

Қазақстан Республикасының Валеология Академиясы
«Астана Медицина Университеті» АҚ
Тағамтану проблемалары институты

Журнал негізін қалаушы және редакция төрағасы
ҚР Профилактикалық медицина академиясының академигі,
Валеология академиясының академигі,
м.ғ.д., профессор Л.З. ТЕЛЬ

ҒЫЛЫМИ - ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛ

ВАЛЕОЛОГИЯ
ДЕНСАУЛЫҚ - АУРУ - САУЫҚТЫРУ
№3, 2017

Журнал Қазақстан Республикасы Мәдениет, ақпарат және әлеуметтік
келісім министрлігінде 10.03.2001 жылы (№ 1135 - Ж) тіркелген

Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігі Білім және ғылым саласындағы
бақылау комитеті ұсынатын ғылыми баспалар
тізіміне енгізілген

Редакция алқасы:

Даленов Е.Д. - бас редактор
Абдулдаева А.А. - бас редактордың орынбасары
Сливкина Н.В. - жауапты хатшы
Ударцева Т.П. - ғылыми редакторы
Калин А.М. - техникалық редакторы
Умбетова Ж.Қ. -баспаға жауапты хатшы

Редакциялық кеңес:

Агаджанян Н.А. (Россия)
Азар Н. (АҚШ)
Апсальқов К.Н. (Семей)
Галицкий Ф.А. (Астана)
Жаксылыкова Г.А. (Астана)
Жанәділов Ш.Ж. (Астана)
Сейтебетов Т.С. (Астана)
Ізтілеуов М.К. (Ақтобе)
Илдербаев О.З. (Астана)
Имангазинов С.Б. (Павлодар)
Мырзаханов Н. (Астана)
Коман И.И. (Израиль)
Рақыпбеков Т.К. (Семей)
Роберт Дарофф (АҚШ)
Розенсон Р.И. (Астана)
Шастун С.А. (Россия)
Шайдаров М.З. (Астана)
Шарманов Т.Ш. (Алматы)
Шандор Г. (Венгрия)
Тулбаев Р.К. (Астана)
Тель Дина (АҚШ)

Біздің мекен жайымыз:

010000, Астана қ.,
Бейбітшілік көшесі, 49, 2 қабат 208 бөлме
Тел.(факс): 8(7172) 539534, 539571
www.profmed.kz
e mail: tagamtanu_astana@mail.ru

Баспадан шыққан мерзімі: 25.09.2017 ж.

**Academy of Valeology of the Republic of Kazakhstan
JSC «Medical University Astana»
Institute of the Nutrition Issues**

*Founder of the journal,
Doctor of Medicine, Professor L.Z. Tel'*

THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

***VALEOLOGY
HEALTH - ILLNESS - RECOVERY
№3, 2017***

**Approved by the Ministry of Culture, Information,
Republic of Kazakhstan 10.03.2001. № 1135- K**

Editorial board:

Dalenov E.D. - editor-in-chief
Abduldayeva A.A. - vice editor
Slivkina N.V. - executive assistant
Udartseva T.P. - scientific-editor
Kalin A.M.-technical editor
Umbetova zh.-publishing editor

Editorial advice:

Agadzhanyan N.A. (Russia)
Azar N. (USA)
Apsalikov K.N. (Almaty)
Christofer J. Cooper (USA)
Dina Tell (USA)
Galitskey F.A. (Astana)
Kairbekova S.Z. (Astana)
Komann I.I. (Israel)
Zhaksilikova G.A. (USA)
Zhanadilov Sh.Zh. (Astana)
Iztleuov M.K. (Aktobe)
Ilderbayev O.Z. (Astana)
Imangazinov S.B. (Pavlodar)
Myrzakhanov N. (Astana)
Rahipbekov T.K. (Semey)
Rozenon R.I. (Astana)
Seitembetov T.S. (Astana)
Robert Daroff (USA)
Shastun S.A. (Russia)
Shaidarov M.Z. (Astana)
Sharmanov T.Sh. (Astana)
Shandor (Hugary)
Tulebayev R.K. (Astana)

Address:

010000, Astana, 49 Beybitshilik str.,
Tel., fax: (7172) 53-95-34, 53-95-71
www.profmed.kz
e mail: tagamtanu_astana@mail.ru

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

ДАУТБАЕВА Ж.С., АХМЕДЬЯНОВА З.У.,
АЙСЕНОВА Е.М.
КӘСІПТІК ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯНЫҢ ҚАЗІРГІ
ЖАҒДАЙЫ
ЕЛТАЕВА А.А.
ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ОПИОИД-ИНДУЦИРЛЕНГЕН
ГИПЕРАЛГЕЗИЯ
ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С.,
СЕКЕНОВА Р.К., НУРАЛИНОВ О.М.,
ТУРСУНБЕКОВ А.Б.
КРИО АБЛАЦИЯНЫ ЖҮРЕКШЕ ФИБРИЛЛЯЦИЯСЫН
ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ ЖӘНЕ САЛЫСТЫРУ
ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С.,
СЕКЕНОВА Р.К., НУРАЛИНОВ О.М.,
ТУРСУНБЕКОВ А.Б.
ЖҮРЕКШЕ ФИБРИЛЛЯЦИЯСЫНЫҢ ӨРТҮРЛІ
ФОРМАСЫ МЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ
РАДИОЖІЛКІТ АБЛАЦИЯ ТӘСІЛІМЕН ЗЕРТТЕУ
НӘТИЖЕЛЕРІ
МЕЙРАМОВА Ә.М.,
ПЛАЦЕНТАЛЫ ӨСУ ФАКТОРЫ ЖҮКТІЛІКТІҢ
АСҚЫНУЛАРЫН БОЛЖАУ РЕТІНДЕГІ ПРЕДИКТОР

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

АЙТЕНОВ Б.Т., АРЕНОВ А.Б.,
ТАСМАҒАМБЕТОВА Е.К.
ҚАРТ ЖӘНЕ ЕРЕСЕК ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ
МИОКАРД РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯСЫ БҮЛШЫҚ ЕТ
СІҢІРЛІК ӨЗГЕРІСТЕРІ КЕЗІНДЕГІ ОҢАЛТУ
САУЫҚТЫРУ ШАРАЛАРЫНЫҢ НЕГІЗГІ
КРИТЕРИЙЛЕРІ
ЖАКСЫБЕКОВА І.С., АБДУЛДАЕВА А.А.,
ДАЛЕНОВ Е.Д., ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.
СТУДЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА
ВАЛЕОКИНЕТИКАНЫҢ ӨСЕРІ

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ

АКЕТАЕВА А.С., АХМЕДЬЯНОВА Г.У.,
ХАМИДУЛЛИНА З.Г.
БЕДЕУЛІК ПЕН СОЗЫЛМАЛЫ САЛЬПИНГИТ,
ЭНДОМЕТРИОЗ ЖӘНЕ ЖАТЫР МИОМАСЫ БАР
ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖАТЫР ТҮТІКШЕЛЕР ЖАҒДАЙЫНЫҢ
САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ
АЛМАТОВА В.М., КОЖАХМЕТОВА Ж.Ж.,
БЕССАРАБОВА А.В.
ҚОЗҒАЛУ БУЗЫЛУЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ЦЕРЕБРАЛ
САЛДЫҒЫ БАР БАЛАЛАРДА ЖАМБАС БУЫНЫНЫҢ
ПАТОЛОГИЯСЫ
АЛТЫНБЕКОВА А.В., БАЕШЕВА Д.А.,
ТУЛЕГЕНОВА Г.К.
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯ
БЕССАРАБОВА А.В., АБДРАХМАНОВА Ж.С.,
АЛМАТОВА В.М.
ИЫҚ БУЫНЫНЫҢ ЖҮМСАҚ ТІНДЕРДІҢ
ҚҰРЫЛЫМДАРЫНЫҢ БҮЛІНГЕН ЖАҒДАЙДА
КЕШЕНДІ РАДИАЛДЫ ДИАГНОСТИКА РОЛІ
ДОЩАНОВА А.М., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА
Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ХАЛМУРАТОВА К.Ж.
ӨСП ДАМУМАҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ ЭПИДЕМИО-
ЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ
ДОЩАНОВА А.М., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА
Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ХАЛМУРАТОВА К.Ж.

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

6 ДАУТБАЕВА Ж.С., АХМЕДЬЯНОВА З.У.,
АЙСЕНОВА Е.М.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ФОРМЫ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ
10 ЕЛТАЕВА А.А.
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ОПИОИД-
ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРАЛГЕЗИЯ
14 ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С.,
СЕКЕНОВА Р.К., НУРАЛИНОВ О.М.,
ТУРСУНБЕКОВ А.Б.
СРАВНЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ КРИОАБЛАЦИИ В
ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
18 ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С.,
СЕКЕНОВА Р.К., НУРАЛИНОВ О.М.,
ТУРСУНБЕКОВ А.Б.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИК
РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С
РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ
25 МЕЙРАМОВА Ә.М.
ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ФАКТОР РОСТА КАК ПРЕДИКТОР
РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

29 АЙТЕНОВ В. Т., АРЕНОВ А.В.,
ТАСМАҒАМБЕТОВА Е.К.
REHABILITATION AND RECREATIONAL ACTIVITIES
BY MYOFASCIAL CHANGES AFTER MYOCARDIUM
REVASCULARIZATION AMONG ELDERLY AND OLDER
AGE PATIENTS
33 ЖАКСЫБЕКОВА И.С., АБДУЛДАЕВА А.А.,
ДАЛЕНОВ Е.Д., ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.
ВЛИЯНИЕ ВАЛЕОКИНЕТИКИ НА СОСТОЯНИЕ
ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

39 АКЕТАЕВА А.С., АХМЕДЬЯНОВА Г.У.,
ХАМИДУЛЛИНА З.Г.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ
МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
САЛЬПИНГИТЕ, ЭНДОМЕТРИОЗЕ, МИОМЕ МАТКИ
42 АЛМАТОВА В.М., КОЖАХМЕТОВА Ж.Ж.,
БЕССАРАБОВА А.В.
ПАТОЛОГИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ
С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАСТРОЙСТВ
47 АЛТЫНБЕКОВА А.В., БАЕШЕВА Д.А.,
ТУЛЕГЕНОВА Г.К.
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ
50 БЕССАРАБОВА А.В., АБДРАХМАНОВА Ж.С.,
АЛМАТОВА В.М.
РОЛЬ КОМПЛЕКСНЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ
ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
МЯГКОТКАННЫХ СТРУКТУР ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА
55 ДОЩАНОВА А.М., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА
Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ХАЛМУРАТОВА К.Ж.
НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ
57 ДОЩАНОВА А.М., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА
Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ХАЛМУРАТОВА К.Ж.

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІК РЕПРОДУКТИВТІ
КЕЗІНІҢ МӘСЕЛЕСІ

ЖАПАРОВ У.С., КАСЫМОВ Б.Г., ШЕРХАНОВ Р.Т.
ҚҰРАМДАСТЫРЫЛҒАН ҚҰЫҚ АСТЫ БЕЗІНІҢ
ҚАТЕРСІЗ ІСІГІ ЖӘНЕ СОЗЫЛМАЛЫ ПРОСТАТИТТІ
ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

**КАЗБЕКОВА А., АТАЖАНОВА Г., МАДИЕВА Ш.,
БАЗАРХАНҚЫЗЫ А., АДЕКЕНОВ С.**
ТИМЬЯННЫҢ АНТИОКСИДАНТТЫҚ ЖӘНЕ
ГЕПАТОПРО-ТЕКТОРЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІКТЕРІНІҢ
КӨРСЕТКІШТЕРІ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫС
**КЕРИМКУЛОВА С.Г., ОСПАНОВА А.Б.,
ЖУМАБАЕВА Э.М., ВЛАСЕНКО Т.Б., КАРАБАЛАЕВА
Ж.У.**

ИНДУКЦИЯ ӘДІСТЕРІНЕ ТӘУЕЛДІ ИНДУЦИРЛЕНГЕН
БОСАНУ НӘТИЖЕСІНІҢ ТАЛДАУЫ

**ЛИ Т.А., МАЛТАБАРОВА Н.А., ГРАБ А.В.,
САРСЕНБАЕВА А.К., БУЛАТОВА Е.Ю.**
РЕТРОСПЕКТИВТІ МӘЛІМЕТ. ӨКПЕБРОНХАЛЫҚ
ДИСПЛАЗИЯ КЕЗІНДЕГІ ТЫНЫС АЛУ ЖЕТКІЛІК-
СІЗДІГІНІҢ АУРУ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
**МЕЙРАМОВА Ә.М., УКЫБАСОВА Т.М., CZESCH M.,
АЙНАБЕКОВА Б.А.**

I ТРИМЕСТРДЕГІ В-ХОРИОНИАЛЫҚ ГОНАДОТРО-
ПИННІҢ ЖАҒЫМСЫЗ НӘТИЖЕЛЕР ДАМУЫНДАҒЫ
РӨЛІ

**НУРМАГАМБЕТОВА Д.М., МУСАЛИМОВА С.Т.,
БИЛЯЛОВА Г.Т., СМАЙЛОВА Л.К.**

ҰРЫҚ МАҢЫ СУЫНЫҢ МЕРЗІМІНЕН ЕРТЕ КЕТУІ
КЕЗІНДЕГІ БОСАНУДЫҢ НӘТИЖЕСІ

САУЛЕН Н.С., ШАКЕЕВА А.Р., МУСИРОВ Н.М.
БАЛАЛАРДАҒЫ ТУА БІТКЕН ГЕМАНГИОМАНЫҢ
СКЛЕРОТЕРАПИЯЛЫҚ ЕМІ

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

**АХМЕДЬЯНОВА З.У., КУРМАНГАЛИЕВА М.М.,
ХАМЗИНА А.А.**

МЕТАБОЛИЗМДІК СИНДРОМ БАР АДАМДАРДЫҢ
ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ
**КАЗБЕКОВА А.Т., АТАЖАНОВА Г.А., МҰҚЫШЕВА
Г.К., СЕЙТЕМБЕТОВ Т.С., МӘДИЕВА Ш.А.,
ҚУДАЙБЕРГЕН М.Б., АДЕКЕНОВ С.М.**
ОРГАНИКАЛЫҚ ҚОСЫЛЫСТАРДЫҢ ТАБИҒАТЫНЫҢ
IN VITRO ОЛАРДЫҢ АНТИОКСИДАНТТЫҚ
БЕЛСЕНДІЛІГІНЕ ӘСЕРІ

**СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА Р.Р.,
КАБИКЕНОВА Д.К., ЕСЖАНОВА А.А.**
ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУ АҒЫМЫНЫҢ
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ ГЕСТАЦИЯЛЫҚ КЕЗЕҢДЕГІ
ҚАНТ ДИАБЕТІНІҢ АУЫР ДӘРЕЖЕСІНІҢ НӨРЕСТЕГЕ
ӘСЕРІ

УДАРЦЕВА Т.П., ОРЫНБАСАРҚЫЗЫ Д.
СТУДЕНТ ЖАСТАРДЫҢ ТАМАҚТАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

БЕЙСЕНОВА С.С., КАРП Л.Л.
ҚАЗІРГІ ТАҢДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУҒА ӘСЕР ЕТЕТІН ГЕНДЕРЛІК ПРОБЛЕМАСЫ

**ДӘЛЕНОВ Е.Д., ДОСЖАНОВА Г.Н.,
АБДУЛДАЕВА А.А.**
ХАЛЫҚТЫҢ ГЕРОНТОЛОГИЯЛЫҚ ТОПТАРЫНЫҢ ӨЗ

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

59 **ЖАПАРОВ У.С., КАСЫМОВ Б.Г., ШЕРХАНОВ Р.Т.**
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО
ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХРОНИЧЕСКОГО
ПРОСТАТИТА

64 **КАЗБЕКОВА А., АТАЖАНОВА Г., МАДИЕВА Ш.,
БАЗАРХАНҚЫЗЫ А., АДЕКЕНОВ С.**
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ
АНТИОКСИ-ДАНТНОЙ И ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ
АКТИВНОСТИ ТИМЬЯНА

66 **КЕРИМКУЛОВА С.Г., ОСПАНОВА А.Б.,
ЖУМАБАЕВА Э.М., ВЛАСЕНКО Т.Б.,
КАРАБАЛАЕВА Ж.У.**

70 **ЛИ Т.А., МАЛТАБАРОВА Н.А., ГРАБ А.В.,
САРСЕНБАЕВА А.К., БУЛАТОВА Е.Ю.**
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ. ОСОБЕННОСТИ
ТЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА
ФОНЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ

72 **МЕЙРАМОВА Ә.М., УКЫБАСОВА Т.М., CZESCH M.,
АЙНАБЕКОВА Б.А.**
РОЛЬ В-ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА В I
ТРИМЕСТРЕ В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ

78 **НУРМАГАМБЕТОВА Д.М., МУСАЛИМОВА С.Т.,
БИЛЯЛОВА Г.Т., СМАЙЛОВА Л.К.**
ИСХОД РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ
ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

80 **САУЛЕН Н.С., ШАКЕЕВА А.Р., МУСИРОВ Н.М.**
СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ
ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО- ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

84 **АХМЕДЬЯНОВА З.У., КУРМАНГАЛИЕВА М.М.,
ХАМЗИНА А.А.**

87 **КАЗБЕКОВА А. Т., АТАЖАНОВА Г.А., МУКУШЕВА
Г.К., СЕЙТЕМБЕТОВ Т.С., МАДИЕВА Ш.А.,
ҚУДАЙБЕРГЕН М.Б., АДЕКЕНОВ С.М.**
ВЛИЯНИЕ ПРИРОДЫ ОРГАНИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА
ИХ АНТИОКСИДАНТНУЮ АКТИВНОСТЬ IN VITRO

90 **СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА Р.Р.,
КАБИКЕНОВА Д.К., ЕСЖАНОВА А.А.**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И
ИСХОД ДЛЯ ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ
ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

92 **УДАРЦЕВА Т.П., ОРЫНБАСАРҚЫЗЫ Д.**
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ
МОЛОДЕЖИ

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

97 **БЕЙСЕНОВА С.С., КАРП Л.Л.**
ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ПРОБЛЕМАТИКИ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В
СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

100 **ДАЛЕНОВ Е.Д., ДОСЖАНОВА Г.Н.,
АБДУЛДАЕВА А.А.**
СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОБСТВЕННОГО

ДЕНСАУЛЫҒЫН СУБЪЕКТИВТІ БАҒАЛАУЫ

ДОСЖАНОВА Г.Н., АБДУЛДАЕВА А.А., КАЛИНИЧЕНКО А.В.
ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ ҚАРТАЮ БИОМАРКЕРЛАРЫН ЗЕРТТЕУ
ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С., СЕКЕНОВА Р.К.
SF-36 ӨМІР САПАСЫН БАҒАЛАУДА ТИІМДІ САУАЛНАМА БОЛЫП ТАБЫЛАДЫ
МАУЕНОВА Д.К., КАРП Л.Л.
ҮЛКЕН ҚАЛАДА АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫМЕН ӨМІР ТҮРЕТІН АДАМДАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР
САКИ А.К., ТУРГАМБАЕВА А.К., БУКЕЕВА Ж.К.
МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТ-ТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУДЫ ЕНГІЗУГЕ ДАЙЫНДЫҚ ДЕҢГЕЙІ (АСТАНА Қ. ҮЛГІСІНДЕ)

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

БУРУМБАЕВА М.Б., МУСИНА А.А., А. СТАНКУС, ШОЛАНОВА М.К., ИЛЬЯСОВА Б.М.
АСТАНА Қ. ЖАЛПЫ БІЛІМ БЕРУ МЕКТЕПТЕРІНДЕГІ МҰҒАЛІМДЕРДІҢ ЖАҒДАЙЛЫҚ ЖӘНЕ ТҮЛҒАЛЫҚ МАЗАСЫЗДАНУЫНЫҢ ЖАСТЫҚ ЖӘНЕ ӨТІЛДІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ
МУХАЖАНОВА Б.Ш., АБДУЛДАЕВА А.А., ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.
МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖ СТУДЕНТТЕРІНІҢ ОҚУ БАРЫСЫНДАҒЫ ҚОЛАЙСЫЗ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ АРҚЫЛЫ ОҚУ-КӘСІПТІК ҚЫЗМЕТІН ҮНТАЛАНДЫРУ

ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ GERONТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЫ
105 **ДОСЖАНОВА Г.Н., АБДУЛДАЕВА А.А., КАЛИНИЧЕНКО А.В.**
БИОМАРКЕРЫ СТАРЕНИЯ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
109 **ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С., СЕКЕНОВА Р.К.**
SF-36 - КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
113 **МАУЕНОВА Д.К., КАРП Л.Л.**
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ В КРУПНОМ ГОРОДЕ
120 **САКИ А.К., ТУРГАМБАЕВА А.К., БУКЕЕВА Ж.К.**
УРОВЕНЬ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИИ К ВНЕДРЕНИЮ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ(НА ПРИМЕРЕ, Г. АСТАНА)

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

124 **БУРУМБАЕВА М.Б., МУСИНА А.А., А. СТАНКУС, ШОЛАНОВА М.К., ИЛЬЯСОВА Б.М.**
ВОЗРАСТНЫЕ И СТАЖЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ Г.АСТАНА
127 **МУХАЖАНОВА Б.Ш., АБДУЛДАЕВА А.А., ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.**
МОТИВАЦИЯ УЧЕБНО – ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ ИХ ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛОГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

УДК: 617.7:622.346.5:613.6

ДАУТБАЕВА Ж.С., АХМЕДЬЯНОВА З.У., АЙСЕНОВА Е.М.

*АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана
кафедра ЛОР и глазных болезней*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ

Аннотация

Авторами представлен обзор литературных источников по развитию и состоянию профессиональной формы офтальмопатологии. Офтальмопатология во всем мире имеет широкое распространение нарушения зрения. Среди разнообразных причин развития офтальмопатологии значимое место занимает воздействие профессионально-производственных факторов на орган зрения. Комплексное воздействия инновационных технологий производства, использование новых синтезированных соединений химических элементов и разных видов излучения приводит к изменению классических ответных реакций организма, что в свою очередь, трансформации клиничко-патогенетических форм профессионально обусловленных заболеваний, требующих изучения влияния этих факторов на организм работников.

Ключевые слова: профессиональные заболевания органа зрения, производственные факторы, урановая промышленность.

Офтальмопатология во всем мире имеет широкое распространение нарушения зрения, что приводит к снижению трудоспособности и ухудшению качества жизни, равным образом глубокую социальную значимость в виду развития инвалидности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире около 285 миллионов человек страдают нарушением зрения, большая часть которых относятся трудоспособному возрасту. Основными причинами нарушения зрения являются: нескорректированные аномалии рефракции – 43%, непрооперированная катаракта – 33% и глаукома – 2% [1].

В Республике Казахстан (РК) офтальмопатология по уровню распространенности занимает пятое ранговое место в структуре общей заболеваемости населения, удельный вес которого составил 4,5% [2]. Рецидивирование острых воспалительных процессов, переход их в хроническую форму, распространенность нарушения зрения детерминированного возрастом, обуславливает тенденцию увеличения офтальмопатологии в широких масштабах. Ежегодно в РК регистрируются около 1млн. человек с различной формой офтальмопатологии [3-5].

Общеизвестно разнообразность причин развития офтальмопатологии, среди которых значимое место занимает воздействие профессионально-производственных факторов. Пролонгированное воздействие комплекса физических и химических факторов производства являются причинами неблагоприятных изменений в состоянии здоровья работников. Наряду с этим, наследственная предрасположенность, образ жизни, возраст, действие факторов окружающей среды при одинаковых уровнях воздействия производственных факторов могут стать условиями, способствующими снижению реактивности организма, угнетению местных защитных систем и развитию офтальмопатологии [6, 7].

Комплексное воздействия инновационных технологий производства, использование новых синтезированных соединений химических элементов и разных видов излучения приводит к изменению классических ответных реакций организма, что в свою очередь, трансформации клиничко-патогенетических форм профессионально обусловленных заболеваний, требующих изучения влияния этих факторов на организм работников [8]. Вместе с тем, дистанционное управление и автоматизация производственных процессов способствовало реорганизаций труда работников в различных видах промышленности, и преобразованию форм профессиональной офтальмопатологии. Так, нистагм горнорабочих (горнорудной промышленности) удален из списка профессиональных заболеваний органа зрения. Реже развивается катаракта работников горячих цехов (стеклодувы, плавильщики, металлурги, кузнецы и т.д.).

Обзор литературных данных показывает значительные описательные работы по офтальмопатологии, вызванные солями тяжелых металлов, воздействием химических соединений и раздражителей, употребляемых в различной отрасли промышленности. Профессиональные заболевания глаз по клинической картине редко имеют специфический характер. Вопрос о профессиональном характере офтальмопатологии решается на основании клинической картины и наличия специфического фактора производственной среды. Так, прогрессирующая миопия развивается у лиц, работающих с длительным

чрезмерным напряжением зрения. Радиационно-индуцированная катаракта формируется у лиц, чья профессиональная деятельность связана с воздействием ИИ и т.д.

На сегодняшний день, несмотря на соблюдение правил санитарно-гигиенических норм и безопасности производства, повышение качества медицинской помощи с методологией профилактических мер, проблема профессиональных заболеваний, в том числе офтальмопатологии в результате воздействия неблагоприятных производственных факторов остается актуальной для большинства ведущих индустриальных государств [8-12].

По данным Агентства РК по статистике в промышленности трудится 1,8 млн. человек, из них 367 тыс. работников заняты во вредных и опасных условиях труда [13, 14]. Разработанная система отчетности по распространенности заболеваемости не дает полной информации о профессиональной форме офтальмопатологии.

Изучение вопросов профессиональной офтальмопатологии основано на принципах национальной политики, согласно Конвенции Международной организации труда (МОТ), приоритетным направлением которого является оценка профессиональных рисков, профилактика профессиональных заболеваний органа зрения, улучшение качества системы медицинского обеспечения профпатологической помощи [15].

С точки зрения клинической эпидемиологии управление профессиональными рисками обуславливает ряд действий: выявление и систематизация неблагоприятных условий производства, анализ причинно-следственной связи факторов производства для снижения рисков производственно-обусловленной заболеваемости, контроль в динамике и проведение мероприятий по снижению профпатологии [16, 17].

Вопрос как профессиональные факторы ускоряют естественные процессы старения глаза и приводят ли конкретные профессиональные риски в концентрациях ниже допустимых пороговых значений развитию острых и хронических форм офтальмопатологии, остается неполноценно изученным [18].

Прогресс атомного энергетического сектора неразрывно связано с развитием урановой промышленности. На сегодняшний день урановая промышленность республики является наиболее динамично развивающейся отраслью, доля потребления урана составляет 46% по сравнению традиционных энергоресурсов (уголь, нефть) – 53,6%. Согласно программе развития, по итогам 2016 года объем добычи урана составил 26 000 тонн в год [19].

В послании президента РК наглядно отражено, что развитие атомной энергетики повысит технологический уровень и укрепит научно-технический потенциал страны, создаст новые высокотехнологичные ветви экономики, тем самым укрепит позиции на становления энергетической державы в будущем [20]. В связи этим расширение данной отрасли увеличит объем и занятость «профессионалов» в зоне воздействия радиационной составной.

В результате деятельности уранодобывающих предприятия Казахстана, в стране накоплено более 250 млн. тонн радиоактивных отходов в виде отвалов, хвостохранилищах и водоемах сбросных вод, расположенных в различных природно-территориальных комплексах, негативно влияющих на окружающую среду и на здоровье людей [21]. В радиоактивных отходах вместе с остатками природного урана содержится около 85% радионуклидов, которые обладают канцерогенным действием (торий-230, радий-226) [22]. Кроме того, осадок содержит тяжелые металлы и другие химические реагенты, используемые в процессе обработки урановых руд. Так, серная кислота вызывает непрерывное вымывание отходов, повышает миграцию загрязняющих веществ в окружающую среду.

Обогащение урановых руд требует гидрометаллургических методов. Гидрометаллургическая переработка включает предварительную механическую и химическую обработку исходного сырья, выщелачивание металла, отделение раствора от твердых остатков и удаление примесей, выделение химического концентрата. В качестве реагента используются слабые растворы серной кислоты, карбонат содержащих солей аммония, натрия, калия, кальция и магния [23, 24].

Тем самым, непрерывное воздействие вредных производственных факторов на персонал урановой промышленности несет комбинированный характер внешнего и внутреннего облучения в МД, пыли, химических раздражителей, токсических соединений урана, психоэмоционального напряжения, физической нагрузки и др., при взаимодействии которых могут усиливаться влияние ИИ [25-27].

Следует отметить, что анализ литературных данных распространенности офтальмопатологии у работников урановой промышленности не определил специфические формы офтальмопатологии,

свойственные развитию при воздействии неблагоприятных факторов производства по переработке урана [28-31].

Уран (U) – тяжелый металл, токсичность которого зависит от его химической формы. Экспериментальные исследования выявили преобладание токсичности растворимых соединений урана [32]. Ионы уранила вызывают продолжительный окислительный стресс и повреждают бимолекулярные соединения, тем самым обладая мутагенными и канцерогенными свойствами [33-36]. К установленным данным нефротоксичности, гепатотоксичности добавлены новые факты о нейротоксичности. Исследования на животных показали, что уран пересекает гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) и легко накапливается в головном мозге [37-39].

U также является естественным α - и β -излучающим радиоактивным элементом. Существуют три основные категории изотопных смесей урана: природный уран, обогащенный уран и обедненный уран. Природный уран по радиоактивности имеет очень низкую удельную активность. Поэтому α -лучи урана считаются неопасными, так как их длина пробега в воздухе короткая, составляет до 3,5 см [39]. β - и γ -излучения образуются от дочерних продуктов в процессе переработки урана (обогащенный уран и обедненный уран) и воздействует в различной степени в зависимости иных факторов: продолжительности времени экспозиций, расстояния и т.д. Вместе с тем, радиологическая токсичность изотоп радиоактивного урана потенцируется химическим воздействием последнего. Химическое действие всех изотопов урана независимо от удельной активности имеет однородный тип. Патогенез взаимодействия двух форм токсичности не определен.

Как известно, уран попадает в организм тремя путями: ингаляционный, пероральный и кожный. Около 67% поглощенного урана в течение 24 часов фильтруется почками и выводится мочой. Остаток, вновь попадая в общий кровоток, депонируется преимущественно в костях, печени и почках. Многочисленные эпидемиологические и экспериментальные исследования определили дыхательные и печеночные эффекты после хронического ингаляционного воздействия, тогда как острое ингаляционное воздействие урана порождало желудочно-кишечные и почечные эффекты [40].

Обзор литературных данных показывает, что направленные исследования по воздействию урана на орган зрения не проводились. Были зарегистрированы случаи, а также экспериментальные исследования выявили изменения переднего отрезка глаза в виде раздражения, конъюнктивита и химических ожогов глаз после воздействия гексафторида урана [42, 43]. Гексафторид урана контактируя с влажностью, образует фторид уранила и фтористый водород, которые являются как сильно раздражающие химикаты [28]. Вышеуказанные обстоятельства указывают на раздражающее действие химической природы на орган зрения.

Для изучения воздействия радиологической токсичности урана проводились эпидемиологические исследования работников урановой промышленности. Тем не менее, эти исследования малочисленны и разноречивы по своему дизайну, что затрудняет сравнивать их результаты между собой. Наряду с этим, результаты многочисленных исследований по определению пороговой дозы развития радиоиндуцированной катаракты у лиц, чья профессиональная деятельность связана низкоинтенсивным воздействием ионизирующей радиации, неоднозначны. Так, исследования по воздействию радиационной составной на хрусталик глаза работников урановой промышленности имеют разноречивый характер. Одни исследования отрицают связь между накопленной дозой облучения и развитием радиоиндуцированной катаракты [29, 30]. Результаты других же исследований определили повышенный риск развития катаракты, выявили взаимосвязь между накопленной дозой облучения и катарактой [31, 32].

Безусловно, есть определенные трудности в точной оценки роли малых доз ИИ в развитии радиационно-индуцированных эффектов офтальмопатологии. Это объясняется рядом причин, из которых наиболее значимыми являются: высокая распространенность и многофакторность генеза заболевания органа зрения и его придаточного аппарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. <http://www.who.int>.
2. <http://stat.gov.kz>.
3. Ботабекова Т.К. Офтальмологическая служба Республики Казахстан на пути к внедрению единой национальной системы здравоохранения // Қазақстан офтальмологиялық журналы №4. – 2009. – Стр. 4-8.

4. Корабаева Г. Т., Игисинов Н. С., Асанова С. А., Мауенова Д. К. Эпидемиологические особенности заболеваемости катарактой в Казахстане // Молодой ученый. - 2011. - №5. Т.2. - С. 191-194.
5. Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
6. Измеров Н. Ф. // Медицина труда и промышленная экология. - 2008. - № 6. - С. 1 - 9.
7. Загора Э. Промышленная офтальмология / Э. Загора. М., 1961. - С. 186-191.
8. И.Ф. Измеров. Профессиональная патология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 203-205, 464.
9. Микрюкова Л.Д. Состояние органа зрения у лиц, подвергшихся радиационному воздействию. – Автореф. дисс... канд.мед.наук. Челябинск, 2006. – С.16-19.
10. Мельниченко М.А. Частота, структура и особенности лечения офтальмопатологии металлургов. – Автореф. дисс... канд.мед.наук. Красноярск, 2013. – Стр. 5-8, 11-14.
11. Rozanova E., Heilig P., Godnic-Cvar J. The eye—a neglected organ in environmental and occupational medicine: an overview of known environmental and occupational non-traumatic effects on the eyes // *Arh Hig Rada Toksikol.* – 2009. – Vol. 60(2):205-15. doi: 10.2478/10004-1254-60-2009-1869.
12. Алиева З. А. Профессиональная патология зрения в шинном производстве. Азербайджанское государственное издательство. Баку, 1980г.
13. Д. Куатова. Современный портрет казахстанской промышленности / Д. Куатова // Экономика и статистика. – 2014. - №2. – С.32-34
14. <http://www.enbek.gov.kz>
15. Лютова Н.Л. Актуальные проблемы трудового права. Учебник для магистров. – МГЮА. – ООО «Проспект». – 2017. – Стр. 117, 131, 154-157.
16. Мануева Р.С. Влияние условий труда на состояние здоровья работающих. Основные направления в работе цехового врача: учебно- методическое пособие для студентов медицинского вуза. – Иркутск, РИО ГОУ ВПО ИГМУ, 2010. – 57с.
17. Н.Ф. Измеров, Э.И. Денисов. Профессиональный риск для здоровья работников /Руководство. – Москва. 2003. – Стр. 82, 137-143.
18. Михалева Т.С., Тарасов А.А. Основы медико-профессиональной экспертизы и реабилитации в профпатологии // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.-2013.-№1.-с.8-11.
19. <http://www.kazatomprom.kz>
20. Послание Президента РК «Казахстанский путь — 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее». – Официальный интернет ресурс Министерство энергетики Республики Казахстан.
21. П.К. Казымбет. Исследование радиоэкологической обстановки и обеспечение радиационной безопасности населения уранодобывающего региона Северного Казахстана. Астана медициналық журналы, 2010. - №3. - Стр. 9-10.
22. H. Zeeb, F. Shammaoui. WHO handbook on indoor radon: a public health perspective. - World Health Organization. – 2009. P. 3-14.
23. <http://www.uranium1.com>
24. Носков М.Д. Добыча урана методом скважинного подземного выщелачивания. Учебное пособие. – Северск, 2010. – стр. 5-11.
25. Ахмед Д.У. Профессиональная радиационная безопасность на урановых шахтах и заводах: Бюллетень МАГАТЭ. – 2010. - №2, - С.34-38.
26. Материалы доклада Генерального директора МОТ на Международной конференции труда. Национальный обзор. - 2006. –С. 126.
27. Аклеев А.В. Хронический лучевой синдром у жителей прибрежных сел реки Теча. – 2012. – С.133.
28. Spiegl C.J. Pharmacology and toxicology of uranium compounds. New York, NY: McGraw- Hill Book Company, Inc.; 1949. pp. 532–547.
29. Voelz, G.L. Eye-survey study of nuclear-reactor workers. *J. Occup. Med.* – 1967. – Vol. 9. – P. 286–292.
30. France A. f Opacity the lens in uranium miners. *Cesk.Oftalmol.* - 1975.- V.31. - №5. P.340-344.
31. Jacobson, B.S., Cataracts in retired actinide-exposed radiation workers. *Radiat. Prot. Dosim.* – 2005. – Vol. 113. – P. 123–125.
32. Ельтокова М.Х. Оценка радиобиологического эффекта хрусталика у лиц, подвергшихся воздействию малых доз ионизирующего излучения. – Автореф. дисс...ученой степени доктора философии (PhD). Астана, 2014.
33. Галибин В.П., Новиков Ю.В. Токсикология промышленных соединений урана. – М.: Атомиздат, 1976. – С. 184, 201.
34. Garmash S.A., Smirnova V.S., Karp O.E. et. al. Pro-oxidative, genotoxic and cytotoxic properties of uranyl ions // *J. Environ. Radioact.*, 2014. - Vol.127. - P. 163–170. *J. Environ. Radioact.*, 2014, v. 127, p. 163–170.
35. Miller A.C., Stewart M., Rivas R. Depleted uranium-catalyzed oxidative DNA damage: absence of significant alpha particle decay // *Health Phys.*, 2010. – v. 99. - P. 371–379.
36. Hao Y., Li R., Leng Y. The Reproductive Effects in Rats after Chronic Oral Exposure to Low-dose Depleted Uranium // *J. Radiat. Res.*, 2012, v. 53, p.377–384.
37. Arzuaga X, Rieth SH, Bathija A, Cooper GS. Renal effects of exposure to natural and depleted uranium: a review of the epidemiologic and experimental data. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev.* 2010.-13 (7-8): 527-45.
38. Fitsanakis VA, Erikson KM, Garcia SJ, Evje L, Syversen T, Aschner M. Brain accumulation of depleted uranium in rats following 3- or 6-month treatment with implanted depleted uranium pellets. *Biol Trace Elem Res.* 2006, 111(1-3), 185-197.
39. Lemercier V, Millot X, Ansoborlo E, Ménétrier F, Flüry-Hérard A, Rousselle Ch, Scherrmann JM. Study of uranium transfer across the blood-brain barrier. *Radiat Prot Dosimetry.* – 2003;105(1-4):243-5
40. Houpert P, Frelon S, Monleau M, Bussy C, Chazel V, Paquet F. Heterogeneous accumulation of uranium in the brain of rats. *Radiat Prot Dosimetry.* 2007, 127(1-4), 86-89.
41. Гребнева А.А., Снегурева В.В., Соколова И.И. Отдаленные последствия хронической интоксикации урана и хронической лучевой болезни, обусловленной воздействием малорастворимых соединений урана и радия. М.: Ин-т биофизики, 1956. – С. 96-101.
42. Kathren RL, Moore RH. Acute accidental inhalation of uranium: A 38-year follow-up. *Health Phys.* 1986; 51: 609–620.

43. H.C. Hodge, J.N. Stannard, J.B. Hursh. Uranium. Plutonium Transplutonic Elements. – Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York. – 2013. – P. 172.

ТҮЙІНДЕМЕ

З.У. АХМЕДЬЯНОВА, Ж.С. ДАУТБАЕВА, Е.М. АЙСЕНОВА

КӘСІПТІК ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯНЫҢ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ

Мақалада кәсіптік офтальмопатологияның қазіргі таңдағы жағдайы және уран өндірісіндегі кәсіптік офтальмопатологияның таралуы жайлы ғылыми еңбектерге шолу жүргізілген.

SUMMARY

Z.U. AHMEDYANOVA, ZH.C. DAUTBAYEVA, E.M. AISENOVA

MODERN ASPECTS OF THE PROFESSIONAL FORM OF OPHTHALMOPATHOLOGY

The article reviews the current state of professional ophthalmology and the study of the prevalence of professional ophthalmology in uranium production.



УДК: 616-089.168.1:616.8-009.621-009.624

ЕЛТАЕВА А.А.

АО «Медицинский университет Астана», кафедра анестезиологии-реаниматологии

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ОПИОИД-ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРАЛГЕЗИЯ

Качество послеоперационного обезболивания остается все еще низким. Как отмечает N.Rawal (2016г.), в США сохраняется «...ужасающий уровень послеоперационной боли», а в Европе устранение послеоперационной боли остается субоптимальным. Данная ситуация отягощается таким феноменом, как опиоид-индуцированная гипералгезия (ОИГ).

Ключевые слова: анальгезия, послеоперационная боль, обезболивание, фентанил, морфин, опиоид-индуцированная гипералгезия.

Несколько недавно проведенных исследований показали, что качество послеоперационного обезболивания остается все еще низким. Так, Sommer M. и его коллеги (2008г.) установили, что из 1490 обследованных больных 26% пациентов испытывали боль средней интенсивности и 15% сильную послеоперационную боль в покое, по визуальной аналоговой шкале [1]. Исследование, проведенное в Германии и включавшее в себя 2252 пациентов показало, что средняя максимальная интенсивность боли по ВАШ достигала 5 баллов, и этот факт был связан с неудовлетворительным послеоперационным обезболиванием (Maier C, Nestler N, Richter H, et al. 2010г.) [2]. Также, в одном из наиболее крупных исследований эффективности послеоперационного обезболивания среди 100 000 пациентов, было выявлено, что 30 % пациентов испытывали тошноту, у 20% регистрировали рвоту и у 24% пациентов отмечался чрезмерный седативный эффект (Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM., 2002 г.) [3]. В исследовании, проведенном в 2012 году и включавшем 12900 пациентов (Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A), было отмечено, что примерно у 20% пациентов после хирургических операций развивается хроническая послеоперационная боль [4].

Gan TJ и соавторы (2014) установили, что из 300 обследованных пациентов 86 % испытывали боль в послеоперационном периоде, при этом 76% из них испытывали боль умеренную или сильно выраженную, а это более четырех баллов по визуальной аналоговой шкале [5].

N.Rawal отмечает (2016г.), что в США сохраняется «...ужасающий уровень послеоперационной боли», а в Европе устранение послеоперационной боли остается субоптимальным [6].

Свою лепту в отягощение данной ситуации вносит все чаще отмечаемый в зарубежной литературе феномен опиоид-индуцированной гипералгезии (ОИГ). В клинической работе ОИГ часто упускается из

виду в качестве потенциального осложнения применения наркотических анальгетиков для лечения послеоперационной боли.

Первые упоминания о том, что опиоиды могут усиливать болевые ощущения, были в работах Albutt (1870г) [7]. Важным шагом в изучении опиод-индуцированной гипералгезии стала работа Andrews HL., которая была опубликована в журнале "The Journal of Clinical Investigation" в 1943 году. В ней описывается снижение болевого порога у группы мужчин при введении морфина и его 7 производных [8]. А к первому более точному описанию феномена опиод-индуцированной гипералгезии относится исследование, проведенное Кауан S. и соавторами в 1971 году. В данной работе авторы продемонстрировали развитие морфин-индуцированной гипералгезии у крыс [9]. Двумя годами позже Tilson H. и соавторы показали, что повышенная болевая чувствительность у мышей на введение морфина значимо зависела от вводимой дозы опиоида [10]. Celerier E. провели исследование в шести рандомизированных группах крыс, которым вводились разные дозы фентанила, и физиологический раствор в контрольной группе. Изменение болевого порога измерялось с помощью теста вокализации. Данное исследование показало развитие ОИГ на введение опиоида. Так, у всех крыс, получавших фентанил, было зарегистрировано развитие ОИГ, и прослеживалась четкая зависимость развития данного феномена от введенной дозы. Кроме того, данная работа показала, что ОИГ может развиваться в течение очень короткого периода, по времени соизмеримого с длительностью операции, что также явилось немаловажным результатом [11].

Развитие ОИГ было доказано и в клинической практике. Есть исследования по ремифентанилу, фентанилу, морфину, альфентанилу, но проведенный мета-анализ Fletcher D. et al четко подтвердил справедливость феномена опиод-индуцированной гипералгезии только для ремифентанила. В то же время, авторы отметили, что очень мало данных по остальным опиоидам, по фентанилу и морфину в том числе [12].

При проведении поиска в системе CENTRAL, PUBMED, EMBASE и LILACS по поводу роли интраоперационного применения фентанила на развитие ОИГ, было найдено работ в общем количестве 5, из них 3 исследования с внутривенным введением и 2 по интратекальному введению фентанила. Tverskoy в 1994 году исследовал развитие ОИГ при внутривенном введении фентанила, исследование включало 9 пациентов в основной и 9 в контрольной группе [13]. Соорег в 1997 году вводил фентанил интратекально 30 пациентам в основной группе, 30 – в контрольной [14], а в 2002 году провел исследование, где было по 18 пациентов в каждой группе [15]. По 30 пациентов в каждой группе было у Chia (1999), фентанил вводился внутривенно [16]. Хуегонг (2008) так же вводил фентанил внутривенно, но в обеих группах было по 15 пациентов [17]. Как видно, главным ограничением данных исследований является малый объем выборки, что может привести к ошибке первого рода при статистической обработке данных, другими словами, принять за веру наличие данного феномена, когда на самом деле его нет. Боль по определению субъективна, и методы, ее определяющие, тоже субъективны, это требует большого размера выборки во избежание названного рода ошибок.

По другому наркотическому анальгетику – суфентанилу, было проведено 1 исследование с участием 34 пациентов (18 пациентов в контрольной группе), в котором авторы данный феномен не смогли определить однозначно [18].

В литературе описываются несколько механизмов развития опиод-индуцированной гипералгезии. Самый часто упоминаемый из них связан с центральными NMDA рецепторами. Работы Mao et al. проиллюстрировали, что блокирование NMDA рецепторов у крыс приводит к предотвращению развития феномена опиодной гипералгезии [19]. Данная концепция была подтверждена исследованием Rivat C и соавторов, которые применяли широко известный в клинической практике антагонист NMDA рецептора - кетамин. Было проведено исследование на 78 крысах, порог чувствительности измеряли методом Randall-Selitto. В данном исследовании одна серия инъекций кетамина не имела ни анальгетического, ни профилактического эффекта на первичную гипералгезию, вызванную первой инъекцией каррагинана (ипсилатеральная лапа). Однако, это исследование показало, что кетамин предотвращает вторичную гипералгезию, наблюдаемую в неинъекционной лапе и, соответственно, эффективен в предотвращении гипералгезии, вызванной второй инъекцией каррагинана. Эти данные согласуются с клиническим исследованием, показывающим, что кетамин не влияет на первичную гипералгезию, но в течение нескольких дней уменьшает площадь механической гипералгезии, окружающей операционную рану. Данный эффект кетамина подтверждает, что NMDA рецепторы в основном участвуют в центральной сенсibilизации, но не играют роли в первичной гипералгезии. Другими словами, его непосредственный обезболивающий эффект не является существенным критерием для предотвращения гипералгезии, поскольку фармакологическое действие NMDA-рецепторов может быть эффективным в изменении курса непосредственно центральной сенсibilизации и тем самым влиять на «патологическую» боль, такую как продолжительная гипералгезия [20].

Так же, в развитии ОИГ отмечается роль «on» -и «off» -клеток в нисходящих путях ростровентральных каналов продолговатого мозга. Введение агонистов μ -опиоидного рецептора (MOR) изменяет цепочку в состояние «off» -клетки, а, при продолжительном воздействии, в состояние «on»- клетки. В

целом ОИГ можно рассматривать как дисбаланс активности «on» -и «off» -клеток. Данная концепция поддерживается работами Vanderach et al, где авторы отмечают прерывание ОИГ при введении лидокаина в росто-вентральный канал продолговатого мозга и на двустороннее поражение funiculus dorsolateralis [21].

Опиоидные рецепторы являются частью большого гуанин-нуклеотид-связывающего белка (G-белка) и представлены 4 группами рецепторов: μ , δ (DOR / OPRD), κ (KOR / OPRK1) и опиоид-подобный (ORL1 / OPRL) рецептор. Известны также 8 его изоформ. MOR и DOR ингибируют возбуждение постсинаптически, а агонисты KOR действуют пресинаптически, агонисты ORL1 действуют на и «on» -и «off» -клетки. В рабочем состоянии «off» -клетки рефлексы и нейроны дорсолатеральных рогов ингибируются. Рабочее состояние отменяется инактивацией росто-вентрального канала продолговатого мозга или селективным ингибированием активной «off» -клетки. В состоянии возбуждения «off» -клетки введение ORL1 или KOR агонистов приведет к торможению активности «off» -клетки, что, в свою очередь, может привести к антианальгетической активности, по-другому, к ОИГ [22].

Адренергические и опиоидные рецепторы относятся к группе GPCR рецепторов с аналогичными путями передачи сигналов и влиянием на ноцицептивную систему. Есть исследования, предполагающие, что существуют GPCR-димеры, которые могут переносить рецепторы на клеточную поверхность и белок G, тем самым активируя его [23].

Образование гетеродимера между MOR и α -адренорецепторами (α 2AR) усиливает передачу сигналов MOR в ответ на введение морфина, но значительно снижает опиоидную реакцию на повторное одновременное введение [24]. Vilardaga et al. предложили модель, в котором связывание морфина с MOR быстро изменяет конформацию активированного α 2AR, что, в свою очередь, приводит к инактивации G₁-протеина. Это прямое конформационное отключение одного рецептора другим позволяет ингибировать активацию рецептора, что, вероятно, является средством быстрого предотвращения чрезмерной стимуляции сигнальных путей и может способствовать развитию ОИГ [25].

Также обсуждается наличие нейропептидов с антиопиоидными свойствами. В исследовании Wiesenfeld-Hallin Z. при введении холецистокинина [26], Yuan L при введении орфанинов FQ получили убедительный антигиперальгетический эффект [27].

Кроме того, в развитии ОИГ важная роль принадлежит эндогенному κ -опиоид агонисту – динорфину. Повышение концентрации динорфина в спинном мозге в ответ на раздражение стимулирует высвобождение пептида, связанного с геном кальцитонина, что увеличивает вызванное стимулом спинальное возбуждение.

В последние 10 лет обсуждается роль генетических факторов в развитии ОИГ. К примеру, в работе Jensen K.B. и авторов было обнаружено, что у пациентов с ОИГ более распространен полиморфизм гена катехол-О-метил трансферазы [28].

Выводы:

Развитие ОИГ на введение ремифентанила доказано в клинических испытаниях, но нет однозначных данных по другим анальгетикам, в том числе, очень часто применяемым в клиниках фентанила и морфина. Также мало данных о превентивных мерах. Данное положение требует дальнейших клинических исследований в данном направлении.

Изучение основных механизмов развития ОИГ и вариантов клинического течения позволит практикующему анестезиологу выбрать оптимальное анестезиологическое пособие и методику для послеоперационного обезболивания. Кроме того, возникает необходимость разработать самый оптимальный режим интраоперационного введения опиоидов с учетом данного феномена.

Оптимизация принципов послеоперационного обезболивания позволит улучшить исходы заболевания и сократить время пребывания больного в стационаре и повысить безопасность его лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Sommer M, et al. The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *Eur J Anaesthesiol* 2008; 25: 267–74.
2. Maier C, Nestler N, Richter H, et al. The quality of pain management in German hospitals. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 607–14
3. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002; 89: 409–23
4. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain*. 2012 Jul;153 (7):1390-6. doi: 10.1016/j.pain.2012.02.018. Epub 2012 Mar 24.
5. Apfelbaum J.L., Chen C., Mehta S.S., Gan T.J. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *AnesthAnalg*. 2003 August; 97 (2):534-40.
6. Rawal.N, Current issues in postoperative pain management. *Eur J Anaesthesiol* 2016; 33:160-171
7. Albutt C. On the abuse of hypodermic injections of morphia. *Practitioner* , 1870; 5:327-331.
8. Andrews HL. The effect of opiates on the pain threshold in post-addicts. *J Clin Invest* 1943; 22: 511-6.

9. Kayan S, Woods LA, Mitchell CL: Morphine-induced hyperalgesia in rats tested on the hot plate. *J Pharmacol Exp Ther* 1971; 177:509–13
10. Tilson HA, Rech RH, Stolman S. Hyperalgesia during withdrawal as a means of measuring the degree of dependence in morphine dependent rats. *Psychopharmacologia* 1973; 28: 287-300.
11. Cülürler E, Rivat C, Jun Y, Laulin JP, Larcher A, Reynier P, Simonnet G: Long-lasting hyperalgesia induced by fentanyl in rats: Preventive effect of ketamine. *Anesthesiology* 2000;
- 12/D. Fletcher and V. Martinez, Opioid-induced hyperalgesia in patients after surgery: a systematic review and a meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia* 112 (6): 991–1004 (2014)
13. Tverskoy M, Oz Y, Isakson A, Finger J, Bradley EL Jr, Kissin I. Preemptive effect of fentanyl and ketamine on postoperative pain and wound hyperalgesia. *Anesth Analg* 1994; 78: 205–9
14. Cooper DW, Lindsay SL, Ryall DM, Kokri MS, Eldabe SS, Lear GA. Does intrathecal fentanyl produce acute cross-tolerance to i.v. morphine? *Br J Anaesth* 1997; 78: 311–3
15. Chia YY, Liu K, Wang JJ, Kuo MC, Ho ST. Intraoperative high dose fentanyl induces postoperative fentanyl tolerance. *Can J Anaesth* 1999; 46: 872–7
16. Cooper DW, Garcia E, Mowbray P, Millar MA. Patient-controlled epidural fentanyl following spinal fentanyl at Caesarean section. *Anaesthesia*, 2002; 57: 266–70
17. Xuerong Y, Yuguang H, Xia J, Hailan W. Ketamine and lornoxicam for preventing a fentanyl-induced increase in postoperative morphine requirement. *Anesth Analg* 2008; 107: 2032–7
18. Fechner J, Ihmsen H, Schuttler J, Jeleazcov C. The impact of intra-operative sufentanil dosing on post-operative pain, hyperalgesia and morphine consumption after cardiac surgery. *Eur JPain* 2013; 17: 562–70
19. Mao J, Sung B, Ji RR, Lim G. Neuronal apoptosis associated with morphine tolerance: evidence for an opioid-induced neurotoxic mechanism. *J Neurosci* 2002; 22: 7650-61.
20. Rivat C, Laulin JP, Corcuff JB, Celerier E, Pain L, Simonnet G. Fentanyl enhancement of carrageenan-induced long-lasting hyperalgesia in rats: prevention by the N-methyl-D-aspartate receptor antagonist ketamine. *Anesthesiology* 2002; 96: 381-91.
21. Vanderah TW, Ossipov MH, Lai J, Malan TP Jr, Porreca F. Mechanisms of opioid-induced pain and antinociceptive tolerance: descending facilitation and spinal dynorphin. *Pain* 2001; 92: 5-9.
22. Eguchi M. Recent advances in selective opioid receptor agonists and antagonists. *Med Res Rev* 2004; 24: 182-212.
23. Ernst OP, Gramse V, Kolbe M, Hofmann KP, Heck M. Monomeric G protein-coupled receptor rhodopsin in solution activates its G protein transducin at the diffusion limit. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2007; 104: 10859-64.
24. Jordan BA, Gomes I, Rios C, Filipovska J, Devi LA. Functional interactions between mu opioid and alpha 2A-adrenergic receptors. *Mol Pharmacol* 2003; 64: 1317-24.
25. Vilardaga JP, Nikolaev VO, Lorenz K, Ferrandon S, Zhuang Z, Lohse MJ. Conformational cross-talk between alpha2A-adrenergic and mu opioid receptors controls cell signaling. *Nat Chem Biol* 2008; 4: 126-31.
26. Wiesenfeld-Hallin Z, Xu XJ. The role of cholecystikinin in nociception, neuropathic pain and opiate tolerance. *Regul Pept* 1996; 65: 23-8.
27. Yuan L, Han Z, Chang JK, Han JS. Accelerated release and production of orphanin FQ in brain of chronic morphine tolerant rats. *Brain Res* 1999; 826: 330-4.
28. Jensen KB, Lonsdorf TB, Schalling M, Kosek E, Ingvar M. Increased sensitivity to thermal pain following a single opiate dose is influenced by the COMT val(158)met polymorphism. *PLoS One* 2009; 4: e6016.

ТҮЙІНДЕМЕ
ЕЛТАЕВА А.А.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ОПИОИД-ИНДУЦИРЛЕНГЕН ГИПЕРАЛГЕЗИЯ

Операциядан кейінгі ауырсынуды басу сапасы әлі де төмен. N.Rawal (2016ж.), АҚШ-та «...операциядан кейінгі ауырсыну деңгейінің өте жоғары болуы» сақталады, ал Еуропада операциядан кейінгі ауырсынуды басу субоптималды жағдайда екенін атап өткен. Бұл жағдайдың ауырлауына опиоид-индуцирленген гипералгезия қатты әсер етеді.

Түйін сөздер: анальгезия, операциядан кейінгі ауырсыну, операциядан кейінгі ауырсынуды емдеу, фентанил, морфин, опиоид-индуцирленген гипералгезия

SUMMARY

ELTAYEVA A.A.

POSTOPERATIVE OPIOID INDUCED HYPERALGESIA

Quality of postoperative pain management is still low. As noted by N. Rawal (2016), in USA still remains "... horrible level of postoperative pain," in Europe the elimination of postoperative pain suboptimal. This situation is aggravated by the phenomenon of opioid induced hyperalgesia.

Key words: analgesia, postoperative pain, postoperative pain management, fentanyl, morphine, opioid induced hyperalgesia.



УДК: 616.12-008.313.2:535-12:575.825:611.141

ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С., СЕКЕНОВА Р.К., НУРАЛИНОВ О.М.,
ТУРСУНБЕКОВ А.Б.

*АО «Национальный научный кардиохирургический центр»
АО «Медицинский Университет Астана»*

**СРАВНЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ КРИОАБЛАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ**

Целью данной статьи является рассмотрение данного метода лечения как один из эффективных метода лечения сердечных аритмий.

Ключевые слова: Криоабляция, фибрилляция предсердий, оценка эффективности.

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из самых частых видов нарушения сердечного ритма. В среднем, у 25% людей, старше 40 лет, существует риск развития ФП в течение жизни [15,16]. У пациентов с ФП высокие показатели заболеваемости и смертности по причине развития кардиомиопатий, обусловленной тахикардией, гемодинамических нарушений, тромбоэмболий, что причиняет серьезный ущерб здоровью населения. Для лечения ФП широко применяются антиаритмическая терапия, методы катетерной и хирургической аблации [17,18].

Криоабляция - метод лечения сердечных аритмий, основанный на воздействии экстремального холода [1]. Во время процедуры клетки сердца, которые провоцируют нарушение сердечного ритма, "замораживаются" и ритм возвращается к синусовому [2].

Клиническое применение криотермальной аблации (или криоаблации) впервые было показано Жуйраудом (Guiraudon) и Кляйном (Klein) при лечении синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта [4]. Криоабляция генерирует глубокое замораживание при помощи эффекта, при этом температура между катетером и тканью составляет от -30 до -90С. Охлаждение миокарда до этих температур приводит к эффективному повреждающему эффекту аблации посредством многих механизмов [5]. Первый из них основан на образовании внеклеточного льда при температуре -20С. Это приводит к осмотическому перемещению и выходу воды из внутриклеточного во внеклеточное пространство. Второй механизм – это цитопатический эффект, которые возникает при температуре -40 С. При этом, начинает формироваться внутриклеточный лед, что приводит к повреждению внутриклеточных органелл. Кроме того, криоабляция приводит к сосудистому повреждению и прекращению кровотока, вследствие повреждений от замораживания и последующего размораживания, что приводит к гиперемическому ответу и повышению сосудистой проницаемости. Как и при других источниках энергии (таких как радиочастота), вследствие температурного формируется повреждающий градиент. Криотермальная аблация может быть постоянной, обратимой, а в некоторых случаях и прогрессирующей, вследствие сосудистого и других типов повреждений после завершения криоаблации. В основном, повреждения возникают при температуре -30С и выше, кроме случаев длительного приложения энергии, когда эффект обратим. Это очень интересная характеристика криоаблации, которая позволяет «криокартирование» в тех зонах, в которых имеется высокий риск повреждения системы проводимости. Однако важно помнить, что даже при наложении температуры -10С в течении 30 секунд криоабляция может вызывать необратимые повреждения. По этой

причине, для избежания нежелательных повреждений, нужно хорошо выбирать положение катетера и внимательно регистрировать поверхностные и внутрисердечные электрограммы [6].

Обоснование криоабляции ФП. Использование криоабляции для изоляции легочных вен имеет множество потенциальных преимуществ. Во-первых, адгезия криокатетера обуславливает его хорошую стабильность. Это особенно важно при абляции правой нижней легочной вены и проведения абляции вдоль гребешка между ушком и венами левой стороны. Риск тромбообразования при криоабляции ниже [7] и, возможно, более низкий риск эмболизации и инсульта. Криоабляция не повреждает матрикса соединительной ткани и удается избежать риска паровых повреждений. Таким образом, по сравнению с РЧ абляцией, при криоабляции снижается риск перфорации миокарда и тампонады сердца.

Нужно отметить, что преимущества криоабляции заключаются в теоретически более высоком профиле безопасности, в частности, меньшем риске стеноза легочных вен и формирования предсердно-пищеводной фистулы. В первые годы после начала выполнения абляции ФП при манипуляциях внутри легочных вен стеноз легочных вен возникал в 8-30% случаев [8,9]. Современные техники абляции направлены на антральную и остиальную части легочных вен, при этом, частота клинически значимых стенозов легочных вен снижается до менее чем 1%; однако, этот риск все же еще имеется. [3]. В моделях с абляцией на левом предсердии собак было показано, что риск стеноза легочных вен при РЧ абляции выше, чем при криоабляции. [9,10].

Доказательства концепта круговой криоабляции. Для выполнения антральной абляции был разработан катетер Arctic Circler. Arctic Circler – это самораскрывающийся катетер для криоабляции, который может привести замороженный сегмент размером 64 мм до диаметра 18-30 мм (для облегчения абляции вокруг отверстий легочных вен). В 2005 году Скэйнес А. и соавторы опубликовали опыт своей работы с Arctic Circler у 18 пациентов, направленных на катетерную абляцию по причине рефрактерности к антиаритмическим препаратам. Средний возраст пациентов составил 52 года и у 2/3 пациентов была персистирующая ФП (n=12/18). [1] Во время процедуры катетер для криоабляции помещался проксимально от диагностического катетера Lasso. С помощью криокатетра 7 френч, 4 мм, выполнялась абляция всех участков персистирующей проводимости. Полная изоляция была достигнута в 91% (n=41/45) легочных вен. В 14 венах (31%) понадобилась дополнительная фокальная криоабляция. Нужно отметить, что в первых исследованиях не проводилась изоляция правой нижней легочной вены. Среднее число криотермальных воздействий на каждую вену составило 9 ± 5 . После среднего периода следования 15 месяцев у всех, кроме 4 пациентов, возникли рецидивы ФП; у 44 пациентов (n=8/18) была выполнена повторная абляция. Хотя в остром периоде после абляции частота успеха была высокой, при следовании этих пациентов частота рецидивов была обезнадживающей - она составила 78%.

Для выполнения антральной изоляции был разработан криобаллонный катетер. Сарабанда А. и коллеги оценили использование криобаллонов в моделях с животными [11]. Используя катетер 10 френч с двойным просветом и дистальным криобаллоном 23 мм, они произвели криоабляцию верхних легочных вен у 8 собак. К каждой вене в течении 4 или 8 минут подводилась криоэнергия с минимальной температурой -80С. Для подтверждения электрической изоляции использовался катетер Lasso. Исследователи успешно изолировали 83% вен. Нужно отметить, что все недостатки абляции, выявленные при помощи внутрисердечной эхокардиографии, состояли в неполной окклюзии вен криобаллоном. Несмотря на уменьшение диаметра вен сразу же после абляции, при наблюдении пациентов через 4 и 16 месяцев после процедуры с помощью серийной томографии, не было существенных различий размеров вен по сравнению с их исходным диаметром. Эти результаты указывают на возможность местного отека легочных вен сразу же после процедуры, однако эти изменения со временем исчезают.

Доши Р.Н. и коллеги исследовали дополнительную эффективность новой стратегии криоабляции, по отношению к фокальной криоабляции [12]. Это многоцентровое исследование включило 24 пациентов, подвергшихся изоляции легочных вен с использованием системы Arctic Circler плюс криокатетеры стандартного дизайна. В отдельном нерандомизированном исследовании, проведенном в 2 центрах, у 20 пациентов была проведена изоляция легочных вен с использованием криобаллонной абляции (CryoCath) а также Arctic Circler, при необходимости, использование катетера стандартного дизайна. Успех процедуры в остром периоде составил 98 и 95% соответственно. При помощи сердечного магнитного резонанса через 3 месяца после абляции было показано отсутствие стенозов легочных вен в обеих группах. При 6-месячном следовании 24 пациентов из группы Arctic Circler и 13 из 20 пациентов из группы криобаллонной абляции, синусовый ритм (без использования антиаритмических препаратов) поддерживался значительно лучше в группе криобаллонной абляции, чем в группе абляции стандартным катетером (70% против 20%, $p=0,006$). Хотя эти результаты являются нерандомизированными и предварительными, они указывают на то, что криобаллонная абляция имеет преимущества над стандартной криоабляцией абляцией.

Эффективность и надежность криобаллонной абляции. В 2008 году Неуман Т. и соавторы опубликовали проспективное 3-центровое исследование криобаллонной абляции у 346 пациентов с симптоматической рефрактерной к медикаментозному лечению ФП (пароксизмальная у 293 пациентов, постоянная у 53 пациентов). Через 1 год после круговой изоляции легочных вен при помощи криобаллонна

у 74% пациентов с пароксизмальной и у 42% с персистирующей ФП поддерживался синусовый ритм, без необходимости антиаритмических препаратов. Стоит отметить, что парез правого диафрагмального нерва отмечался у 7,5% пациентов (n=26/346). Лишь у 2 из 26 пациентов с парезом диафрагмального нерва абляция проводилась при помощи 28 мм баллона (23 мм баллон, n=24). Имеются также сообщения из других центров по поводу более низкой частоты стеноза легочных вен при использовании 28 мм «большого» криобаллона [13,14]. С другой стороны, ни у одного из 346 пациентов из этого исследования не развился стеноз ни сужение более 30% .

«ПЛАМЯ И ЛЕД» (FIRE AND ICE) – самое широкомасштабное рандомизированное международное клиническое исследование, цель которого – сравнить два метода абляции, используемых для лечения фибрилляции предсердий на сегодняшний день, а именно криоабляции («ЛЕД»), в которой применяются криобаллоны Medtronic Arctic Front или Arctic Front Advance®, и радиочастотной абляции («ПЛАМЯ») с функцией трехмерного картирования на основе одного из трех катетеров Biosense Webster ThermoCool®: орошаемого катетера ThermoCool®, орошаемого катетера ThermoCool® SF Surround Flow или катетера ThermoCool® SmartTouch®, позволяющего контролировать силу воздействия. В ходе исследования было задействовано 769 пациентов из 16 медицинских центров по всей Европе. Все субъекты исследования имели диагноз «пароксизмальная фибрилляция предсердий», у них был неэффективен хотя бы один антиаритмический лекарственный препарат, и после первой абляционной процедуры они наблюдались у врача не дольше 33 месяцев (среднее значение = 1,54 года). Это самое широкомасштабное исследование, проведенное для сравнения двух технологий лечения фибрилляции предсердий, позволило сделать важные клинические выводы относительно безопасности и эффективности. Согласно результатам исследования, технология криобаллонной абляции обеспечивает более короткую продолжительность процедур (среднее значение = 124 минуты) в сравнении с группой радиочастотной абляции (среднее значение = 141 минута; p = 0,0001), однако при этом применение радиочастотного катетера позволяет использовать рентгеноскопию более короткое время (среднее значение = 17 минут) по сравнению с криобаллонным абляционным катетером (среднее значение = 22 минуты; p = 0,0001). По мере старения населения спрос на безопасные, клинически эффективные и действенные методы лечения будет только расти. Результаты этого исследования в очередной раз подтверждают, что криобаллонная абляция и радиочастотная абляция служат важной вехой в оказании медицинской помощи пациентам страдающим ФП.

Если сложить вместе доступные обсервационные и рандомизированные исследования, то криобаллонная абляция имеет адекватную эффективность у пациентов с пароксизмальной ФП (возможно, немного меньшую, чем радиочастотная абляция с орошающим катетером). Частота рецидивов у пациентов с персистирующей ФП остается субоптимальной, по-видимому, это отображает ограничения остиальной или антральной изоляции у этих пациентов. Хотя профиль безопасности криобаллонной процедуры является многообещающим, необходимы дополнительные данные для определения реальной частоты пареза диафрагмального нерва. Несмотря на то, что многие случаи пареза диафрагмального нерва разрешились, все же это осложнение значительно ухудшает качество жизни пациентов.

В заключении можно сказать, что криоабляция занимает большую историю в области хирургического лечения нарушений сердечного ритма. Для определения реальной клинической ценности этого метода лечения, а также его профиля безопасности необходимо дальнейшее технологическое развитие катетеров и рандомизированные исследования с более длинным периодом следования и большим числом пациентов. Для получения более достоверных результатов необходимо продолжение исследования в виде увеличения количества операций, а также скрупулезный сбор и оценка информации в отдаленный период наблюдения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ryder KM, Benjamin EJ. Epidemiology and significance of atrial fibrillation. Am J Cardiol. Nov 4 1999;84(9A):131R-138R.
2. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation in Adults: National Implications for Rhythm Management and Stroke Prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors In Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA. May 9, 2001 2001;285(18):2370-2375.
3. Piccini JP, Lopes RD, Kong MH, Hasselblad V, Jackson K, Al-Khatib SM. Pulmonary vein isolation for the maintenance of sinus rhythm in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Circ Arrhythm Electrophysiol. Dec 2009;2(6):626-633.
4. Guiraudon GM, Klein GJ, Gulamhusein S, et al. Surgical repair of Wolff-Parkinson-White syndrome: a new closed-heart technique. Ann Thorac Surg. Jan 1984;37(1):67-71.
5. Gage AA, Baust J. Mechanisms of tissue injury in cryosurgery. Cryobiology. Nov 1998;37(3):171-186.
6. Ripley KL VVJ, Sherman ML, et al. Use of cryotherapy for ablation site pre-testing: thermal boundaries. Heart Rhythm. 2005;2((5 Supple)):s120-121.
7. Khairy P, Chauvet P, Lehmann J, et al. Lower incidence of thrombus formation with cryoenergy versus radiofrequency catheter ablation. Circulation. Apr 22 2003;107(15):2045-2050.
8. Gerstenfeld EP, Guerra P, Sparks PB, Hattori K, Lesh MD. Clinical outcome after radiofrequency catheter ablation of focal atrial fibrillation triggers. J Cardiovasc Electrophysiol. Aug 2001;12(8):900-908.

9. Yu WC, Hsu TL, Tai CT, et al. Acquired pulmonary vein stenosis after radiofrequency catheter ablation of paroxysmal atrial fibrillation. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2001;12(8):887-892.

10. Cappato R, Calkins H, Chen SA, et al. Updated Worldwide Survey on the Methods, Efficacy, and Safety of Catheter Ablation for Human Atrial Fibrillation. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology.* 2009;3(1):32-38.

