огромное количество литературных данных. В клинической практике очень редко ставится диагноз латентный дефицит железа при нормальном уровне гемоглобина, несмотря на наличие клинических проявлений дефицита железа, которые в основном связывают с переутомлением студенток, соответственно и лечение данного состояния не проводится, что в дальнейшем приводит к снижению содержания железа в крови и дальнейшему развитию и утяжелению анемии.

Литература:

1. Cotta R.M., Oliveira F.C., Magalhães K.A. et al. Social and biological determinants of iron deficiency anemia // *Cad. Saude Publica*, 2011, vol. 27, suppl. 2, p. S309–S320
2. Maeda M., Yamamoto M., Yamauchi K. Prevalence of anemia in Japanese adolescents: 30 years' experience in screening for anemia // *Int. J. Hematol.*, 1999; 69: 757
3. Питание. Дефицит микроэлементов. Железодефицитная анемия. рекомендации ВОЗ. – Режим доступа: <https://www.who.int/nutrition/topics/ida/ru/>
4. Павлов А.Д., Морщакова Е.Ф., Румянцев А.Г. Эритропоэз, эритропоэтин, железо. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011, 304 с.
5. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение / Под ред. А.Г. Румянцева и Ю.Н. Токарева. 2-е изд., доп. и перераб. М.: МАКС Пресс, 2004. 216 с.
6. Маргузян В. А., Носкова А. С. // *Лечебная физкультура и спортивная медицина*. 2010. №5. С.27-32.
6. Шашель В. А., Бишенова А. А., Потягайло Е. Г., Щеголева Т. Н. Эпидемиологические факторы риска возникновения железодефицитных состояний у детей и подростков Краснодарского края // *Кубанский научный медицинский вестник*. 2017 №4. С. 152-158.
7. Berglund S. Iron Supplements Reduce the Risk of Iron Deficiency

Anemia in Marginally Low Birth Weight Infants // *Pediatrics*. 2010/ Vol. 126 (4). P. 874-883.

8. Ербактанова Т. А.: Репродуктивное здоровье девушек-подростков Тюменской области на фоне латентного дефицита железа: автореф. Дисс. ... канд. Мед. Наук. Тюмень, 2014. С. 93.
9. Салий М. Г., Значение дефицита железа в формировании репродуктивных нарушений при гипоталамической дисфункции пубертатного периода у девочек-подростков // *Астраханский медицинский журнал*. 2013. №4. С. 89-93.
10. Щербак А. Ю., Меликова Т. А., Шаповал Д. Н. Роль тиреоидных гормонов в функционировании репродуктивной системы женщин // *Международный медицинский журнал* 2018 №1. С. 51-54.
11. Коконец И. Е., Цопова И. А. Параметры гипоталамико-тиреоидных гормонов и обмена железа у студентов первых курсов вузов различных регионов Кыргызстана // *Universum: Медицина и фармакология: электрон. Научн. Журн.* 2016. №5. С. 9.
12. Латыпова Л. Ф., роль мониторинга возрастных показателей функции эндокринных желез при железодефицитной анемии у детей // *Здоровье и образование в 21 веке*. 2017. №9. С. 9.
13. Zimmermann M. B. The influence of iron status on iodine utilization and thyroid function // *Annu Rev Nutr.* 2006. Vol. 26. P. 367-389
14. Щербак А. Ю., Меликова Т. А., Шаповал Д. Н. Роль тиреоидных гормонов в функционировании репродуктивной системы женщин // *Международный медицинский журнал*. 2018. №1. С. 51-54
16. Сельчук В.Ю. Чистяков С.С. Толокнов Б.О. и соавт. Железодефицитная анемия: современное состояние проблемы // *РМЖ*, 2012. №1:1.
17. Camaschella C. Iron-Deficiency Anemia // *N Engl J Med* 2015; 372:1832-1843
18. Железодефицитная анемия: клинический протокол МЗ РК №4 от 5 октября 2017 г. – 18 с. – Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/железодефицитная-анемия-2017/15415>
19. Тарасова И. С. И др. // *Вопросы гематологии/онкологии и иммунологии в педиатрии*, 2010. Т. 9. № 2. С. 6-12;
20. Kagamimori S., Fujita T., Naruse Y., Kurosawa Y., Watanabe M. A longitudinal study of serum ferritin concentration during the female adolescent growth spurt // *Annals of Human Biology*, 1998, vol. 15: 413–419.
21. Pinhas-Hamiel O., Newfield R.S., Koren I. et al. Greater prevalence of iron deficiency in overweight and obese children and adolescents // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 2003; 27: 416.
22. Nead K.G., Halterman J.S., Kaczorowski J.M. et al. Overweight children and adolescents: a risk group for iron deficiency // *Pediatrics*, 2004; 114: 104.
23. Фиононова Н.А., Чернов В.М., Морщакова Е.Ф. Анемии у детей: диагностика и лечение. М., 2000, с. 9–17

Манишарипова Ж.Б., Ахмедьянова Г. У.

АО «Медицинский Университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №1.

«Репродуктивное здоровье студенток с анемией»

Резюме: В настоящее время, проблема развития анемии и латентного дефицита железа у студенток имеет немаловажное значение. Именно эти девушки через несколько лет приступят к реализации своих репродуктивных функций. А в случае наступления беременности на фоне анемии, произойдет усугубление данного состояния, произойдут роды ребенком с анемическим синдромом. В результате чего развивается порочный круг. Анемия у матери – анемия у ребенка – анемия у подростка – анемия у девушки студентки – анемия у беременной. Известно негативное влияние анемии на репродуктивное здоровье, а ведь именно девушки-студентки составляют репродуктивный потенциал нашей страны.

Ключевые слова: анемия, девушки студентки, репродуктивное здоровье.

Манишарипова Ж.Б., Ахмедьянова Г. У.

«Астана Медицина Университеті» АҚ, №1 акушерия және гинекология кафедрасы.

«Анемиясы бар студент-қыздардың репродукциялық денсаулығы»

Түйіндеме: Қазіргі күні студент қыздарда анемияның және латентті темір тапшылықтың даму проблемасының маңызы зор. Және осы бойжеткен қыздар бірнеше жылдан соң репродукциялық функцияларын жүзеге асыруға кіріседі. Олар анемия фонында жүкті болған жағдайда, бұл күй күшейе түседі де, анемиялық синдроммен бала дүниеге келеді. Ана анемиясы – бала анемиясы – жасөспірім анемиясы – студент-қыз анемиясы – жүкті әйел анемиясы. Репродуктивтік денсаулыққа анемияның теріс әсер ететіні белгілі, ал атап айтқанда сол студент-қыздар еліміздің репродуктивтік потенциалын құрайды.

Түйінді сөздер: анемия, студент-қыздар, репродуктивтік денсаулық.

Mansharipova Zh.B., Akhmedyanova G. U.

JSC «Astana Medical University», department of obstetrics and gynecology №1.

«Reproductive health of female students with anemia»

Resume: Currently, the problem of the development of anemia and latent iron deficiency in female students is of no small importance. These girls in a few years will begin to implement their reproductive functions. And in the event of pregnancy on the background of anemia, this condition will worsen, a child with an anemic syndrome will give birth. As a result, a vicious circle develops. Anemia in the mother - anemia in the child - anemia in the adolescent - anemia in the female student — anemia in the pregnant woman. The negative impact of anemia on reproductive health is well known, and it is precisely female students who constitute the reproductive potential of our country.

Keywords: anemia, female students, reproductive health.

УДК 616.127-055.1(574.51), 45.20/.34. "612.3

Студенттер арасында жүрек-қантамырлар ауруының негізгі ықпалдарын анықтау және оның алдын алу шарларын қарастыру

Пиржанов Б.Т., Эльхенди Т.Н., Жусипбаева Д.Ж., Қыдыркен А.Б.

Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті. Алматы қаласы

Патологиялық анатомия және сот медицинасы кафедрасы патологиялық физиология курсымен
Кафедра меңгерушісі: м.ғ.к., проф. Есиргенова С.Р., курс меңгерушісі м.ғ.д проф. Пиржанов Б.Т.

Ключевые слова: определение факторов риска ИБС среди студентов.

Резюме: в настоящее время среди взрослого и молодого населения чаще встречается ишемическая болезнь сердца, в том числе, стенокардия и инфаркт миокарда. Используя аппаратно-программный комплекс «Здоровье-Экспресс» в 2018-2019 учебном году обследовано более 200 студентов нашего университета и определены основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: АГ (артериальная гипертензия), ИМТ (избыточная масса тела) и другие факторы. Эпидемиологические исследования аппаратно-программного комплекса «Здоровье-Экспресс» прошли 20% студентов случайным выбором. В результате обследования выявлен основной фактор риска ишемической болезни сердца среди студентов.

Resume:

Key words: identification of risk factors for IHD among students.

Summary: Currently, ischemic heart disease, including angina and myocardial infarction, is more common among adults and young people. Using the Health-Express hardware and software complex in the 2018-2019 academic year, more than 200 students of our university were examined and the main risk factors for cardiovascular diseases were identified: hypertension (arterial hypertension), (overweight) and other factors. Epidemiological studies of the Health-Express hardware-software complex were completed by 20% of students by random choice. The survey revealed the main risk factor for ischemic heart disease among students.

Тақырыптың өзектілігі

Жүрек-қантамырлар ауруы - соның ішінде жүректің ишемиялық ауруы қазіргі таңда жастар арасында жиі кездесуде. Осы сырқаттың алдын алу үшін оны шақыратын факторларды немесе ықпалдарды білуіміз қажет. Сол ықпалдар арасында сыртқы ортаның экологиясының бұзылуы, қан қысымының көтерілуі, дене салмағының артуы, темекі тарту және ішімдіктер ішу тағы басқа ықпалдар әсері нәтижесінде жүректің ишемиялық ауруы, миокард инфаркт, стенокардия пайда болады.

Тексеру мақсаты, міндеті

Осы тексерулер арқылы, 18-23 жас аралығындағы

студенттер арасында жүрек-қантамырлар ауруының соның ішінде жүректің ишемиялық ауруын шақырушы негізгі ықпалдарды 2-3 курс студенттері арасында анықтап, оның алдын алу жолдарын қарастыру.

Тексеру әдістері және мәліметтер

Студенттерді тексеру үшін комплексті программасы бар «Денсаулық экспрессі (Здоровье Экспресса)» қондырғы арқылы жүргізілді. Тексеру 2018-2019 оқу жылынан басталып студенттердің 20% тосыннан алынған тізім бойынша жүргізілді. Бұл «Денсаулық экспрессі» программасында антропометриялық көрсеткіштер (дене салмағы, бойы) қан қысымы, көздің көруі және оның ақаулары анықталды. Бұдан басқа электрокардиограмма түсіріліп, жүрек ырғағының бұзылысын, кооронарлық қантамырлар жағдайы анықталып, СКУС модульінде студенттердің психофизиологиялық жағдайы және сол реакцияның жылдамдығы анықталды.

Тест Люшер модульінде студенттердің психофизиологиялық жағдайы, түрлі күйзелістер, физиологиялық симптомдар барлығы белгіленді.

Бұл программдан басқа студенттер арасында жүректің ишемиялық ауруының негізгі ықпалдарынан немесе факторына қан қысымын анықтау, осы қондырғы арқылы жүргізіліп оның көрсеткіштері ДДСҰ қабылдаған деңгейі бойынша систола қысымы 140-150 мм.с.б және диастола қысымы 80-90мм.с.б-нан артқан студенттерді қан қысымы жоғары деп есептелінді. Дене салмағын анықтау аяқ –киімсіз 0,1кг дәлдікпен алынды. Дененің артық салмағы Кетле индексі бойынша дене салмағының бой ұзындығына қатынасы ИМТ көрсеткіші 20-29 индекстен артқан жағдайда артық салмағы бар деп есептелінді.

Эпидемиологиялық тексеруде қолданылатын «ROUSE» сұрақнамасына негізделініп темекі тарту, арақ-шарап ішу, тұқымқуалаушылық факторлары анықталды. Темекі тарту- сұрақ қою арқылы, темекі тартады немесе тартпайды, Ия немесе Жоқ деген мәлімдемесі бойынша алынды.

Жүректің ишемиялық ауруы немесе миокард инфаркті кей кездері тұқымқуалаушылық маңызы бар, оны анықтау үшін студенттерге ата-анасында миокард инфаркты, стенокардия, инсульт аурулары болды ма деген сұрақ жауап қайтару арқылы белгіленді.

Ішімдік ішу факторы студенттерге сыра, арақ, вино, алкоголь сусуындарын ішіп көрді ма деген сұрақ жауап қайтару, Ия немесе Жоқ арқылы белгіленді.

Тексерудің нәтижесі және оны талқылау:

Студенттер арасында 2018-2019 оқу жылында жалпы

Тексерілуші студенттер арасында жүрек-қантамырлар ауруының негізгі факторларын, ықпалдарын анықтау кестесі
1- кесте

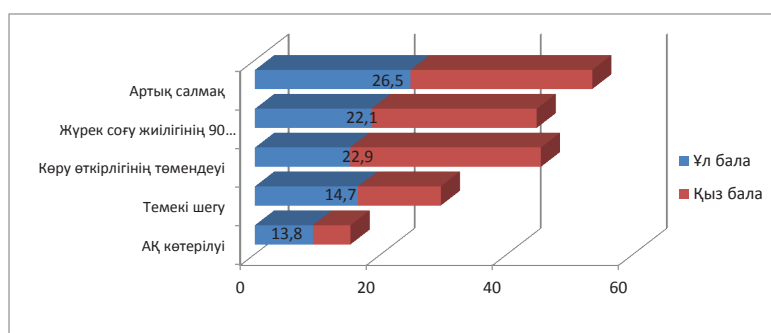
№	Анықталатын көрсеткіштер	Ұл бала - 97	Қыз бала - 99	Барлығы - 196
1	АҚҚ	9=9,2%	6=6%	13=13,8%
2	Темекі шегу	16=16,4%	13=13,1%	29=14,7%
3	Алкоголь	11=11,3%	5=5,1%	16=8,1%
4	Көру өткірлігі	15=15,4%	30=30,3%	45=22,9%
5	Жүрек қан тамырлар бойынша тұқым қуалаушылықты анықтау. Ата анасында ИБС, МИ-нің болуы.	3=3,0%	3=3,0%	6=3,0%
6	Ата анасында Бас ми қантамырларының жарылуы (инсульт) анықталған.	5=5,1%	8=8,0%	13=6,16%
7	Тест Люшера			
8	Электрокардиограммалық көрсеткіштерінің патологиясы			
	А Жүрек бұлшықетінің (умеренный) шамалы гипоксиясы	11=11,3%	7=7,0%	18=9,1%
	Б Жүрек қарыншалары бұлшықеттерінің(умеренный) шамалы өзгерістері.	11=11,3%	26=26,2%	38=19,3%
9	Тыныс алу жиілігі 1 минутта ≤16-18 артық болуы	16=16,14%	18=18,1%	38=17,1%
10	Жүрек соғу жиілігі 1 минутта ≤ 90 артық болуы	18=18,15%	26=26,2%	44=22,14%
11	Стресс, күйзеліс			
12	ИМТ. Артық салмақ. Кетле индексі бойынша анықталды ≤ 20-29	24=24,7%	28=28,8%	52=26,5%

1-кесте. Студенттер арасында жүрек-қантамырлар жүйесі ауруларының негізгі ықпалдарын, қыз бала және ұл бала арасында кездесуі, жалпы ықпалдар көрсетілген.

эпидемиологиялық тексеру әдісін қолдана отырып, 20 % пайыз тосыннан алынған тізім бойынша 200-ден астам студент тексерілді. Қан қысымын анықтау, систола қысымы 140-150 мм.сын.бағ, диастола қысымы 80-90 мм.сын.бағанасынан асқан студенттерді қан қысымы бар деп тізімге алынды. Барлық тексерілушілер арасында осы ықпал 13-13,8%, соның ішінде: ұл балаларда 9,2%, қыз балаларда 6-6,0% жиілікпен кездесетіндігі анықталынды. Тексерілген студенттер арасында ең жоғарғы АҚҚ №15(152/96), №59(150/94), №114 (158/92) мм.сын. бағаны бойынша анықталды. Осы ықпалдар

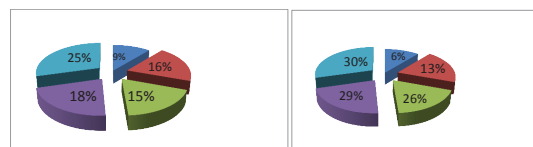
ғылыми тексерушілердің мәліметі бойынша ересек адамдарда жасына байланысты 16,1% кездесетіндігі анықталды (4.с.53-55., 13.с.124., 11.с.106., 16.с.4-6., 17.с.86-91).

Жүрек ауруларының негізгі ықпалдарының бірі дене салмағының артуы ИМТ нәтижесінде көптеген тексерулер бойынша (4.с.53-55., 8.с.457, 9.с.134-135). 30-35% кездеседі, біздің тексеру бойынша дене салмағының артуы №101(113 кг), №97(112кг), №63(113кг) студенттерінде байқалды. Жалпы көрсеткіш 26,5%, соның ішінде ерлерде 24,7%, қыздарда 28,8 % кездесетіндігі анықталынып, осы ықпал түрлі адамдарда жүректің ишемиялық ауруын шақырушы негізгі ықпалдар қатарына жатқызылды. Бұл көрсеткіш Кетле индексі бойынша ≤ 20-29 артқан студенттер алынып, негізгі ықпал ретінде көрсетілді. Жүрек ауруларының келіп шығуына әсер етуші темекі шегу ықпалы негізі рөл атқарып, көптеген ғалымдардың мәліметі бойынша ересек адамдарда 30-40% кездесетіндігі (1.с.69-70., 3.с.172., 10.с.76-78., 11.с.106), ал біздің тексерулер бойынша жалпы көрсеткіш



4-сурет Жүрек-қантамырлар ауруларының негізгі ықпалдарын барлық тексерілушілер арасындағы жалпы көрсеткіш.

Ұл бала көрсеткіші Қыз бала көрсеткіші



2-сурет 3-сурет

■ АҚ көтерілуі 1. АҚ көтерілуі
■ Темекі шегу 2. Темекі шегу
■ Көру өткірлігі 3. Жүрек соғу жиілігінің минуттына 90 артық болуы
■ Жүрек соғу жиілігінің 90артық болуы 4. Артық салмақ
■ Артық салмақ 5. Көру өткірлігі

2- 3 сурет Жүрек-қантамырлар жүйесі ауруларының негізгі ықпалдарын ұл және қыз арасында кездесуі көрсетілген.

14,7%, соның ішінде ұлдарда 16,4%, қыздарда 13,1% кездесетіндігі анықталды.

Жүректің ишемиялық ауруына, соның ішінде: стенокардия, миокард инфаркті ауруларының келіп шығуының негізгі себепшілерінің бірі -алкоголдік ішімдіктер болып саналады. Біздің тексеруімізде (ROUSE)

әдісі бойынша осы ықпал қарастырылып, нәтижеде студенттер арасында алкогольдік ішімдіктерді қолдану 16-8,5%-ға шағылып, оның ішінде ұлдарда 11-11,3% қыздарда 5-5,1 % кездесетіндігі анықталып (6.с.19-21). Жүректің ишемиялық ауруында қазіргі таңға дейін көз өткірлігінің төмендеуі негізгі ықпал ретінде қарастырылмаған, дегенмен көз өткірлігінің төмендеуі тексерілген студенттер арасында 22,9 %, соның ішінде ерлерде 15-15,4% , қыздарда 30-30,3% кездесетіндігі анықталып, келешекте көз өткірлігінің нашарлауы жүрек-қантамыр жүйесіне әсер етуі толық зерттелінсе, осы ықпалды Жүректің ишемиялық ауруынның шақырушы ықпалдарының бірі ретінде қабылдауға болады.

Жүрек ауруларында қазіргі таңда көптеген ғалымдардың көрсетуі бойынша тұқымқуалаушылық ықпалының әсері бар екені айтылуда (12.с.100., 13.с.124). Біздің тексерулер бойынша осы ықпал көрсеткіші 6-3,1% , соның ішінде ұлдарда 3-3,0%, қыздарда 3-3,0 % кездесетіндігі анықталды.

Жүрек қантамырлар ауруын шақырушы негізгі ықпал есебінде қан қысымының көтерілуі нәтижесінде мидың қантамырларының жарылуы «инсульт»-тің пайда болуы, студенттерге сұрақ қою арқылы ата-анасында инсульт жалпы 13-6,6 % , соның ішінде ұлдарда 5-5,1% қыздарда 8-8,0% осы аурумен ауырғандығы белгіленді (13.с.124). Жүректің ишемиялық ауруының негізгі көрсеткіштері болып жүректің жиі соғуы, оның жүрек бұлшықеттерінің гипоксияға ұшырауына алып келетіндігін көптеген ғалымдар көрсеткен (5.с.43-44., 7.с.615., 9.с.134-135).

Біздің тексеруімізде студенттер арасында жүректің ритмі минутына ≥ 90 кездесетіні «денсаулық экспресс» программасы бойынша қондырғы арқылы анықталынып, осындай жағдай студенттер арасында 44-22,4 % , соның ішінде ұлдарда 18-18,1% қыздарда 26-26,2% кездесетіндігі анықталынып.

Тексерілуші студенттерге осы қондырғы арқылы электрокардиограмма жасалып, осы жүйеде жүрек бұлшықеттерінде жастар арасында шамалы гипоксия, жүрек қарынша бұлшықеттерінің шамалы (умеренный) өзгерістері анықталды. (5.с.43-44).

Жүрек бұлшықеттер гипоксиясы тексеру нәтижесі бойынша 18-9,1 % , қарыншалардағы өзгеріс 38-19,3% анықталып, соның ішінде жүрек қарыншалар бұлшықетінің шамадан тыс өзгеруі қыз балдарда 26-26,2 % ұл балдарда 12-11,3% . Осы ықпалдың әсерінен жүрек бұлшықеттерінің гипоксияға ұшырауын келешекте толық ғылыми тұрғыда дәлелдеуіміз қажет.

Қорытынды:

Тексеру нәтижелері көрсетті:

1.«Денсаулық экспрессі (Здоровье Экспресса)» қорытындысын университет студенттері арасында қолданып, жүрек-қантамырлар ауруларының шақырушы негізгі ықпалдарын анықтап, келешекте оның алдын алу шараларын қолдану.

2. Ең жиі кездескен ықпалдардан: қан қысымының көтерілуі жалпы 13,8% соның ішінде ерлерде 9,2 % , қыздарда 6,0% студенттерді тізімге алып, оның алдын алу шараларын қарастыру.

3.Тексеру нәтижесінде студенттер арасында темекі тарту жалпы 14,7% , дене салмағының артуы ИМТ-26,5% кездесіп, осы ықпалдың алдын алу үшін диспансерлік тізімге алу қажет.

4.ЭКГ- нәтижесінде жүрек бұлшықеттеріндегі өзгерістер 19,3% , оның ішінде гипоксия- 9,1% кездесіп, келешекте оның себебін анықтап, тізімге алу.

5. Көз өткірлігінің төмендеуі жалпы тексерушілер арасында 22,9% құрап, бұл өте жоғары көрсеткіш болып, келешекте осы ықпалдың жүрек-қантамырларына әсерін ғылыми түрде дәлелдеп, окулист дәрігері жүрек ауруларына миопияның әсері бар екенің тауып,тізімге алу.

1. Аканов А.А., Рысмендиев А.Ж., Пиржанов Б.Т. Имантаева Г.М. Избыточная масса тела-один из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на селе// Кардиология. - 1988. - №12. - С. 106.
2. Пиржанов Б.Т., Иващенко Р.И., Мандровный С. В Распространенность факторов риска ишемической болезни сердца среди неорганизованного населения г. Алматы. // Проблемы современной кардиологии в Казахстане. - 1985.
3. Рысмендиев А.Ж., Аканов А.А., Пиржанов Б.Т. Избыточная масса тела-один из основных факторов риска ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии среди сельского населения// II съезд кардиологов БССР.- 1987. - С. 76-78.
4. Пиржанов Б.Т., Иващенко Р.И., Мандровный С.В., Избыточная масса тела как фактор риска ишемической болезни сердца. // Здравоохранение Казахстана. - 1986. - №1.-С. 53-55.
5. Балахметова С.А., Жапарханова З.С., Пиржанов Б.Т. Распространенность электрокардиографических изменений в популяции 20-29лет// Вопросы совершенствования терапевтической службы в Республике Казахстан, г. Актобьинск. - 1986. - с. 43-44.
6. Пиржанов Б.Т., Балахметова С.А., Иващенко Р. И. Факторы риска и их связь с алкоголем в распространенности сердечно-сосудистых заболеваний в одном из районов г.Алма-Аты// II съезд терапевтов ТССР, г.Ашхабад.-1986.-С. 19-21.
7. Момбаева К.К., Балахметова С.А., Пиржанов Б.Т. Распространенность дислипидемии как одного из основных факторов риска ишемической болезни сердца трудоспособного населения г.Алма-Аты// Тезисы II съезда кардиологов Армении, г. Ереван.-1986.- 615 с.
8. Момбаева К.К., Иващенко Р.И., Пиржанов Б.Т. Распространенность ишемической болезни сердца и ее основных факторов риска среди мужчин 40-49лет// Тезисы 11 съезда кардиологов Армении, г. Ереван. - 1986.-С. 457.
9. Рысмендиев А.Ж., Аканов А.А., Пиржанов Б.Т. Распространенность ишемической болезни сердца среди сельского населения одного из районов Казахстана // I съезд кардиологов Киргизии. - 1987.-С. 134-135.
10. Пиржанов Б.Т., Иващенко Р.И., Мандровный С.В., Жакенова М.К. Курение один из факторов риска возникновения ишемической болезни сердца у женщин и мужчин молодого возраста (20-29лет)// Материалы 1У Объединенного съезда гигиенистов, эпидемиологов, паразитологов и инфекционистов Казахстана.-1985.-Т.11. - С. 172.
11. Пиржанов Б.Т. Влияние курения на болезнь сердца// Здравоохранение Казахстана. - 1985. - №6. - С. 69-70.
12. Пиржанов Б.Т. Профилактика ишемической болезни сердца// Научно-популярная книга. - Изд-во «Казахстан». - 1989.-100 с.
13. Кулқыбаев Г.А., Пиржанов Б.Т., Имакова Г.У. Частота артериальной гипертензии среди рабочих и служащих вагоноремонтного завода// Тезисы докладов научно-практической конференции, г.Ургенч. - 1991. - С. 124.
14. Амрин К.Р., Жоламанов М.Е., Мусин Е.М., Пиржанов Б.Т. Количественная оценка влияния соединений фосфора на уровень заболеваний населения// Проблемы экологии в патофизиологии. Сбор.АГМИ. - Т. - 1. - 1994. - С. 76.
15. Пиржанов Б.Т., Кадирова Р.Х., Кенесариев У.И. Гигиеническая оценка питания в связи с профилактикой ишемической болезни сердца// Методические рекомендации. - Алматы, 1993 - 17 с.
16. Пиржанов Б.Т. Жүрек қантамырлар жүйесі ауруларының өндірістік зиянды факторларына гигиеналық тұрғыда баға беру// Журнал Здоровье и болезнь.-2003.- С. 4-6.
17. Пиржанов Б.Т. Жұмысшылар арасында жүректің ишемиялық ауруының эпидемиологиялық тарқалуы және олардың тағам ерекшелігін гигиеналық тұрғыда бағалау// Журнал вестник Казахского Национального Медицинского университета. - 2003. - С. 86-91.

Этика и деонтология в современной медицине

Анамбаева А.И.², Анамбаев И.А.¹

¹НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», ²АО «Национальный медицинский университет»

Термин этика (от греческого, *ethos* – обычай, нрав) во многом схож с термином мораль), указанные понятия обычно применяются вместе. Деонтология или наука о морали рассматривал деонтологию как учение о должном в поведении человека. Б.В.Петровский определил деонтологию как учение о долге врача не только перед больным, но и перед обществом.

Медицина, этика и деонтология тесно связаны. Врачебная этика и медицинская деонтология, как их чаще обозначают, – это выражение высокого долга, общечеловеческой гуманности в специфических условиях профессиональной деятельности. Медик должен быть готов к самопожертвованию, забыть личное в интересах другого человека, его состояния и его здоровья. А.П. Чехов говорил, что профессия врача – подвиг и не каждый на это способен. Общечеловеческие морально-нравственные категории чести, достоинства, обязанности, вины, долга, ответственности другие сквозь горнило медицинской практики приобретают своеобразные качества, свойственные лишь для этой специальности и рождающие проблемы, присущие лишь медицине (например, проблему врачебной тайны, вмешательства без согласия больного, эвтаназии, эксперимента на себе и на других людях и др.).

Значение врачебной этики и медицинской деонтологии возрастает в настоящее время, в период изменения социально-экономических отношений, введение рыночных, маркетинговых процессов, прямо коснувшись и здравоохранения. Бесплатная медицина для всего населения за счет государственных средств и права каждого гражданина на бесплатную медицинскую помощь уходят в прошлое. За счет государства и обязательного медицинского страхования (ОМС) обеспечиваются лишь часть медицинских услуг по программе государственных гарантий. Вместе с тем медицинские учреждения получили легальное право на оказание платных дополнительных к гарантированному объему медицинских услуг.

Государство гарантирует доступную медико-социальную помощь, но будет ли она качественной, об этом документы умалчивают и тем самым не исключают оказания некачественных медицинских услуг. Несоответствие между гарантиями государства в оказании населению бесплатной медицинской помощи и финансовый поддержкой этих гарантий является основной причиной того, что граждане страны не обеспечены в должной мере доступной качественной медицинской помощью. А также в большинстве случаев непонимание между врачом и пациентом бывают вследствие оказания пациенту также некачественной медицинской помощи. Снижение жизненного уровня населения, уменьшение числа бесплатных для пациента медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения обуславливают ограничение доступности медицинской помощи. В условиях недостатка финансовых средств каждое медицинское учреждение в отдельности и отрасль в целом заинтересованы в поиске источников своего дополнительного финансирования. Государство в

современных условиях не способно профинансировать все расходы, связанные с охраной здоровья населения. Поэтому часть бремени этих расходов перекладывается на самих пациентов.

В связи с перестройкой здравоохранения становится практически важным государственное регулирование платных услуг на медицинскую помощь, создание общественных организаций, которые должны контролировать квалификацию и качество работы врачей. Важно определить права пациентов, врачей, страховых медицинских организаций, профсоюзов. Особенно важны кодексы врачебной этики. Врач предстает в них морально, душевно и физически чистоплотным, скромным, сдержанным, уверенным, обходительным, другом, советником и наставником больного. Выдающийся медик древности Сушрут записал, «Врач должен обладать чистым страдательным сердцем, спокойным темпераментом, правдивым характером, отличатся величайшей уверенностью и целомудрием, постоянным стремлением делать добро. Можно бояться отца, матери, друзей, учителя, но не должно чувствовать страха перед врачом. Последний должен быть добрее, внимательнее к больному, нежели отец, мать, друзья и наставник». Бесспорно, высокогуманных морально-нравственных требований к врачу призвана хорошо известная клятва Гиппократы – прообраз последующих клятв, присяг, профессиональных этических медицинских обещаний и т.п.

Почитать человека, научившего врачебному искусству, наравне с родителями.

Служить торжеству жизни.

Направлять режим больных к их выгоде сообразно имеющимся силам и разумению.

Соблюдать врачебную тайну.

Непорочно жить и трудиться.

Советоваться с учителями и наставниками, почитать их.

Хранить верность клятве.

М.Я. Мудров, Н.И.Пирогов и другие подчеркивали основополагающие качества в отношении врача и больного – гуманизм в наиболее полном его выражении. Напомним о высоких требованиях в духе медицинской этики и деонтологии к врачу в его отношении с пациентом особенно полезно в настоящее время, когда в условиях перехода на рыночные отношения необходимо пересматривать требования врачебной этики и деонтологии. Снижение уровня этических и деонтологических требований подтверждается и социологическими исследованиями.

Из других проблем медицинской этики и деонтологии назовем соотношения морально-нравственного, правового и юридического. За нарушение морально-нравственных, этических правил и норм медицинские работники подвергаются общественному порицанию, а за нарушение юридических и правовых норм, регламентируемых законами, определенным законодательством наказаниям, вплоть до лишения свободы. Многие правила и

нормы, возникающие и распространяющиеся как этические, морально-нравственные, нередко становятся юридическими, правовыми категориями, закрепленными законодательно. Наиболее демонстративный пример – требование врачебной тайны. Это правило существовало как одно из важных положений клятвы Гиппократова, входило во все этические кодексы и другие документы о принципах и правилах поведения медиков. Спустя много веков соблюдение врачебной тайны стало включаться в законодательные акты. Традиция таких обещаний, клятв, присяг была возобновлена в 1960-х годах в ряде медицинских институтов СССР при получении диплома. В 1971г. Указом Президиума Верховного Совета СССР был утвержден текст присяги врача, а в последующем утвержден новый текст клятвы.

К актуальным вопросам медицинской этики и деонтологии относятся также проблемы врачебной тайны, врачебной ошибки, эвтаназии, право эксперимента на себе (врача, медика) на медицинское вмешательство без согласия больного, а также вопросы трансплантации органов и тканей, генной инженерии, знахарства, парамедицины и другие. Юридическая ответственность подразделяется на административную и уголовную.

Административная ответственность возникает в следующих случаях: неправомерный отказ в предоставлении гражданину информации о здоровье; заведено ложное заключение эксперта; нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических норм и правил и др. Уголовная ответственность возникает, в случае неоказания медицинской помощи больному, незаконного помещения в психиатрический стационар, незаконного занятия частной медицинской деятельностью, при нарушении прав пациента и др. Каждый случай неблагоприятного исхода при оказании медицинской помощи, обусловленный обстоятельствами субъективного характера (действиями медицинских работников), каждый случай профессионального правонарушения должны расцениваться медицинской общественностью как чрезвычайное происшествие. Ненадлежащее, преступно-неосторожное оказание медицинской помощи (нарушение своих профессиональных обязанностей) в процессе диагностики и лечения пациента иногда называют врачебной ошибкой. Большинство врачебных ошибок зависят от малого опыта, недостаточной квалификации врача и преступной самонадеянности, действию на авось. Следует отметить, что ряд врачебных ошибок зависит от объективных причин, например несовершенства методов исследования, отсутствия специальной аппаратуры, нетипичности клинического случая т.е. от особенности течения заболевания, которые не знал или не распознал врач.

