



ISSN 1694-6405

ВЕСТНИК

КГМА имени И.К.Ахунбаева



МАТЕРИАЛЫ
II-го съезда врачей общей практики
и семейных врачей Кыргызстана
г. Ош, 18-19 мая 2017 года

2017, №2, Приложение 1

Научный медицинский журнал

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР,
регистрационное свидетельство №002564, почтовый индекс 77346.

Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины. Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012 г.

www.kgma.kg

Главный редактор – **Кудайбергенова Индира Орозбаевна**, д.м.н., профессор

Зам. главного редактора – **Сопуев Андрей Асанкулович**, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии, e-mail: sopuev@gmail.com

Ответственный секретарь – **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, к.м.н., e-mail: drmamatov@mail.ru

Редакционная коллегия:

Адамбеков Д.А. – д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР, зав. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии

Атамбаева Р.М. – д.м.н., зав. каф. гигиенических дисциплин

Бримкулов Н.Н. — д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

Зурдинов А.З. – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР, заслуженный деятель науки КР, зав. каф. базисной и клинической фармакологии им. М.Т. Нанаевой

Джумабеков С.А. - академик НАН КР, д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедии и экстренной хирургии

Кудаяров Д.К. - академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной педиатрии с курсом неонатологии

Мамакеев М.М. - академик НАН КР, д.м.н., профессор

Мамытов М.М. - академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии до дипломного и последипломного образования

Мурзалиев А.М. - академик НАН КР, д.м.н., профессор

Оморов Р.А. - д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР, зав. каф. факультетской хирургии

Раимжанов А.Р. - академик НАН КР, д.м.н., профессор

Редакционный Совет:

Алымкулов Р.Д. – д.м.н., проф., зав. каф. клин. реабилитологии и физиотерапии

Арнольдас Юргутис - профессор, зав. каф. общественного здравоохранения Клайпедского Университета (Литва)

Батыралиев Т.А. – д.м.н., проф., Министр здравоохранения Кыргызской Республики

Бейшенбиева Г.Д. - д.м.н., и.о. проф., зав. каф. сестринского дела

Даваасурэн Одонтуя С. - д.м.н., проф., Президент Ассоциации Монгольской паллиативной медицины, Монгольский государственный университет медицинских наук (Монголия)

Джумабеков А.Т. – д.м.н., проф., зав. каф. хирургии и эндоскопии КазМУНО (Казахстан)

Джумалиева Г.А. – д.м.н., проректор по международным связям и стратегическому развитию

Кадырова Р.М. — д.м.н., проф. каф. детских инфекционных болезней

Калиев Р.Р. – д.м.н., проф., зав. каф. терапии общей практики с курсом семейной медицины

Карашева Н.Т. - к.п.н., зав. каф. физики, математики, информатики и компьютерных технологий

Катаев В.А. - д.фарм. наук, проф., проректор ГБОУ ВПО, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России (Башкортостан)

Кононец И.Е. - д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и клинической физиологии им. С.Д. Даниярова

Куттубаев О.Т. - д.м.н., проф., зав. каф. медицинской биологии, генетики и паразитологии

Куттубаева К.Б. - д.м.н., проф., зав. каф. терапевтической стоматологии

Луи Лутан - проф., Университет Женевы (Швейцария)

Мингазова Э.Н. - д.м.н., профессор кафедры, Казанский государственный медицинский университет (РФ, Татарстан)

Миррахимов Э.М. - д.м.н., проф., зав. каф. факультетской терапии

Молдобаева М.С. - д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии

Мусаев А.И. - д.м.н., проф., зав. каф. хирургии общей практики с курсом комбустиологии

Мусуралиев М.С. - д.м.н., проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1

Сатылганов И.Ж. - д.м.н., проф., зав. каф. патологической анатомии

Тилекеева У.М. - д.м.н., проф. каф. базисной и клинической фармакологии

Усупбаев А.Ч. - д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии до и после дипломного обучения

Чолпонбаев К.С. - д.фарм.н., проф., зав. каф. управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств

Чонбашева Ч.К. - д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

Шекера О.Г. - д.м.н., проф., директор института семейной медицины Национальной академии последипломного образования П.Л. Шупика (Украина)

Ырысов К.Б. – д.м.н., проф. каф. нейрохирургии

Учредитель

© Кыргызская Государственная медицинская академия

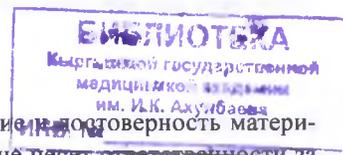
Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

Телефон: (312) 54-94-60, 54-46-10.

E-mail: j_kgma@mail.ru. Тираж 400 экз.

Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.



Илимий медициналык журнал

Журнал КР Юстиция министирлигинде каттоодон өткөн, каттоо күбөлүгү №002564, почталык индекс 77346.

Медицина тармагында докторлук жана кандидаттык диссертациялардын материалдарын жарыялоо үчүн

КР Жогорку аттестациялык комиссиясы сунуштаган журналдардын тизмесине кирет.

2012-жылдан бери Россиялык илимий цитата беруу индекси менен индекстелет.

www.kgma.kg

Башкы редактор - **Кудайбергенова Индира Орозбаевна**, м.и.д., профессор

Башкы редактордун орун басары - **Сопуев Андрей Асанкулович**, м.и.д., профессор, госпиталдык хирургия оперативдүү хирургия курсу менен кафедрасынын башчысы, e-mail: sopuev@gmail.com

Окумуштуу катчы - **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, м.и.к., e-mail: drmamатов@mail.ru

Редакциялык жамаат:

Адамбеков Д.А. - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучө-корреспонденти, микробиология, вирусология жана иммунология кафедрасынын башчысы

Атамбаева Р.М. - м.и.д., гигиеналык дисциплиналар кафедрасынын башчысы

Бримкулов Н.Н. - м.и.д., профессор, госпиталдык терапия, кесиптик оорулар гематология курсу менен кафедрасынын башчысы

Зурдинов А.З. - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучө-корреспонденти, илимге эмгек сиңирген ишмер, М.Т. Нанаева атындагы базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын башчысы

Джумабеков С.А. - КР УИАнын академиги, м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессор

Кудаяров Д.К. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, госпиталдык педиатрия неонатология курсу менен кафедрасынын башчысы

Мамакеев М.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор **Мамытов М.М.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

Мурзалиев А.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

Оморов Р.А. - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучө-корреспонденти, факультеттик хирургия кафедрасынын башчысы

Раимжанов А.Р. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

Редакциялык кеңеш:

Алымкулов Р.Д. - м.и.д., профессор, клин. реабилитология жана физиотерапия кафедрасынын башчысы

Арнольдас Юргутис - м.и.д., профессор, Клайпеда университетинин коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы (Литва)

Батыралиев Т.А. - м.и.д., профессор, КР саламаттык сактоо Министри

Бейшенбиева Г.Дж. - м.и.д., профессор м.а., «Мээрмандык кызмат» кафедрасынын башчысы

Даваасурэн О.С. - м.и.д., профессор, Монгол паллиативдик медицина ассоциациясынын президенти, Медицина илиминин Монгол улуттук медициналык университети (Монголия)

Джумабеков А.Т. - м.и.д., профессор, КазҮОМУхирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (Казакстан)

Джумалиева Г.А. - м.и.д., стратегиялык өнүктүрүү жана эл аралык байланыштар боюнча проректор

КадYROVA Р.М. - м.и.д., профессор, балдардын жугуштуу оорулары кафедрасынын башчысы

Калиев Р.Р. - м.и.д., профессор, жалпы практикадагы терапия үй-бүлөлүк медицина курсу менен кафедрасынын башчысы

Карашева Н.Т. - п.и.к., информатика, физика, математика жана компьютердик технологиялар кафедрасынын башчысы

Катаев В.А. - фарм. и.д., профессор, Россиянын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университетинин илим жана инновациялык иштер боюнча проректору (Россия, Башкортостан)

Кононец И.Е. - м.и.д., профессор, фундаменталдык жана клиникалык физиология кафедрасынын башчысы

Куттубаев О.Т. - м.и.д., профессор, медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасынын башчысы

Куттубаева К.Б. - м.и.д., профессор, терапевтикалык стоматология кафедрасынын башчысы

Луи Лутан - профессор, Женева университети (Швейцария)

Мингазова Э.Н. - м.и.д., профессор, Казан мамлекеттик медициналык университет (Россия, Татарстан)

Миррахимов Э.М. - м.и.д., профессор, факультеттик терапия кафедрасынын башчысы

Молдобаева М.С. - м.и.д., профессор, ички ооруя пропедевтикасы эндокринология курсу менен кафедрасынын башчысы

Мусаев А.И. - м.и.д., профессор, комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасынын башчысы

Мусуралиев М.С. - м.и.д., профессор, №1 акушерчилик жана гинекология кафедрасынын башчысы

Сатылганов И.Ж. - м.и.д., профессор, патологиялык анатомия кафедрасынын башчысы

Тилекеева У.М. - м.и.д., базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын профессор

Усупбаев А.Ч. - м.и.д., профессор, урологияны жана андрологияны дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

Чолпонбаев К.С. - фарм.и.д., профессор, дары каражаттарынын технологиясы, фармацевциянын экономикасы жыны башкаруу кафедрасынын башчысы

Чонбашева Ч.К. - м.и.д., госпиталдык терапия, кесиптик оорулар гематология курсу менен кафедрасынын профессору

Шекера О.Г. - м.и.д., профессор, П.Л. Шупик атындагы Улуттук медициналык академиясынын үй-бүлөлүк медицина институтунун директору (Украина)

Ырысов К.Б. - м.и.д., нейрохирургия кафедрасынын профессор

Негиздөөчү

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дареги:

Бишкек ш., Ахунбаев кеч., 92 КММА.

Телефону: (312) 54 94 60, 54-46-10.

E-mail: j_kgma@mail.ru. Тираж 400 нуска.

Материалдардын мазмуну жана тактыгы үчүн авторлор жооп беришет. Редакция жарнамалык материалдардын мазмуну жооптуу эмес

Scientific Medical Journal

The journal is registered at the Ministry of justice KR, registered certificate - №002564, post index 77346.
It is included in the list of journals of the Higher attestation commission KR, recommended for publication the materials of doctors and candidate dissertations in the field of medicine. It is indexed by Russian science Citation Index (RSCI) since 2012.
www.kgma.kg

Editor in chief – **Kudaibergenova Indira Orozbaevna**, dr.med.sci., professor
Deputy Editor in Chief – **Sopuev Andrew Asankulovich**, dr.med.sci., professor, the head of hospital surgery department with operative surgery course. e-mail: sopuev@gmail.com
Learned Secretary – **Mamatov Niyazbek Nurlanbekovich**, cand.med.sci. e-mail: drmatov@mail.ru

Editorial Board:

Adambekov D.A. - dr.med.sci., prof., corresponding member NAS KR, the head of microbiology, virusology and immunology department
Atambaeva R.M. - dr.med.sci., the head of hygienic disciplines department
Brinkulov N.N. - dr.med.sci., prof., the head of hospital therapy, occupational pathology department with hematology course
Djumabekov S.A. - academician of NAS. KR, dr.med. sci., prof. of the department of traumatology, orthopedy and ES
Kudayarov D.K. - academician NAS KR, dr. med. sci., prof., the head of hospital pediatry with neonatology course

Mamakeev M.M. - academician NAS KR, dr. med.sci., prof.
Mamytov M.M. - academician NAS KR, dr. med. sci. prof., the head of neurosurgery department
Murzaliyev A.M. - academician NAS KR., dr. med. sci., prof.
Omorov R.A. - dr.med.sci., prof., corresponding member NAS KR, the head of faculty surgery
Raimzhanov A.R. - academician of NAS KR, dr.med.sci., professor
Zuridinov A.Z. - .med.sci., prof., corresponding member NAS KR, Honored Scientist KR, the head of fundamental and clinical pharmacology department named after M.T. Nananeva

Editorial Council:

Alymkulov R.D. - dr.med. sci., prof., the head of clinical rehabilitation and physiotherapy
Arnoldas Jurgutis - dr.med.sci., prof., the head of public health department of Klaipeda University (Lithuania)
Beishembieva G.D. - dr.med. sci., deputy prof., the head of nursing department
Cholponbaev C.S. - dr.med. sci., prof., the head of Management and Economics of Pharmacy, medications technology department
Chonbasheva Ch.K. - dr.med.sci., prof. of hospital therapy, occupational pathology department with hematology course
Davaasuren O.S. - dr.med.sci., prof., the Department of General Practice of the Mongolian State University, President of the Mongolian Association for Palliative Medicine (Mongolia)
Djumabekov A.T. - dr.med.sci., prof., the head of surgery and endoscopy of KMUNT (Kazakhstan)
Djumaliev G.A. - dr.med.sci., vice -rector in international relations and strategic development
Louis Loutan - prof., University of Geneva (Swiss)
Kadyrova R.M. - dr.med.sci., prof., the head of children infectious diseases
Kaliev R.R. - dr.med.sci., prof., the head of therapy of general practice department with family medicine course
Karasheva N.T. - cand.ped.sci., the head of the department of physics, mathematics, informatics and computer technologies
Kataev V.A. - dr. pharm. sci., prof., vice -rector of scientific and innovating work of State Budget educational institution

of Higher professional education, Bashkir State Medical University of MH Russia (Russia, Bashkortostan)
Kononets I.E. - dr.med.sci., prof., the head of fundamental and clinical physiology department
Kuttubaev O.T. - dr.med.sci., prof., the head of department of medical biology, genetics and parasitology
Kuttubaeva K.B. - dr.med.sci., prof., the head of therapeutic stomatology department
Mingazova E.N. - dr.med.sci., prof., Kazan State Medical University (Russia, Tatarstan)
Mirrahimov E.M. - dr.med.sci., prof., the head of faculty therapy department
Moldobaeva M.S. - dr.med.sci., the head of internal diseases propedeutics department with endocrinology course
Musaev A.I. - dr.med.sci., prof., the head of department of surgery of general practice with a course of combustiology
Musuraliev M.S. - dr.med.sci., prof., the head of obstetrics and gynecology №1
Satyrganov I.Z. - dr.med.sci., prof., the head of pathological anatomy
Shekera O.G. - dr.med.sci., prof., the head of family Medicine National medical academy of post diploma education Institute named after P.L. Shupik (Ukraine)
Tilekeeva U.M. - dr.med.sci., prof. of fundamental and clinical pharmacology department
Usupbaeva Ch. - dr.med.sci., prof., the head of the department of urology and andrology of pre and post diploma training
Yrysov K.B. - dr.med.sci., prof. of neurosurgery department

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:
Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.
Phone: (312) 54 94 60, 54-46-10.
E-mail: j_kgma@mail.ru. Circulation 400 copies.

The authors are responsible for the content and authenticity of materials.

The Editorial board is not responsible for the content of advertising material

МАТЕРИАЛЫ
II-го съезда врачей общей практики
и семейных врачей Кыргызстана

(18-19 мая 2017 года, г.Ош)

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!

От имени Министерства здравоохранения Кыргызской Республики разрешите поздравить Вас с началом работы II-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана!

Съезд семейных врачей, являющихся основой здравоохранения и самой многочисленной и востребованной специальностью, является важным событием нашей страны, и объединяет не только семейных врачей, но и всех специалистов. Начиная с I съезда заложена добрая традиция приглашать на съезд семейных врачей лидеров семейной медицины стран Центральной Азии, СНГ, Европы, представителей международных организаций, продвигающих интересы семейной медицины, так как только через сотрудничество, извлекая уроки из опыта наших коллег, коллегиально, мы можем добиться успеха.

Институт семейной медицины в Кыргызской Республике, будучи внедренным в 1996 году, значительно окреп, и насчитывает сегодня 64 Центра семейной медицины, 28 Центров общеврачебной практики, в которых функционирует 709 ГСВ и 1030 ФАПов и трудятся 1640 семейных врачей и 4328 медсестер. Имеются достижения в этой области: функционирует система направлений, принимаются меры по улучшению оснащенности первичного звена, совершенствуется система подготовки и переподготовки кадров по семейной медицине, однако остаются нерешенными существенные проблемы: недостаточное финансирование, не позволяющее обеспечить семейных врачей достойной заработной платой, отток кадров, отсутствие научной специальности «семейная медицина», что делает карьеру семейного врача непривлекательной для талантливой молодежи.

Мы понимаем, что эти проблемы имеют первостепенное значение, и требуют решения в экстренном порядке, так как будущие и молодые врачи склонны выбирать другие более перспективные, с их точки зрения, специальности, оголяя своим выбором наше здравоохранение, особенно в селах, отдаленных районах.

Первичное звено – это фундамент здравоохранения... мы часто употребляем эти и подобные им слова в СМИ, в наших отчетах и планах. Однако до конца ли мы осознаем суть этих слов? Насколько мы, медицинская общественность во главе с Министерством здравоохранения и Правительством, придерживаемся этого принципа? Сегодня, в этот знаменательный для нас всех день, я призываю всю общественность переосмыслить роль семейной медицины и вклад каждого из нас в развитие семейной медицины.

Пусть этот съезд будет платформой для мирных и дружественных переговоров между семейными врачами, педагогами, организаторами здравоохранения, Правительством, представителей общественности и СМИ с одной лишь целью - создать плодотворный альянс и найти инновационные пути решения обозначенных проблем.

Добро пожаловать на съезд в самый солнечный и гостеприимный город нашей страны – город Ош!



**Министр здравоохранения КР,
доктор медицинских наук, проф. Т.А.Батыралиев**

Оргкомитет II-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана

Сопредседатели:

Батыралиев Талант Абдуллаевич - министр здравоохранения Кыргызской Республики.
Кудайбердиева Гульмира Каримовна - министр образования и науки Кыргызской Республики

Члены оргкомитета:

Кийизбаева Жылдыз Ильинична – статс-секретарь МЗ КР
Исаков Каныбек Абдуваситович – ректор Ошского государственного университета
Кудайбергенова Индира Орозобаевна – ректор КГМА имени И.К. Ахунбаева
Бримкулов Нурлан Нургазиевич – заведующий кафедрой семейной медицины КГМА
Мукеева Суйумжан Токторовна - исполнительный директор АГСВиСМ Кыргызстана
Чубаков Тулеген Чубакович - ректор КГМИПиПК
Сулайманов Шаирбек Алибаевич - директор ОМОКБ,
Ибраева Гульмира Абитовна - начальник УКРиМОМЗ КР
Жусупбекова Нурида Эркинбековна - начальник УМО МЗ КР
Ибраева Нургул Сапаркуловна – главный специалист УОМПиЛП МЗ КР
Камбаралиева Бактыгуль Алимбековна - координатор ПМСП УСПиРПЗ МЗ КР.
Нарматова Элмира Балтабаевна - координатор по здравоохранению Ошской области,
Шамшиев Абдилатип Абдырахманович - координатор по здравоохранению г.Ош,
Чолпонбаева Бубайша Парманкуловна - директор Ошского филиала АГСВиСМ,
Мамасайдов Абдимиталип Ташалиевич - д.м.н., профессор, директор ЮФ КГМИиПК,
Миянов Маматжан Орозматович - координатор по здравоохранению
Жалал-Абадской области,
Темиров Орозмат Темирович - координатор по здравоохранению Баткенской области,
Исмаилов Алимбек Адылбекович - к.м.н., доцент, декан МФ ОшГУ,
Муратов Жанибек Кудайбакович – д.м.н., доцент, декан ИМФ ОшГУ
Момунова Айгуль Абдыкеримовна - к.б.н., доцент, декан ФПМО ОшГУ.

Исполнительный комитет:

Рысмагова Флора Таштемировна - к.м.н., зав. кафедрой семейной медицины ОшГУ
Сыдыкова Салима Жумабаевна – к.м.н., ассистент кафедры семейной медицины КГМА
Омурова Жаркын Намировна - к.м.н., зав. кафедрой семейной медицины КГМИПиПК
Болоцких Инна Викторовна – асс. Кафедры семейной медицины КГМИПиПК
Айтакунова Эльмира Ногойбаевна - специалист по сестринскому делу АГСВ и СМ
Баетова Раушан Насирдиновна – ассистент кафедры семейной медицины КГМА
Абдыкеримова Майса Кабылбековна – финансовый менеджер АГСВиСМ

Редакционная комиссия

Бримкулов Н.Н., Сулайманов Ш.А., Мергенбаева Т.К., Сыдыкова С.Ж., Рысмагова Ф.Т.

СОДЕРЖАНИЕ

Приветствие Министра здравоохранения КР Т.А.Батыралиева.....

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

<i>Абдуллаев Т.О., Буйлашев Т.С., Мамытбекова Д.З.</i> Состояние физического, нервно-психического развития детей, воспитывающихся без родительского попечения.	10
<i>Айтакунова Э.Н., Мукеева С.М.</i> Роль медицинских медсестер в профилактике туберкулеза.....	11
<i>Артыкбаева А.К., Саттарова Ч.О., Омурова Ж.Н., Болоцких И.В.</i> Современные проблемы антимикробной терапии в амбулаторной практике.	12
<i>Асаналиева Л.У.</i> Развитие внебольничной паллиативной помощи в Кыргызстане.	13
<i>Астанова Э.Т., Мамытбекова Д.З., Абдуллаев Т.О.</i> Анализ работы группы семейных врачей...	14
<i>Аталыкова Г.Т., Уразова С.Н., Цай Е.М., Миронова Е.К., Сапарова Л.Т., Шапеш А.Ш.</i> Вопросы подростковой медицины в работе семейного врача.....	15
<i>Ботбаева Э., Кошукеева А., Бримкулов Н.Н.</i> Эффективность внедрения протокола потабачной зависимости.....	16
<i>Галако Т.И., Мусабаева С.С.</i> О внедрении государственной программы по охране психического здоровья населения Кыргызской Республики на 2017-2030 г.	16
<i>Даваасурэн О.</i> Проблемы при оказании паллиативной помощи семейными врачами.....	17
<i>Даваасурэн О.</i> Паллиативная помощь, оказанная семейными врачами Монголии в течение года.....	18
<i>Джилкиадарова Ж.Э., Токторбаева А.Н., Аралбаева А.Б., Исакова З., Мукашева А., Бримкулов Н.Н.</i> Распространенность табачной зависимости среди студентов-медиков.....	19
<i>Иманалиева А.И.</i> Оценка экономической эффективности телемониторинга в практике семейных врачей.....	20
<i>Мамытбекова Д.З., Бейшенбекова Д.Б., Бримкулов Н.Н.</i> Состояние здоровья взрослого населения, обслуживаемого центром семейной медицины №18 г. Бишкека.....	20
<i>Мергентай Айгуль, Кулов Дюсентай, Бекембаева Г., Койков В., Омаркулов Б., Мусина Галия, Тазабеков А.</i> Исследование рабочей нагрузки врачей общей практики в организациях здравоохранения в Казахстане.....	21
<i>Молдобекова Э.М.</i> Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди медицинских работников	22
<i>Мукеева С.Т., Элебесова И.И.</i> Первые шаги проекта «Автономия организаций здравоохранения» в пилотных районах Кыргызской Республики».....	23
<i>Омуралиева М.А., Бейшенбекова Д.Б., Бримкулов Н.Н., Мамытбекова Д.З.</i> Роль центров семейной медицины в подготовке врачей ПМСП.....	25
<i>Пирназарова Г.Ф., Ибраева Г.А., Жусунбекова Н.Э.</i> Роль медицинских сестер в системе здравоохранения Кыргызской Республики.....	26

<i>Рысбекова Г.С., Сулайманов Ш.А.</i> Организация медицинской помощи больным с эндокринной патологией в Ошской области	27
<i>Tkachenko V.I.</i> Risk of diabetic foot syndrome in patients during implementation of new protocol in diabetes management.....	28
<i>Tsolmon.G, Myagmartseren D.</i> Study of pregnancy control in female patients of the family health center in Ulanbaatar	29

2. ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОДГОТОВКИ КАДРОВ

<i>Алиханова К.А., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А., Омаркулов Б.К., Бобырев С.С.</i> Инновационные методы преподавания в образовании врачей общей практики в Карагандинском государственном медицинском университете	30
<i>Болоцких И.В., Исакова А.У., Ким А.В.</i> Клиническое наставничество - инновационный метод дистанционного медицинского обучения	31
<i>Болоцких И.В., Пирназарова Г.Ф., Чубаков Т.Ч.</i> Мультидисциплинарный подход в обучении оказанию паллиативной помощи	32
<i>Давлеталиева Н.Е., Матюшков П.И., Дворкин М.И., Мамытбекова Ж.З., Искаков М.Б.</i> Оценка эффективности тренинга для тренеров по курсу «семейная медицина»	32
<i>Жамалиева Л.М., Кашкинбаева А.Р., Замэ Ю.А., Башбаева М.А.</i> Компетенции преподавателя в семейной медицине: анализ текущей практики	33
<i>Кашкинбаева А.Р., Жамалиева Л.М., Замэ Ю.А., Калбагаева Г.Х.</i> Обучение преподавателей коммуникативным навыкам: результаты пилота	34
<i>Пирназарова Г.Ф., Ибраева Г.А., Жусупбекова Н.Э.</i> Проблемы подготовки медицинских кадров в области паллиативной помощи в Кыргызской Республике	35
<i>Саттарова Ч.О., Омурова Ж.Н., Азимова А.А.</i> Метод обучения «группа коллегиального обзора» в системе непрерывного образования работников ПМСП.....	36
<i>Султанмуратова Б.Э., Усенова А.А., Саттарова Ч.О.</i> Оценка навыков консультирования у медработников первичного звена вопросам питания детей	37
<i>Урзова С.Н., Аталыкова Г.Т., Туребаев Д.К., Цай Е.М.</i> Современные методы подготовки средних медицинских работников: наш опыт.....	38
<i>Чубаков Т.Ч., Галиева Р.Ш., Душимбекова К.А., Курманова Н.К.</i> Обучение работников семейной медицины вопросам противотуберкулезной работы	39

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

<i>Даваасурэн О.</i> Нозологическая структура паллиативных больных, обслуживаемых центрами семейного здоровья.....	40
<i>Дворкин М.И., Матюшков П.И., Ламок А.С.</i> Эффективность применения инактивированной полимер-субъединичной тривалентной гриппозной вакцины (Гриппол+) в Кыргызстане.....	40
<i>Жумашева Ч.М., Мамытбекова Д.З.</i> Факторы, влияющие на развитие железодефицитной анемии у детей раннего возраста.....	41
<i>Каримова Д.И.</i> Особенности противогельминтного лечения детей дошкольного возраста.....	42
<i>Ким Т.М., Чубаков Т.Ч., Смит Б.</i> Молекулярно-генетический метод Genexpert MTB/RIF в диагностике туберкулеза	43

<i>Ламок А.С., Матюшков П. И., Дворкин М. И.</i> Оценка эффективности проведения экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне на догоспитальном уровне	44
<i>Мергенов А.Э.</i> Ситуация по токсокарозу в Кыргызской Республике	45
<i>Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Каратаева Г.Т., Осумбеков Р.Б.</i> УЗИ как скрининг-метод обследования больных в амбулаторных условиях.....	46
<i>Соколова Л.Ю., Нугманова Д.С., Нурманова М.Ж., Асташкина Л.Н., Хегай Е.Л., Стафеева И.Ю.</i> Артериальная гипертензия у молодых жителей Атырау.....	47
<i>Турдыева Ш.Т.</i> Качество жизни школьников с хронической гастродуоденальной патологией ..	48
<i>Хегай Е. Л., Стафеева И. Ю., Соколова Л. Ю., Нуркина Н.М.</i> Депрессия – что должен знать семейный врач?.....	49
<i>Чубаков Т.Ч., Болоцких И.В.</i> Удовлетворенность пациентов с инфекциями репродуктивного тракта медицинской помощью	50
<i>Шайхова М.И.</i> Эффективность бетадина при лечении острого тонзиллита у детей в поликлинических условиях	50
<i>Myagmartseren.D., Otgonbayar D. , Tsolmon G., Undram M.</i> Risk factors of complications among diabetic patients in Western Mongolia.....	51
<i>Pagmadulam.B., Myagmartseren D.</i> Descriptive study of dietary behavior and helicobacter infection among undergraduate students.....	52

4. РАЗНОЕ

<i>Дуйшеналиев Б.Д.</i> Реалии семейного врача сегодня.....	54
<i>Дуйшеналиева Ж.Б.</i> Как живется и работает семейным врачам в Германии: мой опыт.....	55
<i>Одонтуяа Д., Найрамдал М.</i> Изучение потребностей паллиативных больных и их семьи, играя в карты «Go wish».....	56
<i>Цай Е.М., Уразова С.Н., Аталыкова Г.Т., Сапарова Л.Т.</i> Опыт внедрения пациент-центрированного ухода в общеврачебной практике.....	57

5. СТАТЬИ

<i>Жапаров К.А., Кудиева А.И., Барынбаева А.А.</i> Оценка причин смертности, зарегистрированной на ПМСП.....	59
<i>Урумбаев Р.К., Сабиров И.С., Рысмамова Ф.Т.</i> Анализ факторов приверженности больных КБС к длительному лечению.....	65
<i>Шамшиев А.А.</i> Как нам преодолеть «стеклянный потолок»? – проблемы ПМСП г. Ош и Ошской области.....	69
<i>Шахнабиева С.М., Сабиров И.С.</i> Комплексная оценка состояния здоровья подростков в амбулаторной практике.....	72
<i>Эшбаева Ч.А.</i> Роль и значение ревматоидного фактора при раннем ревматоидном артрите	77

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО, НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ БЕЗ РОДИТЕЛЬСКОГО ПОПЕЧЕНИЯ

Абдуллаев Т.О., Буйлашев Т.С., Мамытбекова Д.З.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.

Бишкек, Кыргызстан

В последние годы в Кыргызской Республике увеличивается количество детей, оставшихся без родительского попечения. Это связано с ухудшением социального и экономического положения семей, снижением морально-нравственной ответственности родителей за воспитание детей. Пребывание ребенка в социальных учреждениях отражается на физическом и нервно-психическом здоровье ребенка.

Цель исследования: оценка показателей физического и нервно-психического здоровья детей, пребывающих в социальных учреждениях, а также, факторов, влияющих на показатели здоровья.

Материал и методы исследования: дети первых шести лет жизни и их семьи, входящие в группы риска. Было обследовано 220 детей, находящихся в социальных учреждениях (дом ребенка, детские дома, детские дома психоневрологического типа). Был проведен анализ специально разработанных карт, таких как “Оценка состояния здоровья ребенка первых 6 лет жизни”, “Сведения о ребенке в период новорожденности”.