11. Sarabanda AV, Bunch TJ, Johnson SB, et al. Efficacy and safety of circumferential pulmonary vein isolation using a novel cryothermal balloon ablation system. *J Am Coll Cardiol.* Nov 15 2005;46(10):1902-1912.

12. Doshi SK, Laragy M, Pitchner H, et al. The additive efficacy of a novel balloon cryoablation catheter to standard cryoablation for pulmonary vein isolation in patients with symptomatic atrial fibrillation. *Heart Rhythm.* 2005;2:S26-S27.

13. Chun KR, Schmidt B, Metzner A, et al. The 'single big cryoballoon' technique for acute pulmonary vein isolation in patients with paroxysmal atrial fibrillation *Eur Heart J.* Mar 2009;30(6):699-709.

14. Van Belle Y, Janse P, Rivero-Ayerza MJ, et al. Pulmonary vein isolation using an occluding cryoballoon for circumferential ablation: feasibility, complications, and short-term outcome. *European Heart Journal.* 2007;28(18):2231-2237.

15. Thom T, Haase N, Rosamond W, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2006 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation.* 2006;113:e85.

16. Филатов А. Г., Тараивили Э. Г. Эпидемиология и социальная значимость фибрилляции предсердий // *Анналы аритмологии.* 2012. Т. 9. № 2. С. 5-13.

17. Marcus GM, Sung RJ. Antiarrhythmic agents in facilitating electrical cardioversion of atrial fibrillation and promoting maintenance of sinus rhythm. *Cardiology.* 2001;95:1-8.

18. Бокерия Л.А., Филатов А. Г., Тараивили Э. Г. Современная стратегия фармакологического лечения фибрилляции предсердий // *Анналы аритмологии.* 2011. Т. 8. № 3. С. 5-13.

ТҮЙІН

ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С., СЕКЕНОВА Р.К., НУРАЛИНОВ О.М., ТУРСУНБЕКОВ А.Б.

КРИОАБЛАЦИЯНЫ ЖФ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ ЖӘНЕ САЛЫСТЫРУ

Жүрек ырғағы бұзылысын хирургиялық емдеуде криоабляция маңызды орын алады. Бұл әдіспен емдеуде шынайы клиникалық құндылықтарды анықтау, сонымен қатар қауіпсіздік көрінісінде ары қарай технологиялық катетерлердің дамуы және ұзақ периодты зерттеулер және науқас санының көп болуымен рандомизация зерттеу жүргізу қажет. Нақты нәтижелерге жету үшін, зерттеудің жалғасуы ата жасаудың санының жоғарылауымен, сонымен қатар нақты жинақтаулар және алыстан бақылау кезеңдегі ақпарат бағалауды болуы керек.

SUMMARY

ZHILKIBAYEVA A.B., ABDRAHMANOV A.S., SEKENOVA P.K., NURALINOV O.M., TURSUNBEKOV A.B.

COMPARISON AND APPLICATION OF CRYOABLATION IN THE TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION

Cryoablation takes a long history in the field of surgical treatment of cardiac arrhythmias. To determine the real clinical value of this method of treatment, as well as its safety profile, further technological development of catheters and randomized studies with a longer follow-up period and a large number of patients are necessary. To obtain more reliable results, it is necessary to continue the study in the form of an increase in the number of operations, as well as scrupulous collection and evaluation of information in a remote observation period.



УДК: 614.253:535-12:616.12-008.313.2/311

ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С., СЕКЕНОВА Р.К., НУРАЛИНОВ О.М., ТУРСУНБЕКОВ А.Б.

АО «Национальный научный кардиохирургический центр»
АО «Медицинский Университет Астана»

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИК РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Целью данной статьи является обзор результатов применения радиочастотной абляции у пациентов с различными формами фибрилляции предсердий.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, радиочастотная абляция, тахикардия.

Фибрилляция предсердий (ФП) ассоциируется с увеличением риска смерти, инсульта и других тромбэмболических осложнений (ТЭО), ухудшением качества жизни, снижением переносимости физической нагрузки и дисфункцией левого желудочка. В настоящее время, радиочастотная абляция (РЧА) ФП стала новой перспективной тактикой лечения, показывающей стабильный результат, техника ее выполнения все еще развивается. В то время как РЧА триггеров является методом выбора при пароксизмальной ФП, нанесение дополнительных линий абляции субстрата, поддерживающего фибрилляцию, крайне важно у пациентов с персистирующей и длительно персистирующей формами ФП [22]. Самой распространенной тактикой триггерной абляции является изоляция устьев легочных вен (ЛВ), что в последнее время стало краеугольным камнем в интервенционном лечении ФП [4]. В связи с этим оптимальная тактика субстратбазированной РЧА более сложна и представляет собой как создание дополнительного линейного повреждения, так и абляцию зон комплексных фрагментированных электрограмм (complex fractionated electrograms – CFEs) [39]. Вопрос выбора оптимального метода или их комбинации при различных формах ФП до сих пор остается открытым.

Авторы первых теорий о механизмах ФП считали, что она является самоподдерживающейся аритмией [49]. В качестве доказательства этой теории предпринимались попытки изоляции миокарда левого предсердия (ЛП) на отдельные зоны, не обладающие необходимыми электромеханическими свойствами для поддержания волн ФП (операция Maze). В последние годы все больше взглядов приковано к изучению проблемы инициации ФП. То, что механизм пароксизмальной формы ФП имеет триггерное происхождение, было доказано М. Haissaguerre и соавт. [19]. В своих работах они показали, что пароксизмальная ФП инициируется при помощи часто возникающих повторяющихся преобладающих сокращений (экстрасистол), имеющих очаги в области антрума ЛВ. Это обусловлено уникальными по сравнению с другими участками ЛП электрофизиологическими свойствами миокарда антрального отдела ЛВ, позволяющими антрально-предсердному соединению быть источником триггерной активности и субстратом для риентри волн аритмии. Такие зоны являются в подавляющем большинстве источником ФП, даже несмотря на наличие триггеров в других участках ЛП, количество которых, по различным данным, составляет не более 6–10% от всех подобных случаев [54]. Таким образом, стратегия РЧА при пароксизмальной форме ФП сводится к антральной изоляции устьев ЛВ.

С другой стороны, персистирующая форма ФП в небольшой степени зависит от ЛВ как в момент энтрейнмента, так и при поддержании тахикардии [49]. Частота встречаемости триггеров вне ЛВ при данной форме намного выше, чем при пароксизмальной [44]. Та же самая статистика наблюдается и в отношении волн риентри, необходимых для поддержания фибрилляторной активности [51]. И то и другое определяется электромеханическим ремоделированием миокарда предсердий, свойственным для длительно персистирующей ФП. В то время как антрально-предсердное соединение является электрофизиологически высокоактивной зоной у пациентов с сохраненной функцией ЛП, при хроническом ремоделировании ЛП появляются диффузные зоны фиброза и, как следствие, изменения рефрактерности, что ведет к появлению множества триггеров по всей поверхности миокарда [10]. В качестве доказательств можно привести экспериментальные исследования на сердцах животных, которые показали наличие микроскопических участков фиброза, увеличивающих уязвимость миокарда к фибрилляции, несмотря на длительные периоды поддержания синусового ритма [14]. Еще одним доказательством служат клинические исследования, показавшие частое наличие рубцовых очагов у пациентов с персистирующей и длительно персистирующей формами ФП вне зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей структурной патологии сердца [58]. В таких условиях РЧА антрального отдела ЛВ не приносит значимых успехов при лечении данных форм ФП.

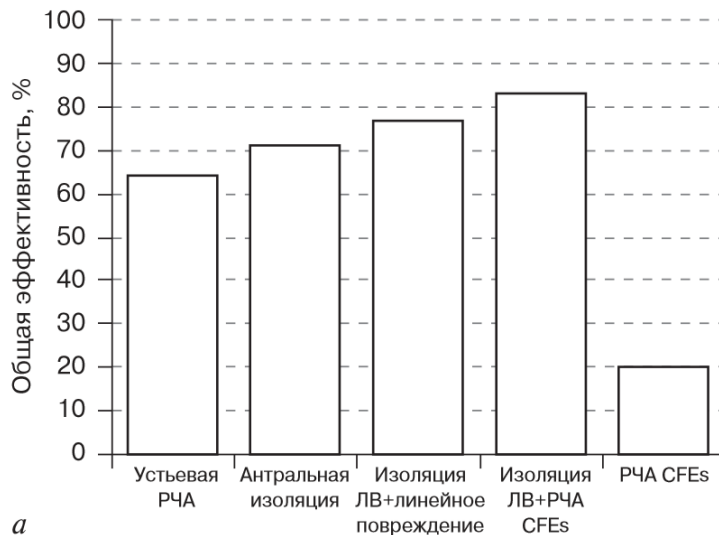
Техника радиочастотной абляции ФП. Рассмотрев вышеизложенные материалы о механизмах ФП, следует описать самые распространенные на сегодняшний день методики РЧА ФП. С момента выхода важнейших на данный момент в этой области работ М. Haissaguerre и соавт. [19] изоляция устьев ЛВ

является краеугольным камнем в аблации ФП [4]. Техника РЧА ЛВ развивалась годами. В оригинале процедура включает в себя сегментарный «устьевой» доступ, при котором ранние потенциалы находятся в тубулярной зоне каждой из ЛВ, где и происходит их электрическая изоляция при помощи многополюсного циркулярного катетера. Такой способ ограничен невысокой эффективностью, частыми рецидивами и высокой вероятностью стеноза ЛВ. Позднее такая техника эволюционировала в периферическую циркулярную РЧА (CPVA), при которой круговые линии аблации наносятся вне устьев ЛВ с захватом миокарда ЛП и последующей регистрацией остаточных потенциалов в месте повреждения [25]. Несмотря на кажущееся преимущество перед «устьевой» РЧА и меньшую вероятность стенозов ЛВ, при данной технике остается высокая вероятность появления тахикардий по механизму макрорентри, что обусловлено резидуальными соединениями между ЛВ. В настоящее время большинство клиник используют циркулярную антральную изоляцию с последующей регистрацией остаточных потенциалов при помощи циркулярного катетера [57].

Линейная РЧА. Начиная с первых операций Maze, техника линейной РЧА в ЛП стала представлять большой интерес для ее воплощения при помощи чрескожного катетерного доступа. В то время как при помощи линейной аблации можно добиться разъединения миокарда предсердий на малые, неспособные к поддержанию волн микрорентри сегменты, больший эффект они дают в предотвращении макрорентри тахикардий или атипичного левопредсердного трепетания, возникающих после процедур РЧА ФП.

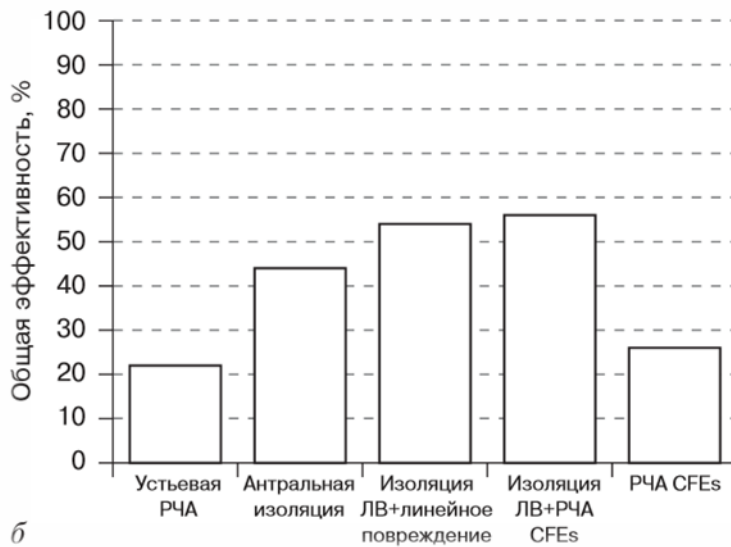
Результаты лечения при пароксизмальной форме ФП. К настоящему времени проведен ряд исследований по сравнению результатов и эффективности РЧА и ААТ (антиаритмическая терапия) ФП [5, 17, 31, 33, 40, 53]. Более 75% пациентов в этих исследованиях имели пароксизмальную форму ФП, к тому же интервенционная тактика представляла собой изоляцию ЛВ. Результаты всех этих исследований показали превосходство РЧА перед ААТ с уровнем успешности 75,7–77,0% через 12 месяцев наблюдения по данным рандомизированных исследований [33, 40] и 71% – по данным проспективных когортных рандомизированных исследований [5]. В большинстве этих исследований 10–25% пациентов потребовалась однократная повторная аблация. В то же время не так много статей посвящены сравнению результатов различных техник РЧА (рисунок а)[53].

В одной из них были представлены данные пяти рандомизированных исследований, сравнивающих «устьевую» РЧА и расширенную антральную циркулярную изоляцию, показавшие более высокие результаты второй методики. Из этих исследований три показали значимое преимущество расширенной аблации перед остальной [2, 32, 36], одно констатировало тенденцию к равенству этих методик [27], еще одно дало преимущество «устьевой» РЧА [21]. Таким образом, обобщенный анализ лечения 408 пациентов с пароксизмальной формой ФП показал эффективность 71% в группе расширенной антральной РЧА и 64% – в группе «устьевой» РЧА. Другие пять метаанализов сравнивали эффективность изолированной



«устьевой» РЧА и дополненной линейными воздействиями. Четыре из пяти показали преимущество второй методики [15, 20, 28, 37], в то время как одно не дало достоверных различий [48]. Обобщенный анализ лечения 795 пациентов показал эффективность 77% в группе «устьевой» РЧА с конвергентными линейными воздействиями против 74% в группе изолированной «устьевой» аблации. Тем не менее наиболее позднее исследование не выявило достоверной разницы между представленными группами, показав одинаково эффективные результаты, составившие 85% после одной и более процедур в течение 12 месяцев наблюдений [46]. Стоит оговориться, что в этом исследовании также подчеркивается низкая эффективность сочетанного радиочастотного воздействия (51 против 58% у изолированной РЧА), связанная с высоким риском развития послеоперационных предсердных тахиаритмий, в том числе

атипичного левопредсердного трепетания. Таким образом, с включением в общую статистику данных пациентов эффективность в группах изолированной и сочетанной РЧА составляет 73 и 75% соответственно. К тому же в указанном ранее исследовании говорится о несостоятельности сравнения вышеуказанных тактик РЧА из-за гетерогенности постлинейного субстрата и несоответствия объемов исследований друг другу [53]. Наконец, три рандомизированных исследования изучали роль конвергентных радиочастотных воздействий в зонах присутствия CFEs при изоляции ЛВ и изолированную «устьевую» РЧА при пароксизмальной форме ФП. Из этих исследований два продемонстрировали незначительное преимущество сочетанной методики [8, 56], в то время как одно не показало никаких достоверных различий в эффективности [9]. Обобщенный анализ (всего 210 пациентов) показал, что эффективность сочетанной процедуры составила 83%, в то время как изолированная РЧА дает значимый результат, равный 72%. Также в двух из представленных исследований сравнивалась эффективность изолированной РЧА участков CFEs [1,9, 56], которая в целом составила 20% у 55 пациентов. Результаты лечения при персистирующей форме ФП с каждым годом в литературе появляются новые данные по эффективности той или иной тактики интервенционного лечения непароксизмальных форм ФП. Так, в одной из статей по данным объемного рандомизированного исследования приводится достоверно отличная от результатов лечения пароксизмальной ФП статистика, несмотря на отсутствие утвердительного решения о выборе оптимального метода лечения[3]. Тем не менее по ее результатам можно сказать о частичной эффективности катетерного лечения персистирующей формы ФП и достоверности приведенных тактических решений (рисунок б).



В то время как «устьевая» РЧА дает адекватный эффект в лечении пароксизмальной формы ФП, она абсолютно несостоятельна при лечении непароксизмальных форм. А. G. Brooks и соавт. приводят данные о четырех подобных процедурах с одномоментной и свободной от ААТ ремиссией в 21–22% случаев. За несостоятельность метода говорит и тот факт, что после повторных воздействий и поддерживающей ААТ эффективность все равно не превышает 54%.[12] По сравнению с этими данными одномоментная изолированная антральная циркулярная абляция при отсутствии необходимости в медикаментозной поддержке дала результат 44% у 211 пациентов [6, 11, 23, 35, 38], что статистически более значимо, чем при «устевой» РЧА, но априори не может считаться удовлетворительным результатом. Результаты после повторных процедур и соответствующей ААТ составляют 59 и 77% соответственно, что является более обнадеживающим. К сожалению, рандомизированных исследований, посвященных применению добавочной линейной РЧА при непароксизмальных формах ФП, немного. Одно из них включает 62 пациента, разделенных на равные группы [60], другое – 79 пациентов, разделенных на группы в соотношении 1:2 (изолированная «устьевая» РЧА и конвергентная с линейной абляцией соответственно) [16, 29]. Обобщенное исследование, включившее 141 пациента, показало значимый прирост эффективности сочетанной абляции – до 54% по сравнению с изолированной «устевой» РЧА (23%). При этом, по данным одного из исследований, двунаправленная блокада проведения импульса через линию к митральному клапану была зарегистрирована в 72% случаев, а через линию по крыше ЛП – в 44% [60]. В другом исследовании эффективность блокады по соответствующим линиям составила 92 и 31%[16]. Таким образом, несмотря на явное преимущество сочетанной линейной абляции, добиться полной двунаправленной блокады проведения крайне сложно. С другой стороны, по данным нерандомизированного исследования, эффективность конвергентной линейной изоляции составляет 48–

57% [30], что достоверно выше, чем при изолированной «устьевой» РЧА ЛВ. Дополнение линейной аблации воздействием по задненижней стенке от правой нижней до левой нижней ЛВ призвано полностью изолировать заднюю стенку ЛП, на которой, как правило, находятся триггеры и зоны поддержания волн микроориенти при непароксизмальных формах ФП, и повысить эффективность дополнительных аблационных линейных повреждений. С другой стороны, это может привести к выраженному проаритмическому эффекту. По данным А. G. Brooks и соавт. [3,55], было проведено три исследования эффективности аблации ЛВ и конвергентного линейного повреждения задненижней части ЛП при непароксизмальных формах ФП [7, 24, 41, 45]. Вероятность успеха после однократной процедуры составила 42–50%, после многократной 60–63%. Одно исследование, включившее 120 пациентов, не выявило достоверного различия в эффективности по сравнению с «устьевой» РЧА и показало 45–47% эффективности [50, 52]. Стоит заметить, что в данное исследование были включены пациенты с пароксизмальной и персистирующей формами ФП, что, однако, не дало достоверных различий в исследуемых группах. После двух процедур и применения ААТ у некоторых пациентов эффективность составила 68%. Таким образом, использование дополнительного линейного повреждения задненижней части ЛП не может считаться значимым преимуществом в лечении непароксизмальных форм ФП. В настоящее время существуют три рандомизированных исследования по сравнению изолированной «устьевой» РЧА и конвергентной аблации зон CFЕs при персистирующей форме ФП. Два исследования демонстрируют выраженное преимущество сочетанной методики [11, 56, 59], в то время как одно – нет [35]. При обобщенном анализе результатов лечения 220 пациентов эффективность однократной изолированной РЧА ЛВ и однократной сочетанной аблации зон CFЕs составила 38 против 51%, а двукратной – 72 против 77% в соответствующих группах. В итоге преимущество в эффективности хоть и имеется, но очень невелико. С другой стороны, расчет суммарной эффективности трех вышеупомянутых рандомизированных и еще девяти нерандомизированных исследований, включающих 281 пациента, дает 54% успешность после первичной сочетанной процедуры аблации CFЕs [26, 42, 47], что сравнимо в процентном соотношении с сочетанной линейной РЧА и имеет преимущество перед изолированной «устьевой» РЧА ЛВ. В объединенном анализе трех других рандомизированных исследований [13, 34, 56] сравнивались результаты изолированной аблации зон CFЕs (76 пациентов) и в сочетании с РЧА ЛВ (106 пациентов), при этом эффективность составила 26 и 56% соответственно. Наконец, группа врачей из клиники Бордо (Франция) используют тактику пошаговой аблации, включающей изоляцию ЛВ, РЧА зон CFЕs и создание линейных повреждений до момента купирования ФП [18]. Данная процедура занимает много времени и требует большого опыта, тем не менее эффективность после первичной операции составляет 48–62%, а после вторичной, которой подвергаются почти 2/3 пациентов, эффективность составляет 70–88% [3]. В подобных исследованиях другой клиники эффективность после первичной процедуры составила 38%, после вторичной и более – 81% [43]. Однако из-за отсутствия такой тактики в большинстве клиник доказать преимущество пошаговой методики крайне затруднительно, а результат после первичной процедуры сравним с таковым при конвергентных интервенциях с линейными аблациями или РЧА зон CFЕs.

В заключении, можно сказать, что расширенная антральная изоляция ЛВ имеет большое преимущество перед «устьевой» РЧА, нанесение дополнительного линейного повреждения не приносит статистически значимого результата у пациентов с пароксизмальной формой ФП, тем более что представленные данные неполны, и конечная эффективность достоверно зависит в первую очередь от двунаправленности блокады проведения в местах нанесения линейных воздействий, при отсутствии которой повышается риск развития постаблационных аритмий [46]. Наконец, изолированная РЧА участков CFЕs не должна являться тактикой выбора у пациентов с пароксизмальной формой ФП. Тем более что, хотя в сочетании с РЧА устьев ЛВ она и показывает тенденцию к улучшению конечного результата, данные пока не могут считаться состоятельными из-за малого числа обследованных и прооперированных пациентов. Данная методика нуждается в более детальном исследовании с применением объективных автоматических алгоритмов определения различия фрагментированной активности и состоятельных конечных точек проведения аблации, коими могут являться полная элиминация электрической активности в зонах CFЕs и отсутствие индукции ФП. Также стоит отметить, что изолированная «устьевая» РЧА ЛВ – абсолютно неэффективная тактика для лечения непароксизмальных форм ФП. Расширенная циркулярная антральная изоляция ЛВ хоть и кажется на первый взгляд прогностически более успешной, тем не менее явно проигрывает конвергентным методикам. С другой стороны, как линейные повреждения, так и изоляция зон CFЕs имеют удовлетворительную эффективность и статистически одинаковые ее значения. Аблация задненижнего отдела ЛП и изолированная РЧА зон CFЕs малоэффективна или неэффективна.

Таким образом, в настоящее время наблюдается недостаток материала для сравнения интервенционных методик лечения персистирующей и длительно персистирующей форм ФП в отличие от таковых при пароксизмальной форме.

Несмотря на то, что в настоящее время радиочастотная аблация (РЧА) фибрилляции предсердий (ФП) стала новой перспективной тактикой лечения, показывающей стабильный результат, техника ее выполнения все еще развивается. В то время как РЧА является методом выбора при пароксизмальной

форме ФП, нанесение дополнительных линий аблации субстрата, поддерживающего фибрилляцию, крайне важно у пациентов с персистирующей и длительно персистирующей формами ФП. Самой распространенной тактикой аблации является изоляция устьев легочных вен, что в последнее время стало краеугольным камнем в интервенционном лечении ФП. Оптимальная же тактика субстратбазированной РЧА более сложна и представляет собой как создание дополнительного линейного повреждения, так и аблацию зон комплексных фрагментированных электрограмм (CFEs). Использование различных конвергентных методик в лечении пароксизмальных форм ФП существенно улучшает как госпитальную, так и послеоперационную эффективность. При этом нельзя исключать возможность использования интервенционных техник в лечении непароксизмальных форм, особенно у пациентов, которым противопоказано хирургическое вмешательство. По данным различных рандомизированных исследований, расширенная антральная изоляция легочных вен имеет преимущество перед устьевой радиочастотной аблацией (71 и 62% эффективности соответственно), нанесение дополнительного линейного повреждения не приносит статистически значимого результата у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (74% эффективности). Изолированная РЧА участков комплексных фрагментированных электрограмм при пароксизмальной форме ФП не должна являться тактикой выбора (20% эффективности). Хотя в сочетании с РЧА антрума легочных вен она и показывает тенденцию к улучшению конечного результата (83% эффективности), данные пока не могут считаться состоятельными из-за малого числа обследованных и прооперированных пациентов. Также стоит отметить, что изолированная «устьевая» РЧА легочных вен – абсолютно неэффективная тактика для лечения непароксизмальных форм фибрилляции предсердий (22% эффективности). Расширенная циркулярная антральная изоляция хоть и кажется на первый взгляд прогностически более успешной (44% эффективности), тем не менее явно проигрывает конвергентным методикам. С другой стороны, как линейные повреждения, так и изоляция зон комплексных фрагментированных электрограмм имеют удовлетворительную эффективность и статистически одинаковые ее значения (53 и 54% соответственно). Аблация же задненижнего отдела ЛП и изолированная РЧА зон CFEs малоэффективны или неэффективны вообще (23 и 25% эффективности соответственно).

Стоит отметить, что в настоящий момент, несмотря на обилие представленных данных, проведено немного исследований, посвященных сравнению различных методик интервенционного лечения пароксизмальной и персистирующей форм ФП. Краеугольным камнем любой подобной процедуры является РЧА устьев ЛВ, которая может использоваться при лечении пароксизмальной формы ФП и должна проводиться рутинно с добавлением конвергентных линейных аблаций и/или аблаций зон CFEs при лечении персистирующей формы ФП. Следующим этапом в интервенционном лечении непароксизмальных форм ФП должен стать многоступенчатый подход с ориентацией на конечные точки в виде тотальной изоляции потенциалов в антральных отделах ЛВ, зонах фрагментированной активности и участках с доминантными частотами, а также проверка двунаправленности блокады проведения в области линейных воздействий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Arentz T., Weber R., Burkle G. et al. Small or large isolation areas around the pulmonary veins for the treatment of atrial fibrillation? Results from a prospective randomized study // *Circulation*. 2007. Vol. 115. P. 3057–3063.
2. Atienza F., Almendral J., Jalife J. et al. Real-time dominant frequency mapping and ablation of dominant frequency sites in atrial fibrillation with left-to-right frequency gradients predicts long-term maintenance of sinus rhythm // *Heart Rhythm*. 2009. Vol. 6. P. 33–40.
3. Brooks A. G., Stiles M. K., Laborde J. et al. Outcomes of long-standing persistent atrial fibrillation ablation: a systematic review // *Heart Rhythm*. 2010. Vol. 7. P. 835–846.
4. Calkins H., Brugada J., Packer D. L. et al. HRS/EHRA/ECAS expert Consensus Statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personnel, policy, procedures and follow-up. A report of the Heart Rhythm Society (HRS) Task Force on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation // *Heart Rhythm*. 2007. Vol. 4. P. 816–861.
5. Calkins H., Reynolds M. R., Spector P. et al. Treatment of atrial fibrillation with antiarrhythmic drugs or radiofrequency ablation: two systematic literature reviews and meta-analyses // *Circ. Arrhythm. Electrophysiol.* 2009. Vol. 2. P. 349–361.
6. Cheema A., Dong J., Dalal D. et al. Circumferential ablation with pulmonary vein isolation in permanent atrial fibrillation // *Am. J. Cardiol.* 2007. Vol. 99. P. 1425–1428.
7. Chen J., Off M. K., Solheim E. et al. Treatment of atrial fibrillation by silencing electrical activity in the posterior inter-pulmonary-vein atrium // *Europace*. 2008. Vol. 10. P. 265–272.
8. Deisenhofer I., Estner H., Reents T. et al. Does electrogram guided substrate ablation add to the success of pulmonary vein isolation in patients with paroxysmal atrial fibrillation? A prospective, randomized study // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2009. Vol. 20. P. 514–521.
9. Di Biase L., Elayi C. S., Fahmy T. S. et al. Atrial fibrillation ablation strategies for paroxysmal patients: randomized comparison between different techniques // *Circ. Arrhythm. Electrophysiol.* 2009. Vol. 2. P. 113–119.
10. Eckstein J., Verheule S., de Groot N. M. et al. Mechanisms of perpetuation of atrial fibrillation in chronically dilated atria // *Prog. Biophys. Mol. Biol.* 2008. Vol. 97. P. 435–451.
11. Elayi C. S., Verma A., Di Biase L. et al. Ablation for longstanding permanent atrial fibrillation: results from a randomized study comparing three different strategies // *Heart Rhythm*. 2008. Vol. 5. P. 1658–1664.
12. Essebag V., Baldessini F., Reynolds M. R. et al. Noninducibility postpulmonary vein isolation achieving exit block predicts freedom from atrial fibrillation // *Eur. Heart J.* 2005. Vol. 26. P. 2550–2555.

13. Estner H. L., Hessling G., Ndrepepa G. et al. Electrogram-guided substrate ablation with or without pulmonary vein isolation in patients with persistent atrial fibrillation // *Europace*. 2008. Vol. 10. P. 1281–1287.
14. Everett T. H., 4th, Li H., Mangrum J. M. et al. Electrical, morphological, and ultrastructural remodeling and reverse remodeling in a canine model of chronic atrial fibrillation // *Circulation*. 2000. Vol. 102. P. 1454–1460.
15. Fassini G., Riva S., Chioldelli R. et al. Left mitral isthmus ablation associated with PV Isolation: long-term results of a prospective randomized study // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2005. Vol. 16. P. 1150–1156.
16. Gaita F., Caponi D., Scaglione M. et al. Long-term clinical results of 2 different ablation strategies in patients with paroxysmal and persistent atrial fibrillation // *Circ. Arrhythm. Electrophysiol.* 2008. Vol. 1. P. 269–275.
17. Gjesdal K., Vist G. E., Bugge E. et al. Curative ablation for atrial fibrillation: a systematic review // *Scand. Cardiovasc. J.* 2008. Vol. 42. P. 3–8.
18. Haissaguerre M., Hocini M., Sanders P. et al. Catheter ablation of long-lasting persistent atrial fibrillation: clinical outcome and mechanisms of subsequent arrhythmias // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2005. Vol. 16. P. 1138–1147.
19. Haissaguerre M., Jais P., Shah D. C. et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins // *N. Engl. J. Med.* 1998. Vol. 339. P. 659–666.
20. Hocini M., Jais P., Sanders P. et al. Techniques, evaluation, and consequences of linear block at the left atrial roof in paroxysmal atrial fibrillation: a prospective randomized study // *Circulation*. 2005. Vol. 112. P. 3688–3696.
21. Karch M. R., Zrenner B., Deisenhofer I. et al. Freedom from atrial tachyarrhythmias after catheter ablation of atrial fibrillation: a randomized comparison between 2 current ablation strategies // *Circulation*. 2005. Vol. 111. P. 2875–2880.
22. Katritsis D., Merchant F. M., Mela T. et al. Catheter ablation of atrial fibrillation the search for substrate-driven end points // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2010. Vol. 55. P. 2293–2298.
23. Konings K. T., Smeets J. L., Penn O. C. et al. Configuration of unipolar atrial electrograms during electrically induced atrial fibrillation in humans // *Circulation*. 1997. Vol. 95. P. 1231–1241.
24. Kumagai K., Nakashima H. Noncontact mapping-guided catheter ablation of atrial fibrillation // *Circ. J.* 2009. Vol. 73. P. 233–241.
25. Lemola K., Oral H., Chugh A. et al. Pulmonary vein isolation as an end point for left atrial circumferential ablation of atrial fibrillation // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005. Vol. 46. P. 1060–1066.
26. Li X. P., Dong J. Z., Liu X. P. et al. Predictive value of early recurrence and delayed cure after catheter ablation for patients with chronic atrial fibrillation // *Circ. J.* 2008. Vol. 72. P. 1125–1129.
27. Liu X., Long D., Dong J. et al. Is circumferential pulmonary vein isolation preferable to stepwise segmental pulmonary vein isolation for patients with paroxysmal atrial fibrillation? // *Circ. J.* 2006. Vol. 70. P. 1392–1397.
28. Magnano A. R., Woollett I., Garan H. Percutaneous catheter ablation procedures for the treatment of atrial fibrillation // *J. Card. Surg.* 2004. Vol. 19. P. 188–195.
29. Mikhaylov E., Gureev S., Szili-Torok T., Lebedev D. Additional left atrial septal line does not improve outcome of patients undergoing ablation for longstanding persistent atrial fibrillation // *Acta Cardiol.* 2010. Vol. 65. P. 153–160.
30. Nademanee K., McKenzie J., Kosar E. et al. A new approach for catheter ablation of atrial fibrillation: mapping of the electrophysiologic substrate // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004. Vol. 43. P. 2044–2053.
31. Nair G. M., Nery P. B., Diwakaramenon S. et al. A systematic review of randomized trials comparing radiofrequency ablation with antiarrhythmic medications in patients with atrial fibrillation // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2009. Vol. 20. P. 138–144.
32. Nilsson B., Chen X., Pehrson S. et al. Recurrence of pulmonary vein conduction and atrial fibrillation after pulmonary vein isolation for atrial fibrillation: a randomized trial of the ostial versus the extraostial ablation strategy // *Am. Heart J.* 2006. Vol. 152. P. 537e1–537e8.
33. Noheria A., Kumar A., Wylie J. V. Jr, Josephson M. E. Catheter ablation vs. antiarrhythmic drug therapy for atrial fibrillation: a systematic review // *Arch. Intern. Med.* 2008. Vol. 168. P. 581–586.
34. Oral H., Chugh A., Good E. et al. Randomized comparison of encircling and nonencircling left atrial ablation for chronic atrial fibrillation // *Heart Rhythm*. 2005. Vol. 2. P. 1165–1172.
35. Oral H., Chugh A., Yoshida K. et al. A randomized assessment of the incremental role of ablation of complex fractionated atrial electrograms after atrial pulmonary vein isolation for long-lasting persistent atrial fibrillation // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2009. Vol. 53. P. 782–789.
36. Oral H., Scharf C., Chugh A. et al. Catheter ablation for paroxysmal atrial fibrillation: segmental pulmonary vein ostial ablation versus left atrial ablation // *Circulation*. 2003. Vol. 108. P. 2355–2360.
37. Pappone C., Manguso F., Vicedomini G. et al. Prevention of iatrogenic atrial tachycardia after ablation of atrial fibrillation: a prospective randomized study comparing circumferential pulmonary vein ablation with a modified approach // *Circulation*. 2004. Vol. 110. P. 3036–3042.
38. Pappone C., Oreto G., Rosanio S. et al. Atrial electroanatomic remodeling after circumferential radiofrequency pulmonary vein ablation: efficacy of an anatomic approach in a large cohort of patients with atrial fibrillation // *Circulation*. 2001. Vol. 104. P. 2539–2544.
39. Parkash R., Verma A., Tang A. S. Persistent atrial fibrillation: current approach and controversies // *Curr. Opin. Cardiol.* 2010. Vol. 25. P. 1–7.
40. Piccini J. P., Lopes R. D., Kong M. H. et al. Pulmonary vein isolation for the maintenance of sinus rhythm in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomized, controlled trials // *Circ. Arrhythm. Electrophysiol.* 2009. Vol. 2. P. 626–633.
41. Po S. S., Nakagawa H., Jackman W. M. Localization of left atrial ganglionated plexi in patients with atrial fibrillation // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2009. Vol. 20. P. 1186–1189.
42. Porter M., Spear W., Akar J. G. et al. Prospective study of atrial fibrillation termination during ablation guided by automated detection of fractionated electrograms // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2008. Vol. 19. P. 613–620.
43. Rostock T., Steven D., Hoffmann B. et al. Chronic atrial fibrillation is a biatrial arrhythmia: data from catheter ablation of chronic atrial fibrillation aiming arrhythmia termination using a sequential ablation approach // *Circ. Arrhythm. Electrophysiol.* 2008. Vol. 1. P. 344–353.
44. Sanders P., Berenfeld O., Hocini M. et al. Spectral analysis identifies sites of high-frequency activity maintaining atrial fibrillation in humans // *Circulation*. 2005. Vol. 112. P. 789–797.

45. Sanders P., Hocini M., Jais P. et al. Complete isolation of the pulmonary veins and posterior left atrium in chronic atrial fibrillation. Long-term clinical outcome // *Eur. Heart J.* 2007. Vol. 28. P. 1862–1871.
46. Sawhney N., Anousheh R., Chen W., Feld G. K. Circumferential pulmonary vein ablation with additional linear ablation results in an increased incidence of left atrial flutter compared with segmental pulmonary vein isolation as an initial approach to ablation of paroxysmal atrial fibrillation // *Circ. Arrhythm. Electrophysiol.* 2010. Vol. 3. P. 243–248.
47. Schmitt C., Estner H., Hecher B. et al. Radiofrequency ablation of complex fractionated atrial electrograms (CFAE): preferential sites of acute termination and regularization in paroxysmal and persistent atrial fibrillation // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2007. Vol. 18. P. 1039–1046.
48. Sheikh I., Krum D., Cooley R. et al. Pulmonary vein isolation and linear lesions in atrial fibrillation ablation // *J. Interv. Card. Electrophysiol.* 2006. Vol. 17. P. 103–109.
49. Smelley M. P., Knight B. P. Approaches to catheter ablation of persistent atrial fibrillation // *Heart Rhythm.* 2009. Vol. 6. P. S33–S38.
50. Takashima H., Kumagai K., Matsumoto N. et al. Characteristics of the conduction of the left atrium in atrial fibrillation using non-contact mapping // *J. Cardiol.* 2010. Vol. 56, № 2. P. 166–175.
51. Takahashi Y., Takahashi A., Miyazaki S. et al. Electrophysiological characteristics of localized reentrant atrial tachycardia occurring after catheter ablation of long-lasting persistent atrial fibrillation // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2009. Vol. 20. P. 623–629.
52. Tamborero D., Mont L., Berrueto A. et al. Left atrial posterior wall isolation does not improve the outcome of circumferential pulmonary vein ablation for atrial fibrillation: a prospective randomized study // *Circ. Arrhythm. Electrophysiol.* 2009. Vol. 2. P. 35–40.
53. Terasawa T., Balk E. M., Chung M. et al. Systematic review: comparative effectiveness of radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation // *Ann. Intern. Med.* 2009. Vol. 151. P. 191–202.
54. Verma A. Atrial-fibrillation ablation should be considered first-line therapy for some patients // *Curr. Opin. Cardiol.* 2008. Vol. 23. P. 1–8.
55. Verma A., Kilicaslan F., Pisano E. et al. Response of atrial fibrillation to pulmonary vein antrum isolation is directly related to resumption and delay of pulmonary vein conduction // *Circulation.* 2005. Vol. 112. P. 627–635.
56. Verma A., Mantovan R., Macle L. et al. Substrate and Trigger Ablation for Reduction of Atrial Fibrillation (STAR AF): a randomized, multicentre, international trial // *Eur. Heart J.* 2010. Vol. 31. P. 1344–1356.
57. Verma A., Marrouche N. F., Natale A. Pulmonary vein antrum isolation: intracardiac echocardiography-guided technique // *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 2004. Vol. 15. P. 1335–1340.
58. Verma A., Wazni O. M., Marrouche N. F. et al. Preexistent left atrial scarring in patients undergoing pulmonary vein antrum isolation: an independent predictor of procedural failure // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005. Vol. 45. P. 285–292.
59. Verma A., Wulffhart Z., Beardsall M. et al. Spatial and temporal stability of complex fractionated electrograms in patients with persistent atrial fibrillation over longer time periods: relationship to local electrogram cycle length // *Heart Rhythm.* 2008. Vol. 5. P. 1127–1133.
60. Willems S., Klemm H., Rostock T. et al. Substrate modification combined with pulmonary vein isolation improves outcome of catheter ablation in patients with persistent atrial fibrillation: a prospective randomized comparison // *Eur. Heart J.* 2006. Vol. 27. P. 2871–2878.

ТҮЙІН

ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С., СЕКЕНОВА Р.К., НУРАЛИНОВ О.М., ТУРСУНБЕКОВ А.Б.

ЖҮРЕКШЕ ФИБРИЛЛЯЦИЯСЫНЫҢ ӘРТҮРЛІ ФОРМАСЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ РАДИОЖІЛКІТІ АБЛАЦИЯ ТӘСІЛІМЕН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Жүрекше фибрилляциясы (ЖФ) өлім қаупінің жоғарылауымен асқынады, инсульт және басқада тромбоэмболиялық асқинулар, өмір сүруге қабілетінің төмендігімен, физикалық күштемелерге төзімділігінің төмендеуімен және сол қарыншаның дисфункциясымен асқынады. Қазіргі таңда, тұрақты нәтиже көрсететін, ЖФ-ның радиожілікті абляциясы жаңа кешлекті емдеу тактикасы әлі де дамуда. Радиожілікті абляция пароксизмалды ЖФ-да таңдаулы әдіс болып табылғанымен, персистірлеулі және ұзақ персистірлеулі ЖФ-ның түрлерінде, қосымша абляция субстратының линиясын енгізу аса маңызды болып табылады.

SUMMARY

ZHILKIBAYEVA A.B., ABDRAHMANOV A.S., SEKENOVA R.K., NURALINOV O.M., TURSUNBEKOV A.B.

RESULTS OF APPLICATION OF METHODS OF RADIO FREQUENCY ABLATION IN PATIENTS WITH VARIOUS FORMS OF FIBRILLATION OF PRECURIITIES

Atrial fibrillation (AF) is associated with an increased risk of death, stroke and other thromboembolic complications (TES), a deterioration in the quality of life, a decrease in exercise tolerance and left ventricular dysfunction. At present, radiofrequency ablation (RFA) of AF has become a new promising tactic of treatment, showing a stable result, the technique of its implementation is still developing. While RFA triggers are the method of choice for paroxysmal AF, the application of additional ablation lines of the substrate that supports fibrillation is extremely important in patients with persistent and long-persistent forms of AF

УДК: 618.36:618.3-06

МЕЙРАМОВА Э.М.

*АО "Медицинский университет Астана",
кафедра внутренних болезней интернатуры*

ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ФАКТОР РОСТА КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Аннотация. В данном обзоре рассмотрены вопросы прогнозирования осложнений течения беременности, в частности преэклампсии. Представлены результаты работ, посвященных изучению роли плацентарного фактора роста в качестве раннего биомаркера развития осложнений.

Ключевые слова: беременность, плацентарный фактор роста, преэклампсия

Приблизительно у 10 % всех беременных женщин в мире течение гестационного периода осложняется развитием гипертензивных нарушений, которые проявляются в виде развития гестационной или ранее существовавшей артериальной гипертензии, преэклампсии или эклампсии [1-3]. Глобальная частота преэклампсии варьирует от 5-14% всех беременностей [4]. Если в США она оценивается в пределах 2% до 6% [5-7], по данным Anderson и соавт., она составляет 3-8% [8,9]. В мире ежегодно регистрируется 8,5 миллионов случаев преэклампсии и в странах Европы она развивается в 2-3 случаях на 10000 родов [10], а в развивающихся странах его частота увеличивается в 10-20 раз и может достигать 18% случаев [11,12].

Преэклампсия является наиболее распространенной акушерской причиной мертворождения, ранней неонатальной [129] и материнской смертности [2,14] в развивающихся странах, в то время как в экономически развитых она занимает 2-3-место [9,15,16].

Патология плаценты является причиной патологического течения гестационного периода у 30% беременных в мире и способствует развитию не только задержке внутриутробного роста плода, гестационного сахарного диабета, множеству случаев спонтанных выкидышей, но также развитию преэклампсии. В последнее десятилетие детальное изучение механизмов развития преэклампсии способствовало выявлению новых биомаркеров раннего выявления заболевания [17]. Наибольшее внимание в последние годы уделяется изучению проангиогенных и антиангиогенных факторов, включающих в себя FMS-подобную тирозинкиназу 1 (sFlt1), эндоглин (sEng), а также эндотелиальный фактор роста (VEGF) и плацентарный фактор роста (PlGF).

Плацентарный фактор роста является мощным проангиогенным фактором, по структуре схожим с VEGF, блокада которого у экспериментальных животных способствовала развитию преэклампсии, что проиллюстрировало значимость PlGF в функции эндотелия [8]. Согласно данным Palm и соавт., при изучении уровней VEGF, PlGF и sFlt1 у здоровых беременных женщин было выявлено, что уровень sFlt1 был относительно постоянным в течении всего периода беременности и снизился лишь после родоразрешения, уровень VEGF определялся лишь в 8% случаев во время беременности и в 64% после родоразрешения. Уровень сывороточного PlGF увеличивался не более чем на 16пг/мл в неделю до 29-30 недельного срока, а затем наблюдалось его снижение на 14пг/мл в неделю до родов [18,19]. При этом, у беременных женщин с многоплодной физиологической беременностью концентрация сывороточных биомаркеров достоверно выше в течение всего периода гестации, что обусловлено большей плацентарной массой [19].

Определение уровня PlGF и антиангиогенного фактора sFlt1 наряду с определением уровня 8-эпипростагландина F2α и спектрофотометрически оцененной общей антиоксидантной способностью у беременных с манифестирующей преэклампсией и артериальной гипертензией было выявлено, что уровни PlGF и его соотношения к sFlt1 были значительно снижены среди беременных с преэклампсией. У беременных женщин с внутриутробной гибелью плода, отслойкой плаценты и ее предлежанием, HELLP синдромом и задержкой внутриутробного развития плода уровень PlGF был достоверно снижен [20]. В связи с чем были проведены исследования, направленные на изучение изменений данных факторов до развития клинических проявлений преэклампсии.

Определение уровня PlGF у 704 беременных женщин, имеющих преэклампсию и артериальную гипертензию в анамнезе в сроках гестации 12, 19, 24-28 недель показало наличие статистически значимой корреляционной связи развития преэклампсии и снижением 12-ти и 19-ти недельного уровня PlGF [21]. Исследования концентрации PlGF во II триместре показали его прогностическую значимость в развитии преэклампсии [17,22-24], однако были выявлены и противоречивые результаты, которые показали отсутствие связи между сниженным сывороточным уровнем фактора и развитием преэклампсии [25].

Исследование Crispie и соавт. показало, что определение сывороточного уровня PlGF во втором триместре беременности наряду с определением пульсационного индекса спиральных маточных артерий

позволяет прогнозировать раннее развитие преэклампсии и ЗВУР плода с 90% чувствительностью и 95% специфичностью. В то время как позднее начало преэклампсии обладает чувствительностью менее 11% [26]. Согласно данным Diab и соавт., определение концентрации PIGF с изменениями sFlt1 и верификации маточной перфузии при доплеровской велосиметрии позволяет увеличить прогностическую значимость в отношении развития преэклампсии [27]. Так авторами было выявлено, что у беременных женщин с выявленными отклонениями доплер-исследования во втором триместре беременности был статистически значимо повышен уровень sFlt1. При этом, у беременных женщин с развивающейся преэклампсией или ЗВУР концентрация PIGF была достоверно снижена, и была более выраженной у женщин с показаниями к досрочному родоразрешению в сроке до 34 недель беременности [27]. Согласно данным Zeilsegi соавт., определявших уровень PIGF и sFlt1 у 1041 беременных женщин в сроке 24-36 недель беременности, соотношение sFlt1 к PIGF равным 38 или более связано с более короткой продолжительностью течения беременности и высоким риском развития преждевременных родов [28].

Определение уровня PIGF в первом триместре беременности показало большую прогностическую значимость, по данным Law и соавт., у беременных женщин с последующим развитием преэклампсии уровень PIGF был достоверно снижен в первом триместре беременности [29].

Parra-Codera и соавт., исследуя уровень PIGF у 359 беременных женщин в сроке 11-14 недель беременности, показали что раннее и позднее развитие преэклампсии характеризовалось нарушением плацентации и снижением уровней ангиогенных факторов роста [30]. Разработанные авторами регрессионные модели, включавшие в себя данные пульсационного индекса маточных артерий и уровень PIGF, позволили прогнозировать вероятность развития преэклампсии с 90% чувствительностью [30].

Yliniemi с соавт. предложили регрессионную модель прогнозирования вероятности развития преэклампсии с учетом уровней PAPP-A, β -ХГЧ, PIGF, альфафетопротеина и рецептора растворимого фактора некроза опухоли-1 в сочетании с возрастом, весом и статусом курения беременных женщин, обладающей чувствительностью 48% [31]. Poop и соавт. связывают сниженный уровень PIGF с малым весом новорожденного с чувствительностью 27% [32]. Исследование Zaragoza и соавт показало, что сниженные концентрации фактора роста в период 11-13 недель беременности могут быть потенциально полезными в скрининге трисомии 21 и других хромосомных аномалиях, обладающих 70-80% чувствительностью [33]. Однако, несмотря на имеющиеся результаты об эффективности оценки плацентарного фактора роста с целью прогнозирования развития преэклампсии, имеются и противоречивые данные, согласно которым его определение не имеет прогностической значимости [34]. Esklid и соавт. исследуя уровни PIGF, наряду с sFlt1 в течение беременности выявили, что высокие концентрации последнего связаны с повышенным риском избыточного послеродового кровотечения [35]. Gishti и соавт. выявили взаимосвязь сниженного плацентарного фактора роста с развитием микрососудистых изменений у потомства в виде развития узких артериол сетчатки глаза [36].

Наряду с вышеописанными возможностями прогнозирования осложнения течения беременности в доступной литературе имеются исследования, проведенные в различных этнических группах. Так, согласно данным Saffer и соавт., у беременных женщин, коренных жительниц Канады и США уровень 5-го перцентиля до 20 недель беременности равнялся 76,4 пг/мл [37]. Изучение уровня PIGF в сроках 15-20 недель беременности у 90 белых, 67 латиноамериканок и 40 черных женщин показало, что у последних его уровень был достоверно выше, и равнялся 47,47 и 50 пг/мл соответственно [38]. Исследование арфо-карибских женщин показало, что на 13 недели беременности уровень PIGF варьирует в пределах 59,2-132 пг/мл [39]. Исследование проведенное в Германии показало, что в сроках 15 недель беременности уровень PIGF у исследуемых беременных женщин равнялся 80,58 пг/мл ($\pm 35,18$) [40]. Согласно данным Nan и соавт. уровень плацентарного фактора роста в первом триместре беременности у китайнок выше, чем у европеоидов [41-43], что согласуется с результатами ряда работ, описывающих повышенные уровни PIGF у беременных женщин с физиологическим течением беременности, проживающих в Восточной и Южной Азии [44-46]. В то время как исследование Тайских беременных женщин показало, что концентрация фактора роста на протяжении всего периода беременности у данных женщин была ниже, чем у европеоидных. Авторы указали на этнические вариации сывороточного маркера ангиогенеза [47]. Исследование уровня PIGF у женщин славянской принадлежности показало, что его уровень в сроке беременности 11-13 недель колеблется в пределах 34,96-59,4 пг/мл [48].

Учитывая, что изучение роли PIGF в развитии преэклампсии проводятся лишь в последние годы, исследование его в Казахстане представляет большой интерес.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. World Health Organization. *Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*, 2014.
2. Duley L. *The global impact of pre-eclampsia and eclampsia // Seminars in Perinatology*. 2009. V.33. I.3. P.130—137.
3. Steegers EA, vonDadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. *Pre-eclampsia*. *Lancet*. 2010. V.21 I.376. P.631—44.
4. Lim K-H, Ramus R M. *Preeclampsia // Obstetrics & Gynecology* 2010. V.21 I.376. P.631—44.
5. Sibai BM. *Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia // Obstet Gynecol*. 2003 . V.102 I.1. P.181-92.

6. Ness RB, Roberts JM. Heterogeneous causes constituting the single syndrome of preeclampsia: a hypothesis and its implications. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Nov. V.175 I.5. P.1365-70.
7. Vatten LJ, Skjaerven R. Is pre-eclampsia more than one disease? // *BJOG*. 2004. V.111. I.4. P.298-302.
8. Веропотвелян П.Н., Соломкина А.Ю., Веропотвелян Н.П., и соавт. Клинический взгляд на ведение беременных группы риска развития преэклампсии // *Здоровье женщины*. 2015 В.6 № 102 С.100-104
9. Anderson U.D., Olsson M.G., Krestenson K.H. et al. Biochemical markers to predict preeclampsia // *Placenta* 2012. V.33 P.42-47
10. Steegers E.A., VonDadelszen P., Duvecot J.J., et al. Preeclampsia // *Lancet*. 2010 V.376:9741 P.631-644
11. Villar J, Betran AP, Gulmezoglu M. Epidemiological basis for the planning of maternal health services. WHO/RHR. 2001.
12. Khedun SM, Moodley J, Naicker T, et al. Drug management of hypertensive disorders of pregnancy // *Pharmacol Ther*. 1997. V.74 I.2 P.221-58.
13. Evans C.S., Gooch L., Flotta D et al. Cardiovascular system during the postpartum state in women with a history of preeclampsia // *Hypertension*. 2011. V.58 I.1. P.57-62.
14. Дикур О.Н., Копылов Ф.Ю. Клиническое значение эндотелиальной дисфункции при беременности как компонента комплексной оценки риска развития преэклампсии // *Архив акушерства и гинекологии*, 2014 . В.2 С.7-13
15. Young B.C., Levine R.J., Karumanchi S.A. Pathogenesis of preeclampsia // *Annu Rev Pathol* 2010. V.5 P.173-192.
16. Веропотвелян П.Н., Веропотвелян Н.П., Смородская Е.П. Современные подходы к диагностике преэклампсии // *Здоровье женщины*. 2013. № 8 (84). – С. 79-84.
17. Муцалханова Ю.С., Тикиджиева В.Ю., Гимбут В.С., соавт. Циркулирующие прогностические биомаркеры преэклампсии // *ПМЖ*. 2015. №14. С. 810
18. Palm M, Basu S, Larsson A, et al. A longitudinal study of plasma levels of soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1), placental growth factor (PlGF), sFlt1: PlGF ratio and vascular endothelial growth factor (VEGF-A) in normal pregnancy // *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011 V. 90 I.11. P.1244-51.
19. Faupel-Badger JM¹, McElrath TF², Lauria M³, Houghton LC⁴, Lim KH⁵, Parry S⁶, Cantonwine D², Lai G⁴, Karumanchi SA⁷, Hoover RN⁴, Troisi R⁸. Maternal circulating angiogenic factors in twin and singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 May;212(5):636.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2014.11.035. Epub 2014 Nov 27.
20. Turpin CA, Sakyi SA, Owiredu WK, et al. Association between adverse pregnancy outcome and imbalance in angiogenic regulators and oxidative stress biomarkers in gestational hypertension and preeclampsia. // *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015V.25 I.15 P.189.
21. Sibai BM, Koch MA, Freire S, et al. Serum inhibin A and angiogenic factor levels in pregnancies with previous preeclampsia and/or chronic hypertension: are they useful markers for prediction of subsequent preeclampsia? // *Am J Obstet Gynecol*. 2008 V.199 I.3 P.268.e1-9.
22. Kim S.Y., Ryu H.M., Yang J.H. et al. Increased sFlt-1 to PlGF ratio in women who subsequently develop preeclampsia // *J. Korean Med. Sci*. 2007. Vol. 22 (5). P. 873-877.
23. Espinoza J., Romero R., Nien J.K. et al. Identification of patients at risk for early onset and/or severe preeclampsia with the use of uterine artery Doppler velocimetry and placental growth factor // *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2007. V. 196 L.4. P.326e.1-13.
24. Unal E.R., Robinson C.J., Johnson D.D., et al. Second-trimester angiogenic factors as biomarkers for future-onset preeclampsia // *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2007. V.197 I.2. P. 211-214.
25. Lambert-Messerlian G.M., Canick J.A. Placenta growth factor levels in second-trimester maternal serum in Down syndrome pregnancy and in the prediction of preeclampsia // *Prenat. Diagn*. 2004. V. 24 I.11. P. 876-880.
26. Crispi F., Llubra E., Dominguez C. et al. Predictive value of angiogenic factors and uterine artery Doppler for early- versus late-onset pre-eclampsia and intrauterine growth restriction // *Ultrasound Obstet. Gynecol*. 2008. V. 31 I.3. P. 303-309.
27. Diab A.E., El-Beheery M.M., Ebrahiem M.A., et al. Angiogenic factors for the prediction of pre-eclampsia in women with abnormal midtrimester uterine artery Doppler velocimetry // *Int. J. Gynaecol. Obstet*. 2008. V. 102 I.2. P.146-151.
28. Zeisler H, Llubra E, Chantraine F, et al. Soluble fms-Like Tyrosine Kinase-1-to-Placental Growth Factor Ratio and Time to Delivery in Women With Suspected Preeclampsia. // *Obstet Gynecol*. 2016 V.128 I.2 P.261-9.
29. Law L W, Sahota DS, Chan LW, et al. Serum placental growth factor and fms-like tyrosine kinase 1 during first trimester in Chinese women with pre-eclampsia – a case-control study // *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2011 V. 24 I.6
30. Parra-Cordero M, Rodrigo R, Barja P, et al. Prediction of early and late pre-eclampsia from maternal characteristics, uterine artery Doppler and markers of vasculogenesis during first trimester of pregnancy. // *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013 V.41I.5 P.538-44.
31. Yliniemi A, Makikallio K, Korpimaki T, et al. Combination of PAPPa, fhCGβ, AFP, PlGF, sTNFR1, and Maternal Characteristics in Prediction of Early-onset Preeclampsia. // *Clin Med Insights Reprod Health*. 2015 V.11 I.9 P.13-20.
32. Leona C. Y. Poon, Edgar Zaragoza, Ranjit Akolekar, et al. Maternal serum placental growth factor (PlGF) in small for gestational age pregnancy at 11⁺⁰ to 13⁺⁶ weeks of gestation // *Prenatal diagnosis j* 2008 DOI: 10.1002/pd.2143
33. Zaragoza E, Akolekar R, Poon LC, et al. Maternal serum placental growth factor at 11-13 weeks in chromosomally abnormal pregnancies. // *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2009 V.33 I.4 P.382-6.
34. Krauss T, Pauer HU, Augustin HG. Prospective analysis of placenta growth factor (PlGF) concentrations in the plasma of women with normal pregnancy and pregnancies complicated by preeclampsia. // *Hypertens Pregnancy* 2004. V.23 P.101-111.
35. Eskild A, Jeansson S, Jenum PA, et al. Levels of angiogenic factors in pregnancy and post-partum bleeding. // *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008. V.87 I.10 P.1081-3.
36. Gishiti O, Jaddoe VW, Felix JF, et al. Influence of maternal angiogenic factors during pregnancy on microvascular structure in school-age children. // *Hypertension*. 2015 V.65I.4 P.722-8.
37. Craig Saffer, Gayle Olson, Kim A. Boggess et al. Determination of placental growth factor (PlGF) levels in healthy pregnant women without signs or symptoms of preeclampsia // *Pregnancy Hypertension*. 2013. V.3 I.2 P.124-132
38. Juan Yang, Michelle Pearl, et al. Racial-ethnic differences in midtrimester maternal serum levels of angiogenic and antiangiogenic factors // *Am. j. Obstet. Gynecol* 2016 V.215 I.3 P.359
39. Joyce L. Browne, Kerstin Klipstein-Grobusch, Maria P. H. Koster, et al. Pregnancy Associated Plasma Protein-A and Placental Growth Factor in a Sub-Saharan African Population: A Nested Cross-Sectional Study // *Plos one*, 2016, P.1-16
40. Schmidt Markus, Dogan Canan, Birdir Cahit, Плацентарный фактор роста как прогностический маркер развития преэклампсии. // *акушерство и гинекология* Декабрь 2013, 19 стр.

41. Han J., Liu H., Xu Z.P., et al. Maternal serum PLGF in Chinese women in the first trimester undergoing screening for Down syndrome // *Eur. j. Obstet Gynecol. and Reprod. Biol.* 2016 V.201 P.166-170
42. Donalson K, Turner S, Morrison L, et al. Maternal serum placental growth factor and alpha-fetoprotein testing in first trimester screening for Down syndrome. // *Prenat Diagn* 2013 V.33 P.457-61.
43. Johnson J, Pastuck M, Metcalfe A, et al. First-trimester Down syndrome screening using additional serum markers with and without nuchal translucency and cell-free DNA. // *Prenat Diagn* 2013;33:1044-9.
44. Cowans NJ, Spencer K. Effect of gestational age on first trimester maternal serum prenatal screening correction factors for ethnicity and IVF conception. // *Prenat Diagn.* 2013V.33 P. 56–60.
45. Pandya P, Wright D, Syngelaki A et al.. Maternal serum placental growth factor in prospective screening for aneuploidies at 8–13 weeks' gestation. // *Fetal Diagn Ther.* 2012 V.31 P.87–93.
46. Tsiakkas A, Duvdevani N, Wright A, et al.. Serum placental growth factor in the three trimesters of pregnancy: effects of maternal characteristics and medical history. // *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015V.45 P. 591–8.
47. Wataganara T, Pratumvinit B, Leetheerakul J, et al. Lack of correlation between placental weight and circulating soluble fms-like tyrosine kinase-1 and placental growth factor suggests trophoblastic activity as a major contributor to the serum pool. // *Pregnancy Hypertens.* 2012 V.2 I.3 P.305.
48. Иванец Т.Ю., Алексеева М.А., Гончарова Е.А., Ходжаева З.С. Маркеры преэклампсии в первом и втором триместрах беременности // *Проблемы репродукции*, 2012 В.3 С.83-87

ТҮЙІН

МЕЙРАМОВА Ә.М.

«Астана Медицина университеті» АҚ, интернатура бойынша ішкі аурулар кафедрасы

ПЛАЦЕНТАЛЫ ӨСУ ФАКТОРЫ ЖҮКТІЛІКТІҢ АСҚЫНУЛАРЫН БОЛЖАУ РЕТІНДЕГІ ПРЕДИКТОР

Әдебиетті шолу мақалада жүктіліктің асқынуларын болжау мәселесі қарастырылған. ақынудан ерте биомаркері ретінде плаценталы өсу фактордың рөлі зерттеген ғылыми жұмыс нәтижелері қарастырылған.

SUMMARY

MEIRAMOVA A.

JSC "Medical university Astana"

PLACENTAL GROWTH FACTOR AS A PREDICTOR OF COMPLICATIONS OF PREGNANCY

In this review, the issues of predicting the complications of the course of pregnancy, in the frequency of preeclampsia, are considered. The results of studies on the role of the placental growth factor as an early biomarker for the development of complications are presented.



B. T. AITENOV, A.B. ARENOV, E.K.TASMAGAMBETOVA

*JSC «Astana Medical University»,
The Prophylactic Medicine and Nutrition with Sports Medicine Course Department***REHABILITATION AND RECREATIONAL ACTIVITIES BY MYOFASCIAL CHANGES AFTER MYOCARDIUM REVASCULARIZATION AMONG ELDERLY AND OLDER AGE PATIENTS**

Abstract: the article presents a comparative analysis of the monitoring of 45 patients (mean age $57,5 \pm 8,5$ years) with cardiovascular diseases. The proposed rehabilitation and recreational activities for patients of elderly and older age with the use of biocorrection in clinical status after myocardial revascularization and rehabilitation programs recommended by the WHO. The obtained data can be used as criteria of efficiency of polyclinic stage of rehabilitation of patients who lasting 21 days.

Keywords: rehabilitation and recreational activities, coronary heart disease, physical training, functional muscle test, my of asocial trigger points.

Introduction

International experience study of the health of the population shows significant effectiveness of screening programs. Studies of screening programs are based on the main principle of prevention – the early detection of diseases among the population with a high risk of their development. So, in some countries, a screening program is used as one of the main methods to estimate the prevalence of hypertension and further monitoring in dynamics. In many countries screening program is used not only as a surveillance program for people with identified risk factors or diseases of the circulatory system.[9,10] Currently in Kazakhstan pathology of the cardiovascular system is leading among the causes of morbidity of the population and is the leading in the structure of mortality. The leading risk factors for cardiovascular disease include Smoking, obesity, family cardiac history, family history, previous arterial hypertension, alcohol consumption, stress, physical inactivity, hyperlipidemia.[2,8] According to the (who) world health organization, the world each year from cardiovascular disease kills more than 17 million people, including from coronary heart disease more than 7 million, which is characterized by a high rate of complications, including death. Diseases of the circulatory system in many economically developed countries, as in Kazakhstan, despite the relatively high level of development of medicine, remains a major cause of mortality. According to the Agency of the Republic of Kazakhstan on statistics, the morbidity increased from 2273,1 (2009) to 2463,2 (2013) on 100 thousand population. [3,5]. Numerous clinical and statistical studies suggest that diseases common in the average, elderly and senile age. According to who, older patients are persons aged 60-74 years old age 75-80 years of age and persons older than 90 years old to centenarians. Efficiency and prognosis of surgical interventions are determined not only by duration and characteristics of the disease, the number of stenotic vessels, completeness of revascularization, the presence of postoperative complications. Largely it depends on tactics of treatment of patients with coronary heart disease in the postoperative period, from the programs of rehabilitation, including the use of the most effective programs of physical exercises. After surgical and endovascular treatment in the postoperative period, patients remain on the phenomenon of maladjustment of the cardiovascular, respiratory, and regulatory systems of the body. They are most pronounced in the early stages of treatment and appear cardialgia, a violation of the bioelectric activity of the heart and arrhythmia, decreased myocardial contractile, myocardial, coronary and aerobic reserves of the organism, development of inflammatory and cicatrice changes in the organs and tissues of the chest. In Saint Vincent Declaration formulated practical recommendations (1989), which result in most countries was developed and implemented screening program for the main socially significant diseases (BSC, etc.), which helped to reduce mortality, improve quality of life, etc.

Goal: To justify the rehabilitation and recovery measures its impact on the body's tolerance to physical stress and the condition myopically structures in patients that are performed in aerobic and mixed mode undergoing surgical and through the skin myocardial revascularization.

Materials and methods:

The dynamics of the state of 45 patients was analyzed after myocardial revascularization. Patients underwent examination and rehabilitation in the conditions of the Department of preventive medicine, nutrition course sports medicine at JSC "Astana Medical University", for the period from April to August 2015 at the polyclinics.

The main study group consisted of 35 men, including 20 patients with myocardial infarction with subsequent emergency revascularization by balloon angioplasty and stenting, 8 patients after endovascular revascularization. The average disease duration for the group was 7.4 ± 3.5 years, mean age of 58.6 ± 8.4 years. The control group included 13 men with myocardial infarction with subsequent emergency revascularization by balloon angioplasty

and stenting. The average disease duration of 7.9 ± 1.3 years, mean age of 50.2 ± 7.2 years. During the period of treatment in both groups were observed cases of acute coronary artery disease. Patients received the recommended medications, including beta blockers, calcium antagonist, antibody agents and stains. Rehabilitation measures in the main group was started 3-5 weeks after myocardial revascularization under the supervision of specialists in the clinic. On 2-3rd day after the rehabilitation in the clinic conducted a test for exercise tolerance.

The study was conducted according to the modified Bruce Protocol. All the patients were subjected to functional muscle test (FMT), the purpose of which was to identify the change in the function and status of segmental and associative muscles were simultaneously determined by myofascial trigger points (MFTT), areas of hypertonicity was evaluated the type and severity of muscular imbalance, as well as defects in motor stereotype.[1] The study group patients were excluded: patients with hypertension I and II stages, valvular heart disease, diseases of myocardium and pericardium, liver, kidneys, endocrine system, and advanced oncological and systemic rheumatic diseases, and chronic lung disease. Patients in both groups had no significant differences in age, clinical data, methods and means of treatment, in addition to programs of physical rehabilitation. In the main group patients were engaged in physical therapy program, including biocorrection. The control group patients took a course of rehabilitation and was doing physical therapy on the methodology of the who, recommended for patients after myocardial infarction.

For all patients of the main group rehabilitation activities consisted of four components.

1. In the complex of therapeutic exercises used exercises to address muscle imbalance (relaxation of tension, concentric and eccentric tension of weakened muscles), breathing exercises. Great attention was paid to exercises for the muscles of the neck, shoulders and chest, having a common segmental innervation of the heart, i.e. from the spinal cord segments C3-C8, Th1-Th6, which have a reflex influence on neural processes in the myocardium.

2. Aerobic training on the cardio equipment (treadmills, exercise bikes, ergometer). Classes are held five times a week. Their duration was 15 min (at the beginning of the rehabilitation course) with a gradual increase in workload (including adequate response) to 35 min. during the training were used intermittent option loads involving alternating "background" (50-60% of threshold power in accordance with the data of the preliminary treadmill test) and 2-3 minute peak (70-80% of threshold power) loads. A variety of machines and possibilities of their combinations during training allowed to undergo physical rehabilitation to all patients outside dependency whether they have concomitant diseases, injuries musculoskeletal and overweight.

3. Segmental massage (C3-Th6) is aimed at eliminating pathological myofascial lesions in the segmental muscles and dermatomes.

4. Dosed walking(with a pedometer) daily, starting with 1-2 miles a day at a speed of 70-80 min step with the gradual increase of load up to 7-8 km a day at a speed of 80-90 step min to the end of the rehabilitation course.[4,6,7]

Retest the examinee performed a similar program at the end of rehabilitation, after a cycle of physical exercises. The results of the three-week course of rehabilitation therapy was assessed by the magnitude of the changes of indexes of tolerance of the organism to physical strains and changes in the results of functional muscle test.

Results and discussion:

After the end of rehabilitation there was a significant increase in the number of patients who terminated the test due to reaching the prescribed level of heart rate in the main group of 84.3% in the control to 40%. Differences in treatment efficiency in the main and control group these figures were accurate. It was observed that all patients had a significant increase and endurance to physical strains as the result of implementation of the program training implementation.

However, during the study it was observed that the increase of tolerance to physical loads in patients with baseline low or the average level threshold of the load held in the main and selected those with the threshold power until the beginning of physical therapy was below average: males < 5 IU. Only with the relevant source exercise tolerance, there were 22 men (18 from the main group with an initial average level of the threshold load after the treatment significantly increased the number of persons who reached sub maximal heart rate. The magnitude of the threshold load in these patients with 4.6 ± 1.6 IU significantly increased to 8.3 ± 1.5 IU ($p < 0.05$). In 7 patients of the control group from the original cuts at the end of the course was not. The average threshold power increased to 5.5 ± 1.4 IU ($p > 0.05$).

Thus, after a course of physical therapy in both groups, an increase of tolerance to physical loads. However, among patients with baseline low tolerance (less than 5 IU) a significant increase in threshold power was observed only after the rehabilitation as we developed the technique. Rehabilitation according to the standard technique did not lead to a significant change in these parameters.

Table 1 - Detection rate of pathology changes in the muscles of the observed patients (%)

Muscles	The main group (25)		The Observed group (10)	
	Before treatment, left/right.	After treatment left/right.	Before treatment, left/right.	After treatment left/right.
The lower oblique muscle of head	95/84	58/49	75/80	65/60
Belt muscle	70/60	34/30	70/60	60/50
Sternocleidomastoid muscle	68/56	25/22	65/55	55/50
Levator scapulae muscle	70/78	36/40	70/80	65/70
The upper part of the trapezius muscle	100/100	46/50	100/95	90/85
Infraspinatus muscle	78/88	40/48	70/75	60/65
subscapularis muscle	46/50	20/26	45/40	35/35
Scalene muscles	56/48	20/16	45/40	40/35
Large and small pectoral muscles	76/100	35/50	70/85	65/80
Deep flexors of the neck	88	42	85	75
Rectifier torso:				
Thoracic	100	30	95	85
Lumbar	100	20	75	65
The bottom locking blades	100	40	95	90
Isochronally muscle	94/84	38/36	95/85	85/80
Rectus abdominis muscles	98	72	100	90
Abdominal external oblique muscles	96/96	84/84	90/90	85/85

All patients have been eliminated, the tension of the lower oblique muscles of the head, belt, sternocleidomastoid, levator scapula, subscapularis, stair, adduction thigh the piriformis muscles, ligaments of the pelvis. Decreased the tension of the upper parts of the trapezius muscles, infraspinatus, large and small chest, straightener of spine, muscles of the lower extremities. Increased strength and endurance of the deep neck flexors, large and middle gluteal muscles. The average value of the functional muscle test for the main group decreased from 49.5 ± 5.9 years to 33.2 ± 7.5 points ($p < 0.05$).