Для преодоления и предотвращения врачебных ошибок необходимо самокритичный, открытый анализ их причин и обстоятельств на клинических,

клинико-патологоанатомических конференциях, в профессиональной среде. Самокритика, публичное признание своих ошибок – важный критерий морально-нравственных качеств медика, подчас это требует личного мужества.

Особенно трудна в практическом отношении и сложна в юридическом плане проблема эвтаназии т.е. добровольной смерти больного (обычно обреченного) по его просьбе и требованию. В 1952 г. в адрес ООН было направлено обращение с более чем 2,5 тыс. подписей, среди подписавшихся были известные врачи, ученые, деятели культуры из США и Великобритании. В обращении говорилось о необходимости дополнить Всеобщую декларацию о правах человека правом неизлечимо больного потребовать для себя легкой смерти. Обращение было отклонено ООН, признавшей его антигуманным. Естественно, право на добровольную, легкую смерть вызвало и до сих пор вызывает дискуссию ввиду сложного комплекса сопряженных с ним юридической и морально-нравственных проблем. Наше законодательство исключает решение об эвтаназии, считая это, как и ООН противоречащим требованием гуманности.

Не менее спорными и острыми бывают решения о пересадке непарных органов (сердце, печень) от донора, который считается погибшим. Сложность и острота проблемы связаны с определением биологической смерти донора. Решение проблем медицинской деонтологии и правовых вопросов не всегда бесспорно и нередко архиважно. Для практического применения составляется своды правил поведения медиков, или кодексы медицинской этики и деонтологии. По существу, клятвы Гиппократова может считаться сводом правил поведения врача, т.е. своего рода кодексом медицинской этики и деонтологии.

Правила и кодексы создаются не только для врачей, но и медицинских сестер и других категории медицинского персонала. Обычно такие кодексы подчеркивают необходимость внимательного, душевного и умелого профессионального отношения к больным, строгого, корректного поведения, высокой исполнительской дисциплины, чувства гордости за свое учреждение. Все кодексы содержат требования опрятности, скромности, исключения всякой экстравагантности.

Литература:

1. Петровский Б.В. Деонтология в медицине. - М.: Медицина, 1988.
2. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекции по общественному здоровью и здравоохранению. - 2012.
3. Лисицин Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. - 2011.
4. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – 3-е изд. - М., 1962.

УДК: 618.15-009.611-638.252

Микробиоценоз влагалища в норме и при вагинальных инфекциях

Жатканбаева Г.Ж., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.
Казахстанско-Российский медицинский университет

Резюме

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, молочная кислота, pH влагалища, лактобактерии, нормоценоз.

Микрофлора влагалища является индивидуальной и может даже одной из причин нарушений менструального цикла. Кроме того, понятие нормы может быть различным для разных возрастных, этнических групп и даже географических зон. Нормальное состояние влагалища представлено лактобациллярной микрофлорой, незначительным присутствием условно - патогенных микроорганизмов и имеет, кислую среду (нормоценоз).

Влагалищная микрофлора строго индивидуальна и может даже в состоянии нормы подвергаться изменениям в различные фазы менструального цикла. Кроме того, понятие нормы может быть различным для разных возрастных, этнических групп и даже географических зон. В связи с этим возможны варианты нормального микробиоценоза (нормоценоза) влагалища [1,2].

Нормальная микрофлора влагалища у здоровых женщин репродуктивного возраста характеризуется большим разнообразием видов бактерий, жизнедеятельность которых во многом зависит от их способности к адгезии на клетки вагинального эпителия и возможности конкуренции между собой за места обитания и продукты питания. Микрофлора влагалища здоровых женщин репродуктивного возраста включает спектр микроаэрофилов, факультативных и облигатных анаэробов. На фоне всего видового многообразия ведущее место в вагинальном микроценозе занимают микроаэрофильные лактобактерии, число которых может достигать 10^9 КОЕ/мл. Колонизируя слизистую влагалища, лактобактерии участвуют в формировании экологического барьера и обеспечивают тем самым резистентность вагинального биотопа.

Однако основным механизмом, обеспечивающим колонизационную резистентность вагинального биотопа, является способность лактобактерий к кислотообразованию. Молочная кислота – продукт метаболизма лактобактерий. Она образуется в процессе деструкции гликогена вагинального эпителия лактобактериями и определяет кислую реакцию pH вагинального содержимого, которое в норме составляет 3,8- 4,5. Лактобактерии продуцируют молочную кислоту в количествах, достаточных для создания выраженной кислой среды вагинального отделяемого и, тем самым, препятствуют размножению ацидофобных бактерий.

Таким образом, бактерии – представители нормальной микрофлоры влагалища тесно взаимодействуют между собой и с клетками вагинального эпителия создают и

поддерживают высокую колонизационную резистентность влагалищного биотопа, но иногда могут стать причиной воспалительных процессов урогенитального тракта. Ввиду того, что вагинальная микрофлора помимо защитной функции выполняет и ряд других важных функций - ферментативную, витаминообразующую, иммуностимулирующую и др., ее обычно рассматривают как индикатор состояния влагалища [3,5].

Значительное снижение количества или отсутствие нормальной лактофлоры влагалища и ее замена на полимикробные ассоциации строгих анаэробов в настоящее время называется бактериальным вагинозом (Bacterial vaginosis), который считается инфекционным невоспалительным синдромом.

Проблема бактериального вагиноза в настоящее время весьма актуальна – так как причины его окончательно не выяснены, методы лечения далеки от совершенства, а количество больных женщин неуклонно повышается. Бактериальный вагиноз наиболее общая причина вагинальных выделений и самая распространенная инфекция нижнего отдела мочеполовой системы у женщин детородного возраста.

По данным различных авторов 25-30% женщин страдают этим заболеванием. Во многих случаях заболевание протекает бессимптомно, лишь у 10-60% женщин имеется специфический симптом как неприятный «рыбный» запах.

Бактериальный вагиноз, по последним данным, является одной из причин раннего прерывания беременности, преждевременных родов, хориоамнионита, послеродового эндометрита, послеоперационных осложнений после гинекологических операций, воспалительных заболеваний малого таза у женщин. При бактериальном вагинозе увеличивается риск инфицирования ВИЧ – инфекцией и другими половыми инфекциями.

Международная классификация болезней 10 пересмотра не выделяет бактериальный вагиноз в самостоятельное заболевание. Поэтому статистически его относят к невоспалительным заболеваниям влагалища.

Согласно последним рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) бактериальный вагиноз относится к эндогенным инфекциям репродуктивного тракта человека. До сих пор причины возникновения бактериального вагиноза не понятны. Многочисленными исследованиями лишь установлены определенные условия, при которых бактериальный вагиноз встречается чаще. К ним относятся:

Наличие нового сексуального партнера или наличие нескольких половых партнеров, случайные половые связи.

Частые спринцевания.

Использование внутриматочных спиралей для

контрацепции.

Перенесенные половые инфекции – хламидиоз, гонорея, трихомониаз.

Наиболее популярная теория возникновения бактериального вагиноза, которая поддерживается многими врачами, экологический дисбаланс микрофлоры, связанный с нарушением ее жизнедеятельности. В основе нормального состояния влагалища лежат три основных фактора - количество гликогена в эпителии влагалища, состав нормальной микрофлоры транзитной (временной присутствующей) условно - патогенной микрофлоры.

В процессе взаимодействия лактобацилл и гликогена образуется молочная кислота, которая придает влагалищу определенную кислотность, которая в норме равна pH 3,5-4,5.

Кислая среда влагалища является неблагоприятной средой для размножения патогенной, в том числе и транзитной условно-патогенной микрофлоры, а так же выполняет роль «эволюционного фильтра», т.е. преодолеть кислотный барьер может только самый подвижный и здоровый сперматозоид. В связи с ошелачиванием влагалища эта функция теряется и яйцеклетка может оплодотворить и неполноценный сперматозоид.

Нормальная микрофлора влагалища состоит в основном из кислотофильных лактобактерий, большинство из которых представлено перекись-образующими лактобациллами, небольшую часть микрофлоры составляют бифидумбактерии и пептострептококки. Такая смесь микроорганизмов в норме носит название микрофлора Дедерлейна. Общее количество нормальных микроорганизмов не превышает 100 млн в 1 гр. Помимо образования молочной кислоты лактобациллы выполняют несколько функций по защите влагалища (образование перекиси водорода, лизоцима и ряда ферментов, стимуляция местной иммунной защиты организма).

Таким образом, нормальное состояние влагалища представлено лактобациллярной микрофлорой Дедерлейна, незначительным присутствием некоторых транзитных условно - патогенных микроорганизмов и имеет, кислую среду (pH 3,5-4,5). Влагалище является сообщаемым с внешней средой полым органом, поэтому инфицирование его различными микроорганизмами из внешней среды неизбежно. Часть микробов попадает во влагалище девочки во время родов, часть микроорганизмов заносится из внешней среды. Попавшие микробы уничтожаются сразу, либо временно находятся во влагалище, а затем уничтожаются кислой средой влагалища и различными механизмами защиты, либо остаются во влагалище на неопределенное время, но их размножение так же весьма ограничено механизмами защиты.

При повышении уровня эстрогенов (эндокринные заболевания, прием гормональных контрацептивов, беременность) количество гликогена в клетках превышает норму, лактобациллы не успевают его перерабатывать и избыток гликогена достается транзитной микрофлоре, которая начинает усиленно размножаться.

В результате резкого снижения количества нормальных лактобацилл влагалища происходит резкое увеличение роста и концентрация транзитной микрофлоры со сдвигом влагалищного pH в щелочную сторону, которая в процессе своей деятельности выделяет вещества, которые еще более увеличивают сдвиг среды влагалища в щелочную сторону. Влагалище становится беззащитным перед внедрением и размножением транзитной и патогенной микрофлоры.

В дальнейшем события развиваются по двум вариантам. В одном случае происходит размножение анаэробной микрофлоры и возникает бактериальный вагиноз. Так как в присутствии вагинальных анаэробов происходит подавление активности лейкоцитов – воспаления нет. В другом случае происходит размножение анаэробной микрофлоры и формируется аэробный вагинит с присущей ему воспалительной реакцией.

Типичным и часто единственным симптомом бактериального вагиноза являются обильные выделения из влагалища белого или серого цвета со специфическим неприятным запахом (тухлой рыбы), особенно после полового акта или перед, во время, после менструации. В менее частых случаях отмечается жжение и зуд в области вульвы и влагалища. Иногда отмечается болезненность во время полового акта (диспареуния). В 50% случаев у женщин встречается бессимптомный бактериальный вагиноз. Несмотря на то, что женщину ничего не беспокоит, наличие бактериального вагиноза у нее дает такие же осложнения как воспалительные заболевания органов малого таза, патологию беременности, высокую восприимчивость к половым инфекциям, ВИЧ и инфицированию папилломавирусами. Поэтому во многих странах разрабатываются программы, рекомендуемые скрининг на бактериальный вагиноз молодых женщин и женщин с повышенным риском. Нет четких критериев для определения рецидивирующего бактериального вагиноза.

В основном под рецидивом подразумевается повторение эпизода заболевания в течении 3 месяцев после курса лечения. По оценкам различных авторов частота рецидивов составляет от 15 до 30%. После повторного курса лечения, по крайней мере у 52% отмечаются повторные рецидивы в течение года. Мнение врачей и ученых – бактериальный вагиноз опасен для здоровья женщины и его нужно лечить.

При определенных условиях мужчины – половые партнеры женщин больных бактериальным вагинозом, могут инфицироваться от них транзитной микрофлорой с развитием у них заболеваний.

Для лечения бактериального вагиноза используется ряд лекарственных препаратов, применяемых системно и (или) вагинально. К сожалению, все чаще и чаще отмечаются рецидивирующие формы заболевания, и растет количество случаев неудачного лечения.

Большое значение в данной ситуации имеют профилактические мероприятия по поддержанию нормальной микрофлоры влагалища, так как лактобациллы, вырабатывающие молочную кислоту и поддерживающие нормальный pH (3,5-4,5) среды влагалища, а также ряд микробицидных факторов

и перекись водорода (H_2O_2), подавляют рост многих микроорганизмов и бактерий.

Таким образом:

Влагалище и его уникальная микрофлора продук хорошо сбалансированной экосистемы

Вагинальная микрофлора - это не статическая популяция, но, весьма, динамическая (типы и концентрации постоянно колеблются в соответствии с изменениями окружающей среды)

Вагиниты происходят, когда вагинальная экосистема нарушена (внешними патогенами или при пролиферации эндогенной микрофлоры).

Список литературы

1. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. Микробиология

- влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. // Учебное пособие. – М., ВУНМЦ МЗ РФ, - 1999.– 80с.
2. Тютюнник В.Л. Патогенез, диагностика и методы лечения бактериального вагиноза. // Фарматека. –2005. – № 2 (98), - С.20–24.
 3. Байрамова Г.Р. Клинические особенности и эффективность различных методов терапии бактериального вагиноза. // Дисс. ... канд. мед. наук.– М.– 1992.
 4. Акопян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение): Дисс... канд. мед. наук.– М.– 1996.
 5. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. – СПб., - 2001.–364с.

Тұжырым

Қалыпты және вагинальды инфекцияларда микробиоценоз

Жатқанбаева Г.Ж., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.
Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті,
Алматы қаласы, Қазақстан

Құпия сөздер: бактериалды вагиноз, сүт қышқылы, қынап рН, лактобактериялар, нормоценоз.

Қынаптық микрофлора қатаң, жеке болып

табылады, тіпті етеккір циклының ережелерін өзгертуде қабілетті болуы мүмкін. Бұдан басқа да, әр түрлі жастағы этникалық топтардың, географиялық аймақтарға таралуы. Осыған байланысты қынаптың ықтимал нұсқалары қалыпты микробиоценоз (нормоценоз).

Summary

Vaginal Biotope In Normal Rate And Vaginal Infections
Zhatkanbayeva G.Zh., Utebayeva Zh.A., Myrzabayeva N.N.

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan
Key words: bacterial vaginosis, lactic acid, vaginal pH, lactobacterium, normocenosis

Vaginal biotope is individual and may even be one of the causes of menstrual disorders. In addition, the concept of a normal rate may be different, for example ethnic groups, and even geographic zones. The normal state of the vagina is represented by lactobacilli biotope, a slight presence of pathogenic microorganisms (normocenosis).

УДК 613.888 ббк 57.12- 61.

Критерии приемлемости гормональной контрацепции у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза на фоне аутоиммунного тиреоидита

Кадырова К. И., Жатканбаева Г.Ж., Иманбаева Ж.А., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.
Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан

Резюме

Ключевые слова: гормональная контрацепция, воспалительные заболевания органов малого таза, аутоиммунный тиреоидит

Казахстан является эндемически неблагоприятной зоной по заболеваниям щитовидной железы. Одно из угрожающих заболеваний для репродуктивной системы женщин – аутоиммунный тиреоидит. Особенно важно, что АИТ часто сочетается с гинекологической и с акушерской патологией. В свою очередь уровень воспалительных заболеваний органов малого таза в РК остается очень высоким.

Позднее начало лечения ведет к тяжелейшему последствию: бесплодию. Посредством гормональных контрацептивов можно воздействовать на половые гормоны, которые регулируют обменные процессы и обладают антимикробным действием. Гормональная контрацепция не оказывает отрицательного влияния на содержание в сыворотке крови ТТГ и Т4св, а напротив, оказывает иммуносупрессивное действие на уровень антител к ТПО, ТГ, благоприятно влияет на течение АИТ и уравнивает состояние организма. Таким образом, гормональная контрацепция в сочетании с основной терапией ВЗОМТ на фоне аутоиммунного тиреоидита не оказывает негативного влияния на уровень гормонов щитовидной железы и способствует формированию нормальной влагалищной микрофлоры.

Цель данной статьи - объединить два серьезнейших патологических состояния женщин: воспалительные заболевания органов малого таза и аутоиммунный тиреоидит для подбора гормонального контрацептива, который качественно защитит от нежелательной беременности и не навредит уже существующим заболеваниям, а возможно даже вызовет более благоприятное течение имеющегося хронического заболевания. В литературе мы встретили очень мало данных об эффективности назначения и влияния гормональных контрацептивов на здоровье женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза на фоне аутоиммунного тиреоидита.

Воспалительные заболевания органов малого таза занимают 1ое место в мире в структуре заболеваемости среди остальных патологий гинекологии и репродуктологии. По данным мировой статистики, воспалительные заболевания органов малого таза встречаются у каждой 10-ой женщины, из которых 60-65%

требуют амбулаторного и до 40% стационарного лечения [1]. В Республике Казахстан, несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению, уровень заболеваемости воспалительными заболеваниями органов малого таза (сальпингитом, оофоритом) в расчете на 100 000 населения по-прежнему очень высок, превышая таковой в США в 2,7 раз [4] и в Великобритании (по данным 2011 года) - в 3,7 раз [5]. Эта проблема особенно актуальна в крупных мегаполисах, например, в Алматы по данным официальной статистики до 2010 года заболеваемость сальпингитом и оофоритом в несколько раз превышает общереспубликанский уровень. Кроме того, эта проблема остается актуальной как, для городского населения, так и для сельского: если в 2001-2005 годах уровень заболеваемости городского населения превышал таковой сельского населения в 1,8-1,3 раза соответственно, то в последние годы этот разрыв практически исчез [6].

Казахстан является эндемически неблагоприятной зоной по развитию заболеваний щитовидной железы. В настоящее время, аутоиммунный тиреоидит является одним из наиболее встречаемых аутоиммунных заболеваний у женщин. Особенно важно, что аутоиммунный тиреоидит (АИТ) очень часто сочетается как, с гинекологической, так и с акушерской патологией. Для населения Казахстана проблема тиреоидной патологии является крайне актуальной, так как в Казахстане 60% территории находится в условиях йодной недостаточности (7). Как правило, заболевания щитовидной железы у женщин развиваются в репродуктивном возрасте [8,9,10,11]. Так, по данным ВОЗ (2001), около 30% населения земного шара имеет риск развития йоддефицитных заболеваний, около 700 млн. человек страдает различными формами зоба, более 50 млн. детей имеют задержку умственного развития, связанную с дефицитом йода.

В настоящее время проблема АИТ у женщин репродуктивного возраста вызывает много споров, в связи с увеличением гинекологической заболеваемости и с опасностью его гипотиреоидной фазы - без правильного и своевременного лечения АИТ может привести к рождению психически неполноценного потомства. По данным литературы, частота АИТ колеблется 4-46% от всей тиреоидной патологии и женщины, как правило, страдают данной патологией значительно чаще, чем мужчины, что объясняется особенностями женского гормонального статуса и ролью половых гормонов. До настоящего времени нет единого мнения об уровне, на котором осуществляется взаимосвязь между

репродуктивной системой женщины и патологией щитовидной железы, поэтому проблема влияния половых и тиреоидных гормонов на органы-мишени при наличии патологий в иммунной системе организма остается нерешенной.

Воспалительные заболевания органов малого таза достаточно редко имеют яркую клиническую картину и большинство симптомов неспецифичны, поэтому и представляют особую сложность среди огромного количества других гинекологических патологий. По данным литературы две трети случаев воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) могут остаться не диагностированными. Однако позднее начало, лечения как правило, приводит к распространению воспаления и ведет к тяжелейшим последствиям, таким как: внематочная беременность, синдром хронической тазовой боли, бесплодие [12-13]. ВЗОМТ - это группа самостоятельных воспалительных нозологических форм, в основе которого лежит развитие инфекционно-воспалительного процесса в верхних отделах женского репродуктивного тракта и может включать: оофорит, сальпингит, tuboовариальный абсцесс и/или тазовый перитонит, параметрит, эндометрит, а также их комбинации [14].

Этиологией развития ВЗОМТ является микробная флора, например микроорганизмы гноеродной флоры: вульгарный протей, кишечная палочка, стрептококки, стафилококки и инфекции передаваемые половым путем. Анаэробы играют важную роль в проникновении из слизистой влагалища, цервикального канала, кишечника и с наружных половых органов. Следовательно, pH влагалища сдвигается в щелочную среду и начинается подавление лактофлоры – это и приводит к восходящему инфицированию, что затем и вызывает воспалительный процесс. В той же мере причиной возникновения ВЗОМТ могут быть провоцирующие факторы, такие как роды, кесарево сечение и менструации. Ятрогенные факторы также могут спровоцировать воспаление (аборт, диагностическое выскабливание, гистероскопия, внутриматочные контрацептивы, операции), а также ослабление естественных барьеров, которые ведут за собой открытию входных ворот и распространению инфекции.

По данным современных исследований в женском репродуктивном тракте могут существовать патогенные микроорганизмы, не вызывая клинических проявлений заболевания – такой типа микрофлоры называется промежуточным [12]. Это могут быть транзиторно выявляемые у 10% клинически здоровых женщин *Gardnerella*, *Staphylococcus aureus*, *Ureaplasma urealyticum* [13]. Грибы рода *Candida*, не вызывающие никаких клинических проявлений, обнаруживаются в 13–33% случаев [15]. Не смотря на то, что особенности влагалищной микрофлоры в разные фазы менструального цикла подробно описаны, в литературе содержится мало сведений о влиянии гормональных препаратов на влагалищную флору с целью контрацепции и лечения.

Эталоном контрацепции в настоящее время являются гормональные противозачаточные препараты, в особенности такая группа препаратов как комбинированные оральные контрацептивы (КОК). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире средствами гормональной контрацепции пользуются более 120 млн. женщин [16]. Согласно рекомендациям ВОЗ, воспалительные заболевания органов малого таза являются показанием для назначения КОК, а женщины, использующие КОК, подвергаются вдвое меньшему риску их возникновения

[17]. По результатам клинических испытаний КОК можно использовать в качестве вспомогательного средства для лечения воспалительных заболеваний у женщин [18]. Прием КОК уменьшает частоту рецидивов хронических сальпингоофоритов приблизительно в 3 раза [19]. Вот некоторые механизмы, которые реализуют защитный эффект:

- повышение вязкости влагалищной слизи и снижение до минимума менструального отделяемого, что препятствует вертикальному инфицированию;
- уменьшение силы и частоты нормальных физиологических сокращений матки и ослабление за счет этого “присасывающего” эффекта;
- повышение активности комплемента в сыворотке крови;
- предотвращение нежелательных беременностей и абортов, ведущих к послеоперационной инфекции;
- улучшение регенерации эпителия, служащего механическим барьером для патогенов;
- увеличение содержания гликогена во влагалищном эпителии и, как следствие, повышение числа лактобацилл, конкурирующих с патогенами за субстрат.

Известно, что половые стероиды, регулирующие обменные процессы в организме, обладают антимикробным действием [20]. Исследуя популяционную изменчивость *Staphylococcus aureus*, Иванов Ю.Б. и др. [21] показали, что культивирование стафилококков с препаратами половых гормонов ведет к достоверному уменьшению антилизосомной активности и гетерогенности популяции стафилококков по этому признаку, что снижает адаптационные возможности бактериальной популяции.

Однако в отношении других свойств микроорганизмов действие половых гормонов на популяцию стафилококков было неоднозначным: прогестерон обладал незначительным стимулирующим влиянием на их рост, а эстриол оказывал выраженный стабилизирующий эффект на развитие бактерий. Отмечено прямое влияние прогестерона на грибы рода *Candida*: *in vitro* он способствует инверсии псевдомицелия в дрожжевые клетки [22]. Эти данные свидетельствуют о роли стероидных половых гормонов в формировании микробиоты репродуктивной системы.

В современной литературе нет однозначных выводов о влиянии гормональной контрацепции на развитие дисбиотических состояний влагалища — бактериального вагиноза и кандидоза. Наиболее распространены мнения о том, что прием КОК является фактором риска развития бактериального вагиноза [23] или же не влияет на его возникновение [24]. Однако появились данные, что гормональные контрацептивы обладают протективным эффектом в отношении бактериального вагиноза [25]. Исследования, проводившиеся в Швеции, также показали, что молодые женщины, применявшие КОК, имели значительно меньшую частоту бактериального вагиноза, чем те, кто их не принимал [26].

Нельзя однозначно ответить на вопрос, как влияют КОК на возникновение и течение кандидозного кольпита. По результатам статистических исследований [27], несмотря на снижение процента женщин, пользующихся КОК, и увеличение числа использующих презервативы, частота бактериального вагиноза и кандидоза резко возросла. Это может свидетельствовать как о том, что КОК не играют значительной роли в возникновении дисбиозов влагалища, так и о том, что половой путь в их распространении не является основным. Большинство авторов считает, что КОК достоверно увеличивают частоту кандидоза [28]. Кроме того, предшествующий

прием КОК является фактором риска возникновения кандидоза среди женщин, употребляющих КОК, частота возникновения кандидозного кольпита не отличается от таковой в общей популяции [29]. Schmidt A. et al. подчеркивают, что нет доказательств высокой степени колонизации эпителия влагалища *Candida albicans* у пациенток, принимающих КОК [30]. Кроме того, не было найдено зависимости между длительностью приема КОК, типом контрацептивов (трехфазные или монофазные) и частотой выявления грибов *Candida*. Eschenbach D.A. et al. [31] отмечают, что КОК оказывают минимальный эффект на влагалищную флору, заключающийся в небольшом снижении числа пероксидообразующих лактобацилл и *Ureaplasma urealyticum* через 2 мес их использования.

Особенности вагинальной микрофлоры у женщин, использующих чистые прогестины пролонгированного действия, также нуждаются в дальнейшем изучении. Научных работ в этом направлении практически не проводилось, несмотря на то, что данный вид контрацепции является наименее физиологичным из всех гормональных методов. Известно только, что депомедоксипрогестерон снижает количество пероксидообразующих лактобацилл [32], а по другим данным [33] уменьшает риск развития кандидозного кольпита и других воспалительных заболеваний половых путей.

Аутоиммунный тиреоидит - это органоспецифическое, Т-клеточно-опосредованное аутоиммунное заболевание [15,33], характеризующееся образованием аутоантител к ткани щитовидной железы с последующим снижением ее функции. Большинство женщин с аутоиммунным тиреоидитом фертильны и сексуально активны, в связи с этим нуждаются не только в высокоэффективных, но и безопасных и приемлемых методах контрацепции, не оказывающих отрицательного влияния на основное заболевание.

В настоящее время гормональная контрацепция является наиболее высокоэффективным методом контрацепции, так как помимо своего основного действия, обладает еще и лечебным эффектом для гормонзависимых гинекологических заболеваний таких как: эндометриоз, миома матки, ДМК, предменструальный синдром, дисменорея и прочие [8,15,33]. Эти заболевания в свою очередь очень часто сочетаются у женщин с аутоиммунным тиреоидитом [9,15]. Помимо лечебного эффекта, гормональные контрацептивы имеют и профилактический эффект, снижая риск развития рака эндометрия и яичников, доброкачественных новообразований молочной железы, ЖДА и колоректального рака [8,10, 15]. До настоящего времени не изучено влияние гормональной контрацепции на клиническое течение АИТ, а именно, на иммунологические показатели данного заболевания.

На сегодняшний момент актуальна тактика ведения пациенток с АИТ в процессе применения гормональной контрацепции, учитывая влияние различных гормональных контрацептивов на параметры иммунной системы и течение основного заболевания.

По литературным данным, установлено, что неоконтрацептивный эффект комбинированных пероральных и чистопрогестиновых контрацептивов (регулируют менструальный цикл, оказывают положительное влияние на первичную дисменорею и симптомы предменструального синдрома) у женщин с АИТ. В результате оценки динамики лабораторных показателей выявлено, что гормональные контрацептивы

не оказывают негативного влияния на содержание в сыворотке крови ТТГ и Т4 свободный, на лимфоцитарное звено иммунной системы и антитела к фосфолипидам, при этом оказывают иммуносупрессивное действие на уровни антител к ТПО, ТГ, ДНК, что может являться благоприятным фактором для течения АИТ. Чистопрогестиновые контрацептивы обладают более выраженным иммуносупрессивным эффектом по сравнению с КОК. Отмечен также иммуносупрессивный эффект эстроген-гестагенных и гестагенных контрацептивов на содержание в сыворотке крови АТ ТПО, АТ ТГ, антител к ДНК у женщин с аутоиммунным тиреоидитом, что свидетельствует о благоприятном влиянии гормональной контрацепции на течение основного заболевания.

В соответствии с последними данными у большинства женщин с АИТ репродуктивная функция не нарушена, о чем свидетельствует наличие беременностей и родов у каждой 2-ой пациентки, большое число аборт - 30%, и невысокий процент (29,2%) использования современных методов контрацепции при высокой частоте патологии менструального цикла: предменструальный синдром, первичная дисменорея, овуляторные боли и генитальные инфекции (32,0%) [15-22]. Пероральные комбинированные и чистопрогестиновые контрацептивы обладают регулирующим эффектом на менструальный цикл и оказывают положительное влияние на первичную дисменорею и симптомы предменструального синдрома. Типичными побочными реакциями при применении препарата, содержащего 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, являются аллергическая сыпь, тошнота, снижение либидо, отеки (по данным литературы наблюдалось у 33,3% женщин с АИТ), при приеме же чистопрогестинового препарата, содержащего 75 мкг дезогестрела, межменструальные кровянистые выделения, обусловленные выраженным гестагенным действием на эндометрий. Комбинированные и чистопрогестиновые гормональные контрацептивы не оказывают негативного влияния на уровень ТТГ и Т4 свободного, проявляя иммуносупрессивное действие на гуморальный иммунитет (антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, антитела к тиреопероксидазе и тиреоглобулину), что в известной мере может свидетельствовать об их позитивном воздействии на клиническое течение АИТ. Чистопрогестиновый контрацептивный, по сравнению с комбинированным, обладает более выраженным иммуносупрессивным эффектом. Чистопрогестиновые препараты переносятся в целом лучше, в связи с отсутствием эстрогензависимых побочных реакций.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучению динамики ТТГ и Т4св. при применении гормональных контрацептивов, на настоящее время единого мнения ученых не существует. Известно, что эстрогены увеличивают синтез тироксин-связывающего глобулина в печени (Arafah B.M., 2001; 71лтап 1М., 2003), и тем самым снижают уровень Т4 свободного. Согласно другим исследованиям, уровень ТТГ повышается под влиянием эстрогенов, в связи с увеличением при этом чувствительности тиретрофов к тиреолиберину и увеличением соответственно секреции ТТГ (Варламова Т.М., 2005; 2000). В то же время Моисеева О.М. (1987) и Алиева Д.А. и соавт. (2002) в своих исследованиях не выявили негативного влияния гормональных контрацептивов на уровень ТТГ и Т4 свободного.

Данные литературы дополнительно указывают на возможные изменения уровня АТ ТПО и АТ ТГ при применении гормональных контрацептивов и необходимо подчеркнуть, что существуют единичные работы,

свидетельствующие об отрицательном (стимулирующем) влиянии эстрогенов на уровень АТ к ТПО (Thea G.A. et al., 2003). Однако, по данным Bulow Pedersen I. (2006) прием гормональных контрацептивов подавляет аутоиммунные процессы, но не влияет на уровень антител к щитовидной железе. В результате изучения влияния гормональных контрацептивов на уровень антител к ткани щитовидной железы, нами получены данные о достоверном снижении АТ ТПО и АТ ТГ в процессе их использования. Следовательно, гормональные контрацептивы обладают иммуносупрессивным влиянием на уровень антител к щитовидной железе.

Таким образом, гормональная контрацепция играет немаловажную роль в формировании влажной микрофлоры, и этот аспект необходимо учитывать при назначении контрацептивов пациенткам с исходными нарушениями вагинального микробиоценоза. Что касается гормональных контрацептивов на фоне аутоиммунного тиреоидита: полученные данные еще раз подчеркивают не только отсутствие негативного действия гормональных контрацептивов на иммунную систему, но и наличие иммуносупрессивного их влияния, особенно на показатели гуморального иммунитета, что вероятно можно расценить, как положительный эффект применительно к снижению активности аутоиммунного процесса. Комбинированные гормональные и чистогормональные контрацептивы обладают протективным действием по отношению к клеткам щитовидной железы в виду их иммуносупрессивного влияния на некоторые показатели клеточного и гуморального иммунитета, играющие важную патогенетическую роль в развитии АИТ.