Результаты исследования:

Выявлен низкий уровень состояния здоровья детей, воспитывающихся в детских домах, так масса тела детей до 1 года лишь в 11,9% случаев соответствует норме, в 76,7% - ниже нормы, а в 11,2% - выше нормативных показателей. Такая же картина отмечается в остальных возрастных группах.

Отставание в физическом развитии этих детей в значительной мере связано с наличием тяжелого соматического заболевания (волчья пасть, отсутствие сосательных и глотательных рефлексов, аномалии со стороны желудочно-кишечного тракта, врожденные пороки сердца, глубокая умственная отсталость и т.д.), а так же и другой инфекционной патологией. Нервно-психическое развитие этих детей в 57% случаев не соответствует норме.

В структуре заболеваемости таких детей преобладают заболевания органов дыхания (острые респираторные вирусные инфекции - 62,7%, болезни верхних дыхательных путей – 4,5% и пневмония – 9%). Каждый второй-третий ребенок страдает патологией нервной системы, в основном детским церебральным параличом, задержкой психо-моторного развития (37,2%), вследствие перенесенной матерью в период беременности урогенитальной инфекции. Третье место занимают врожденные аномалии (20,4%). В возникновении перинатальных причин ведущая роль принадлежит внутриутробной гипоксии.

Наиболее значимыми факторами риска, являются социальное неблагополучие родителей (63,8% женщины не состояли в браке, т.е. почти каждая вторая женщина не имела возможности воспитывать ребенка, особенно в случае, если ребенок болен или имеет порок развития). Изучение социального положения матери показало, что на первом месте оказались безработные домохозяйки (69,2%), учащихся было 2,1%. 1,6% матерей имели роды в относительно раннем возрасте (до 18 лет) и вне брака, что является одной из причин отсутствия возможностей воспитывать своих детей и отказа от них.

Большой процент (61,6%), родивших женщин имели вредные привычки (курение, употребление алкоголя), 54,4% женщин в периоде беременности не наблюдались или имели редкую возможность своевременно наблюдаться медицинскими работниками.

Выводы: Выявлены низкие показатели здоровья детей, воспитывающихся в социальных учреждениях, а также комплексные факторы риска, влияющие на состояние их здоровья, такие как, социальное неблагополучие родителей, рождение детей вне брака, отсутствие врачебного наблюдения в период беременности, наличие вредных привычек.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Э.Н. Айтакунова, Мукеева С.М.

Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызстана (АГСВиСМ КР),

Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Уровень заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза (ТБ), включая случаи МЛУ-ТБ, остается в Кыргызстане на высоком уровне. Это требует раннего выявления ТБ, в сочетании с качественной диагностикой и своевременным лечением. В связи с этим, АГСВиСМ КР, являясь субреципиентом проекта USAID «Победим туберкулез», проводит внедрение утвержденных МЗ КР клинических протоколов «Организация борьбы с туберкулезом на уровне ПМСП» и «Инфекционный контроль туберкулеза в организациях здравоохранения» в пилотных районах Чуйской и Джалал-Абадской областей с мая 2015 г., в том числе путем обучения медсестер.

Целью нашего исследования был анализ эффективности обучения медсестер.

Материал и методы. За этот период к обучению привлечен 661 специалист сестринского дела, в том числе 421 из всех 8 районов и г. Токмок Чуйской области и 240 из 2-х районов Джалал-Абадской области (Сузакский и Базар-Коргонский) и г. Джалал-Абад. Степень достижения основных индикаторов ведения ТБ в пилотных районах анализировалась в процессе мониторинга с мая 2015 по декабрь 2016 года.

Результаты: динамика изменения основных индикаторов представлена в таблице.

	Индикаторы:	Исходно, %	Через год, %
1	Количество пациентов с кашлем с адекватно задокументированным анамнезом	60,2	100
2	Количество лиц с ТБ из группы риска с бронхолегочной патологией, у которых диагностический алгоритм выявления ТБ соблюден	34,6	93,
3	Количество пациентов, которым проведено консультирование по правилам сбора мокроты	38,2	94,4
4	Количество анализов, не принятых лабораторией из-за артефактов	18,2	2,3
5	Количество пациентов, которым проведено непосредственно контролируемое лечения (НКЛ)	40	100

После обучения медсестер по клиническим протоколам, отмечается существенное улучшение качества ведения пациентов ТБ, что подтверждается достоверным увеличением 1-3 и 5 индикаторов и уменьшением количества анализов, не принятых лабораторией из-за артефактов анализов (4 индикатор).

Заключение: улучшение знаний, навыков и умений специалистов сестринского дела по алгоритму раннего выявления ТБ и основ инфекционного контроля сопровождается благоприятными сдвигами основных индикаторов ведения пациентов ТБ, что является основой профилактики туберкулеза в стране.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Артыкбаева А.К., Саттарова Ч.О., Омурова Ж.Н., Болоцких И.В.

*Кыргызский государственный медицинский институт
переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек, Кыргызстан*

По определению ВОЗ, рациональное использование лекарственных средств – это такое их применение, когда больные получают препараты в соответствии с клинической необходимостью, в дозах, отвечающих индивидуальным потребностям, на протяжении адекватного периода времени и с наименьшими затратами для себя и общества (1985).

К наиболее распространенным видам нерационального использования лекарственных препаратов относятся (ВОЗ, 2002):

- одновременное назначение больному большого количества препаратов (полипрагмазия);
- неадекватное использование антибактериальных препаратов, часто при небактериальных инфекциях;
- чрезмерное применение инъекций в случаях, когда для лечения более подходят пероральные формы препаратов;
- несоблюдение положений клинических руководств при назначении препаратов;
- неправильное применение препаратов (самолечение), в том числе рецептурных.

Основным ограничением эффективности антимикробных препаратов является способность микроорганизмов вырабатывать устойчивость (резистентность) к их действию. Осознание резистентности нашло отражение в принятом Всемирной Организацией Здравоохранения в 2001 году документе «Глобальная стратегия по сдерживанию резистентности». Наибольшее количество антимикробных препаратов назначается врачами первичного звена, прежде всего для лечения острых респираторных инфекций. Поэтому определяющим составляющим сдерживания антибиотикорезистентности является разумное ограничение потребления антибиотиков в амбулаторной практике или их рациональное использование

Международное общество химиотерапевтов предлагают 10 рекомендаций для врачей общей практики: не назначать антибиотики без показаний, не назначать их при вирусных инфекциях; выбирать сразу адекватный антибактериальный препарат с учетом фармакокинетики и фармакодинамики с самым коротким курсом; способствовать комплаентности пациентов; избегать комбинации антибиотиков; избегать назначения лекарственных препаратов низкого качества. Также убеждать пациентов не принимать самостоятельно антибиотики, следовать практическим рекомендациям, основанным на доказательной медицине, так как более 90% при визите к врачу ожидают назначения антибиотика. Конечно, необходимо антибиотики исключить из списка препаратов для безрецептурной продажи.

Для решения проблемы нерационального использования лекарственных средств предлагаются меры по созданию устойчивой системы разработки и внедрения клинических протоколов наряду с совершенствованием системы образования и непрерывной профессиональной подготовки по вопросам рационального использования антибиотиков; обеспечению отпуска антибактериальных препаратов из рецептурного списка по рецептам; изменению отношения населения к безответственному их использованию.

МИКОСИСТ®

флуконазол

капсулы 50 мг №7, 100 мг №28,
150 мг №1, 150 мг №2
раствор для инфузий 200 мг / 100 мл



Эффективный антимикотический препарат широкого спектра действия для лечения системных микозов, микозов кожи и ногтей



ГЕДЕОН РИХТЕР

Основано в 1901 году

Показания:

Глубокие микозы:

- ▶ Криптококкоз (органов дыхания, кожи, слизистых оболочек), а также криптококковый менингит
- ▶ Гистоплазмоз
- ▶ Кокцидиоидоз
- ▶ Споротрихоз

Кандидоз:

- ▶ Хронический генерализованный (гранулематозный)
- ▶ Кандидемия
- ▶ Висцеральный (эндокарда, органов брюшной полости, дыхательной системы, глаз)
- ▶ Слизистых оболочек полости рта, глотки, пищевода
- ▶ Неинвазивный кандидоз бронхов и легких
- ▶ Кандидурия
- ▶ Генитальный: острый и хронический рецидивирующий вагинальный кандидоз, кандидозный баланит
- ▶ Кожи, ногтевых валиков, ногтей

А также:

- ▶ Дерматофитии, резистентные к местной терапии (микозы стоп, гладкой кожи)
- ▶ Онихомикозы
- ▶ Отрубевидный лишай

NB! МИКОСИСТ® может применяться с целью профилактики присоединения микотической инфекции у больных со сниженным иммунитетом: при СПИДе, у онкологических больных после химиотерапии.

NB! МИКОСИСТ® рекомендуется назначать для профилактики рецидивов хронического вагинального кандидоза (при частоте 3 и более эпизодов в год)

Режим дозирования

Лечение можно начинать до получения результатов посева и других лабораторных исследований. Однако дозировка препарата и схема терапии должны быть при необходимости скорректированы после получения результатов этих исследований

Взрослые:

Криптококкоз различной локализации: 400 мг в первый день, затем 200-400 мг один раз в сутки. Длительность лечения зависит от клинической картины и данных лабораторных исследований, при криптококковом менингите она составляет не менее 6-8 недель. С целью предотвращения рецидива менингита у больных СПИД **МИКОСИСТ®** назначают по-

сле завершения курса лечения в поддерживающей дозе 200 мг в день длительно.

Гистоплазмоз, кокцидиоидоз, споротрихоз: 200-400 мг в сутки в течение 1-2 лет.

Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз, кандидемия, висцеральный кандидоз: 400 мг в первый день терапии, затем - по 200 мг в сутки, а при необходимости - до 400 мг в сутки.



Орофарингеальный кандидоз: суточная доза препарата - 50-100 мг, курс лечения 7-14 дней и более (при наличии иммунодефицита).

Кандидоз полости рта на фоне ношения зубных протезов: 50 мг в сутки в сочетании с местной антисептической терапией в течение 14 дней.

Экстрагенитальный кандидоз слизистых оболочек: 50-100 мг в сутки, курс лечения - 14-30 дней.

Острый вагинальный кандидоз:

150 мг однократно.

Профилактика рецидивов вагинального кандидоза:

150 мг 1 раз в месяц в течение 4-12 месяцев.

Кандидозный баланит: 150 мг однократно.

Профилактика рецидивов кандидоза на фоне иммунодефицита: 50-400 мг в сутки.

Кандидоз кожи, дерматофитии: 150 мг 1 раз в неделю или 50 мг в день, курс лечения - 2-4 недели, при микозе стоп - до 6 недель.

Отрубевидный лишай: 50 мг в сутки в течение 2-4 недель.

Онихомикозы: 150 мг 1 раз в неделю. Курс лечения продолжается до полного замещения пораженного ногтя здоровым.

Дети

Кандидоз слизистых оболочек: 6 мг/кг в первый день лечения, а затем из расчета 3 мг/кг в сутки.

Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз, кандидемия, висцеральный кандидоз, криптококкоз: 6-12 мг/кг/сутки в зависимости от состояния пациента.

Профилактика присоединения микотической инфекции на фоне иммунодефицитных состояний: 3-12 мг/кг в сутки под контролем картины крови.

При нарушениях функции почек необходима коррекция суточной дозы **МИКОСИСТА** в соответствии с показателями клиренса креатинина по схеме, применяемой для взрослых.

Новорожденные в возрасте до 4 недель

МИКОСИСТ® применяют в той же дозе, что и у детей более старшего возраста, но увеличивают интервал между введением препарата: в первые 2 недели жизни **МИКОСИСТ®** вводят каждые 72 часа, со 2-й по 4-ю неделю жизни - каждые 48 часов.

Пациенты пожилого возраста

При нормальной функции почек доза **МИКОСИСТА** не меняется. При нарушении функции почек необходима коррекция дозы препарата в соответствии с показателями клиренса креатинина.

Применение МИКОСИСТА при нарушении функции почек

При однократном применении препарата коррекции дозы МИКОСИСТА не требуется.

При курсовом лечении первая (ударная) доза **МИКОСИСТА** составляет от 50 до 400 мг. Затем дозу препарата или частоту применения необходимо изменить в зависимости от клиренса креатинина, а именно:

Клиренс креатинина мг/мин	Дозировка
>50	Доза препарата не изменяется
11-50	Каждые 48 часов обычная суточная доза или каждые 24 часа половина обычной суточной дозы
При регулярно проводимом гемодиализе:	Обычная суточная доза после каждой процедуры



Противопоказания

Абсолютным противопоказанием к назначению **МИКОСИСТА** является повышенная чувствительность к флуконазолу или сходному по структуре препарату в анамнезе. При необходимости применения **МИКОСИСТА** в период беременности, в частности, при тяжелых микотических поражениях,

угрожающих жизни, следует оценить риск для плода и ожидаемый положительный эффект терапии. Флуконазол определяется в грудном молоке в концентрации, равной его уровню в плазме, поэтому в период лактации назначать **МИКОСИСТ** не рекомендуется.

Взаимодействие с другими препаратами

- ▶ **Пероральные кумариновые антикоагулянты:** возможно увеличение протромбинового времени
- ▶ **Пероральные противодиабетические препараты** (производные сульфанилмочевины): опасность развития гипогликемии
- ▶ **Тиазидные диуретики:** возможно повышения уровня **МИКОСИСТА** в плазме до 40%
- ▶ **Фенитоин:** повышение концентрации фенитоина в плазме
- ▶ **Рифампицин:** более быстрое выведение **МИКОСИСТА** из плазмы крови (на 20%), что требует увеличения его дозы
- ▶ **Циклоспорин А:** возможно увеличение концентрации циклоспорина А
- ▶ **Теofilлин:** возможно увеличение концентрации теофиллина в крови
- ▶ **Терфенадин:** возможно развитие нарушений сердечного ритма
- ▶ **Зидовудин:** возможно увеличение концентрации зидовудина в плазме
- ▶ **Цизаприд:** возможно нарушение сердечного ритма, в том числе пароксизмальной желудочковой тахикардии
- ▶ **Рифабутин:** возможно повышение уровня рифабутина в плазме, в ряде случаев развитие увеита

Фармакологическое взаимодействие:

Раствор для внутривенного введения совместим с:

20% раствором глюкозы;
раствором Рингера;
раствором хлористого калия в глюкозе;
4,2% раствором натрия бикарбоната;
раствором Хартманна;
аминофузином.

Форма выпуска:

капсулы 50 мг (7 капсул в упаковке), 100 мг (28 капсул в упаковке), 150 мг (в упаковке по 1 и 2 капсулы); раствор для внутривенных инфузий 200 мг/100 мл (в упаковке 1 и 10 флаконов).

Представительство ОАО "Гедеон Рихтер" в Кыргызской Республике
720055, г. Бишкек, ул. Медерова 181, т.: +996 (312) 900103, +996 (312) 549293 E-mail: richter@saimanet.kg



ГЕДЕОН РИХТЕР
Основано в 1901 году

РАЗВИТИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Асаналиева Л.У.

ОО «Открытое медицинское сообщество»,

Бишкек, Кыргызстан

Паллиативная помощь направлена на улучшение качества жизни пациентов с неизлечимыми заболеваниями. В настоящее время оказание паллиативной помощи в Кыргызстане находится на стадии становления и характеризуется нехваткой специализированных коек в стационарах, профильных служб и обученных специалистов, несмотря на высокие показатели неизлечимых заболеваний (онкологические, тяжелые сердечно-сосудистые, неврологические, легочные заболевания, СПИД и т.д.). Согласно исследованию по оценке потребностей в паллиативной помощи в Кыргызстане (2013г) в среднем ежегодно 22800 человек нуждаются в помощи, при этом ежедневно в паллиативной помощи нуждаются 3300 человек, из них онкологических 580 человек в день.

Проект «Оказание паллиативной помощи на дому» работает с 2013 года на базе Национального центра онкологии при финансовой поддержке Фонда «Сорос-Кыргызстан». Междисциплинарная команда специалистов, которая включает в себя врачей, медицинских сестер, психолога и социального работника, оказывает помощь, направленную на уменьшение остроты симптомов и сведению к минимуму физических и психологических страданий пациента (обезболивание и предотвращение боли, симптоматическое лечение, противопролежневая терапия и др). Кроме этого, важным компонентом проекта является организация ухода за пациентами на дому и обучение родственников основам ухода, кормления, массажа, выполнения несложных манипуляций и т.д.

Оказание паллиативной помощи на дому является наименее затратной по сравнению с другими видами помощи, в том числе стационарной, и соответственно экономически оправданной для нашей страны. С 2013 по 2016 гг по г. Бишкек помощь регулярно оказывалась 345 семьям. В среднем под наблюдением пациенты находились 92 дня (мин. – 1 день, макс. – 540 дней). В 2016г. общее количество визитов врачами составило 1110, медицинскими сестрами - 2019, психологом - 401 и социальным работником - 433. Среднее время, затраченное на один визит, составило 2,5 часа.

При оценке уровня боли по шкале ВАШ (от 0 до 10 баллов), при взятии под наблюдение боль у пациентов в среднем составляла 6,7 баллов, при управлении болью – снижалась до 3,1 баллов, т.е. разница составила 3,6. В среднем 30% пациентов нуждались в обезболивании морфином (уровень боли у них составлял 7-10 баллов). Отказы пациентов (или их родственников) от приема морфина составили от 4,5 % (2013 г) до 1% (2016 г), что в основном было связано с опиоидофобией, и были снижены за эти годы за счет разъяснительной работы как с семьями пациентов, так и с врачами ЦСМ; а также началом применения таблетированного морфина (с середины 2015 г), который является «золотым стандартом» для купирования сильных болей у пациентов. Выписка морфина осуществлялась врачами ЦСМ, по месту приписки пациента.

При оценке уровня тревоги и депрессии среди пациентов по шкале Зигмонд и Снэйс (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) было выявлено, что в среднем 50% пациентов имеют выраженную депрессию, у 30% - пограничное состояние и только у 20% симптомы депрессии отсутствовали.

Таким образом, в настоящее время большинство инкурабельных пациентов в нашей стране обречены на страдания в течение последних недель и месяцев жизни. Облегчение боли у таких пациентов является важным вопросом здравоохранения, которому ранее не уделялось должного внимания. Развитие паллиативной помощи является актуальной научно-практической проблемой, требующей междисциплинарного подхода, адаптации к конкретным культурным, социальным и экономическим условиям, а также встраивание услуг по оказанию паллиативной помощи пациентам в существующую структуру здравоохранения с акцентом на службы первичной медико-санитарной помощи и на организацию ухода за пациентами на дому.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ГРУППЫ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Астанова Э.Т., Мамытбекова Д.З., Абдуллаев Т.О.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.

Бишкек, Кыргызстан.

В рамках Национальной программы реформы здравоохранения «Манас» приоритетами были признаны развитие первичного здравоохранения, семейной медицины, свободный выбор семейных врачей и обеспечение доступности медицинских услуг для населения.

Цель исследования: Анализ деятельности группы семейных врачей в ЦСМ №18 г. Бишкек за 2012-2014 год.

Материал и методы. Проанализированы качественные показатели здоровья: заболеваемость и ее структура, показатели и структура смертности, приверженность пациентов к лечению, соблюдение клинических протоколов в лечении больных в ГСВ, прикрепленной к кафедре семейной медицины.

Результаты исследования: Под первичным наблюдением находились 6885 пациентов. Из них в 2012 г. женщины фертильного возраста составили 1437(20,9%), дети 699 (10%), к 2014 году контингент составил 6215 человек, из них соответственно женщины фертильного возраста 670 (10%), дети 730 (11,5%). Уменьшение количества наблюдаемых женщин с 20,9% до 10% было связано с внутренней и внешней миграцией, что отражалось в картах убытия. Согласно приказу № 202 финансирование ГСВ осуществляется по душевому нормативу. Количество застрахованного населения в 2012 г. составляло 72,8 а незастрахованного 27,2%. В 2014 г. соответственно 82,8% и 17,2%, уменьшение числа незастрахованного населения объясняется улучшением разъяснительной работы с сообществом, домовыми комитетами. В структуре смертности в 2012 г на первом месте были заболевания органов кровообращения 63%, цереброваскулярные заболевания 13,6%, онкологическая патология 4,5%. В 2014 г. соответственно 56,3%, 6,2%, 21,2%. Показатель смертности (количество умерших на 1000 человек) составил 6,6 в 2012г и 4,8 в 2014г ($p < 0.001$). Было отмечено снижение показателей смертности от цереброваскулярных заболеваний, что связано с назначением статинов, антиагрегантов согласно протоколу МЗ КР. Приверженность к лечению среди больных терапевтического профиля составляла 38%, хотя в начале лечения достигала до 81%. По мере увеличения продолжительности лечения этот показатель падает, что можно объяснить дороговизной лекарственных препаратов, большим количеством назначаемых препаратов, невнимательностью пациентов к вопросам своего здоровья. Ассистентами кафедры выписаны рецепты по дополнительной программе ОМС и Государственных гарантий в 2012 г. – на 174727 сом и в 2014г – на 200107 сом. Наибольшее количество среди выписанных рецептов больным с гипертонической болезнью составил – бисопролол 54%, амлодипин 30%, лизиноприл 20%. больным с бронхиальной астмой – бекламетазон в 85%, сальбутамол - 100%. По адресной социальной защите, пенсионерам, получающим менее 4000 сом в месяц, в 2013г. выписано рецептов на сумму 81600 сом, в 2014 г. - 109333 сом. Увеличение количества выписанных рецептов в 2014г. связано с ростом числа пенсионеров, получающих меньше фиксированного уровня и увеличением финансирования по ФОМС. В ГСВ организована паллиативная помощь на дому тяжело больным и умирающим больным. В течение года в стационаре на дому обслужено в среднем в 2012г. 60 больных, в 2014г. 72 человек. Увеличение числа этих больных связано с широким охватом населения и ограничением госпитализации тяжелых пациентов.

Выводы: отмечено уменьшение показателей смертности приписанного населения от цереброваскулярных осложнений, что связано с ростом числа применения статинов и аспирина. Основными группами гипотензивных препаратов на первичном уровне являются БАБ, Са- блокаторы, а также ингибиторы АПФ.

ВОПРОСЫ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ В РАБОТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Аталыкова Г.Т., Уразова С.Н., Цай Е.М., Миронова Е.К., Сапарова Л.Т., Шапеш А.Ш.

ГККП «Медицинский центр психического здоровья», ГККП на ПХВ ГП №4

Астана, Республика Казахстан

Актуальность. Охрана здоровья подрастающего поколения – главная стратегическая задача государства, поскольку фундамент здоровья будущего страны закладывается в детском и подростковом возрасте. Подростковый возраст можно назвать волнующим и одновременно кризисным периодом взросления. Для этого периода характерно ослабление интереса к школьным занятиям, усиление конфликтности, снижение работоспособности. Условия жизни, в которых живет подросток, определяют характер протекания пубертата. Новые социальные и экономические условия последних лет оказались непростыми для здоровья подростков, влияя на личные привычки, модели поведения, на такие факторы, как курение, нерациональное питание, потребление алкоголя, наркотиков, низкую физическую активность, депрессии.

Цель. Представить данные работы кафедры общей врачебной практики №2, проводимой в сфере подростковой медицины.

Материалы и методы. Учитывая сложившуюся ситуацию и принимая во внимание инициативу Департамента здравоохранения г. Астана с ноября 2011 года на кафедре ОВГП №2 «Медицинского университета Астана» был организован модульный цикл повышения квалификации в объеме 54 часов на тему «Актуальные вопросы в практике врача подросткового кабинета». Модуль вошел в компонент программы первичной переподготовки по специальности «Общая врачебная практика». Тематика цикла была составлена в соответствии с государственным стандартом дополнительного образования, без внимания не были оставлены рекомендации и пожелания семейных врачей на местах. Содержание цикла представлены темами, которые являются актуальными для подросткового возраста: профилактика табакокурения, алкоголизма, наркомании; репродуктивное здоровье мужчин и женщин; профилактика заболеваний передающихся половым путем; вопросы контрацепции; планирование семьи; вопросы, касающиеся ВИЧ и СПИД; депрессия и выявление пациентов с суицидальным риском в общемедицинской практике.

Результаты. За период с 2011 по 2016 год прослушали тематику цикла 89 слушателей из г. Астана, Акмолинской, Кустанайской, Северо-Казахстанской областей. По окончании цикла слушатели имели возможность получить презентации, которыми они могли воспользоваться для эффективной профилактической работы у себя на местах. После проведения анкетирования по завершению цикла, рекомендации слушателей учитываются для пополнения новыми данными. В подборе материалов для тем цикла огромная помощь была оказана кафедре Управлением ООН по наркотикам и преступности. Нам любезно были предоставлены руководства по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования, клинические протоколы «Тактики ведения пациентов с оппортунистическими инфекциями и общими симптомами ВИЧ/СПИДа», «Гепатит С и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией», технические руководства по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Консультативная помощь была оказана сотрудниками «МЦПЗ», молодежным центром «РАУАН» на базе городской поликлиники №4 г. Астана. Мы выражаем огромную благодарность всем людям, которые помогли нам в разработке и раскрытии тематики цикла и с большим воодушевлением помогали нужными материалами, консультативной помощью. О ходе проведения и содержания цикла имеются положительные отзывы, что указывает на появление интереса у общества к людям подросткового возраста, их здоровью и проблемам.

Вывод. Таким образом, развитие подростковой медицины, имеет перспективное значение, позволяя улучшить состояние здоровья наиболее востребованной в будущем части населения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА ПО ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Ботбаева Э., Кошукеева А., Бримкулов Н.Н.

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызстан*

Целью нашей работы была оценка внедрения клинического протокола «Табачная зависимость» (ТЗ) в практику учреждений здравоохранения Кыргызской Республики.

Материал и методы исследования. В Кыргызстане рабочей группой был разработан клинический протокол «Табачная зависимость», утвержденный приказом № 127 Минздрава 10 марта 2010 года. Клинический протокол требует, чтобы каждый врач при обращении пациента по любому поводу выявлял курящих лиц, предлагал им лечение и фиксировал диагноз ТЗ в карте учета амбулаторных посещений (учетная форма № 039/У). Начиная с 2012 года, годовые отчеты Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) содержат строку «Табачная зависимость», которая суммирует данные по всем областям, а также всему Кыргызстану. Наряду с этим, в той же карте, медсестрой отмечается информация об основных факторах риска неинфекционных заболеваний, включая курение, которая обобщается и представлена в том же разделе ежегодных отчетов под рубрикой «Количество лиц, употребляющих табак». Нами проведен анализ данных годовых отчетов РМИЦ с расчетом абсолютных и относительных величин.

Результаты. По данным отчетов РМИЦ в 2011 году диагноз ТЗ не фиксировался. Первая регистрация пациентов с ТЗ началась в 2012 году в Иссык-кульской области, составив 8667 человек или 2699,3 на 100 тысяч населения среди взрослых. В 2014 году выявление пациентов с ТЗ стало проводиться во всех регионах, однако, в большинстве из них (кроме Иссык-кульской области), регистрация была достаточно низкой. Всего по стране было зарегистрировано 10971 пациентов (или 273,2 на 100 тыс.). В то же время, уже в 2012 году лица, употребляющие табак, были зарегистрированы в большинстве регионов, а общее их количество по стране составило 102237 или 2622,2 на 100 тыс. населения среди взрослых и 264 (или 15,4 на 100 тыс.) среди детей до 14 лет. Важно отметить, что в последующие годы показатели лиц, потребляющих табак, значительно возрастают, достигая 4110,4 в 2013 году и 6363,1 в 2014 году (на 100 тыс. населения). В целом в 2014 году среди взрослых зафиксировано 255549 курящих лиц, что превышало число лиц с установленным диагнозом ТЗ почти в 25 раз.

Заключение. Официальная регистрация пациентов с табачной зависимостью, начатая в Кыргызстане с 2012 года и внедряющая регулярный мониторинг ТЗ, является исключительно важным событием. Однако, темпы внедрения этого начинания являются малоудовлетворительными. Для улучшения выявления и регистрации курящих лиц, а также пациентов с ТЗ, необходим ряд мероприятий, в том числе обучение врачей и медсестер, а также медицинских статистиков на уровне регионов.

О ВНЕДРЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА 2017-2030 ГОДЫ

Галако Т.И., Мусабаева С.С.

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,
Республиканский центр психического здоровья, Бишкек, Кыргызстан*

В настоящее время вопросы охраны психического здоровья не являются приоритетными направлениями в деятельности первичной медико - санитарной помощи (ПМСП) и не включены в показатели для оценки качества и эффективности деятельности центров семейной медицины (ЦСМ).

Следует отметить, что реалии сегодняшнего дня вызывают острую необходимость интеграции психиатрии в первичную сеть здравоохранения и в последнее время наблюдается положительная динамика в данном направлении:

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

- обучено 675 семейных врачей из разных регионов Кыргызской Республики (КР) основам оказания психиатрической помощи на уровне ПМСП;
- издано учебно-методическое пособие "Психиатрия в практике семейного врача», включающее 24 расстройства, наиболее часто встречающихся на уровне ПМСП;
- повысился уровень освоения психотропных лекарственных средств в рамках Программы государственных гарантий;
- психиатрические кабинеты Республиканского и Ошского областного центров психического здоровья переданы в ЦСМ городов Бишкек и Ош;
- с 2016 года Министерством Здравоохранения КР в рамках дополнительного финансирования II по проекту Здравоохранения и социальной защиты (проект SWAp), начато внедрение пилотов в восьми ЦСМ Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской областей, по оказанию комплексных медицинских услуг, интегрированных на уровень ПМСП.

Вместе с тем, результаты исследований, проведенных при поддержке странового офиса ВОЗ в Кыргызстане, показали низкий уровень знаний и навыков у семейных врачей для своевременного выявления психических расстройств и оказания соответствующей медицинской помощи.

Для решения проблем интеграции психиатрии на уровень ПМСП в проекте Государственной программы по охране психического здоровья населения КР предусматриваются следующие меры:

1. Приоритизация вопросов охраны психического здоровья в деятельности ПМСП с учетом наиболее распространенных психических расстройств.
2. Внедрение модели по оказанию комплексных, медицинских услуг, интегрированных в ПМСП - альтернативной стационарной психиатрической помощи на основе оценки результатов пилотирования.
3. Пересмотр должностных обязанностей специалистов ПМСП, с учетом оказания комплексных, медицинских услуг, интегрированных в ПМСП.
4. Анализ нормативно-правовых актов, регулирующих вопросы доступности психотропных лекарственных средств, с последующим внесением изменений и дополнений.
5. Разработка предложений по пересмотру списка лекарственных средств для лиц с психическими расстройствами, входящими в лекарственный пакет Программы государственных гарантий, а также в Дополнительный Пакет обязательного медицинского страхования и механизмов возмещения по ним.