The change in the strength of the abdominal muscles was not significant. Impossible, for their training requires great effort and the possibility of the body than those possessed by our patients. Rehabilitation according to the standard technique did not provide special treatment on muscle (extensibility, strength and endurance). Therefore, in patients in the control group the results of functional muscle testing before and after treatment was not significantly different and amounted to treatment of 53.9 ± 5.5 and after the rehabilitation course of 47.8 ± 4.3 points ($p > 0.05$).

Characteristic changes in the muscles in the patients examined was to determine if purposeful sliding palpation of Myofascial trigger points that were identified in shortened and relaxed muscles. In a separate muscles on the left and right sides of the Myofascial trigger points were detected with different frequency. So, Myofascial trigger points are often found in the left sternocleidomastoid, levator scapulae, middle and lower portions of the trapezius, large and small rhomboids, infraspinatus, subscapularis, large round, small chest, the sternal muscles in the clavicular portion of the pectoralis major muscle. Right MFTT more prevalent in the sternocleidomastoid, scalene muscles. In the rest of the muscles Myofascial trigger has accionarios with equal frequency on the right and left. Noteworthy is the fact that a number of muscles (the upper portion of the trapezius muscle on the left sternal and the clavicular part of the pectoralis major on the left, and the muscle locks the scapula to the left) often showed a 2 myofascial trigger points, and it's in 100% of cases concerned patients with myocardial infarction. After completion of the rehabilitation conducted as we developed the program and included a special corrective exercises and segmental massage, the number of myofascial trigger points in the muscles significantly decreased. The patients who underwent rehabilitation according to the standard program, such a change has not occurred.

Table 2 - Prevalence of Myofascial trigger points before and after the rehabilitation course (%)

Мышцы	The main group		The Observed group	
	.Before treatment, left/right	After treatment left/right.	Before treatment, left/right	After treatment left/right.
Sternocleidomastoid muscle	71/51	24/12	70/50	65/45
Levator scapulae muscle	43/88	12/73	45/85	40/80
The upper part of the trapezius muscle	100/100	46/50	100/95	90/100
Infraspinatus muscle	78/88	40/48	70/75	25/80
Subscapularis muscle	46/50	20/26	45/40	55/40
Scalene muscles	56/48	20/16	45/40	30/95
Pectoralis major and sternal part of the muscle	76/100	35/50	70/85	40/95
Pectoralis major, clavicular part of the muscle	88	42	85	30/85
Rectifier of the torso: Thoracic	88	42	85	30/85
The bottom locking blades	100	40	95	72/100
Round muscle	94/84	38/36	95/85	10/70

Conclusion:

The obtained results reliably indicate that the use of physical exercises and segmental massage in the integrated rehabilitation programme leads to a more pronounced increase compensatory-adaptive reactions of the cardiovascular system in patients after myocardial revascularization and to improve the functional status of the muscular system.

LITERATURE:

1. D. M. Aronov *Functional tests in cardiology*. Moscow.: Medpress-inform, 2007. 297p.
2. M. C. Bekbosynova. *Practical Conference. "Modern problems of cardiology"//Clinical Medicine of Kazakhstan №1, 2004 p.160.*
3. J. B. Bekbergenova, D. U. Kassimova. *Morbidity and mortality from diseases of the circulatory system of the population of the Republic of Kazakhstan//Coll. abstracts of the International scientific-practical conference of students and young scientists of JSC "Astana Medical University"(9-10 April 2014).-P. 268-269.*
4. V. A. Yepifanov V. A. (edited). *Medical rehabilitation: a Guide for physicians. (edited) Moscow.: Medpress-inform, 2005. 328 p.*
5. J. B. Bekbergenova, G. A. Derbisalin, D. U. Kasimova, A. B. Tsepke A. B. *The effectiveness of screening for diseases of the circulatory system in Astana/ by J. B. Bekbergenova, G. A. Derbisalin, D. U. Kasimova, A. B. Tsepke A. B. // Astana medical magazines. -2014.-№ 3. -pp. 200-203,*
6. S. G. Agaev, O. A. Shugayev *Rehabilitation after myocardial revascularization. Moscow.: Medical Literature, 2009. p.128.*
7. A.V. Shakula, S. A Belyakin, A. M. Shchegolkov *Medical rehabilitation of patients with coronary heart disease after coronary artery bypass surgery// Doctor. – 2007. – T. 5. – Pp. 76-79.*
8. *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Geneva, World Health Organization, 2013.*
9. Giuseppe Mancia. *2013 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension : the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, J. Redon and others // European Heart Journal. – 2013. Vol. 34. – P. 2159-2219.*
10. *Effect of screening and life stle counseling on incidence of coronary heart disease in general population: Inter99 randomised trial BMJ 2014; 348 doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g3617 (Published 9 June 2014) Cite this as: BMJ 2014;348:g3617/ T. Jorgensen, R. K. Jacobsen, U. Toft, M. et al Aadah. – Denmark, 2014.*

ТҮЙІН

Б.Т. АЙТЕНОВ, А.Б. АРЕНОВ, Е.К.ТАСМАГАМБЕТОВА
“Астана Медицина Университеті” АҚ Астана қаласы

**ҚАРТ ЖӘНЕ ЕРЕСЕК ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ МИОКАРД РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯСЫ
БҰЛШЫҚ ЕТ СІЦІРЛІК ӨЗГЕРІСТЕРІ КЕЗІНДЕГІ ОҢАЛТУ САУЫҚТЫРУ ШАРАЛАРЫНЫҢ
НЕГІЗГІ КРИТЕРИЙЛЕРІ**

Мақалада, орта жасы 59,2±8,2 жыл, жүрек-қантамырлар жүйелерінің аурулары кезіндегі 35 науқастың салыстырмалы анализ бақылаулары қарастырылады.

ДДСҰ бойынша, кәрі жастағы науқастарға миокард реваскуляризациясының кейінгі клиникалық жағдайын дұрыстау мақсатында сауықтыру және оңалту шаралары баяндалды.

Алынған мәліметтер бойынша емханалық сатыдағы науқастарды сауықтыру шаралары бойынша 21 күн жалғасады.

РЕЗЮМЕ

Б.Т. АЙТЕНОВ, А.Б. АРЕНОВ, Е.К.ТАСМАГАМБЕТОВА
АО «Медицинский Университет Астана» Астана Казахстан

**НЕКОТОРЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННО – ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЕРИЗАЦИИ МИОКАРДА У
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

В статье представлен сравнительный анализ наблюдения за 35 пациентами (средний возраст 59,2±8,2 года) с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Предложено реабилитационно-оздоровительное мероприятие для пациентов пожилого и старшего возраста с применением миокоррекции на клиническое состояние после реваскуляризации миокарда и программы реабилитации рекомендованной ВОЗ. Полученные данные могут использоваться в качестве критериев эффективности поликлинического этапа реабилитации пациентов, продолжительностью 21 день.



УДК: 613.7:371.71

ЖАКСЫБЕКОВА І.С., АБДУЛДАЕВА А.А., ДАЛЕНОВ Е.Д., ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.
«Астана Медицина Университеті» АҚ

СТУДЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ВАЛЕОКИНЕТИКАНЫҢ ӘСЕРІ

Аннотация: Бұл мақалада валеокинетикалық жаттығулар кешенінің студенттердің денсаулық жағдайына әсері зерттеу бойынша өзіндік зерттеудің нәтижелері қарастырылып отыр. Валеокинетикалық жаттығулар кешенін жүргізу жастар арасында артериалдық гипертонияның даму қаупін алдын алуға мүмкіндік береді.

Кілтті сөздер: валеокинетика, денсаулық жағдайы, дене салмағының индексі, артериялық қысым.

Өзектілігі: Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының шешімі бойынша артериялық гипертония маңызды мәселелердің бірі. Жоғары артериялық қысым халық арасында кең тараған, дегенмен ауру жиі симптомсыз өтуіне байланысты дәрігерлер мен науқастардың назарынан тыс қалуда [1].

ДДҰ - ның 2010 жылы берген мәліметтері бойынша артериялық гипертония дүниежүзі халқының 26% кездеседі, сонымен қатар 2025 жылы бұл көрсеткіш 29%-ды құрайды деген болжам берілген. Ал ең үлкен өсім экономикалық дамушы елдерде байқалады, себебі науқастардың 75% экономикалық дамушы елдерде өмір сүреді деп күтілуде. Қазіргі таңда ауру жастар мен жасөспірімдер арасында таралу мәселесі назардан тыс қалып отыр. Дегенмен, көптеген ғалымдар жастар арасындағы артериялық гипертония болашақ халықтың денсаулық жағдайын анықтайды деген тұжырыммен толық келіседі [2].

Қазақстан Республикасы Денсаулық Сақтау және Өлеуметтік даму министрлігінің мәліметтері бойынша артериялық гипертония жастардың 10-14% кездеседі. Сонымен қатар, 2010 жылмен

салыстырғанда 2015 жылы аурудың 20%-ға дейін өсу динамикасы байқалды. Қазіргі таңда гипертониялық ауру және өзге де жүрек қан-тамыр жүйесі ауруларының қауіп-қатер факторлары анықталды. Оларға жас ерекшеліктері, гиперлипидемия, дұрыс тамақтанбау, гиподимания, ішімдік, шылым шегу, артық салмақты жатқызамыз. Бұл факторларды дәстүрлі факторлар қатарына қосады [3,4]. Жас кезінде анықталған қауіп факторлары мен ересектер арасында артериялық гипертонияның арасындағы болжамдық маңыздылығы дәлелденді [5]. Жұмыс барысында қарастырылған әдеби шолуға сүйене отырып, жастар арасында жүрек-қан тамыр аурулары даму қаупі жоғары топты бөліп, олардың арасында валеокинетикаға негізделген профилактикалық іс-шаралар кешенін жүргізу өзекті болып табылады.

Мақсаты: Валеокинетика негіздеріне сүйене отырып, студенттерде гипертониялық жағдайды алдын-алуға бағытталған іс-шаралар кешенін ғылыми негіздеу.

Материалдар мен зерттеу әдістері:

Зерттеу барысында 1400 студенттің денсаулық жағдайына баға беріліп, 257 студенттің тамақтану жағдайы бағаланды, олардың барлығы артериалды гипертония қауіп факторларын анықтауға арналған сауалнамадан өтті. 64 студент гипертониялық жағдайдың бастапқы профилактикасына валеокинетиканың әсерін зерттеу бойынша зерттеуге қатысты. 33 студент валеокинетиканың 1 жылдық курсынан өтіп негізгі топты құрады, қалған 31 бақылауда болған, бірақ валеокинетика курсынан өтпеген студенттер бақылау тобын құрады. Зерттеуге қатысушылар жайлы мәліметтер 1 кестеде көрсетілген.

1 кесте - Зерттеуге қатысушылар жайлы мәліметтер:

Топ	Валеокинетика	Бақылау
Барлық қатысушылар	n=33	n=31
Әйелдер	73% (n=24)	84% (n=25)
Ерлер	27% (n=9)	17% (n=6)

Зерттеуге қосу үшін критерийлер: Зерттеуге қатысушылар ретінде 18-25 жас аралығындағы артериялық гипертония қауіп факторлары анықталған студенттер алынды. Олар қарсы көрсетілімдерді анықтауға арналған медициналық тексерістен өтіп, клиникалық зерттеуге қатысу туралы шешім қабылдады.

Зерттеуден шығару критерийлері: Зерттеуге 18 жасқа толмаған, жүкті әйелдер және медициналық қарсы көрсетілімдері бар студенттер қатысты.

Ағзаның бейімделу мүмкіншіліктері Г.Л. Апанасенко бойынша зерттелініп, негізгі 5 көрсеткіш арқылы адам денсаулық жағдайына баға берілді (3кесте). Олар:

1. Дене салмағының индексі
2. Жүрек соғысы жылдамдығы мен систолалық артериалды қысым көбейтіндісінің, 100-ге бөліндісі: $(ЖСЖ * сАҚ) / 100$
3. Өкпенің тіршілік сыйымдылығының науқастың дене салмағына қатынасы: $ӨТС / ДС (мл / кг)$
4. Білезік динамометрия көрсеткішінің (Д) дене салмағына бөлініп, 100 көбейтілген көрсеткіші: $Д / ДС * 100 (н / кг)$
5. 30 сек ішінде ЖСЖ 20 рет отырып тұрғаннан кейін қалпына келу уақыты.

Зерттеу нәтижелері мен оны талқылау:

Валеокинезис – бұл организмнің үнемі валеостаз күйін ұстап тұратын ағымдық процесінің, сонымен бірге бұзылған құрылымдары мен қызметтерін қалпына келтіруге бағытталған, органдар мен жүйелердің қызмет жасауларының теңдігін қалпына келтіруге бағытталған жиынтық. Басқа сөзбен айтқанда валеокинез организмдегі бұзылған теңесулерді қалпына келтіруді қамтамасыз етеді [6].

Валеокинетика – валеокинез «құралдарының» бірі дене жаттығуларының нақты әдістемелерімен организмнің ішкі ортасындағы теңесуді қолдауға арналған дене және физиологиялық әрекеттер тәсілі.

Валеокинетика әдістері дене рабилитациясының ұқсас әдісі болып табылады, осы зерттеуде гипертониялық жағдайдың даму қаупі бар тұлғаларға қолданылудың тиімділігі бағаланатын болады.

Валеокинетика – ритмдік әуен арқылы атқарылатын аэробты дене жаттығуларының белгілі реттілігін және жиынтықты қосатын әдістеме.

Валеокинетикада қарапайым, жақсы танымал және барлық жерде қолданылатын жаттығулар қолданылады, онда шейпинг, аэробикалар, йогалар, зумба және с.с. Бірақ валеокинетика әдісінде жаттығулардың реттілігі оптималды жинақталған, сонымен бірге организмнің бұлшықеттерінің оның ішінде ұсақтарын да қосатын мүмкіндігінше максималды санын жаттығу процесіне біріктіріледі. Сонымен қатар әдістің басты ерекшелігі барлық жаттығулар серпілулерді қоспағанда, жатқан (арқаға, ішке, оң жақ сол жақтарда) және де төрт аяқтап тұру кейпінде орындалады.

Адамның көлденең жатқан кейпіндегі айырмашылық төменгі аяқтарға қарағанда бастағы және дененің жоғарғы бөлігінің тамырлық қысымы төменірек болады, ол бастысы гравитациялық күшпен негізделеді. Сондықтан төртаяқтап және жатып жасайтын жаттығулар жиынын «антигравитациялық» деп атауға

болады, олар бас, мойын және төменгі аяқтар тамырларының арасындағы тамырлық қысымды теңестіруге көмектеседі, осы ретте тамырларға серпіліс бере, қан айналымын нығайтады, күре тамырларындағы микротромбалар мен холестеринді дақтар түзілуінің алдын ала отырып көмектеседі [7].

Валеокинетикалық жаттығулардың маңызды аспектілері организмнің басты тірек бұлшықеті болып табылатын ішастар пресі мен жамбас бұлшықеттеріне үнемі күш түсіру болып табылады (кор деп аталатын).

Валеокинетика жаттығуларының базалық комплексі 70 шамасындағы жаттығуларды құрайды. Әр жаттығу жаттығулардың әр қайсысының 12-18 қайталануы арқылы 30-40 жаттығудан тұрады. Әр сабақта жаттығулар 10-20% -ға өзгереді. Сабақтың ұзақтылығы 60-90 минутты құрайды, сабақ 6 айдан кем емес уақыт аралығында аптасына 3 реттен жиі емес кезеңде жүргізіледі.

Психологиялық оң әсерден басқа сабақ уақытында ритмдік музыкаларды қолдану бір уақытта бірнеше жаттығуды келісімді орындауға көмектеседі, осы орайда организмнің бұлшықеттерінің түрлі топтарының қатысуына бір уақытта бірлесе отырып, оның ішінде дәстүрлі жаттығуларда сирек көңіл аударатын ұсақ бұлшықеттер белсенеді [8].

Гипоксия, гиперкапния шекті формалары компенсацияларының механизмдері немесе олардың организмдегі комбинациялары шытырма факторлардың толық комплексіне организмнің тұрақтылығын жоғарылатуға бағытталған, бейімділік реакцияны қалыптастырудағы белгілі үйрену мәнін береді, сондықтан гипоксиялық-гиперкапникалық жаттығу организм аэробтық-анаэробтық бейімділік мүмкіндіктерін жоғарылатудың тиімді құралы болып табылады [9]. Осы орайда дене жаттығуларын орындау кезінде физиологиялық гиперкапнияларды қолдану жаттығу жүктемелерінің көптігін жоғарылатусыз организмнің қызметтік мүмкіндіктерінің деңгейін жоғарылатуға мүмкіндік береді [10]. Сонымен бірге, гиперкапникалық жаттығуды организмге жалпы сауықтырулық әсері ретінде профилактикалық, спортта тиімді қалпына келтіру процесін жоғарылатуға тіндердің компенсациялайтын гипоксиясы, қалпына келтіру құралы ретінде қолданылатындығы көрсетілген. Валеокинетикамен сабақ жүргізу уақытында физиологиялық гиперкапния тек мұрын арқылы ғана тыныс алумен атқарылады, жаттығуды орындау уақытында ауыз арқылы ауаның кіруін шектейтін «еріндік пластинкалар» қолданылуы мүмкін.

Осы орайда валеокинетика әдістерінің негізгі принциптерін анықтауға болады: жатқан және төртаяқтап кейпіндегі жалғасымды өзара байланысқан жаттығулар жиыны, организмнің ұсақ бұлшықеттерінің әрекеттесуі, жаттығуды орындау кезінде ішастарлы пресі және жамбас бұлшықеттері жүктемесі, бірнеше жаттығуларды бір уақытта атқарудың ритмділігі және бір уақыттылығы, мұрын арқылы тыныс алу.

Әдістің қарапайымдылығын есепке ала отырып арнайы жабдықты сатып алуға қосымша экономикалық шығындар қажеттілігінің жоқтығы, үйрету курсы өткеннен кейін тұрмыстық жағдайда науқастың өзінің еркін қолдана алу мүмкіндігі, әр науқастың дене мүмкіндіктерін есепке ала отырып жаттығулардың жеке таңдалуы мүмкіндігі осыдан әрі зерттеу үшін валеокинетикалық кешенді қарқынды етеді.

Осы орайда валеокинетика әдістерінің тиімділігін зерттеу қызығушылық тудырып отыр, ол осы зерттеудің мақсаты болып табылды.

1 жылдық валеокинетикалық жаттығулар курсы аяқталған соң ДСИ көрсеткіші айтарлықтай төмендеп $30,17 \pm 0,33$ кг/м² құрады; $p < 0,001$. ЖҚЖ-нің қызметтік жағдайы жақсарды: оған ЖСЖ*АҚ/100 ($87,64 \pm 1,59$; $p < 0,001$) және қапына келу уақыты ($98,52 \pm 3,7$ сек; $p < 0,001$) көрсеткіштері дәлел болады. Өкпе сыйымдылығының дене салмағына деген қатынасы көрсеткішінің жоғарылағандығы $35,83 \pm 0,9$ мл/кг ($p < 0,01$) анықталды, ол тыныс алу жүйесінің қабілеттілігі артқандығын дәлелдейді. Бұлшықет тонусы жоғарылағандығын, білезік динамометриясы/ДС*100 көрсеткішінің жоғары мәндері ($44,92 \pm 1,88\%$; $p < 0,001$) дәлелдейді (2 кесте).

Зерттеу нәтижелері бойынша негізгі топта студенттердің бейімделу мүмкіншіліктерінің көрсеткіштері жақсарған: төмен көрсеткіштер студенттердің 66,7% анықталды, бұл көрсеткіш басында 93,5%-ды құраған. Сонымен қатар, бұл көрсеткіш әйелдерде 72,7%, ерлерде 54,4%-ды құраған. Бейімделу мүмкіншіліктерінің орташадан төмен көрсеткіштері студенттердің 33,3%-да (әйелдерде 27,3%, ерлерде 45,6%) байқалған. Студенттердің бейімделу мүмкіншіліктерінің көрсеткіштері жоғарылаған (жалпы балл $0,94 \pm 0,54$, оған зерттелушілердің төменгі бейімделу потенциалы $9,69 \pm 0,15$ куә болады).

Сонымен қатар, негізгі топтың бейімделу мүмкіншіліктерінің көрсеткіші бақылау тобымен салыстырғанда жоғары болғандығына назар аудару қажет.

2 кесте - Зерттеуге қатысушы студенттердің денсаулық жағдайының 1 жылдан кейінгі көрсеткіштері

Көрсеткіш	Бақылау тобы			Негізгі топ			P
	ерлер	әйелдер	жалпы	ерлер	әйелдер	Жалпы	
Салмақ (кг)	92,42 ±3,36	87,05 ±3,41	89,13 ±2,51	92,45±3,15	80,46±1,32	84,46±1,68	
ЖСЖ (соққы/мин)	75,17 ±1,79	75,26 ±0,99	75,23 ±0,92	68,55±1,36	70,18±0,92	69,64±0,77	
сАҚ	120,67 ±4,34	121,42 ±3,44	121,06 ±2,7	126,4±2,24	125,23±1,39	125,61±1,19	
дАҚ	83,33 ±1,8	84,74 ±1,464	84,19 ±1,14	80,91±1,68	74,77±3,59	76,82±2,51	
ӨТС (мл)	3466,7 ±29,7	2361 ±21,24	2788,71 ±98,31	3846±58,17	2627,27±37,58	3033±104,9	
Динамометрия (кг)	38,17 ±1,53	24,68 ±0,83	29,9 ±1,41	52,27±1,32	31,05±0,94	38,12±1,9	
ЖСЖ қалпына келу уақыты (сек)	106,5 ±8,66	122,2 ±8,39	116,58 ±6,38	92,73±7,08	101,41±4,13	98,52±3,7	P ₁ <0.001 P ₂ <0.01
ДСИ (кг/м ²)	30,84 ±1,11	33,04 ±1,19	32,11 ±0,87	29,99±0,62	30,26±0,38	30,17±0,33	P ₁ <0.001 P ₂ <0.01
ЖСЖ*АК/100	97,43 ±5,37	97,4 ±3,61	97,21 ±3,04	86,83±2,94	88,05±1,87	87,64±1,59	P ₁ <0.001 P ₂ <0.001
ӨТС/ДС	38,04 ±1,25	27,92 ±1,13	31,84 ±1,22	41,97±1,07	32,77±0,5	35,83±0,9	P ₁ <0.01 P ₂ <0.01
Динамометрия/ДС *100	43,02 ±2,26	28,48 ±1,83	33,34 ±1,79	57,08±1,99	38,84±1,39	44,92±1,88	P ₁ <0.001 P ₂ <0.001
БП (балл)	10,65 ±0,34	10,25 ±0,34	10,41 ±0,25	10,36±0,28	9,35±0,12	9,69±0,15	P ₁ <0.001 P ₂ <0.01
Жалпы балл	-1±0,87	-1,64 ±0,7	-1,32 ±0,55	1,818±1,02	0,5±0,6	0,94±0,54	P ₁ <0.001 P ₂ <0.01

p1 - негізгі топ
p2 - бақылау тобы

Негізгі топты құраған студенттердің денсаулық жағдайының индексін бағалау негізінде: Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) – 85% қалыпты, брадикардия - 9% және 6%-тахикардия. Мартине сынамасы бойынша 87% -да жақсы физикалық жұмыскерлік; 13%-да физикалық жұмыскерлік қанағаттанарлық. Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 22% - өте жақсы,30% -қанағаттанарлық, 48%-жақсы. Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 15%-мықты, 43%-қалыпты, орташа - 18%, 20%- төмен,4% - өте төмен көрсеткіштер зерттелді (3 кесте).

3 кесте - Денсаулық жағдайы айырмашылығы

n=33	Денсаулық жағдайын бағалау бойынша айырмашылығы			
	ЖСЖ	Мартине сынамасы	Руффье Индексі	Пинье бойынша
Зерттеуге дейін	76,65±1,23	115,5±1,95	10,89±0,6	17,53±1,08
Зерттеуден кейін	75,48±0,91	107,94±1,88**	9,09±0,64*	14,3±0,89**

*p< 0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001

Бақылау тобын құраған студенттердің денсаулық жағдайының индексін бағалау негізінде: Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) – 95% қалыпты, 5%- тахикардия. Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 5 % адамда артериялық гипертония

анықталса, қалған 95% қалыпты қан қысымын көрсетті. Мартине сынамасы бойынша 70% - да өте жақсы физикалық жұмыскерлік; 25%—да жақсы физикалық жұмыскерлік; 5%— да физикалық жұмыскерлік қанағаттанарлық. Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 55% - да өте жақсы 45%-жақсы.

Валеокинетикалық жаттығулар фонында науқастардың жалпы клиникалық күйлері нығайтылатындығын айта кеткен жөн: жүрек-тамыр, тыныс алу, бұлшықет жйелерінің қызметтік көрсеткіштері жоғарылады. Осы орайда физиологиялық гиперкапния элементтерімен дене жүктемесімен емдік дене шынықтыру валеокинетикалық жаттығулар фонында қаңқа бұлшықеттері тонусының жоғарылауы, қан тамырлары тонусының төмендеуі, артериялық қысым төмендеуі жүреді. Мұның барлығы жүрек соғысы жиілігін азайтуға әкеледі, ол өз алдына физиологиялық гиперкапнимен өкпенің өмірлік сыйымдылығын жоғарылатады. Энергетикалық процестердің нығаюымен және глюкоза тіндерімен қолдану тіндік және жасушалық деңгейде алмасу процестерінің қайта қалыптасуы жүреді.

Әдеби деректер және өзіндік зерттеулер негізінде студенттер арасында гипертониялық жағдайдың біріншілікті профилактикасының ғылыми жүйесі ұсынамыз. сапалы және комплексті енгізу үшін науқастың жыныстық-жас ерекшелік, медициналық-әлеуметтік, климаттық-географиялық нутрициологиялық және психологиялық ерекшеліктеріне көңіл аударған жөн.

Науқастарды күтудің осындай жүйелік түрі өте тиімді болып табылады. Осы мәліметтерге сүйене отырып ағзаның негізгі жүйелер жұмысын ынталандыратын, гипертониялық жағдайды бастапқы алдын-алудың валеокинетикалық негізін ұсынып отырымыз (1 сурет).

Жоғарыда көрсетілген мәліметтер негізінде келесідей тұжырымдама жасалынды:

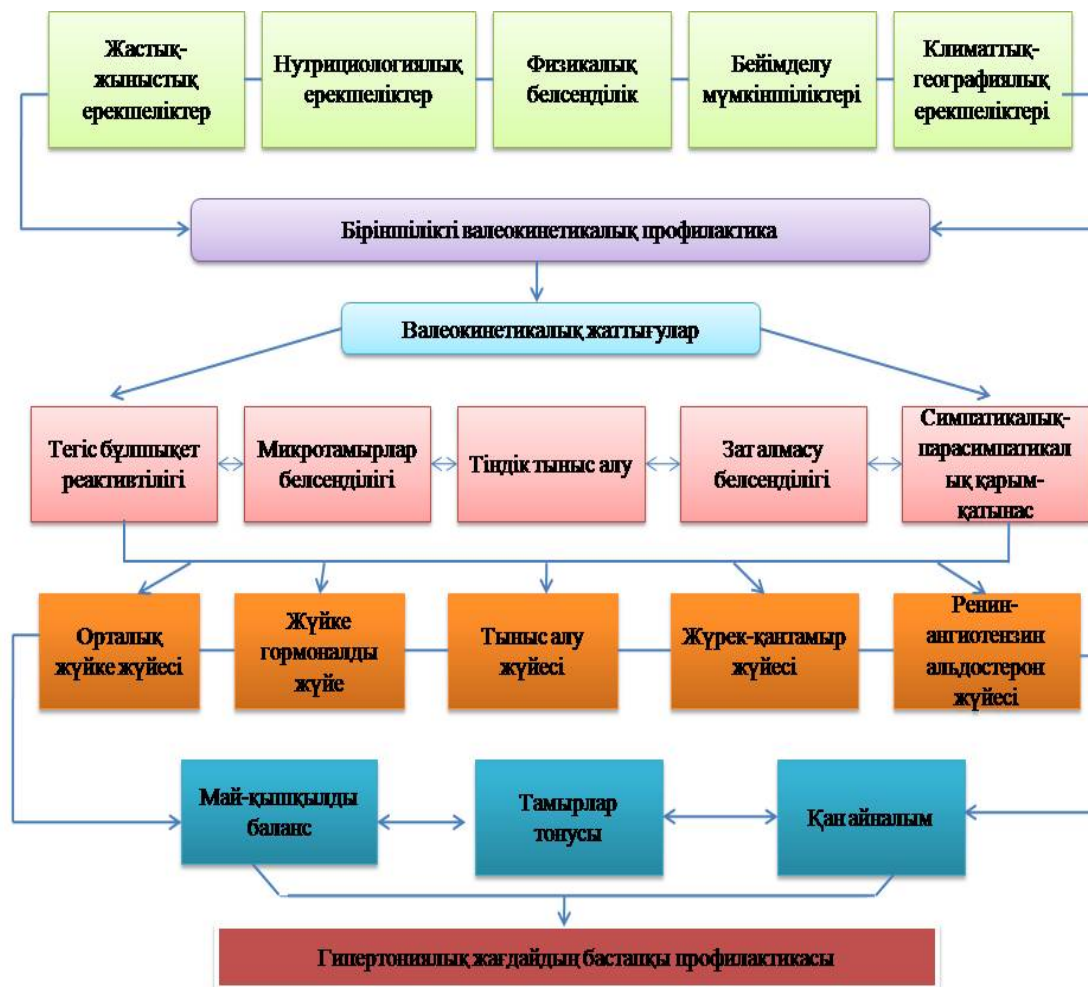
Тұжырымдама

1 жылдық валеокинетикалық жаттығулар курсы аяқталған соң ДСИ көрсеткіші айтарлықтай төмендеп $30,17 \pm 0,33$ кг/м² құрады; $p < 0,001$. ЖҚЖ-нің қызметтік жағдайы жақсарды: оған ЖСЖ*АҚ/100 ($87,64 \pm 1,59$; $p < 0,001$) және қапына келу уақыты ($98,52 \pm 3,7$ сек; $p < 0,001$) көрсеткіштері дәлел болады. Өкпе сыйымдылығының дене салмағына деген қатынасы көрсеткішінің жоғарылағандығы $35,83 \pm 0,9$ мл/кг ($p < 0,01$) анықталды, ол тыныс алу жүйесінің қабілеттілігі артқандығын дәлелдейді. Бұлшықет тонусы жоғарылағандығын, білезік динамометриясы/ДС*100 көрсеткішінің жоғары мәндері ($44,92 \pm 1,88\%$; $p < 0,001$) оңтайлы нәтижелері анықталып, гипертониялық жағдайды алдын-алудың ғылыми негізделген валеокинетикалық жүйесі құрастырылды.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Александров А.А., Розанов В.Б. Эпидемиология и профилактика повышенного АД у детей и подростков //Российский педиатрический журнал. - 1998. - №2 - С.16-20
2. Daniels SR. Hypertension-induced cardiac damage in children and adolescents//Blood Press Monit. - 1999. - №4(3-4). - P.165-170
3. Ардашов В.Н., Фурсов А.Н., Господаренко А.Л. Современные принципы диагностики и лечения артериальной гипертензии. - Москва, 1997. - 36с.
4. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по гипертензии 1999 г.
5. Актуальные аспекты изучения артериальных гипертензий. Дискуссия за круглым столом.//Терапевтический архив. - 1992. - №9. - С.9-21
6. Тель Л.З.: Валеология: Учение о здоровье, болезни, выздоровлению Т.1. – М.: 2001. – С. 105-122.
7. Alam S., Stolinski M., Pentecost C., Boroujerdi M.A., Jones R., Sonksen P., Umpleby M.A.: The Effect of a Six-Month Exercise Program on very Low-Density Lipoprotein Apolipoprotein B Secretion in Type 2 Diabetes // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 89(2). – 2004. P. 688-694.
8. Hartley L., Flowers N., Lee M.S., Ernst E., Rees K., Tai chi for primary prevention of cardiovascular disease // The Cochrane Library 2014, Issue 4 – P. 5.
9. Агаджанян Н.А., Елфимов А.И. Функции организма в условиях гипоксии и гиперкапнии. – М.: Медицина. – 1986. – С. 272.
10. Агаджанян Н.А., Полуни И.Н., Степанов В.К., Поляков В.Н. Человек в условиях гипоксии и гиперкапнии. – Астрахань- Москва: Гос. Мед. Академия. – 2001. – С. 304.

1 сурет - Гипертониялық жағдайды біріншілікті алдын алудың валеокинетикалық негізінің сызбанұсқасы



РЕЗЮМЕ

ЖАКСЫБЕКОВА И.С., АБДУЛДАЕВА А.А., ДАЛЕНОВ Е.Д., ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.

ВЛИЯНИЕ ВАЛЕОКИНЕТИКИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

В данной статье рассматриваются результаты научного исследования по оценке влияния комплекса валеокинетики на состояние здоровья студентов. Проведение комплекса валеокинетических упражнений среди молодежи дает возможность предотвратить риск развития артериальной гипертонии.

Ключевые слова: валеокинетика, состояние здоровья, индекс массы тела, артериальное давление.

SUMMARY

ZHAKSYBEKOVA I.S., ABDULDAYEVA A.A., DALENOV E.D., POLATBEKOVA SH.T.

INFLUENCE OF VALEOKINETICS ON THE STATE OF HEALTH OF STUDENTS

In this article, the results of a scientific study on the evaluation of the effect of a complex of valeokinetics on the state of health of students are considered. Carrying out a complex of valeokinetic exercises among young people makes it possible to prevent the risk of developing arterial hypertension.

Key words: valeokinetics, health status, body mass index, arterial pressure.



УДК: 618.12: 618.177

АКЕТАЕВА А.С., АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ХАМИДУЛЛИНА З. Г.

АО «Медицинский университет Астана»,
кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Астана, Республика Казахстан

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГИТЕ, ЭНДОМЕТРИОЗЕ, МИОМЕ МАТКИ

Аннотация: На современном этапе развития медицины проблема бесплодного брака остается одной из наиболее важных и сложных проблем в современной гинекологической практике [1,2,3,4,5].

По определению Всемирной организации здравоохранения (2009), скорректированного Американским Обществом Репродуктивной Медицины (2008), женским бесплодием считается отсутствие беременности в случае регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств у женщины в возрасте до 35 лет в течение одного года и/или в течение 6 месяцев при возрасте супруги старше 35 лет [6,7,8].

По данным различных авторов в мире насчитывается около 60-80 миллионов бесплодных пар, количество которых с каждым годом возрастает [9,10]. Распространенность бесплодия в развиваемых и менее развитых странах, отмечалась от 3.5-16.7% и 6.9-9.3%, соответственно [11,12]. Частота бесплодия, по данным различных авторов, составляет в Канаде около 17%, в Австралии -15, 4%, в США колеблется от 8% до 15%, в Англии и в Европе около -10%, в Швеции-9%, в Германии -7,4%, в Болгарии-6, 5 % [1,13]. На территории России доля бесплодных браков доходит до 17,2%, и не имеет тенденции к снижению [1,3,13,14].

Ключевые слова: бесплодие, хронический сальпингит, эндометриоз, миома матки, маточная труба.

Актуальность: Среди причин женского бесплодия ведущие место занимает бесплодие, связанное с нарушением проходимости труб и спаечным процессом органов малого таза. Это связано в первую очередь с увеличением частоты воспалительных заболеваний придатков матки, а также основными заболеваниями основных репродуктивных органов. Поэтому обязательным этапом обследования при женском бесплодии является оценка состояния маточных труб.

Цель: Оценить состояния маточных труб у женщин с бесплодием при хроническом сальпингите, эндометриозе, миоме матки и оптимизировать тактику ведения данных пациенток.

Материалы и методы исследования: При сравнительная характеристика проведена 200 пациенткам, страдающих бесплодием в сочетании с хроническим сальпингитом, эндометриозом, миомой матки.

Пациентки были разделены на три группы: 1 группа – пациентки с бесплодием в сочетании с хроническим сальпингитом (n=94); 2 группа - пациентки с бесплодием в сочетании с эндометриозом (n=56); 3 группа - пациентки с бесплодием в сочетании с миомой матки (n=50).

Критерии включения: нормальный гормональный фон пациенток, наличия первичного и вторичного бесплодия, наличие хронического сальпингита, эндометриоза, миомы матки, нормальная (абсолютная) фертильность супруга (нормозооспермия), отсутствие инфекционных и онкологических заболеваний.

Критерии исключения: наличие мужского фактора бесплодия, эндокринное бесплодие.

Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование (анамнез, жалобы и гинекологический осмотр), УЗИ, гистеросальпингография, гистероскопия, хромогидротубация, лапароскопия, патоморфологическое исследования удаленных маточных труб.

Полученные данные были статистически обработаны методом статистического анализа, который осуществлялся с помощью специализированных программных пакетов STATISTICA 6.1 for Windows и IBM SPSS версии 20 для Microsoft Windows.

Результаты и их обсуждение:

Возраст обследованных пациенток варьировал от 20 до 39 лет, средний возраст составил 32,74±4,78 лет.

Возраст в изучаемых группах от 20 до 24 лет составил 5(5,32%), 3(5,36%), 1 (2%) пациенток, в возрасте от 25 лет до 29 лет 28(29,79%),11(19,64%),7(14,0%) соответственно. От 30 до 34 лет : в 1 группе 36(38,30)%, во 2 группе – 22(39,29%), в 3 группе – 9 (18,0%) пациенток. От 35 лет до 39 лет в 3 группе 33(66,0 %) ($p<0,01$), в 1 группе 25(26,60%) и во 2 группе – 20(35,71%) пациенток соответственно.

Статистически достоверных различий между группами, как по длительности менструации, по продолжительности менструации цикла, так и по началу половой жизни не отмечены ($p>0,05$).

В трех группах по показателям репродуктивной функции, по длительности бесплодия статистически достоверных различий не выявлены ($p > 0,05$).

По частоте встречаемости сопутствующих экстрагенитальных заболеваний статистически достоверных различия между сравниваемыми группами не отмечены ($p < 0,05$).

Анализ частоты сопутствующих гинекологических заболеваний показал, что в 1 группе хронический сальпингит выявлен в 40,13% пациенток по сравнению с двумя группами в 10,71 и 12% случаях, что по статистический анализ показал достоверно значимые различия ($\chi^2 = 22,531$ ($p < 0,01$)). При этом, в 3 группе миома матки встречалась в 58% случаев по сравнению с двумя группами в 2,13 и 5,36%, что по статистическому анализу показал достоверно значимые отличия от 1, 2 группы ($\chi^2 = 79,683$ ($p < 0,01$)).

При сравнении ранее перенесенных гинекологических операции между сравниваемыми 1-й и 2-й; 1-й и 3-й группами достоверно значимых отличий не отмечены ($p < 0,05$); но между сравниваемыми 2-й и 3-й группами достоверные различия выявлены ($\chi^2 = 8,986$, то есть $p < 0,01$).

При этом, перенесенные гинекологические операции в анамнезе было больше в 3 группе с бесплодием в сочетании с миомой матки, в объеме лапароскопической тубэктомии ($p < 0,05$).

Болевой синдром в трех группах достоверно был сопоставим, так как статистический анализ не показал значимых различий ($\chi^2 = 4,953$; $p > 0,05$). Однако по нарушению менструального цикла между 1-й и 2-й группой были сопоставимы, в 3-й группе показатель критерия χ^2 (Хи-квадрат) был больше $\chi^2 = 9,416$ ($p < 0,01$).

При УЗИ органов малого таза выявлено: что хронический сальпингит и гидросальпинкс с одной стороны достоверно чаще наблюдались в I группе с бесплодием в сочетании с хронический сальпингитом ($p < 0,01$); эндометриодные кисты яичников статистически чаще наблюдалась во 2 группе с бесплодием в сочетании с эндометриозом ($p < 0,01$); миома матки достоверно больше наблюдалась в 3 группе с бесплодием в сочетании с миомой матки ($p < 0,01$).

При гистеросальпингографии двухсторонняя проходимость маточных труб достоверно чаще наблюдалась в 3 группе с бесплодием в сочетании с миомой матки ($p < 0,05$), чем в других двух исследуемых группах.

При хромогидротубации двухсторонняя не проходимость маточных труб достоверно чаще наблюдалась в I группе с бесплодием в сочетании с хронический сальпингитом ($\chi^2 = 5,235$; $p < 0,05$) чем в двух группах.

По данным лапароскопического исследования установлено, что у 2,13; 1,79 и 40 % пациенток 1-й, 2-й и 3-й группы соответственно выявлена множественная миома матки, по статистическому анализу достоверно значимые различия отмечено в 3 группе ($p < 0,01$).

Эндометриодные кисты с одной стороны отмечены в 1,06; 30,36 и 4% случаев, эндометриодные гетеротропии на брюшине малого таза в 1,06; 7,14 и 4 % в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно, по статистическому анализу выявлен достоверно значимо во 2 группе ($p < 0,01$).

На основании лапароскопии во 2 группе эндометриоз обнаружен у 16,07% пациенток в виде аденомиоза, у 30,36% пациенток в виде эндометриодных гетеротропий различной степеней распространения.

В 1 группе отмечался высокий показатель хронического сальпингита 34,04% случаев и функциональных кист яичников в 3,19% случаев ($p < 0,01$), чем во 2-й, 3-й группах.

По результатам стадии распространения спаечного процесса органов малого таза у обследованных пациенток между тремя группами статистический анализ показал, что в 3 группе по сравнению с 1-й, 2-й группами спаечный процесс I стадии встречался относительно меньше ($p < 0,05$); в 1 группе по сравнению с 2-й, 3-й группами спаечный процесс 4 стадии встречается больше ($p < 0,01$); статистических различий распространения спаечного процесса между 1-й и 2-й группами не наблюдались, но достоверно значимое различие выявлены между 1-й и 3-й группами ($p < 0,01$). Спаечный процесс малого таза был больше выражен в 1 группе, то есть с бесплодием в сочетании с хроническим сальпингитом.

При оценки состояния маточных труб методом лапароскопического исследования у женщин с бесплодием в сочетании с тремя нозологическими формами выявлены следующие патологические поражения маточных труб: у большинства больных 2-ой группе перитубарные спайки в 39% случаев были больше, в отличии от других групп, то есть перитубарные спайки наиболее часто отмечались у пациенток с бесплодием в сочетании с эндометриозом ($p < 0,01$). Гидросальпинксы с одной стороны наиболее больше выявлен в 1 группе у пациенток с бесплодием в сочетании с хроническим сальпингитом ($p < 0,05$). Сальпингонеостомия с одной стороны было больше в 1 группе (15%), чем в остальных двух группах ($p < 0,05$).

Объем оперативного вмешательства при лечебно-диагностической лапароскопии, проведенных пациенткам трёх группах сводился в виде лазерной коагуляции очагов эндометриозных гетеротропии на брюшине в 17,86% случаев, которые во 2 группе было значительно больше, по сравнению с

аналогичным показателем у пациенток 1 группы (3,19%) ($p < 0,01$). Миомэктомия была выполнена намного больше в 40% случаев в 3 группе, чем в остальных двух группах соответственно ($p < 0,01$). Хирургическое лечение в объеме цистэктомии в 37,50% была выполнены только во 2 группе, то есть у пациенток с бесплодием в сочетании с эндометриозом ($p < 0,01$).

При гистероскопии и патоморфологическом исследовании эндометрия патологические изменения диагностированы у 32 (34,04%) из 94 пациенток 1 группы, у 21 (37,50%)% из 56 пациенток 2 группы и у 17 (34,00%) из 50 пациенток 3 группы. При этом между исследуемыми группами статистических различий не выявлены ($p > 0,05$).

После лапароскопической тубэктомии морфологическому изучению подлежало 19 (20,21%) из 94 пациенток первой, 10 (17,86 %) из 56 пациенток второй группы и 8 (16 %) из 50 пациенток третьей группы соответственно.

Как показали морфологические исследования удаленных маточных труб в трех группах определило наличие хронического склеротически-деформирующего сальпингита.

Выводы:

1. Частота перитубарных спаек во 2-й группе на 39 % случаев было больше в отличии от 1-й и 3-й групп ($p < 0,05$). Встречаемость гидросальпинксов с одной стороны на 15% больше выявлены в 1 группе ($p < 0,05$), чем в 2-й и 3-й групп.

2. Установлено, что при проведении лапароскопического исследования у пациентов трёх групп (66 %; 77% и 68%) маточные трубы были проходимы с обеих сторон, несмотря на выраженный спаечный процесс в малом тазу (73,5 %; 68% и 52%).

3. Патоморфологический анализ удаленных маточных труб указывает, что основным этиопатогенетическим механизмом непроходимости маточных труб является хронический сальпингит в трех нозологических группах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Современные подходы диагностике и лечению. Москва, 2006, С.19-21.
2. WHO. Global prevalence of infertility, infecundity and childlessness // 2014, March 28.
3. Корсак В.С. Регистр центров ВРТ России. Отчёт за 2009 год// Проблемы репродукции, 2012, №1, С.8-16.
4. Chachamovich J.R., Chachamovich E, Ezer H. e.a. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol., 2010, V.31, №2, P 101-110.
5. Каюпова Н.А., Мамедалиева Н.М., Актуальные проблемы репродуктивной медицины в Казахстане. Алматы, 1999, С. 6-7.
6. Kawwass JF, Crawford S, Kissin DM, Session DR, Boulet S, Jamieson DJ. Tubal factor infertility and perinatal risk after assisted reproductive technology// Obstet Gynecol., 2013, № 121, P 1263–1271.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. Niceclinical guideline 156.2013.<http://guidance.nice.org.uk/cg156>.
8. Saunders RD, Shwayder JM, Nakajima ST. Current methods of tubal patency assessment. Fertil. Steril., 2011, № 2, P 2171–2179.
9. Adamson PC, Krupp K, Freeman AH, Klausner JD, Reingold AL, Madhivanan P. Prevalence & correlates of primary infertility among young women in Mysore, India // Indian J Med Res., 2011, №134, P 440–446.
10. World Health Organization. Report of the Meeting on the Prevention of Infertility at the Primary Health Care Level. WHO, Geneva, 1983. WHO/MCH/1984.4.
11. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care // Hum Reprod., 2007, № 22, P 1506–1512.
12. Chandra A, Martinez GM, Mosher WD, Abma JC, Jones J. Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women: data from the 2002 national survey of family growth // Vital Health Stat. 2005, V.11, №1, P.160.
13. Воробев О.А., Корсак В.С. История создания и основные принципы технологии ЭКО // Проблемы репродукции, 1997, №1, С.46-50.
14. G.U.Akhmediyanova, A.S.Aketayeva, A.K.Shamova, A.S. Baubekova / Comparative endoscopic characteristic of the fallopian tubes assessment in women with infertility combined with reproductive diseases // Research Journals of Medical Sciences 11 (1) -23-27, 2017 ISSN: 1815-9346, 2017.

ТҮЙІН

АКЕТАЕВА А.С., АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ХАМИДУЛЛИНА З.Г.

*«Астана медицина университеті» АҚ, №1 акушерия және гинекология кафедрасы,
Астана қ., Қазақстан.*

БЕДЕУЛІК ПЕН СОЗЫЛМАЛЫ САЛЬПИНГИТ, ЭНДОМЕТРИОЗ ЖӘНЕ ЖАТЫР МИОМАСЫ БАР ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖАТЫР ТҮТІКШЕЛЕР ЖАҒДАЙЫНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

Сонымен бедеулігі бар 2 топ науқастарда перитубарлы жабысқақ ауруы 39 % көбірек болды, басқа 1-ші және 3-ші топтарға қарағанда ($p < 0,05$).

Ал бір жақты гидросальпинкстер 15% ке көп 1-ші топта анықталды, басқа екі тотарға қарағанда 2-ші және 3-ші топ ($p < 0,05$).

Науқастардағы кіші жамбастағы айқын жабыспалы процеске қарамастан (73,5%; 68% және 52%), лапароскопиялық зерттеу жүргізу кезінде жатыр түтікшелерінің екі жақтан өтімділігі сақталған (66 %; 77% и 68%).

Үш нозологиялық топтардың, патоморфологиялық талдау кезінде алып тасталған жатыр түтігінің нәтежесінің этиопатогенетикалық негізін созылмалы сальпингит болып табылатыны анықталды.

SUMMARY

A.S. AKETAYEVA., G.U.AKHMEDIYANOVA., Z.KHAMIDULLINA

*Astana Medical University JSC, Department №1 of Obstetrics and Gynecology
Astana, Republic of Kazakhstan*

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF FALLOPIAN TUBES AT CHRONIC SALPINGITIS, ENDOMETRIOSIS AND UTERINE FIBROID

In comparison with the 1-st and 3-rd groups ($p < 0.05$), frequency of peritubal adhesions of the 2-d group is more by 39%. The frequency of hydrosalpinxs is 15% higher in the first group ($p < 0,05$) than is revealed in the 2-nd and 3-rd groups.

When carried out laparoscopic exploration, it was revealed that fallopian tubes of patients of all the three groups had patency in both sides (73.5 %; 68% and 52%) despite of pelvis adhesion.

Pathomorphological analysis of extirpated fallopian tubes proves that salpingitis of all the three clinical groups is the main ethiopathogenetic mechanism of tubal obstruction.



УДК: 616.831-009.11:616.728.2-073.7-053.2

АЛМАТОВА В.М., КОЖАХМЕТОВА Ж.Ж., БЕССАРАБОВА А.В.

*АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра Радиологии имени академика Ж.Х. Хамзабаева*

ПАТОЛОГИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Аннотация: Детский церебральный паралич (ДЦП) является расстройством движения и / или осанки ¹ но определение не содержит конкретных критериев тяжести нарушения движения. ² На практике, тяжесть выводятся из функциональной способности и зависят от других факторов, таких как нарушения чувствительности, эпилепсия, и познание. Предыдущие системы классификации, как правило, включали три или четыре уровня нарушений, основанные на способности ходьбы, но до публикации в 1997 году классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) ни одна система не использовалась повсеместно. ³ Это пятиуровневая система оценки самопроизвольных движений, с акцентом на возможность сидеть и ходить. В работе был проведен сравнительный анализ форм церебрального паралича и Классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS). Проведен дисперсионный анализ пропорционального соотношения форм

церебрального паралича и уровня GMFCS классификации. Целью данного исследования было оценить взаимосвязь между формой церебрального паралича, уровнем ребенка по Классификации общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) и их влияние на патологию тазобедренного сустава.

Ключевые слова: Детский церебральный паралич, дети, Gross Motor Functional Classification System (GMFCS), тазобедренный сустав, формы ДЦП, реабилитация.

Актуальность: Детский церебральный паралич является причиной детской инвалидности в 30-70 % случаев, причем 25% теряют возможность передвижения. Низкое качество жизни и социальная дезадаптация этой группы пациентов побуждает специалистов к постоянному поиску эффективных методов лечения и реабилитации (Затравкина Т.Ю., Норкин И.А.). Одной из основных ортопедических осложнений ДЦП является патология тазобедренного сустава, в большинстве случаев сводящаяся к его нестабильности. Постепенное смещение головки бедренной кости латеральнее относительно вертлужной впадины относится к нестабильности тазобедренного сустава. Большинство детей с ДЦП рождаются с анатомическим «нормальным» тазобедренным суставом, но с развитием спастического заболевания увеличивается риск латерального смещения бедра. Ассиметричный мышечный спазм, нарушение отведения, формирующие дефект сгибания являются основной причиной формирования нестабильности тазобедренного сустава. Чаще всего нестабильность тазобедренного сустава встречается у детей со спастическими квадриплегией, реже всего у детей со спастической гемиплегией, и со средней частотой у детей со спастической диплегией. Таким образом, было выявлено, что миграция головки бедренной кости связана со спастическим и гипотоническим типом двигательных расстройств. Нестабильность тазобедренного сустава является второй по частоте возникновения костно-мышечной деформацией у детей с церебральным параличом (Robin J., Graham HK. et al., 2008)Самое полезное в последние годы исследование в данной области явилось создание Классификации Общих двигательных функций- Gross Motor Function Classification System (GMFCS).В пересмотренной и расширенной версии Классификаций общих двигательных функций (GMFCS) описывается способность движения детей с ДЦП на одном из пяти порядковых уровней в пяти возрастных группах с акцентом на типичную способность ребенка в различных условиях двигательной деятельности.⁴ Дети на I уровне выполняют те же действия, что и их сопоставимые по возрасту сверстники, но с некоторыми трудностями в скорости, равновесии и координации, в то время как дети на V уровне испытывают трудности с контролем положения головы и туловища в пространстве и достижением любого свободного контроля над движением. В последнее время Классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) были широко приняты в качестве основного метода для описания тяжести моторной функции движений у детей с ДЦП, как в исследовательских, так и в клинических условиях. Palisano et al.³⁻⁵ был проведен систематический обзор достоверности и надежности Классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS). Сообщаемая ими достоверность между классами Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) и типом двигательных нарушений пациентов составила 0,75 для детей в возрасте от 2 до 12 лет, что обеспечивает в целом умеренную надежность системы классификации.³

Цель: Изучить взаимосвязь между классом Классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) и нарушением тазобедренного сустава у детей с церебральным параличом.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 50 индивидуальных реабилитационных карт пациентов находившихся на реабилитации в Филиале КФ «УМС» Национальный центр детской реабилитации в 2016 году.

Результаты и их обсуждение: В исследовании участвовали 50 детей в возрасте от 5 месяцев до 12 лет и 10 месяцев. Они были разделены на четыре группы в зависимости от их возраста в соответствии с GMFCS: 3 (6%) ребенка в возрасте до 2 лет, 4 (8%) ребенка в возрасте от 2 до 4 лет, 19 (38%) детей в возрасте от 4 до 6 лет и 24 (48%) ребенка в возрасте от 6 до 12 лет. Средний возраст составил - 4,2. Мальчиков -26 (52%) и девочек 24 (48%)

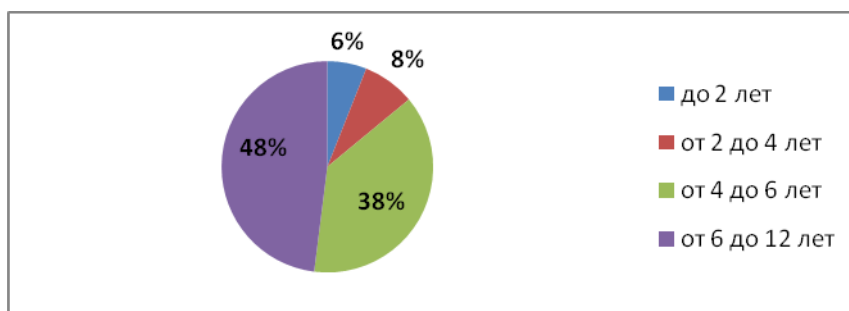


Рисунок 1 Возрастная структура детей с ДЦП

Распределение формы церебрального паралича согласно МКБ-10 было следующим: спастическая диплегия 22(44%), спастическая квадриплегия 4 (8%), спастическая гемиплегия 18 (36%), дискинетическая форма 2 (4%), атаксическая форма 4 (8%) .

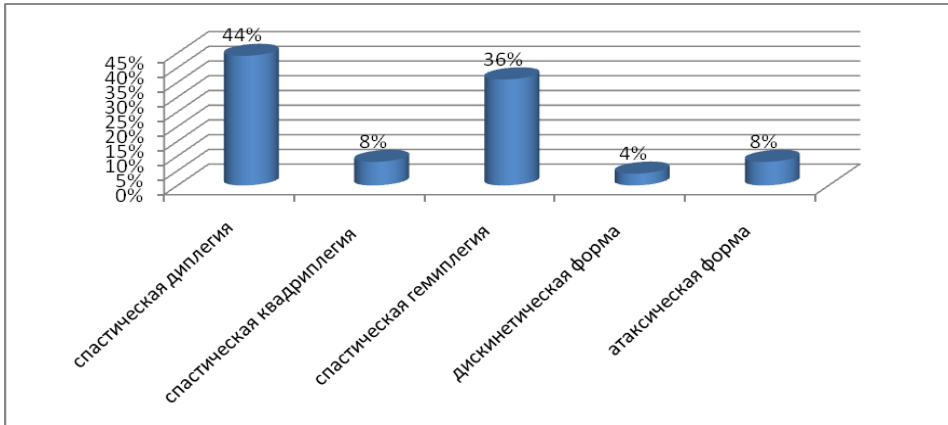


Рисунок 2 Распределение форм ДЦП

По классам Классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) распределение было следующим образом: уровень I 16 (32%), уровень II 18 (36%), уровень III 9 (18%), уровень IV 4 (8%) и уровень V 2 (4%).

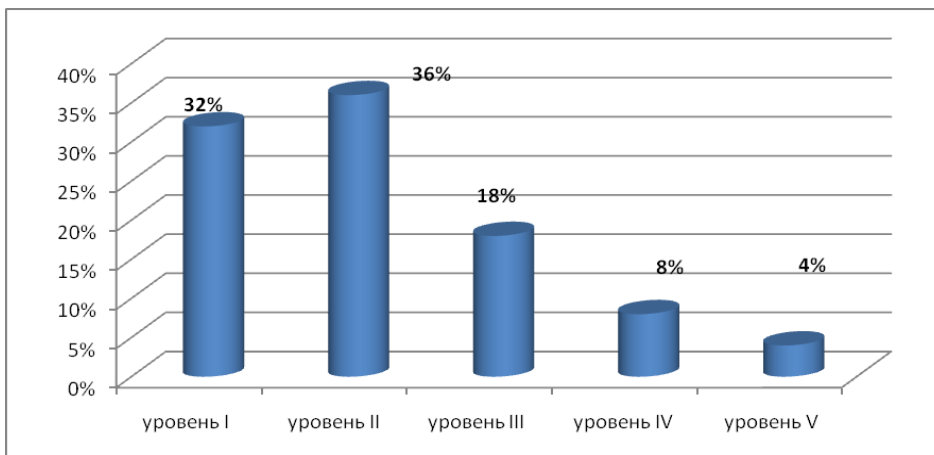


Рисунок 3 Распределение уровней GMFCS

Классы по Классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) были сгруппированы по уровнями I-III и уровнями IV и V, 64% (32/50) находились на уровнях от I до III, (т. е. имели способность к передвижению) и 34% (18/50) на уровнях IV и V (т.е. не способные к независимой ходьбе).

Распределение уровней GMFCS на две группы

Уровень GMFCS	Количество	Группы
I	8 (25%)	I-III
II	11 (35%)	
III	13 (40%)	
IV	14 (78%)	IV-V
V	4 (22%)	

Пропорциональное соотношение формы церебрального паралича и уровень класса согласно Классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) I-III или IV-V распределился следующим образом: спастическая диплегия, 21/22 (96%) против 1/22 (4,5%); спастическая квадриплегия 1/4 (25%) против 3/4 (75%); спастическая гемиплегия, 17/18 (94%) против 1/18 (6%); дискинетический тип 1/14 (25%) против 3/4 (75%); атаксический тип 3/4 (75%) против 1/4 (25%) (p<0,05).

Также было оценено нарушение тазобедренного сустава в зависимости от класса ребенка Классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS). У

детей с I-III уровнем по Классификаций общих двигательных функций Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) было выявлено 32 (64%) случая патологии тазобедренного сустава и с уровнем IV и V GMFCS 41 (82%).случай (p-0,001).

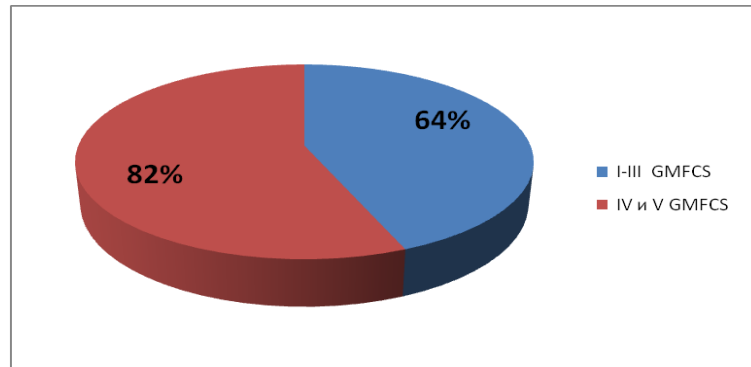


Рисунок 4 - Распределение случаев выявленной патологии тазобедренного сустава в зависимости от уровня GMFCS ребенка

Выводы:

1. Полученные данные указывают на тесную связь между формой ДЦП и уровнем Gross Motor Functional Classification System (GMFCS). Дети с IV-V GMFCS чаще всего соответствовали форме квадирплегии (75%) и дискенетическому тип (75%), эти дети не способны к самостоятельной ходьбе и вертикальным нагрузкам. I-III GMFCS чаще других было выявлено спастическая гемиплегией (94%) и атаксический тип (75%), такие дети сохраняют способность к самостоятельной ходьбе. Эти данные позволяют широко использовать разные типы классификаций для помощи в реабилитации ребенка с ДЦП. Оценить не только психомоторные нарушения, но и прогнозировать подход к методам и темпу реабилитации. Это решение к возможному использованию комбинации классификации позволит индивидуализировать каждого ребенка, сформировать его личный профиль, и в условиях реабилитации и амбулаторной помощи, что может существенно повысить качество жизни.

2. Данные нарушений тазобедренного сустава показывают, что между неврологическим подтипом и уровнем GMFCS существует очень сильная связь. У детей с IV-V уровнем GMFCS чаще было выявлено патология бедра (82%) по сравнению с детьми I-III класса GMFCS (64%). Эти данные, возможно, послужат к сигналу действий при проведении рутинной реабилитации ребенка, с разным уровнем GMFCS, в отношении нарушений и дестабилизации тазобедренного сустава. Также эти факты, вероятно, облегчат состояние ребенка и пути для его дальнейшей реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Soo B., Howard J.J., Boyd R.N., Reid S.M., Lanigan A., Wolfe R. et al. Hip Displacement in Cerebral Palsy. *J. Bone Joint Surg. Am.* 2006; 88: 121–9.
2. Hip surveillance in children with cerebral palsy. Impact on the surgical management of spastic hip disease / F. Dobson, R.N. Boyd, J. Parrott, G.R. Natrass, H.K. Graham // *J. Bone Joint Surg. Br.* 2002. Vol. 84, No 5. P. 720-726.
3. Guglielmirtti L.G.B., Maranhao Santos R.M., Medea de Mendonca R.G., Yamada H.H., Cesar de Assumpcao R.M., De Moraes Barros Fucs P.M. Result of adductors muscle tenotomy in spastic cerebral palsy. *Rev. Bras. Orthop.* 2010; 45(5): 420-25.
4. Robin J., Kerr Graham H., Selder P., Dobson F., Smith K., Baker R. Proximal femoral geometry in cerebral palsy. *J. Bone Joint Surg.* 2008; 90-B: 1372-9.
5. Попков Д.А., Попков А.В., Аранович А.М. Сравнительное исследование результатов реконструктивных вмешательств на 45 тазобедренных суставах у 25 детей со спастическим церебральным параличом // *Гений ортопедии.* 2013. № 1. С. 48-54.
6. Затравкина Т.Ю., Норкин И.А. Нестабильность тазобедренного сустава у детей с церебральным параличом // *Гений ортопедии.* 2015. №3 С. 76-83
7. Зеленецкий И.Б., Ярьско А.В. Математический анализ условий возникновения нестабильности тазобедренного сустава при различных анатомических отклонениях в строении проксимального отдела бедренной кости и вертлужной впадины // *Ортопедия, травматология и протезирование.* 2011. № 4. С. 81–85.
8. Palisano R.J., Rosenbaum P.L., Walter S.D., Russell D.J., Wood E., Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev. Med. Child Neurol.* 1997; 39: 214-23.
9. Dobson F., Boyd R.N., Parrott J., Natrass G.R., Graham H.K. Hip surveillance in children with cerebral palsy. *J. Bone Joint Surg.* 2002; 84-B: 720-6.
10. Riemers J. The stability of hip in children: a radiological study of the result of muscle surgery in cerebral palsy. *Acta Orthop. Scand.* 1980; 184.

11. Gordon G.S., Simkiss D.E. A systematic review of evidence for hip surveillance in children with cerebral palsy. *J. Bone Joint Surg. Br.* 2006; 88:1492-96.
12. Корольков А.И., Мителева З.М., Лапонин И.В. Значение децентрации в биомеханике тазобедренного сустава у детей // *Ортопедия, травматология и протезирование.* 2006. № 2. С. 49-54.
13. Perziani P., Molayem I., Calistri A., Rosi S., Bove M., Villani C. Hip subluxation and dislocation in cerebral palsy: outcome of bone surgery in 21 hip. *Acta Orthop. Belg.* 2008; 74: 609-14.
14. Корольков А.И., Люткевич Н.И., Хащук А.В. Концептуальные подходы к диагностике и профилактическому лечению подвывиха и вывиха бедра у больных с детским церебральным параличом // *Ортопедия, травматология и протезирование.* 2013. № 3. С. 20-27.
15. Попков Д.А., Попков А.В., Аранович А.М. Сравнительное исследование результатов реконструктивных вмешательств на 45 тазобедренных суставах у 25 детей со спастическим церебральным параличом // *Гений ортопедии.* 2013. № 1. С. 48-54.
16. Flynn J.M., Miller F. Management of hip disorders in patients with cerebral palsy. *J Am Acad Orthop Surg.* 2002; 10(3): 198-209.
17. Single-event multilevel surgery for children with cerebral palsy: a systematic review / J.L. McGinley, F. Dobson, R. Ganeshalingam, B.J. Shore, E. Rutz, H.K. Graham // *Dev. Med. Child Neurol.* 2012. Vol. 54, No 2. P. 117-128.
18. Hip subluxation and dislocation in cerebral palsy: outcome of bone surgery in 21 hips / P. Persiani, I. Molayem, A. Calistri, S. Rosi, M. Bove, C. Villani // *Acta Orthop. Belg.* 2014; 78: 853-32.
19. Фадеева Ю.В., Яворский А.Б., Солозубов Е.Г. Характер ортопедической патологии у детей и подростков с различным поражением нервной системы // *Вестник РГМУ.* 2010. № 2. С. 35-40.
20. Long-term outcome of reconstruction of the hip in young children with cerebral palsy / A.A. Dhawale, A.F. Karatas, L. Holmes, K.J. Rogers, K.W. Dabney, The Consensus Statement on Hip Surveillance for Children with Cerebral Palsy: Australian Standards of Care / M. Wynter, N. Gibson, M. Kentish, S. Love, P. Thomason, H. Graham // *J. Pediatr. Rehabil. Med.* 2011. Vol.4, No.3. P.183-195.
21. Terjesen T. The natural history of hip development in cerebral palsy. *Dev. Med. Child Neurol.* 2012; 54: 951-57.
22. McGinley J.L., Dobson F., Ganeshalingam R., Shore B.L., Rutz E., Graham H.K. Single – event multilevel surgery for children with cerebral palsy: systematic review. *Dev. Med. Child Neurol.* 2012; 54: 117-28.
23. Dhawale A.A., Karatas A.F., Holmes L., Rogers K.J., Dabney K.W., Miller F. Long – term outcome of reconstruction of the hip in young children with cerebral palsy. *Bone Joint J.* 2013, 95-B: 259-65.
24. Boldingh E.J.K. Pain and disabilities related to hip disorders in adults with severe cerebral palsy: diss. Netherlands: Amsterdam University, 2012.
25. Proximal femoral geometry in cerebral palsy: a population-based cross-sectional study / J. Robin, H.K. Graham, P. Selber, F. Dobson, K. Smith, R. Baker // *J. Bone Joint Surg. Br.* 2008. Vol. 90, No 10. P. 1372-1379.
26. Development of lower limb range of motion from early childhood to adolescence in cerebral palsy: a population-based study/ E.Nordmark, G.Hägglund, H. Lauge-Pedersen, P.Wagner, L.Webstom // *BMC Med.* 2009. Vol.7. P. 65.
27. The effect of obturator nerve block on hip lateralization in low functioning children with spastic cerebral palsy / E.S. Park, D.W. Rha, W.C. Lee, E.G. Sim // *Yonsei Med. J.* 2014. Vol. 55, No 1. P. 191-196.

ТҮЙІН

Алматова В.М., Кожаметова Ж.Ж., Бессарабова А.В.

КОЗҒАЛУ БУЗЫЛУЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ЦЕРЕБРАЛ САЛДЫҒЫ БАР БАЛАЛАРДА ЖАМБАС БУЫНЫНЫҢ ПАТОЛОГИЯСЫ

Бұл мақалада ДЦП бар балалардың жамбас тұрақсыздық мәселелерімен айналысады. Ол ағзаның ДЦП, және функционалдық әлеуетін нысанына қарай, козғалыс бұзылыстары жіктеу мәселесін атап өтті. Бұл мақалада церебралды сал ауруы және жіктеу функционалдық сыныптамасы жүйесі жалпы моторлы функциясын (GMFCS) нысандарын салыстырмалы талдау болды. ДЦП және GMFCS деңгейі жіктеу дисперсия пропорционалды қарым-қатынас формаларын талдау жүргізді. Осы зерттеуде жалпы моторлы функциясы жалпы функционалдық сыныптамасы жүйесін (GMFCS) және жамбас бірлескен патология олардың әсерін жіктеу ДЦП, баланың деңгейі түрінде арасындағы қарым-қатынасты бағалауға болды.

SUMMARY

АЛМАТОВА В.М., КОЖАХМЕТОВА Ж.Ж., БЕССАРАБОВА А.В.

PATHOLOGY OF THE HIP JOINT IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY,
DEPENDING ON MOTOR DISORDERS

This article deals with the problems of hip joint instability in children with cerebral palsy. The problem of classifications of motor disorders depending on the forms of cerebral palsy and functional capabilities of the organism is noted. In the work, a comparative analysis of the forms of cerebral palsy and Classifications of the common motor functions of the Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) was carried out. An analysis of the proportional relationship between the forms of cerebral palsy and the level of the GMFCS classification was carried out. This study evaluated the relationship between the form of cerebral palsy, the level of the child in the Gross Motor Functional Classification System (GMFCS) and their impact on hip joint pathology.



УДК: 616.9-036-053.3:578.825.12

АЛТЫНБЕКОВА А.В., БАЕШЕВА Д.А., ТУЛЕГЕНОВА Г.К.