Список литературы

1. Sutton MY, Sternberg M, Zaidi A, St Louis ME, Markowitz LE. Trends in pelvic inflammatory disease hospital discharges and ambulatory visits, United States, 1985-2001 // *Sex Transm Dis*. - 2005. - Vol. 32 (12). - P. 778-774.
2. Тухомиров А.Л., Юдаев В.Н., Лубнин Д.М. Актуальность и общее понятие о воспалительных заболеваниях половой системы // *Медицинская панорама*. - 2003. - № 9. - С. 23-25.
3. Catherine Meads, Trudi Knight, Chris Hyde, Jayne Wilson. The clinical effectiveness and cost effectiveness of antibiotic regimens for pelvic inflammatory disease // *Report, The University of Birmingham*. - 2004. - P. 7-11.
4. <http://www.rightdiagnosis.com/diseasecenter.htm>
5. Jonathan D C Ross Why is the incidence of pelvic inflammatory disease falling? // *BMJ*. - 2014. - P. 207-211.
6. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения: статистический сборник. - Алматы: 2013. - 52 с.
7. A. Alipova, G Alipov, Y. Prouglo, T. Raisov. Ret proto-oncogene expression in papillary thyroid carcinomas from Semipalatinsk nuclear testing site (STS) in Kazakhstan // *Hiroshima Igaku*. - 2000. - 53(3). - P. 183-185.
8. Баранова О.В. Сравнительная клинко-морфологическая характеристика узлового зоба, аденомы щитовидной железы и аутоиммунного тиреоидита // Автореф. дис... канд. мед. наук. М.; 1999
9. Корхов В.В. Медицинские аспекты применения контрацептивных препаратов. СПб.; 1996.
10. Логинов А.Б. Влияние диффузного нетоксического зоба на течение и исход беременности // Автореф. дис... канд. мед. наук. М.; 2003.
11. Фадеев В.В. Йоддефицитные и аутоиммунные заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита // Автореф. дис... д-ра мед. наук. М.; 2004.
12. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойная гинекология. М.: МЕД-пресс, 2001. 288
13. Пуголюкина Д. А., Ляшенко И. С. Риск воспалительных заболеваний гениталий при внутриматочной контрацепции // *Молодой ученый*. - 2017. - №3.3. - С. 45-48.
14. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB et al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis* 2005; 32: 400-5.
15. 4. Прилепская В.Н., Тагиева А.В., Межевитинова Е.А. Внутриматочная контрацепция. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 176 с.
16. Арзамасцев А.П., Садникова Н.О. Оральные контрацептивы // *Consilium provisorum*. 2002. Т. 2. № 4. С. 15-17.
17. Медицинские критерии для инициации и продолжения использования контрацептивных методов // *Совещание ВОЗ "Улучшение качества оказания услуг по планированию семьи"*, 1995.
18. Ямбор Е., Багдандь Ш., Секереш Л. Современные гормональные противозачаточные средства "Гедеон Рихтер". Будапешт, 1996.
19. Пестрикова Т.Ю., Ковалева Т.Д., Калмыкова Л.Н. Клинический опыт применения препарата три-регол в реабилитации больных воспалительными заболеваниями органов малого таза // *Проблемы репродукции*. 1999. № 3. С. 15-18.
20. 14. Бухарин О.В. Динамика персистентных свойств микроорганизмов под влиянием физико-химических воздействий // *Персистенция патогенных бактерий / Под ред. Бухарина О.В. М., 1999. С. 285-289.*
21. 15. Иванов Ю.Б., Черкасов С.В., Кузьмин М.Д. и др. Влияние препаратов стероидных гормонов на персистентные и ростовые характеристики стафилококков // *Журн. микробиологии*. 1997. № 4. С. 92-95.
22. Nohmi T, Abe S, Dobashi K. et al. Suppression of anti-Candida activity of murine neutrophils by progesterone in vitro // *Microbiol. Immunol*. 1996. V. 40. № 3. P. 217-222.
23. Cerutti M., Canestrelly M., Condemni V. Methods of contraception and rates of genital infections // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol*. 1994. V. 21. № 2. P. 119-123.
24. Avonts D., Sercu M., Heyerick P et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or intrauterine device: a prospective study // *Sex. Transm. Dis*. 1990. V. 17. № 1. P. 23-29.
25. Moi H. Prevalence of bacterial vaginosis and its association with genital infections, inflammation, and contraceptive methods in women attending sexually transmitted disease and primary health clinics // *Int. J. STD AIDS*. 1990. V. 1. № 2. P. 86-94.
26. Schoubnikova M., Hellberg D., Mardth P.A. Contraception use in women with bacterial vaginosis // *Contraception*. 1997. V. 55. № 6. P. 355-358.
27. Evans B.A., McCormack S.M., Kell PD. et al. Trends in female sexual behavior and sexually transmitted diseases in London // *Genitourin. Med*. 1995. V. 71. № 5. P. 286-290.
28. Meyer H., Gottlicher S. Psychosocial risk factors in vulvovaginal mycosis. A multivariate long-term study // *Mycoses*. 1998. V. 41. № 2. P. 49-51.
29. Cotch M.F., Hillier S.L., Gibbs R.S. et al. Epidemiology and outcomes associated with moderate to heavy Candida colonization during pregnancy // *Amer. J. Obstet. Gynecol*. 1998. V. 178. P. 374-380.
30. 25. Schmidt A., Idehen C.F., Mending W. Oral contraceptive use and vaginal Candida colonization // *Zentralbl. Gynakol*. 1997. V. 119. № 11. P. 49-53.
31. Eschenbach D.A., Patton D.A., Meyer A. et al. Effects of oral contraception pill use on vaginal microflora and epithelium // *J. Infect. Dis*. 2001. V. 183. № 6. P. 13-18.
32. Miller L., Patton D.L., Meyer A. et al. Depo-medroxyprogesterone-induced hypoestrogenism and changes in vaginal flora and epithelium // *Obstet. Gynecol*. 2000. V. 96. № 3. P. 431-439.
33. Прилепская В.Н., Кондриков Н.И., Тагиева ТТ Контрацепция инъекционным препаратом депо-провера // *Акушерство и гинекология*. 1995. № 3. С. 7-9.

Түйіндемe

Аутоиммунды тиреоидит аясында кіші жамбас мүшелерінің қабыну аурулары бар емделушілерде гормоналды контрацепцияның қолайлылық критерийлері
Кадырова К.И., Жатқанбаева Г.Ж., Иманбаева Ж.А.,
Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.
Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті,

Алматы қаласы, Қазақстан

Түйінді сөздер: аутоиммунды тиреоидит, жыныс мүшелерінің қабыну аурулары (ЖМҚА), гормоналды контрацепция

Қазақстан қалқаниша безінің аурулары бойынша эндемиялық қолайсыз аймақ болып табылады. Әйелдердің репродуктивті жүйесі үшін қауіпті аурулардың бірі аутоиммунды тиреоидит болып табылады. Әсіресе, АИТ гинекологиялық және акушерлік патологиямен жиі үйлеседі. Өз кезегінде ҚР кіші жамбас органдарының қабыну ауруларының деңгейі өте жоғары.

Өз кезегінде кешірек емдеу ауыр салдарға әкеледі: бедеулікке. Гормоналды контрацептивтер арқылы жыныстық гормондарға әсер етуге болады, олар алмасу процестерін реттейді және антимикробтық әсерге ие болып табылады. Гормоналды контрацепция қан сарысуындағы ТТГ және бос Т4 гормондарының болуына теріс әсер етпейді, ал керісінше, ТПО, ТГ антиденелер деңгейіне иммуносупрессивті әсер етеді, АИТ ағымына жағымды әсер етеді және ағзаның жағдайын теңестіреді. Осылайша, негізгі терапиямен ұштасқан гормоналды контрацепция аутоиммундық тиреоидит аясында ЖМҚА қалқаниша безінің гормондарының деңгейіне теріс әсер етпейді және қалыпты қынаптық микрофлора қалыптастыруға ықпал етеді.

Resume

Criteria of hormonal contraception in patients with inflammatory diseases and autoimmune thyroiditis

Kadyrova K.I., Zhatkanbayeva G.Zh, Imanbayeva Zh.A., Utebayeva Zh.A., Myrzabayeva N.N.

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

Key words: Autoimmune thyroiditis, pelvic inflammatory diseases, hormonal contraception.

Kazakhstan is an unfavorable endemic zone on thyroid diseases. Autoimmune thyroiditis is one of threatening diseases for the women reproductive system. It is especially important, that AIT often combines with gynecological and with obstetric pathology. In turn the level of inflammatory diseases of the pelvic organs in Kazakhstan remains very high.

Later beginning of treatment conduces to the heaviest consequence: sterility. With the help of hormonal contraceptives it becomes possible to affect on sexual hormones that regulate exchange processes and possess an antimicrobial action. A hormonal contraception does not cause negative influence on maintenance of TSH and T4 in the serum of blood, what is more, causes the immunosuppressive influence on the anti-TPO, anti-Tg level of, has a favorable influence on the flow of AIT and equilibrates the state of health. Thus, a hormonal contraception in combination with basic therapy of pelvic inflammatory diseases with autoimmune thyroiditis does not cause adverse influence on thyroid hormones and forms a normal vaginal biotope.

УДК 612.662.9-053.87

Климактерикалық кезеңдегі әйелдердің урогенитальды бұзылыстарының ерекшеліктері. Жиілігі, клиникалық түрлері. Урогенитальды бұзылыстардың өмір сапасына әсері

Камзина З.Г., Сансызбаева Р.Ж., Утесинова А.А., Темірбекова А.Н.

Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті,

Алматы қаласы, Қазақстан

Тұжырым

Түйінді сөздер: тәуекел факторлары, диагностика, урогенитальды бұзылулар, климакс кезеңі немесе менопауза

Урогенитальды трактің - бұл жыныстық трактің төменгі бөлігінің және менопаузадағы зәр шығару жүйесінің ағзаларының патологиясының ең таралған түрі. Осыған байланысты жыныстық және зәр шығару жолдарының атрофиялық және дистрофиялық процестерін дамытуға байланысты қайталама асқынулардың симптомдық кешені анықталды. Жалпы алғанда, урогенитальды бұзылулар менопаузаның басталуынан 5-тен жоғары жылдан кейін басталады. Менопаузада 55-60 жастағы науқастардың 50% - 75% бұл патология жиі кездеседі. Осы жас топтарында бұл жағдайы өмір сапасына теріс әсер етеді.

Түйінді сөздер: тәуекел факторлары, диагностика, урогенитальды бұзылулар, климакс кезеңі немесе менопауза

Урогенитальды бұзылулар (УГБ) - эстрогенге тәуелді тіндердің және урогенитальды трактің төменгі үшінші құрылымындағы, сондай-ақ кіші жамбас және жамбастың төменгі бұлшықеттердің байланысы аппаратында атрофиялық және дистрофиялық процестердің дамуымен байланысты екінші асқынулардың симптомдық кешені (зәр шығару арнасы, қуық, қынап) [1-3].

Негізінен УГБ менопауза басталғаннан кейінгі 5 немесе одан көп жылда басталады. Менопауза алдында УГБ әйелдердің 10%-ында кездессе, 55-60 жастағы әйелдер тобында 50%, ал 75 жастағы әйелдердің УГБ симптомдық белгілері байқалмайтын әйел болмайды. Аталған жас топтарында УГБ жиілігінің өсуі отбасылық және әлеуметтік жағдайына теріс әсер етеді [4-5]. Зәр шығару аймағындағы бұзылыстар аясында әйелдер көбінесе сыртқы (әлеуметтік) және ішкі (психологиялық) факторлардың жиынтығымен сипатталатын психоәлеуметтік қолайсыздыққа кездеседі.

Климакс кезіндегі урогенитальды бұзылулар (УГБ) (МКБ 10 N95.1 Әйелдердегі менопауза және климакстық жағдай) - эстрогенге тәуелді тіндерде және урогенитальды трактің төменгі үшінші бөліктеріндегі атрофиялық және дистрофиялық процестерді дамытуға байланысты симптомдар кешені: қуық, зәр шығару арнасы, қынап, жамбас және жамбас жыныс бұлшықеттерінің байланысы. [6]. Климакстық синдром - менопауздық кезеңдегі

кейбір әйелдерде нейропсихикалық, вегетативті қан тамырлық және метаболизм-трофикалық бұзылулармен сипатталатын патологиялық жағдай.

Эпидемиология: менопауза орташа есеппен 50 жаста басталады. 45 жасқа дейін етеккірдің тоқтауы ерте басталған менопауза деп аталса, ерте менопауза (аналық безінің ерте жеткіліксіздігі) - 40 жасқа дейін етеккірдің тоқтауы. 60-80% әйелдерде ерте немесе кеш тоқтаған менопауза кезінде ауырлық дәрежесі әртүрлі климакстық синдром болады. УГБ 30%-ы 55 жастағы әйелдерде, 75%-ы 70 жастағы әйелдерде кездеседі. Зәр шығару белсенді әйелдерің 70%-ы УГБ басталуы мен климакстық кезеңнің байланысы барын айтады [7]. Климакстық кезеңде УГБ дамуына әсер ететін нақты факторлар: эстроген жетіспеушілігі; тұқымқуалаушылық бейімділігі. Менопауза ауру болмаса да әйелдің денесіндегі эндокриндік теңсіздікті тудырады. Жыныстық гормондардың, соның ішінде эстрогендердің жетіспеушілігінен, әрбір екінші пациентте вазомоторлы, эмоционалдық, ақыл-ой, түрлі урогенитальды бұзылулар (УГБ) және метаболикалық бұзылыстар түріндегі климакстық бұзылулар болады.

Соңғы жылдары науқастардың осы санаттағы өмір сапасына теріс әсерін тигізгендіктен, менопаузальды жастағы әйелдердің урогенитальды бұзылулары мәселесі менопауздық бұзылудың басқа белгілері арасында жетекші орынға ие болды. Біздің еліміздегі урогенитальдік бұзылуларға жеткіліксіз назар аударуды қартайған әйелдер арасында кеңінен тараған бұл патология қартаюдың ажырамас бөлігі, сондай-ақ нақты медициналық көмек көрсету мүмкіндігінде әйелдердің сенімсіздігі деген пікірмен дәлелдейді.

Атрофиялық вагинит диагностикасы: - науқастың шағымдары - қынаптың қышуы және құрғауы; жиі қайталанатын колпитоздың симптомы ретінде қарастырылатын қайталанатын бөлінді; байланысудан кейінгі қан тәртізес бөлінді.

Тиімді зерттеу әдістері: -

толық кольпоскопия - вагинальды шырыштың жұқаруы анықталады, қан кету, петегиялық қан кету, көптеген мөлдір капиллярлар;

коллоцитологиялық зерттеу - қынаптың атрофиялық процестерін дамыту кезінде 15-20 дейін төмендейтін немесе пісу индексі (ИС) анықтайтын кариопиенотикалық индексті анықтау (КПИ). ИС пісу индексі формулабойынша есептеледі: формуланың солға қарай жылжуы вагинальдық эпителийдің атрофиясын көрсетеді;

қынаптың рН анықтау - постменопауза кезінде емделмеген әйелдердің қынап рН жас ерекшелігі мен

жыныстық белсенділігіне байланысты 5,5–7,0 құрайды. Жыныстық белсенділігі жоғары әйелдерде рН біршама төмен болады. рН жоғары болса, вагинальді эпителийдің атрофия дәрежесі соғұрлым жоғары болады.

Атрофиялық цистоурез «сезімтал» немесе тітіркендіргіш белгілерді қамтиды:

цисталгия – зәр шығару арнасы мен қуықта кескілеу және күйдіру сезімімен берілетін күні бойы аурсыну;

поллакиурия – зәр шығаруды күшейеді (күніне 4-5 рет), әр зәрде аз мөлшерде несеп шығарылады;

никтурия – түнде зәр шығаруды (түн сайын 1-2 рет) күшейтеді

күйзелістен зәрді ұстамау – (жаттығу кезінде, жөтел, түшкіру, күлгенде, тез қимылдағанда, ауыр зат көтергенде);

зәр ұстамау – (зәр еш қиындықсыз шығады).

Зәр шығару бұзылулары бар әйелдерді зерттеу:

Науқастардың шағымы:

Valsalva сынағы – Гинекологиялық орындықта науқас әйелді зәр шығару арнасы тлып тұрғанда, күшндіреді. Егер қуықта зәрдің тамшылары болса сынақ оң әсерін береді;

Жөтел тесті – Зәр шығару арнасы толып иұрған әйелге гинекологиялық орындықта жатқанда жөтелуді ұсынады. Егер жөтел кезінде қуықта тамшылар болса, сынақ дұрыс жүргізілген болып саналады;

Төсемелер тесті – бір сағат дене жаттығуынан кейін төсемелің салмағы өлшенеді. Егер төсеме салмағы 1 грамм болса да салмақ қосса, зәрін ұстамау белгісі болғаны;

Жұқпалы ауруларға қарсы және антибиотикке сезімталдықты анықтауға арналған зәрді талдау;

Уродинамикалық тексеру (урологтар жүргізеді) – урофлоуметрия, цистометрия, қуықтың профилометриясы, электромиография.

Жұмыстың мақсаты: – постменопауза кезінде менопаузды синдромның болуына байланысты урогенитальдық бұзылулардың сипаттамаларын және әйелдердің өмір сапасына әсерін бағалау.

Зерттеудің міндеттері: – Менопаузды синдромы бар әйелдердің жыныс мүшелерінің бұзылыстарының жиілігін, құрылысын белгілеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері – 35-69 жастағы 368 әйелден сауалнама алынды. Алынған ақпарат сипаттама статистикалық әдістермен өңделді және Microsoft Excel қосымшасының көмегімен өңделді. Әйелдің өз жағдайын өзі бағалау сұрақтары пайдаланылды, «иә» жауабы – 2 балл, «кейде» – 1 балл және «жоқ» – 0 балл болып есептелді. 0-10 балл менопаузды синдромның жай түрінде, 10-20 балл – менопаузды синдромның қалпты жағдайында, ал 20-дан көп балл менопаузды синдромның қатты түрін сипаттады.

Және де «Иә», «Жоқ» деген жауаптары бар, атрофиялық вагинит және зәр шығару бұзылыстарының белгілерін анықтауға бағытталған УГБ кездесу жиілігі мен дәрежесін анықтау мақсатында сауалнама жасалды. Жеңіл дәрежесі: АВ поллакиурия, никтурия, цисталгиямен байланыстырады.

Орташа дәрежесі: АВ цистуретрит және күйзеліс кезіндегі зәр шығаруды ұстамаумен байланысты. Ауыр жәрежесі: АВ цистуретрит және аралас зәр шығаруды ұстамаумен байланысты.

Аурудың симптомдары кез-келген созылмалы аурудың және психикалық аурудың болуын қайталамайтынына назар аударылды. Симптомдардың 6 ай сақталуы туралы факт есепке алынды. Бұл УГБ симптомдарының өзара байланысын анықтайды.

Зерттеу және талдау нәтижелері. Респонденттердің жалпы саны 368 адамды құрады, олардан алынған сауалнамалардың деректерін талдау арқылы 232 әйелдерге УГБ диагнозы қойылды. Орташа жасы 52,6 жасты құрады. Тұрмыс құрған – (286) – 77,7% әйел, тұрмыс құрмаған – (24) – 6,5%, азаматтық некеде – (58) – 15,8%. Менструальды талдау кезінде анықталды: Көп жауап берушілерде етеккір 11-13 жаста (264) – 71,7%, 13-16- (85)–23,2%, 16-18- (17)–5,1%. Менструальды функцияның қалыптасуы ұрпақты болу жүйесінің жай-күйінің интегралды көрсеткіші болып табылады. Зерттеулер көрсеткендей, сауалнама нәтижесі бойынша УГБ же жеңіл түрі, атрофикалық вагинит клиникасы поллакиурия, никтурия, цисталгиямен байланысты. Бақылауда – (273) –74,2%, УГБ орташа дәрежесі– (82) –22,3%, сауалнамаға қатысқан әйелдердің көбісінде күйзеліс кезіндегі зәр ұстамаумен байланысты цистуретрит және атрофикалық вагинит байқалды, және (13) – 3,5 % УГБ ауыр түрі байқалады, ол дегеніміз шынайы зәр тоқтамау аралас зәр ұстамауға ұласады. Және де сауалнамаға жауап бергендердің (293) 79,6 % климакстық синдромы бар екені анықталды.

Сонымен, (81) –27,7% сауалнамаға жауап берген әйелдерде аз климакстық синдром байқалса, (162)–55,3% әйелдерде қалыпты климакстық синдром байқалды, және (50) – 17,0% әйелдерде айқын климакстық синдром анықталы. Атрофиялық вагинит симптомдарын анықтағанда, зерттеу келесі нәтижелерді көрсетті: (74)–20,1% қынаптың құрғауы, (36)–9,8% қынаптың қышуы, (89)–24,2% жыныстық қатынас кезінде ыңғайсыздық немесе ауырсыну сезімі, (23)–6,25% жыныстық қатынас кезінде қан аралас бөліністің шығуы. Сондай-ақ сауалнама жүргізілген әйелдердің зәр шығару бұзылуының бар-жоқтығын анықтау қажет болды, және деректерді талдағанда, (127) – 43,4% «Зәр шығару кезінде ауырсыну бола ма?» деген сұраққа «Иә» деп жауап берді, «Түнде дәретке жиі тұрасыз ба?» деген сұраққа (57) – 19,4% «Иә» деп жауап берді, (214) – 73,0% күндізгі уақытта (6-8 рет) кіші дәретке баратынын байқаған, (49) –16,7 % зәрдің еріксіз кетуін байқаған. Әйелдердің жағдайын өзін-өзі бағалау үшін сауалнама нәтижелерін зерттеу кезінде, баллдық жүйе бойынша 0-ден 2-ге дейінгі шкаласы бойынша бағалау жүргізілді. «Түнгі тер» немесе құйылу симптомына (136) –46,4% 2 балл берсе, (88) –30,0% 1 балл, (69) – 23,5% 0 балл берді; (85) – 29,0% сауалнама жауап берушілер жүрек қызметінің өзгергенін байқаған, (126) – 43,0 % осы симптомды 1 баллға бағалаған, (82) – 28,0% бұл симптомды байқамаған; «Ұйқысыздық немесе ұйқы ырғағының өзгеруінен зардап шегесіз бе?» деген сұраққа (130) – 44,4 % 2 баллға бағаласа, (107) – 36,5% 1 балл, (56) –19,1% байқамаған; «Сіз бұрынғыға қарағанда жиі қобалжисыз ба?» деген сұраққа (87) – 29,7% әйелдер 2 балл, (141) – 48,1% 1 балл және (65) – 22,2% 0 баллға бағаланды, (183) – 62,5% бұрынғыға қарағанда күйзеліске көп түсетінін айтты, бұл симптомды (76) – 26,0% әйелдер 1 баллға және (34) – 11,5% 0 баллға бағалады; (165) – 56,3% сұралушылардың бас ауруы көбірек біліне бастады, ұқсас белгілер бойынша (86) – 29,4% 1 балл, және (42) – 14,3% аталған жағдай мазаламайды; бас айналуы (51) – 17,4 % 2 баллға бағалап, (79) – 27,0% 1 балл, және байқалмайтын симптом (163) – 55,6%; ал әлсіздік байқалады (158) – 54,0%, (92) – 31,1% 1 баллға бағалайды, және 0 балл (43) – 14,6%; парестезия жағдайы 2 баллға (68) – 23,2% әйел, 1 балл (121) – 41,3% және байқамағандар (104) – 35,5%; (206) – 70,3% сұраушылар бұрынғыға қарағанда шашының түсуін көбірек байқап, оны 2 баллмен бағалайды, 1 балл (61) – 20,8% және 0

баллов (20) – 8,9%; құрғақ тері және оның икемділігінің нашарлауын 2 баллмен бағалағандар (98) – 33,4%, (136) – 46,4% 1 балл, және (59) – 20,2% ондай симптомды байқамаған. «Сізде жиі зәр шығару немесе зәрді ұстап тұру кезінде қиындықтар бар ма, сізде еріксіз зәр ағады ма?» әйелдердің (72) – 24,6% 2 баллмен, 1 балл (140) – 47,9% және (81) – 27,5% ондай симптом байқалмайды деп жауап берген; «Жыныстық қатынас кезінде қынаптың құрғақтығынан немесе шырышты қабығын ауруды тітіркендіретін вагинальды құрғақтықтан зардап шегесіз бе?» әйелдердің (99) – 33,8% 2 баллмен, 1 балл (85) – 29,0% және (109) – 37,2% ондай симптом байқалмайды деп жауап берген; Буын ауруы, әсіресе саусақ және өкше ауруын 2 баллмен (198) – 67,6% бағаласа, (62) – 21,2% 1 балл және (33) – 11,2% 0 баллмен бағалайды; (173) – 59,0% 2 баллмен бұлшықет пен сүйек ауруын белгілесе, (77) – 26,3% 1 балл және (43) – 14,7% -байқамайды; «Кейде өзіңізді толып кеткендей сезінесіз бе (тар белдемше, саусақтан сақина алынбау)?» - 2 балл (84) – 28,7%, 1 балл - (58) – 19,8% және (151) – 51,5% - 0 балл; сүт бездерінің үлкеюі (79) – 27,0% аталған симптомды 2 баллмен, 1 баллмен (112) – 38,2% және (102) – 34,8% аталған симптомды байқамайды; «Соңғы кезде етеккір келуінде өзгеріс бар ма?» деген сұрақты 2 баллмен (143) – 48,8% бағалайды, 1 балл (87) – 29,8%, (63) – 21,4% 0 баллмен бағалайды; (129) – 44,0% либидо өзгерісі, жағдайды 2 баллмен, (66) – 22,5% 1 баллмен бағаланса, (98) – 33,5%.

0 баллмен бағаланды.

Қорытынды:

Климакстық кезеңде урогенитальды бұзылуларды клиникалық белгілерін ерте анықтау үшін әрбір әйел гинеколог және эндокринологтан тексерілуі керек.

Менопауза кезіндегі симптомдардың көрінісін азайту және урогенитальды бұзылыстардың пайда болуын азайту үшін халыққа гормон алмастырушы терапиясы сияқты емдеу әдістері туралы ақпараттарды арттыру қажет.

Әдебиеттер:

1. Гальцев Е.В., Казенашев В.В. Психосоциальный дискомфорт у женщин с эстроген-обусловленными урогенитальными расстройствами. ОРЖИН. 2007; 2: 4-9
2. Балан В.Е., Тихомирова Е.В., Ермакова Е.И., Гаджиева, Великая С.В. Урогенитальные расстройства в климактерии: императивные нарушения мочеиспускания в климактерии. Consilium Medicum. 2004; №6(9).
3. И. Б. Манухин, 2001; В. П. Сметник, 1998; Р. А. Deuster, 1999
4. Межеветинова Е.А., 2003, Abraham A., 2006
5. Урогенитальные расстройства климактерического периода. Часть 1: этиология, патогенез, диагностика. Ромащенко О.В., Мельников С.Н., Институт урологии АМН Украины
6. Гинекология –Национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Монухина 2009 г.
7. Оржин «Акушерство-гинекология-репродукция» Психосоциальный дискомфорт с эстроген-обусловленными урогенитальными расстройствами. Е.В. Гальцев, В.В. Казенашев

Резюме

Особенности урогенитальных расстройств у женщин в климактерическом периоде. Частота, клинические типы. Влияние урогенитальных нарушений на качество жизни

Камзина З.Г., Сансызбаева Р.Ж., Утесинова А.А., Темірбекова А.Н.

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: факторы риска, диагностика, урогенитальные расстройства, климакс, менопауза.

Урогенитальные нарушения являются наиболее распространенной формой патологии нижнего отдела генитального тракта и органов мочевыделительной системы в климактерическом периоде. В связи с этим выявляется симптоматический комплекс вторичных осложнений, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов генитального и мочевыделительного тракта. В целом, урогенитальные расстройства начинаются через 5 или более лет после начала менопаузы. В климактерическом периоде у 50% пациенток в возрастной группе 55-60 лет и у женщин 75 лет часто встречаются симптомы данной патологии. Увеличение частоты этой патологии в этих возрастных группах оказывает негативное влияние на семейный, социальный статус и качество жизни пациенток. В контексте вызванных осложнений в климактерическом периоде проблема качества жизни стоит на ведущем месте.

Summary

Particular Qualities Of Urogenital Disorders In Women In The Climacteric Period. Frequency, Clinical Types. The Influence Of Urogenital Disorders By Quality Of Life

Kamzina Z.G., Sansyzbaeva R.Zh., Utesinova A.A., Temirbekova A.N.

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

Key words: risk factors, diagnosis, urogenital disorders, climacteric disorders, menopause.

Urogenital disorders are the most of common form of pathology of the genital tract and urinary system in menopause. In this regard, a symptomatic complex of secondary complications associated with the development of atrophic and dystrophic processes is detected. In general, urogenital disorders begin 5 or more years after the onset of menopause. In menopause, 50%-70% of patients in the age group of 55-60 years and 75-year-old women often have symptoms of this pathology. The increase in the frequency of this pathology in these age groups has a negative impact on the family, social status and quality of life of patients. In the context of the resulting complications in the menopause, the problem of quality of life is at the forefront.

УДК 618.2

Мультифакторность генеза неразвивающейся беременности - проблема решения нарушений репродуктивного потенциала женщин

¹Сансызбаева Р.Ж., ^{1,2}Нурғалиева Л.И., ²Зунунова Г.Д.,
²Алиева К.Т., ²Септенова К.М., ²Мустафина М.Е., ²Макулова А.Е.

¹Казахстанско-Российский медицинский университет,
²Акционерное общество «Казахский Национальный медицинский университет», г. Алматы,
Казахстан

Резюме

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, инфекционный фактор, хромосомные аномалии, недостаточность лютеиновой фазы

Лидирующее положение в этиологии неразвивающейся беременности занимают хромосомные аномалии у абортусов. Частота встречаемости данной патологии достигает 60–70 %. Особое внимание уделено иммунологическим и гормональным механизмам прерывания беременности, в частности недостаточности эффектов прогестерона, приводящие к нарушению выработки в эндометрии лимфоцитами матери прогестерон индуцированного блокирующего фактора, являющегося мощным локальным иммуносупрессором, обеспечивающим эмбриопротективный эффект.

Обоснована актуальность дальнейшего изучения проблемы реабилитации репродуктивной системы у женщин с неразвивающейся беременностью и определены задачи лечащего врача в прегравидарный период.

Частота неразвивающейся беременности во всех странах мира стала увеличиваться, не смотря на инновационные диагностические и лечебные методы [1,2]. Особое внимание надо обратить на генез неразвивающейся беременности. Так с мультифакторных позиций они многочисленны: иммунологические, эндокринологические, цитогенетические, морфофункциональные, инфекционные и т. д. [3,4,5].

Вместе с тем, несмотря на многочисленные исследования данной проблемы, по-прежнему частота невыясненных причин неразвивающейся беременности остается высокой (25–57 %) [6]. По данным других авторов частота еще выше и составляет 45–88,6% случаев [7,8].

Одним из ведущих этиологических факторов является генетический фактор и на долю хромосомных аномалий эмбриона приходится от 18 до 70% по данным разных авторов [9,10] и, особенно, считают при остановке развития беременности на ранних сроках.

Вопрос о причинах хромосомных нарушений остаётся дискуссионным. Так в проделанной работе при Самарском государственном медицинском университете [11] структура неразвивающейся беременности по данным исследования выглядит следующим образом: 317 (96,6%) из 328 случаев остановки развития эмбриона произошла в I триместре, 11 (3,4%) — во II триместре.

При цитогенетическом анализе ворсин хориона и плаценты эмбрионов, остановившихся в развитии,

было установлено, что 54 (61,4%) из 88 содержали патологический набор хромосом: 34 (63%) — в I триместре, 20 (37%) — во II триместре.

Случаи остановки развития эмбриона происходила во время второй и последующих беременностей в 2,7 раза чаще, чем во время первой беременности.

Роль инфекции как этиологического фактора неразвивающейся беременности также исследуется в современной литературе. Большинство исследователей считают, что инфекция — одна из наиболее значимых причин невынашивания как спорадического, так и привычного [13].

Мнение большинства исследователей подтверждает, что эмбриональные клетки с их высоким уровнем метаболизма и энергетики являются идеальной средой для пролиферации бактерий, и особенно вирусов [14].

Подтверждением проявления маточной инфекции по данным гистологического исследования являются следующие данные: разлитой гнойный децидуит (50%), лимфоидная инфильтрация (20%), наблюдение в эпителии гравидарных желез в виде клеток Ариас — Стелла [15].

Многие вирусные инфекции как острого, так и латентного течения способны вызвать в организме развитие тромбофилического состояния вследствие поражения эндотелия сосудов (вирус простого герпеса, аденовирус), развитие вторичного антифосфолипидного синдрома и/или иммунологических нарушений [15,16].

Последнее десятилетие характеризовалось не только сменой возбудителей генитальной инфекции (на первое место вышли представители условно- патогенной микрофлоры), но и изменением клиники воспалительных процессов (первично-латентное течение, без клинических проявлений).

Основной причиной хронизации воспалительного процесса является неадекватность проводимого антибактериального лечения как в виде полипрагмазии, так и ввиду изменившейся в последние годы этиологической структуры инфекционной заболеваемости.

Однако даже в случае отсутствия прямого специфического воздействия инфекционных агентов на плод, морфофункциональные нарушения репродуктивной системы, вызванные персистенцией микроорганизмов в эндометрии, с формированием хронического эндометрита, ведут к нарушению развития эмбриона.

Микробиологические и морфологические исследования эндометрия выявили наличие хронического эндометрита и персистенции условно-патогенных бактерий у 67,7% женщин с инфекционным генезом

неразвивающейся беременности и при этом условно-патогенные микроорганизмы выявлены у 20% пациенток, а вирусно-бактериальные ассоциации — у 70% [1,7,14].

Инфекционные заболевания беременных оказывают неблагоприятное влияние на плод или в результате непосредственного воздействия на него возбудителя, вызывая первичную фетопатию, или вследствие поражения плаценты, индуцируя плацентарную недостаточность и вторичную фетопатию [3, 8, 13]. А вирусные заболевания чаще приводили к анэмбрионии.

Бактериально-вирусная контаминация эндометрия является, как правило, следствием неспособности иммунной системы и неспецифических защитных сил организма (системы комплимента, фагоцитоза) полностью элиминировать инфекционный агент. Так по данным А.В. Мещеряковой (2000), в генезе неразвивающейся беременности в 67 % наблюдений определенная роль принадлежит нарушениям локального иммунитета. При этом характерно снижение содержания Т-супрессоров, В-лимфоцитов и естественных киллеров [17].

Изменение локального иммунитета на фоне хронического эндометрита отмечает Н.К. Тетрашвили (2000). По его данным уровень противоспалительных цитокинов ФНО, ИНФ, ИЛ-1, ИЛ-6 превышал уровень регуляторных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10 [18].

При патоморфологическом исследовании выявляются признаки хронического воспалительного процесса [19,20].

Признавая полиэтиологичность неразвивающейся беременности, следует отметить, что одной из основных причин этой патологии (85 %) являются эндокринные нарушения [21].

Эстрогенный дефицит яичников и гиперандрогения приводят к нарушению фолликулогенеза, формированию аномальных гамет и соответственно к неразвивающейся беременности. По данным ряда авторов среди гормональных причин прерывания беременности в I триместре, основными являются гиперандрогения и гипофункция яичников [15,21]. 21–32% невынашивания беременности обусловлены гиперандрогенией. Из них гиперандрогения надпочечникового происхождения у 30 %, яичникового генеза у 12,1 % и смешанного генеза у 57,9 % женщин с неразвивающейся беременностью. По данным А.Т. Раисовой среди женщин с явлениями гирсутизма в 6 раз чаще наблюдали ранние самопроизвольные выкидыши, в 10 раз — неразвивающаяся беременность [22].

Гипофункция яичников, а именно снижение продукции эстрадиола ведет к неполноценной продукции прогестерона, а это приводит к нарушению процесса имплантации, вследствие недостаточной секреторной и гистохимической перестройки эндометрия [23].

В последние годы появилось много работ, посвященных изучению роли аутоиммунных процессов, в частности, антифосфолипидного синдрома в патогенезе невынашивания беременности. Патогенное действие антифосфолипидного синдрома связано с патологической активацией внутрисосудистого свертывания крови, развитием повторных тромбоэмболических состояний, тромбоцитопенией и увеличением цитотоксичности клеток и тканей [23,24,25].

Нередко причиной неразвивающейся беременности может являться экстрагенитальная патология матери (болезни сердечно-сосудистой системы, почек, печени, сахарный диабет и др.), профессиональные условия, экологические факторы, а также вредные привычки [26].

Основные задачи, стоящие перед врачом при проведении реабилитационной терапии:

выделить патологические изменения, подлежащие восстановительному лечению вне беременности, разработать этапность и последовательность восстановительной терапии, установить сроки проведения контрольных исследований, наметить преемственность терапии вне и во время беременности [26,27,28,29].