Считаем, что реализация перечисленных мер будет способствовать не только интеграции психиатрии в первичную сеть здравоохранения, но и совершенствованию оказания психиатрической помощи населению КР в целом.

ПРОБЛЕМЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ

Одонтуя Даваасурэн

Национальный Университет Медицинских Наук, г. Улаанбаатар, Монголия

Цель исследования: 90% паллиативных больных хотят провести последние дни жизни дома, среди родных и близких им людей. Семейные врачи Монголии обязаны проводить паллиативную помощь на дому согласно стандарту семейного центра здоровья и постановлению Министра здравоохранения (№ 306, 2003г.). Семейные врачи (СВ) имеют право выписывать бесплатный морфин и другие опиоиды для онкологических больных, а с 2011 года СВ могут выписывать морфин для неонкологических больных с 53%-ой льготой за счёт страхования здравоохранения. СВ, до сих пор, сталкиваются с проблемами во время оказания паллиативных услуг на дому и очень редко выписывают морфин, в связи с чем было проведено исследование этой проблемы, для разрешения ее в будущем..

Материал и методы исследования: Было проведено анкетирование 50 семейных врачей с помощью опросника, состоящего из 55 вопросов.

Результаты исследования: 70% семейных врачей получили образование по паллиативной помощи в 3-5 дневных курсах. 70% семейных врачей знают, что имеют право выписывать морфин для болеутоления и 40% врачей знают и умеют титровать морфин. 70% врачей до сих пор боятся выписывать морфин и предпочитают направить больного к онкологу или к врачу паллиативной помощи. Только 30% семейных врачей выписывали морфин для паллиативных больных, остальные 70% даже не держали в руке рецепт для его выписывания. На вопрос “Для каких целей используют морфин?”, 100% врачей ответили, что морфин нужен для облегчения сильной боли, 32% ответили, что нужен для облегчения сильной одышки, 26% ответили, что морфин используют для облегчения непродуктивного кашля, 10% ответили, что морфин нужен для облегчения неукротимого поноса, 3% врачей ответили, что могут использовать морфин при сильном кровотечении. На вопрос “Почему семейные врачи не выписывают морфин?” 40% врачей ответили, что им не хватает опыта и практики, 70% - боятся осложнений от морфина, 60% не снабжены специальным рецептурным бланком для выписывания морфина и не знают где его можно достать.

Выводы: Для улучшения качества паллиативной помощи на дому, мы должны увеличить время для проведения практических курсов по паллиативной помощи на дому для семейных врачей, снабдить их рецептурными бланками для выписывания морфина, и для оценки качества работы центров семейной медицины включить количество обслуженных паллиативных больных, количество выписанных рецептов морфина для облегчения сильной боли у больных в годовую отчетность поликлиник.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗАННАЯ СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ МОНГОЛИИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА

**Одонтуяа Даваасурэн, Көлбай Жанылган, Балжинням Сайханжаргал,
Пагмадулам Батсайхан, Тунгалаг Пүрэвсүрэн, Нямбилэг Болдсайхан,
Цэрэндолгор Цэнд-Аюуш, Наранчимэг Г.**

*Национальный университет медицинских наук, Центры семейного здоровья
Улаанбаатар, Монголия*

11052 больных в Монголии ежегодно нуждаются в паллиативной помощи. Больные хотят проводить последние дни жизни дома, поэтому семейные врачи Монголии обязаны проводить паллиативную помощь на дому, согласно стандарту семейного центра здоровья.

Цель исследования: оценка паллиативной помощи, оказываемой семейными врачами больным и их семьям.

Материал и методы исследования: Исследование проведено путем опроса 33 семейных врачей семи центров семейной медицины, четырех районов столицы Улаанбаатора, с помощью анкеты, состоящей из 85 вопросов. Также проведен ретроспективный анализ 667 амбулаторных карт больных, которые получали паллиативную помощь в течение 2016 года.

Результаты исследования: 7 центров семейной медицины обслуживают 72804 населения. Под опекой семейных врачей и сестёр в 2016 году находились 667 паллиативных больных. 131 (19.6%) получали болеутоляющее лечение нестероидными противовоспалительными средствами, 27 (4.05%) получали лечение морфином, 145 (21.7%) получали лечение трамадолом. Всего 303 (45.42%) больных получали болеутоляющие препараты.

93 (13.9%) получали лечение по поводу пролежней, 24 (3.6%) больным проводилась катетеризация мочевого пузыря, 95 (14.24%) больных получили симптоматическое лечение на дому.

20 (2.99%) больных были извещены о неблагоприятном прогнозе заболевания, 50 (7.49%) больных получили сестринский уход на дому.

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Среди 250 (37.48%) семей проведены короткие курсы обучения по уходу за тяжёлыми больными, 57 (8.54%) семьям выписан свидетельство о смерти больного, 39 (5.84%) семей получили помощь после тяжёлой утраты больного, 36 (5.39%) больных направлены семейными врачами на госпитализацию в хосписы.

Выводы: Обучение семьи по уходу за больными, лечение боли и лечение симптомов страдания паллиативных больных являются самыми частыми мерами паллиативных услуг на дому, оказываемых семейными врачами и сёстрами первичного звена здравоохранения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Джилкиадарова Ж.Э., Токторбаева А.Н., Аралбаева А.Б.,
Исакова З., Мукашева А., Бримкулов Н.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева. Бишкек, Кыргызстан

Цель - изучение распространенности табачной зависимости среди студентов-медиков, для последующей разработки образовательных программ, направленных на привлечение студентов к процессу контроля над табакокурением.

Материал и методы. Обследована рандомизированная 20% выборка студентов 1-6 курсов лечебного факультета КГМА имени И.К.Ахунбаева, составившая 618 лиц, в том числе, 322 - мужского и 296 – женского пола. Сбор данных проводился по разработанному нами опроснику, включавшему в себя вопросы о личном опыте курения. Выраженность табачной зависимости оценивалась по тесту Фагерстрема и верифицировалась определением оксида углерода в выдыхаемом воздухе микрогазоанализатором *piCO Smokerlyzer (Bedfont Scientific, Великобритания)*. Исследование одобрено Этическим комитетом КГМА имени И.К.Ахунбаева.

Результаты:

	Всего	1 курс	2 курс	3 курс	4 курс	5 курс	6 курс
Количество обследованных	618	103	102	104	104	101	104
Количество женщин, абс.(%)	296(48)	42(40)	41(40)	51(50)	54(52)	58(57)	50(48)
Никогда не курили сигареты, абс.(%)	351(57)	56(54)	58(56)	51(50)	62(60)	69(68)	55(53)
Когда либо пробовали курить, абс.(%)	267(43)	48(46)	45(44)	51(50)	42(40)	32(32)	49(47)
Ежедневно курящие, абс.(%)	128(21)	28(27)	22(21)	28(27)	17(16)	13(13)	20(19)
Ежедневно курящие (мужчины), абс.(%)	109(34)	23(37)	21(34)	21(41)	16(32)	10(23)	18(33)
Ежедневно курящие (женщины), абс.(%)	19(6)	5(12)	1(2)	7(14)	1(2)	3(5)	2(4)

Из 618 обследованных студентов курили 128 (20,7%), частота распространенности курения преобладала среди мужчин – 109 (38,5%), тогда как курящих студенток было 19 (6,4%). Частота курящих с первого по шестой курсы составила соответственно 28 (26,9%), 22 (21,4%), 28 (27,7%), 17 (16,3%), 13 (12,9%) и 20 (19,2%).

Заключение. Выявлена высокая распространенность употребления табачных изделий среди студентов медицинского ВУЗа. Это требует пересмотра принципов обучения студентов медицинских специальностей и самих учебных программ, потому что медицинский работник – часто единственный специалист, который имеет возможность помочь курящему пациенту.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕЛЕМОНИТОРИНГА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Иманалиева А.И.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Сочетание ХОБЛ и ГБ оказывает не только взаимоотношающее влияние друг на друга, увеличивает риск инвалидность и смертность, но и оказывает негативное социально-экономическое влияние. На сегодняшний день существует все инструменты достижения и длительного поддержания контроля болезни, однако клиническая практика показывает обратное. Основными причинами недостижимости и утраты контроля над болезнью являются: некорректно проводимая терапия, редкая оценка функции легких, низкая комплаентность. В этой связи применение телемедицинских решений для удаленного мониторинга при сочетанной патологии (ХОБЛ + ГБ) является актуальным.

Цель исследования: оценить эффективность внедрения в практике первичного звена здравоохранения технологий удаленного мониторинга после образовательной программы при сочетанной патологии.

Материалы и методы: в исследование включены 23 пациента с ХОБЛ (I-IV степени тяжести по GOLD, 2011) и ГБ (ESH/ESC, 2013), средний возраст – $59,43 \pm 1,41$ лет). Все пациенты вначале прошли образовательную программу, затем после обучения проводился телефонный мониторинг по схеме телемониторинга, которую раздали всем пациентам для записи своих данных. Сравнивали следующие экономические затраты: время затрат на 1 посещения врача (минута), стоимость за дорогу на 1 посещения до исследования и после время (минута) затрат на 1 телефонный звонок, стоимость на 1 телефонный звонок. Из 23 пациентов: 13 пациенты в тарифе магеком (1 мин=1 сом), 5 пациенты в тарифе О! (1 мин=1 сом), 5 пациенты в тарифе билайн (1 мин=0,70 тый.). Предлагаемая авторами технология представляет собой телемедицинское решение, работающее по модели «врач-пациент», основанное на мобильной технологии. Данное решение обеспечивает длительное поддержание контроля болезней посредством регулярного мониторинга параметров течения болезни со стороны пациента и регулярной оценки изменений параметров течения болезни со стороны врача, оперативную корректировку плана лечения.

Результаты: в рамках анализа разработанной технологии была оценена следующая экономическая эффективность: если до исследования 1 пациент на 1 посещение тратил время – в среднем $77,61 \pm 5,76$ минуты, то после исследования 1 пациент на 1 удаленный телефонный мониторинг потратил в среднем 3 мин; если до исследования 1 пациент на 1 посещение за дорогу тратил в среднем $44,78 \pm 7,87$ минуты, то на время телефонный звонок 1 пациент в среднем $3,07 \pm 0,17$ минуты, а на стоимость 1 пациент в среднем потратил $2,89 \pm 0,19$ сом.

Выводы: внедрение предлагаемой технологии оказывает положительное влияние как на пациента, так и на медицинские организации. Применение телемониторинга обеспечивает существенную экономию времени для пациента и снижает его финансовые затраты, связанные с посещением врача. Более того, телемониторинг оказывает положительный экономический эффект и на медицинские организации, так как сокращает время, затрачиваемое работниками ПМСП.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, ОБСЛУЖИВАЕМОГО ЦЕНТРОМ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ №18 Г. БИШКЕКА.

Мамытбекова Д.З.¹, Бейшенбекова Д.Б.², Бримкулов Н.Н.¹

¹Кафедра семейной медицины, Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, ²ЦСМ 18, Бишкек, Кыргызстан

Основными задачами лечебных учреждений на первичном уровне здравоохранения являются повышение качества медицинских услуг, обеспечение их доступности, непрерывности наблюдения за больными, улучшение показателей здоровья, удовлетворенность населения медицинской помощью.

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Цель исследования: анализ деятельности центра семейной медицины (ЦСМ) №18, оценка показателей заболеваемости, смертности, инвалидизации среди обслуживаемого населения, определение путей оптимизации деятельности групп семейных врачей.

Материал и методы: ежемесячные, квартальные и годовые отчеты о деятельности групп семейных врачей за период 2014-2016 гг.

Результаты: Количество обслуживаемого населения составляло в 2014 г. 30141, в 2016 г.-34653 человек, прирост оставил 11,71%, что объясняется сдачей новых жилых домов на территории ЦСМ.

Число застрахованных по системе обязательного медицинского страхования возрос на 33,5 % в 2016 г. по сравнению с 2014 г., что связано с улучшением работы с населением и его приростом. В структуре смертности на первом месте были заболевания сердечно-сосудистой системы (колебания от 69% до 73,8%), новообразования (20% -17,8%), травмы (8% - 2,5%). В структуре заболеваемости среди взрослого населения и подростков преобладали болезни сердечно-сосудистой системы, отмечался прирост с заболеваемости ими на 30%, что связано с увеличением риска факторов коронарной болезни сердца (увеличением числа курящих, людей с избыточным весом и гиподинамией и др.) На втором месте по заболеваемости занимали болезни органов дыхания, отмечался также прирост заболеваемости в 2016 г. Уровень госпитализаций по мониторируемым заболеваниям среди взрослых составил в 2015 г.: пневмонии 13.2%, коронарная болезнь сердца 2,9%, ХОБЛ 3,8%, БА 6%, соответственно в 2016 г.- 14,9%, 3,1 %, 1,5%, 5,2%. Также отмечалось увеличение частоты вызовов скорой помощи по мониторируемым заболеваниям: по гипертонической болезни на 3,7%, пневмонии на 6,2%, БА на 10,3%.

Всего пролечено в дневном стационаре в 2014 г 617больных, 2015 г.587 больных. Основными заболеваниями, пролеченными в дневном стационаре, были заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы.Через адресную социальную помощь пенсионерам, имеющих пенсию в размере до 10 минимальных зарплат выписаны льготные рецепты на сумму в 2014 г. - 250932 сома, 2015 г. - 216995, 2016 г.- 201145 сом. Доля лиц, получивших лекарственные препараты за счет средств ФОМС, составила среди больных гипертонической болезнью 42,4%, КБС -29,9%, ЖДА -76%, ХОБЛ - 8,4 %, БА -3,7%.

Таким образом, по результатам анализа деятельности центра семейной медицины выявлено, что в структуре заболеваемости и смертности преобладают заболевания сердечно-сосудистой и легочной систем, новообразования и травмы. Центром семейной медицины проводится большая работа по лечению больных в дневном стационаре и по обеспечению населения лекарствами по льготным рецептам фонда обязательного медицинского страхования и адресной социальной помощи. Мероприятия по улучшению состояния здоровья населения, снижению уровня заболеваемости должны, прежде всего, предусматривать профилактику заболеваний, которые преобладают в структуре заболеваемости населения и обуславливают ее многолетний рост. Учитывая вклад различных внешних факторов в формировании здоровья человека, следует, отметить необходимость дальнейшего усиления работы, как пропаганда здорового образа жизни, снижение негативного воздействия факторов окружающей среды.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОЧЕЙ НАГРУЗКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Мергентай Айгуль¹, Кулов Дюсентай¹, Бекембаева Гульбадан², Койков Виталий²,
Омаркулов Бауыржан¹, Мусина Галия², Тазабеков Асылбек²

¹Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан

²Республиканский центр развития здравоохранения, Астана, Казахстан

Планирование кадровой потребности и оценка кадровой обеспеченности в Республике Казахстан, основанные на нормативах нагрузки специалистов здравоохранения являются важными элементами управления персоналом и должны проводиться на основе единых методологических подходов.

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

В связи с этим, **целью** нашего исследования стала разработка научно-обоснованных подходов к совершенствованию нагрузки врачей общей практики (ВОП) с учетом стратегических инициатив Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2019 годы.

Материал и методы: Хронометражным исследованиям были охвачены специалисты ВОП. Методом сплошного исследования нами было проанализировано время, затраченное врачами ВОП ПМСП на 256 человек, из них 155 человек взрослого населения и 101 пациент детского возраста.

Результаты исследования: Для изучения нагрузки и затрат рабочего времени врачей общей практики в организациях ПМСП нами было проведено хронометражное исследование рабочего времени ВОП поликлиники г. Караганды. В рамках исследования определялась продолжительность элементов трудовой операции. Для обработки и анализа результатов исследования нами был использован метод сплошного аналитического исследования. Применялся статистический анализ с помощью программы SPSS 16. При анализе были использованы дескриптивный (описательная статистика), факторный и корреляционный и многомерный дисперсионный анализ.

Согласно полученным вычислениям при помощи метода мультиномиальной логистической регрессии, для взрослого пациента, осматриваемого врачом ВОП по поводу заболевания, если врачом не будет потрачено время на выполнение технических работ, дополнительных манипуляций и заполнение внутренней документации, то прогнозный показатель времени приема будет увеличен с 56,2% до 60,9%, для детей он практически останется на прежнем уровне, а для беременных женщин он снизится с 12,5% до 7,8%. Прогнозируемые значения для социально-медицинских мероприятий для взрослых увеличатся с 62,5% до 67,9% и на 2% у беременных женщин соответственно, а для детей снизятся с 37,5% до 30,1%.

Проведенный статистический анализ определил основные факторы, влияющие на длительность приема пациентов врачами ВОП. К ним относятся Коммуникативный фактор или компонента 1, Операционные процедуры или компонента 2, и Работа с документацией или компонента 3. То есть, основное время на приеме у врача ВОП составляет коммуникативная часть – общение с пациентом, консультации, беседа с ним. Вторым по значимости на длительность приема врачом является осмотр, пальпация, аускультация и другие дополнительные процедуры для уточнения диагноза пациента. И третьим, немаловажным фактором, влияющим на длительность приема, оказалось заполнение медицинской документации.

Выводы: время, затраченное на дополнительный осмотр пациентов и коммуникативный фактор, способствуют более быстрому и верному получению результатов осмотра и сокращению времени приема пациента. И, напротив, наличие технических работ и работа с документацией будут способствовать увеличению времени приема врача ВОП.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Молдобекова Э.М

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызстан*

Туберкулез – социально-значимое инфекционное заболевание, которое по данным современной мировой статистики имеет тенденцию к дальнейшему распространению. Ежегодно во всем мире заболевает туберкулезом 8-10 млн. человек и около 3 млн. каждый год погибают от этой болезни.

На данном этапе эпидемиологическая ситуация по туберкулезу обострилась во всех странах мира. На фоне снижения заболеваемости туберкулезом происходит омоложение туберкулеза, а главное формируется ситуация очередного эпидемиологического всплеска нового качества, для которого характерны высокий уровень деструктивных и осложненных форм легочного туберкулеза, интенсивное формирование резервуара резистентных микобактерий к противотуберкулезным препаратам,

высокий уровень реактивации туберкулеза после излечения, показатель туберкулёза остаётся более 100 случаев на 100 000 населения. При этом уровень заболеваемости туберкулёзом среди общего населения в городе Бишкек и Чуйской области на много превышает республиканский показатель. Исходя из сложившейся ситуации Правительство КР принимает стратегические планы по улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране.

Одной из актуальных задач, стоящих перед здравоохранением является профилактика заболеваемости среди медицинских работников. С 2001 года отмечалась тенденция снижения уровня заболеваемости ТБ среди медицинских работников в республике. Однако в 2013 году по сравнению с 2012 годом (45 против 23) почти во всех регионах, за исключением Баткенской и Чуйской областей отмечается рост заболеваемости ТБ медицинских работников. В 2013 году в городе Бишкек уровень заболеваемости ТБ среди медработников увеличился в 2 раза (20 случаев против 11) по сравнению с 2012 годом. При анализе заболеваемости медицинских работников, было установлено, среди зарегистрированных случаев ТБ только 15% (3 случая) составляют работники противотуберкулезных организаций, остальные составляли медицинские работники ЦСМ - 25% (5 случаев) и работники стационарных организаций (60%). Среди заболевших ТБ по среднему медперсоналу (мед. сестры, акушерки, лаборанты, фармацевты) составили 60%, технический персонал (буфетчицы, санитарки, водители) - 25%, врачи - 15%. В 55% случаев ТБ среди медицинских работников был выявлен при плановом медосмотре. За 5 месяцев 2014 г. в городе Бишкек зарегистрировано 13 случаев ТБ среди медицинских работников, из них 3 случая БК положительные (1 медсестра в доме ребенка, 1 медсестра стоматологической поликлиники, 1 санитарка НЦФ). Остальные случаи БК, выявлены среди медицинских работников НГ МЗ КР (2 случая); ЦСМ № 14 (2 случая); и по одному случаю в ЦСМ № 18, РКИБ, ЖДБ, НЦО, НХЦ, ГСИН города Бишкек. Общие меры по профилактике внутрибольничных инфекций и управлению медицинскими отходами проводятся на основании требований, изложенных в «Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения КР» (утвержденной Постановлением Правительства КР № 32 от 12.01.12 г.).

Таким образом, сложившаяся эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди медицинских работников ПМСП и организаций вторичного уровня демонстрирует необходимость в усилении контроля и надзора по выполнению требований нормативных правовых актов в области общественного здравоохранения, а также улучшении организации мероприятий по профилактике туберкулеза среди медперсонала.

ПЕРВЫЕ ШАГИ ПРОЕКТА «АВТОНОМИЯ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» В ПИЛОТНЫХ РАЙОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Мукеева С.Т., Элебесова И.И.

Ассоциация групп семейных врачей и семейных м. медсестер Кыргызской Республики.

Проект «Автономия организаций здравоохранения», Бишкек, Кыргызстан

Отсутствие автономии организаций здравоохранения (АОЗ) признано важнейшим барьером, оставшимся от предыдущих реформ, и определено в Национальной программе «Ден соолук», как одно из основных направлений реформ в ближайшие годы. Хотя реформы в рамках программы «Манас» позволили обеспечить относительную автономию организаций здравоохранения, существующие операционные правила ограничивают фактическую автономию.

В этом контексте Правительство Кыргызской Республики и Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству (ШАРС) в Кыргызстане запустили проект по АОЗ в 2014 г. Проект направлен на разработку и внедрение модели, которая предоставит больше автономии организациям здравоохранения (ОЗ). Модель апробируется в трех районах Иссык-Кульской области: Тюпском, Жети-Огузском и Тонском в период с 2015 по 2018 годы и с 2018 года после тщательной оценки, будет развернута на национальном уровне. Проект предоставит возможность способствовать интеграции

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

и оптимизации оказания услуг по охране здоровья населения на районном уровне, что значительно повысит эффективность и качество услуг.

На международном уровне автономия организации здравоохранения или автономия провайдера принимается, как основная стратегия повышения эффективности ОЗ. Параллельно, неотъемлемым требованием для повышения эффективности считается усиление подотчетности руководителей ОЗ.

Проект АОЗ также предусматривает повышение роли и обязанностей местных органов власти (районной администрации) в отношении координации деятельности в области охраны здоровья населения на районном уровне таким образом, что они будут сами участвовать в решении вопросов по улучшению здоровья населения, по определению потребности населения района в услугах здравоохранения.

Проект АОЗ сотрудничает с Проектом по финансированию, ориентированному на результат (ФОР), осуществляемому при финансовой поддержке Всемирного банка в рамках SWAp именно по внедрению ФОР на уровне организаций здравоохранения первичного звена выбранных пилотных районов.

Таблица 26: Фазы проекта АОЗ

	Фаза	Продолжительность	Предварительные сроки
1	Фаза реализации 1 – пилотная фаза	4 года	2015-2018
2	Фаза реализации 2 – фаза расширения масштаба	4 года	2019-2022
3	Непрерывный мониторинг и заключительная оценка	2 года	2023-2024

Воздействие проекта АОЗ, включает в себя два основных параметра повышения эффективности в системе здравоохранения:

- Эффективность оказания медицинских услуг населению.
- Качество оказания медицинской помощи населению.

Эффективность оказания качественных медицинских услуг будут зависеть от изменения следующих 7 основных направлений:

1. ОЗ применяют управленческий и операционный ноу-хау в клинической и параклинической областях.

2. В ОЗ внедрены модернизированные вспомогательные услуги.

3. На уровне ОЗ внедрены модернизированные и оптимизированные методы и процессы финансового менеджмента и закупок, управления персоналом, управления запасами и информационной системой.

4. Инфраструктура ОЗ модернизирована, установлено необходимое оборудование и информационное обеспечение. Обеспечивается техническое обслуживание данного оборудования.

5. Создана более эффективная децентрализованная организация управления в системе здравоохранения (на районном и областном уровне) с интегрированным механизмом мониторинга и отчетности и эффективной стратегией коммуникаций.

6. Улучшено оказание медицинской помощи на районном уровне за счет внедрения более комплексных сетей и услуг ОЗ.

7. Внедрены улучшенные механизмы оказания медицинских услуг на районном уровне путем введения более интегрированных сетей и служб ОЗ.

Основными организациями-субподрядчиками проекта АОЗ являются:

Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызской Республики (АГСВи-СМ КР) и Ассоциация больниц Кыргызской Республики (АБ КР).

Весь 2015 год был посвящен осуществлению: - ситуационного анализа, который включал следующее:

- Определение того, что имеется;

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

- Определение того, что имеется, но работает неэффективно или же не в полную силу или не соответствует целям;
- Укрепление и улучшение, оснащение, обучение;
- Согласование всех различных элементов с тем, чтобы они работали вместе, Внедрение новых элементов.
- создание районных советов по охране здоровья населения- проведены по 4 райсоветов по каждому пилотному району;
- разработка: - 38 инструментов оценки и индикаторов по выявленным при оценке проблемам на уровне первичного звена;
- схемы реорганизаций организаций ПМСП, с соблюдением основ инфекционного контроля, логистики движения пациентов, процесса оказания основных услуг, которые утверждены районными советами;
- пакета услуг для организаций ОЗ ПМСП;
- внутриорганизационного распределения средств по ФОР на уровне ОЗ ПМСП;
- участие в разработке оценочных листов по ФОР для ОЗ ПМСП;
- составление списка необходимого оборудования для осуществления качественных медицинских услуг по 4 приоритетным направлениям программы «Ден соолук»;
- закупка и оснащение ноутбуками и компьютерами каждой организации ПМСП, обеспечение роутерами, интернетом;
- обучение специалистов семейного дела компьютерной грамотности, чтобы клинично-информационные формы (КИФы) вводились самими семейными врачами, создание баз данных приписанного населения для каждой ОЗ ПМСП, внедрение элементов дистантного обучения для специалистов семейного дела;
- создание рабочих групп в самих организациях по всем направлениям проекта;
- систематические обучения по вопросам, касающимся качества услуг, инфекционного контроля, написания грантовых заявок, внутреннего аудита качества услуг.
- пересмотрены должностные инструкции для всех сотрудников ОЗМ ПМСП
- все ГСВ обеспечены электронными вариантами КР и КП и СОПов.
- Обеспечены базовыми оборудованием медработники ГСВ и ФАП согласно составленным заявок следующим оборудованием: весы взрослые с ростомером – 17 ед., весы детские – 21 ед., ростомер детский – 23 ед., тонометр для измерения АД (с фонендоскопом) – 322, стетофонендоскоп – 42 ед., стетофонендоскоп (АГСВ) – 12 ед., измерительная лента – 912 ед.

Все эти мероприятия существенно мотивируют специалистов семейного дела по предоставлению качественных услуг, несмотря на низкую укомплектованность всех 3-х районов семейными врачами- менее 50% от должного. Остается еще много работать, по изменению менталитета как руководителей, так и врачей и медсестер по предоставлению пациент-ориентированных качественных услуг с одной стороны, так и местного самоуправления, так как здоровье только на 10-15% зависит от медицины. Автономность означает повышение ответственности каждого за конечные результаты.

РОЛЬ ЦЕНТРОВ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ ПМСП

Омуралиева М.А., Бейшенбекова Д.Б., Бримкулов Н.Н., Мамытбекова Д.З.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

Центры семейной медицины ЦСМ №6 и №18, Бишкек, Кыргызстан.

При внедрении реформирования медицинской помощи в Кыргызской Республике был взят курс на переориентацию системы здравоохранения от практики предоставления дорогостоящей медицинской помощи, оказываемой узкими специалистами и ориентированной на лечение, к практике оказания менее затратной, направленной на профилактику помощи на первичном уровне здравоохранения.

ранения. Качественно подготовленные семейные врачи (СВ) могут обеспечить лечение большинства заболеваний, наиболее часто встречающихся на первичном уровне. В связи с этим возрастает роль повышения качества обучения студентов и ординаторов на до- и последипломном уровнях. В соответствии с реформой медицинского образования, основное внимание должно быть перенесено на клиническую подготовку на базе первичного звена практического здравоохранения – в центрах семейной медицины. В КГМА имени И.К.Ахунбаева в настоящее время внедряется новый образовательный стандарт подготовки СВ, в рамках которого большое внимание уделяется развитию кафедры семейной медицины. Это на сегодня единственная кафедра, расположенная на базе амбулаторных учреждений – Центров семейной медицины №6 и №18 г.Бишкека.

Представляет интерес история создания модели центра семейной медицины и клинической базы по семейной медицине и амбулаторной терапии, целью которой было повышение качества как медицинских услуг, так и медицинского образования. Постановлением мэрии в октябре 2001 года образована многопрофильная поликлиника № 18 на базе филиала городской многопрофильной поликлиники № 6. КГМА были выделены 55 кабинетов для четырех групп семейных врачей, узких специалистов, был организован дневной двухсменный стационар (16 коек), отделение физиотерапии и реабилитации, клиничко-биохимическая лаборатория и другие структурные подразделения (функциональной диагностики и ультразвукового обследования). За период существования на клинической базе обучались студенты 6 курса КГМА, а также иностранные студенты и ординаторы. Для более раннего приобщения студентов к медицинской практике с 2014 года обеспечен доступ к пациентам и ресурсам центра студентов 1-2 курсов лечебного факультета. За более чем 15 летний период сотрудничества с КГМА на базе центра семейной медицины прошли обучение около 4500 студентов. Количество врачей, обучавшихся ординатуре и интернатуре с 2001 по 2016 год с участием Центров семейной медицины №6 и №18 составили 172 человека. В процессе обучения для ординаторов и интернов представлена возможность самостоятельно вести прием больных, обслуживать домашние визиты, вести медицинскую документацию, участвовать в процессе обследования больных, осуществлять медицинские осмотры школьников, студентов - под контролем преподавателей КГМА и врачей ЦСМ, а также совмещение в качестве терапевтов, педиатров, врачей скорой помощи, школьных врачей после первого года обучения. Процесс трудоустройства ординаторов по специальности СВ за период с 2003 по 2014 годы увеличился с 56,3% до 100%, что конечно, связано с мерами МЗ и правительства КР по подъему социального статуса семейного врача (доплаты ФОМС, врачебный депозит и т.д.).

Для оптимизации качества обучения студентов и ординаторов, медицинской помощи населению необходимо улучшение материально-технической базы ЦСМ, особенно лабораторной и инструментальной базы, а также вовлечение большего числа центров семейной медицины в практическую подготовку медицинских кадров.

РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.