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра детских инфекционных болезней

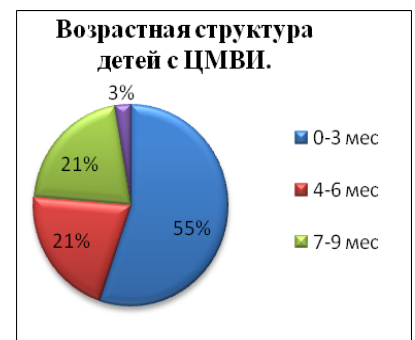
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Аннотация: Основными причинами патологии новорожденных остаются внутриутробные инфекции, среди которых, в настоящее время цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) является одним из распространенных заболеваний и одной из причин невынашивания беременности. В городской детской больнице №1 г.Астана за 2015-2016гг отмечается значительный рост заболеваемости, обусловленный врожденной генерализованной ЦМВИ, среди детей до года наиболее часто встречается у детей первых трех месяцев жизни (55% n=21), в этот период жизни у детей также отмечается наибольший процент летальности 48% (n=10). Причиной для обращения пациентов за медицинской помощью являлись различные клинические проявления: поражение легких, затяжная неонатальная желтуха, неврологические изменения и положительные маркеры ЦМВИ.

Ключевые слова: Цитомегаловирус, TORH-инфекции, внутриутробная инфекция, дети.

Актуальность: Цитомегаловирус — типичный представитель оппортунистических инфекций, манифестирующих с проявлениями клинической картины заболевания на фоне иммунодефицитного состояния. Но вместе с тем сам вирус, кроме значимого патогенного, нередко генерализованного действия, обладает мощным иммуносупрессивным влиянием, обуславливая развитие иммунокомплексных и иммунозависимых заболеваний.

Наряду с этим ЦМВИ одна из ведущих причин мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, заболеваемости новорожденных и



младенческой смертности. Как наиболее значимая перинатальная вирусная инфекция, она определяет в ряде случаев инвалидизацию с детства[1].

Врожденные формы ЦМВИ могут вызывать тяжелую патологию, вплоть до гибели ребенка. Однако даже при бессимптомных формах у 5-15% детей в ближайшие 1-2 года и в более поздние сроки регистрируются нарушения ЦНС, слуха, зрения, десткий церебральный паралич, отставание в умственном развитии.

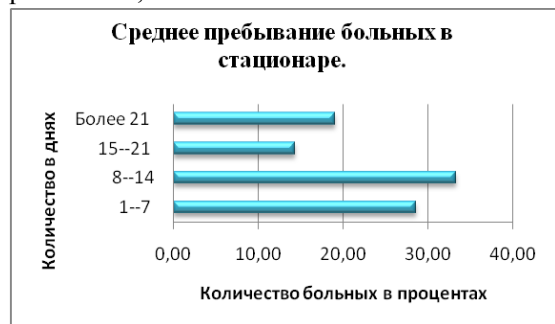
В США врожденная ЦМВ-инфекция выявляется у 3 % всех живых новорожденных: у 80 % из них она имеет клинические проявления (20 % из них погибают), у остальных наблюдаются различные по глубине нарушения состояния здоровья. У 15 % инфицированных детей, не имеющих клинических проявлений заболевания при рождении, впоследствии развиваются разнообразные тяжелые осложнения. По статистике министерства здравоохранения США, ежегодно от ЦМВ-инфекции умирают более 8000–10 000 новорожденных [2,3]. В нашей стране учет и регистрация больных с цитомегаловирусной инфекцией отсутствует.

Цель: Изучить клинические проявления и показатели лабораторных методов обследования при цитомегаловирусной инфекции у детей от рождения до 3 месяцев жизни, пролеченных в ГДБ№1 за 2015-2016 гг. в г.Астана.

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 38 историй болезней пациентов с диагнозом «Цитомегаловирусная инфекция» пролеченных с 2015 по 2016 год в Городской детской больнице №1 г.Астана.

Результаты и их обсуждение: ретроспективное исследование 38 историй болезней пациентов пролеченных по поводу ЦМВИ, показало, что из 38 больных - 52,63%, больных пролечено в 2015 году, 47,37% в 2016году.

В возрастной структуре всех исследуемых пациентов наибольшая заболеваемость отмечается у детей в возрасте от 0-3 месяцев и составило - 55,26% (n=21), процент заболеваемости в возрасте от 4-6 и 7-9 месяцев одинаковый и составил 21,05% (n=8), с 10-12 месяцев показатель составил всего 2,67% (n=1). С учетом того, что наибольшая заболеваемость ЦМВИ зарегистрирована у детей от 0 до 3 месяцев жизни, нами детально изучены особенности течения инфекции в данной возрастной группе, при чем установлено, что лидирующее место занимают дети от момента рождения до одного месяца, что составляет 47% (n=10), 39% (n=8) принадлежит детям до двух месяцев и всего 14% (n=3) составила возрастная группа детей трех месяцев. С позиции гендерного распределения количество детей мужского пола было равно 57%, женского-43%.



В процессе лечения с улучшением состояния выписаны 52% (n=11), у 48% (n=10) констатирован летальный исход. Результаты исследования показали, что дети первого мясца жизни в структуре летальности занимают 50% (n=5), 30% (n=3) смертностиу детей двух месяцев жизни, у детей трех месяцев она составляет 20% (n=2).



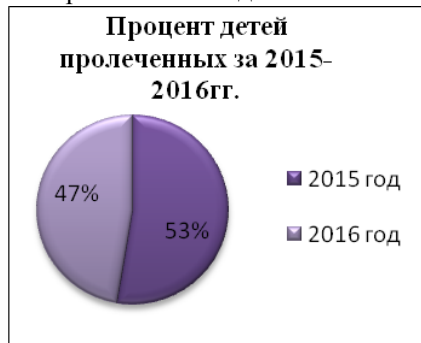
У пациентов с летальными исходами диагноз врожденная генерализованная ЦМВИ в 70%(n=10) случаев установлен посмертно, на вскрытии.



Территориальное распределение пациентов данной возрастной группы выглядело следующим образом: 80% детей были из г.Астана, 14,29% проживали в Акмолинской области и 4,76% прибыли из г.Тараз.

В виду клинического полиморфизма ЦМВИ, предварительный диагноз при поступлении выглядел следующим образом: пневмония была поставлена в 42,86% случаев, второе место занимают такие нозологии, как ГБН, ВПС различной локализации и неонатальная желтуха, составляют при этом по 9,52% каждая соответственно. На третьем месте стоят такие заболевания как гипотрофия (БЭН), ВПС в сочетании с пневмонией, механическая желтуха с пневмонией и генерализованная ЦМВИ, составляющие по 4,76% каждая.

Среднее пребывание детей с ЦМВИ от 0 до 3 месяцев жизни,



также значительно варьирует в широких пределах, так на госпитализации от 1 до 7 дней находилось 28, 37%, от 8 до 14 дней – 33.33%, от 15 до 21 – 14,29% больных, более 21 дня стационарное лечение проходило 19.05% детей.

Анализируя акушерский анамнез матерей, было выявлено, что отягощенный акушерский анамнез (ОАА) имел место в 63% случаев (n=14).

Детализируя, ОАА было выяснено, в 60% случаев беременность носила повторный характер, при этом у 26, 67% матерей в анамнезе имели место аборт по медицинским показаниям, в 33.33% случаев сопровождалась угрозой прерывания, в 80% она протекала на фоне сопутствующей материнской патологии. Естественным путем было рождено всего 40% детей, а количество детей рожденных с помощью кесарево сечения составило 60%.



Выводы:

1. В возрастной структуре всех исследуемых пациентов наибольшая заболеваемость ЦМВИ отмечается у детей в возрасте от 0-3 мес и составило - 55,26% (n=21), при этом лидирующее место занимают дети от момента рождения до одного месяца, что составляет 47% (n=10), среди всех летальных исходов (n=10) диагноз врожденная генерализованная ЦМВИ в 70% случаев

установлен посмертно, на вскрытии.

2. Полиморфизм клинических проявлений ЦМВИ вызывает сложности для своевременной постановки диагноза, так при поступлении в стационар в предварительном диагнозе пневмония была поставлена в 42.86% случаев, ГБН, ВПС различной локализации и неонатальная желтуха и составляют по 9.52% каждая соответственно. На третьем месте стоят такие заболевания как гипотрофия (БЭН), ВПС в сочетании с пневмонией, механическая желтуха с пневмонией и генерализованная ЦМВИ, составляющие по 4.76% каждая.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Foulon, I. Congenital CMV-Related Hearing Loss Linked to First Trimester / I Foulon // *Infection Pediatrics*. 2008. Vol. 122. P. 1123–1127.
2. Demmler G.J., Buffone G.J., Schimbor C.M., May R.A. Detection of cytomegalovirus in urine from newborns by using polymerase chain reaction DNA amplification // *J. Infect. Dis.* — 1988 Dec. — 158 (6). — 1177-84.
3. Laurie Scott L. Prevention of perinatal herpes: prohilactic antiviral therapy? // *Clin. Obstet. Gynecol.* — 1999. — 42 (1). — 134-48.
4. Орехов К.В. Врожденная цитомегаловирусная инфекция / К.В. Орехов, М.В. Голубева, Л.Ю. Барычева // *Детские инфекции.* — 2004. — № 1. — С. 49-55.
5. Гусева Л.Н., Рогова Л.А., Егорова Н.Ю., Балашова Т.Б. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ): классификация и варианты течения // *Детские инфекции.* — 2003. — № 1. — С. 57-61.
6. Клинические варианты и классификация цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста / И.П.Баранова, О.А.Коннова, М.В.Никольская, О.Н.Лесина // *Детские инфекции.* - 2010. - N 2. - С.22-28.
7. Клинические проявления цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни / И.П.Баранова, Ж.Н.Керимова, О.А.Коннова и др. // *Детские инфекции.* - 2008. - Т.7 - N 2. - С.29- 32.
8. Вартамян, Р.В. Современные подходы к терапии цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста / Р.В.Вартамян // *Consilium medicum. Педиатрия.* - 2010. - N 3. - С.84-87.
9. Браим, И.Л. Особенности клинических проявлений ЦМВ-инфекции у детей грудного и неонатального возраста / И.Л.Браим, Е.Ю.Долидович // «Вопросы современной медицины» (Часть I): материалы международной заочной научно-практической конференции. (28 ноября 2011 г.). - Новосибирск: «Сибирская ассоциация консультантов», 2011. – 70-73 с.
10. Адиева, А.А. Роль цитомегаловирусной инфекции в патологии плода и новорожденного. Поиск новых противовирусных средств: Автореф. дис... д-ра биол. наук / А. А. Адиева; РАМН НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского. - М., 2009. - 50с.
11. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ. Утвержден протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК № 23 от «12» декабря 2013 года
12. Каражас Н.В. Цитомегаловирусная инфекция — типичный представитель оппортунистических инфекций/ *Российские медицинские вести.* -1997. - № 2. - С. 35 — 38.
13. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Цитомегаловирусная инфекция у детей раннего возраста (клиника, диагностика, современные возможности терапии) - *Руководство для врачей.* – М.: Посад, 1999. – 56 с.

ТҮЙІН

АЛТЫНБЕКОВА А.В., БАЕШЕВА Д.А., ТУЛЕГЕНОВА Г.К.

«АМУ» АҚ балалар жұқпалы аурулары кафедрасы

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯ

Астана қаласының №1 балалар ауруханасында зерттеуде өткізілген 2015-2016 жылдарда туа біткен генерализденген ЦМВЖ-мен сырқаттаушылық едәуір өсуі байқалады, оның ішінді 3 айға дейінгі балаларда 55% (n=21) кездеседі, осы кезеңде балалардың, сондай-ақ ең үлкен өлім-жетім пайызы - 48% (n=10) кездеседі. Себебі медициналық көмекке жүгінген емделушілердің клиникалық көріністері әр түрлі. Оларға: өкпенің зақымдалуы, созылмалы неонаталды сарғаю, неврологиялық өзгерістер мен оң маркерлер ЦМВЖ жатады.

SUMMARY

ALTYNBEKOVA A.B., BAYESHEVA D.A., TULEGENOVA G.K.

Department of Pediatric Infection Diseases of "AMU"

CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN CHILDREN

In a study conducted in an urban children's hospital №1 of Astana for 2015-2016 has been a significant increase in morbidity due to congenital generalized CMVI among children under one year most often found in children during the first three months of life and 55% (n=21), in this period of life children also have the highest mortality rate of 48% (n=10). The reason for the treatment of patients for medical treatment was different clinical manifestations: lung disease, prolonged neonatal jaundice, neurological changes and positive markers of CMVI.



УДК: 616.727.2-089.844-77-073.75

БЕССАРАБОВА А.В., АБДРАХМАНОВА Ж.С., АЛМАТОВА В.М.

АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра Радиологии имени академика Ж.Х.Хамзабаева.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МЯГКОТКАННЫХ СТРУКТУР ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Аннотация:

Плечевой сустав (ПС) травмируется достаточно часто: на его долю приходится около 30% повреждений всех суставов. Данная патология выявляется преимущественно у лиц трудоспособного возраста и нередко приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности (Майков, В.П., 2008; Декан В.Е., 2007; CallaghanJohn J., 2003).

Одним из ведущих факторов успешного лечения повреждений ПС является точность диагностики существующих изменений, особенно на ранних стадиях заболевания, когда правильно подобранная тактика лечения оказывает значительное влияние на исход процесса.

На современном этапе среди методов диагностики патологических изменений ПС на первый план выступает классическая рентгенография. Так как основные патологические изменения в ПС затрагивают, как правило, его мягкотканые структуры, наиболее важную роль в диагностике занимают ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография(МРТ) (Златкин Н.Б.,2004).

Ранняя диагностика изменений капсульно-связочного аппарата ПС представляет собой весьма сложную задачу. Несмотря на достигнутые в последние годы значительные успехи в совершенствовании клинко-диагностических методов, процент диагностических ошибок достаточно высок, и в 28-30% имеются случаи неточного или запоздалого диагностирования, что вызвано многообразием причин и форм

проявления остеоартроза, травматических повреждений плечевого сустава (Кузнецов И.А., 1998; Степанченко А.П., 2005; Tanderter Н.В., 2009).

Следствием неточной, запоздалой диагностики внутри- и околосуставных повреждений является развитие вторичных изменений, их лечение длится дольше, стоимость его выше, а исход несопоставимо хуже, чем при оптимальном, своевременном лечении в остром периоде патологического процесса (Boone J.L., 2010, Wong P.L., 2010).

Ключевые слова: Плечевой сустав, остеоартроз, травматические повреждения, диагностика, ультразвуковая диагностика, магнитно-резонансная томография.

Актуальность

Каждый пятый человек в мире жалуется на боли и/или ограничение движений в суставах: из 10-ти амбулаторных обращений 5 принадлежат к больным с костно-мышечными нарушениями. В 66% случаев обращаются люди моложе 60 лет (И.Заболотных, 2014).

Большую часть заболеваний опорно-двигательного аппарата составляют остеоартроз и травматические повреждения суставов, при этом в последние годы сохраняется тенденция к росту заболеваемости. В Республике Казахстан болезни суставов занимают «львиную долю» в структуре общей заболеваемости населения; более 80% людей старше 50 лет страдают заболеваниями суставов. Причем, выявляются они достаточно поздно, когда лечение уже затруднено, и ничем, кроме инвалидности, закончиться не может (Г.А.Тогизбаев, 2015).

Плечевой сустав по своим особенностям является одним из самых сложных крупных суставов. По данным Всемирной Организации Здравоохранения от 5 до 30% взрослого населения в мире страдают от болевого синдрома и нарушения функции плечевого сустава (Woolf A.D. et al., 2008). Сложность анатомического строения, неглубокая суставная впадина, отсутствие выраженного связочного аппарата, и высокие требования к суставу, предъявляемые в повседневной жизни, приводят к тому, что при систематических нагрузках механическая прочность его элементов оказывается недостаточной. Нарушение функции сказывается на состоянии всей конечности, часто приводит к нетрудоспособности и ухудшению качества жизни больного (Karels C.H., 2010). Одним из наиболее важных факторов, влияющих на эффективность лечения данных повреждений является полная и своевременная диагностика, особенно на ранних стадиях патологического процесса, а истинная причина болевого синдрома, как правило, остается недиагностированной, так как первичное лучевое обследование ограничивается рентгенографией для исключения или выявления костной патологии.

Для выявления заболеваний и повреждений ПС применяются современные методы лучевой диагностики, позволяющие визуализировать не только костные повреждения, но и изменения мягких околосуставных структур, мышц, синовиальных складок и близлежащих связок. Так, ультразвуковое исследование костно-суставной системы, обладая рядом преимуществ, таких как неинвазивность, безвредность, доступность, позволяет визуализировать внутрисуставные структуры, суставные поверхности, сосудистый пучок и количество внутрисуставной жидкости (Карасева Т.Ю., Мальцева Л.В., 2005, Васильев А.Ю., Жиливинская Л.В., 2008). Современной и перспективной визуальной методикой в травматологии и ортопедии является МРТ. Вследствие отсутствия ионизирующего излучения, высокой разрешающей способности и получения объемного изображения, метод позволяет достаточно точно оценить состояние суставного хряща и степень его изменений у пациентов с остеоартрозом, визуализировать изменения внутри- и периапартулярных структур субхондральной кости, дифференцировать кортикальный и губчатый слои кости, гиалиновый и фиброзный суставные хрящи, синовиальную оболочку, мышцы и связки (Miller T.T., 2006, Абдуразаков А.У., 2007).

Цель: уточнение ультразвуковой и МР-томографической семиотики повреждений мягкотканых структур плечевого сустава. Определение диагностических возможностей УЗИ и МРТ в диагностике данных травм.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №1» в период с сентября 2016 года по июнь 2017 года в отделении восстановительной ортохирургии. Обследовано 30 пациентов различных возрастных групп, включая 14 мужчин (46,7%) и 16 женщин (53,3%). Средний возраст больных составил 46,8 лет. Показаниями для проведения обследования являлись наличие выраженного болевого синдрома, ограничение подвижности, травматическое повреждение мягких тканей ПС в анамнезе. Клиническая картина повреждений была разнообразной и зависела от объема патологических изменений и давности травмы. Всем пациентам была проведена: стандартная рентгенография ПС, полипозиционное ультразвуковое исследование и МРТ. При этом, преимущественно оценивали и определяли наличие признаков повреждений мягкотканых структур.

Результаты и их обсуждение:

В результате проведенного исследования были выделены три группы пациентов с повреждениями мягких околосуставных структур, мышц, синовиальных складок и близлежащих связок ПС. Первую (I) группу составили 10 (33,3%) пациентов с повреждениями ротаторной манжеты плеча (РМП) (полные

ичастичные разрывы). Вторая (II) группа - пациенты с острыми воспалительными заболеваниями (тендиниты) – 8 (26,7%) человек. Третью (III) группу составили 6(20,0%) пациентов с хроническими воспалительными изменениями РМП (тендинозы, дегенеративные поражения).

Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст больных (лет)	Количество больных		Итого	
	Мужчины	Женщины	Абс.число	%
До 30 лет	1	-	1	3,3
От 31 до 41	2	1	3	10,0
От 41 до 50	5	4	9	30,0
От 51 до 60	4	6	10	33,3
От 61 до 70	1	2	3	3,3
От 71 до 80 и старше	1	3	4	13,3
Всего	14	16	30	100

Большинство пациентов (62%) были в возрасте от 40 до 60 лет (трудоспособный возраст).

Распределение пациентов по группам

№ группы	Группы повреждений	Количество пациентов	%
I	Полные разрывы РМП	4	13,
	Частичные разрывы РМП	9	30,0
II	Тендиниты, синовиты	9	30,0
III	Тендинозы, дегенеративно-дистрофические повреждения РМП	8	26,7
Итого		30	100

Комплексное лучевое обследование пациентов первой(I)группы во всех случаях выявило полные и частичные разрывы РМП, что составило 13 (43,3%) человек от всех обследованных. При полном разрыве надостной мышцы как в продольном, так и в поперечном сканировании обнаруживается нарушение целостности ее контуров. В месте разрыва надостной мышцы определялась гипо- или анэхогенная расщелина с неровными, размытыми контурами. Отмечалось увеличение объема субдельтовидной и субакромиальной сумок и наличие в них жидкостного содержимого, четко визуализировалась обнаженная бугристость плечевой кости в месте прикрепления дельтовидной мышцы, неоднородность структуры, нечеткость контуров (рис.1а). МР - признаками полного разрыва ВМП являлись прерывистость хода сухожилия, наличие участков повышенной интенсивности МР-сигнала на Т2-ВИ, также наличие жидкости в веществе сухожилия, скопления жидкости в параартикулярных синовиальных сумках и четкая визуализация сократившейся надостной мышцы. Частичные разрывы проявлялись наличием очага высокой интенсивности на Т2-ВИ в веществе сухожилия, нечеткостью контуров сухожилия и неравномерным его истончением (рис.1б).



Рис.1а, пациент В., 56лет,



рис.1б,

МРТ, косая корональная продольный УЗИ-скан, отмечается проекция. Разрыв надостной мышцы, полный разрыв надостной мышцы отек в месте разрыва.

При ультразвуковом исследовании пациентов второй группы (II) – 9 (30,0%) с острыми воспалительными изменениями РМП отмечалось появление гипоэхогенных участков неправильной формы, с неровными нечеткими контурами. Утолщение сухожилия на стороне поражения на 2мм, по сравнению с контрлатеральной стороной, снижение его эхогенности и увеличение его в объеме, бурсит в субакромиальной и субдельтовидной сумке (рис.2а). При УЗИ-доплерографии наблюдалась повышенная васкуляризация пораженной области. По данным МРТ пациентов второй группы острые воспалительные изменения проявлялись утолщением, нечеткостью контуров сухожилия с повышением интенсивности МР сигнала, а также наличием умеренного количества жидкости в субдельтовидной и субакромиальной сумках (рис.2б).

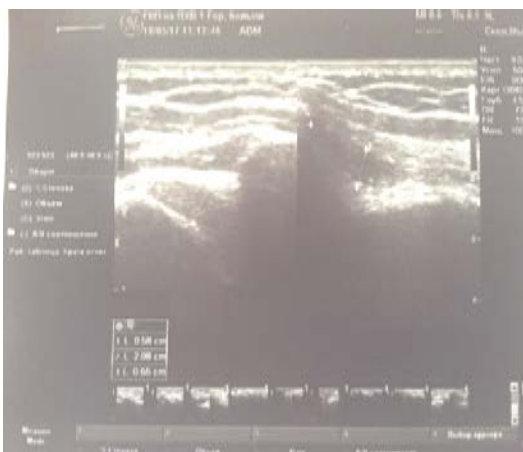


Рис.2а, пациентка К., 59 лет, поперечный



рис.2б, сагитальный МР-срез, УЗИ-скан.

Бурсит в субакромиальной и утолщение сухожилия надостной субдельтовидной сумках мышцы; жидкость в субдельтовидной и субакромиальной сумках.

У пациентов третьей (III) группы 8 (26,7%) на УЗИ с хроническими воспалительными изменениями РМП отмечалось нерезкое утолщение, неравномерное снижение эхогенности, неоднородность структуры сухожилия, а также множество мелких гиперэхогенных точечных участков - обызвествлений. При дегенеративных изменениях сухожилий отмечалось истончение, повышение эхогенности, неоднородность структуры сухожилия. Тендинозы и дегенеративные изменения на МРТ характеризовались нечеткостью контуров, неравномерным истончением сухожилия с повышением интенсивности МР-сигнала.

Частота выявления повреждений ПС при помощи различных методов лучевой диагностики

Виды повреждений	Р-фия	МРТ	УЗИ
Деформация суставных концов костей	5	7	-
Неравномерное истончение гиалинового хряща	-	21	18
Повреждение сухожилий мышц РМП:		14	10
Полное-	-	4	3
Неполное-	-	9	6
Разрыв капсулы	-	12	-
Дегенерация суставного хряща	-	16	14
Дегенерация связок	-	14	12
Дегенерация суставной губы	-	9	-
Краевые остеофиты	17	19	11
Утолщение сухожилий РМП	-	10	8
Бурсит	-	12	12

Результаты обследования пациентов с острыми и хроническими воспалительными повреждениями РМП подтвердили достаточно высокие диагностические возможности УЗИ и МРТ.

Полученные результаты позволили оценить эффективность методов лучевой диагностики для выявления механических повреждений структур ПС. Методика стандартной рентгенографии, наиболее часто используемая в практике, эффективна в случаях костной патологии.

Выводы: Анализ результатов проведенного исследования подтвердил высокую эффективность УЗИ и МРТ в диагностике заболеваний и повреждений мягкотканых структур ПС. На начальном этапе

обследования, при отсутствии костных повреждений, целесообразнее назначать ультразвуковое исследование, с помощью которого выявляются разрывы сухожильно-мышечного аппарата ПС; повреждения хрящевых структур; синовиты, тендиниты, бурситы. Эхография является надежным, высокоинформативным методом обследования пациентов с травматическим повреждением мягкотканых структур.

1. МРТ желательнее назначать после УЗИ в сомнительных клинических случаях для уточнения, дополнения характера повреждения при подозрении на застарелые частичные разрывы РМП, повреждение хрящевой губы ПС, а также для детальной оценки выявленных изменений. Своевременная, точная диагностика и определение степени повреждения вращательной манжеты плечевого сустава возможны лишь при комплексном лучевом обследовании (рентгенологический, УЗИ, МРТ) плечевого сустава.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. И. Заболотных. *Болезни суставов*. Санкт-петербург, «Спецлит». 4-8, 46-57, 2012.
2. Широков В.А. *Боль в плече*. Москва. Мед.прес.информ.2014.
3. Волков А.З. Плечелопаточный периартроз / А.З. Волков // *Мед. журн. Чувашии*. 1997. - Т. 7, № 1-2. - С. 127-129.
4. Голубев В.Г. *Сонографические признаки патологии сухожилий* / В.Г. Голубев, Н.А. Еськин, И.Ю. Насникова и др. // *Невский радиологический форум «Наука — клинике»: Матер.* СПб., 2006. - С. 255-256.
5. Гончарова Л.Д. *Патология вращательной манжеты плеча как частное проявление плечелопаточного периартрита* / Л.Д. Гончарова, А.А. Тяжелов // <http://likar.org.ua>. 2008.
6. Декан В.С., Майков В.П. *Лучевая диагностика повреждений манжеты ротаторов плечевого сустава* / В.С. Декан, И.Г. Пчелин, И.В. Пьянов и др. // *Невский радиологический форум «Из будущего в настоящее» Матер.* — I. СПб., 2013. С. 84.
7. Долгова И.В. *Современная ультразвуковая диагностика в травматологии* / И.В. Долгова // *Мед. визуализация.* — 1999. № 1. — С. 11-20.
8. Кац Д.С. *Секреты рентгенологии* / Д. С. Кац, К. Р. Мае, С. А. Гроскин. М., СПб.: Изд-во Бином. Изд-во Диалект, 2005. - 704 с.
9. Кишковский А.Н. *Атлас укладок при рентгенологических исследованиях* / А.Н. Кишковский, Л.А. Тютин, Г.Н. Есиновская. Л.: Медицина, 1987. - 520 с.
10. *Клиническая рентгенодиагностика (руководство). Том 3. Рентгенодиагностика повреждений и заболеваний костей и суставов / 2002.*
11. Кондырев Н.М. *Клинико-инструментальные параллели в диагностике повреждений вращающей манжеты плеча* / Н.М. Кондырев, А.В. Сорокоглядов, С.С. Копенкин // *Современные тенденции лучевой диагностики заболеваний скелетно-мышечной системы: Тез.* — М., 2006.
12. Абдрахманова Ж.С. *Комплексная денситометрич и компьютерная томография в оценке пороговых значений минеральной плотности тел позвонков как фактор риска их переломов*. А-т., 2006
13. Спичак Л.В. *Комплексная лучевая диагностика и оценка минеральной плотности костной ткани при асептическом некрозе головки бедренной кости в зависимости от стадии процесса*. А-т., Астана, 2010.
14. Amstutz, H.C. *UCLA anatomic total shoulder arthroplasty* / H.C. Amstutz, A.L. Sew Hoy, I.C. Clarke // *Clin. Orthop. Relat. Res.* 1981. - Vol. 155. -P. 7-20.
15. Anglin, C. *Mechanical testing of shoulder prostheses and recommendations for glenoid design* / C. Anglin, U.P. Wyss, D.R. Pichora // *J. Shoulder Elbow Surg.* 2000. - Vol. 18. - P. 323-331.
16. Amtz, C.T. *Prosthetic replacement of the shoulder for the treatment of defects in the rotator cuff and the surface of the glenohumeral joint.* / Arntz CT, Jackins S, Matsen FA 3rd. // *J. Bone Joint Surg.* 1993. - Vol. 75-A. -P. 485-491.
17. Hannafin JA, Dicarolo EF, Wickiewicz TL, et al. *Adhesive capsulitis: capsular fibroplasia of the glenohumeral joint.* *J Shoulder Elbow Surg.*, 1994;3:435-440.
18. Hermans J, Luime JJ, Meuffels DE, Reijman M, Simel DL, Bierma-Zeinstra SM. *Does this patient with shoulder pain have rotator cuff disease?: The Rational Clinical Examination systematic review.* *JAMA*, 2013 Aug 28;310(8):837-47.
19. Hsu JE, Anakwenze OA, Warrender WJ, Abboud JA. *Current review of adhesive capsulitis.* *J Shoulder Elbow Surg.*, 2011;20:502-514.
14. Hughes PJ, Evans RO, Goldberg JA. *Frozen shoulder.* In: Walsh WR (ed.). *Orthopedic Biology and Medicine: Repair and Regeneration of Ligaments, Tendons, and Joint Capsule.* Totowa, NJ: Humana Press Inc.; 2005:159-72.
20. Jacobs LG, Smith MG, Khan SA, Smith K, Joshi M. *Manipulation or intra-articular steroids in the management of adhesive capsulitis of the shoulder. A prospective randomized trial.* *J Shoulder Elbow Surg.*, 2009;18:348-53.

21. Khan Y, Nagy MT, Malal J, Waseem M. The painful shoulder: shoulder impingement syndrome. *Open Orthop J.*, 2013 Sep 6;7:347-51.
17. Mattia C, Ciarcia S, Muhindo A, Coluzzi F. Nimesulide: 25 years later. *Minerva Med.*, 2010 Aug;101(4):285-93
22. Neviasser AS, Hannafin JA. Adhesive capsulitis: a review of current treatment. *Am J SportsMed.*, 2010;38:2346-2356.

ТҮЙІН

БЕССАРАБОВА А.В., АБДРАХМАНОВА Ж.С., АЛМАТОВА В.М.

ИЫҚ БУЫНЫНЫҢ ЖҰМСАҚ ТІНДЕРДІҢ ҚҰРЫЛЫМДАРЫНЫҢ БҮЛІНГЕН ЖАҒДАЙДА КЕШЕНДІ РАДИАЛДЫ ДИАГНОСТИКА РОЛІ

Бұл мақалада мәселелері остеоартроза және жарақаттық зақымдануларының иық буыны, сондай-ақ талдау әдеби деректер. Баяндалған сарапталып, ультрадыбыстық және МР-томографические деректер науқастардың зақымдалған мягкотканых құрылымдардың иық буынының. Анықталған диагностикалық мүмкіндіктері УДЗ және МРТ диагностикасы деректер жарақат. Анықталды және қажеттілігін негіздеген әдістерін пайдалану УДЗ және МРТ кезінде остеоартрозе және жарақаттану иық буынының.

SUMMARY

BESSARABOVA A.V., ABDRAHMANOVA ZH.S., ALMATOVA V.M.

THE ROLE OF COMPLEX RADIATION METHODS OF DIAGNOSIS IN THE CASE OF DAMAGE TO THE SOFT TISSUE STRUCTURES OF THE SHOULDER JOINT

This article examines the problems of osteoarthritis and traumatic injuries of the shoulder joint, as well as an analysis of published data. Described and analyzed ultrasound and MRI imaging data of patients with injuries of soft tissue structures of the shoulder joint. Determined the diagnostic capabilities of ultrasound and MRI in the diagnosis of these injuries. Identified and the necessity of the use of methods of ultrasound and MRI in osteoarthritis and traumatic injuries of the shoulder joint.



УДК: 618.333:616-036.22

ДОЩАНОВА А.М., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ХАЛМУРАТОВА К.Ж.

*АО «Медицинский университет Астана»,
Кафедра акушерства и гинекологии интернатуры*

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Аннотация. В развитии замершей беременности у женщин способствовали такие факторы, как нарушение менструальной функции, болезненные менструации у 35%, отягощенный гинекологический анамнез, в том числе ИППП, а также оперативные вмешательства на органы малого таза, частые абортты в анамнезе путём выскабливания полости матки (кюретаж), отсутствие предгравидарной подготовки при данной беременности.

Ключевые слова: замершая беременность, абортты, невынашивание, нарушение менструальной функции.

Актуальность. Ранние самопроизвольные выкидыши являются одной из актуальных проблем современного акушерства в связи с растущей частотой репродуктивных потерь и ухудшением демографической ситуации в мире. Многочисленные исследование показали, что в структуре причин невынашивания беременности, особенно в первом триместре, ведущее место занимает замершая беременность, которая составляет, по данным разных авторов, от 40 до 85 % случаев.

Цель исследования: Изучение некоторых эпидемиологических аспектов женщин с замершей беременности.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ 142 историй беременных женщин с замершей беременностью на базе ГКП на ПХВ ГБ №1 с августа по октябрь 2016 года. Полученные результаты были статистически обработаны в программах MsExcel и Prism.

Результаты исследования: Анализ полученных данных позволил установить, что определён возраст женщин от 18 до 47 лет. До 25 лет -17% (24), 26-30 лет-27% (38), 31-35—28 % (40), и группа 36 лет и более составила-28 % (40). Средний возраст данных групп был $32 \pm 1,7$. 82,3 % (117) поступивших женщин были работающие. В среднем женщины были офисными служащими - 34,5 % (49). Большая часть 75% (106) состояли в браке. Данная беременность была желанной (запланированной) у 94,4% (134). Соматически здоровыми были-83,8 % (119). С различными заболеваниями были лишь 1,4% (2), в одном случае гипотериоз, в другом-гипертоническая болезнь.

Изучение менструальной функции пациенток показало, что у 61,3 % (87) начало менструации пришлось на 10-12 лет, 13-14 лет-13,4% (19), 15-16 лет - 19,7% (28), старше 16 лет -5,6% (8). Длительность менструального цикла по 3- 4 дня-47,8 % (68), 4-6 дней-33,8% (48), более 7 дней у 18,4 % (26). У 73,2% (104)-установились своевременно, в течении 6 месяцев- 14,8% (21), в течение года- 7% (10), в течении нескольких лет-5% (7). При дальнейшем анализе результатов исследования менструального цикла все женщины были разделены на 3 группы: группа 1 включала женщин с атенпонирующим циклом менее 21 дня-5,6 % (8), группа 2 – с нормопонирующим циклом 21-35 дней-, 85,2 (121) и группа 3 – с пролонгированным циклом более 35 дней- 9,2% (13). У 35% (50) женщин наблюдались болезненные менструации, умеренно болезненные-43% (61), болезненность не отмечали-22 % (31). Регулярность цикла была в 86%(136).

Раннюю половую жизнь до 18 лет начали 26,1 % (37). Регулярная половая жизнь была у 85,9% (122). Изучая акушерский анамнез мы выяснили, что 81,1 % (115) были повторнобеременными, повторнородящими. Настоящая беременность была первой у 19 % (27) пациенток. Самопроизвольные выкидыши в анамнезе имели 36% (51), медицинские аборт 25% (n=35), замершую беременность 10,6% (15), 0,7% (1) -внематочная беременность. Наличие бесплодия в анамнезе было у 1,4%: первичное - 0,7% (1) и вторичное-0,7%(1). Одна пациентка 0,7% (1), прибегла к ВРТ-ЭКО. Отягощенный гинекологический анамнез: воспалительные заболевания органов малого таза – у 33,1% (47), эрозия шейки матки – у 13 % (18), инфекции, передающиеся половым путем, – у 4,2 % (6) женщин.

Отмечались следующие оперативные вмешательства: выскабливание в анамнезе отмечалось 35 % (50) операция кесарево сечение - 15,5% (22), аппендэктомия - 12,7% (18), операции на придатках матки - 4,2% (6), и у 4,2% (6) - операции на органах желудочно-кишечного тракта. Настоящая беременность у 19 % женщин протекала с осложнениями: угроза прерывания беременности была у 9,2 % (13), ОРВИ с повышением температуры тела у 0,7 % (1), анемией у 1,4 % (2), ранний токсикоз (рвота средней степени тяжести) отмечался у 2,1 % (3). Сохраняющая терапия при данной беременности с применением натурального прогестогена отмечалась у 1,4% (2) и дидрогестерона у 2,1% (3). Замершая беременность в I триместре отмечалась у 93,7 % (133) при этом в сроке 3-5 недель-12,8 % (17), 6-8 недель – 48,9 % (65), 9-10 недель-32% (51). У 6,3 % (9) пациенток данная патология выявлялась во II триместре в 14, 16, 18 неделях беременности.

Ультразвуковая диагностика была проведена 31% (44) женщин, признаки по типу замирания эмбриона отмечены в 88,6 % (39), случаях и по типу анэмбрионии в 11,4 % (5), случаев.

Прерывание замершей беременности в первом триместре проводилось методом вакуум аспирации + кюретажа полости матки у 77,5 % (110), вакуум аспирация полости матки - 9,9 % (14), кюретаж (выскабливание) полости матки - 7% (10), медикаментозное+вакуум аспирация полости матки-3,5% (5), медикаментозное+кюретаж полости матки-0,7 % (1), медикаментозный метод прерывания-1,4% (2).

Морфологическая характеристика соскобов эндометрия при прерывание замершей беременности дала следующие заключения показали следующие результаты :серозно-гнойный децидуит составил - 31% (44), гнойно-некротический и гнойный-децидуит - по 5,6% (8), что говорит в пользу воспалительного процесса инфекционного фактора «потери плода» а также у 1,4% (2)-отмечался пузырный занос (трофобластическая болезнь).

Осложнение после прерывания беременности субинволюция матки+ жидкостное содержимое до 18 мм было у 0,7 % (1).

Выводы:

В заключении необходимо отметить, что в развитии замершей беременности у женщин способствовали такие факторы, как нарушение менструальной функции болезненные менструации у 35% , нерегулярность составила 14%, отягощенный гинекологический анамнез, в том числе ИППП, а также оперативные вмешательства на органы малого таза, которые в последующем приводят к невынашиванию беременности. Частые аборт в анамнезе путём выскабливания полости матки (кюретаж), отсутствие предгравидарной подготовки при данной беременности. Также нельзя сбрасывать со счетов и раннюю половую жизнь 26,1 % , недостаточную контрацептивную грамотность, особенно среди молодежи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Чернова И.С. *Современные подходы к лечению женщин с эктопической беременностью различной локализации: Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 2011. - 126 С.*

2. *Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы Образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины». Информационный бюллетень / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.*

ТҮЙІН

ДОЩАНОВА А.М., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ХАЛМУРАТОВА К.Ж.
«Астана медицина университеті» АҚ
Интенатураның акушерия және гинекология кафедрасы

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АСПЕКТТЕРІ ӨСУ ДАМЫМАҒАН ЖҮКТІЛІКТІК

Жүктілік өсу дамуына болмауына әкелетін факторларына етеккір функциясының ұзылуының (етеккір ауырып келуі 35 %) Ауыр гинекологиялық анамнез. Оның ішінде жыныс арқылы. Берілетін ауру инфекциялары. Кіші жамбас қуысындағы операциялар. Аборттар жатыр қуысыны қырумен өткен және предгравидарлық дайындалу өтпеу.

Түйін сөздер: дамуғаған жүктілік, түсіктер, аяғына дейін көтермеу, етеккір циклінің бұзылуы.

SUMMARY

DOCHSHANOVA A.M., SEYDULLAEVA L.A., RAZUMOVA R.R., KABIKENOVA D.K., HALMURATOVA K.J.
JSC «Astana medical university»
Department of obstetrics and gynaecology of hous emanship

SOME EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF A STUNTED PREGNANCY

In the development of frozen pregnancy in women is facilitated by such factors as disturdance of menstrual function, painful menstruation in 35 %, burdened gynecological anamnesis, including sexually transmitted infections, surgical intervention on pelvic organs, frequent abortions by scraping of the uterine cavity, the absence of pre-gravid preparation in this pregnancy.

Key words: stopping beating pregnancy, abortions, unmaturing, violation of menstrual function.



УДК: 618.312.:619.97

ДОЩАНОВА А.М., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ХАЛМУРАТОВА К.Ж.
АО «Медицинский университет Астана»,
Кафедра акушерства и гинекологии интернатуры

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ КАК ПРОБЛЕМА РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация

Наиболее часто внематочная беременность встречалась в возрасте старше 30 лет и составило 54,1пациенты с внематочной беременностью имевших в анамнезе оперативные вмешательства было на 12,3% больше чем не имевших их (56,1% при 43,8%). Радикальные операции – тубэктомии были на 9,8% чаще у группы сравнения.

Ключевые слова: внематочная беременность, тубэктомия, оперативные вмешательства.

Актуальность проблемы. Внематочная беременность до настоящего времени является одной из основных проблем акушерства и гинекологии. Частота встречаемости внематочной беременности среди женщин репродуктивного возраста не имеет тенденции к снижению. Согласно клиническому протоколу МЗ РК от 19.09.2013г внематочная беременность по статистике составляет 2% от всех беременностей, при этом трубная беременность составляет 98-99%, яичниковая беременность 0,1-0,7%, брюшная 0,3 - 0,4 %,

беременность в рудиментарном роге матки 0,1-0,9% [1]. Данная статистика требует большого внимания врачей акушер-гинекологов, а так же врачей общей практики. Основная работа должна быть направлена на своевременную диагностику, лечение, профилактику и снижения риска развития внематочной беременности.

Цель: Изучение частоты внематочной беременности у женщин имевших в анамнезе инвазивные вмешательства в полости матки и оперативные вмешательства в органах брюшной полости и малого таза.

Материалы и методы. Определена частота внематочной беременности ко всей патологии у женщин, госпитализированных в стационар в летне-осенний период. Изучены возраст женщин, детородная функция и частота и количество оперированных в анамнезе, характер внематочной беременности, сроки прерывания беременности. Изучен вид внематочной беременности от вида и частоты операций на органах малого таза и брюшной полости. Операции на органах брюшной полости и малого таза имели 55 (56,1%) женщин (1 группа), не имели 43 (43,8%) женщин (2 группа). Полученные результаты статистически обработаны в программах MsExcel и Prism. Набор материала произведен в ГКП на ПХВ «Городская больница №1» г.Астаны.

Результаты исследования и их обсуждения. По результатам исследования получено, что удельный вес пациенток с внематочной беременностью среди гинекологических больных поступивших в отделение гинекологии с августа по ноябрь 2016 года составило 8,7%. Среди больных поступивших в стационар, подвергшихся оперативному лечению, женщин с внематочной беременностью, в изучаемые месяцы, встречались с почти одинаковой частотой.

Возраст женщин оперированных по поводу внематочной беременности варьировал от 19 до 30 лет и старше. В возрасте до 20 лет была всего одна пациентка, в возрасте 21-25 лет - 11,22 % (11), в возрасте 26-30 лет - 33,67 % (33), в возрасте старше 30 лет - 54 % (53) женщин.

В первой группе были следующие операции в анамнезе: выскабливание слизистой полости матки у 44,7%, кесарево сечение было у 9,3%, аппендэктомия у 19,8%, операции на яичниках у 7,3%, внематочная беременность у 12,5%, лизис спаек брюшной полости у 6,25% женщин. Данная внематочная беременность была повторной у 12,5%.

В первой группе женщин с внематочной беременностью интраоперационно выявлено: трубный аборт слева у 21,8% (21), справа у 22,9% (22); разрыв трубы слева у 3,1% (3), справа у 2,08% (2) женщин; прогрессирующая беременность справа у 4,1 (4), слева 2,08% (2); прогрессирующая беременность в левом маточном углу у 1% (1) пациентки.

Во второй группе женщин с внематочной беременностью интраоперационно выявлено: трубный аборт слева выявлен у 16,6%(16), справа у 19,7% (19); разрыв трубы справа 2,08% (2), разрыв трубы слева 2,08% (2); прогрессирующая внематочная беременность слева 2,08% (2), прогрессирующая беременность в маточном углу справа у 2,08% (2) женщин.

В первой группе женщин с внематочной беременностью интраоперационно выявлено: трубный аборт слева у 21,8% (21), справа у 22,9% (22); разрыв трубы слева у 3,1% (3), справа у 2,08% (2) женщин; прогрессирующая беременность справа у 4,1 (4), слева 2,08% (2); прогрессирующая беременность в левом маточном углу у 1%(1) пациентки.

Во второй группе женщин с внематочной беременностью интраоперационно выявлено: трубный аборт слева выявлен у 16,6%(16), справа у 19,7% (19); разрыв трубы справа 2,08% (2), разрыв трубы слева 2,08% (2); прогрессирующая внематочная беременность слева 2,08% (2), прогрессирующая беременность в маточном углу справа у 2,08% (2) женщин.

Выводы:

- Удельный вес пациенток с внематочной беременностью среди гинекологических больных, подвергнутых хирургическому лечению составило от 33,8% до 40%. Наиболее часто внематочная беременность встречалась в возрасте старше 30 лет и составило 54,1%.

- Среди пациентов с внематочной беременностью имевших в анамнезе оперативные вмешательства было на 12,3% больше чем не имевших их (56,1% при 43,8%)

- Прерывание беременности по типу трубного аборта на 8,4% были чаще у женщин имевших оперативные вмешательства.

- Радикальные операции – тубэктомии были на 9,8% чаще у группы женщин не имевших в анамнезе ни оперативных вмешательств, ни выкидышей и абортот.

- Удельный вес пациенток с внематочной беременностью среди гинекологических больных, подвергнутых хирургическому лечению составило от 33,8% до 40%. Наиболее часто внематочная беременность встречалась в возрасте старше 30 лет и составило 54,1%.

- Среди пациентов с внематочной беременностью имевших в анамнезе оперативные вмешательства было на 12,3% больше чем не имевших их (56,1% при 43,8%)

- Прерывание беременности по типу трубного аборта на 8,4% были чаще у женщин имевших оперативные вмешательства.

- Радикальные операции – тубэктомии были на 9,8% чаще у группы женщин не имевших в анамнезе ни оперативных вмешательств, ни выкидышей и абортов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Неразвивающаяся беременность. Методические рекомендации МАРС (Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины) / [авт.-сост. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 48 с.*

2. *Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы Образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины». Информационный бюллетень / под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014. — 24 с.*

ТҮЙІНДЕМЕ

ДОШАНОВА А.М., СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ХАЛМУРАТОВА К.Ж.

«Астана медицина университеті» АҚ,

Интенатураның акушерия және гинекология кафедрасы

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІК РЕПРОДУКТИВТІ КЕЗІНДЕ

Көбінде жатырдан тыс жүктілік өтыз жастан жөғары кездеседі- 55,4. Олардын анамнезінде оперативті кірісу 12,3 коп. Оперативті кіріс болмағаныннан 56,1 және 43,8№ радикалды операция тубэктомия 9,8 жие кездеседі.

Түйін сөздер: жатырдан тыс жүктілік, оперативті кіріс, тубэктомия.

SUMMARY

DOCHSHANOVA A.M., SEYDULLAEVA L.A., RAZUMOVA R.R., KABIKENOVA D.K., HALMURATOVA K.J.

JSC «Astana medical university»,

Department of obstetrics and gynaecology of housemanship

ECTOPIC PREGNANCY AS A PROBLEM OF REPRODUCTIVE AGE

Most commonly ectopic pregnancy was found at the age of 30 years and built 54.1, patients with an ectopic pregnancy with a history of surgical intervention was 12.3 more than not heving them (56.1 to 43.8). Radical surgery tubectomy was 9.8 more frequently in the comparison group.

Key words: ectopic pregnancy, surgical intervention, tubectomy.



УДК 616.65-002: 615.032

ЖАПАРОВ У.С., КАСЫМОВ Б.Г., ШЕРХАНОВ Р.Т.

АО «Медицинский университет Астана»

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И
ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА**

Аннотация

В последние годы проблеме лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы в сочетании хронического простатита уделяется значительное внимание. Следует отметить, что в этом направлении достигнуты определенные успехи. Четко определен алгоритм диагностики, а также разработаны схемы эффективного консервативного лечения заболевания. В данной статье проведена оценка эффективности применения лекарственного препарата Сампрост в форме суппозитории ректальные

в лечении пациентов с доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хроническим простатитом. Результатом действующего вещества, сампрост оказывает широкий спектр действия на патогенез ДГПЖ и хронического простатита и улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, простатит, лечение, сампрост.

Актуальность:

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) в среднем у 75-80% мужчин развивается в возрасте 60 лет и старше. Согласно данным ВОЗ, численность населения к концу XX века в возрасте старше 60 лет увеличилась более чем в 3 раза. Учитывая тенденцию роста числа населения планеты, можно полагать на актуальность данного заболевания [1]. ДГПЖ является одним из наиболее распространенных заболеваний у мужчин пожилого возраста и определяется гистологически наличием пролиферативно-воспалительных и склерозирующих процессов, который приводит к выраженным расстройствам мочеиспускания, получившее название «симптомы нижних мочевых путей» (СНМП). Согласно литературе, СНМП проявляется в виде легкой, умеренной и тяжелой степени мочеиспусканий в зависимости от глубины нарушения уродинамических показателей [2].

Медикаментозное лечение ДГПЖ является одной из важных проблем, обсуждаемых среди урологов. Вместе с тем механизмы действия некоторых известных препаратов изучены недостаточно, отсутствуют четкие показания по назначению многих лекарственных средств. Основные группы лекарственных препаратов, применяющихся для лечения ДГПЖ: α -адреноблокаторы (тамсулозин, алфузозин, празозин, доксазозин, теразозин и др.), ингибиторы 5- α редуктазы (финастерид, дутастерид), гормональные препараты (аналоги гонадотропных рилизинг-гормонов, антиандрогены, гестагены, антиэстрогены, ингибиторы ароматазы, антагонисты пролактина), растительные препараты, прочие (полиеновые антибиотики, аминокислотные комплексы и экстракты органов животных) [3]. Одним из лекарственных препаратов животного происхождения является сампрост (Витапрост форте), активным веществом которого является экстракт простаты (100 мг). Сампрост – это комплекс водорастворимых биологически активных пептидов, выделенных из ткани предстательной железы молодых бычков, достигших половой зрелости путем жесткого кислотного гидролиза, глубоко разрушающего клеточные структуры [4]. Экстракт простаты антиагрегантными и антикоагулянтными свойствами усиливает синтез антигистаминовых и антисеротониновых антител, нормализует микроциркуляцию и кровоснабжение околопростатических тканей, регулирует тонус гладкомышечных компонентов протоковой системы простаты [5].

Цель: оценка эффективности применения лекарственного препарата Сампрост в форме суппозитории ректальные 100 мг в лечении пациентов с ДГПЖ и хроническим простатитом.

Материалы и методы исследования: в исследовании были включены 64 мужчин, в возрасте от 50 до 75 лет, с диагнозом ДГПЖ с хроническим простатит. Средний возраст мужчин составил 58 лет. Исследование проходило на базе кафедры урологии АО «Медицинского университета Астана» в условиях «Акмолинской областной больницы № 2» в период с января по декабрь 2016 год.

Основные критерии включения в исследование были:

- наличие симптомов нижних мочевых путей, обусловленных ДГПЖ в течение 3х и более месяцев;
- суммарный бал по шкале IPSS более 9 баллов;
- максимальная скорость мочеиспускания (Q_{max}) более 5,0 мл/с, при объеме выделенной мочи больше 150 мл;
- уровень общего ПСА не более 4,0 нг/мл.

Критерием исключения стали пациенты со склерозом и раком предстательной железы, стриктурой уретры, инфекцией мочевыводящих путей, заболеваниями мочевого пузыря, сопутствующими заболеваниями печени и почек.

Пациенты были разделены на 3 группы. В первой группе пациенты получали только препарат ингибитор 5 α -редуктазы – дутастерид в дозе 0,5 мг один раз в день, пациенты второй группы принимали фитопрепарат Serenoa repens в дозе 320 мг один раз в день, в третьей группе – препаратом в виде суппозитория – сампрост в дозировке 100 мг. Курс лечения составил 3 месяца. Контрольный осмотр проводился 1 раз в месяц.

Методы исследования являлось изучение жалоб, анамнеза, пальцевое ректальное исследование предстательной железы, трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы с определением остаточной мочи, оценка симптомов мочеиспускания по шкале IPSS и качества жизни (QOL), результаты урофлоуметрии и секрет простаты. Уровень общего ПСА в сыворотке крови оценивался через 3 месяца после курса терапии.

После проведения обследования 64 пациентов были получены следующие результаты: по шкале IPSS $14 \pm 6,9$ балла, QOL 3 ± 2 балла; объем мочевого пузыря составил $144 \pm 44,5$ см³, объем остаточной мочи $47 \pm 20,6$ см³; Q_{max} была $14,3 \pm 1,5$ мл/с, длительность мочеиспускания $45,4 \pm 11,7$ с; уровень общего ПСА

составил $1,46 \pm 1,03$ нг/мл; объем предстательной железы $48 \pm 15,2$ см³; секрет простаты: лейкоциты – 15 ± 3 в поле зрения, бактерии – отсутствуют.

Результаты и их обсуждение. Через один месяц после проведения контрольного обследования отрицательной динамики во всех трех группах не наблюдалось. При субъективной оценки пациенты в большей степени отмечали уменьшение обструктивной симптоматики. По результатам проведенного обследования были получены следующие результаты.

В первой группе: средний бал по шкале IPSS составил 9 баллов, QOL – 3 балла. Объем остаточной мочи – $18,5$ см³, Q_{max} – $16,4$ мл/с, длительность мочеиспускания – $46,6$ с. Секрет простаты: лейкоциты – 14 в поле зрения.

Во второй группе: средний бал по шкале IPSS составил 10 баллов, QOL – 4 балла. Объем остаточной мочи – $28,0$ см³, Q_{max} – $15,4$ мл/с, длительность мочеиспускания – $49,1$ с. Секрет простаты: лейкоциты – 12 в поле зрения.

В третьей группе: средний бал по шкале IPSS составил 10 баллов, QOL – 3 балла. Объем остаточной мочи – $25,0$ см³, Q_{max} – $14,8$ мл/с, длительность мочеиспускания – $48,3$ с. Секрет простаты: лейкоциты – 11 в поле зрения.

По результатам проведенного ультразвукового исследования после одного месяца лечения существенных изменений в уменьшении объема предстательной железы не отмечалось.

Через 3 месяца после окончания лечения во всех трех группах пациенты отметили значительное субъективное улучшение со стороны мочеиспускания. По результатам проведенного обследования также отмечалась положительная динамика объективных показателей. Результаты представлены на диаграмме 1.

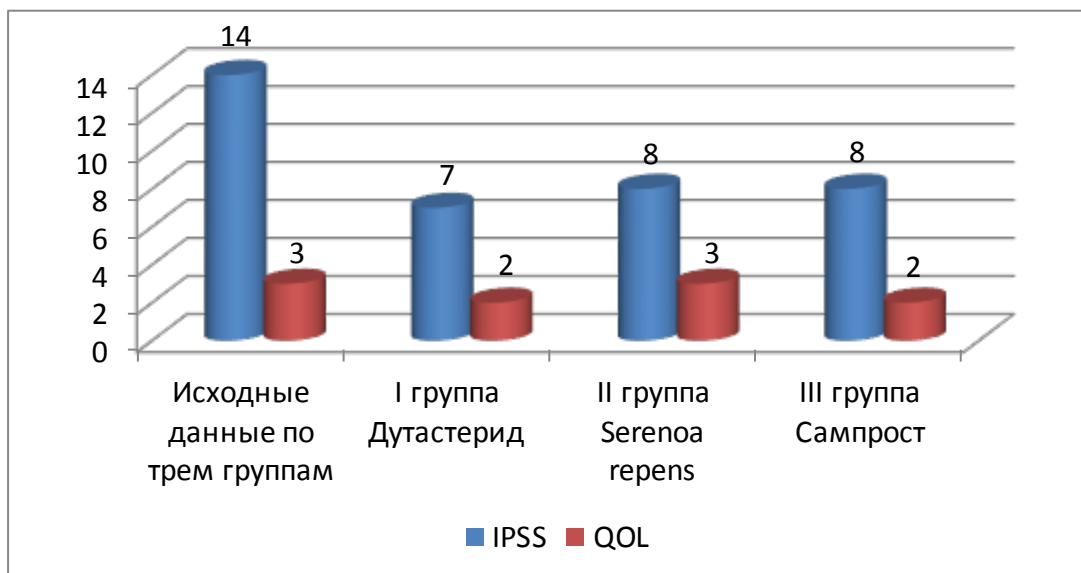


Диаграмма 1. Средние показатели по IPSSи QOL через 3 месяца после лечения

По результатам исследования в первой группе были получены следующие результаты: средний бал по шкале IPSS составил 7 баллов, QOL – 2 балла, объем остаточной мочи – 8 см³, Q_{max} – $17,8$ мл/с, длительность мочеиспускания – $35,4$ с. Объем простаты составил в среднем $40,4$ см³, уровень общего ПСА в сыворотке крови (диаграмма 2). Средний показатель лейкоцитов в секрете простаты снизился до 7 в поле зрения.

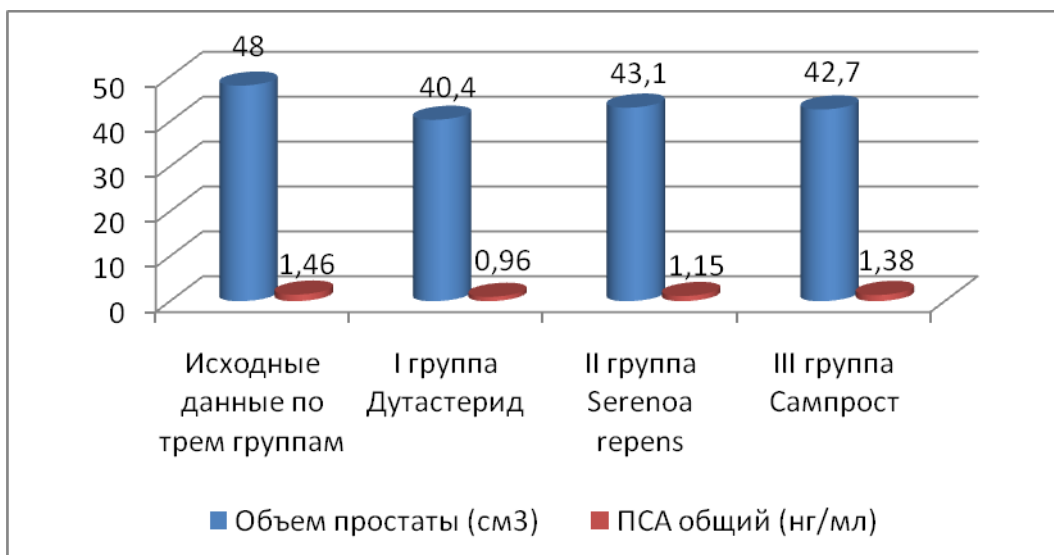


Диаграмма 2. Средние показатели объема простаты и уровня ПСА через 3 месяца после лечения

Во второй группе исследуемых средний бал по шкале IPSS составил 8 баллов, QOL – 3 балла. Объем остаточной мочи – 17,5 см³. Q_{max} – 18,3мл/с, длительность мочеиспускания уменьшилось до 36,7 с (диаграмма 3). Уровень общего ПСА снизился до 1,15 нг/мл, а объем простаты до 43,1 см³. Средний показатель лейкоцитов в секрете простаты уменьшился до 8 в поле зрения.

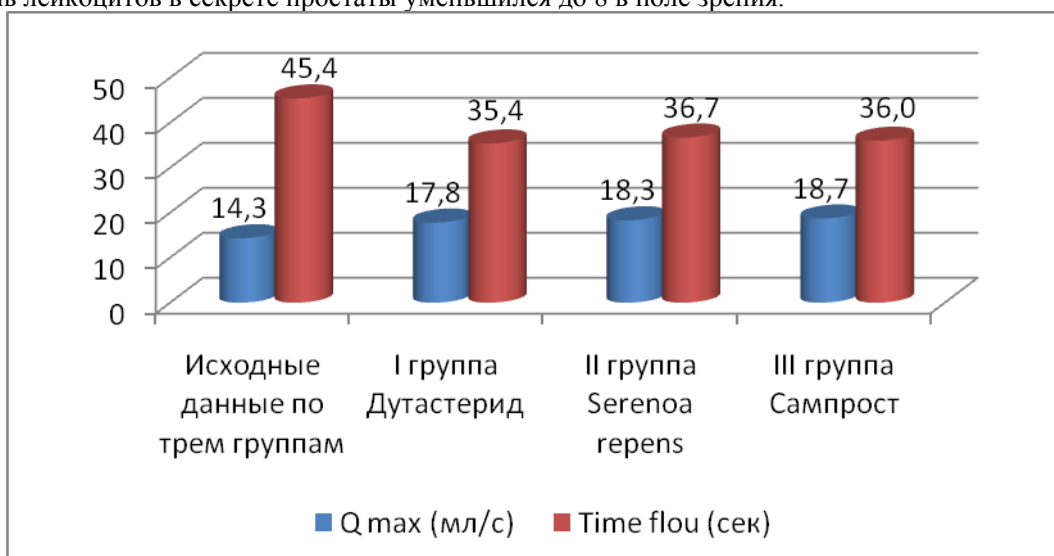


Диаграмма 3. Средние показатели Q_{max} и длительность мочеиспускания через 3 месяца после лечения

В третьей группе: средний бал по шкале IPSS составил 8 баллов, QOL – 2 балла. Объем остаточной мочи уменьшился до 16,4 см³. Q_{max} и длительность мочеиспускания составили 18,7 мл/с и 36,0 с, соответственно. Объем простаты составил 43,7 см³, уровень общего ПСА в сыворотке крови – 1,38 нг/мл. Средний показатель лейкоцитов в секрете простаты уменьшился до 5 в поле зрения (диаграмма 4).

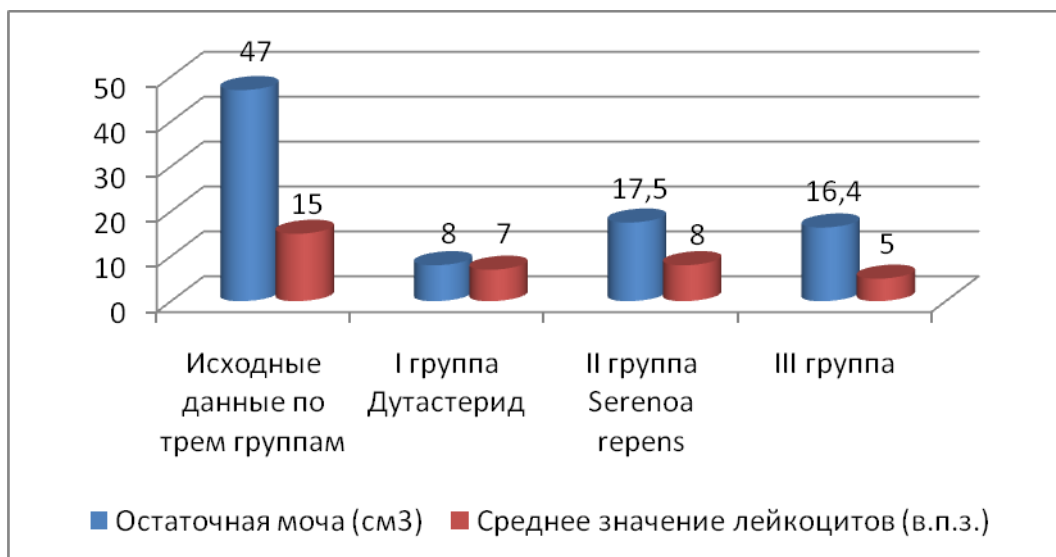


Диаграмма 4. Средние показатели объема остаточной мочи лейкоцитов в секрете простаты через 3 месяца после лечения

Выводы: По результатам проведенного исследования следует, что препарат сампрост (Витапрост форте) в форме суппозиторий, содержащий экстракт простаты молодых бычков в дозе 100 мг, используемый в третьей группе, показал хорошие результаты при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы в сочетании с хроническим простатитом. За счет действующего вещества, сампрост оказывает широкий спектр действия на патогенез доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хронического простатита.

Комплекс водорастворимых биологически активных пептидов, выделенных из ткани предстательной железы молодых бычков, представленный препаратом сампрост, является вполне эффективным и безопасным в лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы в сочетании с хроническим простатитом, и может применяться в качестве монотерапии. Препарат улучшает качество жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Emberton M, Andriole GL, de la Rosette Jet al. BPH. A progressive disease of the ageing male. *Urology* 2003; 61: 267–273.
2. Barry M.J., Beckley S., Boyle P., et. al.: Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH. In: *Proceedings of the International consultation on BPH, WHO, 1997*; 25.
3. Лоран О.Б. Комбинированная медикаментозная терапия больных доброкачественной гиперплазией простаты. *Опыт и перспективы* / О.Б. Лоран, И.В. Лукьянов // *РМЖ*. – 2003. – Т. 11, № 24.
4. Горбачев А.Г., Бобков Ю.А., Аль-Шукри С.Х. Роль простатилена в патогенетическом лечении хронического простатита. В кн.: *Материалы Международного симпозиума «Геронтологические аспекты пептидной регуляции функций организма»*. СПб.; 1996; 36.
5. Мазо Е.Б. Эффективность и безопасность новой лекарственной формы препарата Витапрост, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, в терапии пациентов с аденомой предстательной железы / Е.Б. Мазо и др. // *Урология*. – 2007. - № 6. – С. 55-61.

ТҮЙІН

ЖАПАРОВ У. С.

«Астана медицина университеті» АҚ

ҚҰРАМДАСТЫРЫЛҒАН ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРСІЗ ІСІГІ ЖӘНЕ СОЗЫЛМАЛЫ ПРОСТАТИТІ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Соңғы жылдары қуық асты безінің қатерсіз ісігі гиперплазиясын созылмалы простатитпен байланыстыра емдеуге маңызды көңіл аударылып жатыр. Айта кету қажет, осы бағытта айқын жетістіктерге қол жетті. Диагностикалық алгоритм анық айқындалған, сонымен қатар тиімді консервативті емдеу жолдары қарастырылған. Осы мақалада Сампрост деген емдік препараттың қуық асты безінің қатерсіз ісігінің созылмалы простатитпен байланыстыра емдеуде қабылдаудың тиімді жақтары көрсетілген. Осының нәтижесі ретінде сампросттың қуық асты безінің қатерсіз ісігі гиперплазиясын патогенезге әсер етуінің және созылмалы простатитті емдеудегі кең бағыты және пациенттің жағдайының жақсарғаны көрсетілген.

SUMMARY

ZHAPAROV U.

«Astana Medical University» JSC

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF COMBINED TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC
HYPERPLASIA AND CHRONIC PROSTATITIS

In recent years, the problem of treating benign prostatic hyperplasia in combination with chronic prostatitis has received considerable attention. It should be noted that some progress has been made in this direction. The algorithm for diagnosis is clearly defined, and schemes for effective conservative treatment of the disease have been developed. This article assesses the effectiveness of the use of the drug Samprost in the form of rectal suppositories in the treatment of patients with benign prostatic hyperplasia and chronic prostatitis. The result of the active substance, samprost has a wide spectrum of action on the pathogenesis of benign prostatic hyperplasia and chronic prostatitis and improves the quality of life of patients.



УДК 615.322:665.527.64

КАЗБЕКОВА А.¹, АТАЖАНОВА Г.², МАДИЕВА Ш.¹, БАЗАРХАНҚЫЗЫ А.¹, АДЕКЕНОВ С.²¹АО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан²АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия», Караганда, КазахстанВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АНТИОКСИДАНТНОЙ И
ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ТИМЬЯНА

В данной статье изложены результаты скрининга на антиоксидантную и гепатопротекторную активность эфирного масла тимьяна мугоджарского. Авторы считают, что выраженная антиоксидантная и антирадикальная активность исследованного объекта обуславливает положительный гепатопротекторный эффект *Thymus mugodzhharicus* на примере интоксикации СС1₄ лабораторных животных.

Ключевые слова: гепатопротектор, антиоксиданты

В последние годы получило определенное развитие внедрение в оценку биологической активности модельных систем, механизм которых основан на окислительно-восстановительных реакциях, аналогичных биохимическим процессам, поэтому актуальны вопросы корреляции результатов различных способов изучения антиоксидантной и антирадикальной активности. Способность печени, являющейся центральным органом процессов метаболизма, обмена, нейтрализации часто снижается из-за многочисленных веществ, к которым относятся в том числе и некоторые лекарственные средства, отрицательно влияющие на данный орган, поэтому заболевания печени являются актуальной проблемой как медицины так и фарминдустрии. Поскольку болезни печени широко распространены, профилактика, их лечение, изыскание способов ранней диагностики, коррекции нарушений метаболизма в организме является одной из острых проблем медицины, поэтому перед учеными возникает необходимость в разработке современных гепатопротекторов, в частности, природного происхождения на основе эндемичного растительного сырья (Jain NK, Singhai AK.; Stankovic M., Niciforovic N. et al.) [1,2].

Для выявления перспективных объектов при разработке лекарственных средств исследована антиоксидантная и антирадикальная активность *in vitro* эфирных масел 8 видов тимьяна (*Thymus marschallianus*, *Thymus roseus*, *Thymus rasiatus*, *Thymus lavrenkoanus*, *Thymus petraeus*, *Thymus crebrifolius*, *Thymus serphullum*, *Thymus mugodzhharicus*) и других эндемичных растений, распространенных на территории Казахстана. При анализе орто-фенантролиновым способом и FRAP (Ferric reducing/antioxidant power)–методом установлен выраженный антиоксидантный эффект для эфирного масла тимьяна мугоджарского (*Thymus mugodzhharicus*), что позволяет рассматривать данное эфирное масло тимьяна, произрастающего на территории Казахстана, в качестве потенциального антиоксиданта, которое может

найти применение в качестве нового отечественного фитопрепарата. Анализ методом Folin-Ciocalteu показал повышенное содержание полифенольных соединений в данном объекте, в частности, флавоноидов, которое обусловило высокую антирадикальную активность эфирных масел тимьяна при анализе с применением DPPH (2,2-diphenyl-1-picrylhydrazyl radical) (Tirzitis G., Bartosz G.) [3]. В частности, при сравнении антирадикальной активности углекислотных экстрактов различных видов полыни (полынь семиреченская, полынь туполопостная, полынь однолетняя, полынь зеленая, полынь Адамса, полынь Сиверса, полынь якутская и др.), *Thymus mugodzhharicus* проявил выраженную активность. На наш взгляд, данный факт объясняется тем, в углекислотных экстрактах полыни доминируют терпеновые соединения. Аскорбиновая кислота (АК), ВНА (бутилгидроксианизол) и галловая кислота являлись веществами-сравнения. Проявление эфирным маслом тимьяна (*Thymus mugodzhharicus*) выраженной антиоксидантной активности явилось основанием для исследования гепатопротективного свойства *in vivo*, хотя механизм последнего может проявляться не на уровне свободных радикалов, а обусловлен мембраностабилизирующим действием экзогенного объекта, в частности, эфирным маслом тимьяна мугоджарского.