Учитывая мультифакторность данной патологии, необходимо всестороннее обследование супружеской пары для выяснения причин гибели эмбриона, для выяснения состояния репродуктивной системы и для проведения реабилитационных мероприятий с целью подготовки к последующей беременности [26,30,31,32].

Обследование следует начинать с целенаправленного сбора анамнеза: наследственность, социальные условия жизни семьи, профессиональные вредности, вредные привычки, менструальная и детородная функция, сведения о супруге, так как повторные случаи неразвивающейся беременности, приводят к расстройствам менструальной функции, нарушениям гормональной регуляции, воспалительным заболеваниям половых органов, нарушениям структуры эндометрия, к дисбалансу иммунной системы [33].

Поэтому важнейшими задачами акушеров-гинекологов являются:

- проведение клинко-лабораторного обследования пациенток с использованием современных методов диагностики, включая цитогенетический анализ, исследование иммунного статуса (общего и локального) для выяснения этиологии и патогенеза неразвивающейся беременности;
- разработка и проведение эффективной комплексной терапии в прегравидарный период;
- наблюдение и профилактическое лечение в процессе наступившей беременности.

Литература

1. Репродуктивное здоровье: Учеб. пособ. / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011, 301с.
2. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности. Руководство для врачей. — М.: МИА, — 2011. — 536 с.
3. Подзолкова Н.М. и др. Комплексное морфологическое изучение роли инфекционных процессов в этиологии неразвивающейся беременности / Н.М. Подзолкова // Мать и дитя: материалы VI Рос. форума. — М. — 2003. — С. 171.
4. Мисник В.В. Генетические и иммунологические причины привычного невынашивания беременности: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — С. 151.
5. Ю.Э. Доброхотова и др. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе. Журнал акушерства «Женские болезни» ТОМ LV ВЫПУСК 1/2006. С. 91-94
6. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В.М. — М.: Трида-Х, 2002 — 304 с
7. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности. — М.: МИА, 2007. — 224 с
8. McKinlay R.J., Gardner G.R.S. Chromosome abnormalities and genetic counseling. — N.Y.: Oxford University Press, 2004. — P. 25.
9. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности современный взгляд на проблему. Акуш. и гин. 2007; 5: 24–7.
10. Спиридонова Н.В. и др. «Взаимосвязь неразвивающейся беременности с хромосомной патологией плода». Казанский медицинский журнал, 2013 г., том 94, №5. С. 748 -751
11. Benirschke K., Kaufmann P., Baergen R. Pathology of the human placenta. N.-Y.: Springer. 2006.
12. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечение / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, И.В. Игнатко, Л.Д. Белоцерковцевой. — Клиническое руководство. — М., 2011. — 72 с.

14. Шляпников М.Е. Профилактика воспалительных осложнений у женщин с неразвивающейся беременностью в 1 триместре // Гинекология. — 2011. — Т. 13. — № 4. — С. 55–59
15. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009.
16. Турская Ю.И. Неразвивающаяся беременность на фоне герпетической инфекции: вопросы патогенеза, диагностики и профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 2008. — 22 с.
17. Мецерыкова А.В. Иммуноморфологические аспекты неразвивающейся беременности I триместра: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 19 с.
18. Тетруашвили Н.К. Роль системы цитокинов в патогенезе привычного выкидыша и преждевременных родов / Тетруашвили Н.К., Сидельникова В.М., Верясов В.Н., Сухих Г. Т. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1999. — № 3. — С. 37–44.
19. Иммуноморфологические изменения в децидуальной ткани при неразвивающейся беременности сопутствующей урогенитальной хламидийной инфекции / Мецерыкова А.В., Демидова Е.М., Старостина Т.А. [и др.] // Акуш. и гин. — 2001. — № 3. — С. 22–24.
20. Колесникова И.К. Состояние иммунитета на системном уровне и в эндометрии у женщин с невынашиванием беременности ранних сроков инфекционного и гормонального генеза: дис. ... канд. мед. наук. — Иваново, 2004. — 151 с. 9.
21. Carp H.J. Hormones, cytokines and fetal anomalies in habitual abortion / Carp H.J., Torchinsky A., Fein A., Toder V. // Gynecol. Endocrinol. — 2001. — Vol. 15, N 6. — P. 472–483.
22. Раисова А.Т. Невынашивание беременности у женщин с гиперандрогенией / Раисова А.Т. // Акуш. и гин. — 1991. — № 6. — С. 28–31.
23. Pflueger S.M.V. Cytogenetics of spontaneous abortions. The principles of clinical cytogenetics. — New Jersey: Humana Press, 2005. — P. 323–345.
24. Hypercoagulable thrombophilic defects and hyperhomocysteinemia in patients with recurrent pregnancy loss / Raziel A., Kornberg Y., Friedler S. [et al.] // Am. J. Reprod. Immunol. — 2001. — Vol. 45, N 2. — P. 65–71.
25. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбозов: руководство для врачей / под ред. А.Д. Макадаря, В.О. Бицадзе. — М.: Трида-Х, 2008. 152 с.
26. Мисник В.В. Генетические и иммунологические причины привычного невынашивания беременности: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — С. 151.
27. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В.М. — М.: Трида-Х, 2002 — 304 с. Серова О.Ф. Предварительная подготовка женщин с невынашиванием беременности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2000.
28. Beer A.E. Reproductive medicine program Finch University of Health Science / Beer A.E., Kwak J. — Chicago: Medical School, 2000. — 96 p.
29. Коробкова Е.С. Реабилитация репродуктивной функции с коррекцией адаптивных программ у женщин, перенесших неразвивающуюся беременность: дис. ... канд. мед. наук. — Рязань, 2002. — 132 с. 10.
30. Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позицией доказательной медицины». / Под ред. В.Е. Радзинского. М.: Редакция журнала StatusPresens, 2014. 24 с.
31. Дикке Г.Б. Неразвивающаяся беременность. Роль гормональной контрацепции в восстановительном лечении // Акушерство, гинекология и репродуктология. 2012. Т. 6. №1. С. 34–38.
32. Антибактериальная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза без ошибок и экспериментов: Методическое руководство для врачей / Под ред. В.Е. Радзинского, Р.С. Козлова, А.О. Духина. М.: Редакция журнала StatusPresens, 2013. 16с.
33. Мелкозерова О.А. и др. Эффект ультразвуковой кавитации в восстановлении эндометрия у пациенток с хроническим эндометритом после прерывания регрессирующей беременности // Тезис VII Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». М., 2014. С.59.
33. Suzumori N., Sugiura-Ogasawara M. Genetic factors as a cause of miscarriage // Curr. Med. Chem. 2010. Vol. 17 (29). P. 3431–3437. [PMID: 20712563].

Түйіндеме

Дамымаған жүктілік - репродуктивті потенциалының бұзылуының шешімі туралы мәселе

¹Сансызбаева Р.Ж., ^{1,2}Нургалиева Л.И., ²Л.Б., ²Зунунова Г.Д.,

²Алиева К.Т., ²Септенова К.М., ²Мустафина М.Е., ²Макулова А.Е.

Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті, «Ұлттық Медицина Университеті», Акционерлік Қоғамы,

Алматы қаласы, Қазақстан

Түйінді сөздер: дамымаған жүктілік, жұқпалы фактор, хромосомалық ауытқулар, лютеинді фазаның жеткіліксіздігі.

Дамымаған жүктіліктің дамуының этиологиясында жетекші орынды түсік тастаудың хромосомалық ауытқулары иелейді. Бұл патологияның кездесу жиілігі 60–70% құрайды. Жүктілік үзілуінің иммунологиялық және гормоналдық механизмінде күшті жергілікті им-муносупрессормен анықталатын, эмбриопротекторлық әсерді қамтамасыз ететін, жиі прогестерон әсерінің жеткіліксіздігімен, ана жатырының эндометриінде лимфациттермен өндірілетін прогестерон ынталандырушы факторларды тежеудің бұзылуына ерекше көңіл бөлінеді.

Прегравидарлық кезеңде емдеуші дәрігерлерге белгілінген тапсырмалармен және дамымаған жүктілікте репродуктивті жүйенің қалпына келтіру мәселелерін әрі қарай шешуді уйренудің актуалдық маңызы зор.

Summary

Multi-Factor Genesis Of Non-Developing Pregnancy - The Problem Of Disturbances Of Reproductive Potential Of Women

¹Sansyzbaeva R.Zh., ^{1,2}Nurgaliyeva L.I., ²L.B., ²Zununova G.D.,

²Alieva K.T., ²Septenova K.M., ²Mustafina M.E., ²Makulova A.E.

Kazakh-Russian Medical University, Kazakh National Medical University,

Almaty, Kazakhstan

Key words: undeveloped pregnancy, infectious factor, chromosomal abnormalities, luteal phase insufficiency

The leading establishment of the existing developing pregnancy takes up the chromosomal abnormality of the abortions. The frequency of occurrence of this pathology is 60–70%. Particular attention is paid to immunological and hormonal mechanisms of abortion, in particular, the insufficiency of the effects of progesteron-induced blocking factor, which is a powerful local immunosuppressor providing an embryoprotective effect.

The urgency of the future treatment of women reproductive system with undeveloped pregnancy and the treatment of the doctor in the precognitive period are substantiated.

УДК 618.2: 616.366.

Созылмалы холецистит және жүктілік

*Нұржанов Х.Н., Сансызбаева Р.Ж., Байбулекова Д.Т.**Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті,**Алматы қаласы, Қазақстан*

Тұжырым

Түйінді сөздер: Созылмалы холецистит, жүктілік, медикаментозды ем

Созылмалы холецистит (өт қалтасының қабынуы) – өт қалтасының қабырғасында қабыну өзгерістерінің болуымен сипатталатын созылмалы қайталанушы ауру болып табылады. Жүктілік кезінде әйелдің гормоналды өзгеруі айтарлықтай анықталады, сонымен холециститтің пайда болу себептерінің бірі болуы мүмкін.

Жүкті әйелдерге емдеу көбінесе науқас адамның басқа топтарымен сәйкес келеді. Дәрігерлік ем жүктіліктің кезінде барлық дәрілерді қолдануға болмайды. Олардың кейбіреулері ұрыққа жағымсыз әсер етуі мүмкін.

Созылмалы холецистит (өт қалтасының қабынуы) – өт қалтасының қабырғасында қабыну өзгерістерінің болуымен сипатталатын созылмалы қайталанушы ауру болып табылады.

Жүкті әйелдерде бауырдың және өт қалтасының созылмалы аурулары 3% кездеседі. Жүктілік кезінде холецистэктомияның жиілігі 0,1-3% құрайды.

Жүктілік кезінде холециститтің алдын алу үшін және қайта өршуін болдырмау үшін өт қалтасында өттердің тұрып қалмауына кедергі жасамау үшін кейбір шараларды (дене шынықтыру қимылдарын жасау, қыдыру, ретті және жиі тамақтарды (кейбіреулерін шектеп) қабылдауды және ошақты инфекцияны емдеуді ұсынады.

Холециститтің этиологиясы (себептері) қазіргі уақытқа дейін дұрыс анықталмаған. Көп зерттеушілер созылмалы холециститтің дамуының негізгі себебін инфекция деп санайды, дегенмен өт жеткілікті бактерицидті қасиетке ие, ал өт қалтасының және түтіктерінің эпителиясы – жергілікті иммундық қорғаныс механизміне ие. Өттің бактерицидтікінің төмендеуі және жергілікті қорғаныс механизмінің әлсіреуінің әсерінен әрекеттерін күшейтуі мүмкін. Шамамен, созылмалы холецистит жедел холециститтің нәтижесі болуы мүмкін, бірақ бұл жағдай аурулардың анамнезінде әрқашан да бола бермейді.

Созылмалы холецистит кейбірде құрсақ қуысының мүшелерінің жедел іріңді инфекцияларынан кейін, яғни жедел аппендициттен, аднекситтен және ауыр тамақ токсико инфекциясынан кейін дамиды. Созылмалы холециститпен ауыратын аурулардан өттен жиі стафилококктар мен ішек таяқшаларынан себу арқылы анықтайды.

Созылмалы холециститке мүмкіншілік туғызатын факторлар, олар күйзеліс жағдайларда, гиподинамия, тамақты көп жеп қою нәтижесінде пайда болатын өт қалтасының және өт жолдарының аппаратының сфинктерлерінің (қысқыштарының) дисфункциясы болып есептеледі.

Өт қалтасының қабынуының дамуына әкелетін факторлар:

- іштен біткен деформация;
- өт жолдарының дискенезиясы;
- өт қалтасының жарақаттары;
- құрсақ қуысының ісіктері;
- зат алмасуының бұзылыстары (СД, атеросклероз);
- тамақ режимінің бұзылыстары (тамақ қабылдаудың арасындағы ұзақ үзілістер, құрғақтай ас ішу);
- іш қатулар, көп қозғалмай өмір сүру;
- аллергиялық реакциялар;
- жасына қарай өт қалтасын қанмен қамтамасыз етудегі бұзылыстар;
- жүктілік.

Патогенезіне келетін болсақ, онда созылмалы холециститтің даму механизміне бірталай факторлардың қатысуы мүмкін. Аурудың басталуын өт қабының моторлық қызметінің бұзылыстарын, әсіресе дисхолиямен (өт құрамының өзгеруі) қосарланып келуімен байланыстырады. Бұл шырышты қабықтың асептикалық қабынуының дамуына мүмкіндік туғызады, сосын инфекция қосылады. Өт қабына микроорганизмдер қан, лимфа немесе энтероген жолдарымен (өрлеме инфекция) барып түсуі мүмкін. Тек өт қабында немесе өт түтіктерінде қармап орналасқан әртүрлі дәрежелі созылмалы баяу ағымды қабыну үрдісі дамиды.

Жүктілік кезінде ерте токсикоздың пайда болуына асқазан-ішек жолдарының, бауырдың аурулары, темекі тарту, дұрыс тамақтанбау мүмкіндік туғызады.

Жүктілік кезінде асқынудың ең көп таралған түрі болып құсуды айтуға болады.

Жүкті әйелдердегі созылмалы холециститтің клиникалық суреттемесі.

Созылмалы холециститтің ағымы оқтын-оқтын өршуімен сипатталады. Осы кезде негізгі симптомы ауыру сезімі болып есептеледі. Созылмалы холецистит кезінде тамақ ішіп болғаннан кейін, әсіресе, семіз, қуырылған тамақтарды қабылдаған кезінде оң жақ қабырғастың ауырлық сезімі немесе орташа ауыршандық шағымының таралуы болады.

Перихолецистит бар кезінде ауыру сезімі тұрақты сипатта болады, яғни дененің орнының ауыстырғанда, дененің алға бүгілісі кезінде. Ауыру сезім, қағида бойынша, оң жақ бел аумағына, оң жауырыңға, оң иыққа беріледі. Диспепсиялық бұзылыстарға жататындар жүрек айну, ауалы кекірік ащы дәм немесе ауызда тұрақты ащы дәмді айтуға болады.

Кейбірде аурудың өршуі дене қызуының көтерілуімен және оның субфебрилді цифрға дейін түсуімен жүреді, ал қалтыраумен болатын ең жоғарғы қызу, ол өт қабының эмпиемасын, оған қосылған холангитті көрсетуі мүмкін. Келтірілген симптомдар бұл созылмалы холециститтің әдеттегі ағымының сипатты түрі болып келеді, бірақ та 1/3 ауруларда олар ерекше болуы мүмкін және асқорыту мүшелерінің басқа ауруларының симптомдарына тартуы мүмкін. Жүктіліктің екінші жартысында 25% әйелдер ауыру сезімін нәрестенің қимылымен, оның жатырда

орналасуымен (екінші позиция) байланыстырады.

Созылмалы холециститтің өршуі 91,1% жағдайда жүкті әйелдерде жүктіліктің III-ші ұшайлығында дамиды.

Жүктіліктің асқынулары. Жүктіліктің бірінші жартысында ерте токсикоз дамиды. 50% жағдайда өтшығарушы жүйенің созылмалы аурулары жүрек айнумен, құсумен, ал 15% - сілекей ағумен асқынады. 23% жүкті әйелдерде құсу 12 аптадан артық асса жалғасады, ал 9% әйелдерде ол жүктіліктің 29-30 аптасына дейін жалғасады. Жүктіліктің екінші жартысы жиі кеш гестоздың (тінсулық, преэклампсия) түрлерімен асқынады.

Жүктілік кезінде холециститтің диагностикасы.

1. Анамнез. Жүктілік кезінде созылмалы холециститтің өршуі диагнозын шағымдардың негізінде, мұқият жиналған анамнездің, объективті мәліметтердің және зерттеулердің қосымша әдістерінің нәтижелеріне сүйене отырып қояды. Анамнезінде жедел холециститтің басынан өткізуі немесе оқтын-оқтын созылмалы холециститтің өршуі, жиі өт шығарушы жолдардың дискинезиясының болуы диагноз қоюға себеп болады.

2. Физикалды тексеру. Ішті пальпация жасаған кезде өт қалтасының кескінінің (проекциясының) ауыру сезімділігінің, дем алғанда (Кера симптомы) күшеюін, сосын оң жақ қабырғасың доғасы бойынша алақанның қабырға қырымен соққылау (Ортнер симптомы) кезінде анықтауға болады. Бірақта, бұл симптомдарды әрдайым анықтай беруге мүмкіндік болмайды. Объективті тексеру кезінде оң жақ жауырынның астында, оң жақ қабырғасты Захарьин-Гед тері гиперестезия зонасын анықтайды.

3. Зертханалық зерттеу. Шеткі қан анализінде әдетте қалыптыдан ауытқуды табалмайды. Кейбір жағдайда орташа анық лейкоцитоз (лейкоцитарлық формуланың солға ығысуы және ЭТЖ жоғарылауы) анықталады. Қанның клиникалық және биохимиялық анализдерінің көрсеткіштерін абайлап бағалау қажет, себебі нейтрофилді лейкоцитоз жүктіліктің лейкомоидты реакциясы болуы мүмкін. Қанның биохимиялық анализінде кейбірде трансаминаздардың (АЛТ және АСТ), ЩФ және д-глутамил-транспептидазы (ГГТ) белсенділіктерінің жоғарылауын, гипербилирубинемияны және гиперхолестеринемияны анықтайды.

4. Құрал-сайманмен зерттеу.

Дуоденалдық сүңгілеу тек жүктіліктің бірінші жартысында ғана орындалады, бірақта сире жасалады. Өттің шөгіндісін микроскопиялық зерттеу аз ақпарат береді, себебі өттегі лейкоциттер тез бүлінеді.

Өтті себу кейбірде қабыну үрдісінің этиологиялық факторын табу және антибиотиктерге микрофлоралардың сезімталдығын анықтауға болысады. Дегенмен өт қалтасының бөлігіне ұлтабардың ішіндегілерінің қосылып кетуіне байланысты нәтижелері шартты мағына береді. Кейбірде қабынған қалтадан алынған өттің себуінде жалпы айтқанда микробтардың өсуі байқалмайды.

УДЗ – өт қалтасының патологияларымен созылмалы холециститтің диагностикасының негізгі әдісі болып табылады.

Созылмалы холецистит кезінде өт қалтасының мөлшері ұлғайған, қалыпты немесе кішірейген болуы мүмкін. Кейбірде өзгерген және бүріскен өтті қалтаны табуға болады. Созылмалы холециститтің негізгі эхографиялық белгісі – қабырғаларының 3 мм астам қалыңдауы. Дегенмен кейбір жағдайда қабырғалардың қалыңдығы қалыпты немесе керек десең кішірейген (холециститтің атрофиялық түрі кезінде) болуы мүмкін. Қабырғалардың қалыңдауы біркелкі емес, ішкі пішіні (контур) тегіс емес.

Өршу кезінде ультрадыбысты белгілердің біреуін

өт қалтасының қабырғаларының үш қабатылығы деп есептейді. Ішіндегісі, қағида бойынша, гомогенді емес (біркелкі емес), әртүрлі кірінділер (өттің біркелкі емес ұйындысы, микролиттер). Бұл кірінділер өттің ішінде емін-еркін жүзіп жүруі мүмкін, оны ауру адамның қалыпты орналасуын ауыстыруда жеңіл анықтауға болады. Сонымен қатар олар өт қалтасының қабырғасына бекітілуі мүмкін. Әдетте патологиялық өзгерістердің өт қалтасының мойын аймағында ең анық көрінуі. Өт айдайтын таңғы астан кейін өт қалтасының жиырылу қызметін анықтайды, ол қағида бойынша, төмендеген.

Термометрия.

Салыстырмалы диагностиканы асқорыту мүшелерінің басқа ауруларымен жүргізеді, олар:

Созылмалы панкреатит.

Дуоденит.

Гастрит.

Ұлтабардың ойық жарасы.

Ішектің ісіп қызарған синдромы.

Асқазанның, ішектің және билиарды жолдың функциялық аурулары.

Жүктілік кезінде созылмалы холециститті бар әйелдер акушер-гинеколог, терапевт және гастроэнтеролог дәрігерлердің бақылауында болуы қажет. Диагнозын қалай қою керек? Оған мысал,

Диагнозы: Жүктіліктің 11-12 аптасы. Ерте токсикоз. Созылмалы холецистит.

Жүктілік кезінде холециститті емдеу.

Емнің мақсаты:

Ауыру сезімін басу.

Өт қалтасының және өт жолдарының сфинктерлік аппаратының қызметін бұрынғы қалпына келтіру.

Өт қалтасындағы қабыну үрдісін және инфекцияларды басу.

Ұлтабарға өттің жеткіліксіз түсуінің нәтижесінде билиарды жетіспеушіліктің бұзылысынан болған асқорытуды бұрынғы қалпына келтіру.

Дәрі-дәрмексіз ем жүргізу. Тамақтанудың маңызы өте зор, бұл жиі (күніне 4-6 рет) және бөлшектеп (аз мөлшерде) тамақтану қажет. Бұл өт қалтасының ретті түрде босатуына мүмкіндік туғызады. Рационнан семіз, қуырылған, ащы тамақтарды, газдалған сусындарды, шарапты, сыраны, жұмыртқаның сарыуызын, жаңғақтарды, тоғаш нандарды, салқын тамақтарды, кремді, шикі көкөністерді және жемістерді алып тастау керек.

Емдәмді (№5 үстел) тағайындайды. Ауыру сезімі басыла бастаған кезде рационды кеңейтеді: көкөністерден жасалған тамақтарды (шикі сәбізді ұсақтау), винегреттерді (қырыққұрауларды), қарбыздарды, қауындарды, мейіздерді, қара өріктерді, кептірілген өріктерді және басқаларын кіргізу қажет. Бұлар өт қалтасының қызметін бұрынғы қалпына келтіруге мүмкіндік жасаумен қатар, қосарланып келген іш қатуды жояды.

Гипомоторлы дискинезиясының қосарлануы кезінде ең қолайлы «холецистокинетикалық» заттар (майсыз еттен немесе балықтан жасалған сорпалар, қаймақ, шала пісірілген жұмыртқа) мен липотропты заттармен бай (сүзбе, нәруызды омлеттер, нәлім) өнімдер, ал дискинезияның гипермоторлы түрі кезінде минерализациясы төмен жылы минералды суларды (Ессентуки 17, Арзни, Березовская, Баталинская т.б.) ұсынады. Жүктіліктің екінші жартысында, әсіресе жүктіліктің III – ұшайлығында, сұйықтықтарды орташа мөлшерде ішкен дұрыс болады, ал минералды сулармен емделудің қажеті жоқ. Ем шөптердің қайнатпасы (солмасгүлдердің гүлдері, жүгер аналығы, жалбыздың жапырағы, аскөктің дәні, итмұрынның жемістері, зерек тамыры) өтті айдау

әсеріне ие.

Жүктілік кезінде холециститтің дәрі-дәрмек емі.

Өт айдаушы дәрілік заттар барлық жүкті әйелдерге қолдануға болады. Көбінесе, өт шығарушы жолдардың дисфункциясының гипомоторлы түрі басым болғандықтан, жақсысы, ол босаңсыған әсер беретін холецистокинетиктерді қолданған жөн. Жүктіліктің бірінші ұшайлығында бірталай ауруларда өт жолдарының дискинезиясының гиперкинетикалық түрі байқалады. Сондықтан оларға аллохол, панкреатин, холензимдерді тағайындайды.

Антибактериялық препараттарды тек императивтік (бұйрықтық) көрсетулермен, ереже бойынша, хирургиялық емнің алдында және кейін тағайындайды. Оларды таңдау кезінде жүктіліктің мерзімін ескеру қажет. Сондықтан, антибиотиктерге келесі талаптар қоялады:

- ішке қабылдаған кезде өтті жақсы шығару;
- ішек ішіндегісін және өтті зарасыздандыру;
- бауырдың ферменттеріне тұрақтылық;
- бауырға уыттылықтың жоқтығы;
- кең спектрлі әсері үшін.

Спазмолитиктер (түйілуді басатын) мен анальгетиктерді (ауырсынуды басатын) (дротаверин, папаверин) ауырсыну синдромы кезінде тағайындайды.

Метоклопрамид дискинезияның қай түрі болмасын жүкті әйелдердің өт қалтасының моторикасын, соның ішінде жүкті әйелдердің құсуы кезінде қалыпқа келтіреді.

«Соқыр» тюбаждар өттің тұрып қалмауымен күресу үшін 30-40 мл өсімдік майларын, 1 шай қасық карловар тұзын 1 стақан суға ерітіп ішуге ұсыныс жасайды.

Ұстама арасы кезеңінде физиотерапиялық ем жүргізуге болады. Ол ауырсыздандыру, түйілуді басу, трофикалық әсерлерге ие, өт қалтасының және сфинктерінің әртүрлі дискинезия түрлеріне салыстырмалы түрде әсер етеді, яғни олардың ширақтылығын төмендетеді немесе жоғарылатады.

Гиперкинетикалық дискинезия кезінде индуктотермияны, УВЧ-нің электрлік өрісін, микротолқынды терапияны қолданады, ал өт қалтасының гипотониясы мен гипокинезиясын синусоидты модульденген токтармен, төменгі жиілікті импульсті токтармен жақсы емдеуге болады. Ультрадыбысты терапия және инерфексотерапия өт жолдарының дискинезиясының екі варианттарында да қолдануға болады.

Жүктіліктің асқынуларын болжау және алдын алу.

Созылмалы холециститтермен зардап шеккен жүкті әйелдермен емді аурудың өршуі кезінде ғана емес, ремиссия кезінде де алдын алу үшін жүргізу керек.

Алдын алу шараларының көмегімен өт қалтасының қабыну үрдісінің дамуын, конкременттердің пайда болуын, созылмалы холециститтің және холелитиаздың өршуін болдырмауға болады.

Ол үшін әйелдер консультациясында келесілерді жүргізу қажет:

билирубинге қан анализін, холестеринге жүктіліктің II-III – ұшайларында тапсыру керек;

жалпы уробилинге зәр анализін, өт пигменттеріне 1 айда 1 рет тапсыру қажет;

терапевт-дәрігер 1 айда 1 рет диспансеризация ретінде осы жүкті әйелдерді қарап тұруы қажет;

гастроэнтеролог-дәрігер тек көрсетулері бойынша қарауы керек;

акушер-гинеколог-дәрігер ауруларды жүктіліктің мерзіміне қарай кесте бойынша қарап тұруы қажет;

сауықтыру шараларын жүргізу керек емдәм (№5 үстел), жүктіліктің 16,28,38 апталарында 7-10 күндей өт айдайтын заттарды, фитотерапияны, спазмолитиктерді,

үрдістің өршуі кезінде антибактериялық заттарды тағайындаған жөн).

Жүктіліктің асқынуларын емдеу ерекшеліктері.

Жүктіліктің асқынуларын емдеу.

Құсудың жеңіл түрі бар жүкті әйелдерді емдеу амбулаториялық жағдайда, ал құсудың орташа және ауыр дәрежелерінде стационар жағдайында жүргізіледі. Ем кезінде жүкті әйелдердің құнды тамақтануының рөлі өте зор. Тамақ құрамы бойынша әртүрлі, жеңіл сіңетін болуы қажет. Оны суытылған күйде, жатып, әр 2-3 сағаттан кейін аздан-аздан бөліп қабыдаған жөн. Тәулігіне 5-6 рет аз көлемде минералды газсыз сілтілі суды ішкен жөн. Дәрі-дәрмек препараттардың ұрық жұмыртқасына кері әсері тимеуі үшін емді дәрі-дәрмексіз заттардан – орталық электроаналгезиядан, ине шаншудан, психология және гипнотерапиядан бастаған жөн.

Жүктіліктің II және III – ұшайлығында гестоздың пайда болуы кезінде тиісті терапияны жүргізеді. Созылмалы холециститтің емі, ереже бойынша, консервативті ем болып есептеледі. Тек қана анық ауыру сезімі, өтқалтасының өрескел деформациясы, жиырылу қызметінің әдәуір төмендеуі және өршуі бар ауруларға стационарлық ем қолдануға тура келеді.

Босану және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі асқынуларды емдеу.

Босану және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі асқынуларды емдеу үшін, ол үшін инфекциялық асқынулардың алдын алу қажет.

Ауруханаға жатқызу көрсетулері:

Жүктіліктің қай мезгілінде аурудың өршуі болса, сол кезде жатқызу керек;

Көрсетулері бойынша жүктіліктің 38 аптасында жатқызу қажет.

Аурудың өршу кезеңінде емді стационар жағдайында 10-14 күндей жүргізген жөн және аурудың ремиссиясына жету мүмкіншілігіне қол жеткізу керек, бұл емнің нәтижесін бағалау болып табылады.

Босандырып алудың мерзімін және әдісін таңдау.

Босандырып алу барабарлық ауыртпауды пайдаланып (перидуралдық анестезия) босану жолдары арқылы жүргізеді, ал кесар тілігі операциясы акушерлік көрсетулері бойынша жасалады. Созылмалы холециститті бар әйелдер үшін ақпарат ретінде айтатымыз, бірінші, ол өршудің сатысынан тыс шипажай – дауажай жағдайында ем алу (Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Трускавец, Моршин және т.б.), екінші, аурудың өршуі кезінде стационар жағдайында ем алу, үшінші, дәрі-дәрмексіз және дәрі-дәрмекті емді дер кезінде алып тұру, төртінші, дәрігерлердің бақылауында болу.

Резюме

Хронический холецистит и беременность

Нұржанов Х.Н., Сансызбаева Р.Ж., Байбулекова Д.Т.

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

Ключевые слова: Хронический холецистит, беременность, медикаментозное лечение

Хронический холецистит — воспалительное заболевание желчного пузыря с вероятностью образования в нем камней. Оно может быть как острым, так и хроническим. Беременность является одним из факторов риска для развития болезни, поскольку в этот период у женщины серьезно меняется гормональный фон, что может стать одной из причин формирования холецистита.

Лечение у беременных во многом совпадает с тако-

вым у других групп заболевших людей. Медикаментозная терапия должна назначаться врачом, поскольку не все лекарства для лечения данной болезни можно применять. Некоторые из них могут негативно повлиять на плод.

Summary

Chronic cholecystitis and pregnancy

*Nurzhanov Kh.N., Sansyzbayeva R.Zh., Baibulekova D.T.
Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan*

Key words: Chronical cholecystitis, pregnancy, medication treatment

Chronical cholecystitis is an inflammatory disease of the gallbladder. It can be both acute and chronic. Pregnancy is one of the risk factors for the development of the disease, because during this period a woman's hormonal system seriously change, which can be one of the reasons for the formation of cholecystitis. Treatment in pregnant women is difficult, nevertheless with that opinion we know what treatment and what will be do.

Drug therapy should be prescribed by a doctor, because we have a pregnancy. Some of them may have undesirable effects to the fetus.

УДК 618-019

Бесплодие при генитальном эндометриозе

Скакова Р.С.

Акционерное общество «Казахский Национальный медицинский университет», г. Алматы,
Казахстан

Резюме

Ключевые слова: бесплодие, эндометриоз, генитальный эндометриоз, гистероскопия, лапароскопия

Первичное и вторичное бесплодие встречается с одинаковой частотой. При вторичном бесплодии наиболее распространена такая патология, как эндометриозная киста яичника. Бесплодие при аденомиозе связано с нарушением имплантации хориона и многочисленными другими факторами.

По данным ВОЗ причины бесплодия подразделяются на трубно-перитонеальные, эндокринные и являются следствием различных гинекологических заболеваний [1]. Удельный вес бесплодия при генитальном эндометриозе составляет 60-80% среди пациенток репродуктивного возраста. До настоящего времени дискуссионным является причина бесплодия при генитальном эндометриозе (2,3).

Цель исследования

- изучение частоты и причин бесплодия при генитальном эндометриозе

Материал и методы исследования

Нами обследованы 440 женщин с эндометриозом, бесплодие отмечено у 23% (100) женщин. Средний возраст женщин с бесплодием составил $33 \pm 0,5$ лет.

В план проведенного исследования вошли тщательный сбор анамнеза, клинический и гинекологический осмотр, ультразвуковое исследование малого таза, гистеросальпингография, лапароскопия с хромогидротубацией, гистологическое исследование биоптата ткани яичников.

У всех пациенток с бесплодием определен уровень пролактина на 2-4 день цикла.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось аппаратом «ALOKA SSD-630» чрезбрюшинным и вагинальным датчиком.

Метросальпингография проводилась по стандартной методике с применением контрастных водорастворимых веществ (урографин) на 7-8-й день менструального цикла.

Гистероскопия на 5-10 день менструального цикла с использованием гистероскопа фирмы «Karl Storz».

Лапароскопия проводилась лапароскопом фирмы «Karl Storz» с видеосистемой.

Полученные результаты подвергнуты статистическому анализу.

Результаты исследования и их обсуждение

Частота бесплодия при генитальном эндометриозе составила в наших исследованиях 100-23%.

Анализ менструальной функции у пациенток с бесплодием показал, что менархе у большинства женщин были в возрасте 11-14 лет (94%-94). Позднее менархе (15-16 лет) отмечено у 6%.

Анализ репродуктивной функции у больных с бесплодием установил, что пациенток с вторичным бесплодием было несколько меньше, чем больных с первичным бесплодием. Первичным бесплодием страдали 52-52%, вторичным бесплодием - 48-48% обследованных больных.

Вторичное бесплодие у пациенток возникло после перенесенных родов, аборт, выкидышей и внематочной беременности. В 9-18,8% бесплодию предшествовали роды, в 12-25%-осложненные аборты и в 5-10% бесплодие развилось после внематочной беременности.

При вторичном бесплодии, имея несколько беременностей, родов не имели 13-27% пациенток, более 2-х. аборт имели 10-21%.