Пирназарова Г.Ф., Ибраева Г.А., Жусупбекова Н.Э.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность. Для большинства систем здравоохранения в мире медицинские сестры являются одним из ключевых элементов в оказании услуг здравоохранения, и ее эффективность в значительной степени зависит от профессионального уровня, качества подготовки и использования среднего медицинского персонала, как самой объемной составляющей кадрового ресурса здравоохранения.

Цель. Изучение роли медицинских сестер в системе здравоохранения Кыргызской Республики и оценка барьеров, препятствующих усилению роли медицинских сестер.

Материалы и исследования. В 2015 году в Кыргызской Республике группой экспертов была проведена двухэтапная оценка роли медицинских сестер в укреплении здоровья, первичной профилактике, раннем выявлении, интегрированной помощи и обучении пациентов. Первый этап оценки был направлен на сбор статистических данных о специалистах со средним и высшим сестринским образованием и их месте в практическом здравоохранении. Второй этап включал оценку барьеров, препятствующих усилению роли медсестер. В ходе исследования экспертами проводился анализ имеющихся вторичных данных, интервью с основными информантами и встречи с ключевыми лицами. При проведении интервью были использованы полу-структурированные вопросники с максимальным использованием открытых вопросов, направленных на получение качественных данных.

Результаты. На 1 января 2017 года медицинскую помощь населению республики оказывают 33788 специалистов со средним медицинским образованием или 55.6 на 10000 населения. Выявлено, что руководители организаций здравоохранения не в полной мере используют потенциал среднего медицинского персонала с учетом его профессиональной компетенции. До сих пор бытует мнение о медицинской сестре как второстепенном помощнике, механически выполняющем указания врача. В то же время обнаружено, что зачастую во многих труднодоступных регионах страны, где наблюдается отсутствие или нехватка врачебных кадров, специалисты сестринского дела проводят профилактику распространенных заболеваний, выявляют проблемы, консультируют и направляют пациентов к специалистам соответствующего профиля. Наблюдается ежегодный прирост на 3-4% медицинских сестер, имеющих аттестационные категории. По результатам проведенных интервью, имеется разница в требованиях к профессиональным компетенциям и их применению в условиях клиники, достигающая 71%. В целом, система здравоохранения страдает от несбалансированности медицинских кадров, малоэффективного использования сестринского персонала в практическом здравоохранении, что оказывает существенное влияние на качество медицинской помощи.

Выводы: Учитывая кадровый кризис в Кыргызской Республике, обусловленный в частности нехваткой врачей на первичном уровне, роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала должны измениться. Необходимо продолжить пересмотр имеющейся законодательной базы, регламентирующей практику и функциональные обязанности медицинских сестер, совершенствовать учебные программы подготовки среднего медицинского персонала.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Рысбекова Г.С., Сулайманов Ш.А.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош, Кыргызстан

Цель работы: изучение состояния организации медицинской помощи пациентам с эндокринной патологией в Ошской области путем оценки учета, хранения, ведения документации и рациональности использования препаратов инсулина в организациях здравоохранения области. Кроме того, нами проведена оценка качества ведения и достоверности информации в базе данных Государственного Регистра (ГР) по сахарному диабету (СД).

Материалы и методы. В исследование были включены центры семейной медицины (ЦСМ) г. Ош, Кара-Суйского, Араванского, Ноокатского, Узгенского и Кара-Кульджинского районов.

Результаты: Транспортировка препаратов инсулина из города Бишкек в Ош осуществлялась, согласно указанию министерства здравоохранения республики, в рефрижераторах. Температурный режим в местах хранения в основном соблюдался. В ЦСМ «Барын» Ноокатского и Араванского районов выявлены нарушения правил хранения препаратов инсулина, которые в ходе проверки были ликвидированы.

Также не было установлено нарушений учета и выдачи противодиабетических препаратов. Имелись в наличии все необходимые медицинские документации.

Анализ амбулаторных карт пациентов в ЦСМ показал, что нет необоснованных госпитализаций,

достаточным был контроль углеводного обмена у пациентов. Диагностические обследования пациентов проводились в объеме, не всегда достаточном для выявления осложнений СД.

В ЦСМ г.Ош и районах Ошской области консультативно-лечебную помощь пациентам с СД и другой эндокринной патологией оказывают врачи-эндокринологи, кроме ЦСМ «Барын» Ноокатского района, где помощь оказывает врач-терапевт (без специализации по эндокринологии).

В заключении хотим отметить, что нередко врачи выставляют диагноз СД не по классификации, повсеместно отмечается недостаточная коррекция гликемии и лечение осложнений у больных СД врачами-эндокринологами. Это объясняется отсутствием у пациентов достаточной мотивации к лечению, отказом от проведения самоконтроля и нежеланием обследоваться из-за отсутствия финансовых средств. Семейные врачи в районных ЦСМ также проводят недостаточную коррекцию лечения и обследование пациентов с СД. Часто в лабораторных анализах больных контролируются только содержание сахара в крови и не всегда отмечаются дозы инсулина и таблетированных сахароснижающих препаратов. Следует отметить, что часть пациентов не доезжают до врачей эндокринологов, а в ГСВ нет программы по ГР СД, что создает неудобство при введении данных. В ГР СД, за 2016 год, данные пациентов введены не полностью, кроме ЦСМ Кара-Суйского и Кара-Кульджинского районов. Нет отметок о посещении больных за 2016 год в ЦСМ №1 г.Ош у 1384 человек, что составляет 45%, г.Узген – 800 человек (80%), в остальных районах нет данных у 30-35% пациентов, в среднем около 300 человек в каждой ЦСМ.

RISK OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS DURING IMPLEMENTATION OF NEW PROTOCOL IN DIABETES MANAGEMENT

Tkachenko V.I.

Shupryk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

The implementation of unified clinical protocol (UCP) has set a target to primary care physicians (PCP) to identify the diabetic neuropathy and angiopathy, screening the risk of diabetic foot syndrome and its prevention.

The aim of our research - to determine the frequency of diabetic neuropathy, the risk of diabetic foot syndrome and level of type 2 diabetes control in patients of Kyiv region in terms of implementation of new clinical protocol in type 2 diabetes management.

Materials and methods. The reports of health establishments of Kiev region were analyzed and 173 patients with type 2 diabetes were examined (aged $55,13 \pm 0,61$ years): group 1 - observed by PCP (n=45), group 2 - by endocrinologists (n=128). Patients examination included laboratory tests of diabetes control and evaluation of the lower limbs by Neuropathy Disability Score and determination the "ankle-shoulder" index with the portable Doppler. Statistical analysis - Excel 2007, SPSS, Statistica 6.0.

Results. Despite treatment, the average levels of blood glucose, HbA1c, lipidogram exceeded target levels in patients with type 2 diabetes, indicating their lack of control. In this regard, at 7-9 years of the disease in 19.65% of patients were founded signs of severe and in 36.42% - moderate diabetic neuropathy of the lower limbs and in 15.03% of patients - occlusion, leading to the development of diabetic foot syndrome in 9.82% of patients, and 70.52% of the patients had moderate (44.51%) or high (26.01%) risk of its development. The differences between patients of PCP and endocrinologists were not found. However, the significant decrease of neuropathy and angiopathy of lower limbs in patients with type 2 diabetes in the Kiev region and reducing the number of amputations for 2012-2014 demonstrates the positive effect of the implementation of UCP.

Conclusion. The frequency of diabetic neuropathy and angiopathy of lower limbs, the number of amputations in Kiev region decreased, that indicates a positive effect of implementation of UCP, but the risk of diabetic foot syndrome in patients remains high due to inadequate control of type 2 diabetes by patients and PC physicians and specialists that require optimization.

НОВИНКА

Лордестин

дезлоратадин 5 мг

Избавит Вас от аллергии!

- ✓ Эффективен в облегчении симптомов аллергии
- ✓ Отсутствие седативного эффекта
- ✓ Одна таблетка в день



ОАО ГЕДЕОН РИХТЕР

Основано в 1901 году

Лордестин

дезлоратадин 5 мг

Избавит Вас от аллергии!

- ✓ Эффективен в облегчении симптомов аллергии
- ✓ Отсутствие седативного эффекта
- ✓ Одна таблетка в день

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ Лордестин (Lordestin)

МНН дезлоратадин (desloratadin)

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА таблетки, покрытые пленочной оболочкой

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА противоаллергическое средство, блокатор H_1 -гистаминовых рецепторов.

Код АТХ: R06AX27

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Блокатор H_1 -гистаминовых рецепторов, является первичным активным метаболитом лоратадина. Подавляет высвобождение гистамина и лейкотриена C_4 из тучных клеток. Предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций. Обладает противоаллергическим, противозудным и противожелудочным действием. Уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие отека тканей. Практически не обладает седативным эффектом и при приеме в терапевтических дозах не влияет на скорость психомоторных реакций.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Сезонный аллергический ринит: (для купирования следующих симптомов: чиханье, ринорея, зуд, заложенность носа; зуд в глазах, слезотечение, покраснение глаз; зуд в области неба, кашель); хроническая идиопатическая крапивница (кожный зуд и сыпь).

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Внутрь. Взрослым и подросткам в возрасте 12 лет и старше препарат назначают 1 раз в сутки в дозе 5 мг (1 таблетка). Препарат рекомендуют принимать в одно и то же время суток, независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Таблетку следует проглатывать целиком, не разжевывая.

При ХПН и печеночной недостаточности требуется коррекция режима дозирования: начальную дозу 5 мг рекомендуется принимать через день (согласно данным фармакокинетики). Рекомендации по дозированию у детей с ХПН и печеночной недостаточностью отсутствуют из-за недостаточности данных.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Наиболее частые побочные эффекты: 1,2% - усталость, 8% - сухость во рту, 0,6% - головная боль.

Побочные эффекты по данным постмаркетинговых исследований: головокружение, тахикардия, сердцебиение, боль в животе, диспепсия (в т.ч. тошнота, рвота, диарея), гипербилирубинемия, повышение активности «печеночных» ферментов, гепатит, аллергические реакции (кожная сыпь, зуд, крапивница, ангионевротический отек, анафилактический шок), дисменорея, повышенная утомляемость, миалгия, галлюцинации, психомоторная гиперреактивность, бессонница, сонливость.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- беременность
- период лактации
- повышенная чувствительность к компонентам препарата
- детский возраст до 12 лет

СОСТОРОЖНОСТЬЮ: тяжелая почечная недостаточность.

ПЕРЕДОЗИРОВКА

При передозировке отмечается сонливость. **Лечение:** промывание желудка, активированный уголь, симптоматическая терапия. Препарат не выводится путем гемодиализа. Эффективность перитонеального диализа не установлена.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами.

Не отмечено влияния Лордестина при применении в рекомендованных дозах на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами. Однако, учитывая, что у пациентов может отмечаться сонливость, рекомендуется соблюдать осторожность при появлении побочных эффектов со стороны центральной нервной системы.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

При совместном применении с кетоконазолом, эритромицином, азитромицином, флуоксетином и циметидином клинически значимых изменений концентрации дезлоратадина в плазме не выявлено. Лордестин не усиливает угнетающее действие этанола на психомоторную функцию.

ФОРМА ВЫПУСКА

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг. 10 таблеток в блистере из пленки ПВХ/ПЭ/ПВДХ и фольги алюминиевой печатной лакированной. 1 или 3 блистера с инструкцией по применению в картонной коробке.

УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ

Хранить при температуре от + 15 °С до + 25 °С. Хранить в местах, недоступных для детей.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК

Без рецепта.

С более подробной информацией можно ознакомиться в инструкции.

РУ: Р-2012-297 КР №9369 от 31.05.2012

Производитель ОАО «Гедеон Рихтер», Венгрия

Отпечатано 10.2013



ОАО ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» в Кыргызской Республике
720055, г. Бишкек, ул. Медерова, 181 т.: +996 (312) 900103, +996 (312) 549293
E-mail: richter@saimanet.kg

STUDY OF PREGNANCY CONTROL IN FEMALE PATIENTS OF THE FAMILY HEALTH CENTER IN ULAANBAATAR

Tsolmon.G¹, Myagmartseren.D²

¹ *MNUMS, Medical school, Lecturer, Department of family medicine*

² *MNUMS, Medical school, Department of family medicine*

Objectives

According to the millennium development goals particularly in the fifth goal it was noted to reduce the incidence of miscarriages into 75% from 1990 till 2016. However it's reduced only 34% in worldwide. The incidence of maternal mortality rate have been estimated to 358000 annually, and from 1000 to 1500 maternal death occurred per day. The pregnancy rate have been registered into 40-50 million in Asia Pacific regional countries annually, and the incidence of maternal death is estimated from 30500 to 50000. Moreover, overall 300000 neonates have been died in the first day of prenatal life. There numerous number of studies and surveys in terms of the maternal care have been performed in supports of the "Strategy for women's and child's health", "National program for reproduction" and other projects and national program and other related order, regulation has helped to perform the studies. We aimed to study the pregnancy control in healthy gestational period of pregnancy and to evaluate the counseling for the pregnant women who were admitted to the Family health center in Ulaanbaatar city, Mongolia

Methods

There are 135 pregnant women who are routinely monitored at the Family health centers who were selected randomly, according to the Regulation #338 which states about the pregnancy control, and used questionnaire with 55 questions. The results have been calculated by the SPSS 20 program and statistic information provided by pregnancy monitoring guides.

Results

Married women 72.2 % got involved on routine check on time, while only 33.3% women who weren't married got checked on time. Marital status was also the key factor in women being involved for regular monitoring ($p=0.006$). Around 70.9 % involved within the 12 week of gestational period were women with higher education, and only 55% of women with secondary education got involved in first examination. Within early monitored women 66.7% of women were aged from 20 to 24, 82.6 percent of women were aged from 30 to 34, 83.3 percent of women who were aged above 35 and higher have been involved in regular checkups on time ($p=0.031$). Employment has been a factor in checkup attendance. 92.9 percent of women who work at state authorities, 63.6 of women who work in non-government organizations, 51.6 percent of women who are self-employed, 57.9 percent of students, 57.9 percent of unemployed women have participated in checkups on time. ($p=0.017$). 84.9% of women with higher education have been examined on routine examination; however, only 50% of women with lower education have been examined on routine examination. The women with spouses have been examined on routine examination is estimated to 87.6%; however, 75% of women with unclear marital status have been examined on routine examination on time. In the study, 100% of women have been examined on time in the first examination. But in the second time it was estimated to 80%, in the third time it was estimated to 75%.

Conclusion

The attendance of women in the first examination within the 12 week of gestational period has been depending on the education, age, marital status, and employment of the women. Also the women who are pregnant for the first time have been actively involved in the first and routine examination.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОДГОТОВКИ КАДРОВ

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ В ОБРАЗОВАНИИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В КАРАГАНДИНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Алиханова К.А., Абугалиева Т.О., Жакипбекова В.А., Омаркулов Б.К., Бобырев С.С.
*РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет»,
Караганда, Казахстан*

Цель исследования: внедрить в образовательный процесс врачей общей практики (ВОП) активные методы обучения.

Материал и методы исследования: В период 2005 - 2017 годы на кафедре подготовка врачей общей практики осуществлялась в интернатуре и в системе непрерывного профессионального развития. За 2015-2017 год на кафедре прошли обучение 126 интернов ВОП. За два года обучения в интернатуре занятия велись по трём основным дисциплинам: «Общая врачебная практика», «Внутренние болезни», «Акушерство и гинекология». По дополнительному образованию за период 2005-2017 гг. подготовлено 3749 врачей общей практики, по приоритетным направлениям ПМСП всего обучено 1 737 врачей общей практики. При обучении врачей общей практики на кафедре нами использован компетентностный подход, который предусматривал широкое использование в учебном процессе активных (PBL, TBL, RBL) и интерактивных форм проведения занятий (компьютерных симуляций, разбор конкретных ситуаций) с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся.

Результаты: В процессе активного обучения врачей ВОП были сформированы такие компетенции как: профессионал, лидер/организатор, эффективный преподаватель, исследователь/ученый, коммуникативные навыки. Для закрепления компетенции "профессионал" были отработаны трудовые функции врача общей практики. Трудовые функции ВОП включали в себя: соблюдение норм правовых и регламентирующих документов; правил этики, деонтологии и субординации; норм санитарно-гигиенического режима организации здравоохранения и эпидемиологической безопасности окружающей среды; норм безопасности труда в организации здравоохранения; организация, самоконтроль и непрерывное совершенствование своей деятельности; определение неотложных состояний, требующих оказания первой помощи; оказание первой медицинской помощи при неотложных состояниях; наставничество и консультативно-информационная поддержка пациентов и коллег; обеспечение документирования (в том числе электронного) процессов оказания медицинских услуг; методическая и исследовательская медицинская деятельность; оказание квалифицированной медицинской помощи при неотложных состояниях.

В зависимости от уровня преподавания по специальности «Общая врачебная практика» сотрудниками кафедры с целью внедрения инновационных методов преподавания активно разрабатывались и внедрялись в образовательный процесс активные методы обучения. Внедряя метод TBL в образовательный процесс интернов ВОП, путем расширения изучения данным способом перечня часто встречающихся заболеваний в ежедневной деятельности врача общей практики, мы способствовали формированию навыков у интернов.

Научно-ориентированное обучение (RBL) врачей общей практики позволило освоить исследовательские навыки под руководством преподавателя. Научно-ориентированный подход в обучении отличается от традиционного подхода, который помогает ВОП приобрести не только такие навы-

ки как, анализ и обзор научной литературы, определение ключевых вопросов, планирование научно-исследовательской деятельности, проведение исследования, правильная интерпретация данных и презентация результатов, но и стать самостоятельными, уверенными в себе специалистами.

Выводы: Таким образом, применение интерактивного характера обучения, то есть. постоянное взаимодействие обучаемых и преподавателей посредством прямых и обратных связей, позволило врачам ВОП расширить свой объем консультативно-диагностических услуг; делегируемых от профильного специалиста врачу первичной медико-санитарной помощи.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАСТАВНИЧЕСТВО - ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ДИСТАНЦИОННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБУЧЕНИЯ

Болоцких И.В., Исакова А.У., Ким А.В.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек, Кыргызстан

Децентрализация оказания в Кыргызстане медицинской помощи лицам, живущим с ВИЧ-инфекцией, привела к расширению функциональных обязанностей врачей первичной медико-санитарной помощи в отношении лечения и ухода за ЛЖВ. Для повышения качества оказания медицинской помощи в отдаленных районах и в местностях с недостаточным уровнем обеспеченности услугами, в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК) стал применяться потенциал открывшегося центра клинического наставничества с использованием дистанционных технологий.

В рамках проекта ЕСНО (расширение возможностей по улучшению показателей эффективности системы здравоохранения), при сотрудничестве с Республиканским Центром «СПИД», финансовой и методической поддержке CDC/PEPFAR и ICAP при Колумбийском Университете, на еженедельной основе проводятся многосторонние видеоконференции, во время которых медицинские работники в назначенное по графику время соединяются с командой профильных специалистов-экспертов и на рабочих местах проходят обучение на основе разбора сложных клинических случаев.

Эксперты ведущего учреждения выступают в качестве менторов и клинических консультантов для определения стратегии лечения. Обсуждение данных случаев с участием всех сторон дополняется кратким представлением дидактических материалов с целью улучшения усвоения материала и обмена научно-обоснованными передовыми методами лечения. В результате, происходит обучение медицинских работников оказанию помощи в тех областях клинической деятельности, в которых им не приходилось работать раньше. В дальнейшем медработники, оказывающие медицинскую помощь на местах, начинают работать самостоятельно, поскольку их навыки и эффективность самостоятельной деятельности повышаются. Для реализации модели ЕСНО используется облачная система Zoom и бюджетное оборудование организаций здравоохранения (компьютеры, видеокамеры, микрофоны).

Материалы и методы. Участниками обучения стали 40 человек из 17 организаций здравоохранения КР (семейные врачи, дерматовенерологи, инфекционисты ЦСМ, городских и областных центров «СПИД»). Учебная программа курса, рассчитанного на учебный год, включает телесессии по 36-ти темам по ВИЧ-связанным и ВИЧ-несвязанным заболеваниям у пациентов с ВИЧ-инфекцией, объединенным в 10 модулей. Исходный уровень знаний медработников путем тестирования был проверен во время однодневного очного семинара. В процессе обучения участники проходят промежуточное тестирование при помощи платформы Moodle. По окончании курса и успешном прохождении послекурсового тестирования медицинские работники получают сертификат установленного образца с указанием кредит-часов в рамках системы непрерывного повышения квалификации.

Результаты исследования. По итогам опроса мнения участников и анализа их активности в образовательном процессе было выявлено, что все участники положительно оценили новый метод обучения, имея такие аргументы, как возможность получить квалифицированную консультацию экспертов по сложным случаям с одновременным обсуждением, включающим обучающий компонент. Участники отметили также возможность повторного просмотра материалов телесессий в записи, которые размещались в виртуальной библиотеке. Об эффективности обучения можно будет судить после прохождения послекурсового тестирования.

Выводы. Используемая малозатратная по технологии модель клинического наставничества способствует расширению возможностей для медработников на местах по получению наставнической/менторской помощи (имеет место так называемый феномен «эффекта наращивания возможностей»), созданию профессиональных сетей медицинских работников из различных учреждений и регионов. Качество оказания медицинских услуг врачами-участниками проекта на местах не отличалось от качества услуг, оказываемых специализированными центрами.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ОБУЧЕНИИ ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Болоцких И.В., Пирназарова Г.Ф., Чубаков Т.Ч.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. С развитием в течение последних лет системы оказания паллиативной помощи в Кыргызской Республике актуальным становится подготовка кадров для оказания доступной и качественной медицинской помощи пациентам с хроническими и неизлечимыми состояниями. Подготовка медицинских работников, способных оказывать паллиативную помощь на первичном уровне здравоохранения, проводится на базах кафедры семейной медицины (для специалистов с высшим образованием) и кафедры сестринского дела в семейной медицине (для медицинских сестер) Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации. Одним из прав паллиативных пациентов, с учетом международных подходов, является получение паллиативного лечения и ухода при помощи мультидисциплинарной команды (врач, медсестра, психолог и др.). Для оптимизации подготовки медицинских кадров по паллиативной помощи была разработана и внедрена учебная программа по обучению медицинских работников, независимо от базового уровня образования. Таким образом, стала возможной реализация принципов междисциплинарного командного подхода к ведению паллиативных больных.

Цель. Проверить качество обучающей программы на освоение знаний и практических навыков, способствующих обеспечению максимально-возможного качества жизни для каждого неизлечимого пациента и членов его семьи.

Материалы и методы исследования. 19 медицинских работников (6 врачей и 13 медсестер) прошло обучение по утвержденной единой 288-часовой программе тематического усовершенствования с упором на освоение практических навыков у постели больного. Доля теоретической части занимала 66 учебных часов (11%), основная часть обучения - 222 учебных часа (89%) - отводилась семинарским занятиям и отработке практических навыков в отделении паллиативной помощи Национального центра онкологии и во время оказания помощи на домашних визитах. Для врачей новым явилось получение навыков ухода за пациентами, для медицинских сестер – углубление навыков по ведению симптомов и неотложных состояний. Тренерская команда состояла из представителей обеих кафедр и практикующего врача паллиативной помощи.

Результаты. Итоговый экзамен состоял из тестирования (30 тестов с возможностью выбора одного правильного ответа из 5 вариантов) и устного экзамена-собеседования с решением клини-

ческого случая. Средний балл послекурсового тестирования участников составил 86,3%. Решение клинических случаев проводилось командой из 1 врача и 2 медсестер, когда каждый из участников давал рекомендации согласно своей профессиональной компетенции.

Вывод. Внедрение программы по паллиативной помощи в непрерывное медицинское образование медицинских работников ПМСП поможет углубить свои знания и навыки и приблизит паллиативную помощь нуждающимся пациентам.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕНИНГА ДЛЯ ТРЕНЕРОВ ПО КУРСУ «СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА»

**Давлеталиева Н.Е., Матюшков П.И., Дворкин М.И., Мамытбекова Ж.З.,
Искаков М.Б.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Цель – оценить уровень знаний преподавателей клинических кафедр, по предмету «семейная медицина», и по освоению практических навыков врача общей практики (семейного врача) в процессе тренингов.

Материал и методы. При технической поддержке проекта «Реформы медицинского образования в Кыргызской Республике» и Швейцарского бюро по сотрудничеству было обучено 43 преподавателя клинических кафедр КГМА им. И.К. Ахунбаева. Были проведены тренинги по освоению практических навыков врача общей практики, на базе Учебного Центра клинических навыков, в 2015 - 2016 учебном году. Обучение длилось два дня и включало циклы по сердечно - легочной реанимации, хирургии, акушерству, неонатологии и состояло из лекций и тренингов, по освоению практических навыков. В программе тренингов были использованы методики обучения процедурным навыкам с использованием 4-х шагов по Пейнтону и обратной связи.

До и после обучения проводилось тестирование по опроснику, включающему 50 вопросов по всем разделам предмета семейной медицины.

Оценивали прирост знаний по количеству правильных ответов, выраженному в процентном соотношении.

Результаты. До обучения в пре-тесте показано в среднем 28 правильных ответов (56%), после обучения отмечено в среднем 39 правильных ответов (76,5%), прирост знаний составил 21%, что свидетельствует о высокой эффективности обучения.

Выводы. Выявлена приверженность преподавателей клинических кафедр в готовности к освоению практических навыков, необходимых для работы семейного врача. Это, в конечном итоге, должно улучшить качество подготовки студентов на до- и последипломном уровне с фокусом на обучение врача общей практики (семейного врача).

КОМПЕТЕНЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ: АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ ПРАКТИКИ

Жамалиева Л.М., Кашкинбаева А.Р., Замэ Ю.А., Башбаева М.А.

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан*

В медицинском образовании мы наблюдаем изменения подходов к работе, связанных как с техническим прогрессом, научными открытиями, так и с меняющимися требованиями к квалификации выпускника. Подход, основанный на результате, требует от профессорско-преподавательского со-

става (ППС) медицинского вуза большей ориентированности на студенте, четкого формулирования задач обучения, новых учебных методик. С 2011 года в Казахстане начата программа развития компетенций преподавателя медицинских организаций образований и науки.

Цель исследования: оценить компетенции преподавателя на занятиях во время обучения врачей-интернов и студентов 5 курса факультета Общая медицина на занятиях по общей врачебной практике.

Материалы и методы. Поперечное исследование. Оценка компетенций проведена 39 преподавателям клинических кафедр. Выборка (удобная) была сформирована из тех, у кого проходили занятия в период исследования: 44,4% ППС с ученой степенью, 33,3% - стаж преподавательской деятельности более 20 лет, 56% - ассистенты, 33% - доценты, 11% - профессора. Был использован метод прямого наблюдения, с использованием чек-листа, где критериями оценки были базовый уровень компетенций: умение проводить работу в малых группах, предоставлять и инициировать обратную связь, использовать для оценки тесты с качественной вводной частью в вопросах, гомогенными опциями, адекватным году обучения соотношением заданий на запоминание, понимание, применение, знакомить обучающихся с задачами обучения, использовать глаголы действия при формулировании задач, составлять задания в соответствии с конечными результатами обучения врачей общей практики, достигать поставленных задач обучения на практическом занятии. Баллы в оценочном листе ставились: 0 – преподаватель не демонстрировал навык, 1 – демонстрировал неправильно или не уместно, 2 – демонстрировал правильно.

Результаты. Проводить работу в малых группах могут 53,8% преподавателей, проводят обратную связь на занятиях, в том числе поощряют ее между студентами 23% ППС, 17% участников проводят теоретическую часть занятия традиционно, ограничиваясь устным опросом обучаемых. 77,8% ППС использовали тестирование для оценки знаний. Качественная вводная часть в тестовых вопросах была у 38,5% ППС, гомогенные опции – у 48,7%, правильное соотношение вопросов разного когнитивного уровня - у 25,6% преподавателей. Самым важным, по нашему мнению, является умение планировать занятие так, чтобы оно было направлено на развитие у обучающихся полезных в работе врача общей практики (ВОП) навыков. В начале занятия озвучивали задачи обучения 23% преподавателей, при формулировании задач использовали глаголы действия Блума 25,6%, ориентировались на компетенции ВОП 25,6%, достигали к концу занятия написанных в рабочей программе задач обучения 48,7% ППС.

Выводы. Исследование позволило выявить преподавательские компетенции, нуждающиеся в развитии, частые ошибки, устаревшие представления о преподавании, услышать возражения и проблемы сотрудников кафедр, тормозящих внедрение современного высшего медицинского образования. С учетом приоритетности общей врачебной практики необходимо проведение тщательно спланированных исследований в области семейной медицины.

ОБУЧЕНИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ КОММУНИКАТИВНЫМ НАВЫКАМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТА

Кашкинбаева А.Р., Жамалиева Л.М., Замэ Ю.А., Калбагаева Г.Х.

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан,*

На сегодняшний день большое внимание уделяется развитию коммуникативных навыков (КН), как в практическом здравоохранении, так и в медицинском образовании. Для преподавателей медицинских вузов в Республике Казахстан в рамках проекта Министерства Здравоохранения по модернизации медицинского образования был разработан курс по КН, который по отдельным компонентам является непривычным и сложным для клиницистов

2. ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОДГОТОВКИ КАДРОВ

Цель исследования: изучить степень овладения коммуникативными навыками преподавателями медицинского вуза.

Материалы и методы. Описание серии случаев - 127 преподавателей клинических дисциплин, завершивших пилотное обучение по развитию базовых коммуникативных навыков, пациент-центрированного консультирования по модели Калгари-Кембридж. Очно-дистанционный курс длительностью 2 недели включал в себя освоение теоретического материала и приобретение практических навыков на рабочем месте. Оценивались отдельные навыки (эмпатия, активное слушание) и умение проводить начало сессии, сбор информации, обеспечение структуры, установление связи, разъяснение и планирование, завершение консультации. Оценка видео-записей консультаций проводилась по оценочному листу двумя независимыми тренерами-экспертами. Данные описаны с помощью частот с рассчитанными 95%ДИ. Степень согласия между экспертами оценивалась с помощью коэффициента Каппа.

Результаты. Самыми трудными были эмпатия, информирование и согласованное планирование. Успешную эмпатию, выше проходного балла, с первой попытки продемонстрировали 49% преподавателей (95%ДИ 41-57), информирование - 30% (95%ДИ 22-38), согласованное планирование - 25% (95%ДИ 18-32). Сложным в алгоритме эмпатии был первый шаг «отражение чувств/эмоций», в информировании преподаватели пропускали определение исходного уровня знаний пациента о заболевании и подбор подходящей информации с учетом точки зрения пациента. Согласованное планирование предполагает партнерское, в противоположность привычному директивному, пациент-ориентированное обсуждение плана дальнейших действий (обследование, лечение, профилактика, менеджмент), обсуждение альтернативы с пациентами, сбор обратной связи. Часть преподавателей (8%) не согласилась с принципами пациент-центрированного консультирования. Коэффициент Каппа составил 0,56. Большинство участников обучения очень хорошо оценили курс, нашли его полезным и выразили желание и готовность внедрять полученные знания на своих дисциплинах при обучении студентов.