Гепатопротекторная активность препарата отражается в уменьшении активности АЛТ и АСТ до уровня интактных животных, а для щелочной фосфатазы, билирубина, малонового диальдегида даже ниже по сравнению с интактными белыми крысами (El-Banna H. et al.) [4]. Для эфирного масла тимьяна мугоджарского установлена аналогичная динамика для указанных ферментов. Установлено, что для ферментов АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы для эфирного масла тимьяна мугоджарского имеет место выраженная закономерность, отражающая гепатопротекторное свойство объекта, что указывает на целесообразность дальнейшего исследования с применением других методов оценки гепатопротекторной активности. Если в группе интактных животных показатель АСТ составлял $2,04 \pm 0,19$ мкмол/л·ч, то у животных с контрольной патологией, вызванной интоксикацией четыреххлористым углеродом, он достоверно увеличился на порядок. Вместе с тем, под влиянием препарата карсила и эфирного масла тимьяна мугоджарского нами установлено снижение синдрома цитолиза, которое проявилось в уменьшении активности указанного фермента, а также выявлена аналогичная закономерность для АЛТ (табл.1). (Т. Мауба Gnana Suky, В. Parthipan et al., Казбекова Т.) [5,6].

Таблица 1. Динамика биохимических показателей под действием эфирного масла тимьяна мугоджарского.

Животные	АлАТ	АсАТ	Общий билирубин	МДА (кровь)	МДА (печень)
Интактные	$2,06 \pm 0,33$	$2,04 \pm 0,19$	$354,2 \pm 13,6$	$9,0 \pm 0,70$	$23,1 \pm 1,79$
Контроль	$11,75 \pm 1,1$	$20,53 \pm 0,13$	$662,4 \pm 39,1$	$23,0 \pm 1,30$	$58,2 \pm 2,25$
Карсил	$3,31 \pm 0,81^*$	$13,86 \pm 2,70^*$	$492,3 \pm 18,7^*$	$11,7 \pm 3,50^*$	$26,0 \pm 0,76^*$
Э. м. тимьяна	$3,29 \pm 0,94^*$	$11,84 \pm 0,60^*$	$600,0 \pm 23,5^*$	$14,44 \pm 2,70^*$	$30,84 \pm 2,81^*$

• - $p < 0,05$

Таким образом, можно считать, что выраженная антиоксидантная и антирадикальная активность *in vitro* исследованного объекта обуславливает положительный гепатопротекторный эффект *Thymus mugodzhharicus* на примере интоксикации CCl_4 лабораторных животных *in vivo*.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Stankovic M., Niciforovic N., Topuzovic M., Solujic S. *Biotechnol. & Anal. Biotechnol.Eq.* 2011, V.5. I.1. P.2222-2227.
2. Jain NK, Singhai AK. *Hepatoprotective activity of Chenopodium album Linn: in vitro and in vivo studies. J. Experimental & Integrative Medicine.* 2012. 2(4). P.331-336.
3. Tirzitis G., Bartosz G. *Determination of antiradical and antioxidant activity: basic principles and new insights. Acta Biochimica Polonica.* 2010. 57(1). P.139-142.
4. El-Banna H., Soliman M., Al-wabel N. *Hepatoprotective Effects of Thymus and Salvia Essential oils on Paracetamol-Induced Toxicity in Rats. J. Phys. Pharm. Adv.* 2013. 3(2). P.41-47.
5. Т. Мауба Gnana Suky, В. Parthipan, С. Kingston, V. R. Mohan, P. Tresina Soris. *Hepatoprotective and antioxidant effects of Int. J. Pharm. Pharm. Sci. Res.* 2011. 2(3). P.887-892.
6. Казбекова А.Т. *Изучение гепатопротекторной активности эфирного масла тимьяна мугоджарского // Валеология. Денсаулық-Ауру-Сауықтыру.-2017.-№2.-С.80-82.*

ТҮЙІН

КАЗБЕКОВА А., АТАЖАНОВА Г., МАДИЕВА Ш., БАЗАРХАНҚЫЗЫ А., ӘДЕКЕНОВ С.
«Астана Медициналық Университеті» АҚ
«Фитохимия» Халықаралық ғылыми-өндірістік холдингі, Караганды қ.

ТИМЪЯННЫҢ АНТИОКСИДАНТТЫҚ ЖӘНЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІКТЕРІНІҢ
КӨРСЕТКІШТЕРІ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫС

Берілген мақалада Мугоджар тимьянының эфирлі майының антиоксиданттық және гепатопротекторлық белсенділіктерін скринингілеу нәтижелері көрсетілген. Авторлар, зерттелген объектілердің айқын антиоксиданттық және антирадикалды белсенділігі CCl_4 уланған *Thymus Mugodzharcicus* лабораториялық жануарларға гепатопротекторлық әсер ететіндігіне мүмкіндік береді.

SUMMARY

KAZBEKOVA A., ATAZHANOVA G., MADIYEVA SH., BAZARKHANKYZY A., ADEKENOV S.
JSC «Astana Medical University»
International research and production holding «Phytochemistry», Karaganda.

THE CORRELATION BETWEEN INDICATORS OF ANTIOXIDANT AND HEPATOPROTECTIVE
ACTIVITY OF THYME

This article describes the results of the screening for antioxidant and hepatoprotective activity of essential oil of the *Thymus Mugodzharcicus*. The authors believe that the expressed antioxidant and antiradical activity of the investigated object causes positive hepatoprotective effect of *Thymus Mugodzharcicus* on the sample of intoxication laboratory animals with CCl_4 .



УДК:618.4:615.03-537.857

КЕРИМКУЛОВА С.Г., ОСПАНОВА А.Б., ЖУМАБАЕВА Э.М., ВЛАСЕНКО Т.Б., КАРАБАЛАЕВА Ж.У.

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

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ
ИНДУКЦИИ

Аннотация: На современном этапе наиболее бережным способом для завершения беременности, является роды через естественные родовые пути. При отсутствии условий для своевременного родоразрешения используются различные методы индукции. Индукция считается обоснованной, если ее использование улучшает материнские и перинатальные исходы и не приводит к увеличению числа осложнений. На основании проведенных результатов исследований установлено, что меньшее число осложнений со стороны матери и плода является индукция окситоцином.

Ключевые слова: индукция родов, амниотомия, окситоцин, мизопростол.

Актуальность: На современном этапе наиболее бережным способом окончания беременности при поздних сроках является родоразрешение через естественные родовые пути (при отсутствии явных абсолютных или относительных показаний для операции кесарева сечения) путём медикаментозного родовозбуждения родовой деятельности. [4]

В последние годы в акушерстве наблюдается увеличение частоты индукции родов. Данная тенденция обуславливает необходимость оптимизации подходов к подготовке шейки матки и родовозбуждению, а также создание алгоритмов их проведения. [3]

Успех индукции родов определяется наличием стратегии их проведения, которая включает в себя четкую оценку показаний и противопоказаний, выбор времени, определение метода или

последовательности применения методов, обоснованных в конкретной клинической ситуации. В большинстве случаев индукция родов преследует цель улучшить исходы ожидаемых родов в тех случаях, если пролонгирование беременности может привести к неблагоприятным исходам, т.е. потенциальному риску для матери и для плода, а также риск, связанный с этой процедурой, не должно превышать риск для матери или плода. [3,1]

В развитых странах доля детей, родившихся в срок в результате индукции родов, достигает одной четверти. [2] По данным различных исследований частота индукции в различных родовспомогательных учреждениях Казахстана колеблется по г. Астана от 4,9 % (ПЦ№3), по городу Алматы 6,1 %, г. Семей 15,5%, в тоже время по России частота - 5,0 % до 18,0 %, по зарубежным странам от 25,0% до 33,0% (США).

Индукцию родов следует проводить только при наличии четких медицинских показаний, когда ожидаемый положительный эффект превосходит потенциальные риски.[2]

В настоящее время существует различные методы родовозбуждения: амниотомия, отслаивание плодных оболочек, стимуляцией внутривенными утеротониками, интрацервикальное и интравагинальное введение простагландинов.

Цель: Изучить влияние различных методов индукции на акушерские исходы.

Материалы и методы: Нами был проведён ретроспективный анализ у 243 пациенток с индукцией родов, родоразрешенных в Перинатальном центре №3 г. Астана за 2015 год. Возраст пациенток варьировал от 20 до 40 лет. Наибольшее число беременных приходилось на возраст от 21 до 30 лет (67,4%).

Срок гестации рожениц варьировал от 33 недель до 42 недель. В основном наибольший процент составили роженицы с доношенной беременностью в период от 37 до 42 недель.

Результаты и обсуждения: Для проведения индукции 243 родов были определены показания со стороны матери 221(91%) случаев и плода в 22 (9 %) случаях. Со стороны матери: дородовый разрыв плодных оболочек-111(45,7%) случаев, преэклампсии и другие гипертензивные состояния -48 (19,8%), перенашивание беременности -41(16,9%), экстрагенитальные заболевания -21 (8,6 %) случаев.

Со стороны плода показаниями для индукции родов :ЗВУР плода - 8(3,3%) случаев, гемолитическая болезнь плода - 2(0,8%), функциональное нарушение внутриутробного состояния плода -12 (4,9%) случаев. (рис.1)



Рисунок 1.

Из 243 случаев индукции родов родоразрешены 205 (84,4%) через естественные родовые пути, оперативным родоразрешением- 38(15,6%) родов, из них операцией кесарево сечение 35 (14,4%), вакуум экстракций-3 (1,2%) случаев. (рис.2).

В зависимости от метода индукции 243 беременные были разделены на три группы: 1 группа - 114 женщин роды индуцированы простагландинами, 2 группа- 74 произведена амниотомия, 3 группа- 55 применялся окситоцин. (рис.3)

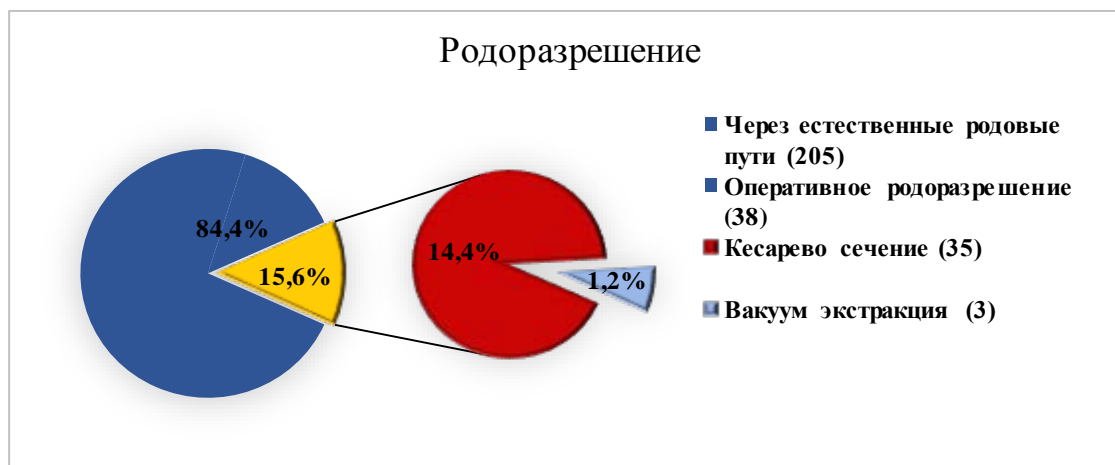


Рисунок 2.

В группе индукции простагландинами (n=114) имело место 59(51,6%) осложнений родов, из них посредством кесарево сечения 20 (17,5%); патология со стороны плода 22(19,3%), травматизм мягких тканей родовых путей (разрывы промежности, шейки матки, влагиалища –13 случаев это 11,4 %, эпизотомия -14 случаев – 12,3%, все из которых были произведены по поводу угрожающего состояния плода). 1 случай, из которых была произведена вакуум экстракция – 0,9% , 7 случаев выхода мекония в амниотическую жидкость -6,1%, частичное плотное приращение плаценты 2 случая -1,7%. Две индуцированные роды, завершённые через естественные родовые пути, осложнились атоническим кровотечением –1,7%. При этом эпидуральная анестезия проводилась в 20(17,5%), окситоцин внутривенно 6(5,3%), амниотомия в 15(13,1%), амниотомия + окситоцин 6(5,3%) случаев.

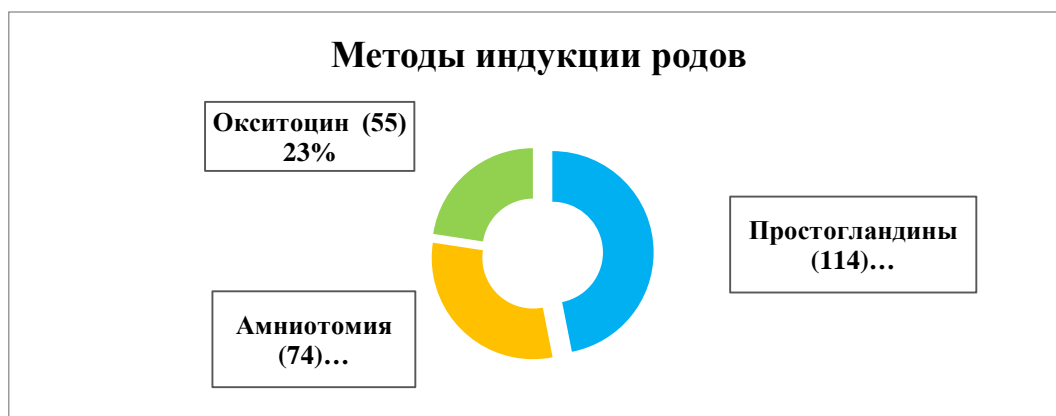


Рисунок 3.

В группе индукций с амниотомией (n=74) имело место 45(60,8 %) осложнений родов, из них посредством кесарево сечения 10 (13,5%); патология со стороны плода 12(16%), травматизм мягких тканей родовых путей (разрывы промежности, шейки матки, влагиалища –6 случаев это 8,1%, эпизотомия - 11 случаев (14,9%), все из которых были произведены по поводу угрожающего состояния плода). 1 случай, из которых была произведена вакуум экстракция – 1,35%, 10 случаев выхода мекония в амниотическую жидкость -13,5%. Затянувшаяся активная фаза 4 случаев -5,4%. Одни индуцированные роды, завершённые через естественные родовые пути, осложнились хориоамнионитом –1,35%. Две индуцированные роды, завершённые через естественные родовые пути, осложнились атоническим кровотечением –1,35%. При этом эпидуральная анестезия проводилась в 11(14,9%), окситоцин внутривенно 29 (39%) случаев.

В группе индукция с окситоцином (n=55) имело место 36 (64,5%) осложнений родов, из них посредством кесарево сечения 5 (9,1%); патология со стороны плода 6(10,9%), травматизм мягких тканей родовых путей (разрывы промежности, влагиалища –13 случаев это 23,7%, эпизотомия -6 случаев (10,9%), все из которых были произведены по поводу угрожающего состояния плода). 1 случай, из которых была произведена вакуум экстракция – 1,8%, 4 случая свиходом мекония в амниотическую жидкость -7,3%,

частичное плотное приращение плаценты 1 случай -1,8%, дефект оболочек плаценты 2 случая-3,6%, аномалия родовой деятельности 1 случай-1,8%. Три индуцированные роды, завершённые через естественные родовые пути, осложнились атоническим кровотечением –5,5%. При этом эпидуральная анестезия проводилась в 10(18,2%) случаях.

Выводы: По нашим показателям индукция родов окситоцином была в 55случаях, и только 5 родов завершились операцией кесарева сечения, что составило 9,1%, из 114 случаев индукции родов с использованием мизопростолу 20 женщин роды завершились кесаревом сечением, что составило 17,5%, из 74 случаев индукции родов с проведением амниотомии у 10 женщин завершились кесаревым сечением, это - 13,5%.

Таким образом, заключая анализ результатов проведенного анализа индуцированных родов различными методами индукции показывает, что при использовании окситоцина процент осложнений существенно ниже, чем при индукции простагландинами и амниотомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Абрамченко В.В, Абрамян А.Р., Абрамян Р.Л. Индукция родов и их регуляция простагландинами. Санкт-Петербург Элби-СПб, 2005.-5с.*
2. *Рекомендации ВОЗ по индукции родов (WHO recommendations for induction of labour) 2014.-8с.*
3. *Клинические рекомендации -журнал Акушерство и Гинекология №5, 2015г- 5с.*
4. *Чернуха Е.А. Родовой блок , Триада X 2003-712с.*

ТҮЙІН

КЕРИМКУЛОВА С.Г., ОСПАНОВА А.Б., ЖУМАБАЕВА Э.М., ВЛАСЕНКО Т.Б., КАРАБАЛАЕВА Ж.У.
*«Астана Медицина Университеті»АҚ,
№1 акушерия және гинекология кафедрасы*

ИНДУКЦИЯ ӘДІСТЕРІНЕ ТӘУЕЛДІ ИНДУЦИРЛЕНГЕН БОСАНУ НӘТИЖЕСІНІҢ ТАЛДАУЫ

Қазіргі таңда жүктілікті аяқтаудың оңтайлы әдісі – жүктілікті табиғи жолмен босандыру. Егер мерзімінде босану мүмкіндігі жоқ болса, түрлі индукция әдістері қолданылады. Индукция әдісін қолдануда аналық және перинатальдық тұрғыдан нәтижелер оң болса, асқынудың санының көбеюі тіркелмесе, индукция негізделген болып саналады. Жүргізілген зерттеу нәтижелеріне негізделі отырып, индукциялау әдістерінің ішінде ана мен ұрық жағынан аз асқынуды көрсеткен әдіс окситоцин болып табылады.

Түйінді сөздер: босануды индукциясы, амниотомия, окситоцин, мизопростол.

SUMMARY

KERIMKULOVA S.G., OSPANOVA A.B., ZHUMABAEVA E.M., VLASSENKO T.B., KARABALAEVA ZH U.

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

ANALYSIS OF OUTCOMES OF INDUCED LABOUR, DEPENDING ON THE METHODS OF INDUCTION

Currently, the best way to end pregnancy is to have a natural childbirth. In default of timely parturition, various methods of induction are used. The induction is justified if it enhances maternal and perinatal outcomes, and does not exacerbate. Based on the results of the study, it is elucidated that oxytocin induction is the one with the least complications.

Keywords: labor induction, amniotomy, oxytocin, misoprostol.



УДК: 616.24-007.17-008.4-085-053.3

ЛИ Т.А., МАЛТАБАРОВА Н.А., ГРАБ А.В., САРСЕНБАЕВА А.К., БУЛАТОВА Е.Ю.

АО «Медицинский университет Астана» г. Астана.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ

Аннотация:

Коэффициент детской смертности является одним из главных факторов в расчете рейтинга глобальной конкурентоспособности стран и отражает качество жизни населения в целом [1]. Из отчета ООН за 2015 год уровень детской смертности в Казахстане значительно снизился, однако остается достаточно высоким, составляя 12 на 1000 живорожденных. В большинстве случаев причинами младенческой смертности являются осложнения перинатального периода[2], одной из которых, является бронхолегочная дисплазия (БЛД).

Ключевые слова:

Бронхолегочная дисплазия. Интенсивная терапия. Искусственная вентиляция легких. Дети раннего возраста.

Актуальность:

Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде—хроническое заболевание легких преимущественно недоношенных детей, характеризующееся повреждением всех структурных компонентов легкого и формирующееся в процессе комбинированного воздействия первичного респираторного заболевания и интенсивной терапии дыхательных расстройств на незрелые легкие, с основными проявлениями в виде дыхательной недостаточности и сохраняющейся зависимости от кислорода более 28 дней жизни в сочетании с патологическими изменениями на рентгенограмме легких [3].

Согласно мировым стандартам ВОЗ с 2008 года неонатологами Казахстана начато выхаживание недоношенных детей с экстремально низкой массой тела от 500гр. Достигнутый прогресс имеет и оборотную сторону. Патология, сформированная в перинатальном периоде, оказывает значимое влияние на качество дальнейшей жизни. Установлено, что у 50% недоношенных детей с экстремально низкой массой тела при рождении формируется БЛД, и является одной из основных причин летальности этих больных[4].

Данная патология достаточно широко изучена в мире, анализируя международную литературу, мы обнаружили, что большинство публикаций освещают вопросы диагностики и лечения заболевания, только в неонатальном периоде [5,6]. Подобная тенденция прослеживается и в Республике Казахстан. Национальные протоколы, разработанные по рекомендациям ВОЗ, также касаются терапии и наблюдения пациентов с БЛД на этапе новорожденности. В связи с этим, в практическом здравоохранении остается ряд нерешенных проблем по проведению интенсивной терапии у детей раннего возраста с дыхательной недостаточностью 2 и 3 степени на фоне БЛД. Литературные источники мало освещают вопросы интенсивной терапии у детей раннего возраста на фоне БЛД, в частности, особенности респираторной поддержки как основного компонента интенсивной терапии БЛД. Все это указывает на актуальность проблемы, что и послужило причиной выполнения данного исследования.

Цель:

Провести сравнительную характеристику течения респираторных нарушений у пациентов с дыхательной недостаточностью и пациентов с дыхательной недостаточностью на фоне БЛД, путем определения влияния БЛД на течение дыхательной недостаточности, в условиях ОРПТ.

Материалы и методы:

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов находившихся на стационарном лечении в городской детской больнице №1 г. Астана. Возрастная группа от 28 дней до 3х лет. Детально изучены 335 историй болезней пациентов, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии. Проведен сравнительный анализ данных историй пациентов с дыхательной недостаточностью (ДН) при пневмонии и ДН при пневмонии на фоне бронхолегочной дисплазии. У всех пациентов изучены клинические и лабораторные данные, объем оказанной им интенсивной терапии (параметры респираторной поддержки). Проведено сравнение газового состава капиллярной крови (анализ проведен аппаратом радиометром AVL 800), в зависимости от объема респираторной поддержки. Неинвазивная респираторная терапия и инвазивная искусственная вентиляция легких проводилась аппаратами Drager Infinity C500.

Все данные, полученные в ходе ретроспективного анализа, обработаны стандартной компьютерной программой Microsoft Excel с использованием среднего значения, ошибки среднего с определением вероятности различий по t критерию Стьюдента.

Результаты:

Всего нами было проанализировано 12903 истории болезни пациентов, из них в отделение интенсивной терапии госпитализировано -335, из них с ДН 2 и 3 степени, потребовавших респираторной поддержки 230 пациентов, что составило (68.5%). Пациентов с ДН 2-3 на фоне бронхолегочной дисплазии-24 (7.8%).

Средняя продолжительность госпитализации у пациентов с дыхательной недостаточностью составила 8 дней, а с дыхательной недостаточностью на фоне БЛД 31 койко-день (p<0.05).

Из 230 пациентов с дыхательной недостаточностью дотация кислорода ламинарным потоком через назальные канюли или маску проводилась 178 пациентам – (77.39%). Неинвазивная респираторная поддержка через назальные канюли со вспомогательным давлением была проведена 34 пациентам (14,78%). Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) 18 пациентам(7,83%). ИВЛ с контролем по давлению проводилась 11 пациентам (61,1%), с контролем по объему 7 пациентам, что составило (38,9%). Среднее значение концентрации кислорода во вдыхаемой воздушной смеси (FiO2) составило 0,42 ± 0,12. Параметры газового состава капиллярной крови: среднее значение pO2-54,7 ±12,6 мм.рт.ст, pCO2-42.4±8,3 мм.рт.ст, лак 2,4±0,3 ммоль/л.

Из 24 пациентов пролеченных в ОРИТ с фоновой патологией БЛД оксигенотерапия в объеме дотации ламинарным потоком была проведена 5 пациентам (20.83%), неинвазивная вентиляция проводилась 10(41.66%). Инвазивная искусственная вентиляция легких проводилась 9(37.5%) пациентам. Среднее значение FiO2 во вдыхаемой смеси составило 0.68± 0,09. Параметры газового состава капиллярной крови у пациентов данной категории имели следующие показатели: среднее значение pO2-41.1±7,3 мм.рт.ст, pCO2-59.6±5,3 мм.рт.ст, лактат 3.8±2,5 ммоль/л.

Средняя продолжительность респираторной поддержки у пациентов с ДН составила 6,3 ± 1,7 дня. У пациентов с фоновой патологией БЛД – 24,7 ±2,74 дня(p<0.05.) (Табл.1)

Сроки госпитализации и среднее пребывание в ОРИТ при наличии фоновой патологии БЛД значительно удлиняются.

При наличии фоновой патологии БЛД пациентам требуется более длительная и агрессивная респираторная поддержка. Средняя концентрация O2 во вдыхаемой воздушной смеси увеличивается на 0,26 (p<0.05.).

Параметры газового состава крови при наличии БЛД изменяются: среднее значение pO2 уменьшается, а pCO2 увеличивается. Средняя концентрация лактата увеличивается, что свидетельствует об усугублении течения респираторных нарушений (p<0.05.)

Таблица 1. Сравнительная характеристика течения дыхательной недостаточности

Название	Всего	Средняя продолжительность госпитализации и в ОРИТ койко дни	Средняя продолжительность респираторной поддержки	O2 ламинарным потоком %	Неинвазивная респираторная поддержка	ИВЛ	Среднее значение FiO2 %	pO2	pCo2	лактат
ДН	230	8	6,3±1,7	77,39	14,78	7,83	0,42±0,12	54,7±12,6	42,4±8,3	2,4±0,3
ДН на фоне БЛД	24*	31*	24,7*	20,83*	41,66*	37,5*	0,68±0,09*	41,1±7,3*	59,6±5,3*	3,8±2,5*

*- p<0.05 в сравнении с группой пациентов без БЛД.

Выводы:

По результатам проведенной работы мы можем сделать вывод, что течение дыхательной недостаточности на фоне БЛД в сравнении с дыхательной недостаточностью без БЛД более тяжелое. При проведении сравнительной характеристики пациентам с БЛД требуются большие сроки госпитализации в ОРИТ. В целом на фоне БЛД средняя продолжительность респираторной поддержки удлиняется на 18,4 дня (p<0.05). Бронхолегочная дисплазия значительно усугубляет течение дыхательной недостаточности:

средняя концентрация кислорода в капиллярной крови у пациентов с БЛД ниже, а содержание углекислого газа выше ($p < 0,05$), что требует более высокая концентрация кислорода во вдыхаемой воздушной смеси ($p < 0,05$) и агрессивной тактики респираторной поддержки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Официальный сайт министерства здравоохранения республики Казахстан.
2. Байсеркина Ф. 2014г.
3. Ehrenkranz R.A. et al. Validation of National Institutes of Health Consensus Definition of Bronchopulmonary dysplasia // *Pediatrics*. 2005; 116: 1353-1360.
4. М.В.Нароган, 2007; A.Greenought et al., 2006; P.M.Wong et al, 2008; G. Bokodi et al, 2007
5. Бойцов Е.В. Хронический бронхолит у детей... автореферат дисс. д.л.н. -СПб, 2003, -53 С
6. Газарян Ж. Р. Бронхолегочная дисплазия в стадии хронической болезни у детей., автореферат -2009, Москва.

ТҮЙІН

ЛИ Т.А., МАЛТАБАРОВА Н.А., ГРАБ А.В., САРСЕНБАЕВА А.К., БУЛАТОВА Е.Ю.

АҚ «Астана медицина университеті» Астана қаласы.

РЕТРОСПЕКТИВТІ МӘЛІМЕТ. ӨКПЕБРОНХАЛЫҚ ДИСПЛАЗИЯ КЕЗІНДЕГІ ТЫНЫС АЛУ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНІҢ АУРУ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Астана қаласының, 1 қалалық балалар ауруханасының қарқынды терапия және реанимация бөлімшесінде, жоғарғы тыныс жолдарының патологиясына шалдыққан 355 науқастың ауру тарихының ретроспективті мәліметтері осы мақалада келтірілген. Келесі, тыныс алу жеткіліксіздігімен және өкпеbronхалық дисплазия кезіндегі тыныс алу жеткіліксіздігінің, балалардағы салыстырмалы мәліметтері келтірілген.

SUMMARY

TATYANA LI, NURILA MALTABAROVA, GRAB A.V., SARSENBAEVA A.K., BULATOVA E.Y.

JSC "Astana medical university" Astana city

PECULIARITIES OF RESPIRATORY INSUFFICIENCY COURSE ON THE BACKGROUND OF BRONCHOPULMONARY DYSLASIA

The article presents data of a retrospective analysis of 335 history of illnesses, patients with respiratory pathology, who were on inpatient treatment in pediatric intensive care unit (PICU) the city hospital №1 Astana city. Also comparative analysis of the course of respiratory insufficiency and respiratory failure on the background of bronchopulmonary dysplasia in young children.



УДК: 616.4:618.3-008:577.171

МЕЙРАМОВА Ә.М.¹, УКЫБАСОВА Т.М.², СЗЕСН М.³, АЙНАБЕКОВА Б.А.¹

¹ АО "Медицинский университет Астана"

² АО "Научный национальный центр материнства и детства"

³ Варшавский медицинский университет

РОЛЬ В-ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА В I ТРИМЕСТРЕ В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Абстракт. Одним из главных гормонов, продуцируемых трофобластическими клетками, является хорионический гонадотропин. Учитывая противоречивые данные о роли β -ХГЧ в первом триместре в развитии неблагоприятных исходов беременности целью нашего исследования явилась оценка роли β -ХГЧ в развитии неблагоприятных исходов беременности и методы их прогнозирования. Нами было проведено когортное обсервационное исследование. В исследование были включены 63 женщины, которым было

проведено физикальное обследование в сроках 12, 20, 32 и 36 недель беременности, производился расчет прегравидарного индекса массы тела (ИМТ), измерение артериального давления, УЗИ плода в 12,20,32 недель, доплерометрия в 32 недель, а также определение уровня β -ХГЧ в 12 недель беременности. Было изучено течение беременности и проводилась оценка исходов. Было выявлено, что определение β -ХГЧ в 12 недель беременности не позволяет прогнозировать развитие как врожденных пороков развития, так и УЗИ маркеров хромосомной аномалии плода. В то время как определение уровня β -ХГЧ в I триместре беременности прогностически значимо для прогноза преждевременных (100% чувствительность, 53% специфичность), оперативных (87,5% чувствительность и 54,5% специфичность) и индуцированных родов (100% чувствительность и 54% специфичность) (при уровне β -ХГЧ ≥ 38 нг/мл в сроке 12 недель).

Ключевые слова: беременность, хорионический гонадотропин, прогнозирование исходов.

Введение. Физиологическое течение гестационного периода обеспечивается системой плод-плацента-децидуальная оболочка, которая выделяет в этот период ряд полипептидных и стероидных гормонов, ростовых факторов и множество других протеинов, цитокинов и других биологически активных соединений. Одним из главных гормонов, продуцируемых трофобластическими клетками, является хорионический гонадотропин [1-3]. Хорионический гонадотропин (ХГЧ) выделяется с 8-го дня после овуляции [4,5] и оказывает влияние на желтое тело до 7-8 недели беременности [6], а также принимает участие в продукции плодовых стероидов. Молекула ХГЧ состоит из α и β субъединиц, последняя из которых определяется специфической биологической активностью ХГЧ [7].

Согласно данным Charas Y. и соавт., Spencer K. и соавт., определение сывороточных уровней свободного β -ХГЧ наряду с определением ассоциированного с беременностью протеина плазмы -А (РАРР-А) в сроке 10-14 недель беременности в сочетании с толщиной воротникового пространства плода является наиболее эффективным методом скрининга хромосомных аномалий плода [8,9]. Считается, что данное сочетание позволяет идентифицировать трисомию 21 с чувствительностью 90% с ложноположительным результатом равным 5%. Однако, согласно данным Jonson и соавт., было выявлено, что концентрации β -ХГЧ и РАРР-А, определенных в сроках 7-13 недель беременности не имеют взаимосвязи с малым весом новорожденного [10]. Результаты Morssink L и соавт. показали отсутствие взаимосвязи уровней β -ХГЧ и РАРР-А в первом триместре с последующим развитием преждевременных родов и рождением новорожденных с малым весом у 800 беременных женщин [11]. В то время как Charas Y. и соавт. указали, что определение гормонов в сроке 10-14 недель беременности связано с развитием осложнений течения беременности, в том числе с развитием выкидыша, гестационной артериальной гипертензии, гестационного сахарного диабета и задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) плода, однако, чувствительность для данных осложнений составляет всего 20% со специфичностью 10% [8]. Учитывая противоречивые данные о роли β -ХГЧ в первом триместре в развитии неблагоприятных исходов беременности **целью нашего исследования** явилась оценка роли β -ХГЧ в развитии неблагоприятных исходов беременности и методы их прогнозирования.

Материалы и методы исследования:

Нами было проведено когортное наблюдательное исследование на базе отделения женской консультации №4 городской поликлиники г.Астана. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией, и было одобрено локальным этическим комитетом АО "Медицинский университет Астана".

За период с 1 января 2016 года по 1 апреля 2016 года сплошным методом нами были осмотрены все беременные женщины, наблюдавшиеся в отделении женской консультации №4 городской поликлиники, в сроке гестации 11-12 недель беременности. Критериями включения были беременные женщины с одноплодной спонтанно наступившей беременностью, в возрасте от 18 до 44 лет со сроком гестации 11-12 недель.

Критериями исключения были ожирение 1-3 степени, метаболический синдром, ранее диагностированные нарушения углеводного обмена, ранее существовавшая артериальная гипертензия, преэклампсия в анамнезе, преждевременные роды в анамнезе, кровотечения при предыдущей беременности, перинатальная смертность в анамнезе, рождение детей с пороками развития в анамнезе.

В исследование были включены 63 женщины. Всем включенным в исследование беременным женщинам было проведено физикальное обследование в сроках 12, 20, 32 и 36 недель беременности, производился расчет прегравидарного индекса массы тела (ИМТ), измерение артериального давления, УЗИ плода в 12,20,32 недель, доплерометрия в 32 недель, а также определение уровня β -ХГЧ в 12 недель беременности.

Нами было изучено течение беременности и выявлены случаи преэклампсии, гестационного сахарного диабета, задержки внутриутробного развития и врожденных пороков плода у исследуемых женщин. Путем оценки карт амбулаторного наблюдения беременных, а также карт рожениц проводилась оценка исходов беременностей, которые включали в себя сроки и методы родоразрешения, осложнения, возникшие в интранатальном периоде, состояние новорожденного и оценка жизнедеятельности согласно шкале Апгар.

Сравнительный анализ течения и исходов беременности проводился в зависимости от уровня β -ХГЧ в 12 недель.

Статистический анализ измерений проводился согласно общепринятым стандартам в программе IBM SPSS Statistics 21 software (IBM, USA;1). Для оценки значимости различий средних величин сравнение проводилось с использованием непараметрического критерия Краскела-Уоллеса. Анализ категориальных переменных проводился с использованием многопольных таблиц, где проводился расчет критерия Хи-квадрат Пирсона для линейного тренда, d-критерия Сомера, а также критерия тау-с Кендалла. При проведении анализа с использованием критерия для сравнения трех групп критическим значением считался уровень значимости $p < 0,017$, при проведении апостериорного сравнения двух групп исследования статистически значимыми значениями считались значения $p < 0,05$. Чувствительность и специфичность методов диагностики проводилось при помощи построения характеристических ROC- кривых, с расчетом AUC-площади. Наряду с этим производился расчет чувствительности, специфичности, диагностической точности, прогностической ценности положительных и отрицательных результатов.

Результаты исследования:

Определение уровня β -ХГЧ на 12-неделе беременности показало, что у исследуемых беременных женщин его уровень варьировал от 20,80 до 176,6 нг/мл, при этом у 50,8% женщин была выявлена повышенная ($n=32$), у 17,5% сниженная продукция β -ХГЧ ($n=11$) и лишь у 37,1% женщин его уровень был в диапазоне референтных значений ($n=20$). Полученные результаты по уровню β -ХГЧ позволили выделить три подгруппы беременных : 1-ая – со сниженным уровнем β -ХГЧ, 2-ая подгруппа – с нормальным уровнем β -ХГЧ и 3-ья подгруппа - с повышенным содержанием β -ХГЧ.

Изучение клиничко-анамнестических данных исследуемых беременных женщин трех подгрупп показало наличие статистически значимых различий в возрасте беременных. Было выявлено, что беременные с повышенным уровнем β -ХГЧ были достоверно моложе, $H= 13,114$, $df=2$, $p=0,001$ (таблица №1).

Таблица 1 - Клиническая характеристика исследуемых беременных женщин.

Клиничко-anamнестическая характеристика пациентов	Беременные со сниженным β -ХГЧ, $n=11$	Беременные с нормальным β -ХГЧ, $n=20$	Беременные с повышенным β -ХГЧ, $n=32$	Уровень значимости
	Me(Q1,Q3)/N, %			
Возраст (лет), Me (Q1-Q3)	30 (27-33)	30(28,2-35,7)	26 (24-28)	0,001*
ИМТ (кг/м2), Me (Q1-Q3)	21 (20-23,5)	21,5(20,3-26,1)	20(18,5-21,5)	0,022
Беременные с избыточной массой тела, $n(\%)$	1(9,1%)	6(30%)	5(15,6%)	0,286
Первобеременные, $n(\%)$	4(26,4%)	5 (25%)	19(39%)	0,044

*статистически значимые различия

При этом было выявлено наличие отрицательной корреляционной взаимосвязи средней силы между возрастом и уровнем гормона (Рис1).

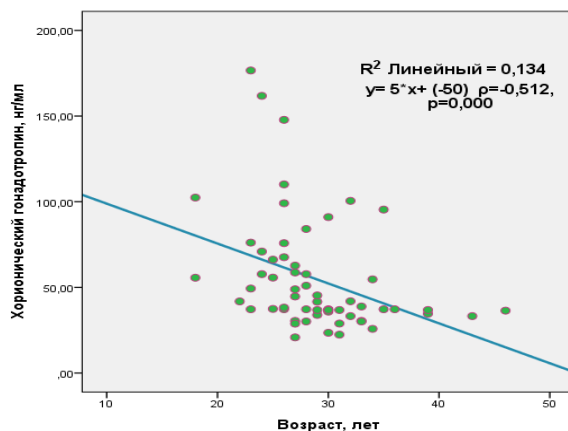


Рисунок 5 Корреляционная взаимосвязь возраста с β -ХГЧ

Проведенный сравнительный анализ течения беременности в зависимости от уровня β -ХГЧ показал отсутствие статистически значимых различий по частоте развития осложнений течения беременности (рисунок №2). У исследуемых беременных женщин доли врожденных пороков развития (ВПР), выявленных ультразвуковых маркеров хромосомных аномалий плода и нарушений маточно-плацентарного и плодово-

плацентарного кровотока встречались с одинаковой частотой, как среди беременных с повышенной, так и со сниженной и нормальной концентрацией гормона на 12-неделе беременности.

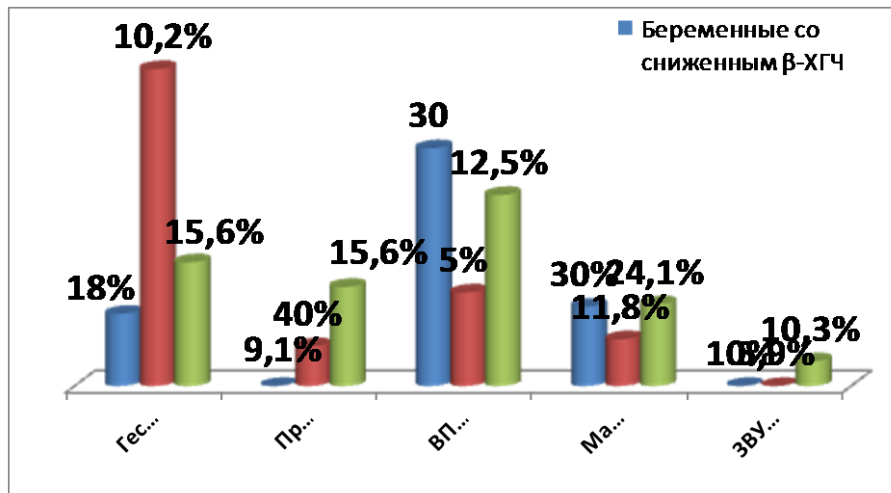


Рисунок 2. Сравнительный анализ течения беременности

Сравнительный анализ исходов показал, что лишь у беременных с повышенным уровнем β-ХГЧ наступало преждевременное родоразрешение $\chi^2=4.157df=2p=0.041$, наряду с более высокой частотой оперативных (21,9% у беременных с ↑β-ХГЧ, 5% у беременных с нормальным β-ХГЧ) и индуцированных родов (18% у беременных с ↑β-ХГЧ, отсутствием у беременных со сниженным и нормальным β-ХГЧ), обусловленных состоянием плода. При этом вес новорожденных и балльная оценка жизнедеятельности плода по шкале Апгар не имели статистически значимых различий у беременных с измененными уровнями β-ХГЧ.

В дальнейшем нами были проведен ROC-анализ, с построением характеристических кривых и расчетом специфичности, чувствительности, прогностической ценностью положительного и отрицательного результата, а также диагностической точностью с целью прогнозирования неблагоприятных исходов в зависимости от уровня β-ХГЧ. В качестве зависимых переменных были приняты такие осложнения, как преэклампсия, развития врожденных пороков или задержки внутриутробного развития плода, наличие маркеров хромосомной аномалии плода и нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока по данным УЗИ. Наряду с этим, проводилась оценка развития преждевременного и оперативного и индуцированного родоразрешения, а также дородового разрыва плодных оболочек.

Построение характеристических ROC-кривых для β-ХГЧ в качестве диагностического теста развития осложнений течения беременности не выявил статистически значимых результатов, в то время площади под кривой для исходов беременности показали, что повышенный уровень β-ХГЧ на 12 неделе беременности является статистически значимым показателем развития оперативных преждевременных и индуцированных родов.

Изучение координат кривых для количественного показателя выявило, что на уровне 38 нг/мл, повышение с которого верифицировалось как избыточная продукция β-ХГЧ, диагностический тест как маркер оперативного родоразрешения обладает 87,5% чувствительностью и 47,3% специфичностью. Полученные результаты подтвердились построением характеристических ROC-кривых для дихотомической переменной с порогом 38 нг/мл. Рассчитанные показатели чувствительность и специфичности соответствовали данным координат кривых (87,5% и 54,5% соответственно), однако полученная величина площади под кривой AUC равнялась лишь 0,290, при уровне значимости 0,005. Учитывая рекомендации ряда авторов, путем замены стратегии решений [12], нулевой гипотезы об отсутствии развития исхода при уровня β-ХГЧ ниже порогового, была рассчитана площадь под кривой AUC равная 0,710, что соответствует хорошему качеству теста с уровнем значимости $p=0,050$, 95%ДИ(0,540-0,880), с чувствительностью 54%, специфичностью 96%, прогностической ценностью положительного результата 96%, отрицательного 21% и диагностической точностью 58% (Рис№3).

Наряду с этим, нами было выявлено, что определение уровня β-ХГЧ в сроке 12 недель беременности, порогом отсечения 38 нг/мл также обладает статистически значимым показателем развития преждевременных родов, с площадью под кривой 0,767 при уровне значимости $p=0,049$ 95%ДИ(0,621-0,913) с чувствительностью 49% и специфичностью 100%, прогностической ценностью положительного результата 100%, отрицательного 87% и диагностической точностью 57%. А также для индуцированной родовой деятельности 0,772, $p=0,029$ 95%ДИ(0,636-0,908) с чувствительностью 54% и специфичностью

100%, прогностической ценностью положительного результата 100%, отрицательного 19% и диагностической точностью 58%. полученные результаты также были преобразованы путем замены стратегий решений о нулевой гипотезе, согласно которой не превышение порогового уровня является предиктором благоприятных исходов (рис.№21).

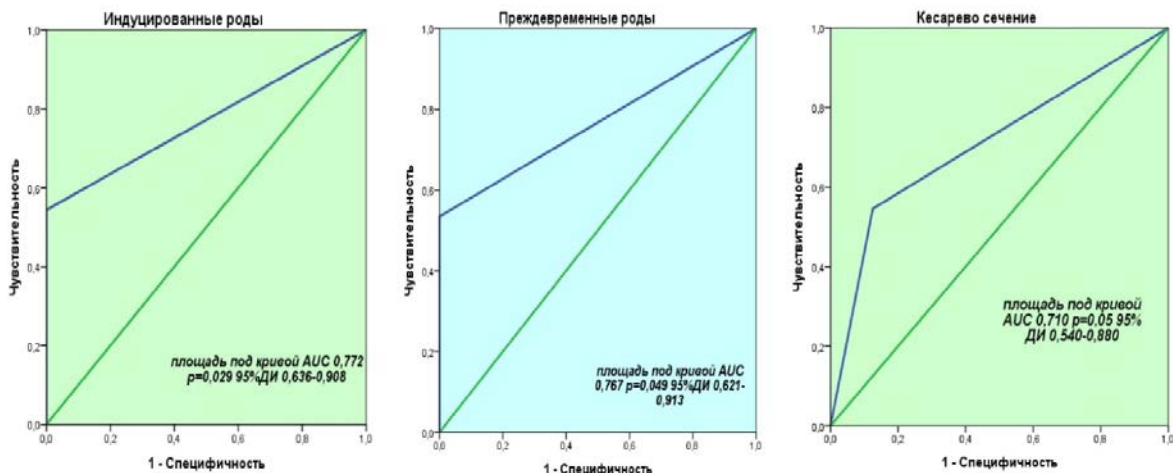


Рисунок 3. ROC-анализ определения β -ХГЧ для прогноза неблагоприятных исходов беременности

Обсуждение.

Проведенный сравнительный анализ течения беременности показал, что неблагоприятные осложнения беременности не имели статистически значимых различий по частоте возникновения среди женщин с измененным уровнем гормона в первом триместре беременности. Несмотря на то, что определение β -ХГЧ входит в первый биохимический скрининг и является одним из предикторов развития генетической патологии у плода, у исследуемых нами женщин врожденные пороки развития и ультразвуковые маркеры хромосомной аномалий плода с одинаковой частотой встречались как среди беременных со сниженным, так и с повышенным уровнем гормона. а также проведенный ROC-анализ показал, что определение β -ХГЧ в 12 недель беременности не позволяет прогнозировать развитие как врожденных пороков развития, так и УЗИ маркеров хромосомной аномалии плода, что совпадает с результатами некоторых авторов, которые выявили отсутствие прогностической значимости определение уровней β -ХГЧ в совокупности с PAPP-A в сроках 8- 13 недель беременности для выявления генетической патологии у плода.[13]

Установлено, что увеличение свободной фракции гормона во втором триместре связано с последующим развитием преждевременных родов, индуцированной беременностью артериальной гипертензии и задержки внутриутробного роста плода [14-18]. Результаты нашего исследования подтвердили предположение о большой прогностической значимости уровня гормона в первом триместре в развитии вышеуказанных осложнений. Было отмечено, что доля беременных с преэклампсией была выше среди женщин с повышенным уровнем β -ХГЧ, и у данной категории женщин была выше частота оперативных, индуцированных и преждевременных родов, что было подтверждено проведенным ROC-анализом.

Наряду с этим было отмечено, что гестационный сахарный диабет был чаще диагностирован среди беременных с нормальным уровнем β -ХГЧ, что дает возможность предположить о роли других контринсулярных гормонов в развитии данного осложнения беременности.

Вышеуказанное позволяет нам сделать следующие выводы:

- определение β -ХГЧ в 12 недель беременности не позволяет прогнозировать развитие как врожденных пороков развития, так и УЗИ маркеров хромосомной аномалии плода

- определение уровня β -ХГЧ в I триместре беременности прогностически значимо для прогноза преждевременных (100% чувствительность, 53% специфичность),оперативных (87,5% чувствительность и 54,5% специфичность) и индуцированных родов (100% чувствительность и 54% специфичность)(при уровне β -ХГЧ ≥ 38 нг/мл в сроке 12 недель).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гарднер Д, Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Москва, 2013, 250-267с.
2. Staun-Ram E, Shalev E. Human trophoblast function during the implantation process // Reproductive Biology and Endocrinology.- 2005. V.56- P.3
3. Ерофеев ББ, Иоцефсонс. А, Ерофеева ЛГ. Содержание гормонов фетоплацентарного комплекса при угрожающих преждевременных родах //Акушерство и гинекология.- 2010.- В.1. 69-71с.

4. Tulchinsky D, Hobel CJ. Plasma human chorionic gonadotropin, estrone, estradiol, estriol, progesterone, and 17 alpha-hydroxyprogesterone in human pregnancy. *Early normal pregnancy // Am J Obstet Gynecol.*-1973.-V.117. P.884-893.
5. Tulchinsky D, Simmer HH. Sources of plasma 17alpha-hydroxyprogesterone in human pregnancy // *J. Clin. Endocrinol. Metab.*- 1972.-V.35 P.799-808.
6. Burton GJ, Charnock-Jones DS, Jauniaux E. Regulation of vascular growth and function in human placenta // *Reproduction.*-2009.-V.138 P.895-902.
7. Ren S.G., Braunstein D.G. Human chorionic gonadotropin // *Seminar. Reprod. endocrinol.* -1992.- V.10 P.95
8. Charas YT, Adolfo W. et al. First trimester maternal serum free β human chorionic gonadotrophin and pregnancy associated plasma protein A as predictors of pregnancy complications // *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.*-First published: October 2000 DOI: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11618.
9. Spencer K, Souter V, Tul N, et al. A screening program for trisomy 21 at 10-14 weeks using fetal nuchal translucency, maternal serum free β human chorionic gonadotropin and pregnancy-associated plasma protein-A. // *Ultrasound Obstet. Gynecol.*-1999.- V.13 P.231-237.
10. Johnson MR, Riddle AF, Grudzinskas JG, et al. Reduced circulating placental protein concentrations during the first trimester are associated with preterm labour and low birth weight. // *Human Reprod.*-1993.-V.8 P.1942-1947.
11. Morssink LP, Kornman LH, Hallahan TW et al. Maternal serum levels of free β human chorionic gonadotropin, pregnancy associated plasma protein A in the first trimester of pregnancy are not associated with subsequent fetal growth retardation or preterm delivery. // *Prenat. Diagn.*-1998.-V.18 P.147-152.
12. Файнзильберг ЛС, Жук ТН. горизонтальная оценка эффективности диагностических тестов на основе усиленного ROC-анализа // *УСМ.*-2009.-В.5. 3-13с.
13. Pandya P, Wright D, Syngelaki A, et al. Maternal serum placental growth factor in prospective screening for aneuploidies at 8-13 weeks' gestation // *Fetal Diagn. Ther.*-2012.-V.31(2). P.87-93.
14. Lieppman RE, Williams MA, Cheng EY et al. An association between elevated levels of human chorionic gonadotropin in the midtrimester and adverse pregnancy outcome. // *Am. J. Obstet. Gynecol.*-1983.- V.168. P.1852-1856.
15. Said ME, Campbell DM, Azzam ME, MacGillivray I. Beta-human chorionic gonadotrophin levels before and after the development of pre-eclampsia. // *Br. J. Obstet. Gynaecol.*-1984.-V.91 P.772-775.
16. Sorensen TK, Williams MA, Zingheim RW et al. Elevated second-trimester human chorionic gonadotropin and subsequent pregnancy-induced hypertension // *Am J Obstet Gynecol.*-1993.-V.169.-P. 834-838.
17. Wenstrom KD, Owen J, Boots LR, Dubard MB. Elevated second trimester human chorionic gonadotropin levels in association with poor pregnancy outcome. // *Am J Obstet Gynecol.*-1994.V.171 P.1038-1041.
18. Yaron Y, Cherry M, Kramer RL et al. Second-trimester maternal serum marker screening: Maternal serum α -fetoprotein, β -human chorionic gonadotropin, estriol, and their various combinations as predictors of pregnancy outcome. // *Am. J. Obstet. Gynecol.*-1999.- V.181 P.968-974.

ТҮЙІН

МЕЙРАМОВА Ә.М.¹, УКЫБАСОВА Т.М.², CZECH M.³, АЙНАБЕКОВА Б.А.¹

¹ «Астана Медицина университеті» АҚ, интернатура бойынша ішкі аурулар кафедрасы
² "Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы" АҚ ³ Варшава медициналық университеті

І ТРИМЕСТРДЕГІ В-ХОРИОНИАЛЫҚ ГОНАДОТРОПИННІҢ ЖАҒЫМСЫЗ НӘТИЖЕЛЕР ДАМУЫНДАҒЫ РӨЛІ

Трофобластты жасушалармен өндірілетін негізгі гормонның бірі болым хорионикалық гонадотропин болып табылады. Оны І триместрде анықтаудың түрлі нәтижелері болғандықтан гормонның жағымсыз нәтижелер дамуындағы рөлін зерттеу мақсатымыз болды. Біз обсервациялық когортты зерттеу жүргүздік. Талдауға 63 қатысты. Жүктіліктің 12 апатсында β -ХГЧ мөлшерін анықтау ұрықтың туа пайда біткен даму ақаулары мен ультрадыбысты хромосомды ақау маркерлерін болжауда маңызы жоқ. Алайда, мерзімінен бұрын босану мен ота арқылы босану ды және қоздырумен босануды болжауда β -ХГЧ мөлшерін анықтау маңызды.

SUMMARY

MEIRAMOVA A.¹, UKYBASSOVA T.², CZECH M.³, AINABEKOVA B.¹

¹ JSC "Medical university Astana" ² Scientific national maternity and childhood center
³ Medical University of Warsaw

ROLE OF B-CHORIONIC GONADOTROPIN IN THE I TRIMESTER IN THE DEVELOPMENT OF ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES

The purpose of our study was to assess the role of β -hCG in the development of adverse pregnancy outcomes and methods for their prediction. We conducted a cohort observational study. The study included 63 women. The course and outcome of pregnancy was studied. Determination of β -hCG in 12 weeks of pregnancy does not allow to predict the development of both congenital malformations and ultrasound markers of chromosomal abnormality of the fetus. While the determination of β -hCG in the first trimester of pregnancy is predictive of predictive premature (100% sensitivity, 53% specificity), operative (87.5% sensitivity and 54.5% specificity) and induced delivery (100% sensitivity and 54% specificity) (at a β -hCG level ≥ 38 ng / ml at a 12-week period).

УДК 618.414.8

НУРМАГАМБЕТОВА Д.М., МУСАЛИМОВА С.Т., БИЛЯЛОВА Г.Т., СМАИЛОВА Л.К.

*АО "Медицинский университет Астана",
кафедра акушерства и гинекологии*

ИСХОД РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Аннотация. В клинической практике используется выжидательная тактика ведения беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек. Однако мало публикации, какова частота спонтанного начала родовой деятельности, частота хориоамнионита при этой патологии, исход для матери и плода.

Ключевые слова. Преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды, хориоамнионит.

Актуальность. Преждевременный (до начала родовой деятельности) разрыв плодных оболочек, наблюдающийся с 22 до 36 недель 6 дней беременности, достаточно частое осложнение беременности. Несмотря на внедрение высокоэффективных технологий частота преждевременных родов остается значительной и составляет от 7 до 15 %. В то же время этот процент остается постоянным и не имеет тенденций к снижению и определяет высокий уровень перинатальной заболеваемости и перинатальной смертности. По данным Сидельниковой В.М. перинатальная смертность новорожденных 33 раза выше, чем у доношенных [1].

Ведущей причиной преждевременных родов является преждевременный разрыв плодных оболочек до начала родовой деятельности и соответствует 25 - 38% случаев Айламазяна Э.К. (2007), а по данным Barros F. колеблется от 35 до 60% [2,3].

Целью нашего исследования явилось изучение исхода родов для матери и плода при преждевременном разрыве плодных оболочек.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 84 женщин в возрасте от 18 до 44 лет, у которых отмечен разрыв плодных оболочек (отхождение околоплодных вод) до начала родовой деятельности (в сроках беременности с 22 до 36 недель 6 дней).

Проведен анализ частоты спонтанного (в течении 18 часов и более 48 часов) начала родовой деятельности, индукции родов, течения родового акта, частота и показания к кесареву сечению, оценка состояния новорожденного при рождении и в раннем неонатальном периоде, развития хориоамнионита и течения родов при развитии хориоамнионита и без него. Полученные результаты подвержены статистической обработке.

Результаты исследования и их обсуждения. Кесарево сечение при преждевременном излитии околоплодных вод было произведено в 12 случаях (14,3%), в остальных 72 (85,7%) случаях была выбрана выжидательная тактика.

Показания к кесареву сечению были: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (3); двойня и в сочетании с тазовым предлежанием обоих плодов (2); рубец на матке (3); поперечное положение плода (1); предлежание петель пуповины (1); показания со стороны матери и плода - симфизит I ст, лимфангиома боковой поверхности шеи плода слева (1); незрелые родовые пути в сочетании с маловодием (1).

Спонтанная родовая деятельность развилась в 60 из 84 (71,4%) случаях в течении 18 часов и более 48 часов. Индукция родов по общей принятой методике была начата в 12 из 84 (14,3%) случаях.

Всего путем кесарева сечения были родоразрешены (21,43% - 18 из 84) женщин с преждевременным излитием околоплодных вод. При спонтанной родовой деятельности в 6,67% (4 из 60), при родовозбуждении в 16,7% (2 из 12). Таким образом, кесарево сечение при преждевременном разрыве плодных оболочек с достоверной частотой было произведено в группе женщин с индукцией родов ($p > 0,05$).

В родах ($n=72$) осложнения родового акта отмечались такие как: выход мекония в амниотическую жидкость 15,3% (11); дистресс плода 6,9% (5); травма родовых путей в 12,5% (9) случаях; задержка частей плаценты 6,9% (5). При спонтанной родовой деятельности ($n=60$): выход мекония в амниотическую жидкость 13,3% (8); дистресс плода 6,67% (4); травма родовых путей отмечено в 10% (6); задержка частей плаценты 6,67% (4). При индукции родов выход мекония в амниотическую жидкость ($n=12$) отмечено 25% (3), дистресс плода 8,33% (1), травма родовых путей 25% в (3) случаях, задержка частей плаценты 8,33% (1).

При индукции родов достоверно чаще травма родовых путей (25% против 10%), выход мекония в амниотическую жидкость (25% против 13,3%), чем при спонтанной родовой деятельности.

Показания к кесареву сечения в группе женщин с выжидательной тактикой были следующими: дистресс плода 6,94% у (5 из 72) случаях, при том оно развилось 6,7% в (4 случае из 60) при спонтанной

родовой деятельности, и в 8,3% в (1 из 12) при родовозбуждении. Дистресс плода наблюдалось с одинаковой частотой при спонтанной и индуцированной родовой деятельности ($p > 0,05$).

Вагинально были родоразрешены 78,6% (66 из 84) женщин, при том 93,3% (56 из 60) со спонтанным началом родовой деятельности и у 83,3% (10 из 12) с индукции родов.

В группе женщин, у которых роды закончились вагинально ($n=66$) в 7,6% (5) случаях было произведено ручное исследование полости матки, в 1,52% (1) случаях роды завершились вакуум экстракцией плода в результате дистресса плода, травма родовых путей была в 10,7% (9) случае. Ручное исследование полости матки было у 7,6% (5).

Всего родились 84 детей. В асфиксии родились 64 из 84 детей, что составило 76,2%, в асфиксии легкой степени 44% у (37), асфиксия средней степени 13,1% у (11), асфиксия тяжелой степени 19% (16). Перинатальная смертность 7,1% (6) из них умершие дети 5,9% (5), интранатальная гибель 1,2% (1).

Внутрижелудочковое кровоизлияние отмечено в 3,57% (3), синдром дыхательных расстройств в 50% (42), врожденный везикулопустылез в 1,2% (1), врожденная пневмония в 23,8% (20) случаях.

В раннем неонатальном периоде желтуха развилась в 22,6% (19) случаях, гемморагический синдром был в 3,57% (3), гемолитическая болезнь новорожденного в 1,2% (1), неонатальный холестаз в 1,2% (1) случаях.

При преждевременном разрыве плодных оболочек клинические признаки хориоамнионита (повышение температуры тела, нарастание лейкоцитов) отмечены у 15 из 84 женщин с преждевременным разрывом плодных оболочек, что составило 17,9%, то есть почти у каждой пятой женщины с преждевременным разрывом плодных оболочек были клинические признаки хориоамнионита.

Безводный период к моменту родоразрешения составил до 18 часов у 29,8% (25 из 84), 19-24 часа 8,3% (7 из 84), 25-48 часов 23,8% (20 из 84), более 48 часов 38,1% (32 из 84) женщин. Хориоамнионит развился в 16% (у 4 из 25) с безводным до 18 часов, при безводном периоде 19-24 часа в 14,3% (у 1 из 7), 25-48 часов в 20% (у 4 из 20) случаев, при безводном периоде более 48 часов в 18,7% (6 из 32). Как видно из представленных данных клинические проявления хориоамнионита после 24 часов безводного периода возрастает на 5,7%, при безводном периоде 25 - 48 часов на 4,4%, при безводном периоде более 48 часов одинаково достоверно различий не наблюдалось.

У женщин с хориоамнионитом ($n=15$) спонтанная родовая деятельность развилась в 60% (9), индукция родов была в 26,7% (4). В группе без хориоамнионита ($n=69$) соответственно в 73,9% (51), в 11,6% (8). Индукция родов на 15,1% чаще проводилась в группе женщин с хориоамнионитом. Роды завершились вагинально в 73,3% (у 11 из 15) с хориоамнионитом и в 79,7% (55 из 69) без хориоамнионита, путем операцией кесарево сечение родоразрешены соответственно 26,7% (4) и 20,3% (14), таким образом при хориоамнионите чаще проводилась индукция родовой деятельности, частота кесарева сечения в сравнительных группах достоверно не отмечалось.

Показания к кесареву сечению в 16,7% (1 из 15) у женщин с хориоамнионитом были угрожающее состояние плода, против 2,9% (у 2 из 69) в группе женщин без хориоамнионита; неэффективное родовозбуждение 6,7% (у 1 из 15) в группе с хориоамнионитом, против 1,45% (у 1 из 69) без хориоамнионита, $p < 0,05$.

В асфиксии родились 86,7% (у 13 из 15) детей от матерей с хориоамнионитом против 73,9% (у 51 из 69) от матерей без хориоамнионита. Перинатальное поражение нервной системы достаточно чаще отмечалось у детей от матерей с хориоамнионитом - 46,7% (у 7 из 15) против 37,7% (у 26 из 69), $p < 0,05$.

У новорожденных наблюдались такие инфекционные осложнения ($n=84$), как врожденная пневмония в 23,8% (20), врожденный везикулопустылез вызванный эпидермальным стафилококком в 1,2% (1). При том в группе с хориоамнионитом частота врожденной пневмонии у новорожденных не отмечалось от токовой в группе детей без хориоамнионита в 26,7% (4 из 15) против 23,2% (16 из 69) $p < 0,05$.

При патологоморфологическом исследовании плаценты хориоамнионит был выявлен 100% (у всех 15) пациентов с клиническими проявлениями хориоамнионита. Гистологически хориоамнионит был выявлен в 13,04% (у 9 из 69) у женщин без клинического проявления хориоамнионита. Децидуит был выявлен у 90,5% (76), при том у всех с хориоамнионитом и в 88,4% (у 61 из 69) без хориоамнионита.

У одной родильницы в 1,45% в послеродовом периоде отмечалось послеродовые осложнения и то в группе без хориоамнионита.

Выводы. Таким образом, при преждевременном разрыве плодных оболочек в большинстве случаев определялась выжидательная тактика 85,7% (72 из 84) и в 71,4% (60 из 84) начиналась спонтанная родовая деятельность. Индукция родов проводилась у каждой шестой женщины с преждевременным разрывом плодных оболочек 14,3% (12 из 84).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зиядинов А.А., Аникин С.С., Рыбалка А.Н. Риски преждевременных родов //Таврический медико-биологический вестник, 2012, том 15, №2, ч. 2 (58) стр 257.

2. Айламазяна Э.К., Кулакова В.И., Радзинского В.Е., Савельевой Г.М. Акушерство: национальное руководство/ Под ред.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с

3. Barros F., Velez Mdel P. Temporal trends of preterm birth subtypes and neonatal outcomes // *Obstet Gynecol.* – 107 (5). – 2006. – P.1035-1041.

ТҮЙІН

НУРМАГАМБЕТОВА Д.М., МУСАЛИМОВА С.Т., БИЛЯЛОВА Г.Т., СМАИЛОВА Л.К.

ҰРЫҚ МАҢЫ СУЫНЫҢ МЕРЗІМІНЕН ЕРТЕ КЕТҮІ КЕЗІНДЕГІ БОСАНУДЫҢ НӘТИЖЕСІ

Осылайша, көп жағдайда мезгілсіз ұрық қабықтарының жарылуы 85,7% кезіндегі сығу әдісі анықталды, және 71,4%-да ерікті босану қызметі басталды. Босану индукциясы әр алтыншы ұрық қабықтарының үзілуі 14,3% бар әйел адамдарда жүргізілді.

Ұрық қабықтарының мезгілсіз жарылуы кезінде хориоамнионит 17,9% жағдайда, сондай-ақ ол жиі 48 сағаттан астам сусыз кезеңіндегі әйелдерде анық дамиды 40%.

Гистологиялық хориоамнионит 100% клиникалық хориоамнионит белгілері бар әйел адамдарда расталды.

Децидуал қабығының қабыну процесі 78,6%-ында ұрық қабықтарының мезгілсіз үзілуі бар әйелдерде расталып, осы жүктіліктің шиеленісінің негізгі себебі- бұл туу жолдарындағы инфекцияның пайда болуы білдіру мүмкін, сонда хориоамниониттің клиникалық диагнозын орнату негізінде одан әру зерртеу жұмыстары қажет және ұрық қабықтарының мезгілсіз үзілуі бар әйелдерді бақылау.

SUMMARY

D.M.NURMAGAMBETOVA, S.T. MUSALIMOVA, BILYALOVA G.T., SMAILOVA L.K.

THE OUTCOME OF BIRTHS WITH PREMATURELY RUPTURE OF MEMBRANES.

Thus, in the case of premature rupture of the membranes in the majority of cases, a wait-and-see tactic of 85.7% was determined and 71.4% started spontaneous labor. Induction of labor was performed in every sixth woman with premature rupture of membranes 14.3%.

Chorioamnionitis with premature rupture of fetal membranes developed in 17.9% cases, and it most often develops in women more than 48 hours of anhydrous period 40%.

Histological chorioamnionitis was confirmed in 100% of women with clinical signs of chorioamnionitis.

Inflammatory process of decidual shell was observed in 78.6% of women with premature rupture of membranes, which may indicate that the main cause of this complication is the presence of The presence of infection in the birth canal, Further research is needed in terms of the clinical diagnosis of chorioamnionitis and the management of women with premature rupture of membranes.



УДК: 616-002.17-006.311-089:616-053.31

САУЛЕН Н.С., ШАКЕЕВА А.Р., МУСИРОВ Н.М.

ГКП на ПХВ «ГДБ №2 г. Астана»

СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Актуальность: Актуальность и практическое значение разработки вопросов хирургической коррекции врождённых гемангиом у детей определяется не только высокой частотой их встречаемости, но и определенными трудностями при выборе оптимального способа их устранения. Эта проблема заключается в том, что на сегодняшний день не существует универсальных методов, которые могли бы осуществить лечение этих больных, а использование всего современного арсенала средств, что имеется на вооружении в детской хирургии, порой не дают желаемого результата.

Ключевые слова: склеротерапия гемангиом у детей.

В настоящей статье отражается частота гемангиомы среди детского населения и современные способы консервативного лечения данной патологии. Встречаемость гемангиом у детей составляет от 2 до 5,5% от всех хирургических больных детского возраста и достигает максимума – 10,5% – в группе новорожденных недоношенных детей [1]. Лечение гемангиом, традиционно считающееся прерогативой врачей-хирургов, в настоящее время претерпевает изменения, лидирующие позиции в тактике занимают нехирургические методики [2].

В последние годы новые технологии широко внедряются в лечение детей именно на амбулаторном звене, что позволяет снизить затраты и сократить сроки лечения и реабилитации пациентов [3].

В лечении гемангиом сосуществуют различные направления лечебной тактики. Во многих случаях предсказать возможность спонтанной регрессии трудно, в то время как раннее начало лечения может обеспечить лучшие косметические результаты [4; 5; 6; 7; 8]. Необходимо понимание того, что первым звеном лечебно-диагностической цепочки является участковый врач-педиатр, который принимает важные тактические решения. Процесс принятия решения о необходимости лечения пациента с гемангиомой по сей день остается неточным, мало зависящим от клинической картины и динамики каждого пациента [7; 8].

В 90-х гг. Ю.Ф. Исаков писал, что пороки развитая периферических кровеносных сосудов относятся к мало изученным разделам детской ангиологии. Несмотря на существенный прогресс в этой области, многие аспекты этой проблемы сохранили свою актуальность. [9]

В отношении гемангиом небольшого размера наиболее приемлемые результаты достигаются с применением лазерной энергии [10]. Эстетические результаты лазерного лечения зачастую оказываются неудовлетворительными, не оправдывая ожидания родителей пациентов. [11]. Внутритканевое введение гормональных препаратов также показало свою эффективность, но сопровождается рядом побочных эффектов. [12]

Повсеместно в клиническую практику активно внедряется медикаментозные способы лечения гемангиом, в частности пропранолол-терапия [13; 14, 15, 16,17]. При этом не разработана единая тактика ведения пациентов с учётом индивидуальной особенности переносимости препарата.[2]

В настоящее время для лечения этого порока развития сосудов в большинстве случаев применяется хирургический метод лечения, хотя использование не всегда целесообразно, особенно в случаях сложной анатомической локализации [18; 19].

С момента появления методики склеротерапии и вплоть до настоящего времени склерозирование сосудистых образований у детей производилось с помощью введения 96% этилового спирта, а позднее с помощью препарата «Тромбовар», «Фивро-Вейн», возможности которых безусловно шире, чем у спирта, однако большое количество побочных эффектов и осложнений ставит под вопрос целесообразность его применения у детей [20].

Материалы и методы: С появлением нового поколения склерозирующих препаратов мы вновь обратились к исследованию возможностей склерозирующей терапии у детей. Именно новым препаратам склеротерапия обязана и эффективностью, и безопасностью. Современные склерозанты эффективны, гипоаллергенны, безопасны при правильном использовании обладают исключительно местным действием. При попадании небольшого количества препарата в венозную систему происходит его быстрое растворение без местного и общего повреждающего действия, в основе метода склеротерапии лежит принцип асептического воспаления и тромбирования, возникающего в очаге поражения в результате введения химического вещества-склерозанта. В результате этого сосудистое образование в последующем застывает и заживает рубцеванием.

До настоящего времени нет единого мнения как в отношении лечебной тактики и выборе метода лечения гемангиомы у детей, так и в необходимости, и сроках его проведения.

В последние годы для проведения склерозирующей терапии гемангиомы у детей на базе ГКП на ПХВ «Городской детской больницы №2» был применен современный склерозирующий препарат Этоксисклерол 1%-3% .

В настоящей статье приведены результаты лечения детей с гемангиомами до 1 года с 2011 по 2016 гг. Перед началом лечения проводилась визуальная оценка размеров гемангиомы, причем площадь гемангиомы не имела решающего значения при выборе тактики лечения, большее значение имела высота, либо глубина прорастания гемангиомы.