Хирургические вмешательства на органах малого таза произведены 40-40% пациенткам, при том у 7-13,5% пациенток с первичным бесплодием (2 случая аппендэктомии, 5 - различные операции на яичниках) и у 33-68,8% пациенток с вторичным бесплодием (5 случаев тубэктомии по поводу внематочной беременности, 28 случаев - различные операции на яичниках).

Внутриматочные вмешательства в анамнезе имели 33-68,8% пациенток с вторичным бесплодием (выкидыши, аборты и 18-54,5% диагностическое выскабливание по поводу миомы матки) и 3-5,8% пациентки с первичным бесплодием.

Основными жалобами больных, кроме бесплодия, были дисменорея с менархе 88 (88%) и постоянные боли 70 (70%), реже мено-, метроррагия 14(14%).

Длительность бесплодия была от одного до 10 лет. Большинство женщин имели длительность бесплодия более 7 лет 49(49%). Длительность бесплодия от 4 до 6 лет отмечена у 34-34% больных, от одного до 3 лет лишь 17-17% больных. Необходимо отметить, что с длительностью бесплодия до 3 лет было лишь 4-7,7% пациенток с первичным и 14-29% пациенток с вторичным бесплодием.

У всех пациенток отмечены нормальные показатели пролактина в плазме крови: при первичном бесплодии ($n=52$) 355 ± 84 ; при вторичном бесплодии ($n=48$) 354 ± 45 .

Эндовидеохирургическое вмешательство позволило нам выявить у всех 100 пациенток эндометриоз. Эндометриоз яичников был диагностирован в 48-48% случаях, эндометриоз матки в 43-43% случаях, только перитонеальные формы эндометриоза в 9-9% случаях.

Эндометриозидные кисты имели место в 48-48% случаях. Это были образования, с плотной капсулой, темно-синего оттенка, до 7-8см, иногда на ткани яичника были видны мелкие эндометриозидные кисты. Наряду с эндометриозидными кистами обнаружены

Таблица №1. Гинекологические патологии у прооперированных больных с бесплодием.

Патология	Перитонеальная форма эндометриоза	Эндометриозные кисты	Миома матки	Эндометриоз матки	Спаечный процесс
Бесплодие I (n=52)	7-13,5%	19-36,5%	6- 11,5%	22-42,3%	24-46,2%
Бесплодие II (n=48)	2-4,2%	29-60,4%	21-43,75%	21-43,75%	39-81,25%
Всего	9 – 9%	48 - 48%	27 -27%	43-43%	63 - 63%

фолликулярные кисты в 30-30%, кисты желтого тела в 20-20% наблюдениях.

У 27-27% больных генитальным эндометриозом определено наличие миомы матки субсерозного или интерстициального расположения, чаще узлы были единичные.

При оценке проходимости маточных труб у больных генитальным эндометриозом выявлено, что у 31-31% они были проходимы, в 34-34% непроходимы, в 35-35% была односторонняя проходимость. В 11- 11% случаев непроходимость маточных труб была обусловлена эндометриозными очагами в области стенок маточных труб. Спаечный процесс обнаружен в 73-73%, из них почти у 33- 33% больных в спаечный процесс был вовлечен кишечник.

Проведены 86-86% пациенткам сальпингоовариолизис, фимбриолизис. Маточные трубы и яичники острым и тупым путем или коагуляцией освобождались от окружающих спаек, и проводилась контрольная хромосальпингоскопия. Восстановить проходимость маточных труб удалось почти во всех случаях (у 68 из 69 с непроходимостью трубы).

Во время хирургической лапароскопии нам удалось в 10-10% случаях удалить субсерозные миоматозные узлы.

При наличии эндометриозных кист производили вылушивание и удаление капсулы с целью сохранения ткани яичников. При наличии эндометриозных гетеротопий в трубах, в брюшной полости производились вапоризация эндометриозных очагов.

Как видно из представленных данных, формы эндометриоза и частота спаечного процесса были различны в зависимости от первичности или вторичности нарушения репродуктивной функции. Перитонеальная форма бесплодия чаще наблюдалась при первичном бесплодии (7-13,5% против 2-4,2%). Эндометриозные кисты в 1,7 раз чаще наблюдались при вторичном бесплодии (29-60,4% против 19-36,5%). Миома матки при эндометриозе достоверно чаще в 3,8 раз наблюдалась при вторичном бесплодии (21-43,75% против 6-11,5%). Спаечный процесс чаще в 1,8 раза наблюдался у пациенток со вторичным бесплодием. Что касается эндометриоза тела матки, то она наблюдалась с одинаковой частотой при первичном (22-42,3%) и вторичном (21-43,75%) бесплодии.

Таким образом, частота первичного и вторичного бесплодия была почти одинаковой. При вторичном бесплодии чаще наблюдались эндометриозные кисты, спаечный процесс в малом тазу. Это, возможно, связано с высокой частотой оперативного вмешательства на придатках в анамнезе до настоящего исследования (у 33 из 48, т.е. в 68,75% наблюдений). У каждой четвертой женщины с эндометриозом выявлена миома матки, при

том чаще она была отмечена при вторичном бесплодии. У каждой 7-13,5% женщины с первичным бесплодием наблюдались перитонеальные формы эндометриоза. Причина бесплодия у этих пациенток при эндоскопии не установлена. Высока частота эндометриоза

тела матки. Причиной бесплодия при эндометриозе тела матки считают нарушение имплантации.

Полученные нами результаты свидетельствуют о мультифакторности причин бесплодия у пациенток с эндометриозом.

Литература:

1. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кура Е.Ф. Эндометриозная болезнь. СПб ООО «Издательство Н-Л» 2002. -452с.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Дискуссионные вопросы современной гинекологии. Материалы международного конгресса по эндометриозу. М.1996. 17-30с.
3. Кудайбергенов Т.К. Эндоскопия в оперативной гинекологии. Журнал Акушерства, гинекологии и перинатологии. 2004 №3, с.65.

Тұжырым

Бедеулік пен және гениталды эндометриоз

Скакова Р.С.

«Ұлттық Медицина Университеті», Акционерлік Қоғамы,

Алматы қаласы, Қазақстан

Құпия сөздер: бедеулік, эндометриоз, гениталды эндометриоз, гистероскопия, лапароскопия

Біріншілік және екіншілік бедеулік бірдей жиілікте кездеседі. Екінші бедеулікте аналық бездің эндометриозды кистасы және ішкі жамбас мүшесінің жабысқақтығы көп байқалады, оның себебі әйелдердің анамнездерінде операциялардың жиі болғандығынан. Аденомиозда бедеуліктің себебі имплантацияның бұзылуына және басқа да көптеген себептерге байланысты.

Summary

Infertility With Genital Endometriosis

Skakova R.S.

Kazakh National Medical University,

Almaty, Kazakhstan

Key words: infertility, endometriosis, genital endometriosis, hysteroscopy, laparoscopy

Primary and secondary infertility rates are identical. Endometriosis cysts in the ovaries and commissural process in the pelvic region are observed frequently during secondary infertility, which is related with a high rate of operable intrusion in previous health history.

The cause of infertility for adenomyosis is considered to be implantation dysfunction and many other factors.

УДК: 618.14-089.87.

Малоинвазивные методы лечения гинекологических больных

*Хакиев У.А., Жатканбаева Г.Ж., Аумолдаева З.М., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.**Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Казахстан*

Резюме

Ключевые слова: миома матки, лапароскопический доступ, методика лапароскопической гистерэктомии, лапароскопическая гистерэктомия

Гистерэктомия наиболее распространенная операция в гинекологической практике.

В настоящее время выполнено множество исследований, которые показывают, что лапароскопическая гистерэктомия (ЛГ) считается наиболее эффективной и безопасной операцией. По данным большинства публикаций можно сказать, что на мировом уровне этап «кривой обучения» лапароскопической гистерэктомией как «новой» операции пройден. На современном этапе технику проведения лапароскопической гистерэктомии можно считать отработанной до уровня, которая позволяет широкое и повсеместное внедрение данного метода оперативного вмешательства.

Гистерэктомия наиболее распространенная операция в гинекологической практике. Частота гистерэктомии среди абдоминальных гинекологических операций составляет в России - от 32,5 до 38,2% (по данным НЦАГиП РАМН), в Швеции – 38%, в США – 36%, в Великобритании – 25%. Основываясь на данные Национального центра статистики здоровья США за 2009, среднее количество гистерэктомий в год в течение последнего десятилетия составило 622000, т.е. каждой третьей женщине в стране в возрасте 60 лет удаляли матку. В Великобритании же каждой пятой женщине того же возраста проводят гистерэктомию.

В настоящее время выполнено множество ретро- и проспективных исследований, которые показывают, что лапароскопическая гистерэктомия (ЛГ) считается наиболее эффективной и безопасной операцией. По данным большинства публикаций можно сказать, что на мировом уровне этап «кривой обучения» лапароскопической гистерэктомией как «новой» операции пройден. На современном этапе технику проведения лапароскопической гистерэктомии можно считать отработанной до уровня, которая позволяет широкое и повсеместное внедрение данного метода оперативного вмешательства. На сегодняшний день данная операция может претендовать на место альтернативы лапаротомическому доступу [1-5]. Но вопрос об анализе всех аспектов сравнения доступов все-таки остается спорным даже в рандомизированных исследованиях, так как в сравнениях берутся хирургические бригады с разным уровнем подготовки, опытом работы, личными предпочтениями, оснащением операционного зала и т.д.

В литературе разных стран существует множество точек зрения на возможность, выполнимость, показания и оправданность разных методов доступа для выполнения

гистерэктомии. Мнения различных авторов во многом зависят от школы, традиций, в том числе национальных, сложившихся практикой и доступностью технического обеспечения. Можно предположить, что в скором времени вряд ли можно будет сблизить эти позиции, так как существуют неоспоримые преимущества как влагалищного, лапароскопического, так и абдоминального метода доступа, которые, не теряют своей актуальности [6,7].

В настоящий момент неоднозначно решается вопрос о величине удаляемой матки при проведении ЛГ. С.Н. Коh (1997); М.М. Высоцкий (2009) считают что противопоказанием для проведения лапароскопической гистерэктомии являются большие размеры опухоли, соответствующий 20 неделям беременности. По мнению С.Н. Коh, если вес матки, превышает 2000,0г, то это является противопоказанием для проведения лапароскопии.

По данным В.И. Кулакова, Л.В. Адамян (2003); А.С. Аракелян, С.И. Киселева с соавт. (2007), тотальная лапароскопическая гистерэктомия проводится ими при различных размерах миомы матки – от нормальных до соответствующих 26 неделям беременности. По мнению А.А. Попова с соавт. (2004), показаниями для выполнения ЛГ является размер матки, соответствующий не более 14–15 недель беременности.

В литературе отмечают, что препятствующим фактором для широкого внедрения ЛГ является отсутствие простой доступной методики. В практике каждой клиники существует своя собственная техническая модификация этой операции. Многие хирурги оперируют, без применения биполярной коагуляции, в некоторых клиниках пользуются маточным манипулятором. По мнению М.М. Высоцкого, И.Б. Манухина (2009), которые считают, что использование маточного манипулятора является обязательным для проведения гистерэктомии. Применяется также техника лапароскопической надвлагалищной ампутации матки с помощью петлевой лигатуры, которая накладывается на уровне внутреннего зева. М.Б. Шевченко (2005), изучая эффекты различных способов коагуляции во время ЛГ и пришел к выводу, что наиболее удобно и безопасно использование генератора «Ligasure» [8-10]. В то же время А.Н. Плеханов (2009) разработал показания к использованию «Ligasure» при радикальных операциях на матке. А.А. Попов с соавт. (2004) считают более безопасной лапароскопически ассистированную влагалищную гистерэктомию (один из вариантов ЛГ), так как данный метод максимально увеличивает расстояние между маточными артериями и мочеточником, повышая ее безопасность. При выполнении гистерэктомии большое количество авторов свидетельствуют о выполнении экстрафасциальной методики, при которой возникают значительные трудности в идентификации анатомических образований, приводящие к осложнениям. Лишь небольшое количество работы посвящены интрафасциальной ЛГ.

При разработке единых тактических подходов к проведению основных этапов операций и достаточная техническая оснащенность позволяют сделать ЛГ более доступной для большинства хирургов, позволяет уменьшить количество серьезных осложнений. Поэтому усовершенствование и оптимизация выполнения лапароскопической гистерэктомии путем сокращения времени операции, длительности анестезии, дифференцированного подхода к выбору способа мобилизации маточных сосудов является основным моментом в отдаленные результаты хирургического лечения миомы матки.

Тип и объем лапароскопической гистерэктомии избирается индивидуально для каждой пациентки в момент предоперационного осмотра на основании жалоб и анамнеза пациентки, данных физикального и дополнительных методов исследования. Используется 3 основных типа ЛГ:

Тотальная лапароскопическая гистерэктомия (ЛГ).

Лапароскопическая субтотальная гистерэктомия (ЛНАМ).

Влагалищная гистерэктомия с лапароскопической ассистенцией (ЛВАГ).

Выбор между традиционным и эндоскопическим доступом во многом зависит от: размеров опухоли, локализацией и величиной миоматозных узлов, наличием сопутствующей экстрагенитальной патологии, квалификацией хирурга. По литературным источникам, наличие у больной миомы матки, не превышающей 14-недельную беременность, является показанием для проведения лапароскопического вмешательства независимо от факторов, технически усложняющих выполнение операции. В этом случае высота стояния дна матки и точки введения троакарных канюль находятся ниже уровня пупка, что является оптимальным условием для манипулирования в эндоскопической среде. По мере отработки техники радикальных операций на матке, накопления опыта, приобретения современного эндоскопического оборудования можно добиться удаления миомы большого размера. В этом случае хирург и ассистенты должны адекватно воспринимать двухмерное изображение и манипулировать при наличии зеркального эффекта. При выполнении ЛГ важными являются три ключевых момента: использование маточного ретрактора, выбор способа мобилизации маточных сосудов, выполнение интрафасциальной методики.

Важным и сложным моментом в хирургии миомы, особенно больших размеров (более 14 недель беременности), является возможность адекватно манипулировать миоматозно измененной маткой в ограниченном пространстве с целью улучшения визуализации, натяжения ткани, обеспечения безопасных условий для работы режущим инструментом, идентификации важных прилежащих анатомических структур. В этом аспекте возможности 10-мм жесткого зажима, введенного через дополнительный порт, значительно превышают любой маточный манипулятор, так как он позволяет совершать более значительные тракционные и ротационные движения опухолью. Кроме того, тракция матки зажимом в краниальном направлении со стороны брюшной полости приводит к смещению нисходящей ветви маточной артерии и увеличению расстояния между артерией и мочеточником. Это, в свою очередь, уменьшает риск интраоперационного повреждения дистальных отделов мочевого тракта и повышает безопасность гистерэктомии. При смещении матки краниально влагалищным манипулятором данное расстояние уменьшается, что делает диссекцию в этой области более сложной и увеличивает риск случайного повреждения мочеточника.

Мобилизация маточных сосудов является основным и наиболее сложным этапом радикальной операции на матке, который сопряжен с риском развития трудно корригируемых геморрагических осложнений и травм дистальных отделов мочевого тракта. Обработку сосудистых структур матки осуществляют с использованием: би- и монополярной коагуляции, прошивания с помощью иглы, наложения петлевой лигатуры «Roeder» на шейку матки в проекции внутреннего зева (при ЛНАМ), аппарата «Ligasure».

В настоящее время гистерэктомия после аппендэктомии является наиболее частой операцией, выполняемых в мире, а среди гинекологических операций — самым частым оперативным вмешательством. В США выполняют около 600000 гистерэктомий в год. С тех пор как впервые в 1989г Х. Рич выполнил ЛГ, техника операции была также воспроизведена многими оперирующими гинекологами во всем мире. Доказано, что большинство гистерэктомий, требующих чревосечения, могут быть частично или целиком выполнены лапароскопическим доступом. Не смотря на это, ряд исследователей полагает, что лапароскопический доступ для удаления матки увеличивает риск различных осложнений и в первую очередь, урологических: ранение мочеточников, мочевого пузыря, что в свою очередь не является исключением. С другой стороны, было доказано, что лапароскопическая гистерэктомия имеет ряд неоспоримых преимуществ над лапаротомным аналогом. К таким преимуществам относятся: минимальная интраоперационная кровопотеря, менее выраженный послеоперационный болевой синдром, короткие сроки госпитализации, косметический эффект и др.

В последние годы ЛГ прочно вошла в повседневную гинекологическую практику. Тем не менее, частота использования этой операции в сравнении с ее традиционным лапаротомным аналогом остается достаточно низкой. По данным различных источников, в европейских странах доля лапароскопической гистерэктомии от общего числа гистерэктомий варьирует в широких пределах. Так во Франции она составляет — 13,5% [8]; в Великобритании — 36,5% [9], а в США — 75%. Причинами медленного внедрения лапароскопической гистерэктомии в клиническую практику являются отсутствие стандартизированной простой техники операции, доступной большинству оперирующих гинекологов, а также противоречивые данные литературы о показаниях и противопоказаниях к этой операции, выборе ее рационального объема, техники выполнения и клинической целесообразности проведения сопутствующих операций.

После адгезиолизиса и ревизии органов брюшной полости уточняется и выполняется следующий объем оперативного вмешательства. Проводят последовательные 10 этапов:

1. Коагуляция и пересечение круглых связок матки.
2. Диссекция переднего листка широкой маточной связки.
3. Методика «окна» в заднем листке широкой маточной связки. При этом производили вскрытие заднего листка широкой связки матки. В результате мочеточник смещается латерально к стенке таза
4. Биполярная коагуляция придатков матки. При этом в случае выполнения тотальной пангистерэктомии выполнялась коагуляция воронкообразных связок. А при выполнении тотальной гистерэктомии без удаления придатков коагулировались собственные связки яичников и маточные трубы.
5. Пузырно-маточная диссекция выполняется с целью

профилактики повреждения мочевого пузыря при отсечении матки от сводов влагалища.

6. Диссекция маточных сосудов. Важным и необходимым этапом при выполнении лапароскопической гистерэктомии, с нашей точки зрения, является визуализация мочеточников в толще широких связок матки. Особенно это важно для хирургов, не имеющих большого опыта в выполнении данной операции. Частичная диссекция и визуализация мочеточников позволяет избежать такого грозного осложнения, как ранение мочеточника во время пересечения маточных сосудов.

7. Коагуляция и пересечение маточных сосудов. С целью гемостаза маточных сосудов используется биполярная коагуляция. Необходимо последовательно визуализировать маточную вену, коагулировать ее, а затем маточную артерию. В противном случае, при одновременной коагуляции вены и артерии не будет обеспечен надежный гемостаз последней. И при пересечении обеих возможно кровотечение из сократившейся в параметрий маточной артерии. Эта ситуация опасна возможной термической травмой мочеточника при дальнейших попытках коагулировать маточную артерию в параметрии.

8. Вскрытие влагалища и отсечение матки осуществляется при помощи монополярного ножа. При этом проведение этого этапа облегчается за счет маточного манипулятора, позволяющего четко идентифицировать границы влагалища и шейки матки, смещать матку в любую сторону, а также препятствует потере пневмоперитонеума.

9. Удаление матки при небольших размерах через влагалище или при большом размере опухоли производили морцелляциоморцеллятором «RotocutG1» (KarlStorz).

10. Ушивание влагалища 3-4 викриловыми швами сперитонизацией пузырно-маточной складкой, подшивая ее к культиям крестцово-маточных связок.

В современных условиях самым оптимальным методом удаления матки является лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки или тотальная лапароскопическая гистерэктомия. Малоинвазивные методы оперативного вмешательства имеют большие преимущества в сравнении с лапоротомным доступом. Послеоперационный период и реабилитация проходят в кратчайшие сроки, качество жизни и физиологическая активность пациенток не снижается. Оздоровление женщин помогает им сохранить трудоспособность и семью, быть полезными для общества в целом.

Литература:

1. Адамян Л.В., Варданян В.Г., Киселев С.И. Эндоскопия в диагностике лечения и мониторинге женских болезней. — М., 2000. — С.211.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. — М., 2001. — С.132.
3. Савельева Г.М., Штырова С.В., Хатиашвили В.В. // Акушерство-гинекология. — 1996. — №2. — С.10–12.
4. Сидорова И.С. Миома матки. — М., 2003. — С.5.
5. Тихомиров А.Л. Новые принципы лечения миомы матки. — М., 2006. — С.176.

6. Азиев О. В., Бугеренко А. Е., Сазонова Е. О. Опыт применения лапароскопической гистерэктомии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2001. — N 3. — С. 34–39.
7. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Аскольская С. М. Гистерэктомия и здоровье женщины. — М., 1999. — 311 с.
8. Савельева Г. М. Лапароскопия в гинекологии. — М., 2000.
9. Wattiez A., Soriano D., Fiaccavento A. Total laparoscopic hysterectomy for very enlarged uteri // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. — 2003. — Vol.9, N2. — P.125–130.
10. Lapasse C., Rabischong, Bolandart F. Total laparoscopic hysterectomy and early discharge: satisfaction and feasibility study // J. of Minimally Invasive Gynecology. — 2008. — Vol.15. — P.20–25. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials / Johnson N. [et al.] // BMJ. — 2005. — Vol. 330. — P. 1478.

Тұжырым

Гинекологиялық науқастарды емдеудің аз инвазивті әдістері

Хакиев У.А., Жатқанбаева Г.Ж., Аумолдаева З.М., Утебаева Ж.А., Мырзабаева Н.Н.

Қазақстан-Ресей медициналық университеті Алматы қ., Қазақстан

Түйін сөздер: жатырдың миомасы, лапароскопиялық кіру, лапароскопиялық гистерэктомияның әдістемесі, лапароскопиялық гистерэктомия.

Гистерэктомия гинекологиялық практикада кең таралған операция. Қазіргі уақытта лапароскопиялық гистерэктомия (ЛГ) ең тиімді және қауіпсіз операция деп саналады. Көптеген жарияланымдардың мәліметтері бойынша, «жаңа» операция ретінде лапароскопиялық гистерэктомияның «қисық оқыту» кезеңі әлемдік деңгейде өтті деп айтуға болады.

Қазіргі кезеңде лапароскопиялық гистерэктомияны жүргізу техникасын операциялық араласуларға кеңінен және жаппай енгізуге мүмкіндік беретін деңгейге дейін өңделген деп санауға болады.

Resume

Minimally Invasive Gynecologic Surgery

Khakiev U.A., Zhatkanbayeva G.Zh., Aumoldayeva Z. M., Utebayeva Zh.A., Myrzabayeva N.N.

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan
Key words: uterine fibroids, laparoscopic approach, laparoscopic hysterectomy, hysterectomy

Hysterectomy is the most operation in gynecological practice.

Currently, many studies have been performed that laparoscopic hysterectomy (LH) is considered. According to most publications, it can be said that the “learning curve” stage of laparoscopic hysterectomy as a “new” operation has been completed. At the present stage, the laparoscopic hysterectomy technique can be considered widespread introduction of surgical intervention.

УДК 614.2:616-2-084

Медицинские основы сохранения жизни матери и ребенка

Шарифканова М.Н.

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

Резюме

Ключевые слова: материнство, детство, репродуктивный возраст, рождаемость, программно-целевой подход

Главной проблемой государства остается проблема охраны материнства и детства, которая требует выработки перспективных мероприятий новых измерений по их защите. В Казахстане женщин репродуктивного возраста 54,9 % от общего числа женщин. В активном репродуктивном возрасте (20-35 лет) женщин 24%. С этой целью нами решено изучить причины, влияющие на укрепление репродуктивного здоровья и сохранения жизни матери.

Анализ статистических данных МЗ РК показал, что в основе системного подхода необходимо учитывать региональные особенности нашей страны, характеризующиеся коэффициентом рождаемости и суммарным коэффициентом рождаемости.

Неотъемлемой частью становления государства остается проблема охраны материнства и детства, которая требует выработки перспективных накоплений и новых измерений по их защите. В Казахстане женщин репродуктивного возраста 54,9 % от общего числа женщин. В активном репродуктивном возрасте (20-35 лет) женщин 24%.

С этой целью нами решено изучить причины, влияющие на укрепление репродуктивного здоровья и сохранения жизни матери.

Анализ статистических данных МЗРК показал, что в основе системного подхода необходимо учитывать региональные особенности нашей страны, характеризующиеся коэффициентом рождаемости и суммарным коэффициентом рождаемости.

По коэффициенту рождаемости определяются три региона: с низким (12-15) – 5 областей, со средним (16-19) – 2 области и высоким (20 и более) – 9 областей. Наряду с оценкой этих демографических показателей необходимо знание контингента беременных. В зависимости от региона с различным коэффициентом рождаемости выявлен контингент с разным паритетом и интергенетическим интервалом между родами и клинической характеристики состояния их здоровья.

Основными причинами и факторами влияющих на уровень материнской и перинатальной смертности являются индикаторы развития отрасли здравоохранения, уровень охраны здоровья матери и ребенка, качество лечебно-профилактической помощи оказываемой квалифицированными специалистами.

По результатам многолетних исследований до 70% материнской смертности по Казахстану и до 18-20% перинатальной смертности были предотвратимы.

В выполнении путей снижения материнской смертности следует обратить внимание на две основные причины:

- Заболевания, не зависящие от беременности и родов.

- Заболевания внутренних органов, как фоновое состояние развития акушерских осложнений, диагностированы во время беременности у 80% умерших.

Среди умерших от заболевания внутренних органов, беременность была противопоказана у 10-12%, тяжелые заболевания внутренних органов у

7-10% были диагностированы при патологоанатомическом вскрытии. Главным резервом в снижении материнской смертности от заболеваний внутренних органов являются организованные формы управления по взаимодействию педиатров, акушеров-гинекологов, терапевтов и других служб по повышению роли врачей общей практики, семейных врачей по выявлению заболеваемости среди девочек подростков и женщин репродуктивного возраста.

Анализ причин перинатальной смертности показал, что в структуре их второе, третье место занимают врожденные пороки развития и наследственные заболевания и составляют 14-16%, не имея тенденцию к снижению.

По экспертной оценке, при рождении диагностируется не более 50-60% всех врожденных пороков развития (ВГПР). В возрасте до 1 года умирает около 30% детей с ВГПР.

Для достижения снижения ВГПР при перинатальной смертности следует усилить работу организационного медико-генетического скрининга, состоящего из трех основных этапов: материнский скрининг; уточнение генетического диагноза внутриутробного плода, эффективное выявление генетических нарушений; проведение неонатального скрининга в раннем неонатальном периоде.

Следует разработать программно-целевой подход снижения материнской и перинатальной смертности в который входит:

- углубленный анализ причин с его региональным видением

- прогнозирование влияния основных видов экстрагенитальных заболеваний на исход беременности и родов
- алгоритм акушерской и перинатальной патологии.

- выбор тактики ведения беременности и оптимальных методов родоразрешения.

- клиническая подготовленность и профессионализм медицинский работников.

Анализ причин перинатальной смертности показал, что в структуре их второе, третье место занимают врожденные пороки развития (ВГПР) и наследственные заболевания и составляют 14-16%, не имея тенденцию

к снижению.

По экспертной оценке, при рождении диагностируется не более 50-60% всех врожденных пороков развития. В возрасте до 1 года умирает около 30% детей с ВПР.

Для достижения снижения ВПР при перинатальной смертности следует усилить работу организационного медико-генетического скрининга, состоящего из трех основных этапов: материнский скрининг; уточнение генетического диагноза внутриутробного плода, эффективное выявление генетических нарушений; проведение неонатального скрининга в раннем неонатальном периоде.

Следует разработать программно-целевой подход снижения материнской и перинатальной смертности в который входит:

- углубленный анализ причин с его региональным видением
- прогнозирование влияния основных видов экстрагенитальных заболеваний на исход беременности и родов
- алгоритм акушерской и перинатальной патологии.
- выбор тактики ведения беременности и оптимальных методов родоразрешения.
- клиническая подготовленность и профессионализм медицинский работников.

Тұжырым

Медициналық негіздер-ана мен бала өмірін сақтау

Шарифканова М.Н.

Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті,

Алматы қаласы, Қазақстан

Түйінді сөздер: ана болу, балалық шақ, репродуктивті жас, туу, бағдарламалық-мақсатты тәсілдер

Мемлекеттің басты проблемасы ана мен баланы

қорғау проблемасы болып қалуда, ол оларды қорғау жөніндегі жаңа өлшемдердің перспективалық іс-шараларын әзірлеуді талап етеді.

Қазақстанда репродуктивті жастағы әйелдердің жалпы санынан 54,9%. Белсенді ұрпақты өрбіту жасында (20-35 жас) әйелдердің 24%. Осы мақсатпен біз репродуктивті денсаулықты нығайтуға және ана өмірін сақтауға әсер ететін себептерді зерделеуді шештік. ҚР ДСМ статистикалық деректерін талдау кезінде, жүйелі тәсіл негізінде еліміздің туылу коэффициентімен және туудың жиынтық коэффициентімен сипатталатын өңірлік ерекшеліктерін ескеру қажет екенін көрсетті.

Summary

Medical Maintenance Of Mother's Life And Child Support

Sharifkanova M.N.

Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

Key words: motherhood, childhood, reproductive age, fertility, program-target approach

The main problem of the protection mothers and children is a new measures to protect them. In Kazakhstan, women of reproductive age are 54.9% all of the women. Active reproductive age (20-35 years) consist 24% women. To this end, we decided to explore the causes that affect the promotion of reproductive health and the preservation of the mother's life.

The statistical analysis of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan showed us systematic approach as same as the regional characteristics of our country, which are characterized birth control.

УДК 616.859:657.6.

Отдельные дефекты ведения медицинской карты стационарного больного

*Врачи-интерны 612 группы, Терапия: Еникеева М.Т., Пиримжарова А.Е., Ризайдинов С.П.,
Жантасова Ж.Ж., Манарбекова М.А., Дуйсенбеков Б.С.*

*Ассистент кафедры внутренних болезней с курсом клинической фармакологии магистр
здравоохранения Оспанова Л.Ж.*

*НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»
Кафедра внутренних болезней с курсом клинической фармакологии.*

Аннотация. Одной из основных целей здравоохранения на сегодняшний день является улучшение качества оказываемой медицинской помощи на всех уровнях практического здравоохранения. В данном материале показаны результаты анализа качества оказываемой медицинской помощи на основании экспертизы медицинской карты стационарных больных, пролеченных в терапевтическом отделении.

Ключевые слова: экспертиза, качество, медицинская помощь, медицинская карта стационарного больного.

Введение

В последнее время увеличивается количество обращений, как самих больных, так их родственников в правоохранительные органы с заявлениями о ненадлежащем уровне оказания медицинской помощи [1,2]. И одним из наиболее важных моментов оценки качества оказанной медицинской помощи является полнота объема гарантированной медицинской помощи и правильность оформления медицинской карты стационарного больного (МКСБ). Поэтому проводится экспертная оценка ведения медицинской документации, каковым для стационара является медицинская карта стационарного больного, т. е. история болезни [3, 4]. Медицинская карта стационарного больного – это медицинский документ, в котором должны объективно отражаться все действия медицинских работников относительно больного на время его пребывания в стационаре.

ГКБ №4 – это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение на 350 коек, оказывающее помощь двум крупным районам города, как Жетысуйский и Турксибский, обслуживаемых поликлиниками № 19, 20, 21, 24, 9, 11, 13.

Цель работы

- оценка необходимого и реально представляемого объема медицинской помощи и правильность оформления медицинской документации.

Материалы и методы

Терапевтическое отделение работает на 35 койках круглосуточного и 20 койках дневного стационара. Госпитализация в терапевтическое отделение проводится как плановая, так и экстренная, составляющая почти

83-87% от общей госпитализации. Экспертная оценка давалась по законченным случаям. Отбор историй для экспертизы проводился методом случайной выборки. Всего проанализировано 65 МКСБ больных, пролеченных в 2017 году.

Основные нозологии по которым поступают на стационарное лечение больные –это: 1) сложные патологии, сердечно-сосудистой системы, как АГ, ИБС (стенокардия, постинфарктный кардиосклероз) в сочетании с хронической сердечной недостаточностью 2-3ст; 2) патологии органов дыхания, как ХОБЛ, средне-тяжелое или тяжелой степени течения, осложненное легочным сердцем, т.е. ХЛСН 2-3степени; 3) сочетанные патологии, как ИБС, и АГ 2 или 3ст., ФРЗ, ожирение 2-3ст. и Сахарный диабет 2 в различной стадии декомпенсации; 4) другие патологии, как дилатационная кардиомиопатия, осложненная тотальной СН; цирроз печени, активный декомпенсированный с портальной гипертензией, геморрагическим синдромом и печеночной энцефалопатией.

Оценка качества оформления МКСБ проводилась в соответствии требованиям службы внутреннего и внешнего аудита как:

Качество сбора жалоб, их детализация.

Полнота анамнеза заболевания и жизни по основным составляющим.

Оценка правильности формулировки и точности постановки клинического диагноза.

Оценка полноты назначенных диагностических и лечебных мероприятий.

Оценка своевременности и качества консультаций специалистов.

Достигнутый результат

Результаты и обсуждение–анализ показал, что по критерию:

-качество сбора анамнеза были выявлены дефекты в 62% случаев. При этом основными дефектами являлись отсутствие выделения существенных деталей, имеющих важное значение в трактовке данного случая, как давность заболевания, возможная причина, детализация жалоб, которые далее приводили к тактическим ошибкам, повлекшим неправильную диагностику и возникновение осложнений.

-полнота первичного физикального обследования и ее соответствие выставленному диагнозу - неполный объем физикального обследования при первичном осмотре врачом приемного покоя имеется у каждого 4 больного,

при этом в каждом 6 случае данные объективного осмотра не полностью отражают поставленный диагноз.

-диагностические исследования - лабораторные и инструментальные методы исследования в 98 % были осуществлены своевременно и в полном объеме, но в единичных случаях «диагностические мероприятия имеют неправильную трактовку или последняя отсутствует, что приводит к неправильной постановке диагноза и подбору тактики лечения»;

-оценка правильности и точности постановки клинического диагноза - клинический диагноз во всех 100% случаев выставлен в течение первых 3 дней с учетом результатов проведенных исследований, но ведущими дефектами в 38% случаев являются - «диагноз правильный, но не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания»;

-оценка своевременности и качества консультаций специалистов осуществляется - Консультации специалистов своевременны и полноценны, но в 1/3 случаев они не интерпретируются лечащими врачами.

-оценка назначенных лечебных мероприятий проводится - анализ адекватности стратегии по тактике ведения пациентов относительно установленного диагноза выявил в 92 % вполне рациональную программу лечебно-профилактических мероприятий согласно утвержденных ПДП. Однако не везде прослеживалась динамика данных об изменении лекарственной терапии в процессе лечения; не указывалась коррекция терапевтических мероприятий после проведенного обхода и осмотра больного (18%).