Выводы. Для формирования прочных навыков партнерского общения между врачом и пациентом одного обучающего курса недостаточно. Необходимо продолжать работу по подготовке тренеров-экспертов, по усовершенствованию программ обучения, интеграции КН с клиническими дисциплинами. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы оценить КН у медицинских работников, а также выявить факторы, способствующие и препятствующие их развитию.

ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Пирназарова Г.Ф., Ибраева Г.А., Жусупбекова Н.Э.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность. Паллиативная помощь - необходимая и неотъемлемая часть системы здравоохранения. Подготовка кадров для оказания паллиативной медицинской помощи, как и повышение квалификации всех медицинских работников по вопросам паллиативной медицины, имеет огромное значение. Необходимое условие оказания эффективной паллиативной помощи - это профессиональная подготовка медицинского персонала.

Цель: Оценка потребностей в сфере оказания паллиативной помощи для подготовки рекомендаций по дальнейшему развитию паллиативной службы.

Материалы и методы исследования. Переподготовка врачей, фельдшеров и медицинских сестер по паллиативной помощи в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИПпК) началась с осени 2012 года. При поддержке фонда «Сорос-Кыргызстан» в республике проведен ряд научно-практических конференций, семинаров с

участием международных консультантов по паллиативной помощи и противоболевой терапии, для преподавателей медицинских вузов, колледжей, онкологов, врачей и медицинских сестер. При поддержке Швейцарского проекта «Реформы медицинского образования в Кыргызстане» разработан и распространён буклет «9 основных симптомов, уход за паллиативными больными». В процессе обучения преподавателями КГМИПиПК была проведена большая работа по анализу и коррекции учебных программ, последипломного (КГМИПиПК) и додипломного (медицинские колледжи) образования по паллиативной помощи. Более 2500 врачей, фельдшеров, медсестер и соработников прошли обучающие циклы, основанные на международных модулях ELNEC и IPES. В 2016 году проведено анкетирование населения для оценки качества оказания паллиативной помощи, при этом процент удовлетворенности населения качеством оказания паллиативной помощи составил 54%.

Выводы: При разработке образовательных стандартов по паллиативной помощи следует предусмотреть включение в учебные программы правовых и нормативных вопросов, этики и деонтологии, особенностей выбора тактики паллиативной помощи, современной методологии контроля симптомов и научных исследований в паллиативной медицине. Интерактивное дистанционное обучение медицинских работников с использованием современных телекоммуникационных технологий позволит существенно продвинуть процесс подготовки необходимого числа квалифицированных кадров для регионов республики. Основная проблема при переподготовке квалифицированных кадров - ограниченное число учебных баз и квалифицированных преподавателей, имеющих необходимые теоретические и практические знания по паллиативной медицине. Необходимо улучшать межсекторальное сотрудничество между службами здравоохранения и организациями социального обслуживания по оказанию паллиативной помощи.

МЕТОД ОБУЧЕНИЯ «ГРУППА КОЛЛЕГИАЛЬНОГО ОБЗОРА» В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РАБОТНИКОВ ПМСП

Саттарова Ч.О., Омурова Ж.Н., Азимова А.А.

Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек, Кыргызстан

Введение: Непрерывное медицинское образование (НМО) является необходимым компонентом для регулярного повышения знаний и компетенций врачей в процессе их профессиональной деятельности. Существует много способов предоставления НМО, однако учитывая экономические преобразования в стране и бурный темп развития медицинской отрасли, возникла необходимость во внедрении эффективных и экономически выгодных форм обучения. Группы коллегиального обзора (ГКО) представляет форму медицинского образования, которая проводится на местах и содействует интеграции НМО в повседневную практику врачей. ГКО дополняет другие более традиционные и формальные мероприятия, при этом на международном уровне признан эффективным методом повышения качества медицинской помощи.

Данный тезис дает общую информацию о небольшом опыте внедрения новой формы обучения в пилотном регионе Кыргызской Республики.

Цель: изучить опыт внедрения ГКО в пилотном регионе КР.

Материалы и методы: В начале пилота были обучены и подготовлены тренеры по методике ГКО с участием международных экспертов и поддержке проекта «Реформы в медицинском образовании». В дальнейшем было решено инициировать пилотный проект по ГКО в Кыргызстане. С марта месяца 2016 года в ЦСМ Кочкорского района и ЦСМ г. Нарын внедрена ГКО в пилотном формате. В каждом ЦСМ организованы группы, имеющие своих модераторов. Ежемесячно проводятся обсуждения с разбором проблемно-ориентированных тем, с учетом местной специфики работы. Всего проведено 18 встреч, анкетировали 45 семейных врачей пилотных ЦСМ, все члены группы коллегиального обсуждения.

Результаты: По итогам опроса оказалось, что 90% врачей регулярно повышают свой профессиональный уровень традиционным путем, т.е. посещая семинарские занятия, различные тренинги и даже с выездом за пределы своего региона. При этом отмечено, что данный процесс происходит с отрывом от работы, семьи и определенно сопровождается неудобствами. Около 95 % специалистов отметили, что в отличии от традиционного формата обучения ГКО более эффективен, так как на этих встречах идет разбор и взаимообучение по сугубо «местным» проблемам и отсутствует фактор «навязывания» темы обучения. Так же 80% врачей отметили, что встречи коллегиального обсуждения не требуют финансовых затрат, а этот момент является немаловажным в данной ситуации. Из числа опрошенных, 75% врачей указали в качестве положительной стороны ГКО взаимообучение по принципу «равный-равному».

Выводы: опыт применения данного формата обучения, позволяет предполагать его положительный эффект и возможность дальнейшего его внедрения в систему НМО Кыргызской Республики.

ОЦЕНКА НАВЫКОВ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ У МЕДРАБОТНИКОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ВОПРОСАМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

Султанмуратова Б.Э., Усенова А.А., Саттарова Ч.О.

Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Бишкек, Кыргызстан

Введение. Рациональное питание детей раннего возраста является одним из ведущих условий их правильного гармоничного развития. Особого внимания требует организация питания детей первых двух лет жизни, ибо в раннем детстве адекватное питание имеет более важное значение, нежели во все остальные периоды жизни. Наша страна не отличается высокой распространенностью и продолжительностью грудного вскармливания; число детей, получающих грудное молоко, с каждым годом сокращается, особенно, среди проживающих в городской местности. Для улучшения этой ситуации в практике кормления детей грудного и раннего возраста необходима поддержка матери и семьи со стороны медицинских работников. К сожалению, результаты мониторинга по оценке навыков консультирования выявили целый ряд проблем: рекомендации некоторых врачей о питании основаны на старых данных, которые нуждаются в пересмотре; некоторые традиционные привычки питания и приготовление пищи в регионах оказывают отрицательное воздействие на питание детей, что особенно относится к железу.

Цель исследования: оценить навыки консультирования медработников после обучения курса «Кормление детей грудного и раннего возраста» (КДГРВ) на предмет внедрения рекомендаций ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка.

Материалы и методы исследования. Национальными тренерами проведены обучающие семинары по КДГРВ для медработников первичного звена Чаткальского района Жалал-Абадской области. Затем осуществлено Последующее Наблюдение (ПН) и оценка навыков консультирования. Всего в этом районе обучено вопросам питания 42 медработника. Проведено ПН за 38 медработниками. При этом использовались карты наблюдения для оценки КДГРВ, которые включали следующие вопросы: использование навыков слушания и получения информации, навыки придания уверенности и оказания поддержки, грудное вскармливание до 6 месяцев, грудное вскармливание с 6 месяцев до 24 месяцев, рекомендации по даче жидкости, прикорма и перекусов, по разнообразию прикорма, важности гигиены в вопросах отношения питания, рекомендации по выявленным проблемам.

Результаты исследования: Выборочные данные ПН, проведенные через 3 месяца, показали следующие результаты: не все навыки консультирования применяются медработниками в практической деятельности. При анализе карт наблюдения выявлено, что 36% медработников не использовали навыков слушания, 57% - навыков придания уверенности. При консультировании 47%

медработников не использовали таблицы роста и веса «Актан-Акылай». В 15% случаев не были даны рекомендации по грудному вскармливанию до 6 месяцев, в 57% - не давались рекомендации по грудному вскармливанию с 6 месяцев до 24 месяцев, в т.ч. по даче прикорма -39%, по разнообразию -36%, по отзывчивости кормления -47%, по выявлению проблем -60%.

Заключение: Данные нашего исследования свидетельствуют о том, что обучение медработников основным рекомендациям по кормлению детей грудного и раннего возраста и навыкам консультирования по проблемам питания является обязательным мероприятием. Все медработники должны хорошо осознавать значение питания и методов вскармливания в обеспечении здоровья и развития будущего поколения.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОДГОТОВКИ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: НАШ ОПЫТ

Уразова С.Н., Аталыкова Г.Т., Туребаев Д.К., Цай Е.М.

АО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи является одной из приоритетных задач здравоохранения Республики Казахстан. Важную роль в организации первичной медико-санитарной помощи занимают специалисты со средним медицинским образованием, которым в настоящее время предоставляется возможность самостоятельно решать ряд медико-социальных проблем при обслуживании пациентов в пределах своих компетенций.

В Казахстане, конечно, данный процесс продвигается гораздо медленней, чем хотелось бы. Ведь предпочтение специализированной медицинской помощи у нас привело к тому, что участковый врач превратился в диспетчера для узких специалистов, а медсестра, которая работает с ним, – на пассивного исполнителя его поручений. Она практически не занимается планированием своей работы.

В настоящее время в нашей стране повышается роль медицинских сестер, расширены их полномочия. Им делегированы некоторые функции врачей. В настоящее время на каждом участке у семейного врача по приказу работают три медицинские сестры. Их полномочия отличаются от своих коллег. Она имеет тесный контакт с семьями пациентов, следовательно, должна в совершенстве владеть коммуникативными навыками. В амбулатории семейная медсестра – член команды медработников. Каждый из них имеет свои, четко очерченные функциональные обязанности. Именно сестре общей практики сегодня отводится ключевая роль в медико-социальной помощи пожилым людям, больным с хроническими заболеваниями. Сестра должна вести доврачебный прием пациентов, следовательно иметь как можно более полную информацию о членах семьи, хронических и наследственных заболеваниях, факторах риска, поскольку именно на уровне семьи закладывается здоровый образ жизни.

Как видим, от этой категории медработников требуется много, поэтому нужна и соответствующая подготовка. Прежде всего - надлежащие знания, овладение практическими навыками, в том числе и навыками консультирования, привлечения к сотрудничеству пациентов по улучшению их здоровья, организации школы для хронически больных и др. Поэтому система повышения квалификации этой категории медицинских сестер требует иных подходов в сравнении с традиционными.

На кафедре общей врачебной практики №2 АО «Медицинский университет Астана» проводятся циклы повышения квалификации для медицинских сестер общей практики. Наш подход в обучении средних медицинских работников такой же, как в обучении врачей. Кроме непосредственного клинического обучения, мы применяем все новые педагогические технологии, внедренные на нашей кафедре. Практика ведения занятий в малых группах, занятия в учебно-клиническом центре на манекенах, навыки работы с медицинской литературой, поиски информации – все данные технологии обязательны при проведении занятий на кафедре. Много времени уделяется вопросам неотложной

терапии, занятия проводятся в учебно-клиническом центре на манекенах. Кстати, сдача неотложных состояний на манекенах, коммуникативные навыки, все это – задачи, которые входят в комплекс при прохождении экзамена на категорию.

В настоящее время большое значение в системе подготовки кадров уделяется коммуникативным навыкам и командной работе. По данному направлению разработана программа, которая предусматривает обучение на местах совместно врачей общей практики и их медсестер.

Таким образом, повышение квалификации средних медицинских работников – также приоритетная задача нашей кафедры. Наиболее целесообразно было бы ввести систему непрерывного сестринского образования – надежный путь к повышению образовательного и квалификационного уровня среднего персонала.

ОБУЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ ВОПРОСАМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ

Чубаков Т.Ч., Галиева Р.Ш., Душимбекова К.А., Курманова Н.К.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, кафедра фтизиопульмонологии, Бишкек, Кыргызстан

Одним из главных направлений противотуберкулезной работы среди населения является интеграция фтизиатрической службы и общей лечебной сети. На семейную медицину возлагаются основные мероприятия по выявлению и лечению туберкулеза. С целью повышения грамотности в работе медработника необходимо обучение по основным вопросам туберкулеза.

При поддержке проектов ХОУП, ЮСАИД, СВАП, «Победим ТБ», сотрудниками кафедры фтизиопульмонологии КГМИПиПК совместно с преподавателями центров семейной медицины повсеместно во всех областях республики ежегодно проводятся семинары для медицинских работников первичного звена.

Согласно разработанным программам для трехдневных семинаров, основанных на клинических руководствах и протоколах, представляется информация по основным вопросам противотуберкулезной работы: эпидемиологии, выявлению, лечению, инфекционному контролю, повышению приверженности к лечению туберкулеза. Охвачены все области республики. Так, с 2013 г. по 2016 г. всего обучено 2240 семейных врачей и 4066 семейных медсестер и фельдшеров.

Семинарские занятия проводятся с применением методов интерактивного обучения с включением таких методик, как презентации информационных материалов, дискуссии, обратная связь, работа в группах, решение ситуационных задач, тестирование знаний и др. Обязательно разбираются такие актуальные темы, как алгоритм диагностики туберкулеза с применением современных экспресс-методов, расширение амбулаторного лечения, меры инфекционного контроля.

Тестирование знаний вначале и в завершение семинаров показали, что средний балл претеста у врачей составил 69,5%, посттест - 91%, у медсестер соответственно претест – 62%, посттест – 85%. Таким образом, повышение знаний составило более чем на 20%. Медицинские работники получают раздаточные материалы. В заключение семинаров им раздаются сертификаты.

Кафедра фтизиопульмонологии КГМИПиПК проводит активную работу по повышению знаний медицинских работников первичного звена по вопросам туберкулеза, что, несомненно, влияет на качество противотуберкулезной работы среди населения Кыргызстана.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ, ОБСЛУЖИВАЕМЫХ ЦЕНТРАМИ СЕМЕЙНОГО ЗДОРОВЬЯ

Одонтуяа Даваасурэн, Көлбай Жанылган, Балжинням Сайханжаргал, Пагмадулам Батсайхан, Тунгалаг Пүрэвсүрэн, Нямбилэг Болдсайхан, Цэрэндолгор Цэнд Аюуш
*Национальный университет медицинских наук, Центры семейного здоровья
Улаанбаатар, Монголия*

На начало 2017 года население Монголии составляет 3037393 человек. Средняя продолжительность жизни мужчин - 65.9, женщин - 70.9 лет. 39.8% населения представлены детьми до 15 лет и 5.8% - пожилыми людьми старше 65 лет. В 2016 году умерли 18421 человек, 11052 из них нуждались в получении паллиативной помощи. У 5483 людей был впервые диагностирован рак, и 3536 больных умерли от рака. Значит около 10 тысяч больных умерли от неонкологических заболеваний и имели потребность получения паллиативной помощи на дому. Семейные врачи Монголии обязаны проводить паллиативную помощь на дому, согласно стандарта центра семейного здоровья.

Цель исследования: анализ нозологической структуры пациентов, получающих паллиативную помощь на дому от сотрудников центров семейной медицины.

Материал и методы исследования: Проведено исследование путем опроса 33 семейных врачей семи центров семейной медицины в 4 районах столицы Улаанбаатор, с помощью опросника, состоящего из 85 вопросов.

Результаты исследования: 7 центров семейной медицины обслуживали 72804 населения в 2016 году. Под опекой семейных врачей и сестёр находились 667 (0.92%) больных с различными заболеваниями, нуждающиеся в паллиативной помощи. Среди них 281 (42.1%) были онкологические больные, из которых 52 (7.8%) нуждались в паллиативной помощи.

Среди 92 (13.8%) больных с туберкулёзом, 8 (1.2%) из них были резистентны ко всем антибиотикам и нуждались в паллиативном лечении. 96 (13.4%) больных были с тяжёлыми кровоизлияниями в мозг, 53 (7.9%) - тяжёлыми неизлечимыми травмами, 106 (15.9%) - циррозом печени, 109 (16.3%) - хронической некурабельной сердечной недостаточностью, 23 (3.4%) - хронической почечной недостаточностью, 18 (2.7%) - болезнью Альцгеймера, 26 (3.9%) - глубокой депрессией, 53 (7.9%) детей с тяжёлыми неизлечимыми пороками развития, 65 (9.7%) - врождёнными параличами, 58 (8.7%) глубоко престарелых находились под опекой центров семейной медицины.

Выводы: 0.916% населения нуждаются в паллиативной помощи. Среди них 42% составляют онкологические больные, 58% неонкологические больные с различными заболеваниями.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНАКТИВИРОВАННОЙ ПОЛИМЕР-СУБЪЕДИНИЧНОЙ ТРИВАЛЕНТНОЙ ГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ (ГРИППОЛ+) В КЫРГЫЗСТАНЕ

Дворкин М.И., Матюшков П.И., Ламок А.С.

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызстан*

В течение последнего десятилетия ООО «НПО Петровакс Фарм» впервые в РФ разработало серию противогриппозных вакцин семейства гриппол (гриппол, гриппол+, гриппол нео). Вакцина гриппол+ содержит в своем составе высокоочищенные антигены, актуальных штаммов вируса грип-

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

па данного эпидсезона, производства компании «Солвей Биолоджикалз Б.В.» и адьювант Полиоксидоний в количестве 500 мг.

Цель исследования: изучение эффективности противогриппозной вакцины для профилактики гриппа на первичном уровне.

Материал и методы: клиническое наблюдение проводилось за 150 взрослыми и 50 детьми после вакцинации грипполом+. Перед вакцинацией получено информированное письменное согласие пациентов, а в случае детской прививки - у родителей.

После прививки проводился ежедневный осмотр и термометрия в течение 5 дней, а также контрольные осмотры через 3 и 6 месяцев.

Результаты:

Распределение взрослых по полу и возрасту

Мужчины	Женщины	15-20 лет	20-30 лет	30-40 лет	40-50 лет	50 лет и более
37	113	40	82	8	10	10

У взрослых пациентов распределение местных и общих реакций на 1й неделе было следующим

Симптомы	В 1 ^й день	2 ^й день	3 ^й день	4 ^й день	5 ^й день
Температура до 37,5	8	12	11		
Недомогание	13	14	9		
Головная боль	24	22	11		
Насморк	16	17	6		
Кашель	11	12	6		
Гиперемия зева	16	18	3	1	1
Повышенное потоотделение	19	20	2		1
Миалгия, артралгия	5	8	3	2	1
Боль в месте инъекции	21	16	3		
Покраснение	45	28	8	2	
Зуд	6	7	2		
Припухлость места инъекции	7	3	2		
Увеличение региональных лимфоузлов	Не отмечено				

Выводы: Таким образом, вакцина гриппол+ безопасна, хорошо переносится взрослыми и детьми, поствакцинальные местные и общие реакции зарегистрированы, как реакции слабой степени. Острая респираторная вирусная инфекция у взрослых зарегистрировано только в 6 случаях через 3 месяца, а через 6 месяцев у 7 пациентов. Таким образом, вакцина гриппол+ высоко безопасна, мало реактогенна и дает хорошую защиту в течение длительного периода.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Жумашева Ч.М., Мамытбекова Д.З.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

По данным ВОЗ (2002) железодефицитная анемия встречается у 30% населения планеты. В детской популяции распространенность дефицита железа составляет от 17,5% у школьников до 50% у детей раннего возраста. Недостаточный уровень железа у женщин влияет на течение их беременности, создает условия для развития анемии у грудных детей. Железодефицитные состояния нередко

ассоциированы с инфекционными заболеваниями и гельминтозами. Они также влияют на когнитивные функции у детей и вызывают задержку физического и психического развития ребенка.

Цель исследования: изучение частоты развития железодефицитной анемии у детей раннего возраста на первичном уровне и определение факторов, влияющих на ее развитие.

Материал и методы: Были проанализированы амбулаторные карты детей, с железодефицитной анемией и данные годового отчета ЦСМ 18 г. Бишкек за 2015 год.

Результаты: Под наблюдением находилось 650 детей раннего возраста от периодановорожденности до трех лет. Железодефицитная анемия (ЖДА) была выявлена у 153 (23 %). Из них ЖДА I степени была у 98 (15 %), II степени у 55 (8 %).

Мальчики болели чаще, чем девочки (3:2). Наиболее часто ЖДА выявлялась у детей от 6 мес. до 1 года - 47,6 %, от 1 до 2 лет - 23,3 %; до 6 мес. - 16 %, от 2 до 3 лет - 13,1 %. От времени года заболеваемость анемией не зависела.

Выявлены основные факторы риска – наличие ЖДА у матери во время беременности и родов (52 %), раннее искусственное вскармливание (17,2%), позднее введение прикорма (12,5 %), введение мясного прикорма после 8 мес. (18,3 %) детей.

Основным лекарственным препаратом являлся сироп феррум лек, выписываемый по дополнительной программе ОМС КР (были выписаны 109 рецептов). Продолжительность лечения составляла 3 мес. В лечебной дозе препарат железа назначался до нормализации уровня гемоглобина (4-6 недель), затем в профилактической дозе. Длительность профилактического курса лечения составляла: при анемии легкой степени 1,5-2 мес., при анемии средней тяжести — 2-3 мес.

Заключение: Таким образом, на развитие ЖДА у детей раннего возраста, наблюдаемых в ГСВ, значимо влияют, анемия матери во время беременности и родов, ранний перевод на искусственное вскармливание, позднее введение прикорма, введение мясного прикорма в рацион после 8 мес. Наиболее частое развитие анемии у детей от 6 мес. до 1 года можно объяснить, также поздним введением прикорма и мясных блюд в рацион ребенка.

Выводы. Для постнатальной профилактики ЖДА необходимо пропагандировать естественное грудное вскармливание со своевременным введением прикорма, специально обогащенного железом. Выбор вида прикорма должен обязательно учитывать необходимое содержание в продуктах питания легкоусвояемого железа (мясное пюре). Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, должны получать с 2-3 мес. (Симилак с железом, Энфамил с железом и др.), адаптированные смеси, содержащие железо

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОГЕЛЬМИНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Каримова Д.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

По официальным данным ВОЗ, в мире аскаридозом ежегодно поражается около 1,2 миллиард человек, анкилостомидозами более 900 млн., трихоцефалезом до 700 млн. (В.П.Сергиев, 2012).

В последние годы вновь наблюдается тенденция к увеличению пораженности некоторыми гельминтозами, прежде всего нематодозами: аскаридами (*Ascaris lumbricoides*), острицей (*Enterobius vermicularis*) и трихинеллезом (*Trichocephalus trichiurus*), растет число больных токсокарозом.

Цель. Изучение путей повышения качества лечебно-профилактической помощи при гельминтозах у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Были изучены распространенность гельминтозов среди детей от 3 до 6 лет, посещающих дошкольные учреждения, а также эффективность проводимой профилактико-лечебных мероприятий. Были обследованы 196 детей дошкольного возраста. Средний возраст составил $4,3 \pm 1,1$ лет. Методами исследования являлись – копрологическое исследование на наличие

простейших и яиц гельминтов, как до и после комплексного лечения, а также спустя 2 месяца после лечения. При необходимости для детального исследования и проведения целенаправленного и комплексного лечения детей отправляли в специализированное лечебное учреждение.

Результаты. Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов - показатель инфицирования ребёнка простейшими микроорганизмами. Как показали наши исследования, данный анализ позволял выявить наличие некоторых видов кишечных паразитов. Одни виды находятся в непатогенном симбиозе, другие вызывают кишечные заболевания.

В общей сложности у 117 (59,7%) детей были обнаружены простейшие и яйца гельминтов. Среди поражённых наиболее часто выявляемыми паразитами были круглые черви, или нематоды (*Ascaris lumbricoides*, *Necator americanus*) - у 66,41%, *Enterobius vermicularis* - 29,01%, ленточные черви - 3,87%, и в 0,8% случаях - *Trichocephalus trichiurus* и *Giardia lamblia*. Следует отметить, что у 11 детей было выявлено ассоциация сразу 2 и более гельминтов.

Совместно с врачами семейных поликлиник проводили комплексное лечебно-оздоровительное мероприятие данным детям. В комплекс оздоровительно-лечебных мероприятий входили: противогельминтная терапия, симптоматическое лечение и общеукрепляющая терапия. Одновременно, проводили разъяснительную работу среди родителей и опекунов обследуемых детей. Противогельминтная терапия проводилась на основании стандартных рекомендаций по лечению данной патологии, в зависимости от клинической формы заболевания. После курса терапевтических мероприятий было проведено повторное обследование детей на наличие гельминтов. Эффективность проводимого лечения в среднем составило - 97,2%. У 3 (2,8%) детей дошкольников было повторно отмечено наличие гельминтов в кале, что было обусловлено с несоблюдением рекомендаций врача, и повторным заражением из-за нарушения гигиенических правил со стороны детей. Через 2 месяца после лечения у 36 (30,8%) пациентов из 117, было обнаружено повторное заражение гельминтозами, что указывает на заражение от окружающих носителей.

Вывод. Среди детей дошкольных учреждений, заражённость гельминтозами составляет 59,7%, повторное заражение составляет 30,8%, следовательно, необходим индивидуальный подход врачей общей практики и повышение качества лечебно - профилактической помощи данной категории заражённых, а также усиление разъяснительной работы среди родителей и попечителей о соблюдении гигиенических мероприятий.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕТОД GENEXPERT MTB/RIF В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Ким Т.М., Чубаков Т.Ч., Смит Б.

*Международная высшая школа медицины, Бишкек, Кыргызская Республика
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации, Бишкек, Кыргызская Республика*

Своевременное выявление больных, правильная и быстрая диагностика туберкулеза (ТБ) органов дыхания, позволяет, как можно раньше начать лечение, предотвратить развитие прогрессирующих форм заболевания и дальнейшее распространение инфекции.

В настоящее время одним из молекулярно-генетических методов выявления микобактерии туберкулеза (МБТ) в мокроте является Genexpert MTB/RIF, который использует метод полуколичественной гнездовой полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени, быстро определяет наличие МБТ и устойчивость микроорганизма к рифампицину.

Цель исследования – сравнить результаты тестов GeneXpert MTB/RIF, микроскопии мазка мокроты и бактериологического метода.

Материал и методы С октября 2012 года по февраль 2015 года были обследованы 1653 пациента, с подозрением на туберкулез органов дыхания в Иссык-Атинском районе Кыргызстана, которые,

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

в соответствии с классификацией ВОЗ и утвержденными клиническими протоколами по туберкулезу были разделены, на категории новый случай ТБ и ранее леченный случай ТБ. Среди обследованных мужчин было 1042 (63,03%), женщин - 611 (36,9%), средний возраст составил $45,2 \pm 1,2$ года. Пациенты сдавали образцы мокроты, которые исследовали следующими методами: прямая микроскопия с окраской по Цилю-Нильсону, посев на среду Левенштейна—Йенсена и тест GeneXpert MTB/RIF.

Результаты Среди обследованных были выявлены случаи с отрицательным мазком мокроты 1445 (87,41%). Из исследуемых с отрицательным мазком мокроты у 194 (13,42%) посев был положительный, у 193 (13,3%) тест Xpert MTB/RIF положительный.

В мокроте 401 пациента (24,24%) без учета результатов микроскопии мокроты на МБТ была обнаружена ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота) микобактерии туберкулеза с помощью теста Xpert MTB/RIF. В 208 случаях положительного результата микроскопии и посева мокроты тест Xpert MTB/RIF также бы положительный, то есть чувствительность теста составила 100%, при отрицательном результате микроскопии чувствительность теста составила 97,4%, специфичность - 99,7%.

При применении теста Xpert MTB/RIF у 102 (25,55%) была выявлена устойчивость к рифампицину, из них 53 (21,2%) - среди новых случаев ТБ и 49 (40,8%) – среди ранее леченных, то есть частота устойчивости к рифампицину почти в 2 раза выше среди пациентов категории ранее леченный случай ТБ, чем среди новых случаев туберкулеза органов дыхания.

Выводы Тест Xpert MTB/RIF показал высокую чувствительность по сравнению с прямой микроскопией мокроты, что подтверждено результатами бактериологического исследования. Он является быстрым и эффективным методом диагностики туберкулеза, который позволяет через 2 часа определить наличие МБТ в патологическом материале и чувствительность возбудителя к рифампицину, что несомненно играет важную роль в борьбе с распространением резистентных штаммов микобактерии туберкулеза.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ ПО СЛЮНЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ

Ламок А.С., Матюшков П. И., Дворкин М. И.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Цель: Внедрение экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне начато в ноябре 2012 года и продолжается по сегодняшний день. Целью внедрения экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне служило выявление труднодоступных групп населения, имеющих высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией, среди которых лица, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), работники секса (РС), мужчины имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ), а также половые партнеры этих групп. Осуществление пилотного проекта по внедрению экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне Министерство Здравоохранения КР возложило на неправительственные организации (НПО), которые имеют доступ к людям из уязвимых групп, на долю которых приходилось 63 % всех случаев ВИЧ инфицированных.

Материалы и методы: Процесс тестирования осуществляется работниками НПО после соответствующего обучения технике проведения экспресс-тестирования, а также проведению добровольного консультирования до и после теста. Для проведения тестирования выбраны экспресс-тесты на ВИЧ 1/2 OraQuickAdvance, их специфичность – 99,6 – 99,9%, а чувствительность – 98,4 – 99,7%, что гарантирует высокую точность теста.

Результаты: Тестирование проводится на базе НПО, поэтому представители закрытых групп более охотно идут к ним на обследование, чем в государственные учреждения по борьбе с ВИЧ. Немаловажную роль играет и то, что экспресс-тест проводится по слюне, без взятия крови – следовательно, риск заражения пациента и работника проводящего тест инфекцией передающейся через кровь сведен к минимуму.

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

За 2016 год прошли обследование на ВИЧ 8468 человек из уязвимых групп при помощи экспресс-тестов на ВИЧ по слюне. Из них у 62 человек тесты показали положительный результат, только 34 из них (54,8%) человек прошли подтверждающие тесты ИФА-методом в РЦ «СПИД», где у 33 (97%) человек был положительный результат на ВИЧ и только 1 (3%) случая не подтвердились. Малый процент прошедших подтверждающие тесты в РЦ «СПИД» обусловлен неготовностью идти в государственные учреждения и некачественным проведением дотестового и послетестового консультирования.