Распределение больных, получивших склерозирующую терапию гемангиом, в зависимости от возраста:

Возраст больных	Количество	%
10 дней-1 месяц	257	51,4
2-4 месяцев	156	31,2
5-7 месяцев	45	9
8 – 12 месяцев	42	8,4
ВСЕГО	500	100

Из них мальчиков -135, девочек -365.

По виду гемангиом распределение было следующим путем: простая форма, кавернозная форма, смешанная форма.

Размеры гемангиом колебались от 0.5 до 3.0 см:

Простая форма от 0.5 до 3 см, кавернозная гемангиома от 0.7 до 2.0 см, смешанная – 1 до 2.5 см. Большие размеры гемангиом лечились другими хирургическими способами.



Рис.1 А- до склеротерапии Б- после склеротерапии (Этоксисклерол3%)

Результаты лечения оценивались по внешнему виду пролеченного участка кожи. Хорошим результатом считается отсутствие видимых следов на коже после излечения, удовлетворительным – наличие нормотрофического рубца, не нуждающегося в дополнительной хирургической коррекции. Неудовлетворительным результатом считается неполный регресс гемангиомы и (или) образование гипертрофического рубца. При лечении простых и кавернозных форм гемангиомы у детей возрасте до 1 года методом склеротерапии препаратом этоксисклерол 3% получены хорошие результаты (полное выздоровление) у 93% пациентов, при лечении смешанных форм гемангиом у 3 пациентов отмечался повторный рост сосудистой опухоли. Регресс гемангиомы наступал на 10-14 дни после 1 введения 3% этоксисклерола. У большинства детей гемангиома исчезала бесследно, у некоторых из них – остался нормотрофический рубец. Каких-либо осложнений во время лечения этоксисклеролом и после его отмены мы не наблюдали.

Анализируя вышеизложенные данные, хотелось бы отметить, что не смотря на актуальность данной проблемы до настоящего времени нет единого мнения как в отношении лечебной тактики и выборе метода лечения гемангиомы у детей, так и в установлении сроков его проведения.

Появлению нового поколения склерозирующих препаратов с высокой степенью эффективности и безопасности предоставило нам шанс к исследованию возможности склерозирующей терапии в детской практике. Современные склерозанты обладают исключительно местным действием, гипоаллергенны, и при правильном использовании безопасны для пациента. Попадание небольшого количества препарата в венозную систему приводит к быстрому его растворению без причинения местного и общего повреждающего действия

Описанная методика внедрена в клиническую практику городской детской больницы №2 города Астаны (Казахстан), а также в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи №3 города Бишкек (Киргизия).

Выводы:

1) Таким образом, своевременная диагностика, вовремя начатое консервативное лечение гемангиом, а также грамотное лечение склеротерапией, является эффективным, малоинвазивным и современным методом лечения, легко применимым в амбулаторных условиях и на базе однодневных стационаров.

2) Использование метода склеротерапии в лечении детей с гемангиомами и комбинированными гемангиомами сложной анатомической локализации привело к улучшению косметических и функциональных результатов, позволило значительно сократить длительность лечения и избежать оперативного метода лечения. Косметические вмешательства, если ребенок в таковых будет нуждаться, можно выполнять в более старшем возрасте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кожевников Е.В., Маркина Н.В., Кожевников В.А. Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей // *Детская хирургия*. — 2009. — № 6. — С. 31-34.
2. Holcomb G.W. *Ashkraft's Pediatric Surgery*. — Philadelphia: saunderselsevier. — 2010. — 1101 p.
3. Aresman Robert M. *Pediatric surgery // Landesbioscience*. — 2000. — Georgetown, Texas U.S.A. — 464 p.
4. Шафранов В.В., Тен Ю.В., Куров Н.В. Комбинированное лечение кавернозных гемангиом у детей // *Детская хирургия*. — 1987. — № 8. — С. 8-11.

5. Шафранов В.В., Буторина А.В. Лечение гемангиом у детей // Врач. — 1996. — № 9. — С. 17-18.
6. Шафранов В.В., Кожевников В.А. Комбинированное лечение гемангиом и доброкачественных образований кожи у детей: метод. рек. для врачей — дет. хирургов, дерматологов, онкологов, косметологов. — 1994. — 13 с.
7. Ашкрафт К.У. Детская хирургия. — СПб.: Раритет. — 1999. — 400 с.
8. Солдатский Ю.Л., Шехтер А.Б., Понкратенко А.Д. и др. Изучение криовоздействия и лазерной деструкции на экспериментальную модель сосудистой опухоли человека // Вестник отоларингологии. — 1995. — № 2. — С. 10.
9. Зозуля Ю.А., Верхоглядова Т.П., Слынько Е.И. Кавернозные мальформации позвоночника и спинного мозга // Украинський медичний часопис. -2001.- №2.-С.92-100.
10. Изменение содержания биогенных аминов в крови при воздействии низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного диапазона /Поважная Е.С., Сокрут В.Н., Лыков А.А., Поважная С.В., Пеклун И.В.-Кліпчнахірургіа. 2000. - №8. - С.42-43.
11. Илларионов В.Е. Основы лазерной терапии. М.: "Респект", 1992. - 122 с.
12. Клебанов Г.И., Страшкевич И.А., Чичук Т.В. Влияние эндогенных фотосенсибилизаторов на лазер индуцированный прайминг лейкоцитов крови // Биол. мембраны. 1998. - Т. 15(3). - С.273-285.
13. Стойко Ю.М., Шайданов Е.В., Еришов Н.А. Комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей в стадии трофических расстройств
14. Цуман В.Г., Тюков А.И. Клиническая и морфологическая характеристика гемангиом у детей // Мат. Всес. симп. детских хирургов. -М., 1987.-С.9-12.
15. Шалимов А.А., Хохля В.П., Бахарев А.М. Медицинская техника в хирургии. К.: "Здоров'я", 1991. - 224 с.
16. Шалимов С.А., Федоренко З.П., Гулак Л.О. Структура заболеваемости населения Украины злокачественными новообразованиями // Онкология. -2001. Т.3. - №2 - 3. - С.91 - 95.
17. Шафранов В.В., Цыганов Д.И., Романов А.В., Борхунова Е.Н. Криохирurgia у детей. Некоторые теоретические и практические вопросы // Детская хирургия. 1999. - №3. - С.35 - 44.
18. Шафранов В.В., Резницкий В.А., Цыганов Д.И., Таганов А.В. Некоторые теоретические аспекты криохирургии // Достижения криомедицины. С-Пб.: "Наука". -2001. - С.124.
19. Щадящая криохирurgia кожи у детей / Под. Ред. В.К.Федотова. М.: «Медицинская книга», Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2001. - 56 с.
20. Детская хирургия. Национальное Руководство. Москва 2014. Раздел VIII. Пороки развития сосудов и доброкачественные опухоли. А.В. Гераськин, В.В. Шафранов С – 1052-1057
21. Д.Д. Мельник, В.Э. Гюнтер, Г.Ц. Дамбаев, П.Г. Сысолятин, Е.В. Чугуй, Е.Н. Титова. Гемангиомы и их лечение Томск 2006. С. – 57-63.

ТҮЙІН

САУЛЕН Н.С., ШАКЕЕВА А.Р., МУСИРОВ Н.М.
Астана қ. №2 қалалық балалар ауруханасы

БАЛАЛАРДАҒЫ ТУА БІТКЕН ГЕМАНГИОМАНЫҢ СКЛЕРОТЕРАПИЯЛЫҚ ЕМІ

Бұл мақалада жаңа туған нәрестелерде жиі кездесетін туа біткен қатерсіз онкологиялық ісік түрінде кездесетін, яғни гемангиоманың ерте кезеңінде склеротерапиялық емдеу жолдары сипатталған.

UMMARY

N. SAULEN, A.R. SHAKEEVA, N.M. MUSIROV

City Children's Hospital No.2 of Astana

SCLEROSING TREATMENT OF CONGENITAL HEMANGIOM IN CHILDREN

This article describes the sclerosing treatment of a congenital benign tumor with hemangiomas in children at an early stage.



УДК: 617.7-007.681-052-08

АХМЕДЬЯНОВА З.У., КУРМАНГАЛИЕВА М.М., ХАМЗИНА А.А.

АО «Медицинский университет Астана» г. Астана
РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента
Республики Казахстан» на ПХВ

СТРУКТУРА ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Аннотация

Статья содержит данные по распространенности основных глазных заболеваний среди взрослого населения, страдающего метаболическим синдромом. Выявлены заболевания органа зрения, занимающие лидирующие позиции по частоте среди таких пациентов.

Ключевые слова: распространенность патологии органа зрения, структура офтальмопатологии, метаболический синдром.

Актуальность. Одной из приоритетных задач современной медицины является облегчение бремени социально-значимых заболеваний. В офтальмологии особое внимание уделяется патологии органа зрения, приводящей к инвалидности вследствие развития слабовидения и слепоты. По данным ВОЗ, в настоящее время число таких больных во всем мире приближается к 150 миллионам. Лидирующие места в списке глазной патологии со стойким снижением зрения занимают аномалии рефракции, катаракта и глаукома. В Казахстане первичная заболеваемость болезнями органа зрения составляет 6%, а первичная инвалидность вследствие слепоты и слабовидения – 2,1 на 10000 взрослого населения [1].

Серьезной медико-социальной проблемой XXI века признан метаболический синдром, включающий в себя такие составляющие, как абдоминальное ожирение, дислипидемия, гипергликемия/инсулинорезистентность и артериальная гипертензия. Известно, что метаболический синдром связан с повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений (инфаркта миокарда и инсульта). Данный синдром встречается в среднем у каждого третьего человека среди взрослого населения различных стран, в том числе и Казахстана [2,3].

Масштабные популяционные исследования [4,5] доказывают наличие связи между различными заболеваниями органа зрения и метаболическим синдромом. Катаракта, ретинопатия, повышенный уровень внутриглазного давления/глаукома в той или иной степени ассоциированы с различными компонентами метаболического синдрома и их комбинацией. Учитывая выше изложенное, хотелось бы выяснить, какова частота офтальмопатологии у лиц, страдающих метаболическим синдромом.

Цель: изучить частоту и структуру патологии органа зрения у лиц с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ интенсивных и экстенсивных показателей с использованием базы данных пациентов с установленным диагнозом метаболического синдрома с кодами болезней глаза и его придаточного аппарата МКБ-10.

Результаты и их обсуждение. Из 2095 участников, вошедших в исследование, у 432 индивидуумов имелась та или иная офтальмологическая патология.

Ниже представлена сводная таблица, отражающая абсолютное число пациентов с метаболическим синдромом, распределенных по видам заболевания органа зрения, половым и возрастным признакам.

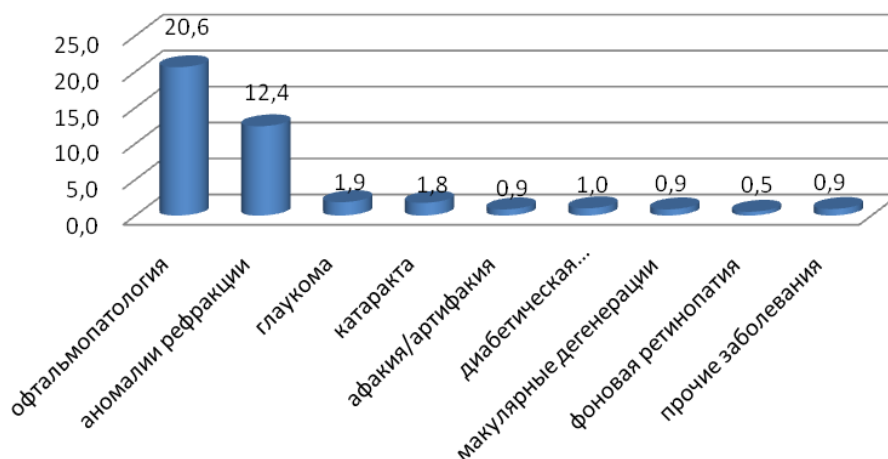


Рисунок №1. Распространенность болезней органа зрения среди лиц с метаболическим синдромом

Таблица №1. Распределение пациентов с метаболическим синдромом по нозологии, полу и возрасту.

Заболевание	форма заболевания (код МКБ-10)/возраст, пол	до 39		40-49		50-59		60-69		старше 70		ИТОГО
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
Глаукома	ПОУГ (H40.1)	-	-	2	-	5	3	6	3	4	4	27
	ПЗУГ (H40.2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
	Подозрение на глаукому (H40.0)	-	-	1	-	4	1	3	-	1	-	10
Всего		-	-	3	-	9	4	9	3	5	6	39
аномалии рефракции	миопия (H52.1)	19	12	10	19	33	29	14	15	4	1	156
	гиперметропия (H52.0)	1	-	3	2	1	16	4	4	2	3	36
	астигматизм (H52.2)	13	9	8	8	7	4	8	5	5	1	68
Всего		33	21	21	29	41	49	26	24	11	5	260
Катаракта	начальная (H 25.0)	-	-	-	-	2	-	3	6	3	1	15
	осложненная (H26.2)	-	-	-	-	-	-	5	6	6	5	22
Всего		-	-	-	-	2	-	8	12	9	6	39
афакия/артифакция	H 27.0	-	-	-	-	2	-	4	5	5	2	18
заболевания сетчатки	диабетическая ретинопатия H36.0*	1	-	2	1	4	2	5	3	2	1	21
	дегенерация макулы и заднего полюса (H35.3)	-	-	1	-	1	3	4	3	3	3	18
	периферические ретинальные дегенерации (H35.4)	1	-	-	4	1	-	-	3	-	-	9
	фоновая ретинопатия (H35.0)	1	-	1	-	1	1	3	4	-	-	11
прочие заболевания органа зрения		1	-	2	1	2	7	2	1	3	-	19
Всего		37	21	30	35	63	66	61	58	38	23	432

Из таблицы видно, что наиболее распространенной офтальмопатологией у больных с метаболическим синдромом является тот или иной вид аномалии клинической рефракции. Процентное соотношение различных видов офтальмологических заболеваний у взрослой популяции с метаболическими нарушениями показано на рисунке №1.

Распространенность патологии органа зрения среди контингента с метаболическим синдромом в возрасте 20 лет и старше без учета гендерных различий составляла (20,60±0,88)% [95% доверительный интервал; (18,85-22,39)%], из них аномалий рефракции – (12,41±0,72)% [95% доверительный интервал; (10,97-13,85)%], глаукомы – (1,86±0,30)% [95% доверительный интервал; (1,27-2,45)%], катаракты – (1,77±0,29)% [95% доверительный интервал; (1,19-2,94)%], диабетической ретинопатии – (1,00±0,22)% [95% доверительный интервал; (0,42-1,29)%].

На рисунке №2 продемонстрирована структура (удельный вес в процентном соотношении) отдельных видов офтальмопатологии среди участников исследования.

В структуре глазной патологии удельный вес нарушений рефракции у данной категории лиц составляет более 60%, помутнений хрусталика - 9%, глаукоматозного поражения - 8,6%, остальной офтальмопатологии - более 4%, кроме фоновой ретинопатии (2,1%).

Сравнивая представленные на рисунке №1 данные с результатами зарубежных исследователей, следует отметить, что патологическая пораженность, в частности, глаукомой сопоставима с таковой у Newman-Casey PA и др. Они определили, что ПОУГ имеется у 2,5% лиц с различными комбинациями метаболических расстройств, а риск развития глаукомы возрастает до 48% при сочетании сахарного диабета с артериальной гипертензией [6]. По данным европейских ученых [7], частота катаракты зависит от числа компонентов метаболического синдрома, пола и возраста, достигая 43,8%, что связано скорее всего с более старшим возрастом участников исследования. Сопоставляя распространенность аномалий рефракции в общей популяции (30-45%), показатели данного исследования получились заниженными как минимум

вдвое [8,9,10]. В то же время работ по изучению связи рефракционных нарушений и метаболических расстройств у больных при данном синдроме не найдены.

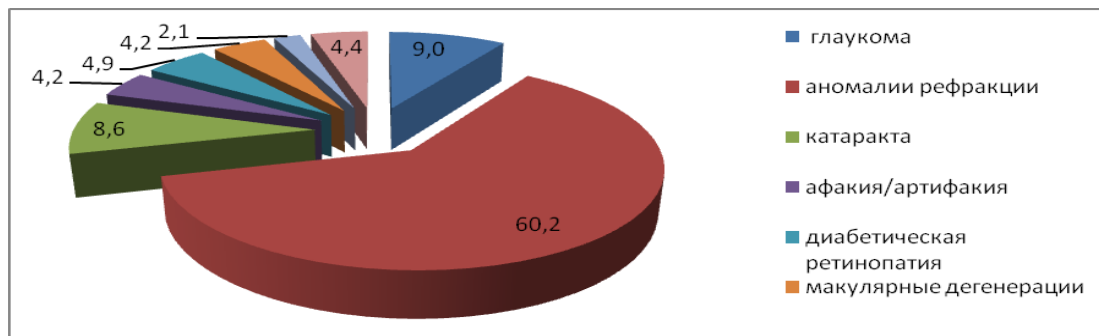


Рисунок №2. Структура офтальмопатологии у лиц с метаболическим синдромом.

Заключение:

Как по распространенности, так и в структуре заболеваемости глазной патологии среди больных метаболическим синдромом преобладают три нозологические группы: аномалии рефракции, катаракта и глаукома. Эти же виды офтальмопатологии, по данным ВОЗ, наиболее часто встречаются в общей популяции и лидируют как причины первичной инвалидности вследствие слепоты и слабовидения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ботабекова Т.К. Офтальмологическая служба РК на пути внедрения ЕНСЗ. Қазақстан офтальмологиялық журналы, №4 – Алматы, 2009 – с.4-8
2. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey // JAMA. 2002; 287(3):356-359.
3. Шалхарова Ж. С. Особенности лечебной тактики больных сахарным диабетом второго типа в сочетании с метаболическим синдромом. Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. – 2006 – №2(28). - С.77-81.
4. Rupal Chopra, Ashish Chander, Jubbin J Jacob. Ocular associations of metabolic syndrome // Indian Journal of Endocrinology and Metabolism 2012;16 (7):6-11
5. Sabanayagam C, Wang JJ, Mitchell P, Tan AG, Tai ES, Aung T, Saw SM, Wong TY. Metabolic syndrome components and age-related cataract: the Singapore Malay eye study // Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(5):2397-2404.
6. Newman-Casey PA, Talwar N, Nan B, Musch DC, Stein JD. The relationship between components of metabolic syndrome and open-angle glaucoma // Ophthalmology 2011;118(7):1318-1326.
7. Bojarskiene F, Cerniauskiene LR, Paunksnis A, Luksiene DI. Association of metabolic syndrome components with cataract // Int J Ophthalmol. 2015; 8(4): 804–811.
8. Eun Chul Kim, Ian G. Morgan, Hirohiko Kakizaki, Seungbum Kang, Donghyun Jee. Prevalence and Risk Factors for Refractive Errors: Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2008-2011// PLoS One. 2011;8(11): e80361.
9. Pan CW, Klein BE, Cotch MF, Shrager S, Klein R, Folsom A, Kronmal R, Shea SJ, Burke GL, Saw SM, Wong TY. Racial variations in the prevalence of refractive errors in the United States: the multi-ethnic study of atherosclerosis //Am J Ophthalmol. 2013;155(6):1129-1138.
10. Pan CW¹, Wong TY, Lavanya R, Wu RY, Zheng YF, Lin XY, Mitchell P, Aung T, Saw SM. Prevalence and risk factors for refractive errors in Indians: the Singapore Indian Eye Study (SINDI) // Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(6):3166-3173.

ТҮЙІН

АХМЕДЬЯНОВА З.У., КУРМАНГАЛИЕВА М.М., ХАМЗИНА А.А.
«Астана Медициналық Университеті» АҚ, Астана қаласы
«Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығы Ауруханасы»
РМК, Астана қаласы

МЕТАБОЛИЗМДІК СИНДРОМ БАР АДАМДАРДЫҢ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ
КҰРЫЛЫМЫ

Бұл мақалада метаболизмдік синдромымен ауратын ересек адамдардың арасында таралған негізгі көз ауруларының туралы мәлімет келтірілген. Осындай науқастар арасында жиілігі бойынша жетекші орын алатын көру мүшесінің аурулары анықталған.

SUMMARY

AKHMEDYANOVA Z.U., KURMANGALIYEVA M.M., KHAMZINA A.A.
«Astana Medical University» JSC
«Medical Centre Hospital of President's Affairs Administration of the RK» RSC

STRUCTURE OF OPHTHALMOPATHOLOGY IN PERSONS WITH METABOLIC SYNDROME

The article deals data of prevalence of ophthalmopathology among adult population with metabolic syndrome. Diseases of the organ of vision, occupying leading positions in the frequency among such patients, are revealed.



УДК: 543.63:678.048:531.259.222

КАЗБЕКОВА А. Т., АТАЖАНОВА Г.А., МУКУШЕВА Г.К., СЕЙТЕМБЕТОВ Т.С., МАДИЕВА Ш.А.,
КУДАЙБЕРГЕН М.Б., АДЕКЕНОВ С.М.

АО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»
АО «МНПХ «ФИТОХИМИЯ»

ВЛИЯНИЕ ПРИРОДЫ ОРГАНИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА ИХ АНТИОКСИДАНТНУЮ
АКТИВНОСТЬ *IN VITRO*

Аннотация

В настоящей статье приведены результаты скрининга антиоксидантной активности *in vitro* органических соединений, выделенных из растительного сырья, а также продуктов их химической модификации. В ряду данных соединений выраженную антиоксидантную активность проявил артемизетин, уступающий эффекту антиоксиданта аскорбиновая кислота.

Ключевые слова: органические соединения, антиоксидантная активность *in vitro*, железо-восстанавливающий потенциал.

Эксперименты по оценке антиоксидантной активности (АОА) выполнены с органическими веществами на основе растительного сырья Республики Казахстан и продуктов их модификации, разработанных в лабораториях химии терпеноидов и химии фенольных соединений АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия» (г. Караганда) под руководством академика НАН РК, д.х.н., профессора Адекенова С.М.

Целью работы явилось изучение антиоксидантной активности *in vitro* цитизинилгроссгемина (Grs-Cyt), анабазинилгроссгемина (Grs-Anab), анабазиниларголида (AG-Anab), цитизиниларголида (AG-Cyt), 3-изопропилиденгидразона пиностробина (ГЗрб), артемизетина (Af-1), хризина (Pb-4) и апигенина (Ap-1).

Материалы и методы:

Определение железо-восстанавливающего потенциала (метод FRAP) выполнено следующим способом. К 0,1 мл исследуемого вещества в диапазоне концентраций 0,25; 0,5; 0,75 и 1 мг/мл добавляется 0,25 мл

фосфатного буфера (рН 6,6) и 0,25 мл 1% раствора гексацианоферрата (III) калия. Реакционная смесь инкубируется в течение 25 минут при температуре 50°C, затем реакция останавливается добавлением 0,25 мл 10% раствора трихлоруксусной кислоты (ТХУ). Смесь центрифугируют 10 минут (3000 об./мин). Верхний слой объемом 0,5 мл смешивается с 0,5 мл дистиллированной воды и 0,1 мл 0,1% FeCl₃. Полученные данные отражены в табл. 1 и рис. 1, где представлены концентрационные зависимости оптической плотности для исследуемых объектов и стандарта аскорбиновая кислота (АК), а также АОА веществ в относительных единицах.

Результаты и обсуждение:

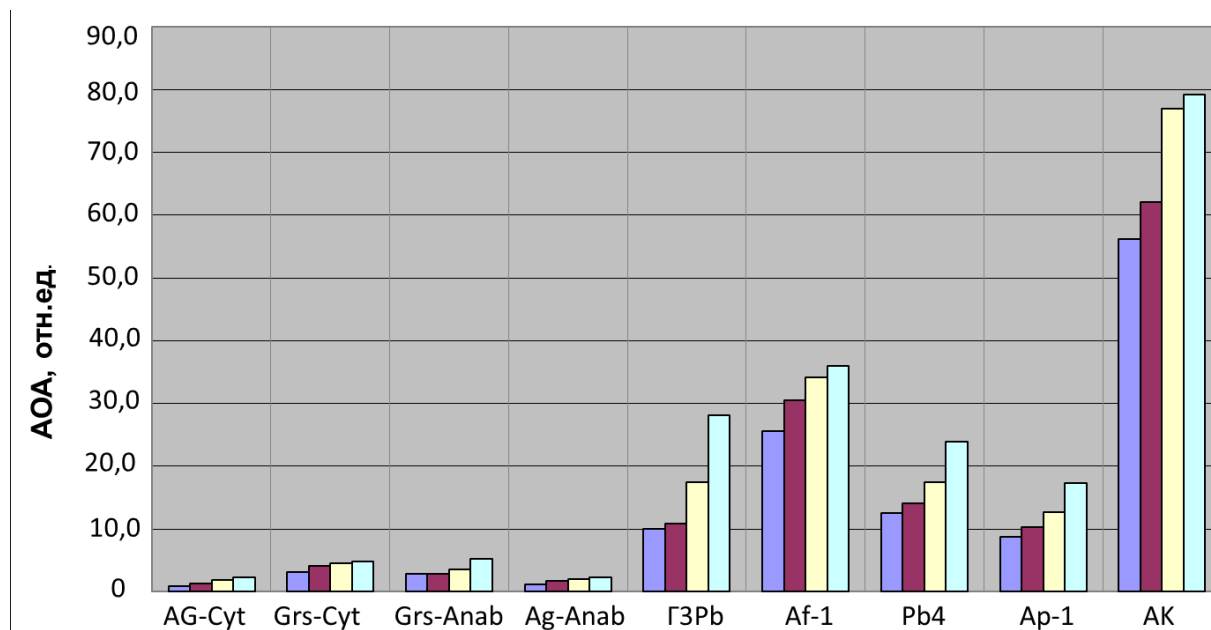
В настоящее время общепризнана роль свободнорадикальных процессов в развитии и механизме ингибирования клеточных повреждений при различных патологиях, поэтому получило определенное развитие изучение эффекта потенциальных антиоксидантов [1-3]. В научной литературе отмечается широкий спектр биологической активности флавоноидов и терпеноидов растительного происхождения, при этом указывается на то, что фармакологические свойства растений на примере полыни горькой связаны с содержанием в суммарных объектах эфирного масла и сесквитерпеновых лактонов [4]. В частности, антиоксиданты блокируют воздействие свободных радикалов, защищая организм от ряда опасных заболеваний. В последние годы получило развитие изучение возможности применения метода FRAP как для оценки антиоксидантной активности *in vitro* экзогенных объектов, так и для определения суммарного содержания антиоксидантов [2]. Данный метод применен нами для определения антиоксидантной активности ряда соединений на основе терпеноидов гроссгемина и арголида, флавоноидов, производного пиностробина, оксим которого проявляет гепатопротекторный эффект [5].

Табл. 1. Зависимость оптической плотности от концентрации исследуемого вещества.

№	В-во/Опт.пл.	0,25 мг/мл	0,5 мг/мл	0,75 мг/мл	1 мг/мл
1	AG-Cyt	0,059±0,004	0,062±0,005	0,065±0,004	0,067±0,001
	АОА	9,146	12,805	18,902	22,561
2	Grs-Cyt	0,072±0,015	0,078±0,020	0,079±0,011	0,081±0,007
	АОА	31,097	42,073	45,732	48,781
3	Grs-Anab	0,044±0,003	0,044±0,003	0,046±0,001	0,052±0,002
	АОА	28,431	29,412	36,275	51,961
4	Ag-Anab	0,055±0,007	0,058±0,009	0,059±0,009	0,061±0,008
	АОА	12,162	17,568	20,270	23,649
5	ГЗPb	0,096±0,005	0,099±0,006	0,131±0,002	0,182±0,011
	АОА	100,699	108,391	174,825	281,119
6	Af-1	0,169±0,009	0,193±0,011	0,211±0,008	0,219±0,012
	АОА	255,944	304,895	341,958	359,441
7	Pb-4	0,108±0,006	0,115±0,009	0,131±0,020	0,162±0,008
	АОА	125,8741	141,258	174,825	239,161
8	Ap-1	0,089±0,008	0,097±0,011	0,108±0,010	0,130±0,006
	АОА	88,112	102,797	126,573	172,727
9	АК	0,680±0,265	0,740±0,150	0,892±0,071	0,915±0,082
	АОА	562,338	620,779	768,831	791,558

Как следует из данных табл.1, что в ряду данных соединений выраженную антиоксидантную активность проявляет флавоноид артемизетин, для которого значение антиоксидантной активности 255,944 усл.ед., что уступает эффекту антиоксиданта аскорбиновая кислота (562,338 усл. ед.), но значительно выше по сравнению с другими объектами.

Рис.1. Зависимость АОА от природы и концентрации веществ



Вышеуказанная взаимосвязь отражена на рис.1, на которой видно наличие прямой зависимости между величинами антиоксидантной активности и концентрацией вещества, что указывает на радикальный механизм ингибирования перекисных процессов *in vitro*.

Вывод: Скрининг антиоксидантной активности *in vitro* органических соединений, выделенных из растительного сырья, а также продуктов их химической модификации показал, что в ряду данных соединений выраженную антиоксидантную активность проявляет флавоноид артемизетин, уступающий эффекту антиоксиданта аскорбиновая кислота.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Akinola A. Alafiatayo, Ahmad Syahida, Maziah Mahmood. Total Anti-Oxidant Capacity, Flavonoid, Phenolic Acid and Polyphenol Content in Ten Selected Species of Zingiber aceae Rhizomes // *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines* -2014.-11(3).-P.7-13.
2. Цюпко Т.Г., Петракова И.С., Бриленок Н.С. и др. Определение суммарного содержания антиоксидантов методом FRAP // *Аналитика и контроль*.-2011.-Т.15.-№3.-С.287-298.
3. Арыстан Л.И. Фармакологическая характеристика леукомизина и оксима пиностробина (экспериментально-клиническое обоснование) // Автореферат дисс. на соискание ... докт. мед. наук, Бишкек, 2016, 46с.
4. Сальникова Е.Н., Калинкина Г.И., Дмитрук С.Е. Химическое исследование флавоноидов полыни горькой (*Artemisia absinthium* L.), п. Сиверса (*A. siversiana* Wild) и п. якутской (*A. jacutica* Drob.) // *Химия растительного сырья*.-2001.-№3.-С.71-78.
5. Мукушева Г.К., Ли Е.А., Арыстан Л.И. и др. Фармакологические свойства оксима пиностробина // *Обзоры по клинической фармакологии*.-2015.- Т.13.-С.-Пб.-С.112-113.

ТҮЙІНДЕМЕ

КАЗБЕКОВА А.Т., АТАЖАНОВА Г.А., МҰҚЫШЕВА Г.К., СЕЙТЕМБЕТОВ Т.С., МӘДИЕВА Ш.А.,
ҚУДАЙБЕРГЕН М.Б., ӘДЕКЕНОВ С.М.

«Астана медициналық университеті» АҚ

ОРГАНИКАЛЫҚ ҚОСЫЛЫСТАРДЫҢ ТАБИҒАТЫНЫҢ *IN VITRO*
ОЛАРДЫҢ АНТИОКСИДАНТТЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІНЕ ӘСЕРІ

Бұл мақалада өсімдіктерден алынған органикалық қосылыстардың және олардың химиялық модификациялану өнімдерінің антиоксиданттық белсенділігіне *in vitro* жүргізілген скринингілеу нәтижелері берілген. Тәжірибеге алынған қосылыстардың ішінде ең жоғары антиоксиданттық белсенділікті артемизетин көрсетті, бірақ оның антиоксиданттық белсенділігі аскорбин қышқылынан төменекендігі байқалды.

SUMMARY

KAZBEKOVA A.T., ATAZHANOVA G.A., MUKUSHEVA G.K., SEITEMBETOV T.S., MADIYEVA SH.A.,
KUDAIBERGEN M.B., ADEKENOV S.M.

JSC «Astana Medical University»

EFFECT OF THE NATURE OF ORGANIC SUBSTANCES TO THEIR ANTIOXIDANT
ACTIVITY IN VITRO

Nowadays, the results of the screening of antioxidant activity *in vitro* of organic compounds that are extracted from the plant raw material and also products of their chemical modification. Among these compounds artemisinin expressed high antioxidant activity yield to the effect of antioxidant ascorbic acid.



УДК: 616. 33 : 616. 633. 455. 623

СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ЕСЖАНОВА А.А.

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра акушерства и гинекологии интернатуры.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ИСХОД ДЛЯ ПЛОДА В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Аннотация

Изучены исходы и осложнения беременности у 66 беременных женщин с гестационным сахарный диабетом, влияние ГСД на плод.

С ростом тяжести гестационного сахарного диабета увеличивается осложнения беременности и родов.

Ключевые слова: гестационный сахарный диабет, беременность, фетопатия плода.

Актуальность:

Распространенность гестационного сахарного диабета (ГСД) во всем мире неуклонно растет. Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 14%, составляя в среднем 7% [2,3].

ГСД – заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» СД [1,4].

Цель исследования: провести анализ особенностей течения беременности, родов и исход для плода в зависимости от тяжести гестационного сахарного диабета.

Материал и методы исследования: Проведено ретроспективное исследование 66 беременных женщин с гестационным сахарным диабетом (ГСД) за 2015-2016гг, пролеченных и родоразрешенных в

Перинатальном центре № 1 г. Астаны. При обследовании использовались общеклинические, лабораторные и инструментальные методы (кардиотокография, доплерометрия плода, биофизический профиль плода).

В зависимости от тяжести ГСД были сформированы 2 группы: В 1 группу вошли 34 пациенток с ГСД средней степени тяжести, которые получали инсулинотерапию. Во 2 группу 32 беременных с ГСД, гликемия которых коррегировалась назначением только диетотерапии.

Полученные результаты исследований статистически обработаны с использованием программы Statistics 6.0 for Windows.

Результаты и их обсуждение:

При анализе проведенного нами исследования выявлено, что в основном женщины в обеих группах были в возрасте от 30 до 39 лет, соответственно 61,8%; 59,3%.

При проведении исследования у беременных женщин были выявлены факторы риска развития ГСД. В 1 группе в 85,3% (29) случаях наблюдалось ожирение 1-ст., средний показатель ИМТ составил 31,6+-3,89. Во 2 группе с ожирением было 43,8% (14) – средний показатель ИМТ 29,8+-2,25, достоверно чаще женщин с ожирением было в 1 группе ($p<0,05$).

В обеих группах у беременных в анамнезе было рождение детей с массой более 4000г., соответственно 32,4%(11); 15,6% (5), что также достоверно чаще в 1 группе ($p<0,05$).

При анализе экстрагенитальной патологии у женщин 1 группы в 50% (17) случаев встречались заболевания щитовидной железы, в 47,1% (16) встречались заболевания почек, в 17,6% (6) артериальная гипертензия. Во 2 группе в 50% (16) случаях встречались заболевания почек, в 25% (8) заболевания щитовидной железы, в 15,6% (5) артериальная гипертензия.

Среди гинекологических заболеваний в обеих группах чаще всего встречались воспалительные заболевания шейки матки – эрозия шейки матки: 23,5% (8); 15,6% (5).

Беременность осложнилась гипертензионными осложнениями достоверно чаще в 1 группе 38,2% (4 случая гестационной гипертензии, 6 ранее существовавшей гипертензии и 3 нетяжелой преэклампсии), чем во 2 группе – 15,6% (2 случая нетяжелой преэклампсии, развившихся на фоне ранее существовавшей гипертензии, 3 случая артериальной гипертензии 2 степени, риск 2) ($p<0,05$).

Большинство родов в обеих группах были через естественные родовые пути: 64,7% (22); 53,1% (17), при этом частота индуцированных родов составила в 1 группе – 40,9% (9); во 2 группе – 41,2% (7).

Показаниями для индукции родов в 1 группе явились диабетическая фетопатия – 77,8% (7); в 11% (1) случаях 37 недель и нетяжелая преэклампсия, в 11,1% (1) случаях срок беременности 41 нед 3 дня. Во 2 группе показаниями для индукции в 43% (3) была диабетическая фетопатия; в 14,2% (1) – нетяжелая преэклампсия; в 43% (3) – тенденция к перенашиванию беременности.

Показаниями для оперативных родов в обеих группах были сочетание диабетической фетопатии с рубцом на матке, диспропорция размеров головки плода и таза матери, угрожающее состояние плода в родах.

Родилось детей с массой более 4000,0 в 1 группе 35,3% (12), во 2 группе в 31,3% (10) случаях.

Среди новорожденных в 1 группе в одном случае (2,9%) у новорожденного была родовая травма – перелом ключицы (роды с дистоцией плечиков плода) и в 1 случае (2,9%) асфиксия средней степени тяжести, в 2 (5,9%) случаях дети родились с врожденными пороками почек, во 2 группе одного новорожденного через час после рождения с респираторными нарушениями перевели в отделение реанимации новорожденных 1(3,1%) новорожденный родился с врожденным пороком развития сердца. Пороки развития были подтверждены после родов.

Выводы:

1. В зависимости от степени тяжести гестационного сахарного диабета достоверно чаще у исследуемых беременных женщин наблюдались факторы риска (ожирение 85,3%; 43,8%; $p<0,05$); также чаще встречалось рождение крупных детей при предыдущих беременностях (32,4%; 15,6%).

2. При анализе течения беременности достоверно больше были выявлены гипертензивные осложнения (20,6%; 6,3% $p<0,05$).

3. Индукция родов в первой группе по поводу диабетической фетопатии и нетяжелой преэклампсии проводилась в 89% случаев, тогда как во второй группе только в 57%.

4. Осложнений для плода и новорожденных (асфиксия, родовая травма, врожденные пороки развития) в первой группе наблюдалось в 11,8% против во второй группе 6,3%.

5. Полученные результаты свидетельствуют о том, что с увеличением тяжести гестационного сахарного диабета увеличиваются осложнения исхода беременности и родов как для матери, так и для плода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дедов И.И. Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика / И.И.Дедов, М.В.Шестакова – М.: МИА, 2011.
2. Дедов И.И., Краснополский В.И., Сухих Г.Т. От имени рабочей группы. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» // Сахарный диабет. 2012. №4. С. 4-10.

3. Краснопольский В.И. Гестационный сахарный диабет – новый взгляд на старую проблему / В.И. Краснопольский, В.А. Петрухин, Ф.Ф. Бурумкулова / *Акушерство и гинекология* – 2010, - №2. – С.36.

4. Российская ассоциация эндокринологов. Клинические рекомендации. Эндокринология: 2-е изд. / под ред. И.И.Демидова, Г.А.Мельниченко. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012. С.156-157.

ТҮЙІН

СЕЙДУЛЛАЕВА Л.А., РАЗУМОВА Р.Р., КАБИКЕНОВА Д.К., ЕСЖАНОВА А.А.

«Астана медицина университеті» АҚ

Интенатураның акушерия және гинекология кафедрасы

ЖҮКТІЛІК ЖӘНЕ БОСАНУ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛЕРІ ЖӘНЕ GESTACИЯЛЫҚ ҚАНТ ДИАБЕТИ АУЫР ДӘРЕЖЕСІМЕН НӘРЕСТЕГЕ БАЙЛАНЫСТЫ НӘТИЖЕСІ

Жүктіліктің асқынуы гестациялық қант диабетімен 66 жүкті әйелдер, оның нәтижелері және гестациялық қант диабетінің нәрестеге берген зияны зерттелді.

Гестациялық қант диабетінің ауырлығы үлкейген сайын босану нәтижесі және оның асқынуың үлкейгені анықталды.

Түйін сөздер: гестационный қант диабеті, жүктілік, ұрықтың фетопатия.

SUMMARY

SEYDULLAEVA L.A., RAZUMOVA R.R., KABIKENOVA D.K., ESZHANOVA A.A.

JSC «Astana medical university»

Department of obstetrics and gynaecology of housemanship

FEATURES OF PREGNANCY, LABOR, DELIVERY AND THE AUTCOME FOR THE FETUS, DEPENDING ON THE SEVERETY OF GESTATIONAL DIABETES

Outcomes and complications were studied in 66 pregnant women with gestational diabetes mellitus and its effect on the fetus.

It is established that with an increase of the severity of gestational diabetes increases the complication of birth outcomes for mother and fetus.

Key words: gestational diabetes mellitus, pregnancy, fetus fetopathy.



УДК: 613.2-057.87

УДАРЦЕВА Т.П., ОРЫНБАСАРҚЫЗЫ Д.

АО «Медицинский университет Астана»

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Рацион питания студентов не соответствует принципам рационального питания. Это связано с дефицитом времени, проживанием в общежитии, незнанием основ здорового питания, дефицитом денег.

Ключевые слова: студенты, питание

Юношеский возраст связан с такими жизненно важными событиями, как профессиональная ориентация, становление личности, выбор жизненных целей и установок, формирование привычек и навыков, используемых в течение жизни. Неправильно сформированные модели поведения студентов, в том числе пищевого, в будущем являются основой возникновения и прогрессирования разных заболеваний [1].

Питание имеет большое значение для сохранения здоровья, физической и умственной работоспособности, обеспечивает репродуктивное здоровье молодого организма. Особое значение вопросы питания приобретают для студенческой молодежи, образ жизни которой связан с высокими умственными и эмоциональными нагрузками, совмещением учебы с работой, мобильностью [2], сменой привычных стереотипов питания в связи с переездом в другие города и регионы, жизнью вдали от родителей и необходимостью ежедневного продумывания своего рациона питания [3].

Анализ литературы по вопросам питания студенческой молодежи показал, что практически во всех случаях имело место нарушение принципов рационального питания.

Так, питание студентов «Медицинский университет Астана» несбалансировано в летний и осенний период, обеспеченность нутриентами на младших курсах хуже, чем на старших. Дефицит макро- и микроэлементов отмечается у студентов в течение всего года, особенно по кальцию, магнию, йоду и железу. У всех обследованных, независимо от курса обучения, имел место дефицит витаминов А, D, ряда витаминов группы В [4]. В последние годы по результатам медицинских осмотров, проводимых в этом университете, отмечается увеличение числа студентов, занимающихся физической культурой по медицинским показаниям в специальной группе, с 10 до 20 – 25% [5].

При изучении питания студентов Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова было выявлено, что большая часть студентов (46,5%) организует питание в общежитии, другая часть (38,6%) совмещает приготовление пищи в общежитии с едой в столовой, небольшое количество студентов (4,5 %) питаются в столовой [0].

Н.П. Вишнякова и соавторы проанкетировали (25.10. 2014 г.) 20 студентов Казахского национального университета имени аль – Фараби, из которых 10 проживали в общежитии и 10 студентов были городские. Студенты, проживающие в общежитии, по сравнению с городскими студентами, проживающими с родителями, не могут обеспечить в полном объеме поступление в организм необходимых питательных веществ и витаминов. Успеваемость городских студентов была выше, чем у студентов, проживающих в общежитии [0].

В исследованиях Е.А. Чепурной и соавторов проводилось анкетирование 100 учащихся колледжа – девушек второго курса, в возрасте 16—18 лет. Женский пол был выбран в связи с тем, что среди молодых девушек очень популярна практика неполноценных диет, направленных на уменьшение потребления калорий и снижение веса за короткие сроки. По мнению авторов, в рационе питания у студенток общее потребление калорий снижено на 45 % по сравнению с установленными нормами. Потребление белков в пище также снижено на 31 %, жиров — на 25 % и углеводов — на 49 %. Около 61 % учащихся пропускают завтрак. У 44 % опрошенных имеются заболевания желудочно-кишечного тракта, а у 78 % периодически появляются симптомы этих заболеваний. Нежелание портить себе имидж среди товарищей приводит к тому, что учащиеся не приносят домашнюю полезную еду с собой в колледж и часто перекусывают чипсами, сухариками, шоколадками [0].

Н.Г. Кожевникова и В.А. Катаева проанкетировали 953 студента пяти курсов Московского медико - стоматологического университета, из них, 517 девушек и 436 юношей в возрасте от 17 до 25 лет, период наблюдений – 2011-2013 гг. Оценка индекса массы тела обследованных показала, что нормальную массу тела имели 46%, пониженную - 36,2%, повышенную – 17,8% студентов. Рационы с недостатком белка определялись у студентов 1-3 курсов. У 40% девушек был дефицит по жирам. Анализ углеводной части рациона выявил их дефицит в большинстве (73%) случаев, причем более выраженный у девушек. Нормальное поступление углеводов отмечалось только у 2% студентов. Был выявлен дефицит витаминов: С – в 58%, А – в 48% и В₁ – в 32%, который обусловлен недостаточным потреблением овощей и фруктов, хлебопродуктов из муки грубого помола, сливочного масла, сметаны, яиц, печени. Также имел место дефицит кальция в рационе питания у 61% анкетированных. Студенческие столовые и буфеты посещали в среднем только 4-5% опрошенных по причине нехватки времени для приема пищи из-за необходимости переездов на учебные базы, низкой материальной обеспеченности [0].

В статье А.Г. Сетко и соавторов приводятся результаты оценки рационов питания студентов-первокурсников Оренбургской медицинской академии. Под наблюдением находилось 469 студентов в возрасте от 17 до 21 года. Было установлено несоответствие рационов питания принципу количественной характеристики рационального питания: энергетическая ценность рационов питания составила 1757,6 ккал у девушек и 2066,3 ккал у юношей. Также не был соблюден принцип качественной характеристики рационов питания. Уровень потребления углеводов был ниже физиологической нормы у девушек на 37,1%, у юношей на 43,3% [0].

В поперечном исследовании Н.А. Проскураковой участвовали 399 человек (10% студентов первых курсов), из них 219 юношей и 180 девушек двух крупнейших вузов Новокузнецка: Кузбасской государственной педагогической академии и Сибирского государственного индустриального университета. Анализ анкет студентов показал, что уже в возрасте 18 -19 лет в период первой сессии отмечается нарушение пищевого поведения у 21, 4% студентов. В рационе студентов понижено содержание белка и витаминов в связи с малой долей овощей, фруктов и однообразного рациона. Только 51% студентов

предпочитают ежедневно употреблять овощи и фрукты, лишь 35% респондентов предпочитают принимать пищу в определенное время 3 – 4 раза в день. Отвечая на вопрос о том, что мешает им правильно питаться, 34,5% студентов указывают на незнание требований к рациональному питанию, 48% выделяют такие причины, как недостаток времени и собственная неорганизованность, 17,5% человек указали на недостаток материальных средств [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

В исследовании студентов Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко объектом наблюдения явились 138 студентов 1 курса и 142 студента 6 курса, из них 131 юноша и 149 девушек. При изучении режима питания учащихся было выявлено, что среди обследуемых 3 раза в день принимают пищу лишь 16,5% юношей и 14,2% девочек. В рационе питания преобладают хлебобулочные продукты (35,2%), картофель (41,0%), сахар (78,5%), что свидетельствует об углеводистой направленности рационов питания молодых людей, так как за счет них легче восполнить энергетические затраты [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Выявлены студенты с недостаточным пищевым статусом, у юношей показатели индекса Кетле ($22,2 \pm 0,34$ кг/м) были достоверно выше ($p < 0,05$), чем у девушек ($21,9 \pm 0,15$ кг/м) [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Дефицит массы тела был выявлен у студентов первого курса [14].

При оценке структуры питания школьников Оренбурга и Сакмарского района установлено снижение потребления таких продуктов животного происхождения, как мясо и мясные продукты, что было более выраженное у сельских учащихся, чем у городских 15-17 лет в 1,4 раза. Потребление фруктов городскими учащимися, по сравнению с сельскими, было в 1,3 раза ниже. Рацион фактического суточного питания сельских школьников был более дефицитен по содержанию всех эссенциальных нутриентов, чем рацион городских учащихся. Полученные данные свидетельствуют о том, что питание городских и сельских школьников является нерациональным и неадекватным возрасту и полу [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Анализ суточных энергозатрат студентов Сибирского государственного университета физической культуры и спорта выявил «углеводно-жировую» модель питания. При этом дефицит белковой пищи составляет 50,18 %, а углеводная часть рациона значительно увеличена, что является показателем качественной неполноценности питания студентов [16]. В Кемерово опрошено 25 студентов второго курса в возрасте 17-22 года, из них, завтракают – 40%, обедают – 56%, ужинают — 86% студентов. 60,5% проанкетированных студентов соблюдают режим питания, а 39,5% — его нарушают. Режим и рацион питания студентов Кемеровского института (филиала) РЭУ не соответствует рекомендуемым нормам, так как питание студентов не обеспечивает поступление в организм питательных веществ и витаминов, обеспечивающих высокий уровень умственной работоспособности [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Студенты – медики, особенно женский пол, проживающие в общежитии, являются фактором риска анемии из-за их бедных предпочтений в еде, пропуска завтрака, загруженностью учебного графика. Одномоментное исследование проводилось в Университете Фейсалабада в течение декабря 2015 до февраля 2016 года у 221 студентки. Было выявлено, что анемия более распространена у проживающих в общежитии [0]. Студенты Южной Африки, проживающие в общежитии университета Форт Харе, имели высокую распространенность избыточного веса и ожирения, плохое питание и недостаточные знания по основным вопросам питания, что ставит риск развития хронических заболеваний [190].

Продольное исследование студентов медицинской школы в США в период поступления с 2006 до 2011 годов с использованием версии 9.3 SAS и корреляцией Пирсона выявило студентов с кардиометаболическим риском, диетами и привычками, не соответствующим национальным рекомендациям [20].

Пищевые привычки среди подростков-школьников Калькутты (Индия) и занятия спортом также не соответствовали общепринятым рекомендациям. Только 23% подростков имели представление о факторах риска сердечно – сосудистых заболеваний [0].

Таким образом, анализ рационов питания студенческой молодежи, независимо от региона и страны проживания, показал энергетическое и нутриентное несоответствие принципам рационального питания, что связано с дефицитом времени, проживанием в общежитии, незнанием основ здорового питания, материальными затруднениями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Проскуракова Н.А. Гигиеническая оценка питания и здоровья студентов // Гигиена и санитария. – 2008. – № 3. - С. 49.
2. Джардемев А. А. Гигиенические основы укрепления здоровья студентов-медиков. Автореферат канд. дисс.- Алматы, 2007.- 22 с.
3. Денисова В.А. Прокопенко Л.А. О качестве питания студентов ТИ (Ф) СВФУ, проживающих в общежитии // Международный студенческий научный вестник <https://www.scienceforum.ru/2017/2382/26973> (Дата посещения: 29.09. 2016 г.)
4. Турганова М. К. Гигиеническая оценка фактического питания и энергоемкости пищевых продуктов у студентов АО МУА в зависимости от учебной нагрузки и времени года. Автореферат магистерской дисс.- Астана, 2011. – 31 с.
5. Шаканов Д.Р., Калинин А.М., Саттыклышов Б.С и др. Проблема здоровья студентов и пути их решения// Журнал Валеологии. – 2012. - №1. – С.70.
6. Третьякова С.Н. Каракушикова А.С. Бекбатырова Г.Т. и др. Медико - Социальные предпосылки формирования здоровья студентов// ҚазҰМУ Хабаршысы. – 2010. - №1. – С.28
7. Вишнякова Н.П. Хохлов А.Г. Рахимбаева Г.Х. и др. Проблемы организации питания студентов // 2014. URL:<http://pps.kaznu.kz/2/Main/FileShow2/23736/121/2/3/0/> (Дата посещения: 25.01.17).
8. Чепурная Е. А. Павлова Т. Ю. Климова И. и др. Современные проблемы питания студентов URL: [http://sibac.info/archive/nature/4\(18\).pdf](http://sibac.info/archive/nature/4(18).pdf) (дата обращения: 08.02.2017).
9. Кожевникова Н.Г., Катаева В.А. К вопросу современного состояния фактического питания студентов // Вопросы питания. – 2016. - Т. 85. № 2. С. 98
10. Сетко А.Г. Пономарева С.Г. Щербинина Е.П. и др. Роль нутриентной обеспеченности в функционировании основных органов и систем организма студентов // Гигиена и санитария - 2012. - №3. - С. 51-52
11. Н.А. Проскуракова. Гигиеническая оценка питания и здоровья студентов// Гигиена и санитария – 2008, №3 – С.50-51.
12. Колесникова Е.Н. и Петрова Т.Н. Вопросы питания. – 2016. - Т. 85. № 2. – С. 99.
13. Каитанова С.В. Физиолого-гигиеническая оценка фактического питания и алиментарного статуса студентов медицинского ВУЗа. кандидат медицинских наук: 14.02.01. – 2013 URL: <http://www.dissercat.com/content/fiziologo-gigienicheskaya-otsenka-fakticheskogo-pitaniya-i-alimentarnogo-statusa-studentov-m#ixzz4k4SLWZ3v>
14. Абдыкеримова И. Рысалиева Б. Базаркулова А. Оценка индекса массы тела у студентов// Международная Научно – практическая конференция студентов и молодых ученых 14-15 апреля 2016. - С. - 249
15. Сетко Н.П., Бородина Е.С., Валова А.Я. // Гигиеническая характеристика питания учащихся общеобразовательных учреждений города и села// Гигиена и санитария.- 2012, №3.-С. 46-48
16. Ляпин В.А. Коваленко Е.В. Гигиеническая оценка рациональности питания студентов СИБГУФК // Современные проблемы науки и образования. – 2012. - №6 URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=7608> (Дата посещения 11.03.2017)
17. Кижаккина А.И. Здоровый образ жизни: питание и умственная работоспособность студентов // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб. ст. по мат. XIV международной студенческой науч.-практической конференции. URL: [http://sibac.info/archive/humanities/guman8\(11\).pdf](http://sibac.info/archive/humanities/guman8(11).pdf) С. 280 (Дата посещения: 10.03.2017).
18. Jawed S, Tariq S, Frequency of nutritional anemia among female medical students of Faisalabad. URL: <http://europepmc.org/articles/PMC5432712> (Дата посещения 11.06.2017)
19. Violet L. van den Berg, Alice P. Okeyo, Andre Dannhauser, etc. Body weight, eating practices, and nutritional knowledge amongst university nursing students, Eastern Cape, South Africa. URL:<http://www.phcfm.org/index.php/phcfm/article/viewFile/323/426>.
20. Brehm BJ, Summer SS, Khoury JC. etc. Health Status and Lifestyle Habits of US Medical Students: A Longitudinal Study URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Health+Status+and+Lifestyle+Habits+of+US+Medical+Students%3A+A+Longitudinal+Study>.
21. Soumitra K. Saumitra R. Debabrata Roy. etc. Exercise and eating habits among urban adolescents: a cross – sectional study in Kolkata, India// URC: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4390-9>.

ТҮЙІН

УДАРЦЕВА Т.П., ОРЫНБАСАРҚЫЗЫ Д.

СТУДЕНТ ЖАСТАРДЫҢ ТАМАҚТАНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Студенттердің тамақтану рационы тиімді тамақтану қағидаттарына сай емес. Бұл уақыт тапшылығымен, жатақханада тұруы, тиімді тамақтану негіздерін білмеуі және бюджет тапшылығының себебі.

Түйін сөздер: студенттер, тамақтану

SUMMARY

UDARTSEVA T.P., ORYNBASSARKYZY D.

FEATURES OF STUDENTS NUTRITION

The diet of students are not answerable to the principles of rational nutrition. This is due to the lack of time, living in a dorm, ignorance of the foundations of a healthy diet and a lack of time.

Key words: students, nutrition



ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ПРОБЛЕМАТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Аннотация

Учет гендерной проблематики на сегодняшний день является трудным вопросом в любом секторе. Решение данной проблемы необходимо в сфере здравоохранения, где нужно обратить внимание на ряд важных деталей.

Гендерное неравенство является детерминантой здоровья, которая в сочетании с другими формами дискриминации и такими факторами, как возраст, социально-экономический статус, место проживания, сексуальная ориентация, оказывает влияние на поведение и здоровье среди мужчин и женщин во всем мире. Поэтому решение вопросов, касающихся учета гендерных факторов, увеличит охват и эффективность всех мероприятий, а также будет направлено на обеспечение справедливости и равенства обоих полов на протяжении всей жизни, и, как минимум, обеспечит меры для снижения вредного воздействия на детерминанты здоровья, сокращение проблем и угроз для жизни и здоровья [1].

Ключевые слова: пол, гендерное неравенство, здоровье женщин, система здравоохранения.

Понятие "гендер" относится к социально отведенным ролям, поведению, действиям и качествам, которые какое-либо конкретное общество считает надлежащими для мужчин и женщин.

Определенные роли и поведение могут приводить к гендерным неравенствам, то есть к различиям по отношению к мужчинам и женщинам, которые систематически благоприятствуют какой-либо одной группе. В свою очередь такие неравенства могут приводить к неравноправию между мужчинами или женщинами как в отношении статуса здоровья, так и с точки зрения доступа к медико-санитарной помощи [2].

Наиболее широко известное и используемое определение учета гендерной проблематики относится к Экономическому и Социальному Совету ООН (ЭКСОС):

Учет гендерной проблематики - это процесс оценки последствий для людей и женщин любых планируемых действий, включая законодательство, политику, программ во всех областях и уровнях. Это стратегия для решения проблем среди женщин и мужчин, а также интегрального аспекта проектирования, внедрения, мониторинга, оценки политики и программ во всех политических, экономических и социальных сферах. Конечная цель-достижение гендерного равенства [3].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2002 году приняла гендерную политику, согласно которой целью актуализации пола в области здравоохранения является содействие улучшению здоровья, как мужчин, так и женщин, через исследования в области здравоохранения, политики и программ, которые отдают должное внимание гендерным аспектам, обеспечению справедливости и равенства между женщинами и мужчинами [1].

В последующие годы Международная конференция по народонаселению и развитию и Четвертая Всемирная конференция по положению женщин, сдвинула повестку дня от «женского здоровья» к учету гендерной проблематики. В этом плане, хотелось бы показать отличия учета гендерной проблематики от подхода к здоровью женщин, который основан на понимании здоровья, как наличия биологических и социальных детерминант. Этот подход уделяет внимание физическому и психическому здоровью женщин, вопросам материнства, насилию в семье и т.д. При рассмотрении учета гендерной проблематики в области здравоохранения рассматривается подход ко всем аспектам здоровья, затрагивающих как женщин, так и мужчин. Однако, как и в случае актуализации в любом секторе, учет гендерных аспектов в области здравоохранения имеет двойную направленность. Во-первых, решение гендерных различий и неравенства во всех структурных областях здравоохранения. Во-вторых, реализация инициатив по решению конкретных медико-санитарных потребностей женщин, которые являются результатом биологических различий между женщинами и мужчинами (например, по охране материнства) или на основе дискриминации пола в обществе (например, насилие по признаку пола, недостаточный доступ к медицинским услугам). Все это имеет важное значение для достижения справедливости в отношении здоровья, что является конечной целью актуализации пола [4].

Хотя недостатки, испытываемые женщинами в таких секторах, как образование, работа, участие в политической жизни, очевидны из имеющихся данных, проблемы, касающиеся здоровья являются более сложными.

В то время как женщины и мужчины имеют много похожих проблем со здоровьем, различия таковы, что женское здоровье заслуживает особого внимания, и нуждается в особых потребностях в области здравоохранения, которые не удается полностью решить.

Женщины обычно живут дольше в большинстве стран мира и смертность среди противоположного пола выше, поэтому многие директивные органы и руководители программ по-прежнему не убеждены в каком-либо гендерном неравенстве в отношении здоровья и необходимости гендерной актуализации. Вследствие этого такие аспекты гендерной проблематики в отношении здоровья, заболеваемости, доступа к услугам здравоохранения, социально-экономических последствий в результате плохого здоровья рассматриваются редко [4].

Более того, более длительная жизнь женщин - это не всегда здоровая жизнь. Есть условия, которые испытывают только женщины, и они оказывают негативное воздействие на здоровье. Одним из таких условий является беременность и роды, которые само по себе не являются заболеванием, а есть нормальный физиологический и социальный процесс, но несущий угрозу для здоровья и требующий медицинскую помощь [5].

Имеется очень мало примеров политики в области здравоохранения, включающих гендерные аспекты. В качестве примера следует упомянуть политику общественного здравоохранения Швеции и программу в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Кении. Однако, есть примеры анализа гендерной политики в области здравоохранения, выявление которых должно быть рассмотрено.

Политика общественного здравоохранения Швеции, которая вступила в силу с 2003 году, является прекрасным примером интеграции гендерного аспекта в области общественного здравоохранения. Руководящий принцип политики: «Поднять уровень и уменьшить неравенство в праве людей на свободу выбора, преследуя свои цели» [6].

Эта политика является уникальной во многих отношениях, которая была разработана на основе комиссии, состоящей из экспертов, а также политиков из всех семи политических партий Швеции. Комиссия работала в течение трех лет, чтобы разработать проект в области общественного здравоохранения, основанный на достоверных научных данных и в то же время, являющийся политическим документом, а котором представлены четкие приоритеты, политическая приверженность и справедливость [6].

В 2000 году Кения приняла Национальный стратегический план в борьбе с ВИЧ/СПИДом. В то время, когда разрабатывалась Национальная стратегия, политики стали остро осознавать влияние гендерных аспектов ВИЧ/СПИДа. Это привело в 2002 году к формированию технического подкомитета по вопросам гендера. Благодаря такому подходу в рассмотрении вопросов гендерной проблематики, комитетом были собраны данные, где были выделены области, в которых половым различиям не было уделено должного внимания, а именно в профилактике, лечении, медико-санитарных потребностях учебных материалах [7].

Что касается учета гендерного фактора в стратегии реформирования сектора здравоохранения, следует отметить Комитет по реформам и гендерным вопросам Доминиканской Республики. Комитет прошел ситуационный анализ и организовал крупный семинар в 1998 году, который был направлен на пересмотр предложения по реформе сектора здравоохранения, чтобы гарантировать гендерное равенство и установить механизмы для последующей деятельности и осуществления [8]. Аналогичные усилия были предприняты в Перу, Чили и других странах.

Если рассматривать гендерную проблематику в конкретных вопросах здравоохранения, то можно отметить Ирландскую национальную стратегию сердечно-сосудистой системы «Формирование здорового сердца». Гендерный анализ стратегии сердечно-сосудистой системы Ирландии был проведен под гендерным интегрированием Программы Регионального бюро ВОЗ для Европы [9]. Сердечно-сосудистая политика в области здравоохранения была выбрана потому, что сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти среди женщин и мужчин в Ирландии, что составляет 40% всех случаев смерти. В рамках исследования был проведен анализ содержания программы «Формирования здорового сердца», результаты которого были опубликованы в двух докладах. В них была указана информация о дифференциальном гендерном опыте среди мужчин и женщин в контексте развития сердечно-сосудистых заболеваний и здоровья. В программе отсутствовали ссылки на гендерные аспекты в рекомендациях, в документах также не было сказано о различиях в симптомах и течении болезни, а основной акцент был сделан на неравенстве по географическим регионам. Исследование выявило потребность в установлении более конкретных гендерных различий с разбивкой по полу и получении информации о сердечно-сосудистых заболеваниях, их прогрессировании среди женщин, в связи с особенностями женского организма. Благодаря этому исследованию, было обращено внимание на вопросы гендера и здоровья в Ирландии, а также на важность включения гендерных аспектов в сердечно-сосудистой политике в области здравоохранения на уровне ЕС [9].

Другим ярким примером является Федеральная программа психического здоровья и наркомании Канады. При исследовании данной программы была рассмотрена ситуация в области психического здоровья и наркомании среди мужчин и женщин, а также приведены примеры, подчеркивающие важность

изучения гендерных факторов в любых сферах, касающихся данной проблемы. Также было показано, как применение гендерного анализа было бы полезно в совершенствовании политики в области здравоохранения Канады с точки зрения протоколов лечения, доступности ухода, качества программ и профилактической деятельности, помощи в продвижении хорошего психического здоровья для всех канадцев [10].

Проблемы гендерного характера также можно заметить среди работников здравоохранения. Женщины преобладают, работая в здравоохранении во многих странах. Статистические данные показывают, что женщины в целом составляют более 50% от работников в системе здравоохранения во многих странах [11,12, 13]. Женщины, как правило, сосредоточены в профессиях, таких как уход, акушерство, организация здравоохранения, составляя меньшинство среди высококвалифицированных специалистов[12]. В то же время мужчины продолжают преобладать среди врачей и стоматологов. Но бывают и исключения, например, Эстония, Монголия, Российская Федерация, Судан, где большинство врачей- женщины. В то время, как более 70% приходится на врачей мужского пола, более 70% медсестер - женского пола - заметный гендерный дисбаланс. Медицинские работники женского пола сталкиваются с рядом проблем, связанных со здоровьем. Женщины – медики часто работают с острыми предметами, на долю женщин приходится примерно две трети всего мирового гепатита В и С,ВИЧ-инфекций[14]. Женщины также склонны к травмам опорно-двигательного аппарата и выгоранию[14-18]. Женщины-медики часто подвергаются действию препаратов, которые обладают мутагенными и канцерогенными свойствами, возможно, и опасными химическими веществами, вызывающими астму, что ведет к неблагоприятным репродуктивным исходам, таким как самопроизвольный аборт и врожденные пороки развития[19].

Из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что атрибутом любого общества является неравенство составляющих его многообразных общностей. Это неравенство выражается в неодинаковой доступности для различных групп и индивидов получения медико-санитарной помощи, материальных благ, культурных ценностей, неодинаковой престижности социальных статусов. Факты социального, в частности гендерного, неравенства современном обществе все чаще становятся предметом научного обсуждения и причиной многих конфликтов. Анализ современной литературы показывает, что разница между странами состоит в способах разрешения этих конфликтов, сами же они имеют сходные механизмы и проявления, обусловленные гендерной социализацией в рамках традиционной культуры. Учет гендерной проблематики должен стать частью разработки справедливых реформ, что будет достигаться путем активного распространения методологии интеграции комплексного гендерного здоровья в политику здравоохранения, включая рассмотрение всей совокупности социально-экономических факторов, обеспечивающих равенство прав граждан на охрану здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения. Интеграция гендерных перспектив в работу ВОЗ. Отдел гендерной политики ВОЗ, Женева, 2002.
2. Официальный сайт Всемирной Организации Здравоохранения <http://www.who.int/topics/gender/en/>
3. Division for Advancement of Women. UN Department of Economic and Social affairs. Gender Mainstreaming, Extract from the Report of the Economic and Social Council for 1997 (A/52/3, 18th September 1997).
4. Women's health policies and programmes and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions, June 2007.
5. Женщины и здоровье: сегодняшние проблемы, повестка дня на завтра, 2009: 11, 12.
6. Ostlin P and Diderichsen F. Equity-oriented national strategy for public health in Sweden: A case study. European Centre for Health Policy. Downloaded from www.who.dk/E69911.pdf, on 2 April, 2003.
7. National AIDS Control Council. Mainstreaming gender into the Kenya National HIV/AIDS Strategic Plan: 2000-2005. Nairobi, Gender and HIV/AIDS Technical Sub-Committee of the National AIDS Control Council, November 2002.
8. Hernandez C. The Committee on Gender and Health Reform. Women's Health no. 4, 1998: 51-54.
9. Women's Health Council and World Health Organisation. Integrating the Gender Perspective in Irish Health Policy: A Case Study, (date not specified).
10. Salmon A, Poole N, Morrow M et al. Improving Conditions: Integrating Sex and Gender into Federal Mental Health and Addictions Policy. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2006.
11. George A. Human resources for health: a gender analysis. Paper commissioned by the Women and Gender Equity Knowledge Network. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf, accessed 18 July 2009).
12. Статистика по гендерным вопросам и здравоохранению. Женева, ВОЗ, 2009 (http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf, accessed 18 July 2009).
13. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: совместная работа в интересах здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 год
14. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. Sharps injuries – global burden of disease from sharps injuries to health-care workers. Geneva, World Health Organization, 2003.
15. Aiken LH et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. Journal of the American Medical Association, 2002, 288:1987–1993. PMID:12387650 doi:10.1001/jama.288.16.1987

16. Josephson M, Lagerstrom M, Hagberg M, Wigaeus EH. *Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. Occupational and Environmental Medicine, 1997, 54:681–685. PMID:9423583 doi:10.1136/oem.54.9.681*

17. Mayhew C. *Occupational violence: a neglected occupational health and safety issue? Policy and Practice in Health and Safety, 2003, 1:31–58.*

18. Seifert A, Dagenais L. *Vivre avec les microbes: la prévention et le contrôle des infections professionnelles. Montréal, Confédération des syndicats nationaux, 1998.*

19. Pechter E et al. *Work-related asthma among health care workers: Surveillance data from California, Massachusetts, Michigan, and New Jersey, 1993–1997. American Journal of Industrial Medicine, 2005, 47:265–275. PMID:15712261 doi:10.1002/ajim.20138*

ТҮЙІН

БЕЙСЕНОВА С.С., КАРП Л.Л.

АҚ «Астана медициналық университеті», Астана қ.

ҚАЗІРГІ ТАҢДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА ӘСЕР ЕТЕТІН ГЕНДЕРЛІК ПРОБЛЕМА

Гендерлік мәселені есепке алу үшін денсаулық сақтаудағы әділ реформаларды әзірлеуге ықпал етуі керек, олар әйелдер мен ерлердің денсаулық жағдайын қарастыратын барлық факторлардың жиынтығы болып табылады.

RESUME

BEISENOVA S.S., KARP L.L.

JSC "Astana Medical University", Astana city

INFLUENCE OF GENDER MAINSTREAMING ON WOMEN'S HEALTH IN THE MODERN WORLD

Gender mainstreaming should contribute to the development of equitable health care reforms that will address the entire set of factors in the relationship of the health status of both genders.



УДК 614.2:613.98:616-053.9

ДАЛЕНОВ Е.Д., ДОСЖАНОВА Г.Н., АБДУЛДАЕВА А.А.

АО «Медицинский университет Астана»,

Кафедра профилактической медицины и питания с курсом спортивной медицины,
Астана, Казахстан

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Резюме: В данной статье описываются результаты исследования субъективной оценки здоровья населения геронтологической группы в зависимости от их пола, возраста и темпов старения. В исследовании приняли участие 420 респондентов в возрасте 60-89 лет, в том числе мужчины- 52,9% и женщины – 47,1%, проживающие в г. Астана.

По результатам опроса большинство респондентов оценили состояние своего здоровья как «посредственное» и «хорошее», а меньшинство респондентов считают свое здоровья «плохим». В разрезе пола, мужчины оценивают свое здоровье намного позитивнее и лучше по сравнению с женщинами. В разрезе возраста 7,6% людей пожилого и старческого возраста считают свое здоровье «отличным», наибольшая доля пожилых людей (41%) оценили свое здоровье как «хорошее», когда как большинство людей старческого возраста (50%) более склонны к ответу как «посредственное» состояние здоровья. Никто из людей с замедленными темпами старения не считает свое здоровье «плохим», по сравнению с ускоренно стареющими.

Ключевые слова: индекс самооценки здоровья, субъективное мнение, люди пожилого и старческого возраста.

Введение. Здравоохранение многих стран, включая Казахстан, сегодня сталкивается с беспрецедентными вызовами, связанными с демографическими сдвигами в сторону постарения населения. Что характеризуется повышением потребности в специализированной помощи среди пожилого населения, где большее внимание уделяется на лечебные мероприятия, вместо приоритета профилактики и упреждающей медицины [1-4]. Поэтому в связи с неуклонным ростом числа людей пожилого и старческого возраста оценка их состояния здоровья является одной из важнейших задач геронтологии и гериатрии в целом, рисунок 1.