-оценка качества ведения документации выявила недостатки в оформлении в 64% случаев - при этом значимыми ее дефектами были «стандартное написание дневников, не отражающих динамику состояния больного, отсутствие подробного описания жалоб, отсутствие интерпретации результатов лабораторно-инструментальных исследований»;

-эффективность и высокая результативность медицинской помощи были достигнуты в 92%.

-оценка средней длительности пребывания больного – в 86% случаев составила -7,2 койко/дней; увеличение данного показателя в среднем до 13-15 дней были при тяжелых, труднодиагностируемых, требующих дифференциальной диагностики или дополнительного исследования вне клиники случаях, а также при лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Значимость осуществленного исследования по оценке и контролю качества медицинской помощи состояла в своевременном выявлении дефектов оказанной помощи по каждому из клинических случаев.

Так, к наиболее типичным дефектам раздела диагностических мероприятий были отнесены неполные данные объективного общего осмотра и данных пальпации, перкуссии и аускультации исследуемых органов и систем. Дефекты по необходимости ряда исследований или очередности выполнения ряда услуг относительно значимости их в постановке диагноза встречались в 12% случаев. Однако обобщенный показатель качества диагностических мероприятий соответствовал поставленному диагнозу в 88% случаев и указывал на высокий потенциал данного критерия оценки.

При оценке следующего критерия - «постановка диагноза» дефекты выявлены в 38%. В диагнозах - не выделяется ведущий патологический синдром, не уточняются степени тяжести течения, допускается неточность в определении степени сердечной и дыхательной недостаточности, не указывается форма

нозологической, что, несомненно, влияет на выбор тактики ведения.

Оценка лечебных-профилактических мероприятий, включающих организацию лечебного процесса, выбор метода терапии, объем лечебных услуг соответственно выставленному диагнозу, составила 92% свидетельствовала о достаточном качестве медицинских услуг в терапевтическом отделении.

В то же время качество ведения документации имело «среднюю» характеристику в 64% случаев. При этом значимыми ее дефектами были однотипное написание дневников, не отражающих динамики наблюдения в состоянии больного, отсутствие интерпретации проводимых исследований, изменений или дополнений в лечении.

Известно, что уровень оказания медицинской помощи определяет исход заболеваний - полное достижение результатов при высокой эффективности от оказанной помощи наблюдалось в 93% случаев - это выздоровление и улучшение состояния.

Отдельные результаты снижения эффективности лечения были в (7%) случаях. Причинами их являлись изменения диагноза, таких нозологий, как рак, туберкулез, заболевания крови, требующих наблюдения и лечения в специализированных клиниках.

Анализ деятельности терапевтического стационара, проводимый внутренним аудитом, позволяет администрации максимально использовать потенциал клиники, способствующий повышению качества медицинских услуг.

Результаты проверок анализируются службой внутреннего аудита, выводы предоставляются на рассмотрение администрации больницы, на заседания комиссии по исследованию летальных исходов, по которым принимаются соответствующие меры, как административные взыскания, рекомендации по дополнительному обучению медперсонала, проведение семинарских занятий, мастер-классов основным вопросам диагностики и лечения в свете современных требований.

Литература.

1. Савельев В.Н., Виноградова Т.В. Индикаторы качества оказания медицинской помощи // Медицинский альманах. – 2011. – № 1. – С. 11-14
2. Карташов В.Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность // Здоровоохранение. – 2008. – № 5. – С. 29-38.
3. Абросимова Н.В., Сулейманов С.Ш. Индикаторы качества лекарственного обеспечения как составляющие управления качеством медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – №7-8. – С. 63-67.
4. Плавинский С.Л., Кузнецова О.Ю. Индикаторы качества работы амбулаторно-поликлинического учреждения, основанные на оценке исходов, и процесса оказания медицинской помощи // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. – 2010. – Т. 2. – №2. – С. 100-105.

*Сырқатнама толтырудағы кейбір жетіспеушіліктер
Андапна. Бүгінгі күнде денсаулық сақтау
жүйесінің бірден-бір мақсаты болып барлық деңгейде
медициналық көмектің сапасын жоғарлату болып тұр.
Мақалада терапия бөлімінде емделген науқастардың
сырқатнамалары сарапталып, соның қорытындысы
көрсетілген.*

Түйін сөздер – сараптама, сапа, медициналық

көмек, сырқатнама, ауруханаға жатқан науқастар
мединалық картасы

Separate Defects Of Management

*Annotation. One of the main goals of health care today is
to improve the quality of medical care provided at all levels*

*of practical health care. This material shows the results of
the analysis of the quality of medical care provided on the
basis of the examination of the medical card of inpatients
treated in the therapeutic department.*

*Key words: expertise, quality, medical care, medical
case.*

УДК 616.36-002-003.826-004.4.

Клинико-биохимическая характеристика алкогольных поражений печени

Ассистент кафедры, Магистр здравоохранения Оспанова Л.Ж.

*Интерны терапевты 605 группы: Эсет Г., Жабаета Е.А., Жақсыбаева М.А., Жақсылыкова М.Ж.,
Жасузакова А.Б., Икрамбай Г.Т.*

*НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет». Кафедра внутренних болезней с курсом
клинической фармакологии.*

Аннотация. В статье представлены особенности изменения биохимических показателей и клинические проявления таких болезней, как алкогольный гепатит, алкогольный цирроз и жировая дистрофия печени у лиц, длительно употребляющих алкоголь.

Ключевые слова: токсическое воздействие, алкогольная болезнь печени, холестаза, клинические особенности, биохимические изменения.

Актуальность проблемы

По данным ВОЗ ежегодно в мире от алкоголизма умирают 2,5 млн. человек. При этом среди них 320 тысяч человек составляют молодые в возрасте от 15 и до 29 лет. В Казахстане ежегодная регистрация новых случаев алкоголизма на 100 тыс. населения составляет от 303 тысяч до 327 тысяч человек. Длительное и постоянное употребление алкоголя приводит к органическим и функциональным изменениям внутренних органов. Среди всех этих поражений особое место занимает печень. Причинами заболевания печени по данным Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии за последние 5 лет в 63% случаях является алкоголь. Вместе с тем среди больных, страдающих хроническим алкоголизмом, жировой гепатоз выявляется в 60-65% и цирроз печени — в 20% случаев. Это дает основание считать, что наряду с алкоголем, играющим решающую роль в развитии алкогольной болезни, имеют значение генетические, иммунные и ряд внешних факторов. Серьезные заболевания печени наблюдаются при ежедневном потреблении более 40-60 грамм этанола мужчинами и более 20 грамм женщинами в течение продолжительного времени. Токсический эффект не зависит от вида принимаемых напитков и определяется количеством в них этанола

Цель

изучить особенности клинической и клинико-биохимической характеристики алкогольной болезни печени.

Материалы и методы исследования

Были изучены 27 истории болезни больных с алкогольной болезнью печени, пролеченных за 2016-2017 гг. в терапевтическом отделении ГКБ№4 (г.Алматы). Среди них у 16 больных был алкогольный цирроз, у 8 - алкогольный гепатит, у 3 - жировая дистрофия (Рисунки

1-6).

Из 27 больных 17 (62,96%) составили мужчины, 10 (37,03%) женщины. В анамнезе всех больных имелось злоупотребление алкоголем. Средняя длительность употребления составила 13,5±1,5 лет. Длительность заболевания печени колебалась в пределах 8±1,2 лет. Основной контингент составили больные в возрасте 43±2,3. У 11 (40,07 %) больных имелись запои продолжительностью от 3 недель до 3 месяцев, после которых они поступали в наркологический диспансер. Всем больным проведено полное клиническое (расспрос, осмотр), лабораторные исследования, как общий анализ крови, мочи, печеночные пробы (АлАТ, АсАТ, билирубин, щелочная фосфатаза, фосфатаза, общий белок, креатинин, мочевины) и инструментальное исследование (ФГДС, УДЗ, КТ и в отдельных случаях МРТ). Для уточнения этиологии заболевания печени определялись маркеры ВГВ и С. В разработку включены больные с отрицательным результатом вирусного генеза.

Результаты исследования.

При расспросе выяснено, что независимо от возраста и пола у всех больных (100%) имелись жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье, в 88% случаев имелись жалобы диспепсического синдрома. Среди них тошнота - у 14(53%), рвота - у 13(50%), снижение аппетита - у 9 (37%)с, повышение аппетита - у 6 (23%). Наряду с данными симптомами ярко проявлялись симптомы астено-невротического характера, как слабость - 23 (88%), снижение настроения - 20(76%) больных. Кроме того у 16 (59,2%) больных были выражены симптомы холестатического синдрома - горечь во рту (56,3%), зуд кожи (33,15%), а у 6 (22%) была субфебрильная температура. При алкогольном циррозе и гепатите у каждого 5-го больного были повышены показатели креатинина и мочевины.

При объективном осмотре установлено, что сознание больных было ясное, но психосоматические изменения были выраженными у всех больных и проявлялись от безразличия к окружающим до агрессии. У 2 женщин с циррозом печени было эйфорическое состояние со снижением критики своего заболевания.

17 (62,9%) больных кожные покровы и склеры глаз имели различную степень иктеричности; во всех 16 (100%) случаях алкогольного цирроза имелась атрофия мышц плечевого пояса, «малиновый язык», «пальмарная эритема», асцит, видимое на глаз варикозное расширение вен передней брюшной стенки и отеки на ногах. Кроме того, на коже верхней половины тела у всех (100%) больных циррозом печени обнаружались сосудистые звездочки в различной стадии высыпания.



Рис. 1 - Больная с циррозом печени –выраженная желтушность (прекоматозное состояние) (Фото из личного архива автора)



Рис. 2 - Сосудистые звездочки (фото из личного архива автора)



Рис. 3 - Сосудистые звездочки и иктеричность склер (фото из личного архива автора)



Рис. 4 - Асцит и варикознорасширенные вены(фото из личного архива автора)



Рис. 5 - Подкожные кровоизлияния (фото из личного архива автора)

Размеры печени во всех (100%) случаях увеличены и составили по средне-ключичной линии составили от $14 \pm 2,3$ см., при этом печень была плотная, край закруглен и очень чувствительна при пальпации. При алкогольном циррозе печени селезенка была увеличена у всех на 4-5 см, тогда как при гепатитах только у 4 больных обнаружена спленомегалия, увеличенная от обычных размеров на 2-3 см. Кроме того, при алкогольном циррозе печени в 78% случаев были подкожные кровоизлияния в виде точечных или разлитых пятен. Наиболее ярко подкожные кровоизлияния были выражены в местах инъекции.

В анализах крови – при алкогольном циррозе и алкогольном гепатите у всех больных были выявлены лейкоцитоз (от $12,8$ до $27 \cdot 10^9$ /л и ускорение СОЭ (от 27 до 70 мм/час); также при циррозе в 87% случаев была

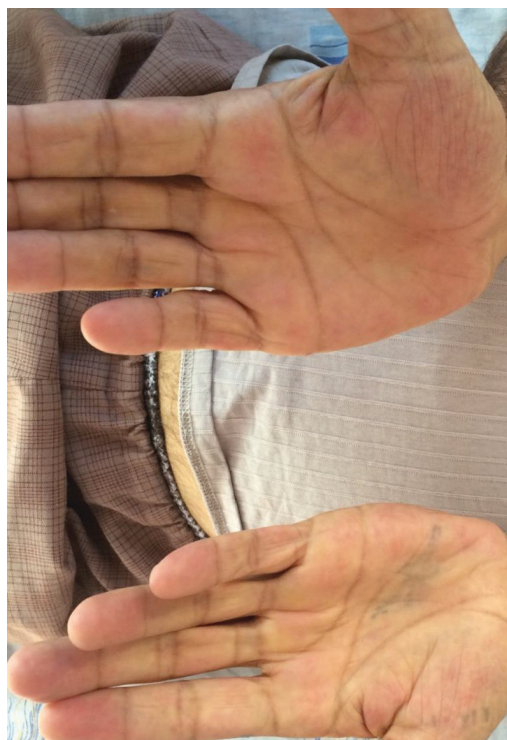


Рис. 6 - «Пальмарная эритема» (фото из личного архива автора)

анемия (Hb 78-81 г/л; Эр. – 2,2-2,5*10¹²/л); у этих же больных в 37,5% выявлялась тромбоцитопения, составившая 128-142*10¹²/л.

Изменения биохимических показателей крови были выраженными. Так, при во всех случаях (100%) алкогольного цирроза и алкогольного гепатита показатели АсАТ были выше АлАТ и составили 1,65±0,52, что свидетельствовало о некрозе печеночных клеток и токсическом поражении печени. Билирубин повышался в 89% случаев при алкогольном гепатите от 3- до 30 раз. Тогда как при циррозе в 2-3 раза, но у всех (100%) больных. При жировой дистрофии в 2 случаях было умеренное повышение АсАТ и билирубина. У 1/3 больных щелочная фосфатаза увеличивалась в 5-10 раз, гипопотеинемия была у всех (100%) больных с циррозом и составила в среднем 22±1,3г/л, при алкогольном гепатите в 30% случаев белок был в пределах 37± 006г/л.

УЗИ и КТ – в 100% случаев подтвердили диффузное увеличение и уплотнение ткани печени. МРТ у 3 больных определили наличие жировой дистрофии.

Закключение. Таким образом, проведенное изучение клинической и клинико-функциональной характеристики алкогольной болезни печени выявлено непосредственное прямое токсическое поражение печени под воздействием алкоголя, что подтверждается выраженным цитолитическим синдромом, а именно повышением АсАТ, АлАТ и увеличением коэффициента Ритиса, свидетельствующего о некрозе печеночных клеток. Также о токсическом поражении печени свидетельствует наличие холестатического синдрома (зуд кожи, увеличение ЩФ и билирубина) и жировой дистрофии.

Литература:

1. Абдрахманов Д.Т. Алкогольный гепатит. Клиническая гепатология//2008. - 4(2). - С. 3-10.

2. Буверов А.В., Павлов А.О., Ивашкин В.Т. АБП: возможно ли улучшение прогноза //Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. - 2011. - №2. - С. 3-10
3. Шангареева З.А и др. Значение полиморфизма ферментов метаболизма этанола при развитии алкогольного поражения печени. Гепатология//2004.-№1.-С. 64.
4. Майер Г.П. Гепатиты и последствия гепатита. - М: Гэотар Медицина, 2004. – 720 с.
5. Подымова С.Д. Алкогольная болезнь печени: механизмы прогрессирования, патогенетическая терапия// Печень и врач. - 2001. - №8.
6. Jaeschke H et al. Mechanisms of Hepatotoxicity. Toxicology science.- vol.65. - №2. –P. 165-176.

Алкогольдық бауыр зақымдарының клиникалық және биохимиялық сипаттамасы

Аңдатпа. Мақалада алкогольдік бауыр дертінің, яғни бауыр гепатиті, бауыр циррозы мен майлы дистрофия сияқты ауруларының клиникалық көріністері мен биохимиялық талдамаларының ерекшеліктері зерттеліп көрсетілген.

Түйін сөздері-уытты әсер, алкогольдық бауыр дерті, холестаз, клиникалық ерекшеліктері, биохимиялық өзгерістері.

Clinical And Biochemical Characteristics Of Alcoholic Lesions Of The Liver

Annotation. The article presents the peculiarities of changes in biochemical parameters and clinical manifestations of diseases such as alcoholic hepatitis, alcoholic cirrhosis and fatty degeneration of the liver in individuals who consume alcohol for a long time.

Key words - toxic effects, alcoholic liver disease, cholestasis, clinical features, biochemical changes.

Хирургические подходы к лечению синдактилии у детей

Дуйсенов Н.Б., Кожыханов Б. К., Сукбаев Д.Д., Сарсенбаев К.К., Исаев Н.Н., Арынтай К.А., Алтынбай А. Ж., Абдуназарова Ж. М., Алдабергенов Н.Б., Ахметяев Н.Б., Аяпбаев Т.Е., Нажуан Б. Н.

НУО «Казахстанско-Российский Медицинский Университет»,

Центр неотложной медицинской детской помощи, г. Алматы.

Введение

Синдактилия – это сращение пальцев кисти или стопы, вследствие внутриутробного нарушения дифференцировки тканей. Данная аномалия является одной из самых распространенных врожденных патологий и встречается с частотой один случай на 2000–2500 новорожденных, чем и объясняется актуальность данного исследования. Кроме того, необходимо понимать, что сращение пальцев верхних и нижних конечностей приводит к нарушению функционального статуса, и приводит к нарушению функции кисти, а также локомоторной функции нижних конечностей.

Отсутствие или ограничение дифференцированных движений пальцев при врожденной синдактилии является большим препятствием для нормального гармоничного развития ребенка в связи нарушением схвата и соответственно психомоторного, а в ряде случаев интеллектуального развития. Несвоевременная коррекция различных видов аномалий развития пальцев и кисти или неэффективно проведенные восстановительные операции могут повлиять - на процессы адаптации детей к жизни, их обучение в школе, и в последующем на профессиональную ориентацию, выбор специальности, годность к военной службе, трудоспособность [1].

Как изолированная патология, на стопе наиболее часто встречается мягкотканная синдактилия второго и третьего пальцев, несколько реже поражаются третий и четвертый пальцы. Простая синдактилия пальцев стопы обычно не влечет за собой функциональных нарушений, проявляясь только косметическим дефектом, поэтому хирургические вмешательства по коррекции данной патологии выполняют у детей при наличии жалоб родителей, в старшем возрасте – самого пациента. Существует множество методик хирургического лечения данной патологии, отличающихся между собой техникой кожно-пластического укрытия дефектов мягких тканей, возникших после разъединения пальцев. Наиболее частым осложнением хирургического лечения описываемой патологии является некроз кожных лоскутов, который приводит к формированию гипертрофических рубцов, являющихся причиной возникновения вторичных деформаций пальцев [2, 3].

Врожденные аномалии развития пальцев кисти составляют более 50% всех пороков развития конечностей у детей; причём наличие данных деформаций приводит к наиболее выраженным - функциональным, и косметическим нарушениям верхней конечности [4].

Среди известных пороков развития врожденная - синдактилия кисти представляет наибольший интерес с точки зрения восстановительной хирургии. Патология, по данным ряда авторов, отмечается у 1:2000-3000 новорожденных [1, 5].

Недооценка тяжести патологии, допущенные лечебно-тактические, технические и организационные ошибки являются основными причинами неудовлетворительных результатов [5]. Сложные формы синдактилии, особенно при наличии деформации, нарушающей рост сегмента, а также врожденные аномалии развития пальцев, могут приводить к рецидивам данной патологии. Кроме того, с ростом деформации пальцев увеличиваются, и в более поздние сроки требуется повторная коррекция на костном и сухожильном компоненте, что несколько ухудшает результат лечения.

Целью нашей работы

явилось улучшение результатов хирургического лечения врожденной синдактилии конечностей у детей.

Материалы и методы

На базе ЦДНМП города Алматы за 2018 год была прооперирована 22 пациента. Из них 10 мальчиков, 12 девочек. По локализации поражения нижних конечностей отмечалось у 3 детей, верхних конечностей в 19 случаях. Возраст оперированных больных колебался от 1,5 до 5 лет.

Основной классификацией, которую мы используем, сформирована Davis и German в 1930 году:

в зависимости от протяженности сращения пальцев – разделение на полную и неполные формы;

от наличия, либо отсутствия вовлечения в патологический процесс костей скелета кисти (сращения костных сегментов) – выделение простой (кожной) и комбинированной (костной) разновидностей.

От наличия, либо отсутствия предыдущих оперативных вмешательств (произведенных по поводу коррекции синдактилии) – первичная или рецидивирующая.

Минимальной возрастной границей оперативного лечения врожденной синдактилией у детей, которые нами определены – это 1-1,5 года. Это связано с определенными сложностями в послеоперационном периоде. Для приживления свободных расщепленных кожных трансплантатов необходима иммобилизация в гипсовом лонгете в течение двух недель. А маленького ребенка удержать в лонгете довольно сложно, т.к. в таком возрасте он очень подвижен и рано или поздно избавляется от него. Вместе с тем, с годовалого возраста дети активно начинают пользоваться руками, в частности кистями для изучения окружающего мира, а ограничение функции кисти при врожденной патологии тормозит этот процесс. Поэтому откладывание начала лечения на более поздние сроки, конечно, возможно, но нежелательно.

Основными принципами устранения синдактилии являются следующие:

- межпальцевая складка должна быть сформирована из местных тканей.

- сращение должно разъединяться разрезами, после производства которых на ладонной поверхности пальцев должна быть сформирована зигзагообразная линия рубцов. Отступление от данных правил возможно лишь при неполной синдактилии, не захватывающей области проксимальных межфаланговых суставов.

- при устранении синдактилии должны быть ликвидированы все деформации сращенных пальцев с вмешательством при необходимости на костно-суставном и сухожильно-связочном аппарате.

- дефекты на боковых поверхностях пальцев должны быть закрыты с использованием свободной кожной пластики. Применение местной кожной пластики возможно только при базальной форме синдактилии, либо при широкой кожной «перепонке» между сращенными пальцами, что встречается очень редко.

Нами для коррекции синдактилии используется метод Крона, комбинированный с аутодермопластикой кожным полнослойным лоскутом. Забор донорского материала берется в паховой области.

У основания сращенных пальцев по ладонной и тыльной поверхностям кисти выкраиваются два языкообразных или уступчатых лоскута. Формирование лоскутов производится таким образом, чтобы основание тыльного находилось на зоне проекции головок пястных костей, ладонного – над головками пястных костей. Вершина лоскута располагается на уровне границы средней и дистальной трети основной фаланги. Оставшееся сращение разделяется Z-образным разрезом, при этом основной разрез проводится по гребню складки, боковые – по тыльной и ладонной поверхности сращения.

Выделяются ладонные сосудисто-нервные пучки, при синдактилии деление общей ладонной пальцевой артерии на ладонные пальцевые артерии, как правило происходит дистальнее, чем в норме (на уровне средней трети основной фаланги), что является препятствием для формирования межпальцевой складки на необходимой глубине. Производится их максимальная мобилизация, в случае необходимости перевязывается один из сосудистых стволов.

Обязательным этапом, является выделение и рассечение тыльной и ладонной межпястной связки, до получения необходимого объема пассивного разведения пальцев.

Дно межпальцевого промежутка формируется из выкроенных языкообразных лоскутов, сшиваемых бок – в – бок. Если формируются прямоугольные уступообразные лоскуты – сшивание производится конец в конец (уступ к уступу). На наш взгляд это позволяет более полноценно формировать дно межпальцевого промежутка.

Z-образные разрезы кожи по межпальцевому промежутку мы смещаем в латеральную сторону, в случае синдактилии 4-5 пальцев в медиальную сторону. Это делается для создания запаса кожи и последующего закрытия 1 из пальцев собственными тканями. На дефекты кожи 2 пальца, пересаживается кожный полнослойный лоскут.

Забор кожного лоскута нами производится в паховой области. Во первых кожный рубец в этом месте косметически не визуализируется. Во вторых в данной области мягкая эластичная кожа, перфорация которой

(при необходимости) позволяет закрыть даже большие остаточные дефекты кожи на пальцах кисти или стопы.

Результаты.

Нами разработана, и внедрена в клиническую практику ЦДНМП г. Алматы на базе кафедры «Травматология и ортопедия» Казахстанско-Российского медицинского университета и УК «Акса́й» КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова «Система оценки функционального статуса верхней и нижней конечности» [6].

По результатам обследования до начала лечения состояние декомпенсации выявлено у 2 пациентов (интегральный показатель $1,72 \pm 1,06$ балла), субкомпенсации у 17 детей (интегральный показатель $3,5 \pm 0,43$ балла), компенсации у 3 (ИП $4,2 \pm 0,12$) больных.

Состояние компенсации отмечалось у пациентов с неполной синдактилией. Состояние декомпенсации было у пациентов с множественными врожденными аномалиями развития опорно-двигательного аппарата и полной синдактилией пальцев кисти.

При повторном тестировании после курса реабилитации отмечен прирост интегрального показателя в пределах 1 – 2 баллов: декомпенсация не выявлена, субкомпенсация у 7 детей (интегральный показатель $3,6 \pm 0,43$ балла), компенсация у 15 (ИП $4,4 \pm 0,27$) больных.

Выводы

1. Определены 3 клинические формы синдактилии кисти — простая, сложная и рецидивная. Установлено, что в 64,1% случаев встречалась двусторонняя синдактилия кисти, и в 70,4 % случаев имела место простая форма синдактилии. Из 17 вариантов сочетания синдактилии чаще всего (48,4%) встречается сращение III-IV пальцев.

2. По возрастным критериям хирургическую коррекцию синдактилии проводить в сроки 1-1,5 года. При множественных и сложных формах патологии операции разделить на отдельные этапы, выбирая этап операции с учётом функциональной значимости разобщённых пальцев.

3. Проводимая операция методом Крона с некоторыми нашими модификациями позволяет повысить функциональный статус в пределах субкомпенсации до 3,6 баллов, а 15 детей полностью восстановить функцию оперированной конечности.

Литература

1. *Общероссийская общественная организация травматологов-ортопедов России. Хирургическое лечение врожденной синдактилии у детей. Клинические рекомендации.* - Санкт-Петербурге. – 2013. – 33 с.
2. Андрианов В.Л., Дедова В.Д., Колядицкий В.Г., Кузьменко В.В. Врожденные деформации верхних конечностей. – М., 1972.
3. Gadegone, W. M., Kumar K. Poly-Syndactyly Of Hands And Feet With Talipes Equino-Varus An Unusual Combination / *The Journal Of Hand Surgery.* – 1984. – Vol. 9(2). – P. 149–150.
4. Бардась А.А., Шведовченко И.В. Клинико-рентгенологическая характеристика деформаций стоп при акроцефалосиндактилии / *Гений Ортопедии.* – 2014. – № 3. – С. 31–5.
5. Бук-Грамо Д. Хирургия кисти при врожденных пороках развития // *Последние достижения в пластической хирургии: Пер. с англ.* – М., 1985. – С. 143– 159.
6. Дуйсенов Н.Б. Реабилитация детей с переломами костей конечностей и их последствиями, леченных методом чрескостного остеосинтеза / *Афтореф. докт. Дис.* - Москва, 2009. – 42 с.

Резюме:

Хирургические подходы к лечению синдактилии у детей

Дуйсенов Н.Б., Кожыханов Б. К., Сукбаев Д.Д., Сарсенбаев К.К., Исаев Н.Н., Арынтай К.А., Алтынбай А. Ж., Абдуназарова Ж. М., Алдаберген Н.Б., Ахметьев Н.Б., Аяпбаев Т.Е., Нажуан Б. Н.

Лечение синдактилий у детей, является одной из актуальных проблем в травматологии-ортопедии, так как ограничение дифференцированных движений пальцев является большим препятствием для нормального гармоничного развития ребенка в связи нарушением функции кисти и локомоторной функции. Используемая операция методом Крона с некоторыми нашими модификациями позволяет повысить функциональный статус, а 15 детей полностью восстановить функцию оперированной конечности.

Summary

Surgical approaches to the treatment of syndactyly in children.

Duisenov N.B., Kozhakhanov B.R., Suchbaev D.D., Sarsenbaev K.K., Arintay K.A., Altynbay A.G., Abdunazarova G.M., Aldabergen N.B., Ahmetayev N.B., Ayapbaev T.E., Nazhuan B.N.

Treatment of syndactyly in children is one of the

urgent problems in traumatology-orthopedics, since the restriction of differentiated finger movements is a major obstacle to the normal harmonious development of the child due to dysfunction of the hand and locomotor function. The operation used by the Krone method with some of our modifications allows us to increase the functional status, and 15 children fully restore the function of the operated limb.

Тұжырым

Балалардағы синдактилиттің хирургиялық емдеу тәсілдері.

Дуйсенов Н.Б., Кожыханов Б. К., Сукбаев Д.Д., Сарсенбаев К.К., Исаев Н.Н., Арынтай К.А., Алтынбай А. Ж., Абдуназарова Ж. М., Алдаберген Н.Б., Ахметьев Н.Б., Аяпбаев Т.Е., Нажуан Б. Н.

Синдактилиттің балалардағы емі, травматология-ортопедияның өзекті мәселелерінің бірі, дифференциалды саусақ қозғалыстарының шектелуі қолдың функциясының және тірек-қимыл буындарының шектелуімен байланысты баланың қалыпты дамуының бұзылысымен түсіндіріледі. Крон әдісімен кейбір біздің модификациялармен қолданылатын операциялар нәтижесінде 15 баланы операциялық жолмен аяқ-қол саусақтарының функциясын қалпына келтірілді.

УДК 616.33/.34-002.44-08-039.57.

Эрадикационная терапия при язвенной болезни

*Ассистенты кафедры Усенова А.Ө., Оспанова Л.Ж.**Интерны терапевты 606 группы, Құрманова А.Е., Кенжебай С.Р., Кушкинбаева Ш.С., Жумабек К.Е.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет». Кафедра внутренних болезней с
курсом клинической фармакологии.*

Аннотация. В статье представлены результаты эрадикационной терапии НР-фактора при лечении больных с ЯБЖ и ДПК.

Ключевые слова: язвенная болезнь, НР-фактор, эффективность лечения эндоскопическая картина, сроки заживления, побочные явления.

Язвенная болезнь - заболевание мультифакторного генеза, однако в настоящее время в этиологии и патогенезе болезни, особенно при ее дуоденальной форме, большое значение придается инфекционному агенту - *Helicobacter pylori*. Эпидемиологические данные, полученные в различных странах, свидетельствуют о том, что практически 100% язв, локализованных в двенадцатиперстной кишке (ДПК) и более 80% язв желудочной локализации связаны с персистенцией *H. pylori* [3].

Антихеликобактерная терапия на сегодняшний день является основным стандартом лечения хеликобактер-ассоциированных кислотозависимых заболеваний, что отражено в международных (Маастрихтские соглашения-1-4, соответственно 1996, 2000, 2005 и 2011 гг.) рекомендациях.

Сегодня в арсенале врача имеются эффективные средства медикаментозного контроля желудочного кислотообразования - ингибиторы протонной помпы (ИПП), позволяющие поддерживать оптимальный уровень pH желудка в течение суток и обладающие минимумом побочных эффектов.

Цель

Оценить эффективность четырехкомпонентной терапии с применением препаратов пантопразола и тинидазола, в сочетании с амоксициллином и кларитромицином при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 22 больных, лечившихся с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБ ДПК), ассоциированных с *H. pylori*, в терапевтическом отделении ГКБ № 4 в период 2107-2018гг.

Всем больным проведено общеклиническое, лабораторное и инструментальные исследования. Наличие язвенной болезни подтверждалось ФГДС до и после эрадикационной терапии.

Согласно заключению язвы желудка и ДПК – это дефект слизистой округлой или овальной формы. Дно язв не глубокие, покрыты белым или желтым налётом фибрина. Края отёчные, неровные, с зернистыми

выбуханиями, легко кровоточат. Размеры чаще в пределах от 0,3 до 1,0 см. Слизистая оболочка вокруг язвы резко отечна, гиперемирована, по периметру язвы имеется «воспалительный вал». Складки слизистой оболочки утолщены, не расправляются полностью при инсuffляции воздуха

Ассоциирование патологии с *H. pylori* подтверждалось иммунохроматографическим исследованием кала на *H. pylori* с применением тест систем CerTest *H. pylori* компании Медико Art Lab*. Иммунохроматографическое исследование кала на *H. pylori* проводилось всем больным до лечения и после курса лечения.

У всех больных получено документально оформленное информированное согласие на лечение.

После верификации диагноза больным назначалась эрадикационная четырехкомпонентная терапия с применением следующих препаратов в международных (Маастрихтские соглашения-1-4, соответственно 1996, 2000, 2005 и 2011 гг.) рекомендациях: пантопразол в дозе 80 мг 2 раза в день; орнидазол 500 мг 2 раза в день; амоксициллин 500 мг 2 раза в день; кларитромицин 250 мг 2 раза в день.

Эффективность эрадикации *H. pylori* при использовании пантопразола и орнидазола в комплексной терапии оценивали иммунохроматографическим исследованием кала с помощью тест систем CerTest *H. pylori* (Медико Art Lab*).

Результаты исследования.

Из 22 больных 12 пациентов имели ЯБДПК, остальные 10 - ЯБЖ. Средний возраст больных составил 47±5,3 лет [Рис. 1].

Анализ истории показал, что чаще ЯБ страдают мужчины – 16 (72,7%), которые в анамнезе отмечали длительные командировки, сухоедение, курение и у 3 больных – злоупотребление алкоголем. Длительность заболевания у них составила 13,2±1,2лет. У женщин (27,2%) в анамнезе имелись частые стрессовые ситуации. Длительность заболевания у женщин была меньше, чем у мужчин и составила 6,4±0,8лет [Рис. 2].

В клинической картине независимо от возраста и пола у всех (100%) больных до лечения основными жалобами были боли как ночные, так дневные и чувство жжения в эпигастриальной области, кроме того, беспокоили также тошнота, предшествующая рвоте (56%); аппетит был повышен в 48% случаев, а в 48% случаев больные отмечали запоры. Объективно выявлялись – чаще обложенный язык (72%) выявлялся у больных с язвенной болезнью желудка, тогда как при дуоденальных язвах преобладал чистый с хорошо выраженными сосочками (76%). Пальпаторно в эпи- и мезогастрии определялись повышенная чувствительность кожи и явление защитного мышечного напряжения, а также



Рис. 1. - Формы язвенной болезни (ЯБ) у наблюдавшихся больных (n = 22)



Рис. 2 - Половой состав больных с ЯБ (n = 22)

локальная болезненность. Симптом Менделя был положительным в (86%) случаев.

Результаты лечения

1) Одним из критериев эффективности терапии служили сроки рубцевания язвы по данным ЭГДС. Исходно дефект слизистой округлой или овальной формы при язвах желудка и линейной, полигональной формы при дуоденальных язвах. Размеры - чаще в пределах от 0,5 до 1,5 см., составляя в среднем 6.2 ± 0.66 мм. Через 4 недели у всех пациентов (100%) согласно заключению ФГДС язвы были в стадии полного заживления, т.е. по данным эндоскопии на месте бывшей язвы образовался рубец ярко-красного цвета с конвергенцией складок и зоной умеренной гиперемии.