У выявленных ВИЧ-инфицированных с помощью экспресс-тестов установлена следующая распространенность ВИЧ среди уязвимых групп: ЛУИН – 32 из 4610 (0,69%), СР – 3 из 1944 (0,15%), МСМ – 27 из 1914 (1,41%).

Несомненный плюс экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне – это быстрый результат теста. Всего 20 минут требуется для получения результата, поэтому все прошедшие тестирование знают свой статус. Но для постановки окончательно диагноза экспресс-тест не годится, хотя он очень точен. Окончательный диагноз может быть поставлен только после сдачи анализов крови для проведения исследования ИФА-методом и повторного забора крови для исследования методом иммуноблоттинга.

Выводы: Техника проведения экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне при помощи экспресс-тестов OraQuickAdvance настолько проста, что ее может провести любой обученный врач первичного звена. Внедрение экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне на первичном звене здравоохранения улучшит выявляемость ВИЧ-инфицированных на ранних стадиях заболевания, что позволит снизить распространение ВИЧ-инфекции. Зная о наличии ВИЧ в организме, пациент сможет начать принимать антиретровирусную терапию, избавившись от риска развития СПИДа, а также защитить от инфицирования окружающих людей.

СИТУАЦИЯ ПО ТОКСОКАРОЗУ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Мергенов А.Э.

*Кыргызская государственная медицинская академия КГМА им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызстан*

Токсокароз имеет широкую географию распространения и число больных значительно выше официально регистрируемых. По данным различных авторов серопозитивными к токсокарозу является до 40% населения [1,2]. Установлено, зависимость клинических проявлений от интенсивности инвазий, иммунного статуса хозяина, характера распределения личинок в органах и тканях [3]. Широкое распространение инвазированности токсокарозом домашних животных, наличие множественных факторов возможной передачи инвазий человеку, полиморфизм клинических проявлений данного паразитоза определяет необходимость акцентирования внимания медицинских работников первичного звена на своевременное выявление, лечение и профилактику данной проблемы.

Цель исследования: является выявления инвазированности токсокарозом больных с различными клиническими симптомами причина которых не установлена.

Материалы и методы: для исследования использовались данные заболеваемости по форме №1 (статистические формы отчета об инфекционной заболеваемости) и сыворотки крови 56 детей до 14 лет. Методами исследования были серологический, клинический, эпидемиологический.

Результаты: Официальный учет заболеваемости токсокарозом в КР начат с 2011 года. Ежегодно в среднем регистрируется по 117 случаев токсокароза. Однако обследование больных детей до 14 лет с аллергическими заболеваниями, полиморфными высыпаниями на коже, нарушениями со стороны желудочно – кишечного тракта, выявило $32 \pm 2.0\%$ инвазированных токсокарами. При этом удельный вес детей от 1 до 6 лет составил $42.8 \pm 6\%$, а дети от 7 до 14 лет составили $57.8 \pm 6\%$. Клиническими проявлениями у инвазированных токсокарозом в 34.6% была сыпь, у 19.8% зуд, у 21.7% слабость, у 33.6% боли в животе, у 13.8% головная боль, так же 9.9% отмечали тошноту и 1.9% температуру.

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Серологические исследования больных дали следующие титры антител: 1:100 у 18-ти больных, 1:200 у 10-ти больных, 1:400 у 13-ти больных и 1:800 у 15-ти больных.

Выводы:

1. удельный вес инвазированности обследуемых детей свидетельствует о наличии риска возможного заражения населения республики токсокарозом
2. токсокароз характеризуется различными клиническими проявлениями, но чаще всего наблюдаются кожные проявления и расстройства со стороны ЖКТ
3. положительная сероконверсия у инвазированных токсокарозом проявилась у 38 больных с удельным весом 67.8%, а у остальных инвазированных результат был сомнительным 1:100

УЗИ КАК СКРИНИНГ-МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Каратаева Г.Т., Осумбеков Р.Б.

*Ошская межобластная объединенная клиническая больница, медицинский факультет ОшГУ,
Ош. Кыргызская Республика.*

Введение: В настоящее время один из наиболее популярных диагностических методов обследования – ультразвуковая диагностика. Ценность УЗИ - диагностики в медицине состоит в применении данного метода в амбулаторных условиях с выездом, максимально раннем этапе распознавании патологии, уточнения диагноза при неясной клинической картине, возможности своевременного лечения и контролировать заболевание в процессе лечения.

Цель исследования: оценка возможностей УЗИ как скрининг-метод раннего выявления заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства в амбулаторных условиях.

Материал и методы. С 2013 по 2016 год врачи отделения ультразвуковой диагностики Ошской межобластной объединенной клинической больницы выезжали в районы Ошской и Баткенской области и на местах проводили ультразвуковое исследование 12991 больным. Обследование проводили портативными ультразвуковыми аппаратами нашего отделения фирмы «Филипс», «Миндрай» М5, с датчиками 3,5-5 МГц, или аппаратами, имеющимися на местах. Проводили комплексное обследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. По необходимости также проводили осмотр органов гениталия и щитовидной железы.

Результаты. Из всех обследованных 77,1 % или 10021 человек составляет жители Ошской области, а 22,9 % или 2970 человек составляет жители Баткенской области. Из них по районам Ошской области: Алайский район -1670, Араванский район – 1605, Чон-Алайский район -2138, Кара-кулжинский район -1318, Кара –Суйский район - 807, Узгенский район – 2014, Ноокатский район – 1047 человек. Баткенской области: Кадамжайский район - 1362, Баткенский район - 800, Лейлекский район – 808 человек.

Выявленные патологии: диффузные заболевание печени - 1078; объемные образование печени (опухоли/кисты) – 52/41; желчнокаменная болезнь - 780; объемные образование почек (опухоли/кисты) - 24/96; мочекаменная болезнь - 1084; объемные образования матки и придатков (миомы матки/кисты яичников) – 164/86; диффузный зоб - 2944; узловой зоб - 74.

Вывод. УЗИ является простым, высокоинформативным и достоверным методом ранней диагностики патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства, позволяющим своевременно выявлять заболевания на амбулаторном уровне.

НОВЫЙ ПРЕПАРАТ

СТОП
диарея

Стопдиар®

нифуроксазид

*Диарея – не повод
расставаться с друзьями*



-  Быстро и мягко устраняет причину диареи
-  Не нарушает кишечную флору
-  Разрешен детям старше 6 лет и беременным

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ лекарственного средства **СТОПДИАР® (Stopdiar®)**

Международное непатентованное название:

Нифуроксазид

Химическое название: N-(5-нитрофурфури-
лиден)-4-гидразид р-оксибензойной кислоты

Лекарственная форма: таблетки, покрытые
пленочной оболочкой, 1 таблетка содержит 100
мг нифуроксазида, в 1 блистере 24 таблетки, в
упаковке 1 блистер.

Фармакотерапевтическая группа: противо-
микробное средство - нитрофуран

АТХ: A07AX03

Фармакологическое действие

Фармакодинамика

Стопдиар® – производное нитрофурана, оказыва-
ет противобактериальное действие в отношении
желудочно-кишечных грамположительных
бактерий (стафилококков и стрептококков) и
некоторых грамотрицательных бактерий (*Salmo-
nella, Shigella, Klebsiella, Escherichia coli*). Не
влияет на состав нормальной бактериальной
флоры толстого кишечника.

Стопдиар® тормозит активность дегидрогеназ и
синтез белков в клетках бактерий. Не вызывает
возникновения лекарственноустойчивых
штаммов, не наблюдалась также перекрёстная
устойчивость с другими противобактериальными
препаратами. Эффективность действия
Стопдиара® не зависит ни от pH, существующего в
просвете кишечника, ни от чувствительности
микроорганизмов к антибактериальным препа-
ратам. Препарат практически не всасывается из
пищеварительного тракта, действует исключи-
тельно в просвете кишечника.

Фармакокинетика

Стопдиар® трудно растворим. После перорально-
го приема практически не всасывается из пище-
варительного тракта и не обладает системным
эффектом. Выводится через кишечник.

Показания к применению

Острая и хроническая диарея, вызванная кишеч-
ными грамположительными бактериями (*Staphy-
lococcus spp., Streptococcus spp., Haemophilus
influenzae*), а также некоторыми грамотрица-
тельными бактериями (*Salmonella, Shigella,
Klebsiella, Escherichia coli, Proteus spp.,
Enterobacter spp.*).

Противопоказания

Аллергические реакции к производным 5-
нитрофурана, детский возраст до 6 лет (для
таблеток).

Применение при беременности и в период лактации

С осторожностью применять при беременности и
в период лактации.

Способ применения и дозы

Внутрь. Взрослые и дети старше 6 лет: по 2 таблет-
ки (200 мг) 4 раза в день через 6 часов.

Курс лечения - 6 дней. Перед применением
необходимо проконсультироваться с врачом.

Побочное действие

Стопдиар® хорошо переносится, побочные
эффекты практически не наблюдались. В единич-
ных случаях, при наличии повышенной индиви-
дуальной чувствительности к Стопдиару®, воз-
можны боль в животе, тошнота и усиление диареи
(указанные симптомы не требуют специального
лечения и прекращения приема препарата).

Передозировка

Признаки передозировки препарата не описаны.
В случае передозировки рекомендуется промы-
вание желудка и симптоматическое лечение.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами

Так как Стопдиар® не всасывается из пищева-
рительного тракта, возможность взаимодействия с
другими лекарственными средствами маловеро-
ятна.

Особые указания

Во время лечения необходимо перорально или
парэнтерально, в зависимости от состояния
больного, восполнять потерю жидкости.

Употребление алкогольных напитков во время
лечения Стопдиаром® может вызвать дисульфи-
рамоподобную реакцию.

Влияние на способность к управлению автотран-
спортом и работу с механизмами.

Препарат не влияет на способность к управлению
автомобилем и работу с другими механизмами.

Условия отпуска из аптек

Отпускается без рецепта врача.

С более подробной информацией можно ознако-
миться в инструкции.

РУ: P-2011-653 КР №8922 от 28.12.2011 г.

Производитель:

ОАО "Гедеон Рихтер", Венгрия

Отпечатано 10.2013 г.



ОАО ГЕДЕОН РИХТЕР

Представительство ОАО "Гедеон Рихтер"
в Кыргызской Республике
720055, г. Бишкек, ул. Медерова, 181
т.: +996 (312) 900103, +996 (312) 549293
E-mail: richter@saimanet.kg



Стопдиар®
нифуроксазид

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МОЛОДЫХ ЖИТЕЛЕЙ АТЫРАУ

Соколова Л.Ю.¹, Нугманова Д.С.², Нурманова М.Ж.²,
Асташкина Л.Н.², Хегай Е.Л.², Стафеева И.Ю.²

¹Казахский Национальный медицинский университет, Ассоциация семейных врачей Казахстана²,
Алматы, Республика Казахстан

Артериальная гипертензия (АГ) по-прежнему остается одной из самых актуальных проблем в современной медицине. В группе лиц более молодого возраста значимость повышенного артериального давления не меньше. Доказано, что АГ довольно часто встречается у тридцати- и сорокалетних пациентов, а в подгруппе от 18 до 29 лет распространенность АГ, по данным ряда авторов, составляет до 25%.

Целью нашего исследования явилось выявление повышенного артериального давления (АД) у молодых жителей г.Атырау во время кампаний по массовому обследованию населения. **Материалы и методы:** исследование проводилось сплошным методом. Расчет репрезентативной выборки для 182,6 тысяч взрослого населения Атырау составил 383 человека. Нами обследовано больше - 402 человека, из них 182 мужчин и 220 женщин, в возрасте от 18 до 49 лет, проживающие в г. Атырау. Все обследованные были разделены на три возрастные группы: от 18 до 29 лет, от 30 до 39 лет и от 40 до 49 лет. Большинство респондентов были в возрастной группе от 18 до 29 лет (44,5%). Проводился опрос с заполнением индивидуальной карты в режиме он-лайн и двукратное измерение артериального давления на плечевой артерии по методу Короткова. Также проводился опрос по осведомленности респондентов о повышенном АД и знании о необходимости наблюдения у врача и регулярного лечения.

Результаты. Из 402 человек повышение АД зафиксировано у 112 (27,8%). В возрастной группе от 18 до 29 лет повышение АД выявлено у 17,3%, от 30 до 39 лет - 32,2%, от 40 до 49 лет - 40,9% респондентов. Это соответствует данным других исследователей. Наиболее часто регистрировалось повышение АД 1 степени - у 67% обследованных (87,1%; 60,5%; 58,2% по возрастным группам соответственно). Однако были выявлены и случаи повышения АД 3 степени, наиболее часто регистрируемые в третьей возрастной группе (20,9%). Повышение АД во всей выборке чаще наблюдалось у мужчин (41,7%), чем у женщин (16,3%).

В группе с выявленной артериальной гипертензией мужчин также было в два раза больше, чем женщин (76 человек против 36). Особый интерес представляла оценка осведомленности обследованных о повышении у них АД. Из опрошенных только 27,6% ответили утвердительно, что гораздо хуже, чем в развитых странах. Более того, пятеро обследованных (4,4%) с очень высоким АД (АГ 3) вообще не знали о повышении у них АД, из них четверо - мужчины. У врача постоянно наблюдаются только половина из тех, кто знает о повышении АД (15 из 31 респондента, или 13,8%). Четверо с повышенным АД 3 степени, хотя и знали о своем состоянии, но у врача не наблюдались и не лечились. Все четверо - также молодые мужчины (27-47 лет).

Выводы: по результатам обследования повышение артериального давления выявлено у каждого четвертого молодого жителя Атырау, при этом подавляющее большинство составляют мужчины молодого возраста. Важным результатом исследования является также отсутствие знаний молодых о повышении у них артериального давления и отсутствие приверженности к лечению, преимущественно наблюдающееся у мужчин. Результаты исследования показали необходимость повышения настороженности врачей города Атырау для выявления АГ у молодых и повышения приверженности лечению в данной группе пациентов.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Турдыева Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на достижения в медицине, в частности педиатрии, в области своевременной диагностики и лечения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, данная проблема остаётся актуальной. По результатам исследования Р.Т.Ахметова (2012), распространенность хронической гастро-дуоденальной патологии (ХГДП) среди подростков, обучающихся в средних специальных учебных заведениях, составила $333, \pm 2,1\%$, при этом среди девушек – $517, \pm 2,1\%$, среди юношей – $151, \pm 2,8\%$.

Цель исследования. Изучение качества жизни школьников с ХГДП до и после реабилитации.

Материалы и методы. Были обследованы 286 детей и подростков от 6 до 15 лет с ХГДП. Из них хронический гастродуоденит (ХГД) был диагностирован у 174 (60,84%), хронический гастрит (ХГ) различных форм – 43 (15,03%), хронический дуоденит (ХД) – 22 (7,69%), язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) – 8 (2,8%) и язвенная болезнь двенадцатиперстного кишечника (ЯБ ДПК) – 39 (13,64%) пациентов. Качество жизни оценивалось по модифицированный вариант HBSC-SCL опросника.

Результаты. Характеристику клинической картины более достоверно характеризует оценка качества жизни (КЖ) больных до и после реабилитации. Одновременно, у данных школьников проводили необходимые лечебно-реабилитационные мероприятия, по разработанной нами программе. С данной целью пациенты были разделены на две реабилитационные группы (1-РГ по общепринятой реабилитационной схеме и 2-РГ по нашей программе). Нами в ходе досконального отбора опросников КЖ больных детей с ХГДП был выбран модифицированный вариант HBSC-SCL опросника, адаптированный для больных с заболеваниями ЖКТ.

HBSC-SCL опросник представляет собой опросный лист из восьми вопросов и позволяет оценить частоту возникновения симптомов у детей и подростков, с использованием цифровую оценочную шкалу от 100 до 4, где 100 — означает отсутствие симптома. До начала лечения показатель качества жизни (ПКЖ) в обеих группах был одинаковым ($p < 0,05$). После соответствующего комплексного лечения детей, отмечали достоверное улучшение всех аспектов качества жизни ($p < 0,01$). Как показали наши исследования, показатель качества жизни – индекс GSI (General Symptomatical Index) у пациентов с ХГДП меняется в зависимости от возрастной категории и клинической формы ХГДП. В частности, у детей из первой возрастной категории по данным HBSC-SCL опросника индекс GSI превышает в среднем на 10% по отношению к другим возрастным группам. При этом самый низкий прирост ПКЖ после лечения отмечено среди подростков с язвенными поражениями гастродуоденальной зоны.

Через 6 месяцев после начала реабилитационных мероприятий, нами проведено повторное исследование ПКЖ в зависимости от проводимой реабилитационной программы. Как показали наши исследования, при проведении вторичной профилактики и использовании реабилитационной программы у детей из 1-РГ отмечается повышение КЖ по отношению ко 2-РГ. По данным интерпретации результатов HBSC-SCL: индекса GSI и PSI (Positive Symptomatical Index), данные показатели у детей после лечения и 2-РГ соответствует среднему уровню КЖ, но при этом самый высокий PSI у детей с ХД ($PSI = 0,106$), самый низкий ЯБЖ ($PSI = 0,112$).

Вывод. На основании полученных данных можно заключить, что показатель качества жизни следует использовать как достоверный критерий эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у школьников с ХГДП. Использование, разработанной нами комплексной программы по профилактике и реабилитации школьников с ХГДП благоприятно влияет на качество жизни больных детей.

ДЕПРЕССИЯ – ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ?

Хегай Е. Л., Стафеева И. Ю., Соколова Л. Ю., Нуркина Н.М.

Ассоциация семейных врачей Казахстана, Алматы, Казахстан

Цель исследования: Депрессия – самое распространенное психическое заболевание. Оно снижает качество жизни больных, работоспособность, повышает риск суицидов, неблагоприятных психологических и соматических исходов сопутствующих хронических заболеваний. По данным ВОЗ, Казахстан занимает 10-е место в мире по частоте самоубийств – 23,8 на 100 000 населения. Мы решили узнать, как часто депрессия встречается у пациентов с различными заболеваниями, обращающихся к семейному врачу.

Материалы и методы: Для выявления симптомов депрессии мы проводили добровольное анкетирование пациентов в течение месяца, используя шкалы PHQ-2 (чувствительность 83%, специфичность 90%) и PHQ-9 (чувствительность и специфичность 88%). Вначале пациенты отвечали на вопросник PHQ-2 и, если набирали 3 и более баллов, им предлагалось продолжить анкетирование по шкале PHQ-9. Результат 10 баллов и более по вопроснику PHQ-9 указывает на депрессию, которая требует лечения.

Результаты: В анкетировании участвовало 47 пациентов, из них 11 мужчин и 34 женщины. Из 47 человек симптомы депрессии различной степени выраженности были выявлены у 11 пациентов (23% опрошенных). Все респонденты мужчины (100%) по опроснику набрали минимальное число баллов 0-4 – нет депрессии. Среди женщин у 24 нет симптомов депрессии (66%), легкая депрессия у 1 женщины (3%), умеренная и умеренно-тяжелая по 5 человек (по 14%) и тяжелая у 1 женщины (3%). В нашем исследовании, как и по данным других авторов, признаки депрессии чаще были выявлены у женщин. Меньшее количество участвовавших мужчин в исследовании можно объяснить тем, что мужчины менее охотно идут на контакт, поэтому необходимо уделять больше времени, внимания, чтобы получить достоверную информацию.

Анализ ответов показал, что чаще всего женщин беспокоит усталость или недостаток энергии, 8 женщин (67%) ответили, что симптомы слабости беспокоят «почти каждый день». Второе место по встречаемости и выраженности занимают симптомы, связанные с нарушением сна, изменением аппетита и снижением самооценки – положительно ответили по 5 человек (42%). На третьем месте снижение интереса к делам и хобби и появление чувства подавленности, депрессии, безнадежности – по 4 человека (30%) набрали максимальные баллы. Менее выражены у пациенток симптомы, связанные с нарушением концентрации внимания, медлительностью и суетливостью. Половина женщин на эти вопросы ответила, что эти симптомы «совсем не беспокоят», только по 2 женщины выбрали ответы «почти каждый день» (17%). На вопрос о возможности суицида и мыслях о смерти 1/3 пациенток выбрали ответ «несколько дней», и эти пациентки требуют большего внимания семейного врача, 2/3 женщин на этот вопрос ответили, что таких мыслей у них совсем не возникало.

Выводы: В нашем исследовании у каждой 6-й женщины, обратившейся к семейному врачу по поводу соматического заболевания, выявлена умеренно-тяжелая и тяжелая депрессия, для лечения которой необходимы антидепрессанты и психотерапия у каждой 6-й женщины имелась легкая и умеренная депрессия. Опросник здоровья является важным подспорьем для выявления пациентов, имеющих симптомы депрессии.

Заключение. Семейному врачу нужно помнить, что при депрессии часто больные имеют такие неспецифичные жалобы, как слабость, утомляемость, нарушение сна. Реже жалуются на неудовлетворенность собой, суетливость, медлительность, снижение концентрации внимания. И практически никто из пациентов сам не сообщает врачу о желании умереть. Опросник здоровья удобен и прост в использовании – его заполнение займет всего несколько минут, но при этом даст семейному врачу возможность получить больше информации о пациенте, комплексно подойти к его проблеме, а при необходимости – вовремя направить к специалисту для лечения депрессии.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Чубаков Т.Ч., Болоцких И.В.

*Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации,
Бишкек, Кыргызстан*

Как известно, удовлетворенность пациентов медицинской помощью, напрямую зависящая от уровня их ожиданий, складывается из множества факторов, в большинстве носящих субъективный характер. Наиболее информативным методом изучения мнений пациентов относительно качества предоставления медицинской услуги признано проведение опросов в виде анкетирования с вопросами об удовлетворенности оказанными услугами.

Цель исследования: определить уровень удовлетворенности пациентов с инфекциями репродуктивного тракта (ИРТ) и провести анализ факторов, влияющих на качество оказываемых услуг.

Материалы и методы. Исследованию подверглись анкеты 148 респондентов-пациентов ЦСМ, которые по 5-балльной оценочной шкале выражали свое согласие с 10 утверждениями относительно взаимодействия пациента и врача, соблюдения конфиденциальности, безотлагательной медицинской помощи и приемлемой стоимости назначенного лечения, информирования и поддержки, непрерывности и сотрудничества, организации обслуживания. Баллы, полученные при ответах пациентов на вопросы анкеты, приводились к среднему значению. Значение 3 и более баллов засчитывалось как достаточный уровень удовлетворенности пациентов оказанными услугами.

Результаты. Наши данные показали, что почти у всех респондентов баллы, полученные при опросе, оказались в пределах 3 и более. Пациенты были удовлетворены объемом информации о причинах и последствиях имеющегося у них заболевания. Согласно опросу, их устраивала стоимость назначаемого лечения согласно рекомендациям национальных клинических протоколов (недорогие, но эффективные, чаще в однократной дозе, лекарственные средства). Высоко оценены респондентами (4,75 баллов) подход к ведению ИРТ в день обращения, что свидетельствует об эффективности предлагаемого синдромного подхода. Однако, часть респондентов отметила недостаточное соблюдение конфиденциальности во время приема (оценка менее 3 баллов); ровно на 3 балла оценено время ожидания приема, связанное с наличием очередей перед кабинетом врача.

Выводы. Таким образом, синдромный подход к ведению ИРТ высоко оценивается пациентами, отражаясь на уровне их удовлетворенности качеством предоставляемых медицинских услуг.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТАДИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Шайхова М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Острый тонзиллит (ОТ) является одной из серьезнейших проблем детской отоларингологии. По данным В.Ю. Альбицкого и А.А. Баранова (2006 г.), болезни верхних дыхательных путей и органов дыхания встречаются у более 82% детского населения. В группе часто болеющих детей 2–6 лет острый тонзиллит составляет 23%, тогда как в группе эпизодически болеющих детей частота его встречаемости в 2 раза ниже (Л.Е. Пономарев и соавт., 2013 г.). По данным В.И. Смоликова (2014), среди детей до трехлетнего возраста – 29% впервые заболевают ангиной в возрасте от 5 месяцев до года и 55% – в возрасте от года до 2 лет, при этом частота ангин увеличивается с 3 до 6 раз в год. Нерациональная терапия ангин – нередкая причина формирования хронического

тонзиллита, причем его частота увеличивается с возрастом: у детей в возрасте 3 лет – 2–3%, в 5–6 лет – 6,5%; в 10–12 лет – уже 12–13%, а в возрасте 18–20 лет – 25–35%.

При этом остаются неизученными вопросы применения современных методов лечения при остром тонзиллите у детей, с учетом особенностей клинического течения заболевания.

Цель исследования: изучить особенности течения ОТ у детей и эффективность применение препарата «Бетадин» в его лечении.

Материалы и методы исследования: Нами обследованы 40 детей в возрасте от 3 до 14 лет с клиникой ОТ. Исследование проводилось в семейной поликлинике города Ташкента, в осеннее – зимний период с 2016 по 2017 год. Всем обследуемым детям проводили общеклинические исследования, фарингоскопия, а также комплексное консервативное лечение с применением препарата «Бетадин».

Результаты исследования. Как показали наши исследования, катаральную форму ОТ отмечалась у 27 (67,5%) детей, фолликулярная - 6 (15,0%), лакунарная - 2 (5,0%), фибринозная - 1 (2,5%), смешанные формы - 4 (10,0%) детей.

Основными клиническими признаками заболевания у всех больных детей были: субфебрильная температура, ощущения жжения, сухости, першения, боль при глотании. Кроме того, отмечали: увеличение регионарных лимфатических узлов и характерными патологическими изменениями в миндалинах и краях небных дужек.

В общем анализе крови отмечали лейкоцитоз с нейтрофилёзом, на фоне ускорения СОЭ. При лечении данных детей мы применяли Бетадин – антисептическое средство, комплекс йода с поливинилпирролидоном. Высвобождаясь из комплекса с поливинилпирролидоном, йод образует с белками йодамины, вызывает их коагуляцию и гибель микроорганизмов.

На фоне применения комплексного консервативного лечения препаратом Бетадин у больных отмечали: снижение отёчности в миндалинах к 2-3 дню лечения, а также снижение общее интоксикационных признаков.

Также, отмечали у детей с фолликулярной формой ангины исчезновение болей в суставах и мышцах на 3 сутки от начала лечения. При общем анализе крови уровень лейкоцитов у 31 (77,50%) больных нормализовался к третьим суткам от начало лечения. У остальных - 22,50% к 4-5 суткам от начала лечения.

Вывод. Применение препарата «Бетадин» в комплексном консервативном лечении ОТ у детей способствует быстрейшему уменьшению клинических признаков заболевания.

RISK FACTORS OF COMPLICATIONS AMONG DIABETIC PATIENTS IN WESTERN MONGOLIA

Myagmartseren.D¹, Otgonbayar D², Tsolmon G³, Undram M³

^{1,3}Mongolian National University of Medical Science, Mongolia

²Regional Center for Medical Diagnoses and Treatment, Mongolia

Objectives: According to the annual report of IDF (International Diabetes Federation), there are 382 million people have diabetes in the worldwide, and by the 2035 this number will rise up to 582 million, which are 8.3% of all adult population. Such trends of rise are more reported in developing countries, such as Mongolia, especially among working-age population. In Mongolia, according to national study of STEPs survey for NCD (Non Communicable Diseases) risk factors, the prevalence of diabetes are increasing from 3.1% in 1999, to 6.5% in 2009. Although, number of surveys have been conducted regarding for risk factors of type 2 diabetes and its chronic complications among Mongolian population. There are lack of studies in rural areas focusing about specificity of diabetic complications, risk factors, vascular complications and their correlations with diabetes control and duration. Our objectives are to study diabetic complications in patients with type 2 diabetes in the Western, to determine physical indicator of risk factors in patients with type 2 diabetes;

Materials and methods: We conducted patient based cross-sectional study in randomly selected 616 patients from in Western province of Mongolia; all participants were routinely monitored by regional endocrinologists in Western provinces respectfully. We assessed patient's knowledge about diabetes, and its psycho-social state by internationally accepted STEPs survey which was suggested by WHO and IDF. This questionnaire included 5 chapters and 108 questions. By physical examination, we evaluated patients body constitute including weight, height, body mass index (BMI), waist circumference, blood pressure, age and of body fat. The risk factor for diabetic foot complications was determined by specific equipment. Blood function analyses, including glucose, HbA1c, cholesterol, triglyceride, HDL-Cholesterol, LDL-Cholesterol were collected from fasted blood and microalbumin level was evaluated from urine by laboratory analysis.

Results: Among all participants 45.5% had indicated cardiovascular complication, 37.7% had indicated foot complication, 27.1% had indicated retinopathy, 21.3% had indicated neuropathy and 9.6% had indicated nephropathy. Diabetic complications had increased with patients' age and duration of disease. Results showed that 94.2% all participants have increased waist circumference, 92.5% were physically inactive. As of lifestyle, 94.5% of all participants had high salt diet, in contrast of 61.9% had very low consume of fruits and vegetables. Moreover, 22.1% were smokers and 35.6% were consuming alcohol more than 1 standard drink. Interestingly, 15.4% of all participants had history of diabetes among family members. Majority of participants had hyperlipidemia including high LDL-C (97.7%), cholesterol (91.1%), and triglyceride (78.7%) in contrast of low level of HDL-cholesterol (18%). As suspected, majority of subjects had increased level of HbA1c (79.7%) and high blood pressure (60%). Almost every subject (95.6%) was indicated with multiply risk factors. There are statistically significant correlation between diabetic risk factors with patients age ($p=0.0001$) and duration of diabetes ($p=0.01$).

Conclusions: The most indicated complication among patients in western region is cardiovascular diseases following with diabetic foot, diabetic neuropathy, diabetic retinopathy and microalbuminuria. Obesity, physical inactivity, increased level of HbA1c, unhealthy diet, lipid abnormality, duration of diabetes and age of patients were common risk factors for diabetic complications.

DESCRIPTIVE STUDY OF DIETARY BEHAVIOR AND HELICOBACTER INFECTION AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS

¹Pagmadulam B, ²Myagmartseren D.

¹Nalaikh Health Center, ²University of Medical Sciences, Mongolia

Background. Over 50 percent of the population is infected with Helicobacter, which 30-40 percent reported by developed countries but of the infections recorded in 70 per cent of people in developing countries the population. It is established that appropriate amount of the daily food intake for Mongolians make 2500-2900 calories while some of the students intake less than an average of 2,000 calories per day.