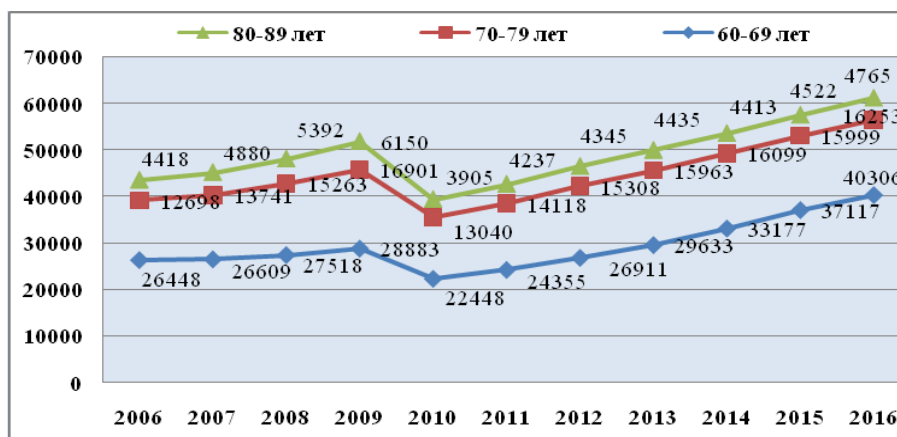


Рисунок 1 - Возрастная структура пожилого и старческого населения г. Астаны за последние 11 лет

Как видно из рисунка 1, в г. Астана тоже прослеживается ежегодная тенденция увеличения людей пожилого и старческого возраста, что послужило причиной для проведения нашего исследования. Ведь как показывают выборочные исследования состояния здоровья городского населения в разные годы, среди лиц старше 60 лет здоровым себя не считает почти никто, а 80-86% пожилых имеют хронические заболевания [5].

На сегодняшний день во всем мире для комплексной оценки состояния здоровья индивида необходимо основываться не только на объективных медицинских данных человека, но и на его субъективном восприятии характеристик своего здоровья. В этом плане самооценка здоровья считается простым и достоверным показателем здоровья, который широко используется в популяционных эпидемиологических исследованиях как предиктор общей заболеваемости и смертности в развитых и развивающихся странах [6].

Таким образом, целью данной работы явилось исследовать субъективную оценку здоровья населения геронтологической группы в зависимости от их пола, возраста и темпов старения.

Материалы и методы исследования: В исследовании приняли участие 420 респондентов в возрасте 60-89 лет, в том числе мужчины- 52,9% и женщины – 47,1%, проживающие в г. Астана. Из них лица пожилого возраста – 68,6% человек, старческого возраста – 31,4 % человек, средний возраст – $73 \pm 0,21$ лет. Средний возраст обследованных женщин пожилого и старческого возраста составил $66,73 \pm 0,36$ и $81,08 \pm 0,57$, средний возраст мужчин составил $65,76 \pm 0,23$ и $81,59 \pm 0,69$ лет.

Критерии для включения в исследование: возраст от 60 до 89 лет, проживание в г. Астана не менее 10 лет.

Критерии для исключения из исследования: возраст моложе 60 лет и старше 89 лет, инвалиды I, II, III группы, лица с тяжелой сопутствующей патологией, с онкологическими и психиатрическими заболеваниями.

Самооценку состояния здоровья респондентов проводили методом оценки индекса субъективной оценки здоровья (СОЗ) по специальному опроснику, который содержит 28 вопросов. На первые 27 вопросов предусмотрены ответы «да» и «нет», на последний – «хорошее», «удовлетворительное», «плохое» и «очень плохое». Подсчитывается число неблагоприятных для анкетированного ответов на первые 27 вопросов, кроме того, прибавляется 1, если на последний вопрос ответ «плохое» или «очень плохое». Итоговая величина индекса самооценки здоровья дает количественную характеристику здоровья, равную 0 при «идеальном» и 28 при «очень плохом» самочувствии. Полученное в ходе опроса число неблагоприятных ответов сопоставляют с допустимой для пациента конкретного возраста величиной индекса самооценки здоровья, которое в норме составляет $14,5 \pm 11$ баллов [7,8]. Степень превышения индексом самооценки пациента нормой, соответствующей данной возрастной группе, ассоциируется с выраженностью нарушений здоровья.

Субъективное мнение респондентов о состоянии своего здоровья оценивалось методом социологического опроса при изучении качества жизни респондентов [9].

Результаты исследования и их обсуждение: В результате оценки индекса СОЗ минимальное значение неблагоприятных ответов СОЗ составила – 4 балла, когда как их максимальное значение достигало до 26 баллов. Среднее значение индекса СОЗ для обоих полов составила 16,5±0,11 балла, что превышало норму.

Наибольший интерес представляли полученные результаты индекса СОЗ в зависимости от пола, возраста и темпов старения респондентов, таблица 1.

Таблица 1 - Индекс самооценки здоровья респондентов в зависимости от пола, возрастов и темпов старения респондентов

Показатели	ВСЕГО , n=420					
	Возраст		Пол		Темпы старения	
	Пожилой, n=288	Старческий, n=132	Мужчины, n=222	Женщины, n=198	Ускоренный, n=94	Замедленный, n=326
Возраст, лет	66,37±0,14	81,41±0,33	69,92±0,35	72,66±0,4	66,94±0,61	74,41±0,26
Норма СОЗ– 14,5±11 баллов						
Нарушение здоровья	14,1±0,17	15,99±0,37	14,38±0,23	14,3±0,27	17,2±0,49	14,6±0,16

Анализ результатов индекса СОЗ респондентов показал, что у лиц старческого возраста и ускоренно стареющих лиц число неблагоприятных ответов достоверно ($p<0,001$; $t=4,03$ и $t=5,51$) превысило порог допустимой нормы для лиц старше 60 лет, который составил 14,5 баллов, что ассоциируется с выраженностью нарушений здоровья у данной категории.

Для самооценки своего здоровья респондентам было предложено выбрать один из вариантов ответов на вопросы «Как в целом Вы оценили бы состояние своего здоровья?» и «Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?». В таблицах 2 и 3 представлены доли 5 вариантов ответов для каждой категории опрашиваемых.

По результатам опроса большинство респондентов оценили состояние своего здоровья как «посредственное» (40,5%) и «хорошее» (39%), когда как меньшинство 13% и 14% респондентов считают свое здоровья как «очень хорошим» и «плохим» соответственно. Более наглядно результаты самооценки состояния здоровья в разрезе пола, возраста и темпов старения можно представлены на рисунке 2.

Таблица 2 - Показатели самооценки состояния здоровья респондентов в зависимости от их пола, возраста и темпов старения

Признак	«Как в целом Вы оценили бы состояние своего здоровья?»					Станд. отклонение
	отличное	очень хорошее	хорошее	посредственное	плохое	
Всего, n=420	32 (7,6%)	26 (6,2%)	164 (39%)	170 (40,5%)	28 (6,7%)	0,967
Пол, n=420						
мужской, n=222	20 (9,1%)	14 (6,3%)	88 (39,6%)	86 (38,7%)	14 (6,3%)	0,979
женский, n=198	12 (6,1%)	12 (6,1%)	76 (38,4%)	84 (42,4%)	14 (7,0%)	0,951
Возраст, n=420						
пожилой, n=288	22 (7,6%)	22 (7,6%)	118 (41,0%)	104 (36,2%)	22 (7,6%)	0,969
старческий, n=132	10 (7,6%)	4 (3,0%)	46 (34,9%)	66 (50,0%)	6 (4,5%)	0,957
Темпы старения, n=420						
ускоренные, n=94	6 (6,4%)	10 (10,6%)	38 (40,4%)	34 (36,2%)	6 (6,4%)	0,958
замедленные, n=326	26 (8,0%)	16 (4,9%)	140 (43,0%)	144 (44,1%)	0%	0,967
Итого по строке каждого признака	100%	100%	100%	100%	100%	

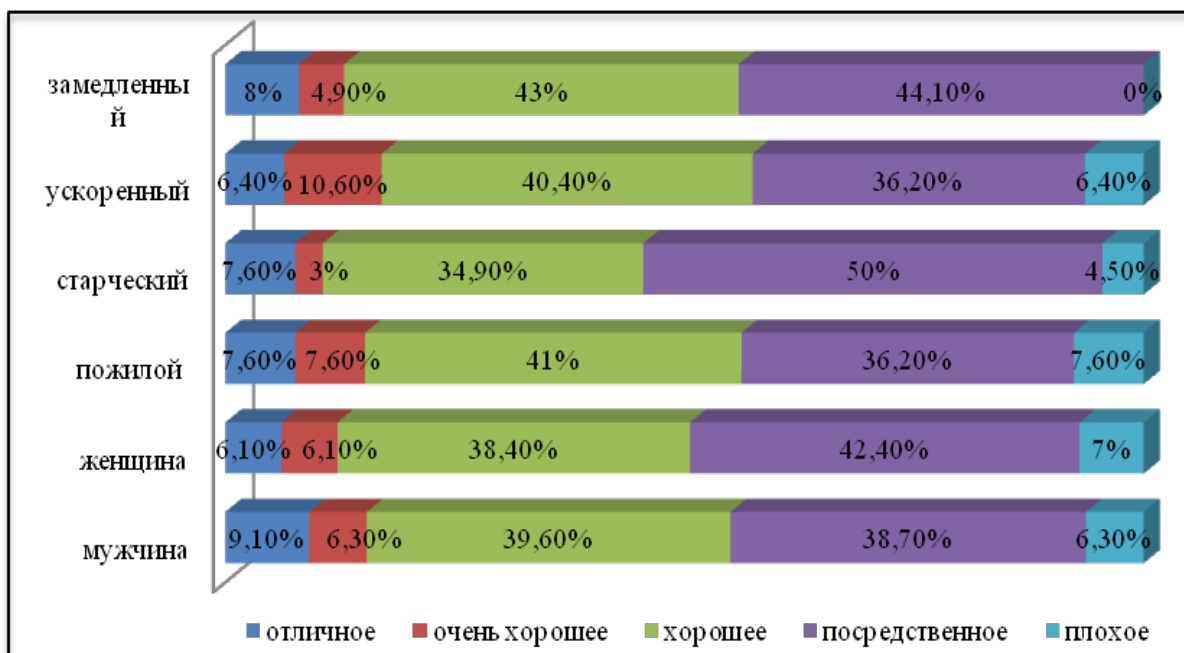


Рисунок 2 – Распределение ответов респондентов по самооценке состояния здоровья

Как видно из таблицы 2 и рисунка 3 в разрезе пола, мужчины оценивают свое здоровье намного позитивнее и лучше по сравнению с женщинами. В разрезе возраста 7,6% людей пожилого и старческого возраста считают свое здоровье «отличным», наибольшая доля пожилых людей (41%) оценили свое здоровье как «хорошее», когда как большинство людей старческого возраста (50%) более склонны к ответу как «посредственное» состояние здоровья.

Никто из людей с замедленными темпами старения не считает свое здоровье «плохим», однако 6,4% лиц пожилого и старческого возраста с ускоренными темпами старения относят свое здоровье к категории «плохое».

При анализе самооценки своего здоровья по сравнению с прошлым годом 38,1% респондентов считают, что их здоровье примерно такое же, как год назад, далее 28,6% отметили некоторые ухудшения в состоянии своего здоровья, в то время как о значительном улучшении своего здоровья, чем год назад сообщили 15,2%. Женщины чаще, чем мужчины, сообщают о заметном ухудшении состояния здоровья по сравнению с прошлым годом. Более чем одной трети респондентов старческого возраста считают, что их здоровье примерно такое же (31,8%) и несколько хуже (31,8%), чем год назад. Среди людей пожилого возраста почти половина респондентов (41,0%) оценивают состояние своего здоровья, как и в прошлом году. Почти одинаковая доля респондентов с ускоренными (6,4%) и замедленными (6,7%) темпами старения отнесли свое здоровье в сторону ухудшения.

Таблица 3 - Показатели самооценки своего здоровья по сравнению с прошлым годом

Признак	«Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад?»					Станд. отклонение
	значительно лучше, чем год назад	несколько лучше, чем год назад	примерно такое же, как год назад	несколько хуже, чем год назад	гораздо хуже, чем год назад	
Всего, n=420	64 (15,2%)	48 (11,4%)	160 (38,1%)	120 (28,6%)	28 (6,7%)	1,131
Пол, n=420						
мужской, n=222	32 (14,4%)	20 (9,1%)	94 (42,3%)	68 (30,6%)	8 (3,6%)	1,129
женский, n=198	32 (16,2%)	28 (14,1%)	66 (33,3%)	52 (26,3%)	20 (10,1%)	1,151
Возраст, n=420						
пожилой, n=288	46 (16,0%)	34 (11,8%)	118 (41,0%)	78 (27,0%)	12 (4,2%)	1,132
старческий,	18	14	42	42	16	1,127

n=132	(13,7%)	(10,6%)	(31,8%)	(31,8%)	(12,1%)	
Темпы старения, n=420						
ускоренные, n=94	16 (17,0%)	8 (8,5%)	46 (48,9%)	18 (19,2%)	6 (6,4%)	1,126
замедленные, n=326	48 (14,7%)	40 (12,3%)	114 (35,0%)	102 (31,3%)	22 (6,7%)	1,131
Итого по строке каждого признака	100%	100%	100%	100%	100%	

Таким образом, респонденты старческого возраста с ускоренными темпами старения сообщали о посредственном и плохом здоровье, чем о хорошем или отличном соответственно, также женщины чаще, чем мужчины, сообщают о плохом здоровье. Полученные результаты субъективной оценки здоровья лиц пожилого и старческого возраста, на примере г. Астана сопоставимы с полученными в большинстве других исследованиях результатами самооценки здоровья лиц старше 60 лет, где заметные ухудшения в состоянии их здоровья с возрастом связаны с большим числом хронических заболеваний среди людей старческого возраста [10-14].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *World Population and Human Capital in the 21st Century*. Edited by Wolfgang Lutz, William P. Butz, and Samir KC. Harback. 2014. 1,072 p.
2. Sinha S.K. *Why the elderly could bankrupt Canada and how demographic imperatives will force the redesign of acute care service delivery*. *Health Pap*. 2011; 11 (1): 46-51
3. Grando M.A., Peleg M., Cuggia M., Glasspool D. *Patterns for collaborative work in health care teams*. *ArtifIntell Med*. 2011 Nov; 53 (3): 139-60
4. Sharman A., Zhumadilov Zh. *The scientific basis for healthy aging and antiaging processes*. NY. 2011.- P.1-10
5. *Руководство по геронтологии и гериатрии под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева, том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия, изд. Гэотар-Медиа*
6. Абикулова А.К., Ешманова А.К., Нуфтиева А.И., Игисина А.И., Алмагамбетова Л.А., Умутбаева Г.Б. *Самоценка здоровья пожилых людей города Алматы*// *Medicine*, №12, 2014 С.40-43
7. *Руководство по геронтологии и гериатрии под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева, том 3. Клиническая гериатрия, изд. Гэотар-Медиа*
8. *Медицинская валеология*// Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Ростов на Дону: Феникс. 2000.- С.55-123
9. Досжанова Г.Н., Бекетай Г. *Comparative analysis of the quality of life of the elderly population of Kazakhstan, depending on their rate of aging* // III Международная научно – практическая конференция студентов и молодых ученых, David Tvildiani Medical University, Тбилиси, Грузия, С.49-52
10. Asfar T., Ahmad B., Rastam S., Mulloli T.P., Ward K.D., Maziak W. *Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East*.-2010
11. Jylha M., Guralnik J.M., Ferrucci L., Jokela J., Heikkinen E. *Is self-rated health comparable across cultures and genders?*// *J Gerontol*.-1998.-N.13.-P.144-152
12. Mc Fadden E., Luben R., Bingham S., Wareham N., Kinmonth A.L., Khaw K.T. *Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women*// *BMC Publ Health*.-2008.-Vol.13.-P.230
13. Martikainen M.G., Aromaa A., Heliovaara M., Dlaukka T., Knekt P., Maatela J., Lahelma E. *Reliability of perceived health by sex and age*// *Soc Sci Med*.-1999.-Vol.13.-P.1117-1122
14. Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M. *Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries*// *Soc Sci Med*.-2000.-N.13 (9).- P.1343-1350.

ТҮЙІН

ДӘЛЕНОВ Е.Д., ДОСЖАНОВА Г.Н., АБДУЛДАЕВА А.А.

«Астана медицина университеті» АҚ

Спорттық медицина курсымен тағамтану және профилактикалық медицина кафедрасы

ХАЛЫҚТЫҢ GERONTOLOGIЯЛЫҚ ТОПТАРЫНЫҢ ӨЗ ДЕНСАУЛЫҒЫН СУБЪЕКТИВТІ БАҒАЛАУЫ

Бұл мақалада халықтың геронтологиялық топтарының олардың жасына, жынысына және қартаю жылдамдығына байланысты өз денсаулығын субъективті бағалау нәтижелері сипатталды. Зерттеуге Астана

қаласында тұратын 60-89 жас аралығындағы 420 респондент алынды, соның ішінде 52,9% - ер адам, 47,1% - әйел адамдар.

Зерттеу нәтижелері бойынша, респонденттердің көпшілігі өзінің денсаулығын «орташа» және «жақсы» деп бағалады. Жынысына байланысты ер адамдар әйелдерге қарағанда өз денсаулығын жоғары бағалаған, жасына байланысты 7,6% егде және қарт жастағылар өз денсаулығын «өте жақсы», ал 41% егде жастағы респонденттер «жақсы» деп баға берсе, 50% қарт жастағы респонденттер «орташа» деп жауап берді. Сонымен қатар, баяу қартаю жылдамдығы бар респонденттердің ішінде өз денсаулығын «жаман» деп бағалаған ешкім жоқ.

Ключевые слова: өзіндік денсаулықты бағалау индексі, субъективті пікір, егде және қарт жас.

SUMMARY

DALENOV E.D., G.N. DOSZHANOVA, A.A. ABDULDAYEVA

*JSC "Medical University of Astana" Department of Preventive Medicine and Nutrition
with a sport medicine course*

SUBJECTIVE ASSESSMENT OF OWN HEALTH POPULATIONS OF THE GERONTOLOGIC GROUP

This article describes the results of a study of the subjective assessment of the health of the population of the gerontological group, depending on their gender, age and aging rates. The survey involved 420 respondents aged 60-89 years, including 52.9% of men and 47.1% of women living in Astana.

According to the results of the survey, the majority of respondents rated their health as "mediocre" and "good", and a minority of respondents considered their health "bad." In the context of sex, men evaluate their health much more positively and better than women. In the context of age, 7.6% of elderly and senile people consider their health to be "excellent," the largest proportion of older people (41%) rated their health as "good" when, like most older people (50%), "mediocre" state of health. None of the people with a slower aging rate does not consider their health "bad", compared with the accelerated aging.

Key words: health self-assessment index, subjective opinion, people of elderly and senile age.



УДК: 613.98:616-07(574.24)

ДОСЖАНОВА Г.Н., АБДУЛДАЕВА А.А., А.В.КАЛИНИЧЕНКО

АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра профилактической медицины и питания с курсом спортивной медицины

БИОМАРКЕРЫ СТАРЕНИЯ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Резюме: В данной статье описываются результаты исследования биомаркеров старения в зависимости от возрастных изменений основных физиологических показателей населения геронтологической группы. В результате получены значимые отличия всех исследуемых биомаркеров от популяционных стандартов для соответствующего возраста.

Ключевые слова: биомаркеры старения, биологический возраст, липидный профиль, пожилые люди.

Введение: Необходимость раннего выявления возрастных дисфункций организма и поиск эффективных методов замедления преждевременного старения привело к вопросам исследования биомаркеров старения. Биологический возраст (БВ) отдельно взятого человека определяется на основе функциональной зависимости БВ от биомаркеров старения — физиологических показателей [1]. Показатели липидного обмена также относятся к наиболее чувствительным биомаркерам гомеостаза, отражающих общее старение организма [2-4].

Следовательно, настоящая работа посвящена исследованию биомаркеров старения в зависимости от возрастных изменений основных физиологических показателей населения геронтологической группы. Целью работы было изучить биомаркеры старения в зависимости от пола, возраста и темпов инволюции людей пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 420 респондентов в возрасте 60-89 лет, в том числе мужчины- 52,9% и женщины – 47,1%, проживающие в г. Астана. Из них лица пожилого возраста –

68,6% человек, старческого возраста – 31,4 % человек, средний возраст – $73 \pm 0,21$ лет. Метод определения биологического возраста, показателя позволяющего интегрально оценить темпы старения организма, производился с помощью «Батареи тестов» (В.П. Войтенко, 1991) [5]. При превышении биологическим возрастом величины его должного показателя ($БВ > ДБВ$) устанавливалось ускоренное старение, в противоположенном случае ($БВ < ДБВ$) – замедленное.

Биохимические исследования плазмы крови для определения показателей липидного спектра были проведены 68 респондентам, которые были отобраны механической (систематической) случайной выборкой в КДЛ «Олимп» по нижеследующим показателям: общий холестерин сыворотки (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), коэффициент атерогенности (соотношение ОХС/ ХС ЛПВП).

Результаты и их обсуждение: Были установлены достоверные различия ($p < 0,001$) между показателями массы тела в зависимости от пола респондентов, также у обоих полов прослеживаются различия по всем маркерам биологического возраста по сравнению с показателем средней нормы данных маркеров (таблица 1). Определенные отличия между БВ и КВ, ДБВ респондентов внутри каждой группы ($p < 0,001$) свидетельствовало о разных уровнях их функционального состояния и темпов старения.

Таблица 1 - Биологический возраст и параметры, входящие в формулу его определения

Показатель		Возрастной период: 60-89 лет		
		Оба пола (n=420)	Мужчины (n=222)	Женщины (n=198)
Календарный возраст (КВ), годы		$73,22 \pm 0,21$	$69,92 \pm 0,35$; p2	$72,66 \pm 0,4$
Биологический возраст (БВ), годы		$55,38 \pm 0,27$; p*1	$63,93 \pm 0,27$; p2	$45,99 \pm 0,5$
Должный биологический возраст (ДБВ), годы		$63,13 \pm 0,17$; p*1	$67,17 \pm 0,25$; p2	$59,26 \pm 0,23$
БВ: ДБВ		$0,88 \pm 0$	$0,96 \pm 0$; p2	$0,78 \pm 0,01$
БВ-ДБВ		$-7,74 \pm 0,25$	$-3,24 \pm 0,32$; p2	$-13,35 \pm 0,56$
Ранг		V	IV	V
Маркеры биологического возраста:	Средний показатель нормы	$71,59 \pm 0,27$		$69,09 \pm 0,61$
Масса тела, кг	$67,5 \pm 1,5$			
Жизненная емкость легких, мл	$3251,00 \pm 55,9$	$1951,11 \pm 11,73$; p3	$2171,11 \pm 24,68$; p2; p3	$1941,11 \pm 20,84$; p3
АД систол., мм.рт.ст.	$119,7 \pm 1,98$	$137,26 \pm 0,48$; p3	$138,44 \pm 0,78$; p2; p3	$133,92 \pm 1,02$; p3
АД диастол., мм.рт.ст.	$68,74 \pm 1,03$	$87,49 \pm 0,25$; p3	$87,17 \pm 0,46$; p1; p3	$88,88 \pm 0,55$; p3
АД пульсовое, мм.рт.ст.	$42,4 \pm 1,3$	$49,77 \pm 0,36$; p3	$51,28 \pm 0,66$; p1; p3	$45,04 \pm 0,82$
Задержка дыхания на выдохе, сек	$41,2 \pm 0,7$	$24,61 \pm 0,28$; p3	$24,99 \pm 0,57$; p3	$24,5 \pm 0,64$; p3
Статическая балансировка, сек	$31,3 \pm 1,4$	$12,49 \pm 0,54$; p3	$11,92 \pm 0,98$; p1; p3	$8,83 \pm 0,81$; p3
Субъективная оценка здоровья, баллы	$12,01 \pm 0,2$	$16,54 \pm 0,11$; p4	$14,38 \pm 0,23$; p3	$14,3 \pm 0,27$; p3

Примечание: p*1 - достоверность $p < 0,001$ показателя БВ по сравнению с КВ и ДБВ; p1 - достоверность $p < 0,05$ показателя в группе мужчин по сравнению с группой женщин; p2 - достоверность $p < 0,001$ показателя в группе мужчин по сравнению с группой женщин; p3 - достоверность $p < 0,001$ показателя по сравнению с нормой; p4 - достоверность $p < 0,05$ показателя по сравнению с нормой.

Выявлено, что изменение ряда параметров позволяет с высокой степенью достоверности говорить об ухудшении соматического здоровья, и их динамика в высокой степени коррелирует с увеличением возраста. В связи с рассогласованием календарного и биологического возрастов со значительным увеличением последнего, интерес представляло изучение биомаркеров старения людей преклонного возраста в зависимости от темпа их инволюций.

Поэтому вся когорта обследованных стареющих людей была разделена на 2 подгруппы: 326 человека старели замедленно, 94- ускоренно (таблица 2).

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На основании полученных данных результатов установлено, что у 94 респондентов БВ опережал ДБВ в среднем на $4,15 \pm 0,36$ года, а у 326 отставал от него на $14,34 \pm 0,27$ года. Так, среди женщин наблюдается наибольшая разница между биологическим возрастом и популяционным стандартом темпа старения, как при замедленном ($-15,54 \pm 0,49$ лет), так и при ускоренном старении ($7,69 \pm 1,17$ лет). Как известно, дисбаланс должного биологического и календарного возрастов приводит к возрастанию риска заболеваний, ассоциированных с повышенной инвалидностью и смертностью.

Таблица 2 - Темпы старения респондентов

Темпы старения	Пол	Частоты	% внутри пола	КВ, лет	БВ, лет	ДБВ, лет	Разница БВ и ДБВ, лет	
				Среднее	Среднее	Среднее	Сред.	% по столбцу
Замедленный	Мужчины	146	65,8	$71,36 \pm 0,5$	$61,09 \pm 0,33$	$68,5 \pm 0,4$	$-7,42 \pm 0,35$	$-14,34 \pm 0,27$
	Женщины	180	91	$72,08 \pm 0,38$	$43,93 \pm 0,45$	$59,41 \pm 0,27$	$-15,54 \pm 0,49$	
Ускоренный	Мужчины	76	34,2	$65,8 \pm 0,51$	$68,14 \pm 0,56$	$64,72 \pm 0,54$	$3,42 \pm 0,32$	$4,15 \pm 0,36$
	Женщины	18	9	79 ± 0	$64,89 \pm 1,19$	$57,2 \pm 0,97$	$7,69 \pm 1,17$	

Согласно литературным данным, снижение БВ от его должной величины на 6 лет является критическим уровнем между нормой и патологией, где дальнейшее снижение БВ характеризует патологическое состояние организма, независимо от нозологической формы [6].

Одним из ранних биомаркеров старения, повышающих риск сердечно-сосудистых заболеваний являются изменения липидного обмена веществ (таблица 3).

Показатели с нормальным распределением представлены как среднее значение и стандартное отклонение. Оценку достоверности числовых различий в случаях с нормальным статистическим распределением проводили с помощью критерия Стьюдента.

Таблица 3 - Биохимические показатели крови в зависимости от пола и темпов старения респондентов

Темпы старения	Пол	Референсные значения показателей липидного профиля в зависимости от пола (ммоль/л)				
		ОХС (3,63 - 5,20)	ТГ (0,00 - 2,30)	ЛПНП (2,33 - 3,3)	ЛПВП (0,78- 1,55)	КА (0,0 - 3,0)
Замедленный	Муж., n=19	$4,88 \pm 0,26$	$1,85 \pm 0,24$	$4,04 \pm 0,24$	$1,77 \pm 0,16^*$	$2,2 \pm 0,32^*$
	Жен., n=20	$5,87 \pm 0,25$	$2,02 \pm 0,2$	$3,82 \pm 0,21^*$	$1,55 \pm 0,13$	$3,89 \pm 0,95$
	Оба пола, n=39	$5,39 \pm 0,19$	$1,94 \pm 0,15$	$3,92 \pm 0,16$	$1,66 \pm 0,1^*$	$2,97 \pm 0,52$
Ускоренный	Муж., n=21	$5,39 \pm 0,26$	$1,88 \pm 0,26$	$3,71 \pm 0,24$	$1,35 \pm 0,11$	$3,58 \pm 0,46$
	Жен., n=8	$5,99 \pm 0,53$	$1,7 \pm 0,15$	$4,91 \pm 0,38$	$1,25 \pm 0,11$	$3,78 \pm 0,51$
	Оба пола, n=29	$5,55 \pm 0,24$	$1,83 \pm 0,19$	$4,04 \pm 0,22$	$1,32 \pm 0,08$	$3,64 \pm 0,36$

Примечание: * - $P < 0,05$ - достоверность показателя с замедленными темпами старения по сравнению с ускоренными темпами старения.

В результате анализа результатов биохимических исследований было выявлено достоверное изменение ($p < 0,05$) липидного обмена у группы лиц с замедленными темпами старения по сравнению с ускоренно стареющими лицами по следующим показателям: холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП и коэффициент атерогенности.

Атерогенные ЛПНП у женщин с ускоренными темпами старения, достигали патологического уровня (очень высокий) $4,98 \pm 0,38$ по сравнению с женщинами с замедленными темпами старения, у которых этот показатель был несколько снижен $3,82 \pm 0,21$ и находился в пограничных пределах. У мужчин с замедленными и ускоренными темпами старения данный показатель находился на погранично высоком уровне ($4,04 \pm 0,24$ и $3,71 \pm 0,24$) в соответствии с международной шкалой липидограммы.

Когда как, антиатерогенные ЛПВП превалируют у замедленно стареющих мужчин ($1,77 \pm 0,16$), что формируют низкий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с ускоренно

стареющими мужчинами ($1,35 \pm 0,11$), у которых отмечается средний риск развития этой патологии. Также следует отметить, что физиологический важный компонент крови, как холестерин ЛПВП у замедленно стареющих мужчин и женщин достоверно выше, чем при ускоренном старении лиц обоих полов.

ОХС в сыворотке ускоренно стареющих женщин и мужчин имеет погранично повышенные значения ($5,99 \pm 0,53$ и $5,39 \pm 0,26$), тогда как при замедленном темпе старения у женщин и мужчин ОХС находился в пограничных ($5,87 \pm 0,25$) и оптимальных ($4,88 \pm 0,26$) пределах.

Концентрации ТГ в крови у респондентов с ускоренными и замедленными темпами старения превышая нормальные значения, находилась на погранично высоком уровне.

Коэффициент атерогенности у мужчин с ускоренными темпами старения был выше, достигая пограничных значений ($3,58 \pm 0,46$) по сравнению с замедленно стареющими мужчинами, у которых он соответствовал физиологической норме ($2,2 \pm 0,32$), тогда как у ускоренно и замедленно стареющих женщин этот показатель находился на пограничном уровне ($3,78 \pm 0,51$ и $3,89 \pm 0,95$).

Оценивая результаты полученных данных по показателям липидного профиля в зависимости от пола и темпов старения людей пожилого и старческого возраста, можно сделать следующие выводы:

1) концентрация ЛПВП, которые обладают выраженным антиатеросклеротическим действием и снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний заметно выше у мужчин и женщин с замедленными темпами старения, по сравнению с респондентами с ускоренными темпами старения.

2) погранично повышенные уровни ОХС, ТГ сочетаются с очень высоким содержанием ЛПНП у ускоренно стареющих женщин, по сравнению с замедленно стареющими женщинами.

3) повышение коэффициента атерогенности также наблюдается у респондентов с ускоренными темпами старения по сравнению с замедленными темпами, где развитие сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин ниже, чем у женщин, что не совсем сопоставимо с общими закономерностями развития ИБС у мужчин в целом. Поэтому необходимо учесть, что у женщин во второй половине зрелости, происходит снижение уровня ЛПВП и повышается риск сердечно - сосудистой патологии, и что с годами риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин и женщин становится одинаковым [5,7].

Таким образом, изучение биомаркеров старения, показало значимые отличия всех исследуемых биомаркеров от популяционных стандартов для соответствующего возраста, хотя в среднем степень постарения обследуемых меньше, чем степень постарения лиц равных с ним календарного возраста. Установленные изменения со стороны липидного обмена являются следствием атерогенной направленности рационов их питания, и свидетельствует о повышенном риске развития сердечно-сосудистой патологии у лиц с ускоренными темпами старения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белозерова Л.М. Алгоритм создания методов определения биологического возраста. Эстетическая медицина. 2006; 5 (2): 199-204.
2. Liu H.H., Li J.J. Aging and dyslipidemia: a review of potential mechanisms. Ageing Research Reviews. 2015; Jan: 19: 43-52. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25500366>.
3. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза/ Эксперты Всероссийского научного общества кардиологов. - Москва: 2007.
4. Cameron J.D. The relationship between arterial compliance, age, blood pressure and serum lipid levels/ J.D. Cameron, G.L. Jennings, A.M. Dart// J.Hypertens.-1995.-№13.-P.1718-1723.
5. Медицинская валеология// Апанасенко Г.Л., Попова Л.А.. Ростов на Дону: Феникс. 2000.- С.55-123.
6. Johnson TE. Recent results: biomarkers of aging. Exp. Gerontol. 2006; 41:1243-1246.
7. Ахаладзе Н. Г. Взаимосвязь некоторых форм хронической патологии и биологического возраста / Н. Г. Ахаладзе, Л. М. Ена // Проблемы старения и долголетия. - 2009.- Т. 18, № 2. - С. 187-199.

ТҮЙІН

ДОСЖАНОВА Г.Н., АБДУЛДАЕВА А.А., КАЛИНИЧЕНКО А.В.

«Астана медицина университеті» АҚ

Спорттық медицина курсымен тағамтану және профилактикалық медицина кафедрасы

ЕГДЕ ЖӘНЕ ҚАРТ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ ҚАРТАЮ БИОМАРКЕРЛАРЫН ЗЕРТТЕУ

Бұл мақалада егде және қарт жастағы адамдардың қартаю биомаркерлерін бағалау нәтижелері сипатталады. Зерттеуге алынған нәтижелердің ұсынылған популяциялық стандарттардан айырмашылығы анықталған.

Кілтті сөздер: Биомаркерлар, биологиялық жас, липидті профиль, егде және қарт жас.

SUMMARY

DOSZHANOVA G.N., ABDULDAYEVA A.A., KALINICHENKO A.V.

*JSC "Medical University of Astana" Department of Preventive Medicine and Nutrition
With a sport medicine course*

BIOMARKERS OF THE ELDERLY AND SENILE AGE PEOPLE

This article describes the results of the study of biomarkers of aging, depending on the age-related changes in the main physiological parameters of the population of the gerontological group. As a result, significant differences were found between all the biomarkers studied and the population standards for the corresponding age group.

Keywords: Biomarkers, biological age, lipid profile, elderly age.



УДК: 614.253.8:303.094.5:005.336.3:303.621

ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С., СЕКЕНОВА Р.К.

*АО «Национальный научный кардиохирургический центр»
АО «Медицинский Университет Астана»*

SF-36 - КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ОПРОСНИК ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Целью данной статьи является понятие использования опросника SF – 36.

Ключевые слова: оценка качества жизни пациентов, опросник SF – 36.

Качество жизни (КЖ), являясь интегральной характеристикой различных сфер функционирования человека, в медицинском понимании этого термина всегда связано со здоровьем и основано на субъективном восприятии пациента. Оно является одним из ключевых понятий современной медицины, позволяющих проводить анализ составляющих жизнедеятельности человека в соответствии с критериями Всемирной Организации Здравоохранения [1].

Концепция исследования КЖ в медицине построена на единых методологических подходах, включающих три основных принципа: многомерность оценки, изменяемость параметров КЖ во времени и участие больного в оценке своего состояния [3].

Инструменты оценки КЖ (общие и специфические опросники), разработанные экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями Good Clinical Practis (GCP), создали возможность количественной оценки основных сфер жизнедеятельности человека. Применение их вместе с другими общепринятыми клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования позволяет расширить представление врача о состоянии больного в целом. [2]

Для оценки КЖ используют общие и специальные методики, последние используют у больных с конкретной патологией [9]. Наиболее распространенными общими опросниками являются профиль влияния болезни (Sickness Impact Profile, SIP), Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP), краткий опросник состояния здоровья (Short Form -36 Health Survey, SF-36), опросник оценки общего благополучия (General Well-Being Questionnaire). Среди специальных опросников у пациентов с ИБС широко распространены Сиетлский опросник больных со стенокардией (Seattle Angina Questionnaire, SAQ) и опросник КЖ после инфаркта миокарда (Quality of life After Acute Myocardial Infarction Questionnaire, QLMI). В последние годы в США, Канаде и странах Западной Европы предпочтение отдается опроснику SF-36. Данный опросник широко распространенный в США и странах Европы является неспецифическим для оценки КЖ. Опросник SF-36 был нормирован для больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту).

Русская версия опросника SF-36 валидирована межнациональным центром исследования КЖ г.Санкт-Петербурга. [2]

SF-36 (автор – J.E.Ware, 1992) был создан для того, чтобы удовлетворить минимальные психометрические стандарты, необходимые для групповых сравнений. При этом опросник должен был

измерять общее здоровье, то есть те составляющие здоровья, которые не являются специфичными для возрастных групп, определенных заболеваний или программ лечения. Его методика предназначена для изучения всех компонентов качества жизни. Для создания этого опросника исследователями MOS (Medical Outcomes Study – исследование медицинских результатов) из 40 концепций здоровья были отобраны только 8, т.к. их изучение показало, что они наиболее часто измеряются на практике в популяционных исследованиях и наиболее часто подвергаются влиянию заболевания и лечения. Анализ этих 8 концепций показал, что они представляют собой составные характеристики здоровья, включающие функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные оценки, положительные и отрицательные самооценки общего состояния здоровья. «Экспериментальная» версия опросника была создана в 1988 г., а в 1990 г. была создана «стандартная» форма опросника. «Стандартная» форма содержит более четвертой части от всех слов, содержащихся в MOS версии опросника SF-36, и является усовершенствованной по формату и процедуре шкалирования. Российскими исследователями Межнационального Центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 г. была создана русскоязычная версия опросника SF-36, которая была использована для изучения КЖ 2114 жителей Санкт-Петербурга. Результаты исследования показали высокую согласованность с характеристиками качества данных исследований, проведенных в других странах; русская версия опросника SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения популяционных исследований КЖ. И так, опросник SF-36 является общим опросником здоровья и может быть использован для оценки КЖ здоровых и больных различными заболеваниями. [4]

SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья. [6]

Преимущества опросника:

- применяется для оценки [качества жизни](#) при любых заболеваниях;
- возможно сравнение показателей [качества жизни](#) пациентов по опроснику SF-36 с данными российского популяционного контроля по соответствующим группам;
- оценивает [качество жизни](#) больных комплексно (в том числе социальные и психологические нарушения).

Недостатки:

- опросник включает в себя 36 вопросов, 8 шкал — время заполнения больными 10-15 минут;
- трудность перекодировки данных и подсчета шкал;
- нет единого показателя для определения минимальных клинически значимых изменений по стандартизованным шкалам;
- лицензия на коммерческое использование.

Результаты представляются в виде 8 шкал (более высокая оценка указывает на более высокий уровень [качества жизни](#)) [5] :

- физическое функционирование (Physical Functioning — PF);
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP);
- интенсивность боли (Bodily pain — BP);
- общее состояние здоровья (General Health — GH);
- жизненная активность (Vitality — VT);
- социальное функционирование (Social Functioning — SF);
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE);
- психическое здоровье (Mental Health — MH).

Шкалы группируются в два показателя: РН («физический компонент здоровья») и МН («психологический компонент здоровья»):

1. Физический компонент здоровья (Physical health — РН). Составляющие шкалы:

- физическое функционирование;
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;
- интенсивность боли;
- общее состояние здоровья.

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health — МН) Составляющие шкалы:

- психическое здоровье;
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
- социальное функционирование;
- жизненная активность.

Опросник SF-36 был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту) [8].

Была опубликована работа, в которой выполнено психологическое обследование больных, госпитализированных в связи с плановым интервенционным лечением методом катетерной абляции в левом предсердии [10]. Перед проведением лечения, проводилась оценка соматических жалоб, эмоционального статуса, степени выраженности неврозоподобных проявлений, степени информированности о болезни и лечении. Использовались тест-опросники: интегративный тест тревожности (ИТТ) [11], «Шкала самооценки депрессии» [12], «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» («ТОБОЛ») [13]. При анализе результатов отмечено, что в эмоциональном состоянии преобладают тревожные тенденции, отражающие эмоционально напряженное ожидание предстоящего вмешательства. Для пациентов характерна повышенная личностная тревожность, низкий уровень информированности о диагностированном у них нарушении ритма сердца, медикаментозном и немедикаментозном лечении, а также сниженная мотивация к самостоятельному поиску соответствующей информации. Авторы заключили, что необходимо повышение информированности пациентов о заболевании и проводимом лечении. Важным является продолжение и углубление исследования восприятия болезни пациентом и индивидуально-психологических особенностей для определения критериев риска дезадаптивных личностных реакций в процессе лечения. Авторы подчеркивают актуальность разработки путей интеграции результатов психологических исследований в систему оказания специализированной помощи больным с ФП, проходящим интервенционное лечение. В одной из работ по результатам наблюдения за пациентами с нарушениями ритма сердца отмечено, что последние сопровождаются тревожными и депрессивными расстройствами, степень выраженности которых определяется видом аритмии, но не зависит от этиологии заболевания, функционального класса стенокардии напряжения и функционального класса хронической сердечной недостаточности. Также эмоциональное состояние больных с персистирующей ФП не влияет на эффективность медикаментозного восстановления синусового ритма. Однако эффективная коррекция тревожных и депрессивных расстройств антидепрессантами способствует удержанию синусового ритма у пациентов с пароксизмальной ФП [14]. P. Dogan и соавт. валидизировали и рекомендовали к практическому применению Канадскую шкалу тяжести ФП (Canadian Cardiovascular Society Severity in Atrial Fibrillation, CCS-SAF) [7, 17]. В данное исследование было включено 484 пациента с документированной ФП. Тяжесть течения ФП проводилась по шкалам Canadian Cardiovascular Society Severity in Atrial Fibrillation, CCS-SAF, SF-36. При использовании шкалы CCS-SAF на начальном этапе определяли симптоматику, сопровождающую ФП, затем оценивали связь симптомов (сердцебиения, одышки, головокружения / синкопальных состояний, боли в грудной клетке, общей слабости) и документированной ФП, а также связь симптомов с проводимой терапией. Проанализировано влияние данных симптомов на повседневную физическую активность и КЖ пациента. Выявлена линейная корреляция показателей шкалы CCS-SAF и валидизированных шкал University of Toronto AF Severity Scale (AFSS) и SF-36. Показано, что исследуемая шкала проста в применении, даёт результаты, приближенные к субъективным показателям КЖ при ФП, и может быть использована в клинической практике. Шкала CCS-SAF аналогична шкале CCS Angina scale. Тяжесть ФП определяют по шкале от 0 (бессимптомное течение) до 4 (выраженное влияние на КЖ и повседневную активность).

В рекомендациях ESC по диагностике и лечению ФП и в отечественных рекомендациях предложен индекс EHRA для оценки симптомов, связанных с ФП, [15] который практически не отличается от шкалы CCS-SAF. Данный индекс также предполагает анализ симптомов ФП, которые проходят или уменьшаются после восстановления ритма или эффективного контроля ЧСС. Значимым недостатком методик измерения КЖ является слишком общее отражение состояния здоровья и функционирования. Для получения более точных результатов следует оценивать демографические показатели, наличие сопутствующей патологии и эмоциональный статус пациента [16].

Выводы: Таким образом, использование методики оценки КЖ больных с определенным заболеванием с использованием опросника SF-36 наряду с клиническими, инструментальными методами исследования является надежным дополнительным критерием оценки эффективности и переносимости терапии. Референтная база популяционных значений стандартизованных показателей опросника SF-36 может оказаться полезной для сравнения КЖ пациентов с различными заболеваниями в соответствии с возрастом и полом пациентов, а также оценке эффективности терапии при проведении научных исследований [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. World Health Organization. Basic Documents. – 26th Ed. Geneva. 1976. – P.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. – 320 с.

3. Новик А.А., Ионова Т.И., Шуваев В.А., Киштович А.В. Качество жизни больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки России // Исследование качества жизни в медицине. Материалы научной конференции. – СПб., 2000. – С. 97 – 98.
4. Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России // Исследование качества жизни в медицине. Материалы научной конференции. – СПб., 2000. – С. 3 – 22.
5. Talamini G, Bassi C, Butturini G, Falconi M, Casetti L, Gumbus AA, Carrara S, Fantin A, Pederzoli P. Outcome and quality of life in chronic pancreatitis // JOP – 2001. – Jul; Vol. 2 № 4. – 17 – 23.
6. Ware J. E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. Sf-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide, Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000, 150
7. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких .Под ред. А.Т. Чучалина, М., Атмосфера, 2004, 253 с
8. Койлубаева Г.М. Качество жизни больных ревматоидным артритом и некоторые фармакоэкономические аспекты заболевания. Дисс. к.мн., М., 2005, 195с
9. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study // Circulation 2004; 110: 1042-6.
10. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Чумакова И.О. и со- авт. Отношение к болезни пациентов с фибрилляцией предсердий, проходящих лечение методом катетерной абляции // Вестник аритмологии, 2012, 50-58.
11. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Методические рекомендации. - СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997.
12. Zung W. A self-rating depression scale // Arch. Gen. Psychiatry. 1965. V.12. P.63-70.
13. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. и соавт. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. - СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005.
14. Вознюк О.А. Клинические особенности течения фибрилляции предсердий в зависимости от выраженности тревожных и депрессивных расстройств и их медикаментозной коррекции. Дисс. на соискание ученой степени кандидата мед. наук - Оренбург, 2008, 24 с
15. Kirchhof P, Auricchio A, Bax J, et al. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NET work (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA) // Eur Heart J 2007; 28: 2803-17
16. Reynolds MR, L Essebag V, et al. Influence of Age, Gender, and AF Recurrence on Quality of Life Outcomes in a Population of New-Onset AF Patients: the FRACTAL Registry // Am Heart J. 2006; 152(6): 1097-1103.
17. Dorian P, Cvitkovic SS, Kerr CR, et al. A novel, simple scale for assessing the symptom severity of atrial fibrillation at the bedside: The CCS SAF scale // Can J Cardiol. 2006; 22: 383-6.

ТҮЙІН

ЖИЛКИБАЕВА А.Б., АБДРАХМАНОВ А.С., СЕКЕНОВА Р.К.

SF-36 ӨМІР САПАСЫН БАҒАЛАУДА ТИІМДІ САУАЛНАМА БОЛЫП ТАБЫЛАДЫ

Өмір сапасы әртүрлі сферада адам қызметжасауында интегралды сипаттама болып табыла отырып, медициналық түсініктеме бұл термин әрқашан денсаулықпен байланысты және науқастың субъективті қабылдауына негізделеді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының күштеріне сәйкес адамның өмір сүру қабілетін құрайтын анализ жасауға мүмкіндік беретін, заманауи медициналық негізі түсінігінің бірі болып табылады.

SUMMARY

ZHILKIBAYEVA A.B., ABDRAHMANOV A.S., SEKENOVA R.K.

SF-36 - AS AN EFFECTIVE QUESTIONNAIRE FOR ASSESSING THE QUALITY OF LIFE

The quality of life (QOL), being an integral characteristic of various spheres of human functioning, in the medical sense of this term is always associated with health and is based on the subjective perception of the patient. It is one of the key concepts of modern medicine, allowing to analyze the components of human life in accordance with the criteria of the World Health Organization.



ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

Аннотация: Широкая распространенность ВИЧ-инфекции в мире, в том числе и в Республике Казахстан (РК), особенно в крупных городах, обуславливает огромную социальную, экономическую, демографическую и медицинскую значимость этого заболевания. Целью исследования было выявление наиболее значимых детерминантов, влияющих на качество жизни (КЖ) лиц, живущих с ВИЧ инфекцией в крупном городе. С помощью разработанной нами анкеты, включавшей 49 вопросов, была получена социо-демографическая характеристика респондентов, а также характеристика их ВИЧ-статуса и медицинской активности. Далее изучалось КЖ ВИЧ-инфицированных. Основным инструментом изменения КЖ был общий опросник SF-36. Объем выборки составил 170 респондентов, отобранных с учетом требования репрезентативности (квотно-случайная выборка). Сравнение показателей КЖ по полу показало, что по большинству шкал физического компонента здоровья (ФКЗ) и по общему ФКЗ в целом, показатели КЖ мужчин превышали аналогичные показатели женщин. В то же время по психическому компоненту здоровья (ПКЗ) показатели по общему ПКЗ и по большинству шкал оказались выше у женщин, однако различия по всем шкалам были статистически незначительными ($p > 0.05$). Показатели КЖ были выше у лиц со средне-специальным и высшим образованием и у лиц, состоявших в браке. Сравнение показателей КЖ показало отсутствие зависимости их от времени установления ВИЧ-статуса. Обнаружено, что потребление наркотиков существенно понижает КЖ лиц, живущих с ВИЧ инфекцией. Результаты исследования позволили выявить роль предикторов, влияющих на качество жизни лиц, живущих с ВИЧ инфекцией в крупном городе.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные, качество жизни, предикторы.

Введение. Для Казахстана, как и для других стран мира, проблема ВИЧ/ СПИДа имеет огромное значение. Качество жизни (КЖ) людей, живущих с ВИЧ инфекцией (ЛЖВ) характеризует степень комфортности индивидуумов как внутри себя, так и в рамках своего общества. Широкая распространенность ВИЧ-инфекции в мире, в том числе и в Казахстане, особенно в крупных городах, обуславливает огромную социальную, экономическую, демографическую и медицинскую значимость этого заболевания. В этом плане интерес представляет изучение роли крупных городов в противодействии ВИЧ/СПИДу, выявление закономерностей проявления и развития ВИЧ- эпидемии в мегаполисах, которые являются центрами притяжения и сосредоточения подверженных ВИЧ-инфекции наркоманов. Город Астана в качестве объекта исследования выбран нами по разным причинам: он представлен, и как мегаполис с численностью населения более 1 млн. человек, и как мировая столица, и как крупный транспортный узел. Особенность изучаемого контингента (ВИЧ-инфицированных) состоит в том, что на протяжении долгих лет после инфицирования человек может чувствовать себя здоровым, находясь в латентной стадии заболевания.

Цель исследования: выявить наиболее значимые детерминанты качества жизни лиц, живущих с ВИЧ инфекцией в крупном городе.

Материалы и методы. С помощью разработанной нами анкеты, включавшей 49 вопросов, была получена социо-демографическая характеристика респондентов, а также характеристика их ВИЧ-статуса и медицинской активности.

Основным инструментом исследования качества жизни был выбран общий опросник SF-36 (Short Form Medical Outcomes Study), который является наиболее распространенным общим опросником качества жизни, широко применяющимся как в популяционных, так и в специальных исследованиях качества жизни [1]. Произведен расчет средних популяционных значений шкал SF-36 для отдельных возрастно-половых групп. Распределение величин, в основном, было нормальным.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) версия 20.0 для Windows. Исследование проводилось по специально разработанному протоколу, одобренному Этическим комитетом Медицинского университета «Астана» и соответствующему стандартам международной методологии исследований КЖ.

Популяционная выборка набиралась в 2013г. и состояла из 170 респондентов (мужчин-101 и женщин - 69). Выборочная совокупность была сформирована методом квотно-случайного отбора.

С учетом требования репрезентативности (случайная выборка) нами должно было быть опрошено 160 респондентов. Для обеспечения набора такого количества ВИЧ-инфицированных (де-факто размер выборки составил 170 респондентов), нам потребовалось пригласить к опросу 205 потенциальных участников

(процент отказа составил 21,3%). При этом, согласившиеся и отказавшиеся были схожи в отношении таких демографических характеристик, как пол, возраст и национальность.

Расчет баллов КЖ по каждой из 8 «трансформированных» шкал проводился по формуле:

$$S = \frac{\Sigma - Min}{Max - Min}$$

где:

Σ- сумма значений шкалы

Min- минимальное значение шкалы

Max- максимальное значение шкалы

После этого рассчитывались средние значения, среднеквадратические отклонения и ошибки средних.

Результаты и обсуждение. Эпидемия ВИЧ-инфекции в РК находится в концентрированной стадии. По официальным данным показатель распространенности ВИЧ – инфекции среди населения республики составил 86,5 на 100 тыс. населения, среди населения 15 лет и старше – 140 на 100 тыс. населения.

При осуществлении социологического исследования основные характеристики респондентов были разделены нами на 2 группы: социо-демографические данные и ВИЧ-статус. Средний возраст респондентов составил 37,7±0,8 года. Согласно требованию репрезентативности, распределение пациентов по возрасту соответствовало генеральной совокупности: основную часть (57,7%) составили лица до 39 лет включительно. Больше половины обследованных (59,4%) были мужчинами. Подавляющая часть опрошенных имела среднее, либо средне-специальное образование (85,3%). В браке состояли менее половины (43,5%) респондентов. Соотношение работающих и неработающих составляет 3/2. Более половины (54,7%) ВИЧ-инфицированных посчитали свое материальное положение недостаточным..

При изучении ВИЧ-статуса выявлено, что у 73,5% респондентов наличие инфицированности обнаружено не более 2-х лет тому назад. Такая же доля лиц, назвавших в качестве источника информации о своем заболевании тестирование (анализ крови). Подавляющее большинство респондентов (82,4%) в качестве лечения предпочитают традиционную медицину. Почти все пациенты (91,1%) после идентификации ВИЧ-статуса впервые обратились за медицинской помощью в СПИД-центр. Отмечено, что более трети инфицированных (37,1%) за последние полгода регулярно получали психологическую помощь, 27,1% получали ее нерегулярно, а 35,8% вообще не получали такой вид помощи. Большая часть респондентов (70,6%) указали на обеспечение свободного выбора врача и медицинской организации. В то же время 38,8% пациентов отметили трудности при направлении на оказание высокотехнологической помощи.

Определение качества жизни ВИЧ-инфицированных

Средние значения шкал здоровья опросника представлены на рисунке 1.

Сравнение показателей КЖ по полу показало, что по большинству шкал ФКЗ (PF, RP, BP), как и общему ФКЗ в целом, показатели КЖ мужчин превышали аналогичные показатели женщин. В то же время по ПКЗ картина была противоположной: показатели по общему ПКЗ и по большинству шкал (VT, SF, MH) оказались выше у женщин. Однако различия по всем шкалам были статистически незначительными (p>0.05).

Показатели КЖ в отдельных *возрастных группах* в целом по ФКЗ были, примерно, одинаковы до 49 лет, после чего наблюдалось снижение в группе 50-59 лет. При рассмотрении показателей ФКЗ по отдельным шкалам выявлено, что наибольшие уровни КЖ зафиксированы в возрасте 30-39 лет по шкалам PF, RP и BP, а по шкале GH показатели во всех возрастных группах были, примерно, одинаковы.

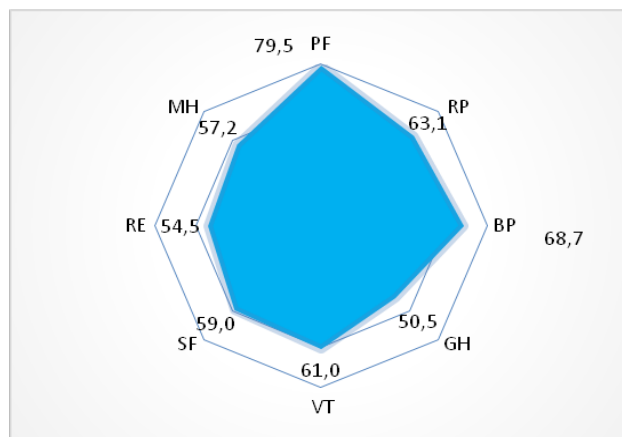


Рисунок 1- Средние значения шкал здоровья ВИЧ-инфицированных

Совершенно иная картина отмечена по ПКЗ, где максимальный уровень КЖ был в возрасте 40-49 лет, а наименьший в возрасте 50-59 лет. По шкале РР показатели были почти одинаковы во всех возрастных группах, а по шкале ВР отмечено постепенное снижение показателей с минимальным значением в группе 50-59 лет (34,7) (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели КЖ ЛЖВ по полу и возрасту (среднее значение со стандартными отклонениями)

Показатели КЖ	Пол, М±m		Возраст, М±m (лет)			
	Мужчины	Женщины	0-29	30-39	40-49	50-59
РР	81,5 (1,9)	76,4 (1,5)	80,8 (2,8)	84,3 (1,9)	78,3 (2,4)	69 (3,4)
РР	64,9 (3,5)	60,5 (4,2)	65 (4,7)	67 (5)	66 (5)	46 (7,3)
ВР	68,8 (2,1)	67,7 (2,6)	70,9 (3,1)	71,6 (2,7)	68,1 (3,2)	60 (4,6)
GH	49 (1,40)	52,7 (1,6)	51 (2,2)	49 (1,9)	52,1 (1,8)	49,8 (3,5)
ФКЗ	66,1 (2,6)	64,3 (2,9)	66,9 (3,7)	68 (3,6)	66,1 (3,5)	56,2 (5,2)
VT	59,8 (1,6)	62,7 (2,1)	59 (2,2)	60,8 (2,4)	62,3 (2,2)	62,2 (3,6)
SF	55,7 (1,7)	63,9 (2,2)	58,1 (2,5)	56,1 (2,2)	63,6 (2,6)	58,5 (4,8)
RE	54,8 (3,9)	54,1 (4,8)	59,3 (6)	58,5 (5,4)	56 (5,7)	34,7 (7,2)
MH	56,6 (1,4)	58 (1,7)	55 (2,1)	55,8 (2)	61,4 (1,8)	55,8 (2,7)
ПКЗ	56,7 (2,4)	59,7 (3)	57,9 (3,6)	57,8 (3,3)	60,8 (3,5)	52,8 (5,3)

Показатели КЖ в разрезе некоторых шкал здоровья существенно зависят от *уровня образования* пациентов. Так, показатели КЖ у лиц со средне-специальным и высшим образованием были выше, чем у лиц с начальным и средним образованием абсолютно по всем шкалам, однако статистически значимые различия отмечены по шкалам РР, GH, VT, SF, MH, а также по всему комплексу ПКЗ ($p<0.05$). В то же время по ФКЗ различия показателя были статистически не значимы ($p>0.05$) (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели КЖ ЛЖВ в зависимости от уровня образования

Показатели КЖ	Уровень образования		P
	Начальное и среднее	Среднеспециальное и высшее	
РР	74,9±2,6	82,2±1,3	<0.05
РР	62,9±4,5	63,2±3,3	>0.05
ВР	66±2,9	70,4±1,9	>0.05
GH	47,2±1,8	52,5±1,3	<0.05
ФКЗ	62,8±3,3	67,1±2,4	1,05
VT	55,2±1,9	64,5±1,6	<0.001
SF	52,7±2,4	62,9±1,6	<0.001
RE	50,5±4,9	56,9±3,8	>0.05
MH	51,6±1,6	60,5±1,3	<0.001
ПКЗ	52,5±3	61,2±2,3	<0.05

Несколько похожая ситуация обнаружена при изучении влияния *семейного статуса* на КЖ ВИЧ-инфицированных. Практически все показатели КЖ были выше у лиц, состоявших в браке (за исключением RE), однако статистически значимые различия были выявлены только по шкалам ВР, GH и VT ($p<0.05$) (таблица 3).

Сравнение показателей КЖ от *времени установления ВИЧ-статуса* показало их неуклонное снижение по ФКЗ и практически полное отсутствие зависимости их по ПКЗ. В то же время все показатели КЖ среди лиц, у которых ВИЧ-статус был выявлен различное время тому назад, незначительно колебались, хотя уровень КЖ по ФКЗ и ПКЗ был наибольшим среди респондентов, у которых статус был установлен до 1 года (рисунки 2,3).

Таблица 3 – Показатели КЖ ЛЖВ в зависимости от семейного статуса

Показатели КЖ	Семейный статус		p
	Состоят в браке	Не состоят в браке	
PF	79 (2)	79,8 (1,7)	>0.05
RP	64,4 (4,3)	62,1 (3,4)	>0.05
BP	74,3 (2,2)	64,5 (2,2)	<0.01
GH	53,2 (1,7)	48,4 (1,4)	<0.05
ФКЗ	67,7 (3)	63,7 (2,6)	>0.05
VT	64,2 (1,7)	58,6 (1,8)	<0.05
SF	61,5 (2)	57,2 (1,9)	>0.05
RE	53 (4,9)	55,7 (3,8)	>0.05
MH	59,3 (1,6)	55,6 (1,4)	>0.05
ПКЗ	59,5 (2,9)	56,8 (2,4)	>0.05

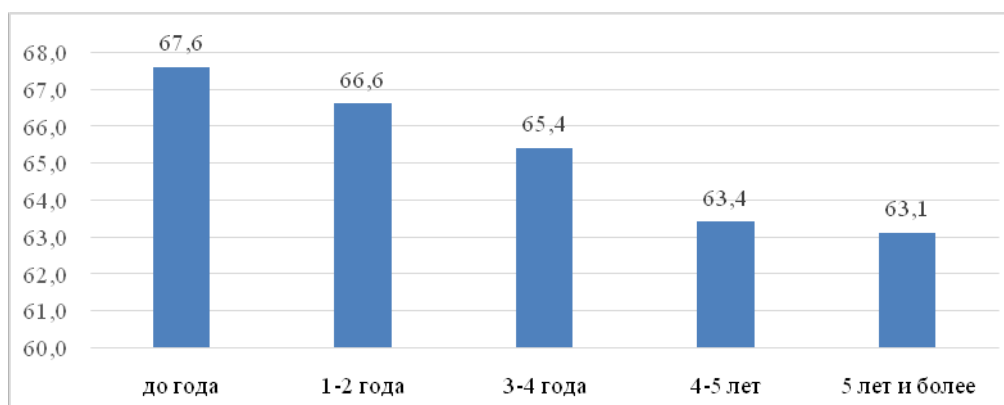


Рисунок 2- Физический компонент здоровья в зависимости от времени установления ВИЧ-статуса

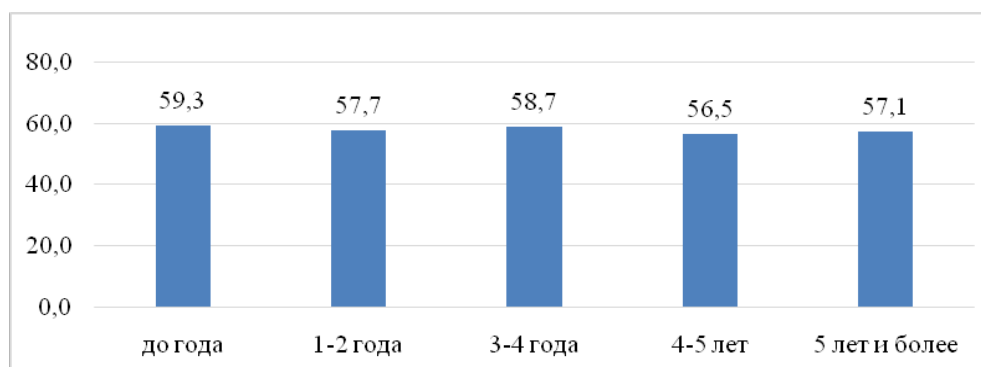


Рисунок 3- Психический компонент здоровья в зависимости от времени установления ВИЧ-статуса

Исследование показало обратную, сильную либо среднюю корреляционную связь стажа ВИЧ с показателями по всем шкалам КЖ за исключением RE. Это свидетельствует о том, что стаж ВИЧ в какой-то степени положительно влияет на эмоциональные проблемы в ограничении жизнедеятельности ($\rho=0.63$) (таблица 4).

Обнаружено, что потребление наркотиков существенно понижает КЖ. Все показатели КЖ были выше среди лиц, не употреблявших наркотики, хотя статистически значимые различия отмечены по шкалам RP, BP, RE и MH. В то же время по общим группам (ФКЗ и ПКЗ) существенных различий не выявлено ($\rho>0.05$) (рисунки 4,5).

Таблица 4– Корреляционная связь стажа ВИЧ и КЖ ЛЖВ

Шкалы SF-36	Коэффициент корреляции Спирмена
PF	-0,57
RF	0,01
BP	-0,94
GH	-0,41
VT	-0,84
SF	-0,40
RE	0,63
MH	0,63

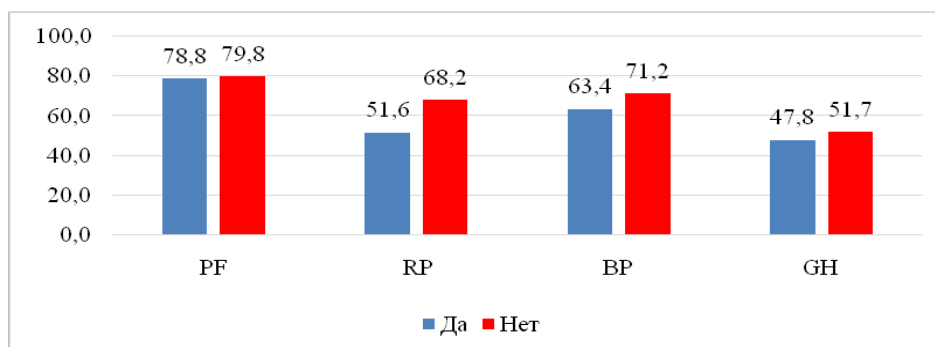


Рисунок 4- Показатели КЖ физического компонента здоровья в зависимости употребления наркотиков

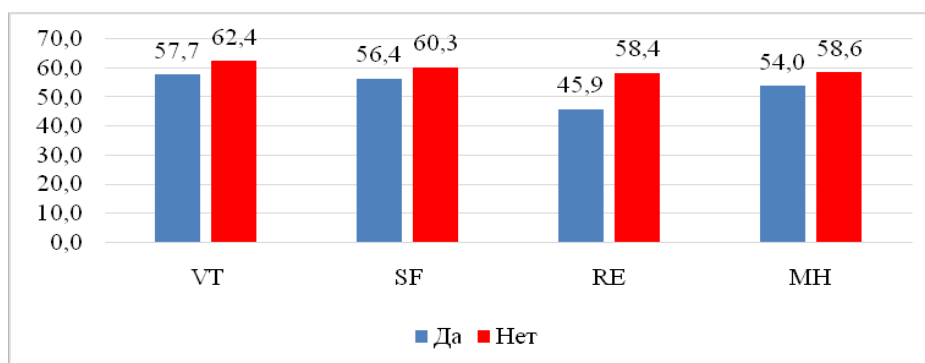


Рисунок 5- Показатели КЖ психического компонента здоровья в зависимости употребления наркотиков

Обнаружена характерная связь частоты употребления алкоголя и КЖ ЛЖВ (таблица 5).

Таблица 5 – Показатели КЖ ЛЖВ в зависимости от потребления алкоголя

Показатели КЖ	Потребление алкоголя		p
	Потребляющие редко	Потребляющие часто	
PF	82 (1,5)	72,2 (3,1)	<0.01
RP	62,5 (3,9)	57,4 (4,6)	>0.05
BP	69,6 (2)	59,6 (3,5)	<0.05
GH	51,2 (1,6)	48,2 (1,9)	>0.05
ФКЗ	66,3 (2,7)	59,4 (3,6)	>0.05
VT	63 (1,6)	55,2 (2,6)	<0.05
SF	60,7 (1,6)	56,1 (3,3)	>0.05
RE	54,9 (4,2)	51,8 (5,2)	>0.05
MH	59,3 (1,3)	49,9 (1,9)	<0.001
ПКЗ	59,5 (2,5)	53,3 (3,5)	>0.05

Абсолютно по всем шкалам ФКЗ и ПКЗ показатели КЖ были выше у лиц, потребляющих алкогольные напитки редко, хотя статистически значимые различия выявлены по шкалам RF, BP, VTиМН($p<0.05$). Вместе с этим, были рассчитаны коэффициенты корреляции. По всем шкалам отмечена прямая сильная корреляционная связь между кратностью потребления алкоголя и КЖ ЛЖВ (таблица 6).

На территории Казахстана наше исследование является, насколько нам известно, единственным, затрагивающим как детальную характеристику медико-социальных факторов, так и исследование качества жизни ВИЧ-инфицированных, проживающих в мегаполисе. В проведенном ранее в Казахстане исследовании Е.М.Розенталь (2015г.) акцент сделан на организацию медико-социальной помощи ВИЧ-позитивным потребителям инъекционных наркотиков, что в значительной мере отличает ее от нашей работы.

Таблица 6– Корреляционная связь кратности потребления алкоголя и КЖ ЛЖВ

Шкалы SF-36	Коэффициент корреляции Спирмена
PF	0,72
RF	0,96
BP	0,90
GH	0,79
VT	0,89
SF	0,68
RE	0,92
МН	0,96

Заключение. Результаты исследования позволили выявить неоднозначную роль факторов, влияющих на качество жизни лиц, живущих с ВИЧ инфекцией в крупном городе. Выявленные факторы риска заболеваемости ВИЧ позволяют разработать практические рекомендации по стабилизации распространенности заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. *SF-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide*, Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2000, 150.
2. Sergio Rueda, Janet Raboud, Cameron Mustard, Ahmed Bayoumi, John N. Lavis & Sean B. Rourke: *Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. AIDS Care* 2011, 23(4):435-443.
3. J. Friedland, R.Renwick & M.Mccoll: *Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. AIDS Care* 1996, 8(1):15-32.
4. S. B. Mannheimer, J. Matts, E. Telzak, M. Chesney, C. Child, A. W. Wu: *Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. AIDS Care* 2005, 17(1):10-22.
5. A. L. Stangl, N. Wamai, J. Mermin CDC-Kenya, Nairobi, Kenya, A. C. Awor & R. E. Bunnell: *Trends and predictors of quality of life among HIV-infected adults taking highly active antiretroviral therapy in rural Uganda. AIDS Care* 2007, 19(5):626-636.
6. M. Préau, C. Lepout, D. Salmon-ceron, P. Carrieri, H. Portier, G. Chene: *Health-related quality of life and patient-provider relationships in HIV-infected patients during the first three years after starting PI-containing antiretroviral treatment. AIDS Care* 2004, 16(5):649-661.
7. J. Jelsma, E. MacLean, J. Hughes, X. Tinise & M. Darder: *An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. AIDS Care* 2005, 17(5):579-588.
8. UNAIDS/WHO: *AIDS Epidemic Update. Geneva* 2016.
9. EuroHIV: *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report. 2015.*
10. Worthington C, Krentz HB: *Socio-economic factors and health-related quality of life in adults living with HIV. International Journal of STD & AIDS* 2005, 16(9):608-614.
11. Carole Ian McAteer, Nhan-Ai Thi Truong, Josephine Aluoch, Andrew Roland Deathe, Winstone M Nyandiko, Irene Marete, Rachel Christine Vreeman: *A systematic review of measures of HIV/AIDS stigma in paediatric HIV-infected and HIV-affected populations. Journal of the International AIDS Society* 2016, 19(1).
12. Lance S. Rintamaki, Terry C. Davis, Silvia Skripkauskas, Charles L. Bennett, and Michael S. Wolf: *Social Stigma Concerns and HIV Medication Adherence. AIDS Patient Care and STDs* 2006, 20(5): 359-368.
13. Katz I.T., Ryu A.E., Onuegbu A.G., et al. *Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and metasynthesis. Journal of the International AIDS Society*, 2013, 16 (3 suppl 2).
14. Earnshaw V.A, Chaudoir S.R. *From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. AIDS and Behavior.* 2009;13(6):1160–1177.
15. Peretti-Watel P, Spire B, Obadia Y, Moatti JP; VESPA Group. *Discrimination against HIV-infected people and the spread of HIV: some evidence from France. PLoSOne.* 2007,2(5).
16. R. L. Sowell, B. F. Seals, L. Moneyham, A. Demi, L. Cohen & S. Brake: *Quality of life in HIV-infected women in the south-eastern United States. AIDS care*, 1997, 9(5):501–512.
17. Database of Ministry of national economy of the Republic of Kazakhstan Committee on statistics [http://www.stat.gov.kz].
18. Cardona-Arias J.A., Higueta-Gutiérrez L.F.: *Impact of HIV/AIDS on quality of life: meta-analysis 2002-2012. 2014, 88(1):87-101.*

19. Турсунов Р.А. Влияние ВИЧ-инфекции на качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД// Вестник Авиценны -2013, №1. –С.138-148.
20. Розенталь Е.М. Организация модели медико-социальной помощи ВИЧ-позитивным потребителям инъекционных наркотиков// Автореф. дис. PhD. –Алматы, 2015. – 26с.
21. Социальные аспекты противодействия ВИЧ-инфекции в мегаполисах (на примере Москвы). Аналитический доклад – М., 2016. -60с.
22. Амирджанова В.Н. и соавт. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж»)// Научно-практическая ревматология. -2008, №1. –С.36-48.