2) По эрадикации НР - НР-инфекция изучалась исходно и через 4 недели после окончания лечения - результаты проведенного микробиологического исследования кала с помощью тест систем CegTest на наличие НР не обнаружило наличие его у 20 больных (91%). Показало, что эрадикационная терапия была эффективной в абсолютном большинстве случаев. У 2 пациентов тест на обсемененность НР был положительный. По данным литературы - 7% случаев у людей имеется устойчивый к антибиотикам *Helicobacter Pylori* [2].

3) Клиническая характеристика оценивалась по срокам купирования язвенного симптомокомплекса (дневных и ночных болей в животе, тошноты, рвоты, изжоги и запоров). Анализ оценки субъективных жалоб-признаков показал, боли и изжога купировались у более 87% больных в течение от 5 до 7 дней. К концу курса лечения исчезновение всех жалоб отметили 100% больные.

Заключение

Таким образом, ретроспективный анализ истории болезней больных с ЯБЖ и ДПК, что эрадикационная терапия с применением пантопризола и орнидазола в схеме лечения с кларитромицином и амоксициллином показали высокую эффективность данных препаратов в лечении обострения язвенной болезни желудка и ДПК, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*. Улучшение состояния больных и исчезновение боли и изжоги в эпигастрии у 87%, связанной с обострением ЯБЖ и ДПК в течение 5-7, а концу лечения всех симптомов в

100% случаев было клинически значимым. Рубцевание язвы (стадия полного заживления) за 4 недели наступило у всех (100%) после окончания эрадикационной терапии. У 91% больных результат иммунохроматографического исследования кала на наличие *Helicobacter pylori* через месяц после проведенной эрадикационной терапии оказался отрицательным, что соответствует современным литературным данным. Отсутствие положительной эрадикации у 2 (7%) больных не противоречит имеющимся данным в доступной нам литературе и подтверждает заключение 4-Маастрихского соглашения о «регионах с высокой устойчивостью к отдельным антибиотикам», согласно которого разработаны «рекомендации с учетом возрастающей резистентностью микроорганизма к кларитромицину» [4].

Литература:

1. Лапина Т.Л. Современные подходы к лечению кислотозависимых и *H. pylori*-ассоциированных заболеваний // *Клин. перспект. гастроэнтерол., гепатол.* - 2001. - №1. - С. 21-26.
2. Щербаков П.Л., Кашников В.С. и др. Лечение заболеваний, ассоциированных с *H. Pylori* // *Лечащий врач.* - 2010. - №7. - С. 6-11.
3. Исаков В.А. Маастрихское соглашение 1У. 17.11.2011.
4. Лебедева Е.Г., Маев И.В. и др. Влияние полиморфизма ген на *CYP2C19* на эффективность использования ИПП в лечении ГЭРБ // *Лечащий врач.* - 2011. - №7.
5. Пахомова И.Г. Клинические возможности Сапраза // *Эффективная фармакотерапия.* - 2008. - Т 1. - С. 51-53.

Ойық жара ем шаралары

Аңдатпа. Мақалада асқазан және 12-елі ішек ойық жаралары дамуының негізгі себебі болып НР – қоздырғышын аластатудағы ем-шаралардың тиімділігі зерттеліп көрсетілген.

Түйін сөздері-ойық жара, НР-фактор, ем тиімділігі, жазылу мерзімі, эндоскопиялық көрінісі, жазылу мерзімі, жанама әсері.

Eradication Therapy For Ulcer Disease

Annotation. The article presents the results of the eradication therapy of HP factor in the treatment of patients with gastric ulcer and duodenal ulcer.

Key words - peptic ulcer, HP factor, treatment effectiveness, endoscopic picture, healing time, side effects.

УДК616.36-004.7-

Особенности диагностики первичного билиарного цирроза печени

Ассистент кафедры, магистр здравоохранения Оспанова Л.Ж., интерны терапевты 608 группы-Амантайқызы Н., Ақылбек А.Қ., Әбіл Н.П., Қожабаева Г.Қ., Рахимбаева А.Д., Тайлықова Қ.Б., Шахтаева Ж.Ж.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет». Кафедра внутренних болезней с курсом клинической фармакологии.

Аннотация. В статье представлены особенности клинической и лабораторно-инструментальной характеристики такого заболевания, как первичный билиарный цирроз, представляющего определенную трудность в диагностике на уровне первичного звена практической помощи.

Ключевые слова: первичный билиарный цирроз, внутрипеченочный холестаз, зуд кожи, особенности анамнеза.

Первичный билиарный цирроз печени - хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание печени, при котором первоначальное поражение внутридольковых и септальных желчных протоков с их разрушением ведет к дуктопении, холестазу и в терминальной стадии - к развитию цирроза печени. На сегодняшний день по данным литературы превалирует мнение, что заболевание имеет аутоиммунную природу [1].

Несмотря на выраженную клиническую картину и типичный предварительный анамнез развития болезни, диагностика первичного билиарного цирроза печени представляет определенную трудность для врачей первичного звена здравоохранения.

Так, в терапевтическом отделении ГКБ№4 на стационарном лечении находились 3 больных - женщин, поступивших с такими диагнозами, как дискинезия желчевыводящих путей в 2 случаях и хронический холецистопанкреатит у 1 больной. Все женщины были работоспособного возраста (42, 53 и 57 лет), наблюдались в поликлиниках по месту жительства от 3 и до 5 лет, получали неоднократно стационарное лечение.

В анамнезе всех наших больных были такие жалобы, как необъяснимая слабость, недомогание на протяжении от 3 до 10 месяцев; у 2 - был зуд кожи ладоней и подошв, горечь и сухость во рту; сухость и высокая чувствительность кожи к холоду; у всех 3-х женщин было нарушение менструального цикла в виде уменьшения выделений на протяжении от 2 до 3 лет; у 2-х женщин был выявлен аутоиммунный тиреоидит в прошлом, по поводу которого они принимали мерказолил. Также все трое больных периодически отмечали у себя потемнение цвета мочи и обесцвечивание кала и 1 из них самостоятельно принимала желчегонные препараты.

В качестве иллюстрации приводим описание последнего случая диагностики первичный билиарный цирроз (ПБЦ) печени у женщины, 43 лет.

Больная Г., 43 лет госпитализирована в терапевтическое отделение ГКБ№4 с жалобами на беспричинную

слабость с января 2017 года, которая усилилась в последние месяцы вплоть до того, что «не хочется вставать с постели», похудание, нарушение сна и снижение аппетита.

Из анамнеза установлено, что необъяснимая слабость беспокоит последние 9 месяцев и в настоящее время чувствует резкую слабость, «не хочет вставать с постели»; заметила, что «начала худеть», нет аппетита-«заставляет себя кушать». В августе 2017 года обратилась к участковому врачу. Был выставлен диагноз: «Дискинезия желчевыводящих путей с явлениями астенизации». Рекомендована диета №5 и желчегонные препарат (аллохол). Однако больная продолжала чувствовать ухудшение самочувствия в виде нарастания слабости в связи, с чем самостоятельно обратилась в приемный покой клиники и была госпитализирована.

Проведенное клиническое обследование выявило, что в течение последних 3-лет у больной имеется нарушение менструального цикла - «стали скудными и больше в виде коричневого цвета выделений и очень болезненными»; в этот же период периодически бывают изменение цвета кала - становится белым, а моча темнеет - принимает самостоятельно желчегонные препараты. Иногда, очень редко беспокоит зуд кожи; плохо переносит жирную пищу, почти не принимает, т.к. появляется боль в правом подреберье, горечь во рту по утрам и тошнота; также отмечает потемнение кожи. Кроме того, было выяснено, что в возрасте 12 лет перенесла инфекционный гепатит; в 2004-2005гг. - аутоиммунный тиреоидит, принимала мерказолил (в данное время не наблюдается). С 2014 года - эндометриоз - лечилась в 2016 году. Беременность-1; роды -1.

При осмотре: состояние больной относительно удовлетворительное; выглядит несколько уставшей; старше своего возраста, «обеспокоена своим состоянием», питание снижено. Кожа и видимые слизистые умеренно бледные; кожа суховатая, местами гиперпигментирована - наружная поверхность плеча и предплечья; имеются единичные следы расчесов на передней поверхности живота. Глазные яблоки несколько увеличены.

PS-88 в мин., АД - 90/60 мм рт.ст. Сердце - тоны несколько приглушены, ритмичны. В легких - везикулярное дыхание. Язык влажный, «географический» - имеются пятна ярко-розового и белесо-серого цвета, округлой, неправильной формы». Живот мягкий, чувствителен в правом подреберье, где пальпируется болезненная печень, выступающая из под края реберной дуги на 2 п/п; плотноватая, край заострен. Размеры печени по Курлову:

13*11*9см. Селезенка умеренно увеличена. Ее размеры равны-12*6см. Стул и диурез сохранены.

Нами был выставлен предварительный диагноз: Цирроз печени, холестатический, компенсированный, умеренной активности. Гепатомегалия. Спленомегалия без гипреспленизма.

В диагностический поиск были включены ПБЦ, АИГ, онкопроцесс гепатобилиарной системы.

Проведены лабораторно-диагностические исследования:

Общий анализ крови от 17.10.2017г. Нв-121г\л, эритроциты-4.0*10.12/л, лейкоциты-8.1*10.9/л, тромбоциты-225*10.9/л, с/я-59, эоз-2, мон-5, лимф-32, СОЭ-24мм\ч.

Коагулограмма от 17.10.2017г. ПТИ-100,7%; фибриноген А-2.2г\л. МНО-1,3с.(N-до 1,0).

Биохимический анализ крови от 17.10.2017г. Общий белок 66 г\л; Альбумин 35,6 г\л; АЛТ 114,1 ед\л; (N-до 44ед\л) АСТ- 99.7 ед\л (N-до 32ед\л); Билирубин общий -7.80 мкмоль\л; Билирубин прямой 1,72 мкмоль\л; ГГТП- 58,10 ед\л - 51,60 ед\л(N-8,8-22,0 ед\л); Щелочная фосфатаза - 117,00 - 124,00 ед\л; (N-80,0-100,0 ед\л).

Маркеры гепатита В и С от 23.10.2017г. - отрицательные.

Кровь на гормоны от 27.10.2017. ТТГ-2.5 мМЕ\л, Т4-11.1пиоль\л.

Для уточнения аутоиммунного генеза заболевания проведены исследования на наличие АТ ИФА. Определены антимитохондриальные АТ (АМА М₂) в высоком титре- 1:2250 и антипероксидазные АТ(АТПО) -51.2 МЕ-мл (до 35,0).

УЗИ комплекс ОБП от 17.10.2017г. Заключение: Диффузные изменения паренхимы печени. Гепатомегалия. Признаки хронического панкреатита и хронического пиелонефрита.

УЗИ щитовидной железы от 23-10-2017. Диффузные изменения паренхимы щитовидной железы.

ЭхоКГ от 26.10.2017г.- корень аорты не расширен. Полости сердца не расширены. Сократительная способность ЛЖ не снижена. Клапаны интактны, патологической регургитации не выявлено.

Р-графия ОГК от 23-10-2017г. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции определяется усиление и деформации легочного рисунка. Корни структурные. Сердечная тень не изменена. Синусы свободны.

ФГДС от 25-10-2017. Катаральный рефлюкс гастрит. Единичные эрозии желудка. Дуоденогастральный рефлюкс желчи. Признаки дискинезии желчевыводящих путей.

Для определения степени фиброзирования печеночной ткани проведена эластометрия (фибросканирование) от 27.10.2017г. Заключение: стадия F2 — заметные патологические изменения в печени (колебания от 8,4 до 10,8 Кпа).

На основании жалоб (выраженная слабость, диспепсические расстройства, редкий зуд кожи, изменение цвета мочи и кала, боль в правом подреберье), на основании анамнеза (перенесенный аутоиммунный тиреоидит, нарушение менструального цикла); на основании объективных данных осмотра (гиперпигментация отдельных участков кожи, следы расчесов, увеличение печени) и данных лабораторного (увеличение показателей трансаминаз, ЩФ, ГГТП, МНО, наличие АМАТ и АТПО) и инструментального исследования (фибросканирование - стадия F2) нами выставлен диагноз: ПБЦ, класс А по Чайлд-Пью. Стадия фиброза 2.

Заключение

Описание данного клинического случая позволяет сделать вывод, что диагностика данного заболевания предполагает определенные трудности и, по-видимому, это обусловлено целым рядом причин. К ним мы отнесли: относительную редкость данного заболевания и врачи поликлиники не имеют достаточного навыка диагностики этого заболевания печени при скудной симптоматике общепринятых лабораторных показателей, как отсутствие гипербилирубинемии, положительных тестов на наличие маркеров HVB и т.д.); а также, самое главное – это недостаточная оценка отдельных «нетипичных» для заболеваний гепатобилиарной системы симптомов и данных анамнеза, таких как наличие в анамнезе аутоиммунного тиреоидита, нарушений менструального цикла, изменение цвета кожи и периодически появляющиеся признаки холестаза, являющихся прямыми предвестниками этого заболевания.

Литературный обзор

Первичный билиарный цирроз (ПБЦ) – это медленно прогрессирующее аутоиммунное заболевание печени, встречающееся преимущественно у женщин. Наиболее часто билиарный цирроз развивается в возрасте от 40 до 50 лет и крайне редко – у людей моложе 25 лет. При гистологическом исследовании отмечаются воспалительные изменения портальных трактов и аутоиммунное разрушение внутрипеченочных желчных протоков. Это приводит к нарушению выделения желчи и задержке токсических веществ в печени, что является причиной снижения функции печени, фиброза, цирроза и печеночной недостаточности. При первичном билиарном циррозе появляются антимитохондриальные антитела (у 90–95% пациентов), зачастую задолго до первых клинических признаков заболевания. Необъясненной особенностью первичного билиарного цирроза, как и многих других аутоиммунных заболеваний, является то, что несмотря на присутствие митохондрий во всех клетках организма, патологический процесс ограничен печенью. Антигены митохондрий, антитела к которым вырабатываются при первичном билиарном циррозе, точно установлены [1]. В клинической картине основными ранними проявлениями являются слабость и кожный зуд [5], присутствующие у 21% и 19% пациентов соответственно [6, 7]. Незначительно выраженные симптомы развиваются у большинства больных в течение 2–4 лет с начала заболевания, в то же время примерно треть больных не имеет клинических проявлений на протяжении многих лет [4, 6]. Слабость отмечается у 78% пациентов и является важной причиной инвалидизации [8, 9]. Выраженность слабости не зависит от степени изменений в печени, и в настоящее время нет эффективных методов ее лечения. Появление зуда (в 20–70% случаев), как правило, опережает желтуху на месяцы или годы [10]. Зуд может быть локализованным или общим. Он обычно более выражен по ночам и часто усиливается при соприкосновении с шерстью и другими тканями, а также в тепле. Причины зуда неизвестны, однако важную роль в его развитии могут играть эндогенные опиоиды. Тяжесть в правом подреберье присутствует примерно у 10% пациентов [11]. Также у больных первичным билиарным циррозом часто наблюдаются гиперлипидемия, гипотиреоз, остеопения и аутоиммунные заболевания, включая синдром Шегрена и склеродермию [12]. Портальная

гипертензия обычно развивается на поздних стадиях заболевания, мальабсорбция, недостаточность жирорастворимых витаминов и стеаторея – только при тяжелых формах. В редких случаях пациенты поступают с асцитом, печеночной энцефалопатией или кровотечением их расширенных вен пищевода.

Общий осмотр у пациентов без симптомов, как правило, не выявляет особенностей, однако по мере прогрессирования заболевания могут появляться пигментации кожи, невусы и расчесы. У 5–10% больных отмечаются ксантелазмы, у 70% – гепатомегалия. Спленомегалия на ранних стадиях наблюдается редко, однако может развиваться по мере прогрессирования заболевания. Желтуха также является поздним проявлением.

Для установления диагноза первичного билиарного цирроза в настоящее время существуют три критерия: наличие антимитохондриальных антител в сыворотке крови, повышение уровня печеночных ферментов (прежде всего щелочной фосфатазы) в течение более чем 6 месяцев и характерные гистологические изменения в ткани печени. Для предположительного диагноза необходимо наличие двух из трех перечисленных изменений, для окончательного – всех трех. У 5–10% больных антимитохондриальные антитела отсутствуют, но в остальном никаких отличий от классической формы заболевания у них нет

Литература:

1. Заболевания печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей/Под ред. В.Т. Ивашкина. - М., 2005. - 165 с.
2. Ильченко Л.Ю., Решетняк В.И. Клинико-лабораторные критерии диагностики первичного билиарного цирроза и современная терапия//РЖГГК.-2011. - №5. - С. 41-48.
3. Шептулина А.Ф., Маевская М.В., Ивашкин В.Т. Критическая оценка патогенетических факторов первичного билиарного цирроза. Российский журнал

гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2013. – Т. 3. - С. 39-48.

4. Prince MI, Chetwynd A, Craig WL, Metcalf JV, James OF. Asymptomatic primary biliary cirrhosis: clinical features, prognosis, and symptom progression in a large population based cohort. Gut 2004; 53: 65–70. [Erratum, Gut 2004; 53: 1216.]
5. Corpechot C, Carrat F, Bahr A, Chretien Y, Poupon R-E, Poupon R. The effect of ursodeoxycholic acid therapy on the natural course of primary biliary cirrhosis. Gastroenterology 2005; 128: 297–303.
6. Selmi C, Gershwin EM. Bacteria and human autoimmunity: the case of primary biliary cirrhosis. Curr Opin Rheumatol 2004; 16: 406–10.

Біріншілік холестатикалық бауыр циррозының диагностикалық ерекшелігі

Аңдатпа. Мақалада сирек кездесетін және тәжірибелік көмек дейінгейіндегі диагностикада қиындық туғызатын біріншілік холестатикалық бауыр циррозының клиникалық көріністері мен аспаптық және зертханалық тексерістерінің ерекшеліктері көрсетілген.

Түйін сөздері - біріншілік холестатикалық бауыр циррозының, бауыр ішкі өт іркілісі, тері қышуы, анамнез ерекшелігі.

Features Of Diagnostics Of Primary Biliary Liver Cirrhosis

Annotation. The article presents the features of the clinical and laboratory-instrumental characteristics of the disease, such as primary biliary cirrhosis, which presents a certain difficulty in diagnosing at the level of the primary practical help.

Key words - primary biliary cirrhosis, intrahepatic cholestasis, itchy skin, history features.

УДК: 616-085:616.36

Особенности проявления холестаза при алкогольной болезни печени

Асс., к.м.н. Тастемирова К.К., асс., магистр здравоохранения Оспанова Л.Ж., интерны терапевты
610 группы Абдіраманова Г., Тастанов С., Пернебек Н., Төлеу А., Толаметов И., Тайтели Ж.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет». Кафедра внутренних болезней с курсом
клинической фармакологии.

Аннотация. В статье представлены особенности изменения биохимических показателей и клинические проявления синдрома холестаза при алкогольной болезни печени.

Ключевые слова: алкогольная болезнь печени, внутрипеченочный холестаз, зуд кожи, особенности изменения ферментов.

Синдром холестаза является частым проявлением хронических заболеваний печени (ХЗП) любой этиологии: алкогольной, вирусной, медикаментозной, метаболической и т. д. В основе формирования холестаза лежит нарушение синтеза, секреции или оттока желчи. Присоединение внутрипеченочного холестаза (ВПХ) к хроническому заболеванию печени изменяет его течение, утяжеляет состояние пациента, снижает иммунитет, приводит к развитию тяжелых септических осложнений, значительно снижает качество жизни (КЖ) и ухудшает прогноз.

Цель работы

- изучение особенностей проявления холестатического синдрома при алкогольной болезни печени.

Материалы и методы исследования

Проведено исследование уровней желчных кислот, холестерина, ЩФ, ГГТП крови 32 больных с алкогольными заболеваниями печени, включавших цирроз печени и алкогольного генеза и находившихся на лечении в терапевтическом отделении ГKB№4. Все больные имели алкогольный анамнез длительностью от 6 и до 12 лет, отдельные респонденты лечились в наркологическом диспансере. У 17 больных имелось вирусоносительство гепатита С. Основной контингент составили мужчины - 27 больных (84,4%). Остальные 5 (16%) больных – женщины. Средний возраст исследуемых составил 35-53 лет.

В качестве контрольной группы взяты показатели 30 здоровых доноров

(показатели доноров, сдававших кровь в центре переливания крови).

Всем больным проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное исследование с использованием общеклинических, биохимических (общий анализ крови, белок и фракции, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, ЖК, ХС, АлАТ, АсАТ, билирубин и его фракции) и инструментальных (УЗИ, КТ) методов.

В сыворотке крови больных токсическими гепатитами радиоиммунными методами исключались маркеры виру-

сного гепатита А, В, С.

Результаты и обсуждение

Основными клиническими синдромами, имевших наибольшую выраженность при алкогольных болезнях печени были астенический (немотивированная слабость, недомогание, раздражительность, бессонница), имевшийся в 100% случаев, болевой (боль и чувство тяжести в правом подреберье) - 84%, гепатомегалии - 96,7% и желтухи - 78,3% случаев; портальная гипертензия (асцит, варикозные вены) и спленомегалия во всех (100%) случаях цирроза печени. Также у около 1/3 (27%) больных с алкогольным циррозом печени выявлялась атрофия мышц плечевого пояса и в сочетании с увеличенным животом составляли типичную картину «цирротического» больного. Проявлениями синдрома холестаза были жалобы на зуд кожи, появляющийся перед сном в 77% случаев; при объективном исследовании следы расчесов, расположенные на наружной поверхности плеча, предплечья и боковых поверхностях живота были обнаружены у более чем половины (53%) больных.

Клинико-функциональные показатели характеризовались повышением активности трансаминазных проб и билирубина в 100% случаев на фоне повышения активности в 82% случаев ЩФ и в 76% случаев ГГТП.

Результаты исследования уровня желчных кислот и холестерина в сыворотке крови (ТБ) свидетельствовали о достоверном увеличении ($P_{1,2} < 0,05$) независимо от вида патологии, но наиболее выраженный характер по сравнению с контрольной группой ($P_{1,2} < 0,001$) имели при циррозах печени. Среднее значение их концентраций при циррозах составило соответственно $(56,4 \pm 6,4 \text{ мкмоль/л}$ и $8,0 \pm 2,06 \text{ ммоль/л})$. В то же время, на фоне достоверного увеличения концентрации ЖК и ХС увеличивались показатели трансаминаз, при этом, выраженно повышался уровень АсАТ и коэффициент Ритиса был выше у 87% больных.

В общем анализе крови наиболее показательными были изменения НВ, эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Так, в 92% случаев при ЦП наблюдалась анемия (среднее значение Эр было $2,7 \pm 0,7 \cdot 10^{12}$; НВ $-88 \pm 1,3$), тогда как при АГ среднее значение данных показателей оставались на уровне $3,2 \pm 1,1$ и $112 \pm 3,1$ соответственно. Абсолютные показатели тромбоцитопении при всех ЦП была в пределах $66,0 - 98,0 \cdot 10^9$; что подтверждалось при объективном осмотре наличием подкожных кровоизлияний различной распространенности и субъективными жалобами на кровоточивость десен и периодических носовых кровотечений у данной категории больных [таблица 1, 2].

Таблица 1 - Клиническая характеристика алкогольной болезни печени

Признаки АБП		
Данные объективного осмотра		
Системы и органы	Симптомы	Частота встречаемости
Кожа	Зуд(следы расчесов)	53%
	Желтуха	78%
Опорно-двигательный аппарат	Атрофия мышц плечевого пояса	27%
Живот	Гепатомегалия	96,7%
	Спленомегалия	100%
	Асцит	100%

Таким образом, изучение состояния ферментативной активности при аокольной болезни печени показало зависимость их изменений от первичности нарушения тех или иных субклеточных структур, то есть от места первичного действия повреждающего агента и как следствие выявило преобладание синдрома цитолиза и холестаза. Однако степень выраженности холестаза, зависящее от степени внутрипеченочного холестаза желчных кислот, имеет свои особенности формирования, определяемое фоновым состоянием печеночных клеток и специфичностью влияния воздействующего фактора. Показателями развития внутрипеченочного холестаза явились достоверно увеличенные концентрации ЩФ, свидетельствующие о блоке печеночно-кишечной циркуляции и задержке выделения желчных кислот в желчь, а также ГГТП - фермента, тесно связанного с мембраной микросомальной фракции гепатоцита и мембранами мельчайших желчных канальцев и поэтому фермент чувствителен к воздействию алкогольной и лекарственной интоксикации. Повышается при изменении давления в желчных канальцах вследствие задержки желчных кислот. Следовательно гепатоцит, обладающий запасом адаптивных способностей, будет усиливать гидроксигирование задерживающейся в нем желчных кислот, чтобы защитить себя и весь организм от их вредного воздействия. Отсутствие и истощение этих способностей при гипердигитивных процессах, что мы и наблюдаем у наших больных, имевших продолжительный алкогольный анамнез, приводит к развитию холестаза на фоне выраженного цитолиза как патологической адаптации к воздействию неблагоприятных факторов.

Таблица 2 - Биохимические показатели крови

Нормальные значения	Алкогольный гепатит	Алкогольный цирроз печени
ЩФ (30-120ед/л)	196,7±22,6	227,8±18,3
ГГТП (7-50 ед/л)	112,2±11,3	262,6±13,7
ЖК (0-10мкмоль/л)	33,7±4,2	56,4±6,4
ХС(1,4 -5,2ммоль/л)	6,2± 1,03	8,0±2,06
АлАТ до 40ед	66,3±1,04	87,6±2,1
АсАТ до 40 ед	78,6±2,5	92,3±3,08
Билирубин общий до 18,2ммоль/л	68,8±6,7	113,5±17,3

Литература:

1. Абдрахманов Д.Т. Алкогольный гепатит. Клиническая гематология // 2008. - №4(2). - С. 3-10.
2. Бугеев А.В., Павлов А.О., Ивашкин В.Т. АБП: возможно ли улучшение прогноза // Клинические перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. – 2011. - №2. - С. 3-10.
3. Ивашкин В.Т., Маевская М.В. Алкогольно-вирусные заболевания печени. - Москва: Литерра, 2017. - 160 с.
4. Майер Г.П. Гепатиты и последствия гепатита. - М: Гэотар Медицина, 2004. – 720 с.
5. Shah V.H. Alcoholic liver disease // Hepatology, 2009, 51: p.1483-1484
6. Rehm J. et all. Alcohol as a risk foe the liver cirrhosis: a systemaik review and meta-analyses. Drug Alcohol review, 2010, 29: 437-445.

Алкогольдық бауыр дертіндегі холестаз көрінісінің ерекшелігі

Аңдатпа. Мақалада алкогольдік бауыр дерттерінде дамидын өт іркіліс синдромының клиникалық көріністері мен биохимиялық өзгерістері көрсетілген.

Түйін сөздері - алкогольдық бауыр дерті, бауыр ішкі өт іркілісі, тері қышуы, ферменттер өзгерістерінің ерекшеліктері.

Peculiarities Of Manifestation Of Cholestasias In Alcoholic Liver Disease

Annotation. The article presents the features of changes in biochemical parameters and clinical manifestations of cholestasis syndrome in alcoholic liver disease.

Key words - alcoholic liver disease, intrahepatic cholestasis, itchy skin, especially changes of the enzymes.

УДК 618.214-005.1-089.888

Акушерлік қан кетудегі ағзаны сақтап қалу оталары

С.С. Искаков¹, Б.С. Малгаждарова¹, А.А. Тулемисова¹, М.М. Темирова¹, А.Ф. Кожасапарова²КАҚ «Астана медициналық университеті»¹, №2

акушерия және гинекология кафедрасы,

№2 Көпсалалы Ақмола облыстық ауруханасы², Нұр-Сұлтан қаласы

Summary. The effectiveness of various types of surgeries has been studied, allowing the preservation of the reproductive organ – the uterus during obstetric bleeding. The role of the introduction of modern clinical protocols in obstetric bleeding.

Key words: pregnancy, obstetric bleeding, operation, hemostatic sutures.

Резюме. Изучена эффективность различных видов операций, позволяющие сохранить репродуктивный орган – матку при акушерских массивных кровотечениях. Роль внедрения современных клинических протоколов при акушерских кровотечениях.

Ключевые слова: беременность, акушерские кровотечения, операции, гемостатические швы.

Тұжырымдама. Акушерлік массивтік қан кетуде репродуктивті ағза - жатырды сақтауға мүмкіндік беретін әртүрлі оталарды тиімділігі зерттелген. Қазіргі заманауи акушерлік қан кету кезінде қолданылатын клиникалық хаттамалардың еңгізілу рөлі.

Түйінді сөздер: жүктілік, акушерлік қан кету, оталар, гемостатикалық тігістер.

Кіріспе

Қазіргі таңда акушерия ғылымы мен тәжірибелері жеті дамып, жаңа деңгейге көрсетілуіне байланысты, акушерлік қан кетулерде қойылатын мақсат, ол- пациент өмірін сақтап қалумен қатар, болашақ өмірінің сапасын жақсарту, соның ішінде репродуктивтік функциясын қамтама ету[1]. Акушер-гинеколог қан кету проблемасымен жүктілік кезінде, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде кездесетіні мәлім. Қазақстан Республикасында ана өлімінің жүктілікке байланысты себебінде бірінші орында акушерлік қан кетулер тұр. Оның үлес салмағы 53,8%-ды құрады[2].

Массивтік қан кету (1000 мл артық) жиілігі акушерлік босанудан қан кетулерде (шамамен 6 %) 2 % жағдайда болатыны анықталған[3].

Осы жағдайларда жатырды сақтап қалу мәселесі көптеген ғалымдарды ойландырды. Жатырдың негізгі қан тамырларын байлау, төменгі сегментіне көлденен тігістер салу (Перейра әдісі), арқа қоржынына тәрізді тігіс (Б-Линча) ұсынылды. Профессор М. А. Курцердің (Мәскеу қаласы) айтуынша жүктілік кезінде акушерлік қан кетудің спецификалық алдын алу әдісі жоқ. Акушерлік тәжірибеде массивтік қан кетуді ішкі мықын артериясының байлаған (орындайды хирургы) кезде жатыр алынса ғана,

нәтиже болатыны дәлелденген. Курцер ұсынған әдісте - матрастық жібтерді салу (жатырдың алдыңғы және артқы қабырғаларының біріктіру). 822 босанған әйелдерге ішкі мықын артериясын байлаумен қатар, акушерлік қан кеткендерге матрастық тігістер жасалынған. Осы әйелдердің 15-де кейінен босану болған, оның 9-ы физиологиялық қалыпты жағдайда босанған[4].

Зерттеу мақсаты

Акушерлік қан кетудегі ағзаны – жатырды сақтап қалу оталарының тиімділігінің сараптау.

Зерттеу материалдары мен әдістері

2016-2018 жылдары көпсалалы Ақмола №2 облыстық ауруханасының (№2 КАОА) перзентхана бөліміне түскен жүкті әйелдермен босанған әйелдер зерттеу материалдары болды. Қолданылған әдістер: клиникалық және лабораторлық әдістер, биохимиялық анализдер мен коагулограмма, зәр анализы; аспаптық әдістер: флюорография және ультрадыбыстық зерттеу мен қажет жағдайда құрсақ ішілік компьютерлік томографиясы. Қазақстан Республикасында соңғы 8 жылда жүктіліктің ауытқуында, соның ішінде акушерлік қан кетуде дәрігерлер қолданатын клиникалық протоколдар зерттеу негізінде қолданылды [5,6]. Жатырды сақтап қалу оталары: гемостатикалық тігістер жатырға «сатылы түрде» деваскуляризация жасау арқылы, соның ішінде алдымен - О'Лири (жатыр артерияларын екі жақтан) және Б-Линча тігісі (арқа қоржынына тәрізді) қан кетуді тоқтату үшін салынды. Жатыр тамырларын байлап қысу үшін №6 кетгут қолданылды. Тігістер салар алдында барлық жағдайда Б-Линча тиімділік тесті (1997 ж.) анықталды, ол оң болды. Пациентке ота барысында жалпы қан анализінде гемоглобин концентрациясы 70г/л төмен болған жағдайда қан құйылды. Коагулопатия клиникалық және зертханалық дәлелденген және тұрақты қан кетуі жалғасқанда жаңа мұздатылған плазма құйылды.

Зерттеу нәтижелері және сараптау

1 кестеде көпсалалы №2 Ақмола облыстық ауруханасының перзентхана бөлімінің соңғы 3 жылдық негізгі сапалы көрсеткіштері көрсетілген.

1 кестеде көрсетілгендей, соңғы 3 жылдар бойы босану саны аса өзгеріссіз тұрақты. Бірақ, босану санында ота әдісі - кесарь тілігімен босану саны үдірісі азаймай тұр, соңғы 2 жылда оның жиілігі 20,8% - ды құрды..

№2 КАОА перинатальдық көмек көрсетуде 3 деңгейіне көшірілуіне байланысты, акушерлік қан кету жиілігін

1 кесте - 2016-2018 жылдардағы сапалық көрсеткіштер

Нозология	2016ж %		2017ж %		2018ж %	
Босану саны	1959		1837		2029	
Қалыпты босану	1499	76,5	859	46,8	1301	64,1
Кесарь тілігі	384	19,6	383	20,8	422	20,8
Қан кетулер, соның ішінде:	43	2,2	32	1,7	43	2,1
Плацентаның келуі	7	19,2	1	3,1	3	2,4
Қалыпты орналасқан плацентаның ерте ажырауы	18	41,8	19	59,4	26	60,4
Жатыр атониясы	18	41,8	12	37,5	16	37,5
1 литрдан көп қан кету	12	27,9	9	28,1	17	39,5
Компрессиялық тігістер (жалпы босану санына)	5	0,25	5	0,3	12	0,59
Гистерэктомия (жалпы босану санына)	3: Жатыр экстирпациясы-2 Жатыр ампутациясы -1	0,15	Жатыр экстирпациясы -1	0,05	3: Жатыр экстирпациясы -2 Жатыр ампутациясы -1	0,14

төмендету мүмкіншілігі азайды, себебі қан кету қауыпы бар жүкті әйелдер жиі перзентханаға қабылданады. Кестеде көрсетілгендей қан кетудің негізгі себептері - қалыпты орналасқан плацентаның ерте ажырауы (ҚОПЕА) (41,8-60,4%) мен жатыр атониясы (37,5- 41,8%) болып отыр. Ақырғы 3 жыл уақытында 22 әйелдерге кесарь тілігі арқылы босанғандарға ота барысында гемостатикалық тігістер салынды. Қан кету кезінде көмек ҚР ДМ (№ 17 2016жылында) жарық көрген «Акушерлік қан кету» [6] клиникалық протоколына сәйкес көрсетілді.