Our many studies done, but there are currently no studies students study identified rapid detection methods Helicobacter spread knowledge among young people *N.pylori*, together with a significant portion of the country's future for students' diet in time future form of, attitudes and practices, evaluation to be made in this study considered that important.

Objective: Students do tests to detect infection, appropriate Helicobacter study the knowledge, skills attitudes towards diet to determine the spread of the infection

Material and Methods. June 3, 2016, the survey was conducted studies using a random sample, a history student study involved 200 students aged 17-29 living in.

The subjects diet, had ever been in our country for food safety knowledge, attitudes and practices, and other countries (4) similar questionnaire and studied Helicobacter infection, rapid test is done. STATA for data processing conducted on 21 programs.

Results. A total of 200 students participated in the age of 18-29, 46% (105) were male, and 54% (95) female students.

3. КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Because 54% of respondents do not drink at breakfast, 83% eat at the same time and their busy 26% of the time, 18% of practices said that time to drink at breakfast. Students and relatives taking breakfast and living relatives and salary at the time to the circumstances were.

Fruit, vegetables, dairy products and soft drink consumption studies frequency of 7 days. A total of 7 students on average 3 day fruit and vegetables 6 days, 4 dairy and 4 used by the soft drink per day.

Conclusion. Among students with food, was the lack of proper nutrition knowledge to evaluate nutritional knowledge. In particular, do not know about the Mongolian people the right diet Family recommendations for further showed the need to organize extensive training in this field.

76% of the surveyed students (152), Helicobacter, and many of them live in a dormitory.

Key words: Helicobacter, diet, food

РАЗНОЕ

РЕАЛИИ СЕЛЬСКОГО СЕМЕЙНОГО ВРАЧА СЕГОДНЯ

Дуйшеналиев Б.Д.

ГСВ с. Васильевка, Аламудунский район, Чуйская область, Кыргызстан

Моя трудовая деятельность началась с 1978 года, когда мы с женой, врачом-педиатром, будучи молодыми специалистами, после окончания Киргизского государственного медицинского института, не раздумывая, поехали работать в Ат-Башинский район Нарынской области. Нас очень ждали! Оплатили дорогу и выдали «подъемные», предоставили квартиру, обеспечили топливом, оплачивали коммунальные услуги. Надбавка к зарплате за участковость составляла до 70%. Уже через 6 лет мы смогли построить собственный дом и купить машину.

Реалии сельского семейного врача сегодня...

В 1993 году мы переехали в одно из отдаленных сел Аламудунского района Чуйской области, и работаем там по настоящее время семейными врачами. Что же можно сказать о работе семейного врача сегодня? Что нас очень сильно беспокоит?

Значительно изменились условия работы:

- Увеличилась нагрузка (одному семейному врачу приходится обслуживать до 5-10 тысяч населения вместо 1,5-2 тыс., согласно нормативам). Расчет финансирования сельского здравоохранения ведется не от количества фактического приписанного населения, а от наименьшего количество населения.
- Ненормированный рабочий день, включая обслуживание вызовов на дому. Среди работающих «бюджетников» только представители семейной медицины работают 6 дней в неделю.
- Увеличение объема утвержденной (да и неутвержденной) учетно-отчетной документации, ведь по ней часто оценивается качество работы врача. На заполнение документации тратится до 1/3 рабочего времени.
- Отмечается значительный рост заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями: сердечно-сосудистыми, сахарным диабетом, онкологическими. Значит, надо больше времени уделять профилактическим мерам, обучать пациентов здоровому образу жизни.
- Рост заболеваемости инфекционными болезнями: туберкулезом, особенно МЛУ-ТБ, ВИЧ-инфекцией. Имеют место вспышки кори, вирусных гепатитов и кишечных инфекций. Эти заболевания ведет семейный врач, но за вредность и риск никаких льгот не предусмотрено.
- Многие пациенты из-за финансовых трудностей отказываются от госпитализации, в результате мы вынуждены оказывать специализированную медицинскую помощь.
- Таким образом, объём и сложность работы значительно увеличились, в то же время условия работы и заработная плата семейного врача по сравнению с узкими специалистами снизилась. Хотя в 2011 году правительство всем медработникам повысило заработную плату в 2-3 раза, но... после перерасчета мы потеряли надбавку за участковый принцип, которая составляла почти 70% заработанного за 39 лет. В результате заработная плата семейных врачей стала меньше зарплаты других специалистов.
- Отсутствие жилья или участков под строительство. Бывшие квартиры для специалистов, которые были при СССР - все распроданы и приватизированы.
- Отсутствие льгот на оплату коммунальных услуг.
- Все сказанное привело к резкому снижению авторитета специальности. Мы с болью и грустью наблюдаем интенсивный отток кадров: некоторые ГСВ остались и вовсе без семейных врачей, а ФАПы – без фельдшеров. Притока кадров нет. 70-80% медработников первичного звена – люди

предпенсионного и пенсионного возраста. За последние годы в наш район приехало работать всего несколько человек. Если в ближайшее время никаких мер не будет предпринято, то через 5-10 лет сельские медучреждения надо будет закрывать.

В чем я вижу решение проблем:

1. Повысить заработную плату семейным врачам и медсестрам. И сделать это не символически, как это произошло, а поднять оплату труда до достойного уровня, которое позволит работникам семейной медицины оставаться на своих местах и и честно заниматься любимым делом.
2. Восстановить льготы сельским медработникам.
3. Обеспечить молодых специалистов жильем или земельными участками.
4. Внедрить компьютерные технологии, которые позволят экономить время на прием пациентов, а не тратить его на заполнение документации.
5. Внедрить дистанционную телемедицину для консультирования больных.
6. В отдаленных ГСВ открыть (в зависимости от количества приписанного населения) дневные стационары со штатными единицами.
7. Работу семейных врачей переводить на пятидневный режим.
8. Штатное расписание утверждать по количеству приписанного населения, а не по количеству прописанного.

КАК ЖИВЕТСЯ И РАБОТАЕТСЯ СЕМЕЙНЫМ ВРАЧАМ В ГЕРМАНИИ: МОЙ ОПЫТ

Дуйшеналиева Ж.Б.

г. Фюретенфельдбруг, Германия

В настоящее время я работаю семейным врачом в г.Фюретенфельдбруге неподалеку от центра федеральной Баварии г.Мюнхена, где проживает чуть больше 35 тыс. населения. В Германии существует 2 вида амбулаторного обслуживания: в Центрах медицинского обслуживания имеются все узкие специалисты, они хорошо оснащены; тогда как небольших поликлиниках, называемых практиками, работают только семейные врачи и имеется самое необходимое медоборудование. Оба вида являются частными формами медицинского обслуживания.

Я работаю в поликлинике второго типа. Всего у нас работает 9 сотрудников. Из них: 3 врача, в том числе два руководителя и я. Средний персонал представлен тремя медсестрами – секретарями и тремя медсестрами-лаборантами. Два руководителя, наряду с непосредственным выполнением клинической работы, занимаются административными, менеджерскими обязанностями: следят за содержанием здания, за работой всех других сотрудников. Я, будучи семейным врачом, осуществляю только врачебную деятельность. Здесь, в Германии, семейного врача выбирают сами пациенты, в зависимости от многих условий.

Все поликлиники работают 5 дней в неделю. График работы нашей поликлиники таков: в понедельник, вторник и четверг работаем с 07.30 утра до 18.30 вечера. В эти дни перерыв на обед с 12.00 до 13.00 ч. Обслуживание вызовов осуществляется с 13.00 до 15.30. В среду и пятницу работаем с 07.30 до 12.00 часов. Если будут вызова, то они обслуживаются после 12.00 часов. Обычно за день мы принимаем от 10 до 30 пациентов в зависимости от часов приема, а также обслуживаем 2–6 вызовов на дому на своем собственном автомобиле, при этом за бензин и за амортизацию автомашины платит администрация практики. Для уточнения адреса и дороги к пациентам мы используем заранее программированный навигатор.

Более того, семейный врач обслуживает ночные вызова всех поликлиник города по специальному графику. Если состояние больного тяжелое, и ему показана госпитализация, то мы организуем услуги скорой помощи через врачей того стационара, в который мы направляем больного. После выписки пациента из стационара семейный врач должен контролировать выполнение пациентом рекомендаций врача стационара. И вообще, во всех случаях семейный врач наблюдает больного до

завершения лечения. Трудовой отпуск семейных врачей составляет 6 недель в году, а заработная плата семейных врачей примерно на 20% больше, чем у врачей стационара.

Рабочий день семейного врача очень насыщен, свободного время практически не бывает. Регистрация больных на приём осуществляется через компьютер, на электронный адрес врача. Наряду с клиническим осмотром, семейный врач сам проводит необходимые обследования и интерпретирует результаты. В нашей поликлинике имеются приборы и оборудование для проведения ЭКГ (в т.ч. суточные мониторы ЭКГ), УЗИ, велоэргометрии, спирографии, дерматоскопии и отоскопии. Кроме проведения нужных исследований, врачи сами делают пациентам все инъекции, в том числе внутривенные капельные инфузии, перевязки и другие процедуры. Чем больше (по показаниям) используется медаппаратура и больше выполняется медицинских процедур, тем больше поступает денежных средств в поликлинику через страховые карточки пациентов.

Во время приема на осмотр и на общение с больными уходит 95–97% времени, а 5-7% времени уходит на фиксацию некоторых данных, которые посчитает нужным сам врач. Вообще, все необходимое фиксируется в компьютере, никаких бумажных амбулаторных карточек для пациентов и журналов для регистрации поликлинической деятельности нет. Вся отчетно-учетная и бухгалтерская деятельность внутри поликлиники ведется медсестрами-секретарями. Медсестры-лаборантки в основном занимаются лабораторными исследованиями и, в тоже время, делают медицинские процедуры, в том числе инъекции. Однако все внутривенные введения проводятся только в присутствии врача.

Мы принимаем не только жителей нашего города, но также пациентов из других регионов Германии, в том числе иностранцев, если они имеют медицинскую страховку. В Германии все лица старше 35 лет по желанию могут проходить профилактическое медобследование через каждые 2 года, включающее общий анализ крови, мочи, кровь на сахар, общий холестерин, ЭКГ, УЗИ внутренних органов и по результатам - медосмотр семейного врача. В целом, чем больше обращается пациентов, в том числе с целью профилактики, тем больше пополняется бюджет поликлиники, поэтому врачи заинтересованы в предоставлении качественного медобслуживания пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ И ИХ СЕМЬИ, ИГРАЯ В КАРТЫ "GO WISH"

Д. Одонтуяа¹, М. Найрамдал²

¹Национальный Университет Медицинских Наук, ²Хоспис Грейс, Mongolia

Актуальность Целью паллиативной помощи является улучшение качества жизни некурабельных больных с плохим прогнозом и членов их семьи. Но качество жизни является субъективным, поэтому зная конкретные желания и потребности больного и опекующих членов его семьи, мы можем улучшить качество жизни. Врачи, подходя к больному, чаще всего задают вопросы касающиеся физических жалоб больного, и стараются лечить эти симптомы. 21-ый век это новый век нового подхода к пациентам, индивидуального подхода для улучшения качества жизни каждого больного. Поэтому мы должны изучить тайные желания и скрытые потребности больного и его опекунов, чтобы составить конкретный план ухода для улучшения качества жизни больного и его опекунов.

Цель исследования Изучить потребности и желания паллиативного больного и его опекунов, играя в карты "Go wish", и сравнить их потребности.

Материалы и методы исследования Мы провели рандомизированное исследование 40 паллиативных больных и 40 их опекунов, используя карту "Go wish". Эта карта состоит из 45 карточек с 45 вопросами в наборе. Один набор карт выдаётся больному, другой набор карт выдаётся опекуну и просим выбрать в один столб карты с самыми важными потребностями, в другой столб - карты с возможно важными нуждами и в третий столб - карты с ненужными потребностями. Результаты были проанализированы и проведены сравнения самых важных, важных и ненужных потребностей больного и опекунов.

Результаты исследования

Паллиативные пациенты и их опекуны играли в карты «Go wish». Когда они открыли 10 карт с самыми важными пожеланиями для 92,5% пациентов и 85% опекунов жизнь без физических страданий, 87,5% - 70% жизнь без боли, 85% - 65% - быть дома вместе со своими семьями, 70% - 70% - иметь хорошего врача и медсестру, 77,5% - 65% - иметь возможность есть и пить, 70% - 25% - не быть обузой для других, 75% - 45% - иметь способность к самообслуживанию, 60-60 - быть без психологических страданий, 60% - 50% - быть в сознании, 55% - смерть дома оказались самыми важными пожеланиями пациента и опекунов. Мы сравнили пожелания, которые не были важны для пациентов и опекунов. Для 87,5% пациентов и 55% опекунов подготовка к похоронам, 60% - 12,5% - смерть в больнице, 57,5% - 20% - доступ к адвокату, 50% - 20% - реанимационные меры, 60% - 60% - исповедь, 50% - 55% - встреча с религиозными представителями, 45% - 50% - благотворительная деятельность, 47,5% - 52,5% - молитва, оказались вообще ненужными потребностями.

Заключение

Для паллиативных больных самыми важными пожеланиями оказались жизнь без физических страданий, особенно без боли, смерть у себя дома, пребывание с семьей, возможность самообслуживания, не быть обузой для других. Подготовка к похоронам, смерть в больнице, реанимационные меры, религиозные церемонии и благотворительная деятельность являлись совсем ненужными для большинства больных и опекунов.

Ключевые слова: паллиативная помощь, качество жизни, пожелания, потребности, карты

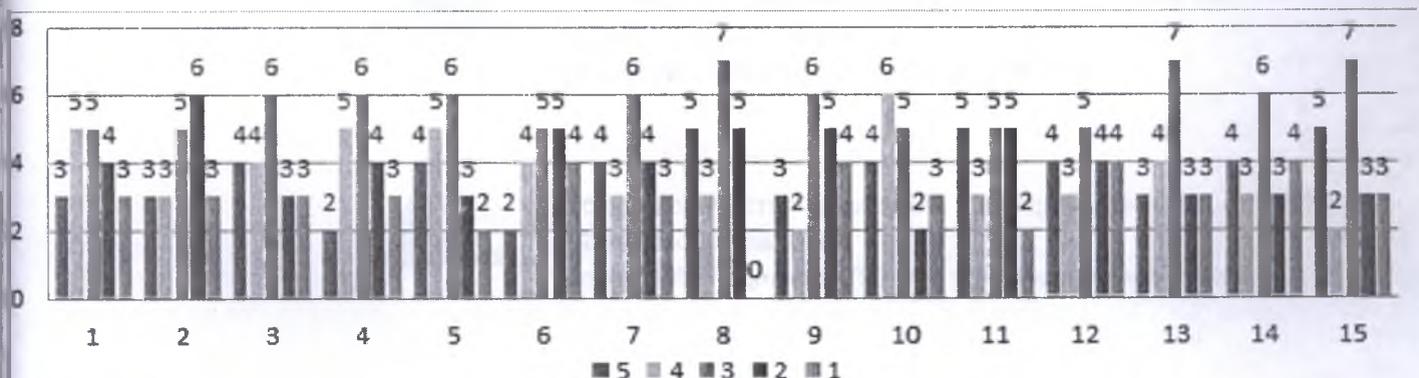
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОГО УХОДА В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Цай Е.М., Уразова С.Н., Аталыкова Г.Т., Сапарова Л.Т.

Кафедра «Общей врачебной практики №2» АО «МУА»,
Астана, Республика Казахстан

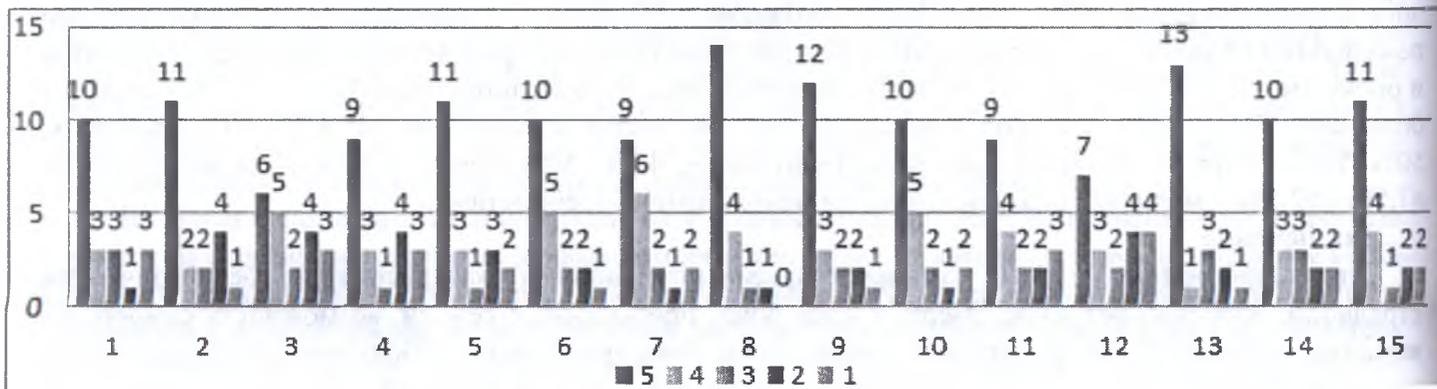
В структуре жалоб, рассматриваемых Министерством здравоохранения Республики Казахстан, на 4 месте стоит плохая коммуникация между медицинскими работниками и пациентами. В связи с этим Министерством здравоохранения в рамках дорожной карты по реализации проекта «Модернизация медицинского образования» на 2016-2019 гг., был разработан проект единой модульной программы повышения квалификации кадров здравоохранения по пациент-центрированному уходу (ПЦУ). В г. Астана в пилотном проекте приняли участие врачи семейно-врачебной амбулатории «Ниет», городской поликлиники №10, общей численностью 10 человек. Среди пациентов, которые наблюдались у этих врачей, проводилось предварительное анонимное анкетирование. На рисунке 1 представлены данные анализа анкетных данных до начала курса повышения квалификации.

Рис.1



По данным предварительного анкетирования баллы, выставляемые врачам за коммуникацию, были не высокими (рис.1). В ходе обучения использовались такие методы, как рефлексивный дневник, рефлексивный отчёт, оценка видеозаписей взаимодействия врач-пациент по критериям чек-листа, умение работать в команде, сообщение плохих новостей. После окончания курса было проведено отсроченное анкетирование пациентов через 3 месяца.

Рис.2



На рисунке 2 данные анализа анкетных данных после окончания курса. После прохождения цикла врачи освоили навыки, которые начали применять в своей практике. Используя навыки эмпатии, рефлексивного слушания, а также активного вовлечения пациента в принятие решений позволило добиться приверженности к терапии, помогло улучшению взаимоотношений между врачом и пациентом, что наглядно показано на рисунке 2. Анализ анкет показал большую удовлетворенность пациентов коммуникативными навыками врача, что отразилось на увеличении баллов.

Таким образом, внедрение ПЦУ в работу семейного врача позволяет эффективно и качественно оказывать медицинские услуги. Положительные отклики пациентов, говорят о необходимости развития и дальнейшего внедрения в работу врачей общей практики курса повышения квалификации по ПЦУ.



АЭРТАЛ®

ацеклофенак

Новое поколение

НПВП



ПЕРЕНОСИМОСТЬ

Аэртал обладает прекрасной ЖКТ-переносимостью из-за незначительного угнетения простагландинов слизистой желудка



ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Аэртал достигает высокой эффективности благодаря своему многофакторному механизму действия на целый ряд медиаторов воспаления
Оказывает хондропротективное действие



КОМФОРТНОСТЬ

Общее количество пациентов, прошедших лечение, составило 66 миллионов за 10 лет
Более 90% пациентов (93,5%) дали позитивную оценку препарату



ГЕДЕОН РИХТЕР

Инструкция по применению для специалистов

Название лекарственного средства

АЭРТАЛ таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг
AIRTAL

МНН: ацеклофенак (aceclofenac)

Фармакологические свойства

Ацеклофенак представляет собой нестероидный препарат, обладающий противовоспалительным и анальгетическим действием. В основе механизма действия препарата лежит подавление синтеза простагландинов.

Ацеклофенак быстро всасывается после перорального применения, биодоступность препарата составляет 100%. Пиковые концентрации в плазме достигаются через 1,25 - 3 часа после приема. Прием пищи увеличивает время достижения T_{max}, при этом не оказывает влияния на степень всасывания. Связывание с белками плазмы крови составляет более 99,7%. Ацеклофенак проникает в синовиальную жидкость, где его концентрация составляет приблизительно 60% от концентрации в плазме крови. Среднее время полувыведения составляет 4-4,3 часа. Примерно 2/3 дозы выводится с мочой в виде связанных гидроксиметаболитов. 1% однократной пероральной дозы выводится в неизменном виде.

У пожилых не наблюдалось изменения фармакокинетических свойств ацеклофенака.

Показания к применению

- Симптоматическая терапия боли и воспаления при остеоартрите, ревматоидном артрите и болезни Бехтерева, а также других заболеваний опорно-двигательного аппарата, сопровождающихся болью (например, плечелопаточный периартрит, люмбаго или внесуставной ревматизм)
- В качестве анальгетика – при состояниях, сопровождающихся болью (включая боль в поясничном отделе, зубную боль и первичную дисменорею)

Противопоказания

Ацеклофенак противопоказан следующим категориям пациентов:

- пациентам, ранее имевшим гиперчувствительность к ацеклофенаку или к любому из вспомогательных компонентов препарата;
- пациентам, у которых препараты с аналогичным действием (например, ацетилсалицилаты и другие НПВП) вызывают приступы бронхиальной астмы, бронхоспазм, острый ринит или крапивницу, а также пациентам, у которых наблюдается гиперчувствительность к этим препаратам;
- пациентам с активной или подозреваемой язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, с желудочно-кишечными кровотечениями или другими активными кровотечениями или заболеваниями, связанными с кровотечениями;
- пациентам с тяжелой сердечной недостаточностью или тяжелыми нарушениями функции печени или почек;
- в последние три месяца беременности;
- в детском возрасте.

Способ применения и дозы

Аэртал в форме таблеток, покрытых пленочной оболочкой, предназначен для приема внутрь.

Препарат следует принимать, запивая минимум ½ стакана жидкости. Аэртал можно принимать с пищей.

Взрослые:

Максимальная рекомендованная дозировка составляет 200 мг в день в два приема по 100 мг (одна таблетка – утром и одна – вечером)

Пожилые:

Как правило, требуется снижение дозировки, однако следует ознакомиться с особыми указаниями и мерами предосторожности при применении препарата.

Печеночная недостаточность:

У пациентов с легкой или умеренной недостаточностью следует снизить дозу ацеклофенака. Рекомендованная начальная дозировка составляет 100 мг в день.

Почечная недостаточность:

Отсутствует информация о том, что пациентам с легкой почечной недостаточностью необходима коррекция дозы ацеклофенака, однако у данной категории пациентов следует соблюдать осторожность при применении препарата.

Побочное действие

Самыми частыми побочными действиями были реакции со стороны желудочно-кишечного тракта (диспепсия 7,5%, боль в животе 6,2%, тошнота 1,5% и диарея 1,5%), в отдельных случаях возникало головокружение. Также возможны реакции со стороны кожных покровов, включая зуд и сыпь, а также отклонение от нормы печеночных ферментов. Клинические исследования и эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что применение некоторых НПВП (особенно в высоких дозах при длительном применении) может приводить к повышению риска развития артериальных тромботических нарушений (например, к инфаркту миокарда или инсульту). Очень редко (менее 1/10000): нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей – интерстициальный нефрит.

Особые указания и меры предосторожности

Нежелательные реакции можно свести к минимуму за счет максимально короткого курса терапии, направленного на достижение контроля над симптомами.

У пациентов с неконтролируемой гипертонической болезнью, застойной сердечной недостаточностью, подтвержденной ишемической болезнью сердца, болезнью периферических артерий и/или инсультом ацеклофенак можно применять только после тщательного анализа состояния пациента. Также следует внимательно оценить возможность более длительного применения препарата у пациентов с факторами риска инсульта (например, гипертония, гиперлипидемия, сахарный диабет, курение).

У больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, язвой желудка, цереброваскулярными кровотечениями, язвенным колитом, болезнью Крона, СКВ, порфирией, расстройствами гемопоэза и свертываемости крови ацеклофенак следует применять с осторожностью и под строгим медицинским контролем.

У пациентов с легким или умеренным нарушением функции печени или почек, а также у пациентов с другими состояниями, предрасполагающими к задержке жидкости, следует применять меры предосторожности, т.к. НПВП могут привести к снижению функции почек и задержке жидкости. Также следует соблюдать осторожность у пациентов, которым проводится терапия диуретиками или находящихся в группе риска с точки зрения гиповолемии.

Следует с осторожностью подходить к терапии пожилых пациентов, более подверженных побочным реакциям. Последствия у таких пациентов, например, желудочно-кишечные кровотечения и/или перфорация, зачастую являются более тяжелыми и могут произойти без предварительных симптомов и при неотягощенном анамнезе в любой момент во время терапии. У пожилых пациентов выше вероятность нарушения функции почек, печени, сердца и сосудов.

За всеми пациентами, принимающими НПВС в течение длительного времени, необходимо наблюдать в качестве меры предосторожности (например, регулярное отслеживание показателей крови, функции почек и печени).

Форма выпуска

10 таблеток, покрытых пленочной оболочкой, в блистере из ПА/Ал/ПВХ-пленки и фольги алюминиевой.

2 и 6 блистеров в картонной коробке с приложенной инструкцией по применению.

Условия хранения

Хранить при температуре от +15°C до +25°C.

СТАТЬИ

ОЦЕНКА ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ НА ПМСП

Жапаров К.А., Кудиева А.И., Барынбаева А.А.

Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызская Республика

Резюме: в работе представлены результаты комплексного изучения причин смертности населения, зарегистрированных в зоне обслуживания первичного звена. Предприняты попытки научного обоснования значения некоторых классов заболеваний в возникновении смертности. Также дана оценка роли возраста и пола на показатели смертности. Изучены меры, проводимые на первичном уровне, которые способствовали бы предотвращению и снижению показателей смертности.

Ключевые слова: смертность, фактор риска, первичное звено, перинатальная смертность, младенческая смертность, плацентарная недостаточность, трудоспособный возраст, болезни органов кровообращения, новообразования.

ASSESSMENT OF THE MORTALITY CAUSES REGISTERED AT THE PRIMARY HEALTHCARE LEVEL

Zhaparov K.A., Kudieva A.I., Barinbaeva A.A.

Osh State University, Osh, Kyrgyz Republic

Summary: in work results of complex studying of the reasons of mortality of the population registered on a zone of service of primary link are presented. Attempts of scientific justification of value of some classes of diseases in mortality emergence are made. The assessment of a role of age and a floor on mortality indicators is also given. The measures which are carried out at primary level which would promote prevention and decrease in indicators of mortality are studied.

Keywords: mortality, risk factor, primary care, perinatal mortality, infantile mortality, placental insufficiency, working-age, diseases of bodies of blood circulation, new growth.

Актуальность темы. Общественное здоровье динамично изучается в нескольких направлениях с использованием различных критериев, которые в основном предназначены для объективной характеристики изменений общественного здоровья и успешно применяются для планирования ресурсов и координации деятельности системы охраны здоровья населения [1]. Ранговое место причин, ухудшающих состояние общественного здоровья, изменчиво, причем их роль в формировании заболеваемости, смертности и инвалидности на разных территориях не одинакова [2].

Смертность – это процесс вымирания поколения, складывающийся из множества единичных смертей, наступающих в разных возрастах и определяющих в своей совокупности порядок вымирания поколения. Известно, что на показатели смертности населения влияет значительное число факторов, включая социально-экономиче-

ские, экологические, образ жизни, генетические, а также состояние оказания медицинской помощи населению [3]. Причем согласно данным последних исследований в России все большую значимость с точки зрения предотвратимости летальных исходов имеет последний фактор, т.е. состояние организации и качество медицинской помощи [4].

Данные многочисленных исследований [5] свидетельствуют о значительных дефектах в оказании помощи больным при разных заболеваниях и на различных этапах лечения. В то же время лишь единичные работы, посвящены изучению качества прижизненного ведения пациентов на этапе, предшествующем развитию летального исхода [6, 7].

Цель исследования: на основании комплексного изучения причин смертности населения, зарегистрированных в зоне обслуживания первичного звена, определить значения неко-

торых классов заболеваний в возникновении смертности. А также оценить роли возраста и пола на показатели смертности. Изучить меры, проводимые на первичном уровне, которые способствовали бы предотвращению и снижению показателей смертности.

Задачи исследования.

1. Проанализировать классы заболеваний, которые являются основными причинами смертности в зоне обслуживания первичного звена. Определить основные факторы, ухудшающие показатели смертности.

2. Изучить в динамике показатели смертности населения (в целом, а также с учетом пола, возраста).

3. Изучить уровень, динамику, структуру и тенденции причин смертности.

4. Изучены меры, проводимые на первичном уровне, которые способствовали бы предотвращению и снижению показателей смертности.

5. Разработать систему мероприятий по снижению смертности населения.

Материалы для исследования получены из отчетной формы №12-здрав по учету умерших на территории обслуживания.

Таблица 1. Причины смертности (%).

Классы причин смерти	2013	2014	2015
Инфекционные болезни	6,45	1,26	3,94
Новообразования	10,7	24,05	15,78
Болезни эндокринной системы	0	0	2,63
Психические расстройства	1,07	0	0
Болезни системы кровообращения	52,6	59,4	57,8
Болезни органов дыхания	3,2	1,26	2,63
Болезни системы пищеварения	4,3	3,79	3,94
Болезни мочеполовой системы	1,07	2,53	1,31
Перинатальные состояния	9,6	5,06	6,57
Врожденные аномалии развития	2,15	1,26	2,63
Травмы, отравления	7,52	1,26	2,63
Болезни крови	1,07	0	0

Согласно данным табл.1, основной причиной смертности в последние годы являются патологии системы кровообращения ($57,8\% \pm 5,6$). Болезни сердечно-сосудистой системы являются главной причиной утраты здоровья в большинстве развитых стран мира. Для Кыргызстана заболевания сердечно-сосудистой системы также является крайне актуальной проблемой, поскольку является причиной более половины случаев инвалидности и смертности взрослого населения. Более того, в республике смертность от болезней системы кровообращения поражает в среднем более молодое население, что ведет к дополнительным потерям. В ходе изучения данной проблемы специалистами названы основные причины такой картины: стрессовый фактор, малоподвижный образ жизни, курение и халатное отношение к своему здоровью. Люди трудоспо-

собного возраста, особенно мужчины, плохо обращаются за медицинской помощью в первичное звено здравоохранения из-за игнорирования легких недомоганий, мелких проблем здоровья. И в результате этого растет число случаев смерти людей, у которых диагноз заболевания устанавливается посмертно. Необходимо отметить основную роль первичного звена системы здравоохранения, которое должно выполнять основные функции по профилактике и раннему выявлению сердечнососудистой патологии, проведение пропагандистской работы с целью повышения информированности населения, в первую очередь в вопросах факторов риска болезней системы кровообращения.