ТҮЙІН

Д.К. МАУЕНОВА, Л.Л. КАРП
«Астана медицина университеті» АҚ

ҮЛКЕН ҚАЛАДА АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫМЕН ӨМІР ТҮРЕТІН АДАМДАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР

Өлемде, оның ішінде Қазақстан Республикасында (ҚР), әсіресе, үлкен қалаларда АИТВ инфекциясының кеңінен таралуы осы сықаттың зор әлеуметтік, экономикалық, демографиялық және медициналық маңыздылығын көрсетеді. Зерттеу жүргізу мақсаты үлкен қалада АИТВ инфекциясымен өмір түретін адамдардың өмір сүру сапасына (ӨС) әсер ететін анағұрлым маңызды детерминанттарды анықтау болып табылады. Біз әзірлеген, 49 сұрақтан тұратын сауалнаманың көмегімен респонденттердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамасы, сондай-ақ олардың АИТВ мәртебесі және медициналық белсенділігі алынды. Бұдан әрі АИТВ инфекциясын жұқтырғандардың ӨС зерделенді. ӨС өзгертудің негізгі құралы ретінде SF-36 жалпы сауалнамасы қолданылды. Іріктелгендер көлемі репрезентативтік (квоталық-кездейсоқ таңдау) талаптардың есебімен іріктелген 170 респондентті құрады. Жынысы бойынша ӨС көрсеткіштерін салыстыра тексеру денсаулықтың физикалық компонентінің (ДФК) көптеген шкалалары және жалпы ДФК бойынша ер адамдардың ӨС көрсеткіштері әйелдердің іспеттес көрсеткіштерінен жоғары екендігін көрсетті. Сол уақытта денсаулықтың психикалық компоненті (ДПК) бойынша жалпы ДПК және көптеген шкалалар бойынша көрсеткіштер әйелдерде жоғары болып шықты, алайда, барлық шкалалар бойынша айырмашылықтардың статистикалық тұрғыда маңызы зор емес ($p > 0.05$). ӨС көрсеткіштері арнаулы орта және жоғары білімі бар, сондай-ақ тұрмыс құрған адамдарда жоғары. ӨС көрсеткіштерін салыстыра тексеру АИТВ мәртебесі анықталған уақытқа тәуелсіздікті көрсетті. Есірткіні қабылдау АИТВ инфекциясымен өмір сүретін адамдардың ӨС айтарлықтай төмендететіні анықталды. Зерттеу нәтижелері үлкен қалада АИТВ инфекциясымен өмір түретін адамдардың өмір сүру сапасына әсер ететін предикторлардың рөлін анықтау мүмкіндігін берді.

Негізгі сөздер: АИТВ инфекциясын жұқтырғандар, өмір сүру сапасы, предикторлар.

SUMMARY

MAUYENOVA D., KARP L.
«Astana Medical University» JSC

THE PREDICTORS WHICH INFLUENCE THE QUALITY OF LIFE OF PERSONS LIVING WITH HIV IN LARGE CITY

High prevalence rate of HIV worldwide, including the Republic of Kazakhstan (the RK), in large cities in particular, determines tremendous significance of this medical condition for society, economy, demography and healthcare. The objective of this research is to identify the most important predictors that affect the quality of life (QL) of people living with HIV in a large city. Through the use of developed in advance by our force questionnaire, which is including 49 questions, the respondents' socio-demographic profile as well as the profile of their HIV status and health activity were obtained. Further, the QL of HIV infectees was studied. The general SF-36 questionnaire was the main tool of tracking the QL changes. The sample consisted of 170 respondents chosen based on the requirement of representativeness (random quota sampling). Comparison of the QL figures in accordance with gender showed that across the majority of scales of the Physical Component Summary (PCS) and in general across the PCS, the QL indicators for males were higher than for females. At the same time as for the Mental Health Component Summary (MHCS) indicators and as for the majority of scales the general MHCS indicators were higher for females, however, the differences across the all the scales were statistically insignificant ($p > 0.05$). The QL indicators were higher for individuals with secondary vocational and higher education, as well as for married ones. Comparison of the QL indicators showed no interdependence between them and the period of time after HIV status was determined. Addictive substance consumption was identified to decrease the QL of people living with HIV. The results of the research allowed to identify the role of predictors which influence the quality of life of people living with HIV in a large city.

Key words: HIV infectees, Quality of Live, Predictors.

¹Кафедра политики и управления здравоохранением, Высшая школа общественного здравоохранения, КазНУ им. аль-Фараби ² кафедра Общественное здравоохранение №1, АО «Медицинский университет Астана» ³ кафедра Общественное здравоохранение №1, АО «Медицинский университет Астана»

УРОВЕНЬ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИИ К ВНЕДРЕНИЮ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (на примере, г. Астана)

В данной статье описываются результаты проведенного исследования по готовности медицинских организаций к внедрению Обязательного социального медицинского страхования. В настоящий момент введение широко обсуждается в СМИ и народе, поэтому изучение уровни готовности медицинских организации к внедрению ОСМС имеет смысл и фрагмент результатов нашего исследования можно будет использовать для анализа и изучения введении, тем самым повысить эффективность грядущих реформ в здравоохранении РК.

Для более ускоренного метода внедрения системы ОСМС в нашей стране, нами предлагается - необходимо расширить методы информированности как населения, так и понимания, путем привлечения студентов старших курсов медицинских университетов, магистрантов, докторантов для проведения бесед об ОСМС в различных сферах деятельности, а не только в сфере медицины.

Ключевые слова: медицинское страхование, информированность, население, руководитель медицинских организаций.

Актуальность: В своем Послании Народу Казахстана Глава государства отметил, о необходимости изучения вопроса по введению обязательного медицинского страхования. Главным принципом обязательного медицинского страхования является солидарная ответственность за здоровье граждан: самих граждан, государства и работодателей. Граждане принимают более активное участие в охране собственного здоровья. Принимая во внимание многогранность данного вопроса и вызовы, стоящие перед здравоохранением Казахстана в будущем, обязательное социальное медицинское страхование (далее - ОСМС) призвано обеспечить всем гражданам равный доступ к получению качественной медицинской помощи в объеме и на условиях, соответствующих программам ОСМС. ОСМС предполагает создание единого Национального фонда в РК, с помощью которого будет возможно увеличение государственного бюджета и финансирование здравоохранения, что предполагает улучшение качества оказания медицинской помощи и повышение уровня здоровья населения РК [1,2,3].

Введение настоящее станет одним из важнейших аспектов реформы здравоохранения, проводимой в Казахстане, оно направлено на решение вопросов оказания медицинской помощи населению в современных условиях. ОСМС призвано привлечь в здравоохранение дополнительные финансовые средства, повысить устойчивость системы здравоохранения и обеспечить всем гражданам Республики Казахстан равные возможности в получении лечебно-профилактической помощи, предоставляемой за счет страховых взносов и платежей в объеме и на условиях соответствующих программ [3,4,5].

В настоящий момент введение широко обсуждается в СМИ и народе, поэтому изучение уровни готовности медицинских организации к внедрению ОСМС имеет смысл и фрагмент результатов нашего исследования можно будет использовать для анализа и изучения введении, тем самым повысить эффективность грядущих реформ в здравоохранении РК.

Цель: Определить уровень готовности медицинских организаций к внедрению Обязательного Социального Медицинского Страхования.

Материалы и методы исследования: информационно – аналитический, статистический, социологический (анкетирование).

По результатам анкетирования целью, которой было оценить уровень готовности медицинских организации к ОСМС города Астана, было анонимно опрошено 31 человек (руководителей).

Половой состав: 18 женщин и 13 мужчин. Возраст респондентов от 25 года до 60 и свыше лет. Из них: от 25 года до 35 – 11 человек, от 35 до 45 лет – 13 человек, от 45 до 60 лет – 5 человек. Свыше 60 лет – 2 человек.

Результаты и обсуждение: В нашем исследовании после проведения анкетирования и детального анализа анкет мы получили следующие результаты: как известно прошлый опыт ОСМС в 90 - е годы был неудачным, и после этого сложилось свое мнение. И, конечно же, немаловажно мнение руководителей о введении ОСМС. Большинство руководителей 74% относится положительно к внедрению ОСМС в

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Казахстане, 10% отрицательно из - за прошлого опыта, 3% по личным причинам, и 3% отрицательно (рисунок 1).



Рисунок 1 – Мнение респондентов о введении ОСМС.

Преимущества и недостатки знают 58% руководителей, 36% затруднились ответить, 6% не знают (рисунок 2).

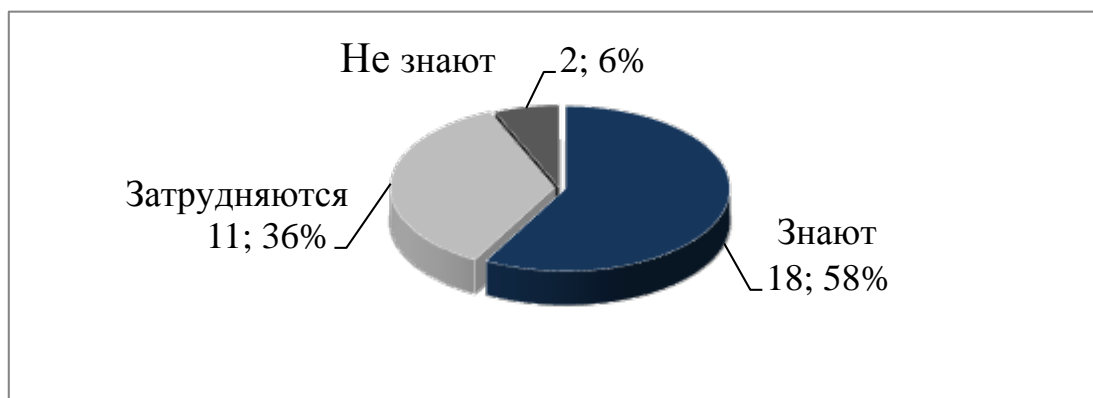


Рисунок 2 - Знание респондентов о преимуществе и недостатке ОСМС

Также при введении ОСМС повысится конкуренция между медицинскими учреждениями. Для того, чтобы быть конкурентно способным, медицинским организациям необходимо повышать квалификацию медицинского персонала, вводить новые технологии лечебно-диагностического процесса, оснащаясь новейшими аппаратами. Связи с этим, мы хотели узнать мнение руководителей о повышении качества медицинских услуг (рис.3) .

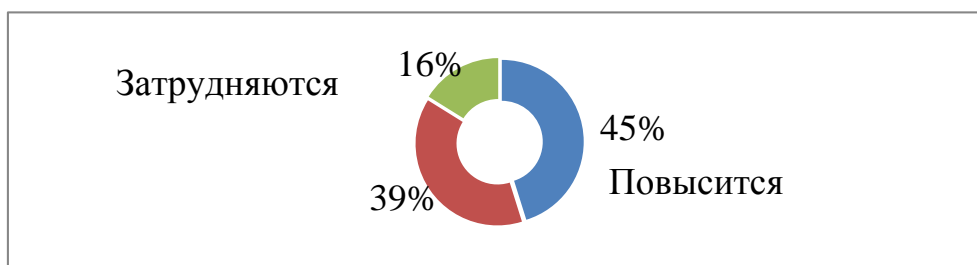


Рисунок 3 –Повысится ли уровень оказания медицинской помощи населению с введением ОСМС в медицинских организациях

Исходя из рис.3, нашими респондентами было отмечено преимущество ОСМС в том, что появится конкуренция, за счет чего улучшится обслуживание пациентов, улучшится техника и технология лечения.

При внедрении ОСМС, понимают, что уровень оказания медицинской помощи повысится, считают 45%, 39% думают, что не изменится, 16% затруднились ответить.

Определить населением предпочтение обращаться в государственные медицинские учреждения или же будут пользоваться услугами частных медицинских организаций мы узнали, что 55% респондентов считают, что все-таки предпочтение государственным медицинским учреждениям, а 45% - частным (рисунок 4).

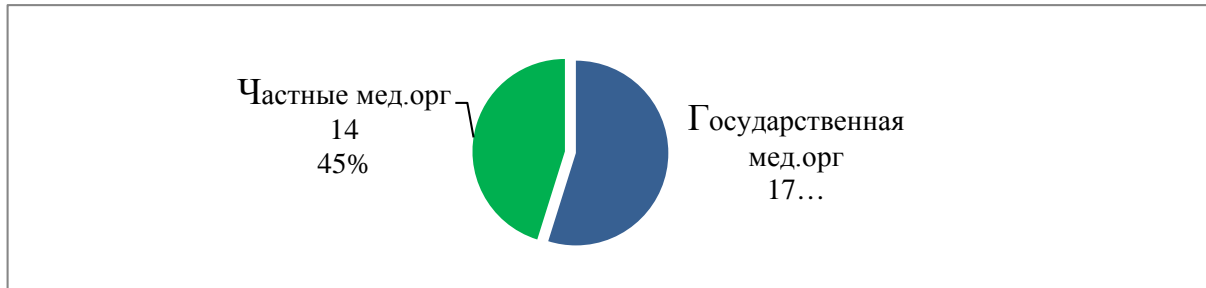


Рисунок 4 – Мнение респондентов о предпочтениях населения медицинским организациям

Готовность, нашей страны к изменениям 55% руководителей считают, что готова к внедрению ОСМС в Казахстане (рис.5), тогда как 45% думают, что мы не готовы. После внедрения ОСМС ждем больших перемен, и положительных результатов.



Рисунок 5 – Мнение об эффективности введения Обязательного социального медицинского страхования (ОСМС)

Заключение. Таким образом, Обязательное социальное медицинское страхование предполагает создание единого Национального фонда ОСМС в РК, с помощью которого, будет возможно увеличение государственного бюджета и финансирование здравоохранения, что предполагает улучшение качества оказания медицинской помощи и повышение уровня здоровья населения РК.

Таким образом, система ОСМС является наиболее адекватной формой социально-экономических отношений в здравоохранении в условиях действия рыночных механизмов.

Выводы:

1. Согласно, проведенного анализа литературных источников, установлено, что систему медицинского страхования целесообразно рассматривать в двух аспектах. Первое - процесс поступления финансовых ресурсов и их расходование на лечебно-профилактическую помощь. Второе - медицинское страхование дает гарантию получения этой помощи, при чем ее объем и характер определяется только условиями страхового договора.

2. Анализ данных внедрения медицинского страхования в 90-е годы в Казахстане, показал, что за социально уязвимые группы населения вносили взносы местные исполнительные органы, само занятое население должно было платить самостоятельно, однако оно не платило, в связи с чем, по некоторым данным, примерно 25% населения выпало из системы ОСМС. Следовательно, в настоящее время Реформа ОСМС поможет создать конкуренцию между страховыми организациями и среди медицинских учреждений, улучшить систему финансирования здравоохранения. Большинство руководителей относится положительно к внедрению ОСМС в нашей стране и считают, что наша страна готова.

Практические рекомендации

Для более ускоренного метода внедрения системы ОСМС в нашей стране, нами предлагается - необходимо расширить методы информированности как населения, так и понимания, путем привлечения студентов старших курсов медицинских университетов, магистрантов, докторантов для проведения бесед об ОСМС в различных сферах деятельности, а не только в сфере медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. 17 января 2014 г.
2. Первая европейская конференция ВОЗ по новой европейской политике здравоохранения – Здоровье-202, Иерусалим, Израиль, 28–29 ноября 2011 г. 7 ноября 2011 г.
3. Абылкасымов Е. Исторические, теретические и организационно-экономические основы введения системы омсв республике Казахстан. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва - 1996.
4. Концепция внедрения обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан до 2030 года.
5. www.zakon.kz.

ТҮЙІНДЕМЕ

САКИ А.К.¹, ТУРГАМБАЕВА А.К.², БУКЕЕВА Ж.К.³

¹Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, әл-Фараби атындағы ҚазҰУ,
² «Астана медицина университеті» АҚ, №1 Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы,
³ «Астана медицина университеті» АҚ, №1 Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасы

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ
САҚТАНДЫРУДЫ ЕНГІЗУГЕ ДАЙЫНДЫҚ ДЕНГЕЙІ
(Астана қ. үлгісінде)

Осы мақалада медициналық ұйымдардың Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізуге даярлығының зерттеу қорытындылары сипатталады. Қазіргі уақытта міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу БАҚ-та және халық арасында кеңінен талқыланып келеді, сондықтан да МӘМС енгізуде медициналық ұйымдардың даярлық деңгейін зерттеудің мәні бар. Зерттеу нәтижелеріміздің үзіндісін МӘМС талдау мен енгізуді зерттеу үшін пайдалану ҚР денсаулық сақтау саласындағы болашақ реформалардың тиімділігін арттыруға мүмкіндік береді.

Елімізде МӘМС жүйесін жеделдетіп енгізудің әдісі ретінде медицина саласында ғана емес, сонымен қатар түрлі қызмет салаларында МӘМС туралы әңгімелесулерді өткізу үшін медицина университеттерінің жоғарғы курс студенттерін, магистранттар мен докторанттарды тарту арқылы халыққа ақпараттандыру және түсіндірме жұмыстарын өткізу әдістерін кеңейту қажеттілігін ұсынамыз.

Негізгі сөздер: медициналық сақтандыру, ақпараттандыру, тұрғындар, медициналық ұйым басшылары.

SUMMARY

A.K.SAKI¹, A. K. TURGAMBAYEVA², ZH. K. BUKEYEVA³

¹ Health policy and management department, Higher School of Public Health, Al-Farabi KazNU,
² JSC «Astana Medical University»
³ JSC «Astana Medical University»

LEVEL OF READINESS OF MEDICAL ORGANIZATION FOR INTRODUCTION OF THE COMPULSORY
SOCIAL HEALTH INSURANCE
(The case of the city of Astana)

This article describes the results of the research conducted to evaluate the level of readiness of medical organizations for introduction of the Compulsory social health insurance (CSHI). The introduction of the health insurance is widely discussed by mass media and the public. Consequently, studying the level of readiness for introduction of the CSHI is reasonable. A part of our research may be used for the analysis and study of the introduction process, and therefore raise effectiveness of the coming political reforms in the healthcare sector of the Republic of Kazakhstan.

To speed up the CSHI introduction procedure in our country we suggest extending the population awareness and consciousness methods by involving the senior students of the medical universities, master's degree and PhD student to hold discussions about CSHI in various fields going beyond the medical one.

Key words: health insurance, awareness, population, heads of medical organizations.



УДК 612.825.8.:613.865:159.944.4

БУРУМБАЕВА М.Б.¹, МУСИНА А.А.¹, А. СТАНКУС², ШОЛАНОВА М.К.¹, ИЛЬЯСОВА Б.М.¹

¹ АО «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан

² Клайпедский университет, Клайпеда, Литва

ВОЗРАСТНЫЕ И СТАЖЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ Г.АСТАНА

Аннотация

В статье представлены результаты сравнительного анализа уровней ситуативной и личностной тревожности среди женщин-педагогов общеобразовательных школ г.Астана с учетом возраста и стажа.

Ключевые слова: ситуативная тревожность, личностная тревожность, стажированные педагоги, труд учителей.

Сохранение здоровья работающего контингента является одной из основных задач человечества [1]. Труд педагогов, который сопровождается длительными психоэмоциональными перегрузками, информационным стрессом, высокими уровнями тревожности [2] за счет повышенной ответственности за проделанную работу, при нерациональных условиях может привести к напряжению адаптационных механизмов организма и развитию профессионального стресса [3-5]. Риск развития психологических и соматических нарушений повышается при увеличении стажа трудящихся, особенно при сочетании возрастных физиологических сдвигов.

Цель. Изучить возрастные и стажевые особенности уровней ситуативной и личностной тревожности у женщин-педагогов общеобразовательных школ г.Астана.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 200 учителей. Средний возраст обследованных – 49,5±0,5 лет, стаж работы по специальности - в среднем 27,7±0,5 лет (от 20 до 50 лет). Все исследованные женщины были разделены на возрастные (40-44 года, 45-49 лет, 50-54 года, 55-59 лет, 60 лет и старше) и стажевые (20-24 года, 25-29 лет, 30-34 года, 35-39 лет, 40 лет и более) группы.

Для изучения психоэмоционального состояния использовали шкалу самооценки тревоги Спилбергера, адаптированную Ю.Л. Ханиным [Батаршев А.В., 2005]. Уровень тревожности оценивали по сумме баллов показателей ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ): <30 баллов — низкий, 30–45 баллов — умеренный, >45 баллов — высокий.

Результаты и обсуждение. Расчет процентного соотношения доли «низкого», «среднего» и «высокого» уровней СТ по возрастам показал следующее (рисунок 1): в возрастной группе 50-54 года превалировал «высокий» уровень СТ, составивший 70,7%, что было наибольшим значением среди всех сравниваемых групп.

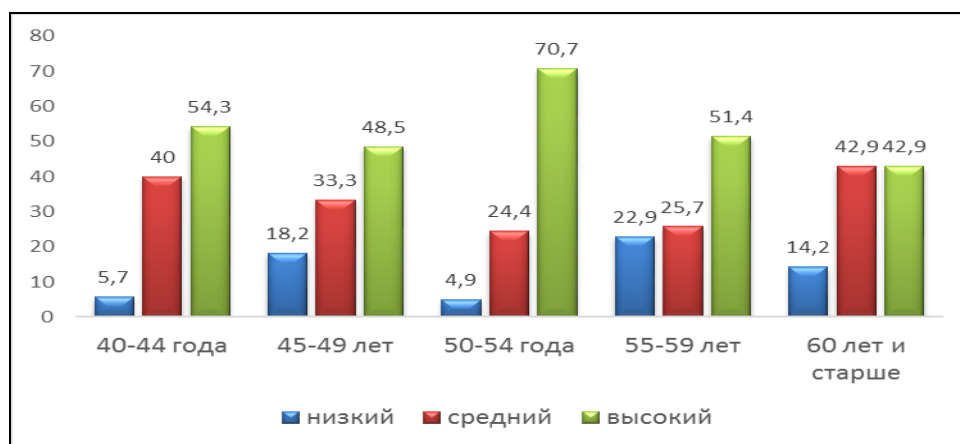


Рисунок 1. Уровни СТ в зависимости от возраста

На втором месте была возрастная группа 40-44 лет (54,3%) и на третьем женщины в возрасте 55-59 лет (51,4%), значения СТ у которых не сильно отличались от других; «средний» уровень СТ был наиболее высоким в возрастной группе 40-44 лет, «низкий» уровень СТ превалировал у женщин 55-59 лет и соответствовал 22,9%.

У учителей с увеличением возраста была отмечена тенденция к повышению уровня ЛТ (рисунок 2). Так, у женщин 40-44 лет доля «высокого» уровня ЛТ была отмечена в 71,4% случаях, тогда как у женщин

60 лет и старше составила 95,2%. Доля «среднего» уровня ЛТ составила 40% у женщин возрастной группы 55-59 лет, тогда как в остальных группах была не высокой и варьировала от 4,8% до 25,7%. Доля «низких» уровней ЛТ в возрастных группах была минимальной и не превысила даже 5%.

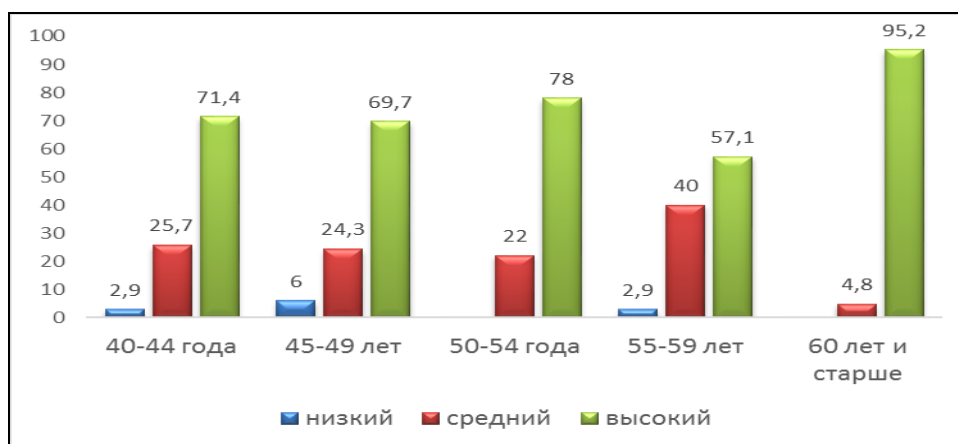


Рисунок 2. Уровни ЛТ в зависимости от возраста.

Такая разрозненность процентных соотношений в уровнях СТ и ЛТ по возрастам свидетельствует о нарастании адаптации, привыкании к социальным факторам, проявляющихся в невысоких уровнях ситуативной тревожности и увеличении озабоченности, склонности к самоупрекам, недооценке своих возможностей, принижении своей компетентности, что приводит к повышению личностной тревожности [6].

Процентные соотношения доли «низкого», «среднего» и «высокого» уровней СТ и ЛТ в зависимости от стажа были пропорциональны возрастным особенностям (рисунок 3). В стажевой группе 30-34 года превалировал «высокий» уровень СТ, составивший 68,8%; «средний» уровень СТ был наиболее высоким у женщин со стажем 25-29 лет (41,9%), «низкий» уровень СТ превалировал у женщин с наибольшим стажем и соответствовал 20%.

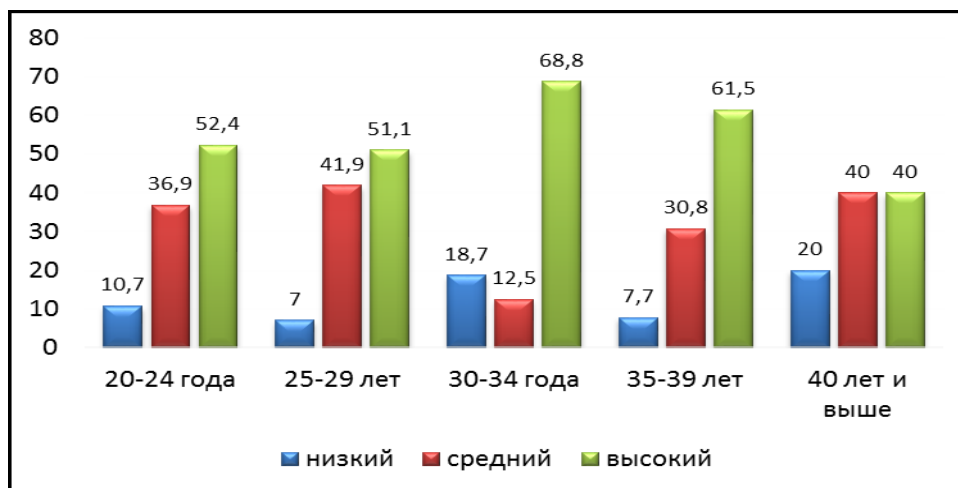


Рисунок 3. Уровни СТ в зависимости от стажа.

Личностная тревожность также имела тенденцию к повышению с увеличением стажа работы (рисунок 4). Важно отметить, что большая половина учителей характеризовали свои состояния как высокотревожные.

Доли «средних» уровней ЛТ были схожи и были в диапазоне 13,3%-32,6%. После стажа 29 лет уровень ЛТ соответствовавший «среднему» уменьшался и преобладал «высокий» уровень ЛТ. Так, «высокие» уровни ЛТ были отмечены в разных стажевых группах от 67,4% до 86,7% случаев и наибольшее значение было у женщин со стажем 40 лет и более.

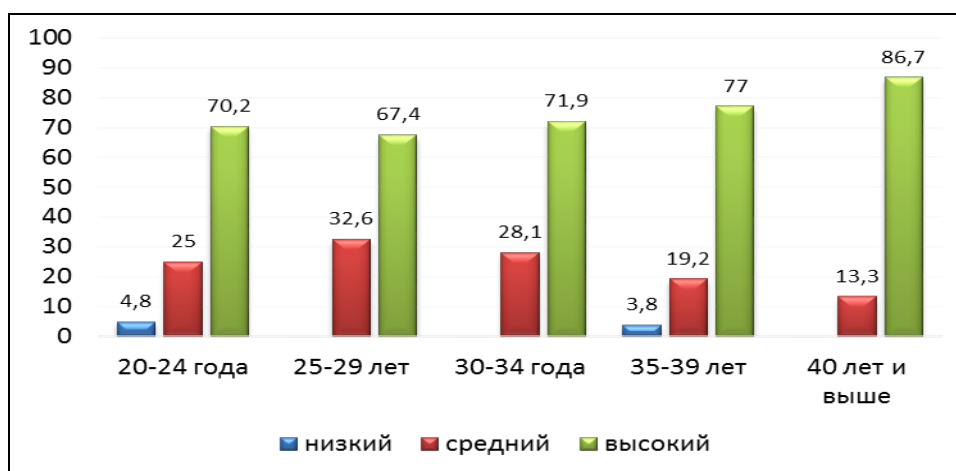


Рисунок 4. Уровни ЛТ в зависимости от стажа.

Заключение. Резюмируя вышеизложенное можно сказать о том, что с увеличением возраста и стажа уровень СТ у педагогов снижается после предпенсионного возраста, однако уровень ЛТ наоборот повышается с увеличением стажа. Согласно литературным данным, при стаже более 20 лет отмечается тенденция роста уровня развития личностной тревожности, что было схоже с полученными нами данными. Исследователи, связывают повышение личностной тревожности в зависимости от стажа работы с невладением ими новыми формами и методами инновационных технологий. Высокая тревожность учителя является центральным личностным новообразованием, негативно влияющим на его профессиональную деформацию в контексте инновационной деятельности [7].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008–2017 гг.: пути и перспективы реализации. ВОЗ, 2007.
2. Гревцова Е. А. Комплексная социально-гигиеническая оценка условий труда и здоровья учителей общеобразовательных школ центрального федерального округа Российской Федерации и меры их оптимизации – 14.00.07 - Рязань, 2007
3. Березин М.А. Факторы риска развития пограничных нервно-психических расстройств у педагогов общеобразовательных школ/Теория и практика медицинской психологии и психотерапии: сб. статей.-СПб., 1994.-С. 188-192.
4. Величковская С.Б. Зависимость возникновения и развития стресса от факторов профессиональной деятельности педагогов – 19.00.07 - Москва, 2005
5. Ахмерова С. Г. Профессиональная деятельность и здоровье педагога / С. Г. Ахмерова. – М. : Арсенал образования, 2010. -160 с.
6. Хусаинова Р.М., Гредюшко О.П. Особенности ситуативной и личностной тревожности в учебной и педагогической деятельности // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5.
7. Ядгарова Н., Турсынбаев А., Мариева А. и др. Психологические особенности личностной тревожности современного учителя // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 11-2. – С. 29-33.

ТҮЙІН

БУРУМБАЕВА М.Б.¹, МУСИНА А.А.¹, А. СТАНКУС², ШОЛАНОВА М.К.¹, ИЛЬЯСОВА Б.М.¹

¹ «Астана медицина университеті» АҚ, Астана қ.

² Клайпеда университеті, Клайпеда, Литва

АСТАНА Қ. ЖАЛПЫ БІЛІМ БЕРУ МЕКТЕПТЕРІНДЕГІ МҰҒАЛІМДЕРДІҢ ЖАҒДАЙЛЫҚ ЖӘНЕ ТҮЛҒАЛЫҚ МАЗАСЫЗДАНУЫНЫҢ ЖАСТЫҚ ЖӘНЕ ӨТІЛДІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада Астана қ. жалпы білім беру мектептеріндегі әйел-мұғалімдердің жағдайлық және тұлғалық мазасыздануының салыстырмалы талдауы жас пен өтілге негізделіп келтірілген.

SUMMARY

BURUMBAYEVA M.B.¹, MUSSINA A.A.¹, A. STANKUS², SHOLANOVA M.K.¹, ILYASOVA B.M.¹

¹JSC " Astana medical university ", Astana

²Klaipeda University, Klaipeda, Lithuania

AGE AND STAGE PECULIARITIES OF SITUATIVE AND PERSONAL ANXIETY
OF TEACHERS OF SCHOOLS OF ASTANA

The article presents the results of a comparative analysis of the levels of situational and personal anxiety among female teachers of general schools in Astana, taking into account age and length of service.



УДК: 613:377.031

МУХАЖАНОВА Б.Ш., АБДУЛДАЕВА А.А., ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.

«Астана Медицина Университеті» АҚ

МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖ СТУДЕНТТЕРІНІҢ ОҚУ БАРЫСЫНДАҒЫ ҚОЛАЙСЫЗ
ФАКТОРЛАРЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ АРҚЫЛЫ ОҚУ-КӘСІПТІК ҚЫЗМЕТІН ЫНТАЛАНДЫРУ

Аннотация:

Кәсіби оқыту қызметі – бұл нәтижесінде кәсіби білімді, ептілік пен икемділікті қалыптастыратын, сондай-ақ кәсіпқой маманның жеке қасиеті мен кәсіптік қабілетін дамытатын оқу қызметінің өзгеше формасы.

Тұлғаны ынталандыру – ынталандыру саласының негізгі бөлімі. Ынталандыру – бұл іс-әрекеттің белгілі түрлерін жасау үшін адамға тұртікі болатын және оның бағыттылығын анықтайтын психиканың белсенді жағдайы. Бұл «ынталандыру» ұғымының жалпы және кең анықтамасы. Бұл терминнің нақты анықтамасы адам жүріс-тұрысына әсер ететін ынталар (факторлар) жиынтығын білдіреді. Адамдардың ішкі қозғалысы (қажеттіліктері, ынталары) олардың тәртібі мен кәсіби қызметінің негізінде жатыр.

Кілтті сөздер: ынталандыру түсінігі, оқу қызметінің ынталандыру проблемасы, оқу қызметін ынталандыру.

Орта кәсіби білім беру орындарында кәсіби оқыту қызметінің ынталарын зерделеудің саралау тәсілдемесі екі ынталандыру тобына бөлудің негізі бола алады: кәсіби оқыту ынталары және әлеуметтік-кәсіби ынталар. Әрбір топта ынталандырудың үш түрі бар.

Кәсіби оқыту ынталарына ауқымды кәсіптік оқытуды ынталандыруды, тар шеңбердегі кәсіптік оқыту ынтасын және кәсіби өзіндік оқыту ынтасын жатқызуға болады. *Әлеуметтік кәсіби ынталар тобын* ауқымды әлеуметтік кәсіптік ынта, ауқымсыз әлеуметтік-кәсіптік ынта мен кәсіптік ынтымақтастық ынталары құрайды. [1]

Болашақта студенттердің кәсіби қалыптасуы үшін кәсіптік өзіндік оқу мен кәсіптік ынтымақтастық ынталарының маңызы зор.

Орта кәсіби білім беру мекемелерінде кәсіптік оқыту қызметі ынталарының әрбір түрлерінде әрекеттілік, басым болушылық, өзіндік және жете түсіну сияқты маңызды сипаттамаларды бөліп қарастыруға болады. Олар осы ынталардың деңгейлік дамуын ашады және бірлесе отырып олардың дәрежесін анықтайды. [2]

Орта кәсіби білім беру мекемелерінде студенттерге кәсіби оқыту қызметі ынталарының қалыптастырушы тәсілдемесі келесі шарттарға негізделген:

- оқу орындарында кәсіби оқыту қызметін игеру (оқыту әрекеттері, бақылау әрекеттері және бағалау әрекеттері);
- кәсіби оқыту рефлексиясын жүзеге асыру;
- арнайы әрекеттер жүйесінің орындалуы [3](өзіндік ынталандыру әрекеттерін талдауы, ынталар қатынасы әрекеттері мен кәсіби оқыту қызметін ынталандыруды құрылымдау әрекеттері).

Қазіргі уақытта жоғары білікті мамандардың қалыптасу мәселесі - маңызды мәселелердің бірі. Қазіргі қоғам медициналық колледж түлегіне қатаң талаптар қояды, олардың ішінде маңызды орын алатыны жоғары кәсіпқойлылық, белсенділік, жаны аши білу, өзара түсінісу негізінде тілдесу икемділігі, медициналық этика мен деонтологияны білу.

Қазіргі оқыту жағдайында болашақ мамандарды даярлауды жетілдіру үрдісі едәуір күрделі және көптеген факторларға байланысты. Сол факторлардың бірі - медициналық маман ретінде білім алуға деген қызығушылығын арттыру және игеретін мамандықтың маңызын ұғындыру. Бұл жағдайда болашақ қызметті ынталандыру қажеттілігінің сәйкестігі әлеуметтік жетілген тұлғаны қалыптастырудың қолайсыз шарты болып табылады.

Ынталандыру мәселесі - оқытудың іргелі мәселелерінің бірі. Қазіргі қоғам өз бетімен ойлай алатын, өз алдына және қоғамда жаңа міндеттер қоя алатын және олардың шешімін таба алатын, жеке және ұжымдық еңбекке дайын болатын, өзі үшін, басқа адамдар мен қоршаған әлем үшін өз амалдарының салдарын ұғына алатын адамды қажет етеді. Сондықтан студенттің танымдық ынтасының дамуы бірінші жоспарға қойылады.

Дипломы бар медицина маманын даярлаудың қазіргі үрдісі қоғамда болашақ медицина маманының тұлғалық әлеуеті даму қажеттігі артқандықтан орта кәсіби білім жүйесіндегі білім беруді ұйымдастырудың жаңа талаптарын қажет етеді. Оқытуда еркіндіктің оң анықтауыштары бар: әрекет ету, өзгерту, құру және шабыттандыру еркіндіктері. Сонымен бірге оқытудың өзекті аспектісі қалыптастырудың кешендік тәсілдемесіне қызығушылықты арттыру және оқытудағы ынталандыру аспектілерінің деңгейін арттыру болып табылады.

Осылайша, қойылған мәселенің ғылыми жолы болашақ мамандардың танымдық әлеуетін дамыту көзқарасы үрдісінің оқыту тұжырымдамасын әзірлеуге байланысты.

Осыдан анықтағанымыз медициналық зерттеулердің мақсатын өздігінен құра алатын, қойылған міндеттерді әзірлей алатын және нәтижелерін медициналық практикада, сондай-ақ білім беру кеңістігінде қолдануға мүмкіндік беретін медицина студенттерінің ойлауын ұйымдастыру құралдары мен тәсілдерінің белгілі жүйесі қажет.

Медицина студентінің танымдық қабілетін ынталандыруды дамыту мәселесі оқу қызметі туралы қорытындылар мен түйіндер жасауға мүмкіндік беретін, толықтай білім беру үрдісінің маңызды элементі ретінде, кәсіптік даярлаудың бір бөлігі ретінде қарастырылады.

Оқыту үрдісін ынталандыру тұжырымдамасын әзірлеу - кешендік тәсілдемелерге негізделген және медицина мамандарын даярлау саласында қазіргі маңызды мәселе. Бұл оқу үрдісінің қатысушыларынан байсалды ғылыми-теориялық дайындықты және болашақ маман қызметінің ерекшелігін түсінуді талап етеді. [4]

Ынталандырудың бірнеше тәсілдері бар, олардың ішінен келесілерді бөліп алуға болады:

1. Нормативтік ынталандыру – идеялы психологиялық құралдар арқылы ықпал етіп студенттің белгілі бір әрекет етуіне түрткі болу: сендіру, иландыру, ақпараттандыру, психологиялық әсер ету және т.с.с.;

2. Мәжбүрлі ынталандыру, студент сәйкес талаптарды орындамаған жағдайда билікті пайдалана отырып, студент талаптарының қанағаттанбауы төмендегенде айбат көрсету;

3. Уәждеме – тікелей тұлғаға әсер ету, ал сыртқы мән-жайға игіліктердің, яғни ынталар, бағалар көмегімен студентті белгелі әрекетке бағыттау.

Менің ойымша, болашақ медициналық қызметкерлерді даярлау - танымдық ынталандыру деңгейін қалыптастыруға және арттыруға жасалған жағдайдың кешенді сипаттамасы. Осы жағдай студенттердің практикаға даярлау мазмұнының ерекшеліктері мен әдістерін, олардың өзіндік танымдық қызметке бағытталуын анықтайды.

Арнайы білімді, ғылыми-материалистік дүниетанымды, қоғамдық белсенділікті, іске қатысты жауапкершілікті, ұйымдастыру қабілетін дамытуды қалыптастырумен қатар студенттің тұлғалық қасиеттерінің дамуы, оның шығармашылық қызметке мұқтаждығын тәрбиелеу, емделушіге жан ашырлық, эмпатия сияқты дербес тәсілдеме табу ептілігінің мәселесі негізгі міндет ретінде қарастырылады.

Қоғамда өз бетінше өмірге ену, өзіндік дербес өмірбаянын қалыптастыру бастамасы тегіс әрі шиеленіссіз өтпейді. Бұл жағдай жеке алғанда, өзара көмегі мен қолдауы бар мектеп ұжымынан кетумен байланысты, колледждегі өз бетінше оқуға дайын болмау, оқу мен демалыстың тиімді тәртібін іздеу, тұрмыс және өзіне қызмет көрсетуді ыңғайлаумен байланысты жаңа жағдайға бейімделу үрдісі көп жағдайда теріс күйзеліспен өтетіні анықталған.

Өмірлік тәжірибесі жеткілікті болмағандықтан жас адамдар идеал мен иллюзияны, қиялға берілу мен экзотиканы және т.б. шатастырып алады. Бозбала мен бойжеткендердің мінез-құлқында кейбір кезде сыртқы агрессиялықпен, дөрекілікпен немесе түсініспеу сезімімен, кейде тіпті өзінің олқылығын көрсетумен ілесетін ішкі өз-өзіне сенбеушілік пайда болады.

Студенттік жасында өз кәсіптік және өмірлік таңдауынан түңілу жиі болып тұрады, өз дегеніндей болмауы, медик мамандығымен оны игеру туралы көзқарастың шынайылығы ойландырады.

Әрбір жас ерекшелігінің үстемдік сипаттамасы бар: адам дамуының әлеуметтік жағдайы, қызмет түрінің жетекшілігі, маңызды психологиялық жаңалықтар. [5]

Студенттер дамуының әлеуметтік жағдайы жас ерекшеліктерімен және олардың кәсіптік ниетінің ерекшелігімен, тұлға мәртебесінің өзгеруімен анықталады. Жаңа әлеуметтік рөлі арқылы студент оқу қызметінде болсын немесе бос уақытында болсын тілдесу саласы мен объектілерін таңдауда еркіндікті сезінеді. [6] Жас адамның бос уақытын тиімді пайдалана білуіне оның өмір сүру ортасы тікелей әсер етеді, ал өмір сүру ортасын өзгертін болса, онда ол студентке кері әсерін тигізуі мүмкін. Жаңа мәртебе бозбала мен бойжеткендердің өмірдегі тұрмысы мен материалдық қамтамасыз етілуін ұйымдастыру мәселелеріне ойландырады.

Студенттердің оқыту үрдісінде дәстүрлі түрде алға жылжуы оның тұлғалық қызығушылығы мен білімге деген ынтасы маңызды параметр болып табылады.

Жоғарғы курс студенттері әдетте оқумен қатар басқа да мәселелерді шешеді: олар мамандық бойынша жұмыс табуға тырысады, жанұя құрады, жеке, азаматтық, әлеуметтік және саяси басымдықтарды анықтайды. [7] Осының барлығы жеткілікті реттелген колледж өмірімен қайшылықтарға әкеледі, ол студенттердің арнайы жас ерекшелігіне және әлеуметтік кәсіптік тобына байланысты кәсіптік сана-сезімді, танымдық қызығушылықтарды, коммуникативті мәдениетті өзгертуі мүмкін, бұл студенттің қызметтің жетекші түрлері мен психикалық жаңашылдық бойынша дамуында қиындық тудырады. Осы аталғандар жағдайлармен курстан курсқа көшкен студенттердің оқуға деген қызығушылығының төмендеуін түсіндіруге болады.

Біздің бақылауымыз көрсеткендей, студенттерде оқудың басында алғашқы күйзеліс болады. Бірінші курстағыларға біреудің көмегінен үйрену қиын, оларда қорқыныш сезімі пайда болады, оларда өз-өзіне деген сенімсіздік болады, кәсіптік таңдауының дұрыстығына күмәнданады. Өкінішке орай, кей кезде оқытушылардың студенттерге күрделі бейімделу кезеңінде қолдау көрсете білетін кәсіптік құзыреттілігі жеткіліксіз болып жатады.

Осы күйзелістен өтудің маңызды факторы студенттің оқу қызметінің субъектісі ретінде дамуы, білімге позитивтік ынталандыруды қалыптастыру болып табылады, бұның барлығы студенттің болашақта кәсіптік дамуына және оқу ортасын эмоционалды қабылдауына әсер етеді.

Екінші күйзеліс денсаулық сақтау мекемелерінде алғашқы практикадан өткенде және курсты тәмамдар кезде болады, бұл жағдайда «когнитивті диссонанс» орын алады, яғни, студентте екі психологиялық қайшылық пайда болады: «медицина туралы білімі» және кәсіптік абыройындағы әлеуметтік мәртебесі. [8] Бір жағынан алғанда – теориялық, зерделеу үрдісінде алынған нормативтік білім, екінші жағынан алғанда – қазіргі жұмыс жүйесі, шамадан тыс жүктеме, тілдесу мәселесі, орташа медициналық қызметкердің аз еңбек ақысы және т.с.с. Бұл диссонанстан өту студенттің кәсіптік таңдауының маңызды ынтасына айналады, себебі болған жайттарды қайта қарауға, мамандықты таңдау себебіне, және табысты кәсіптік адам ретінде өзіне баға беруге әсер етеді.

Аталған екі күйзелісте студенттің когнитивті динамикасының құрамына (білімге ынталану мен танымдық үрдістердің ерекшеліктеріне, оқу қызметі мен кәсіптік біліктіліктің қалыптасуына), сондай-ақ кәсіптік-тұлғалық қасиеттеріне, этикалық орнықтылығы мен болашақ медициналық қызметкер ретіндегі құндылық бағыттарының дамуына әсер етеді.

Болашақ маманның жоғары білікті маман ретінде қалыптасуы тек кәсіптік қалыптасудағы ынталы құндылықты қарым-қатынас болғанда ғана іске асырылады. [9]

Қазіргі білім беру үрдісі педагогикалық, психологиялық, когнитивті және валеологиялық компоненттерді ықпалдастыруы қажет. Студенттерді оқыту мен тәрбиелеуді реттейтін болашақ кәсіптік қызметтің оқыту кеңістігінде моделдеу негізінде этика мен деонтология үлгісін, оқыту үрдісінің гуманистік бағыттын, креативтік, жеке сараптамалы тәсілдеме мен эмпатияны беретін тәсілді құру қажет.

Оқытуды ынталандыруды қалыптастыру бойынша оқытушылар да өз үлестерін қоса алады. Ең бастысы олардың әрқайсысы студенттердің білімге деген теріс көзқарасын өзгертуі керек. [10] Ол үшін осы мақсатты іске асыру жолдарын анықтау қажет:

- 1) Табысқа жетуде тұрақты ынталандыруды қалыптастыру.
- 2) Студенттердің қабілетіне қарай қызмет түрлерін таңдауына көмектесу.
- 3) Студенттердің табысқа жетуіне және оң эмоцияда болуына жағдай жасау.
- 4) Мүмкіндіктеріне қарай қабілеттеріне сәйкес келетін мақсат қоя білуге дағдылау.
- 5) Қызмет түрлерін орындау барысында студент өз бастамасын көрсетіп топ пен колледжде таныла алатындай қызметті таңдап алуға көмектесу.
- 6) Оқу қызметінде аз болса да сәттіліктерін атап көрсетіп, мадақтау айтарлықтай жақсылыққа беттетеңді.
- 7) Байсалдылықпен, тілектестікпен, қызығушылықпен сөйлесу.

Білімді ынталандыру - әрбір оқытушы ұжымы мүшесінің алдында тұрған міндет. Оның табысты орындалуына тек ұжымның барлық мүшелерінің күштері біріккенде ғана қол жеткізуге болады.

Оқыту үрдісінде танымдық қызметке ынталандыруды көтеру қажет, бұл жеке алғанда студенттің таңдаған қызметін жүзеге асыру қарқындылығымен, адамдарға көмектесуге бағытталған қызмет нәтижелерімен, сондай-ақ мақсаттарына жетудегі белсенділігімен түсіндіріледі.

Оқуды ынталандыруды зерделеу нәтижелері Б.Г. Ананьев, В.Г. Асеев, Л.И. Божович, П.Я. Гальперина, В.В. Давыдов, А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев, А.К. Маркова, Н.А. Менчинская, Е.Ю. Патяева, Д.Б. Эльконина, В.А. Якунина және тағы басқалардың еңбектерінде жазылған.

Оқытуды ынталандыру оқу қызметіне енгізілген ынталандырудың жеке түрі ретінде анықталады [11]. Оқыту қызметі құрылымының алғашқы компоненті (ынталандыруды П.Я. Гальпериннің [12] ойлау қызметін кезеңдік қалыптастырудың алғашқы міндетті кезеңі ретінде еске алайық) бола отырып, ынталандыру қызметі субъектінің маңызды сипаты болып табылады. Оқытуды ынталандыру бірқатар факторлармен анықталады: оқыту қызметі жүзеге асатын білім беру жүйесі, білім беру мекемесі, білім беру үрдісін ұйымдастыру, студенттің субъектілік ерекшеліктері (жасы, жынысы, зияткерлік дамуы, қабілеті, талаптану деңгейі, өз-өзін бағалауы, оның басқа студенттермен өзара әрекеті және т.б.), оқытушының субъектілік ерекшеліктері және оның ең алдымен студентке, іске деген қарым-қатынасы, оқу пәнінің ерекшелігі. Оқуға ынталандыру жүйелілігімен және бағыттылығымен, тұрақтылығымен, динамикалығымен сипатталады [13].

Е.Ю. Патяева оқыту үрдісінің түрлі типтері негізінде оқытуды ынталандырудың түрлерін ажыратады [14]. Берілген оқытуды ынталандыру студентке орындауға тапсырылған әрекеттерге негізделген. Берілген оқыту өз бетінше өз әрекеттерінің жалпы бағытын анықтай алмайтын, өз әрекеттерінің және басқаның әрекеттерінің негіздемелерін ойлай алмайтын, басқалармен өнімді өзара әрекет етуді жүзеге асыра алмайтын «орындаушыларға» тән.

Стихиялық оқытуды ынталандыру студенттің табиғи қызығушылығына сүйенетін «қалауы бойынша» әрекетіне негізделеді. Е.Ю. Патяеваның пікірі бойынша оқытудың бұл типі тұрақсыз және жүйесіз болуы мүмкін, себебі бұл айқындалған мақсат қоюды және оған жетуді, оларға жету жолындағы кедергілерді жеңуді үйретпейді.

Оқытудың ерекше типі өзі айқындалатын оқыту қызметі болып сипатталады. Студенттің өзі айқындай білетін қабілеті өз ынталарын және құндылықтарын тани білуді, талабы мен сезімінің арасындағы қақтығыс кезінде шешім қабылдай білуді, өз ұстанымын қалыптастыруды, оны негіздей және қорғай білуді, түрлі ұстанымдарды есепке ала отырып шешім шығара білуді, өнімді және нысанаға бағыттап отырып әрекет ете білуді біріктіреді. [15] Сондай-ақ, белгілі бір әрекетті орындау және орындамаумен байланысты туындауы мүмкін теріс салдарларды ұғынумен байланысты позитивті және негативті танымдық ынталандыру айқындалады.

Оқытуға ынталандыруды зерттей отырып, басты сұрақ оқыту ынтасының түрлері туралы сұрақ болады. Оқыту ынтасы студенттің оқу қызметінің осы немесе басқа жағына деген белсенділік бағыты (қызметі) ретінде ұғынылады [16]. Оқыту ынтасының бірнеше топтары бар. Л.И. Божович пікірі бойынша оқыту ынтасы сыртқы (оқу үрдісімен байланысты емес) және ішкі (оқытудың әртүрлі сипатынан туған) болып бөлінеді [17]. А.Н. Леонтьев «белсендіруші ынта» және «мағына тудыратын» ынталарға бөлді. «Бір себептер қызметті оята отырып, сонымен қатар оған тұлғалық мән береді, біз оларды мағына тудыратын себептер деп атаймыз. Басқалары ояту факторларының (оң немесе теріс) рөлін атқара отырып, мағына тудыру қызметінен айрылған, айқын эмоционалды, аффективті ынталар бар, біз оларды шартты түрде белсендіруші ынталар деп атаймыз» (А.Н. Леонтьев) [18]. Сондай-ақ, А.Н. Леонтьев оқыту ынталарын «білетін» («түсінікті») және «нақты қызмет ететін» деп бөледі. Оқыту ынталарының анағұрлым толық жіктелуін А.К. Марков ұсынды. [20] Ол оқыту ынталарының екі тобын көрсетеді: танымдық ынталар және әлеуметтік ынталар.

Танымдық ынталар тану үрдісіне, оның нәтижелерінің – білім, қабілет, дағдының тиімділігін арттыруға, сондай-ақ білімді тану және қабылдау әдістеріне, оқу жұмысының әдістері мен тәсілдеріне бағытталған. Олардың деңгейлері: кең ұғымдық себептер – білімге бағытталу; оқу-танымдық – білімді табу әдістеріне бағытталу; өз бетінше білім алу себептері – білімді өз бетінше толықтыру әдістеріне бағытталу.

Әлеуметтік себептер оқу барысында студенттің басқа адаммен осы немесе басқа жағынан өзара қарым-қатынасын, өзара қарым-қатынас тәсілдерінің бірлескен қызмет нәтижелерін, нәтиженің тиімділігін және тәсілдерін арттырудағы белсенділігін білдіреді. Олардың деңгейлері: кең әлеуметтік себептер – міндет, жауапкершілік; тар әлеуметтік немесе позициялық себептер – қоршаған адамдардың мақұлдауына ұмтылу; әлеуметтік ынтымақтастық себептері – қоршаған адамдармен өзара бірлесе әрекет ету тәсілдеріне ие болуға ұмтылу [21].

Бірқатар зерттеушілер (Л.И. Божович, П.М. Яковсон) [22,23] оқу қызметінің тиімділігі үшін екі құрамның да (танымдық және әлеуметтік себептер) болу қажеттілігін негіз етіп алады.

А.К. Марков [24] оқыту ынтасының мазмұндық және динамикалық сипаттарын айқындайды:

- мазмұндық сипаттар: ұтымдылық, ынталандыру саласының құрылымында басым болуы, пайда болу дербестігі, түсіністік, жинақылық;

- динамикалық сипаттар: тұрақтылық, айқындылық және күш, ауысушылық, эмоционалдық бояу, модальдық [25].

Оқыту ынтасын зерттеудегі басқа үрдіс мазмұндық және динамикалық сипаттарды жинақтайтын, оқыту ынтасының қалыптасуына әсер ететін, жағдайларды айқындауды болжайтын әдісті қалыптастыруды білдіреді.

Бұрынғы мектеп оқушысы жаңа оқу орнында оқи бастағаннан бірқатар өзгерістерге соқтығысады: біріншіден, студент қызметіне сыртқы бақылау деңгейі бірден төмендейді, екіншіден, оқу қызметінің құрылымы өзгереді – оқыту ынталары толықтырылады және кәсіптік себептермен тығыз шиеленіседі, үшіншіден, жаңа әлеуметтік ортаға енеді – «студенттік» [26]. Осындай өзгерістерде студенттің оқу қызметінің ынтасы туралы мәселе ең маңызды болып табылады.

Түрлі авторлар оқу орнына түсудің түрлі себептерін атайды, көп жағдайда осы мәселені зерттеу қырына, мемлекеттегі әлеуметтік-экономикалық жағдайға байланысты болады. Оқу орнына түсудің негізгі себебі мыналар болып табылады: студент жастардың ортасында болу тілегі, мамандықтың қоғамдық мәні және оны қолданудың кең саласы, мамандыққа қызығушылығы мен икемінің сәйкес келуі және оның шығармашылық мүмкіндіктері. Қыздар көп жағдайда мамандықтың үлкен қоғамдық мәнін, оны қолданудың кең саласын, ірі қалалар және ғылыми орталықтарда жұмыс жасау мүмкіндіктерін, мамандықтың жақсы материалдық қамтамасыз етілуін атайды. Жігіттер тандалған мамандық мүдделері мен бейімділігін жиі атайды. Отбасылық дәстүрді де алға тартады.

Студенттердің оқу қызметтерін ынталандыруда үнемі оқу және кәсіптік компоненттер үйлеседі. Осыған байланысты оқыту құрылымында оқыту ынталары мен кәсіптік ынталарды «адамның жалпы кәсіптік әрекетіндегі белсенділік бағытын және адамның кәсіптік қызметтегі түрлі қырларын анықтайтын ішкі ниет» ретінде ерекшелеуге болады [27]. Кәсіптік ынталар «субъектіні өз қызметін жетілдіруге итермелейтін себептер – оның тәсілдері, құралдары, нысандары және т.с.с.», «қызметінде бағытын тұтынуға емес, өндіріске іске асыратын өсу себептері» ретінде айқындалады [28].

Д.Б. Эльконин[29] және В.В. Давыдовтың[30] қызметтік әдісі шеңберінде студенттердің базалық қызметі кәсіби оқу болып табылады.

А.Н. Печников, Г.А. Мухинова жүргізген зерттеулер студенттердегі жетекші оқу ынталарын «кәсіптік» және «жеке абырой», аз мәнді «прагматикалық» (орта кәсіби білім туралы диплом алу) және «танымдық» деп бөлді. Шын мәнінде әр курста ынта басымдығы ауысып отырады. Бірінші курста жетекші ынта – «кәсіптік», екіншіде – «жеке престиж», үшіншіде – осы екі ынта, сонымен қатар «прагматикалық». Оқу табыстылығына үлкен деңгейде «кәсіптік» және «танымдық» ынталар әсер етті. «Прагматикалық» ынталар негізінде үлгерімі төмен студенттерге тән [31].

Ұқсас деректерді басқа да авторлардан көруге болады. М.В. Вовчик-Блаkitная талапкердің және оқудың студенттік пішініне ауысуының бірінші кезеңінде жетекші ынта есебінде престиждік (өзін студент мәртебесіне бекіту), екінші орынға танымдық мүддені, үшіншіге - кәсіптік-практикалық ынтаны көрсетеді [32].

Ф.М. Рахматуллина абырой ынтасын зерттеген, ол жалпы әлеуметтік ынталарды (білімнің жоғары әлеуметтік мәні ұғымын) анықтады. Оның деректері бойынша барлық курста бірінші орынды мәні бойынша «кәсіптік» ынта алды. Екінші орынды бірінші курста «танымдық» ынта, кейінгі курстарда «танымдық» ынтаны үшінші орынға ығыстыра отырып, бұл орынды жалпы әлеуметтік ынтаға берді. «Пайдакүнем» (прагматикалық) ынтасы барлық курста төртінші орын алады, төменгіден жоғары курсқа дейін оның деңгейі төмендей береді, бұл уақытта «кәсіптік» пен «жалпы әлеуметтік» ынталарының деңгейі жоғарылай береді. Үлгерімі жақсы студенттерде «кәсіптік», «танымдық» және «жалпы әлеуметтік» ынталар үлгерімі орта студенттерге қарағанда көбірек көрінді, ал «пайдакүнем» ынтасы біріншілерге қарағанда соңғыларда көбірек байқалды. Үлгерімі жақсы студенттерде «танымдық» ынта екінші орынды, ал үлгерімі орта студенттерде – үшінші орынды алды [33].

Оқу қызметін жалпы ынталандыру базасында (кәсіптік, танымдық, прагматикалық, әлеуметтік-қоғамдық және жеке-престиждік) студенттерде түрлі оқу пәндеріне белгілі бір қатынас пайда болады. Ол мыналармен ескеріледі: кәсіби даярлық үшін пәннің маңыздылығы, білімнің белгілі бір саласына және сол пәнге оның бір бөлігі ретінде қызығушылық, оқыту сапасы (осы пән бойынша сабақпен қанағаттану), өз қабілеттерінен шыға осы пәнді игеру қиындығының мөлшері, осы пәннің оқытушымен өзара қарым-қатынасы. Барлық осы себептер өзара бірлескен немесе бәсекелестік қатынаста болуы мүмкін және оқуға түрлі әсер етуі мүмкін, сондықтан оқу қызметіндегі ынта туралы толық түсінікті күрделі ынталандыру құрылымының барлық компоненттерінің әр студент үшін маңыздылығын анықтай отырып алуға болады. Бұл аталған субъектіде ынталандыру күшін, яғни оқу қызметіндегі ынта компоненттерінің сомасын орнатуға мүмкіндік береді: осы қызметті қаншалықты көп компонент еңсе, соншалықты ынталандыру күшінің жоғары екендігін білдіреді.

Қорытындылай келе соңғы жылдары медицина студенттерінің білім деңгейлері жоғарылап, біліктілік қабілеттерін ынталандырудың оң динамикасы байқалуда. Сонымен қатар, жоғары қабілеттің жеткіліксіздігі жағдайында жоғары оң ынталандыру алмастырушы рөл атқарады, алайда кері бағытта бұл фактор жұмыс

жасамайды – ешқандай жоғары қабілет деңгейі жоқ оқыту ынтасының немесе төмен көрсеткішінің орнын баса алмайды, оқуда маңызды табысқа алып келе алмайды (А. А. Реан) [34]. Табысты оқу үшін оқыту ынтасының жоғары мағынасын түсіну, оқу үрдісін ынтамен қамтамасыз ету принципін қалыптастыруға алып келді (О.С. Гребенюк).

А.И. Гебос студенттерде оқуға оң ынта қалыптастыратын факторларды көрсетті [35], оларға: оқытудың жақын және соңғы мақсаттарын ұғыну, игеріп жатқан білімнің теориялық және практикалық маңызын ұғыну, оқу материалын мазмұндаудың эмоционалды түрі, ғылыми ұғымдарды дамытудағы «болашақ жолдарын» көрсету, оқу қызметінің кәсіптік бағытталуы, оқу қызметінің құрылымында проблемалық жағдайлар тудыратын тапсырмаларды таңдау, оқу тобында әуестіліктің және «танымдық климаттың» болуын қарастыратын факторлар жатады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Вербицкий, А.А. Развитие мотивации студентов в контекстном обучении / А.А. Вербицкий, Н.А. Бакиаева. -М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2000. -200 с.
2. Верховая, Ю.Л. Формирование личностной и профессиональной направленности студентов в контекстном обучении: автореф... канд. психол. наук: 19.00.07 / Ю.Л. Верховая. -М., 2007. -30с.
3. Вилюнас, В.К. Психологические механизмы мотивации человека /В.К. Вилюнас. - М.: Изд-во МГУ, 1990. -288 с.
4. Волков, Б.С. Психология юности и молодости: Учебное пособие / Б.С. Волков. - М.: Академический Проект: Трикста, 2006. -256 с.
5. Воронкова, Н.Ю. Динамика развития профессиональной мотивации студентов новых специальностей в процессе вузовской подготовки: Автореф... канд. психол. наук: 19.00.07 / Н.Ю. Воронкова. - М., 2008. -25 с.
6. Гаджиева, Н.М. Основы самосовершенствования: Тренинг самосознания / Н.М. Гаджиева, Н.Н. Никитина, Н.В. Кислинская. - Екатеринбург: Деловая книга, 1998. -144 с.
7. Горянина, В.А. Психология общения: Учебное пособие для студентов вузов / В.А. Горянина. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. -416 с.
8. Епифанова, С. Формирование учебной мотивации /С. Епифанова // Высшее образование в России. - 2000. -№3. - с.106-107.
9. Ерчак, Н.Т. Психология профессиональной речи / Н.Т. Ерчак. -М.: Издательство деловой и учебной литературы, 2009. - 196с.
10. Зенина, С.Р. Психологические факторы становления учебно- профессиональной деятельности студентов вуза: автореф... канд. психол. наук : 19.00.07 / С.Р. Зенина. - М., 2009. - 23с.
11. Ильин, Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. -СПб.: Питер, 2006. -512 с.
12. Гальперин, П.Я. Психология как объективная наука: Избранные психологические труды /Под ред. А. Подольского. - М.: Институт практической психологии, 1998. - 480 с.
13. Климов, Е.А. Психология профессионального самоопределения: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / Е.А. Климов. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 304 с.
14. Ковалев, В.И. Мотивы поведения и деятельности / В.И. Ковалев. - М.: Наука, 1988. - 191 с.
15. Колябин, С.В.Смысловая сфера личности как фактор полимотивированности деятельности: проблемы и перспективы изучения / С.В. Колябин, И.П. Крохин // Журнал прикладной психологии. - 2006. -№4. - с.23-25.
16. Кон, И.С. Психология ранней юности. Кн. для учителя / И.С. Кон. - М.: Просвещение, 1989. -255 с.
17. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М.: Просвещение, 1968., 464 с. - с. 441.
18. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н.Леонтьев. - М.: Смысл, 2005. - 352 с.
19. Лингарт, Й. Процесс и структура человеческого учения / Й. Лингарт. - М.: Прогресс, 1970. - 685 с.
20. Макарова, И.В. Педагог-психолог: основы профессиональной деятельности / И.В. Макарова, Ю.Г. Крылова. - Самара: Изд. Дом «Бахрах», 2004. - 288с.
21. Лях, Т.И. Опыт экспериментального формирования личности значимого мотива учения / Т.И. Лях. - Тула: изд-во Тул. гос. пед. ун-та им. Л.Н. Толстого, 2004. - 133 с.
22. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М.: Просвещение, 1968.
23. Якобсон П.М. Психологические проблемы мотивации поведения человека. - М.: Просвещение, 1969.
24. Маркова, А.К. Формирование мотивации учения: Кн. для учителя / А.К. Маркова, Т.А. Матис, А.Б. Орлов. - М.: Просвещение, 1990. - 191 с.
25. Минюрова, С.А. Психология саморазвития человека в профессии / С.А. Минюрова. - М.: Компания Спутник + ,2008. - 304с.
26. Овчинников, М.В. Динамика мотивации учения студентов педагогического вуза и ее формирование: Автореф... канд. психол. наук: 19.00.07 / М.В. Овчинников. - Екатеринбург, 2008. -26 с.
27. Маслоу, А. Мотивация и личность / А.Маслоу. - СПб.: Питер, 2006. -352с.
28. Макклелланд, Д. Мотивация человека/ Д. Макклелланд. - СПб.: Питер,2007 - 672 с.
27. Сонин, В.А. Психодиагностическое познание профессиональной деятельности / В.А. Сонин. - СПб.: Речь, 2004. -61 с.
28. Цветкова, Р.И. Мотивационная сфера личности студента: условия и средства ее формирования / Р.И. Цветкова // Психологическая наука и образование. - 2006. - №4. - с.76-80.
29. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. М.: Педагогика 1989. С. 60 - 77
30. В.В. Давыдов Виды обобщения в обучении. - М., 2001.
31. Мухина Г.А. Формирование профессионализма у курсантов юридических вузов МВД - будущих следователей. - Диссертация ...канд. пед. наук. – Калининград. 1998.
32. Л.С. Выготский Современные теории мотивации и исполнение их элементов в отечественной науке и практике
33. Рахматуллина Ф.М. Мотивационная основа учебной деятельности и повзвательной активности личности: Психологическая служба в вузе / Ф.М. Рахматуллина. – Казань, 1981. – 98с.

34. Реан А.А. Психодиагностика личности в педагогическом процессе. / А.А. Реан. – СПб., 1996. – 490с.

35. Гебос А.И. Психология познавательной активности учащихся. / А.И. Гебос. – Кишинев: Штиинца, 1975. – 104с.

РЕЗЮМЕ

МУХАЖАНОВА Б.Ш., АБДУЛДАЕВА А.А., ПОЛАТБЕКОВА Ш.Т.

АО "Медицинский университет Астана"

МОТИВАЦИЯ УЧЕБНО – ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ ИХ ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛОГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Учебно-профессиональная деятельность – это особая форма учебной деятельности, результатом которой является формирование профессиональных знаний, умений и навыков, а также развитие качеств личности профессионала и профессиональных способностей.

Мотивация является основным звеном мотивационной сферы личности. Мотивация – это активное состояние психики, побуждающее человека совершать определённые виды действий и определяющее его направленность. Это общее, широкое определение понятия «мотивация». Более узкое понятие этого термина означает совокупность мотивов (факторов), влияющих на поведение человека. Внутренние побуждения людей (потребности, мотивы) лежат в основе их поведения и профессиональной деятельности.

Ключевые слова: понятие мотивации, проблема мотивации учебной деятельности, мотивы учебной деятельности.

SUMMARY

MUHAZHANOVA B.SH., ABDULDAYEVA A.A., POLATBEKOVA SH.T.

JSC "Medical University of Astana"

MOTIVATION OF EDUCATIONAL AND PROFESSIONAL ACTIVITY OF STUDENTS OF MEDICAL COLLEGES, THEIR PREVENTION OF NON-NEGATIVE FACTORS IN THE EDUCATIONAL PROCESS

Teaching is a professional activity is a special form of educational activity, which results in the formation of professional knowledge and skills, and the development of personal qualities of the professional and vocational abilities.

Motivation is a key element of the motivational sphere of personality. Motivation is an active state of the psyche that motivate a person to perform certain types of actions and defining its orientation. This is a General, broad definition of "motivation". A narrower concept of the term means the totality of motives (factors) that affect human behavior. The inner motives of people (needs, motives) are the basis of their behaviour and professional activities.

Keywords: the concept of motivation, the problem of motivation of educational activity, motives of training activities.