Бақылауда болғандар 22 жастан 44 жасқа дейін болды. Паритеті бойынша: бірінші босанушылар - 6, қайта босанушылар - 16, соның ішінде екеуі көпбосанушылар (5 және 6 рет босанушылар).

Қан кету жиілігінің көбейуінде басты бірі фактор, ол – ота арқылы кесарь тілігінің жоғарлауы екені анықталған. Бірақ, біздің ауруханада бақылауда болғандардың арасында кесарь тілігінің кенеттен жоғарлауы байқалмады (1 кесте).

Отаға негізгі көрсеткіш: жатыр тыртығы – 55,9% әйелдерде. Екінші орында – ұрықтың дұрыс жатпауы (жамбаспен, көлденең келу), соның ішінде егіздерде бірінші ұрықтың (10%-ға дейін дұрыс жатпауы). Шұғыл жасалған отада бірінші орында - ҚОПЕА және 2 немесе оданда көп тыртықтарда айы күні жеткен мезгілде босану әрекетінің басталуына байланысты. Үшінші орында көрсеткіш ретінде – ұрық жағдайының нашарлауы болып табылды. Жасалынған оталарда барлық категориялар - бірден төртке дейінгі категориялар болды.

2016 жылы 3 жағдайда жатыр алынылып тасталды, соның ішінде жатыр экстирпациясы қосалқылармен бірге (2 жағдайда плацентаның жатыр тыртығына жабыса өтіп кетуіне байланысты жүктілік мерзімі 27-28 және 31-32 апталарда). Жатыр ампутациясы 1 жағдайда жасалынды көптүйінді миомаға байланысты жүктіліктің 26 аптасында.

2017 жылы жатыр экстирпациясы қосалқылармен бірге 1 жағдайда жасалынды жүктіліктің 39 аптасында Кувелер жатырына байланысты.

2018 жылы жатыр экстирпациясы қосалқылармен бірге 1 жағдайда жасалынды жүктіліктің 32 аптасында ҚОПЕА және Кувелер жатырына байланысты. Екінші жағдай жатыр экстирпациясы жүктіліктің 35 апта 4 күн мерзімінде плацентаның толық келуі және оның жабыса миометрийға өтіп кетуіне байланысты болды. 1 жағдайда жатыр ампутациясы қосалқылармен бірге айы күні

толған мезгіл жүктілікте жатырдағы тыртықтың қалыпсыз болуымен жатыр (отаішілік) атониясына байланысты болды.

Гемостатикалық тігістерді салу нәтижесі акушерлік қан кетуде ағзаны алып тастау отасын 1,9 ретке төмендетті. Егер алдыңғы 5 жыл бұрын гемостатикалық тігістер қолданбағанда акушерлік қан кету 4,1%-да болса, гемостатикалық тігістер қолдана басталған соң, қан кету 2,2%-ға дейін төмендеді. Жатырды алып тастау мәселесіне дұрыс көңіл аударылатын болды. Бұрын жиі гистерэктомия (23,5-18,8%) жасалған болса, «Акушерлік қан кету» клиникалық протоколымен жұмыс істей бастаған соң және жатырға гемостатикалық тігістерді жете үйреніп сала бастағаннан кейін акушерлік қан кетуде гистерэктомия санын азайтты. 2016 жылы 40% босанған әйелдерде, 2017 жылы 80% босанған әйелдерде, ал 2018 жылы 75% босанған әйелдерде массивтік акушерлік қан кеткенде жатыр сақталынып қалынды. Гемостатикалық тігіс алдында Б-Линча тиімділік тесті тексерілді - ол барлық жағдайда оң болды, сондықтан салынған гемостатикалық тігістер жақсы нәтиже берді. Босанғаннан кейінгі кезең минимальды ауытқумен жүрді: теміржетіспеушілік анемияның орташа және ауыр дәрежесіне байланысты ем қолданылды. Бақылауда болған әйелдерде менструальдық қызметі әр түрлі уақыттарда қалпына келді, тек 1 әйел қайта жүкті болып, айы күні толғанда босанды.

Қорытынды

Акушерлік қан кетуде уақытылы ол анықталып, акушерлік ситуация дұрыс бағаланғанда, бар мүмкіншілік қолданылса және жатырға «сатылы түрде» деваскуляризация гемостатикалық тігістер жасалса, жатыр сақталынып, болашақта әйелдің репродуктивтік қызметін жалғастыруына мүмкіндік береді. Сонымен, акушерлік қан кетудегі ағзаны сақтап қалу оталары жылдан жылға көбейуде: 2016 жылға қарағанда 2018 жылы 1,8 ретке өсті.

Қолданылған әдебиеттер.

1. Крот И. Ф., Захаренкова Т. Н., Эйныш Е. А. Современные подходы к профилактике и лечению акушерских кровотечений// Проблемы здоровья и экологии. -

2013. №3(37). -с.35-40
2. Бикташева Х.М., Ахметова Э.А., Исакова М.Б., Кулманбетова Ф.К., Якиева Д.К. Анализ основных причин материнской смертности. //Акушерлік, гинекология және перинатология. – 2013. № 1(53)-2(54)-3(55). –с. 39–43
 3. Профилактика и терапия массивной кровопотери в акушерстве (медицинская технология). Учреждение разработчик Федеральное государственное учреждение «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова» Минздравсоцразвития России / Г. Т. Сухих [и др.]; ред. Г. Т. Сухих. — М., 2010. — 20 с.
 4. Курцер, М. А. Послеродовые кровотечения. Вебинар / М. А. Курцер, Ж. ДиРенцо [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://yadi.sk/d/azSr9xEY2Pjnh>.
 5. Клинический протокол диагностики и лечения. Послеродовое кровотечение. №19 от 10 декабря 2015 года. МЗСР РК.
 6. Клинический протокол диагностики и лечения. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Апрель 2013 года. МЗ РК.

Біздің сүйікті ұстазымыз

Нур Отан партиясының мүшесі, ҚАЗҰМУ-нің профессоры, ҚР клиникалық және іргелі Медицинасы ғылыми академиясының академигі, жоғары санаттағы дәрігер акушер-гинеколог, ҚР Денсаулық сақтау ісінің үздігі, алтын дәрігер, КСРО Еңбек ардагері, Ресей федерациясының ғылым және білім беру ісінің еңбек сіңірген қызметкері, ҚР ДСМ жанындағы терминологиялық комитеттің мүшесі, «Ұлттық медициналық қауымдастығының» Республикалық қоғамдық бірлестігінің мүшесі, республикалық «Денсаулық» журналының редакция алқасының мүшесі, қоғам қайраткері

Хамит Нұржанұлы Нұржанов 80 – жаста

Жүзі жылы, алақаны жұмсақ, қолы шипалы, науқастарға мейірімді, өзі шебер маман, білікті ұстаз, сырт келбеті абыз атадай ұстазымызды өмір жолында кездестіргенімізге біз шәкірттері аса ризамыз. Ұстаз – ең қасиетті ұғым. Мұхаммед пайғамбар «Ұстазың – ата-анаңнан артық» деген.

Себебі, ұрпақтарды ұстаз тәрбиелейді. Болашақтың басшысын да, данасын да, ғалымын да, ғарышкерін де, еңбекқор егіншіні де, ұстаз өсіреді. «Шәкіртсіз ұстаз тұл» демекші, ұстазымыз ұзақ еңбек жолында жинаған білімі мен тәжірибесін шәкірттеріне үйретуден жалыққан емес. Ұстазымыздың ісін жалғастырар шәкірттері бүгінде Қазақстанның түкпір-түкпірінде еңбек етіп, ел алғысына бөленіп жүр. Өзінің еңбекқорлығы, бай өмірлік және кәсіби тәжірибесі, ешбір жанға дауыс көтермейтін биязды мінезі, қолынан келген көмегін аямайтын мейірімділігі арқасында біздің жақсы көретін Хамит Нұржанұлы ұстазымыз қайда жүрсе де құрметке ие.

Хамит Нұржанұлы 1939 жылы, 7-мамыр күні Гурьев (қазір Атырау облысы) облысының Новобогат (қазір Исатай ауданы) ауданындағы Новобогат селосында (қазір Хамит Ерғали ауылы) осыдан 80 жыл бұрын дүниеге келген сәбидің атын нағашысы, Қазақтың көрнекті ақыны Хамит Ерғалиевтей белгілі адам болсын деп ырымдап қойыпты әке-шешесі.

«Жақсыдан шапағат» демекші әке-шешенің үміті бүгінде ақталып отырғандығы ақиқат. Ол «дәрігер акушер-гинеколог» деген құрметті мамандыққа өзге салаларда нағыз ер азамат ретінде шыңдалып, өмірлік тәжірибе жинап, сәл кештеу келген еді. Бала жасынан қайсар, әрі намысшыл болып өскен ұстазымыз 1957 жылы мектепті бітірген бойда (әрі қарай оқуға қаражаты болмай) Гурьев кеме жөндеу зауытына металл токарі болып қызметке орналасты. Осында 1 жыл жұмыс атқарғаннан кейін, 1958 жылдан 1963 жылға дейін КСРО-ның әскери - теңіз флотында атом сүңгуір қайығында өзінің әскери борышын атқарды. Осы жылдары Куба (Кариб) дағдарысына, су астындағы ядролық жарылысқа және Н.С.Хрущевтың АҚШ-қа барған сапарын қоштап барушылардың бірі болған. Оншақты мұхиттар мен теңіздерге сапар шеккен адам. Әскери қатарында жүріп Кеңес Одағының Коммунистік партиясының мүшелігіне өтіп, бір жылдық сырттан оқитын партия мектебін бітірген. Оның қай іске болмасын үлкен жауапкершілікпен қарайтын қасиеті жас кезінен байқалып, әскери қызметтегі жетістіктері үшін КСРО Қорғаныс министрі мен Флот басшылығынан 18 алғыс хат алған. Әскерден оралғаннан кейін Гурьев қаласының «Нефтяник» облыстық ауруханасында массажист болып жұмыс атқарды. 1963 жылы Алматы мемлекеттік медицина институтының емдеу факультетіне түсіп, оны аяқтаған соң (1969 жыл) Алматы қаласындағы №1 перзентханаға дәрігер акушер-гинеколог болып

жұмысқа орналасқан. Студент бола жүріп, Қазақ онкология және радиология ғылыми зерттеу институтында орта буын медицина қызметкері, яғни қайыр (медбарт) болып еңбек етті.

1970 жылы профессор К.Д.Өтегенованың шақыруымен акушерия және гинекология кафедрасына ассистент-оқытушы болып қабылданды. Осы кафедрада жұмыс жасап жүріп 1977 жылы профессор К.Д.Өтегенова мен профессор Н.А.Қайыпованың басшылығында «Жатыр фибромиомасы және жүктілік» деген тақырыпта кандидаттық диссертация қорғайды.

Енді Хамит Нұржанұлының еңбек жолын қысқаша шолып өтер болсақ, 1970 жылдан 1993 жылға дейін емдеу факультетінің акушерия және гинекология кафедрасында 23 жыл ассистент, 1993 жылдан 2012 жылға дейін 19 жыл бойы кафедраның доценті, 2012 жылдан бастап осы кафедраның профессоры ретінде қызмет атқарды. 2013 жылдан 2018 жылға дейін Алматы қалалық жоғары медицина колледжінің акушерия және гинекология кафедрасының меңгерушісі болып жұмыс атқарды, ал 2018 жылдың 1-қыркүйегінен бастап Қазақстан-Ресей Медицина Университетінің акушерия және гинекология кафедрасының ассистенті болып қызмет атқарып жатыр.

1985-1988 жылдары кафедра жұмысымен қатар Қызылтулы Ортаазиялық әскери округінің штаттан тыс бас акушер-гинеколог жұмысын қоса атқарды.

2003 жылы ҚазҰМУ Ғылыми Кеңесінің шешімімен оған Қаз ҰМУ профессоры академиялық атағы берілді.

Білімін шыңдап, тәжірибе жинақтай түсуге ынтық ұстазымыз біліктілігін көтеруге ешқашан жалыққан емес. Соның дәлелі, ол тек Республикалық ғана емес, сонымен қатар Халықаралық семинарларға, конференцияларға, контресстерге және симпозиумдарға (ОАР – Кейптаун қаласы, БАЭ – Дубай қаласы, Туркия – Измир қаласы, Германия – Берлин, Мюнхен қалалары, Испания – Барселона қаласы, Сингапур – Сингапур қаласы, Ресей Федерациясы – Мәскеу, Санкт-Петербург, Новосибирск қалалары, Қырғыстан – Бишкек қаласы және тағы басқалары) қатысқан ғалым.

Акушерия, гинекология және перинатология салалары бойынша 11 кітап, 5 оқу құралы және 3 сөздік жарыққа шықты.

Жалпы айтқанда, Хамит ұстазымыздың жалпы еңбек өтілі 62 жыл болса, соның ішінде емдеу өтілі – 56 жыл, педагогикалық өтілі – 49 жыл, акушер-гинеколог мамандығы бойынша өтілі – 50 жыл екен.

1994 жылдан бері жоғары санаттағы дәрігер- акушер – гинеколог. КСРО Еңбек ардагері және ҚР денсаулық сақтау ісінің үздігі, ҚР ДСМ біліктілік комиссиясының мүшесі, ҚР ДСМ жанындағы терминалогиялық комитеттің мүшесі, «Ұлттық медициналық қауымдастығының» Республикалық қоғамдық бірлестігінің мүшесі,

Республикалық «Денсаулық» журналының редакция алқасының мүшесі, қоғам қайраткері.

2014 жылы ҚР клиникалық және іргелі медицинасы ғылыми академиясының жалпы жиналысының шешімі бойынша ол академияның мүшесі ретінде Академик болып сайланды.

Хамит ұстазымыздың бүкіл еңбек жолы мен өмірлік тәжірибеден жиған-тергенін, ойға түйгенін бір мақалаға сыйғызу мүмкін емес сияқты. Кафедрада жұмыс істей жүріп, ол студенттерге семинарлар мен тәжірибелік сабақтар өткізді және дәрістер оқыды. Қазақстанда гинекология мен акушерия пәндерінен алғашқы қазақша дәрістерді оқығандардың бірі болды. Ағымдағы және мемлекеттік емтихандарды қабылдады, субординаторларды, интерн-дәрігерлерді және тәжірибелі дәрігерлерді аттестациялауға қатысты, ауру тарихтарын және хаттамаларды тексерді.

Енді Хамит ұстазымыздың баспа іс-әрекетіне келетін болсақ, онда ол кісі:

1976 жылы «Жатыр фибромиомасы және жүктілік» атты кітапша шығарды.

1986 жылы «Студенттердің акушерия бойынша тәжірибелік сабақтарға өзіндік дайындалуы үшін әдістемелік нұсқаулар» кітабын құрастыруға және шығаруға қатысты.

1988 жылы «Акушер-гинеколог субординаторлардың өзіндік дайындалуы үшін әдістемелік нұсқаулар» кітабын құрастыруға және шығаруға қатысты.

1992 жылы «Студенттердің гинекология бойынша өзіндік дайындалуы үшін әдістемелік нұсқаулар» кітабын шығарды.

1994 жылы қазақ тілінде «Студенттердің гинекология бойынша өзіндік жұмыстарына арналған оқу-әдістемелік құрал»,

1997 жылы «Гинекология бойынша клиникалық дәрістер» атты кітабын шығарды. Осы еңбектері республикалық конкурста 3-ші орын алды және ҚазҰМУ ректорының алғысын иеленді.

Сондай-ақ 1997 жылы «Медициналық жоғары оқу орындары студенттеріне арналған «акушерия және гинекология бойынша тесттік тапсырмаларды»,

1999 жылы «Гинекологияға кіріспе»,

2002 жылы «Акушер-гинеколог-интерн дәрігерлерге арналған тестілер»,

ал 2002 жылы «Акушерияға кіріспе» атты кітаптарын жарыққа шығарды.

2003 жылы басқа авторлармен біріге отырып «Ағылшын-қазақша медициналық сөздік» кітабын басып шығарды.

2006 жылы «Акушерия және перинатологияның даму тарихының кезаралары (этаптары) атты кітабын жарыққа шығарды.

2008 жылы басқа авторлармен бірге «Жаңа туған балалардың сарғаюының диагностикасы мен емі» атты оқу құралын басып шығарды.

2011 жылы 12 мыңнан астам терминді қамтыған «Акушерия және гинекология бойынша орысша қазақша сөздік» шығарды.

2014 жылы «Орысша – қазақша медициналық сөздік», «Русско-казахский медицинский словарь» оның 3-ші басылымын басып шығарды және

2014 жылы «Ағылшын-қазақша медициналық сөздік», «English-kazakh Medical Dictionary» шығарды.

2014 жылы «Практические навыки по акушерству и гинекологии», ал

2016 жылы «Акушерия және гинекология бойынша тәжірибелік дағдылар» атты кітаптарын басып шығарды,

2019 жылы «Ситуационные задачи по акушерству и перинатологии» атты оқу құралын баспаға шығаруға берді.

1969 жылы Алматы мемлекеттік медицина институтын бітіргеннен кейін қалалық денсаулық сақтау бөлімінің жолдамасымен Алматы қаласының №1 перзентханасына акушер-гинеколог дәрігер болып орналасты. Осы перзентханада істеп жүріп ҚАЗССР –ның Денсаулық сақтау министрінің тапсырмасымен Солтүстік-Қазақстан облысының тың игеру аудандарындағы әйелдерге 2-айдай бойы акушерлік және гинекологиялық көмек көрсетіп қайтты.

Сонымен қатар, Хамит Нұржанұлы 1970-1993 жылдары аралығында акушерия және гинекология кафедрасында ассистент қызметін атқара жүріп 23 жыл бойы Алматы қаласы мен облысында орналасқан барлық перзентханаларда, сондай-ақ ЖМЖА және ОҚКА – да жүктілерге, босанушыларға, гинекологиялық ауруларға қызмет көрсетті.

Күн-түн демей, жоспарлы және шұғыл операциялар (оталар) жасады. Осы уақыт ішінде (23 жыл) бүкіл республика бойынша ол көмек көрсеткен әйелдердің саны 80 мыңнан астам еді. Сонымен қатар 5-ші курс студенттеріне және субординаторларға жедел гинекология бойынша тәжірибелік сабақтар өткізді. 1993-1999 жылдары 6 жыл бойы ОҚКА – ның гинекологиялық бөлімшенің доцент-кеңесшісі болып еңбек етті, ал 1993-2005 жылдары 6 жыл бойы №1 клиникалық перзентханада және №14 әйелдер консультациясында доцент-кеңесшісі болып қызмет атқарды.

2005 жылдан осы қазіргіге дейін (20 жыл) ҰОС ардагерлер емханасының әйелдер консультациясында профессор-кеңесші болып қызмет атқаруда.

Осы 20 жыл ішінде 50 мың жүкті әйелдер мен босанған және гинекологиялық ауруларға кеңес беріп емдеген. Сонымен, ұстазымыз, 50 жыл ішінде (акушер-гинеколог дәрігер ретінде) 130 мыңнан астам әйелдерді емдеген.

Хамит Нұржанұлы акушериялық және гинекологиялық патологияларды диагностикалау мен емдеудің жаңа әдістерін, акушериялық және гинекологиялық операциялардың әдістерін жақсы игерген маман.

1969-2019 жылдар (50 жыл) аралығында 18 мыңнан астам кіші және қуыстық акушериялық және гинекологиялық операциялар жасаған.

Басында айтып кеттік ғой, ұстазымыздың жалпы еңбек өтілі – 62 жыл деп, оның ішінде емдеу өтілі 56 жыл екен. Осы 56 жыл ішінде Республиканың денсаулық сақтау органдарына тәжірибелік көмек көрсеткен адам; яғни ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің тапсырмаларымен 12 рет «Медициналық десант» құрамында, Республиканың шалғай аудандарына (Жамбыл, Шымкент, Алматы, Қызылорда, Атырау, Маңғыстау және тағы басқалары) барып әйелдерге талай акушериялық және гинекологиялық көмек көрсеткен, мысалы, осы туралы Жамбыл облысының Талас ауданында болған кезде ұстазымыздың жұмысы барысын Мәскеудің «Медицинская газета» корреспонденттері газетке жақсылап жазып кеткен екен. Интернатура жұмысын тексеруге 6 рет (Жамбыл, Шымкент, Қызылорда, Талдықорған облыстарында) шыққан. астық жинау үшін тың жерге 2 рет Көкшетау облысында болған, астық өнімін жинауға 3 рет колхозға барған. Студенттердің кәсіби тәжірибесінің бастығы ретінде 8 рет (Жамбыл, Шымкент, Қызылорда және тағы басқа облыстарында) барған. Сонымен іс-сапарға 41 рет шыққан. Осы іс-сапарларында жергілікті денсаулық сақтау органдарында акушериялық және гинекологиялық көмекті көрсете білген.

Ұстазымыз қоғам жұмысыменде айналасқан.

Басында №1 перзентхананың саяси хабаршысы болған, сосын кафедраға ауысқаннан кейін қосымша шаруа ассистентінің міндетін (10 жыл), емдеу факультетінің ДОСААФ Төрағасының (6 жыл), емдеу факультетінің Халық бақылау төрағасының (5 жыл), институттың Халық бақылау төрағасының орынбасарының (2 жыл), кафедраның парторгісінің (1 жыл), 1995-1996 жылдары Алматы Мемлекеттік медицина институтының емдеу факультетінің деканының орынбасарының, 1997-1998 жылдары Қазақстан медицина институтының деканының орынбасарының, 1999-2003 жылдары кафедраның қазақ тілді бөлімшенің оқу ісі меңгерушісінің міндеттерін атқарған. Қазіргі кезде Қазақстан-Ресей медицина университетінің акушерия және гинекология кафедрасының студенттерінің тәлімгері.

Ұстазымыздың еңбегі еленіп талай марапаттарға ие болды. Мысалы, Алматы, Көкшетау, Жамбыл, Талдықорған, Шымкент, Маңғыстау қалаларының әкімдерінің, Атырау облыстық денсаулық сақтау басқармасының, Алматы денсаулық сақтау басқармасының Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің құрмет грамотасын, университет ректоры, партия комитеті және жергілікті комитет тарапынан алғыстар мен грамоталар алды. Ол сондай-ақ «КСРО еңбек ардагері» медалінің (1989), «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі» төсбелгісінің (2011), «ҚАЗҰМУ күміс медалінің» (2006), «Алтын дәрігер» медалінің (2012), «А.Байтұрсынов атындағы күміс медалінің» (2013), «Мейірімділігі, қайырымдылығы және рахымдылығы үшін» Халықаралық медалінің (2013), Ресей федерациясы «Ғылым және білім беру ісінің еңбек сіңірген қызметкері» құрметті атағының (2013), «Отан қорғаушы» Халықаралық медалінің (2014), «European scientific and industrial consortium – William Harvey» Халықаралық медалінің (2014), «Гиппократ» Халықаралық медалінің (2014), «Ave – Vitae» орденінің (2015), «Gold Scalpel» Халықаралық орденінің (2018), «Қазақстан Республикасының қоғам қайраткері» медалінің (2018) иегері.

Бір айта кететін жәйттар бар еді, соны айта кетейін, Біз оқып жүрген кезімізде ұстазымыздың уникал адам (өте сирек, бірден бір) екенін білдік, яғни жүрегінің оң жақта орналасқанын білдік, бұл біз медиктер үшін таңғалатын жағдай болды (бұндай жағдай 100 мың адамның ішінде бір адамда кездесетін жағдай). Жүрегіңіздің оң жақта орналасқанын қай уақытта, неше жасыңызда білдіңіз деген сұраққа, ол кісі «мен мектепте оқып жүргенде (6-7 класта) біздерді әскери комиссариатқа шақырып

медициналық тексеру өткіген кезде «жүрегімнің оң жақта екенін сонда білдім, -дейді ұстазымыз. Кейін әскери-теңіз флотына алынғанымда іш-құрылысымның мүшелерінің түгелдей орын ауыстырғанын білдім. Сол кезде комиссия бастықтары «Сендей баланы бірінші рет көріп тұрмыз»-деп мені елге қайтаруға ұйғарды. Ал мен болсам: «Мен елге қайтпаймын, елдің бетіне қалай қараймын, әкем ұрысады деп отырып алдым, осыдан мені елге қайтаратын болсаңдар, мен Мәскеуге Орталық комитетке шағым жасаймын»-дедім оларға. Олар қорыққан болар, әйтеуір мені әрең дегенде моряк (теңізші) болып, әскери-теңіз флотының атом сүңгуір қайығында 5-жылдай қызмет еттім – дейді ұстазымыз (Бұл жағдай 1958 жылы, Архангельск облысының Северодвинск қаласында болған уақиға). Осыдан көрінбейме, ұстазымыздың қандай патриот екенін.

Іш-құрылысына байланысты тағы бір екінші жәйтты айта кетейін. Ұстазымыз айтқандай, бір күндері Баренц теңізінде әскери жорықта жүрген кезімізде менің ішімнің ұстамасы ұстап теңізден тікұшақпен әскери госпитальға алып келді, сонда маған диагноз қойалмай дәрігер-хирургтар бірталай әрігерге түсіп, мазалары кеткен. Әйтеуір операция жасап аппендиксінді сол жақта тауып алып тастаған. Осылай іш-құрылысымның толықтай ауысқанына көзім жетті – дейді ұстазымыз.

Ал, енді үшінші жәйт, ол Атырау облысының орталығы Атырау қаласының өлкелік мұражайында осы ұстазымыздың өмірі мен кәсіби жолына арналған бұрыш бар.

Енді төртінші жәйт туралы, ол «Мен босандырған және гинекологиялық ауруларынан емдеген талай әйелдердің алғысына бөлендім, - дейді ұстазымыз. – Сәбилеріне менің атымды қойғандар да көп болды. Мысалы, қазір есімі менің құрметіме қойылған 36 Хамит бала өмір сүріп жатыр». Мен өзімді бақыты адаммын деп санаймын, осындай жасқа келіп, әліде болса, қолымнан келгенше, талай нәрестенің аман қалуына себепші болармын деп сенемін.

Мен ұстазым туралы мақаламды аяқтай отырып, бүгінде 80-жасқа шыққан мерейтойын атап өткелі отырған алтын қолды ұстазымыз – дәрігерге бүкіл шәкірттері атынан зор денсаулық, қажымас қайрат, еңбекте табыс, жанұясына береке тілейміз.

*Қазақстан-Ресей Медицина Университетінің
Ғылыми және клиникалық жұмыстар бойынша
проректоры, акушерия және гинекология
кафедрасының меңгерушісі, доцент
Иманбаева Ж.А.*

Нуржанов Хамит Нуржанович

Член партии «Nur Otan», профессор, академик Академии наук клинической и фундаментальной медицины РК, врач акушер-гинеколог высшей категории, отличник здравоохранения РК, Алтын дәрігер, Ветеран труда, заслуженный работник образования и науки РФ, член Республиканского общественного объединения «Национальная Медицинская Ассоциация», член Терминологического Комитета МЗ РК, член редколлеги Республиканского журнала «Денсаулық», қоғам қайраткері (общественный деятель)

Нуржанов Хамит Нуржанович родился в 7 мая 1939 в Новобогатинском районе, поселке Новобогатинск Гурьевской области и после окончания казахской средней школы в 1957 году, работал токарем по металлу на Гурьевском судоремонтном заводе. С 1958 по 1963 годы служил в Военно-Морском Флоте (участник Кубинского кризиса и атомного взрыва под водой) и там же был принят в члены КПСС, по рекомендации Политуправления Краснознаменного Северного Флота окончил заочную годичную партийную школу. Имеет 18 благодарностей от Командования Флота и Министра обороны СССР. После демобилизации работал массажистом в больнице «Нефтяники» в г.Атырау.

В 1963 году поступил на лечебный факультет АГМИ, по окончании которого, был направлен на работу врачом акушер-гинекологом в родильный дом №1 в г.Алматы. Будучи студентом медицинского института совмещал учебу с работой в Казахском научно-исследовательском институте онкологии и радиологии, в качестве среднего медицинского работника.

С сентября 1970 года по ноябрь 1993 года (23 года) работал в должности ассистента кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Алматинского медицинского института (с 1989 года переименован в Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, КазНМУ). Являлся консультантом в родильных домах г. Алматы (№1, 2, 3, 4, 5, 6) и в областной больнице, а также гинекологических отделениях БСМП и ЦГКБ.

В 1977 году под руководством профессора Утегеновой К. Д. и профессора Каюповой Н. А. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Фибромиома матки и беременность».

Начиная с ноября 1993 года по август 1999 года, являлся доцентом-консультантом гинекологического отделения ЦГКБ.

С ноября 1993 года по сентябрь 2012 года (19 лет) - в должности доцента кафедры акушерства и гинекологии №2 КазНМУ, а с сентября 2012 года - в должности профессора этой кафедры. 25 февраля 2003 года решением Ученого Совета КазНМУ было присвоено академическое звание профессора КазНМУ.

С сентября 1999 года по 2005 года работал являлся



консультантом в клиническом род-доме №1 г., а также консультантом женской консультации №14. Начиная с сентября 2005 года и по настоящее время работает консультантом - профессором женской консультации поликлиники ветеранов ВОВ.

С августа 2013 года по август 2018 года работал завкафедрой акушерства и гинекологии Алматинского городского высшего медицинского колледжа.

С сентября 2018 года по настоящее время работает в должности профессора кафедры акушерства и гинекологии Казахстанско - Российского медицинского университета (КРМУ).

Являлся членом аттестационной комиссии по присвоению II - I и высшей

квалификационной категорий по КАЗНМУ и Научно-исследовательского кожно-венерологического института, а также членом квалификационной комиссии ККСОМУ Минздрава РК.

За период работы оказывал практическую помощь органам здравоохранения Республики, ежегодно по заданию Минздрава РК выезжал в составе «Медицинского десанта» для оказания акушерской и гинекологической помощи женщинам, в отдаленные районы Республики (районы Жамбылской, Шымкентской, Алматинской, Кызыл-Ординской, Мангистауской, Атырауской областей. Постоянно участвует в разборе жалоб больных по заданию Департамента по контролю качества оказываемых лечебных услуг.

Владеет современными методами диагностики и лечения акушерской и гинекологической патологии, техникой акушерских и гинекологических операций в полном объеме, провел в родовспомогательных учреждениях г. Алматы и областей Республики Казахстан, а также в г. Москве и в г. Новосибирске более 18 тысяч полостных и малых гинекологических и акушерских операций.

Имеет более 130 печатных работ.

Постоянно повышает свою квалификацию не только участвуя в Республиканских, но и Международных семинарах и конференциях, конгрессах, симпозиумах (ЮАР – г. Кейптаун, ОАЭ - г. Дубай, Турция -г. Измир, Германия- г. Берлин, г. Мюнхен, Испания - г. Барселона, Сингапур - г. Сингапур, Российская Федерация - г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Новосибирск, Киргизия - г. Бишкек и т.д.).

Врач высшей категории с 1994 года. Ветеран труда и отличник здравоохранения РК. Является членом квалификационной комиссии ККСОМУ МЗ РК и членом Терминологического Комитета при Минздраве РК, а также член редколлегии Республиканского журнала «Денсаулық».

В 2014 году решением Общего собрания Академии наук клинической и фундаментальной медицины РК избран членом академии - Академиком.

Издательская деятельность:

В 1976 году брошюра «Фибромиома матки и

беременность».

В 1986 году участвовал в составлении и издании книгу «Методические рекомендации для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям по акушерству».

В 1988 году – книга «Методические рекомендации для самостоятельной подготовки субординаторов акушеров - гинекологов».

В 1992 году - книга «Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов по гинекологии».

В 1994 году «Учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов по гинекологии» на казахском языке.

В 1997 году книга «Клинические лекции по гинекологии» на казахском языке (где на Республиканском конкурсе заняли 3-е место и благодарность от ректора КАЗНМУ).

В 1997 году принимал участие в составлении и издании «Тестовых заданий по акушерству и гинекологии для студентов медицинских Вузов» на казахском языке.

В 1999 году книга «Гинекологияға кіріспе» на казахском языке.

В 2002 году учебное пособие «Акушер-гинеколог-интерн дәрігерлерге арналған тестілер» на казахском языке.

В 2002 году книга «Акушерияға кіріспе» на казахском языке.

В 2003 году совместно с другими авторами книгу «Ағылшын-қазақша медициналық сөздік».

В 2006 году книга «Акушерия және перинатологияның даму тарихының кезаралары(этаптары)».

В 2008 году выпустил совместно с другими авторами учебное пособие «Диагностика и лечение желтух у новорожденных».

В 2011 году книга «Русско-казахский словарь по акушерству и гинекологии» более 12 тысяч терминов.

В 2014 году участвовал в составлении и издании «Орысша-қазақша медициналық сөздік», «Русско-казахский медицинский словарь» -3-е издание.

В 2014 году участвовал в составлении «Ағылшын-қазақша медициналық сөздік», «English-kazakh Medical Dictionary».

В 2014 году книга «Практические навыки по акушерству и гинекологии».

В 2016 году книга «Акушерия және гинекология бойынша тәжірибелік дағдылар».

Хамит Нуржанович имеет следующие награды:

• Почетные грамоты райкомов (акимов) Алма-Атинской, Кокчетавской, Жамбылской, Атырауской (облздрав), Талды-Курганской, Шымкентской, Мангистауской и г. Алматы (горздрав), Минздрава РК (2010 году - дважды), также неоднократно имел благодарности и грамоты от имени ректора КазНМУ, парткома, ДОСААФ (от генерала Байтасова), месткома института, академии, университета, а также от руководителей базовых медицинских учреждений.

• Медаль «Ветеран труда СССР» (1989 г.)

• Нагрудной знак «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісінің үздігі» (2001г.) . • Серебряную медаль КАЗНМУ (2006 г.).

•Медаль «Алтын дәрігер» (2012 г.). •Серебряную медаль им. А. Байтұрсынова (2013 г.). • Международную медаль «За доброту, милосердие и сострадание» (2013 г.). • Почетное звание «Заслуженный работник науки и образования РФ» (2013 г.). •Международную медаль «Защитнику Отечества» (2014 г.). • Международную медаль «European Scientific and industries conhortium-William Harvey» (2014 г.). •Международную медаль «Гиппократ» (2014 г.). •Орден «Ave-Vitae» (2015 г.) . • Международный орден «Gold Scalpel» (2018 г.). • Медаль «Қазақ Республикасының қоғам қайраткері» (2018 г.).

В настоящее время, профессор Нуржанов Х.Н., продолжает трудиться на кафедре акушерства и гинекологии Казахстанско-Российского медицинского университета и делиться накопленным опытом и знаниями с подрастающим поколением.