На втором месте по частоте причин смертности стоит – злокачественные новообразования ($15,8\% \pm 4,1$). Специалистами в ходе изучения

данной тематики названы следующие причинные факторы: нарушение окружающей среды, вредное воздействие наружных факторов, изменения биогенной и социально-психологической среды, внутреннего баланса организма (нейро-эндокринные, иммунные, генетические нарушения). Раннее выявление и лечение злокачественных новообразований обеспечивает в 75% длительный клинический эффект. Поэтому на первичном уровне необходимо эффективно использовать технологию раннего выявления рака: методика опроса, осмотра, алгоритм обследования пациентов, формирование группы ракового риска для диспансерного наблюдения у врачей разных специальностей.

Основной причиной детской смертности и инвалидности являются состояния, возникающие в перинатальном периоде. Факторы, определяющие данное состояние: внутриматочная гипоксия плода, внутриутробное инфицирование, недоношенность, родовой травматизм, респираторный дистресс-синдром и плохое состояние здоровья беременных. Перинатальный период считается стартовым уровнем начала всей последующей жизни ребенка. С учетом этого необходимо в первую очередь устранить факторы приводящие к плацентарной недостаточности, который является основной причиной перинатальной смертности, путем строго соблюдения алгоритмов и стандартов интенсивного обследования, наблюдения и ведения беременных.

Смертность от травм и отравлений в Кыргызстане характеризуется высоким уровнем, особенно в сравнении с соседними странами. Основные причины смерти данной категории составляют 3 группы - дорожно-транспортная, совокупная насильственная и совокупная алкогольная. Но как показывает практика, реальный уровень травматической смертности занижен за счет недоучета насильственного и дорожно-транспортного компонента.

Одной из основных причин смертности детской части населения являются врожденные аномалии развития. Смертность в более 50% случаях наступала в возрасте до 1 года. В нашем случае причиной смертности считались множественные пороки и врожденные пороки сердца. Также выявлено, что мальчики умирали чаще чем девочки. При анализе данного раздела выяснено, что страдает 100% охват беременных, ран-

няя ультразвуковая и лабораторная диагностика врожденных пороков, наблюдение семей, имеющих детей с врожденными пороками развития.

За исследуемые года инфекционные и паразитарные заболевания в структуре смертности периодически имели существенную роль – от 1,26% до 6,45%. Здесь сыграли свою роль такие заболевания, как острые респираторные вирусные инфекции, грипп, острые кишечные инфекции, туберкулез и эхинококкоз. Группой риска для острых респираторных и кишечных инфекций оказались дети до 1 года и пожилые люди, население трудоспособного возраста часто умирали от туберкулеза.

В нашем случае из заболеваний органов пищеварения цирроз печени составил от 3,79% до 4,3% причиной смертности. Здесь трудно разделить алкогольную и вирусную составляющую цирроза печени так, как факт злоупотребления алкоголем по разным причинам установить трудно.

Смертность от болезней органов дыхания составило от 1,26% до 3,2%. Страдали в основном дети младших возрастных групп от пневмонии, острых респираторных вирусных инфекций и люди пожилого возраста старше 60-70 лет от своевременно не леченных бронхолегочных заболеваний.

Наряду с другими патологиями в структуре причин смертности имеют место и некоторые другие заболевания. Болезни мочеполовой системы имели место от 1,07% до 2,53% случаях, болезни эндокринной системы от 0 до 2,63%, психические состояния и болезни крови по 1,07%.

Как наглядно показывает диаграмма №1, основное население умирает в трудоспособном и пожилом возрасте. Согласно данным регистрации умерших на зоне первичного звена, весь спектр отрицательного воздействия эндогенных и экзогенных факторов отражается на смертности взрослого населения. За исследуемый период этот показатель колебался от $86,02\% \pm 3,5$ до $93,7\% \pm 2,7$. Основными причинами смертности у взрослых являлись болезни органов кровообращения ($59,4\% \pm 5,5$), новообразования ($24,05\% \pm 4,8$), травмы и отравления ($7,52\% \pm 2,7$). Актуальной остается перинатальная и младенческая смертность. Критическим периодом считается возраст от 0 до 1 года, что в основном связано с плацентарной недостаточностью.

Диаграмма 1. Распределение смертности по возрастам.

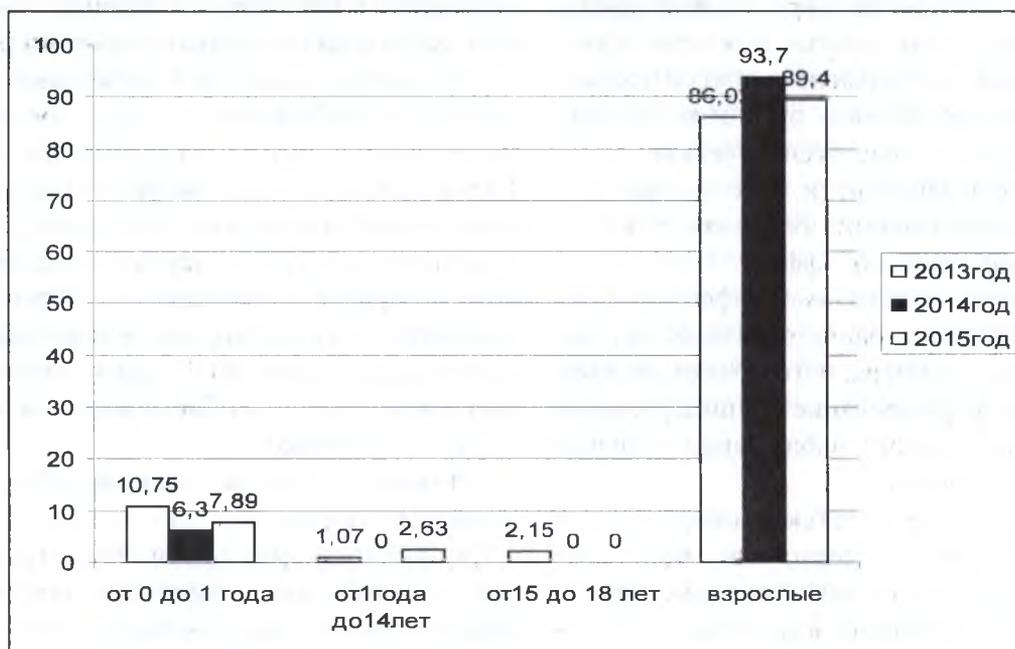
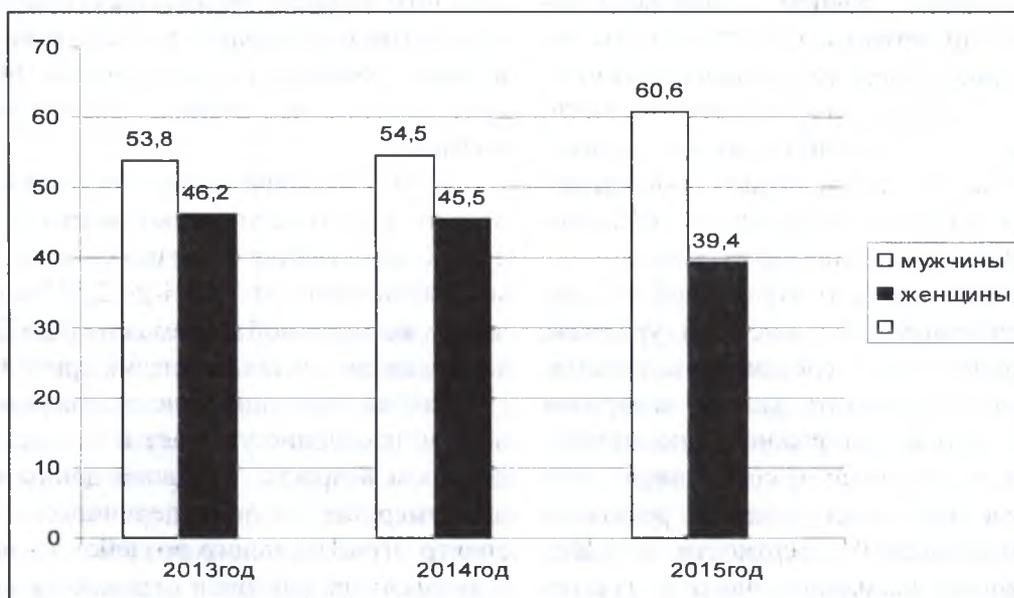


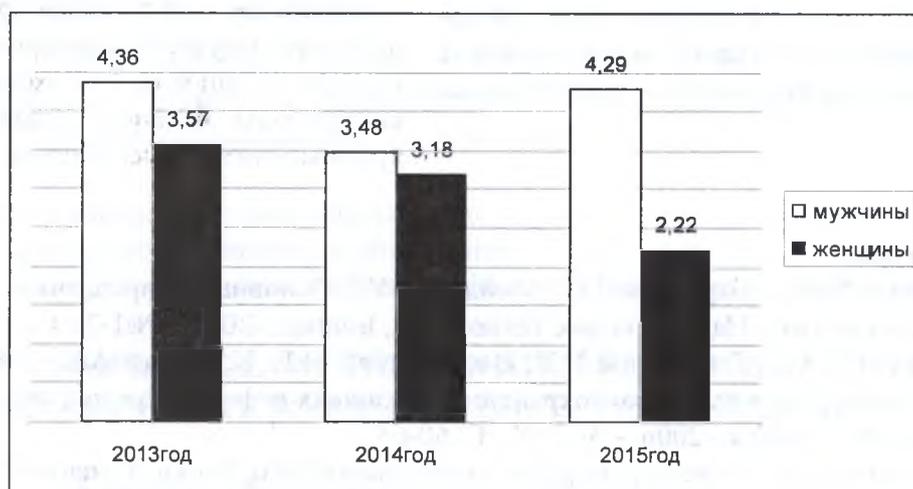
Диаграмма 2. Распределение смертности по полу (%).



Неизменным остается высокая смертность среди мужчин трудоспособного возраста в последнее время. Болезни органов кровообращения и травмы, отравления являлись основной причиной смертности у мужчин, а новообразования у

женщин. Как видно из диаграммы 3, при общих показателях смертности за исследуемый период от 3,14 ‰ до 3,96 ‰, показатель смертности у мужчин по сравнению с женщинами достаточно высокий

Диаграмма 3. Показатели смертности (%)



Младенческая смертность считается основным индикатором, указывающим на уровень социально-экономического и культурного развития страны. Поэтому данный показатель смертности интересует не только врачей и организаторов здравоохранения, но и социологов и демографов тоже. Показатели младенческой смертности составив 16,2 в 2013 году, снизились до 7,55 в 2014, и 8,58 в 2015 году. Основными причинами младенческой смертности являлись патологии внутриутробного и перинатального периода. Сказывается ухудшение общего состояния здоровья беременных женщин за счет увеличения количества экстрагенитальных патологий и осложнений беременности. А также растет число новорожденных с множественными врожденными пороками развития.

На основании проведенного анализа мы считаем возможным рекомендовать следующие мероприятия.

1. Основная роль первичного звена системы здравоохранения должна заключаться в профилактике и раннем выявлении сердечнососудистой патологии, проведении образовательных программ с целью повышения информированности населения, в первую очередь в вопросах факторов риска болезней системы кровообращения.

2. На первичном уровне необходимо эффективно использовать технологию раннего выявления рака: методики опроса, осмотра, алгоритм обследования пациентов, формирование групп риска для диспансерного наблюдения у врачей разных специальностей.

3. Борьба с плацентарной недостаточностью, которая является основной причиной перинатальной смертности, путем строго соблюдения алгоритмов и стандартов интенсивного обследования, наблюдения и ведения беременных. Необходимы 100% охват беременных, ранняя ультразвуковая и лабораторная диагностика врожденных пороков, наблюдение семей, имеющих детей с врожденными пороками развития.

Выводы:

1. Основными причинами смертности, зарегистрированными в зоне обслуживания первичного звена, являлись в первую очередь болезни системы кровообращения (52,6-59,4%±5,5), а затем новообразования (10,7-24,05%±4,8). Основные причины такой картины: стрессовый фактор, малоподвижный образ жизни, курение и халатное отношение к своему здоровью, а также нарушение окружающей среды, вредное воздействие наружных факторов, изменения биогенной и социально-психологической среды, внутреннего баланса организма (нейроэндокринные, иммунные, генетические нарушения).

2. Высокими остаются показатели младенческой смертности (7,55-16,2%±3,8). Причинами данной ситуации назывались патологии внутриутробного и перинатального периода. Сказывается ухудшение общего состояния здоровья беременных женщин за счет увеличения количества экстрагенитальных патологий и осложнений беременности. А также растет число новорожденных с множественными врожденными пороками развития.

3. Смертность среди мужчин выше по сравнению с женщинами. У мужчин основное место среди причин смертности занимают болезни органов кровообращения, травмы и отравления, а у женщин кроме перечисленных - новообразования.

4. Основные факторы риска у мужчин – гиподинамия, курение, алкоголизм, у женщин - нарушение окружающей среды, вредное воздействие наружных факторов, изменения биогенной и социально-психологической среды, внутреннего баланса организма (нейроэндокринные, иммунные, генетические нарушения).

Литература:

1. Каратаев М.М. Абдраимов Т.С., Мойдинов У.Р. Основные направления улучшения системы контроля качества // Наука и новые технологии, Бишкек.-2009. - №1-2.- С. 212-214
2. Каратаев М.М., Токтоматов Н.Т., Василевский М.Г., Кожалиев А.К. // Анализ эффективности управления ресурсами здравоохранения в условиях реформирования отрасли.- Экономика здравоохранения, Москва.- 2006. - № 3-4. – С. 60-65
3. Айрапетян А.К. Изучение смертности населения Республики Армения и ее социально-гигиеническая оценка: Автореф. дисс. докт. мед. наук: 14.00.17. Ереван, 2001. - 39с.
4. Какорина Е.П., Роговина А.Г. Некоторые аспекты деятельности патологоанатомической службы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. - № 1.- с. 40-42.
5. Кучеренко В.З., Татарников М.А., Шамшурина Н.П. Основные направления реформирования Российского здравоохранения на современном этапе // Экономика здравоохранения. 2005. - №8 (96). - с.11-19.
6. Петрова Н.Г. Смертность как показатель здоровья населения и критерий качества медицинской помощи: Автореф. дисс. докт. мед. наук: 14.00.33: 14.00.15. Спб., 2000. - 38с.
7. Мурзабекова М.М. Смертность и средняя продолжительность предстоящей жизни населения Санкт-Петербурга: Автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.33. Спб., 2004. - 18с.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ КБС К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Урумбаев Р.К.¹, Сабилов И.С.¹, Рысмазова Ф.Т.²

¹ Кыргызско-Российский Славянский Университет имени Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан

² Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан

Резюме. Проведен анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных коронарной болезнью сердца и возможности влияния на них.

Ключевые слова: приверженность, коронарная болезнь сердца, психоэмоциональный статус.

ANALYSIS OF COMPLIANCE FACTORS ON ADHERENCE OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE TO LONG-TERM TREATMENT

Urumbaev R.K.¹, Sabirov I.S.¹, Rysmatova F.T.²

¹ Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyzstan

² Osh State University, Osh, Kyrgyzstan

Summary. An analysis of the factors determining adherence to the treatment of patients with coronary disease and the possibility of influencing them was carried out.

Key words: adherence, coronary heart disease, psychoemotional status.

В последние годы на фоне значительного расширения возможностей эффективной медикаментозной терапии основных сердечно - сосудистых заболеваний, не происходит сколько - нибудь значительного снижения смертности. Одной из причин данной ситуации является низкая приверженность к лечению больных. Приверженность к лечению по определению – это степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни рекомендациям врача или медицинского работника [1,2,3]. Анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных КБС, является актуальным в нынешних условиях для Кыргызстана, когда профилактика особо значимых сердечно - сосудистых заболеваний становится приоритетной для нашего здравоохранения.

Цель исследования: анализ факторов, определяющих приверженность к лечению больных КБС и возможность влияния на них.

Для решения данного вопроса были поставлены следующие задачи:

1. Оценка психоэмоционального статуса и приверженности к лечению пациентов, с помощью доступного и простого метода - теста Мориски Грина, состоящего из 4 вопросов, при одномоментном, скрининговом опросе до начала лечения;

2. Оценка динамики психоэмоционального статуса и приверженности к лечению на фоне проводимой медикаментозной терапии.

Материал и методы.

Исследование состояло из 2-х частей: это одномоментное анкетирование больных КБС, пришедших на прием в «Амбулаторно-диагностическое отделение» НЦКТ, а затем, после согласования с больным, включение в программу длительного наблюдения с повторным обследованием и анкетированием.

Для анализа были выделены две возрастные группы: 1 группа - моложе 55 лет и 2 группа - старше 55 лет (таблица 1). Таким образом 1 группу составили 17 человек (средний возраст 40,9 + 2,8 лет), 2 группу – 33 человека (средний возраст 63,7+ 6,1 лет).

Таблица 1.

Характеристика опрошенных пациентов при одномоментном скрининговом обследовании

Показатели	I группа (< 55 лет)		Всего	II группа (> 56 лет)		Всего	Итого
	Муж	Жен		Муж	Жен		
Количество пациентов	6	11	17	13	20	33	50
Средний возраст	43,7±0,6	39,5±0,3	41,5±0,5	62,3±1,7	64,7±1,9	63,5±1,8	52,6±1,2
Количество посещений врача за год	3,2±0,3	2,3±0,2	2,8±0,3	4,1±0,4	3,4±0,2	3,3±0,3	3,1±0,3
Количество назначаемых препаратов	4,3±1,7	4,1±1,5	4,2±1,6	5,4±1,9	4,4±1,8	4,9±1,9	4,6±1,8
Реальное количество принимаемых препаратов	3,0±1,3	2,8±1,2	2,9±1,3	3,9±1,7	2,9±1,2	3,4±1,5	3,2±1,4

В качестве основного инструмента исследования мы использовали анкетирование с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии»- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) и специального опросника для оценки приверженности к лечению – теста Мориски Грина.

Госпитальная шкала HADS состоит из двух подшкал – 1-я «Тревоги» (Т) и 2-я «Депрессии» (Д). Оценка проводится по бальной системе – суммарный балл по каждой из подшкал равной 6-9 баллов указывает на субклинические проявления Т/Д; 10 баллов и более - клинически значимые проявления.

Тест Мориски Грина состоит из 4 вопросов: 1. Забывали ли Вы когда-нибудь принять препарат? 2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? 3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? и 4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? При этом на каждый вопрос имеется только 2 варианта ответа – «Да» и «Нет». При анализе результатов использована система подсчета баллов – если «Да» это 0 баллов, если «Нет» – 1 балл; таким образом: 0-1 балл соответствует «высокой приверженности к лечению», 2 – 4 балла – «низкой».

Одномоментное анкетирование было проведено у 50 больных КБС (18 мужчин и 32 женщины); в возрасте от 23 до 87 лет (52,7+ 8,9 лет).

Результаты и обсуждение

Анализ полученных ответов выявил низкую приверженность к лечению у подавляющего большинства опрошенных - в 1 группе 88,2%; во 2 группе – 60%, при этом и сумма баллов в 1 группе (2,5+ 0,5) был выше, чем во 2 (1,6+ 0,2).

Одной из причин низкой приверженности больных к лечению является полипрагмазия в назначении лекарственных средств. В нашем случае - в 1 группе (моложе 55 лет) больных 4 и более препаратов были назначены 47% больным, а выполняли назначения врача 41%; во 2 группе (старше 56 лет)

В таблицах 2 и 3 представлены результаты анализа психоэмоционального статуса больных по результатам анкетирования с помощью госпитальной шкалы HADS.

Оценка психического статуса среди пациентов этой группы показала высокую распространенность тревожно – депрессивных расстройств. Тревожные состояния наблюдались у 45 (72,6%) больных КБС; депрессивные расстройства – у 41 (66,1%). В основном это пациенты моложе 55 лет. У них тревога встречалась в 31 (68,9%), депрессия в 29 (70,7%) случаях; в группе больных старше 55 лет в 14 (31,1%) и в 12 (29,3%) случаях, соответственно. При этом клинически значимые проявления шкалы Т/Д в целом по группе определялись у 22 (35,5%) и у 20 (32,3%) обследованных, соответственно; субклинически значимые проявления у 23 (37,1%) и у 20 (32,2%).

5. СТАТЬИ

Нами показано, что у больных моложе 55 лет чаще преобладали позитивные факторы комплайнса, отражающие меньшую степень склонности к самолечению (28,6%), достаточ-

ный уровень адаптированности (52,4%) и медико-социальной коммуникативности (57,2%), нейтральным отношением к режиму, а также результативности проводимой терапии.

Таблица 2

Данные анализа Госпитальной шкалы тревоги

Показатели		Тревога - Т (n = 45)							
1.	Возрастной диапазон	≤ 55 лет				> 55 лет			
	Кол-во (абс./%)	31 (68,9%)				14 (31,1%)			
2.	Пол	Муж.		Жен.		Муж.		Жен.	
	Кол-во (абс./%)	25 (80,6%)		6 (19,4%)		9 (64,3%)		5 (35,7%)	
3.	Уровень проявления	Клин. знач.	Суб клин. знач.	Клин. знач.	Суб клин. знач.	Клин. знач.	Суб клин. знач.	Клин. знач.	Суб-клин. знач.
	Кол-во (абс./%)	10 (40%)	15 (60%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	3 (60%)	2 (40%)
4.	Ср. сумма баллов по шкале:								
	Клинический	12,3 + 0,5				12,5 + 1,1			
	Субклинический	7,9 + 0,2				7,5 + 0,5			

Ведущими причинами снижения приверженности к лечению у больных, более старшего возраста, можно отнести склонность к самолече-

нию (почти 60% больных дали положительный ответ), неудовлетворенность кратностью приема медикаментов в сутки и результативностью терапии.

Таблица 3

Данные анализа Госпитальной шкалы депрессии

Показатели		Депрессия - Д (n = 41)							
1.	Возрастной диапазон	≤ 55 лет				> 55 лет			
	Кол-во в группе (абс./%)	29 (70,7%)				12 (29,3%)			
2.	Пол	Муж.		Жен.		Муж.		Жен.	
	Кол-во (абс./%)	25 (86,2%)		4 (13,8%)		9 (75%)		3 (25%)	
3.	Уровень проявления	Клин. знач.	Суб. клин. знач.	Клин. знач.	Суб. клин. знач.	Клин. знач.	Суб. клин. знач.	Клин. знач.	Суб. клин. знач.
	Кол-во (абс./%)	12 (48%)	13 (52%)	2 (50%)	2 (58%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)
4.	Ср. сумма баллов по шкале:								
	Клинический	12,0 + 0,5				11,5 + 0,5			
	Субклинический	7,3 + 0,2				7,7 + 0,4			

Для дальнейшего исследования были отобраны 38 больных (ср. возраст 47,6+1,1), из которых согласно первичному тестированию приверженность к лечению показали 10 или 26,3% опро-

шенных больных. Они в течение года наблюдались у врача кардиолога. В первые 3 месяца 22 (54,5%) пациента четко выполняли указания врача т.е. приверженность к лечению показали

больше половины взятых под наблюдение; однако уже через 6 месяцев этот показатель значительно снизился и составил 12 человек (30,9%), а к 12 месяцам уже остались 9 человек (23,6%). Таким образом, серьезной проблемой на пути решения вопросов профилактики, включая вторичную, является нежелание пациентов выполнять предписания врачей. Низкая приверженность к лечению расценивается большим числом экспертов как самостоятельный фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а низкая приверженность к лечению при КБС, как фактор риска неблагоприятных исходов и смерти [4,5,6].

Повышению приверженности к лечению может способствовать доверие к терапевтической стратегии врача и достаточная медико-социальная коммуникативность. Становится очевидным тот факт, что достижения современной медицины могут оставаться нереализованными на практике, если между врачом и пациентом не будет сформировано партнерских отношений и истинного сотрудничества. Одной из перспективных форм профилактического консультирования является проведение так называемых школ для пациентов, основанных на информационно-мотивационных технологиях, способствующие повышению приверженности пациентов к лечению. Повышению приверженности к лечению способствуют также и регулярные медицинские осмотры. В нашем исследовании у больных исходно имевших тревожно-депрессивные расстройства и находившихся под диспансерным наблюдением и посещавших врача ежемесячно, психоэмоциональный статус улучшился у 30% мужчин и 36,4% женщин. Результаты анализа, проведенного в зависимости от возраста, были неоднозначными. Среди пациентов с «преждев-

ременным КБС», признаки тревожно-депрессивных расстройств сохранялись у большего числа больных (81%), в сравнении с группой старшей возрастной группы (50%), при этом достоверных различий между мужчинами и женщинами не было.

Таким образом, периодичность врачебных осмотров - важный фактор, определяющий приверженность больных ССЗ к лечению. Частые (ежемесячные и трехмесячные) врачебные осмотры обеспечивают более высокий уровень комплайенса по сравнению с более редкими визитами к врачу (один раз или два раза в год). При этом удается добиться большей эффективности лечения и сохранить их мотивацию на адекватное регулярное лечение даже в отдаленном периоде после прекращения частого активного амбулаторного наблюдения.

Выводы:

1. Тревожные и депрессивные состояния, имеют высокую распространенность у больных с хронической формой КБС. Они являются независимыми факторами риска развития и повторения сердечно-сосудистых катастроф.

2. Также одной из важных проблем современной медицины при реализации профилактических мероприятий является низкая приверженность больных к ним.

3. Повышению приверженности к лечению может способствовать повышение доверия к терапевтической стратегии врача и достаточная медико-социальная информированность, чего можно добиться регулярными медицинскими осмотрами, если между врачом и пациентом будут сформированы партнерские отношения и истинное сотрудничество.

Литература:

1. Погосова Ю.С., Белова А.Н., Рославцева А.Н. Приверженность к лечению артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца – ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – Т. 1, № 6. – С.99_103.
2. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence // Med. Care.–1986.–Vol.2.–P. 67–73.
3. Zigmond A.S, Snaith R.P.Hospital Anxiety Depression Scale. Acta Psychiat. Scand 1983;67:361-70.
4. Погосова Г.В. Депрессия -- новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология 2002, 4: 86 – 91.
5. Краснов В.М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике. РМЖ, 2002; 15 (144): 1187 – 91.
6. Nemeroff C.B., Musselman D.L., Are platelets the link between depression and ischemic heart disease? Am Heart J. 2000; 140: 57 – 62.

КАК НАМ ПРЕОДОЛЕТЬ «СТЕКЛЯННЫЙ ПОТОЛОК»? – ПРОБЛЕМЫ ПМСП г. ОШ И ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

А.А. Шамшиев

*Областной центр семейной медицины Ошской области и г. Ош
Ош, Кыргызстан*

Резюме. Реформирование первичной медико-санитарной помощи Кыргызстана имеет ряд достижений, однако до сих пор остается нерешенным целый ряд важных вопросов. В статье рассмотрены актуальные проблемы первичного уровня здравоохранения, а также предложены способы решения создавшейся ситуации.

Ключевые слова: реформа, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), здравоохранение.

HOW CAN WE OVERCOME THE “GLASS CEILING?” – PROBLEMS OF THE PRIMARY CARE OF OSH CITY AND OSH OBLAST

A.A. Shamshiev

Oblast family medicine center of Osh oblast and Osh city, Osh, Kyrgyzstan

Resume. Reform of the primary care in Kyrgyzstan has achievements however there are still many unsolved important issues that require urgent solution. The article presents important problems of primary care and also proposes solutions for the mentioned problems.

Key words: reform, primary healthcare, healthcare.

Национальная Программа реформы здравоохранения "МАНАС" была разработана Министерством здравоохранения КР при содействии Евро/ВОЗ, с целью развития последовательной политики и стратегии реформы здравоохранения, для того чтобы гарантировать достижение четырех основных политических целей: улучшение здоровья населения; справедливость (равенство); эффективное использование ресурсов здравоохранения; высококачественная медицинская помощь. В результате реализации Национальной программы «Манас» было осуществлено следующее на уровне ПМСП:

1. Проведена реструктуризации постсоветских амбулаторно-поликлинических учреждений с формированием групп семейных врачей (ГСВ) и оснащением ГСВ медицинским оборудованием, инструментарием, компьютерной и оргтехникой, проведением ремонта в помещениях ГСВ за счет средств кредита Всемирного Банка и других донорских организаций;

2. Оказано активное содействие организации и проведению переподготовки участковых врачей и медсестер ГСВ по программе «семейная медицина»;

3. Проведена большая информационно - образовательная работа среди медицинских работ-

ников и населения по вопросам реформы и проведению приписки населения к ГСВ;

4. Разработаны и внедрены новые клинико-информационные системы ГСВ;

5. Разработаны и внедрены новые методы финансирования и оплаты труда ГСВ;

6. Разработаны и внедрены нормативно - методические документы, регулирующие деятельность ФАПов, ГСВ, ЦСМ.

Реформы ПМСП в Кыргызстане, сконцентрированные на семейной медицине, были чрезвычайно успешными и динамично развивались, однако на сегодняшний день достигли «стеклянного потолка», который необходимо преодолеть, ускорив темп реформ в следующих направлениях:

1. Расширение роли ГСВ и объема услуг, предоставляемых ими;

2. Развитие механизмов оплаты и независимости, предоставленной поставщикам ПМСП для введения более гибких контрактов со стимулами по улучшению производительности, качества и предоставления дополнительных услуг ПМСП;

3. Увеличение оплаты труда врачей и медсестер ГСВ, прошедших обучение по семейной медицине и особенно своевременно прошедших

аттестации на присвоение категории по семейной медицине;

4. Дальнейшее уточнение распределения ресурсов с учетом потребностей и равного доступа, поддержка сельских и бедных районов с более высокими медицинскими потребностями;

5. Увеличение внимания доказательной медицине;

6. Изменение механизмов отчетности, подчеркивающих старую трехступенчатую модель и препятствующих единому предоставлению услуг.

Внешне все признают институционализацию семейной медицины в нашей республике. Тем не менее, имеется ряд проблем и нерешенных вопросов, свидетельствующих о ее незавершенности. Если заглянуть во внутрь системы, то, несмотря на то, что тройственная система предоставления услуг на уровне ПМСП консолидирована для предоставления единых услуг всем гражданам, многие семейные врачи не изменили свою практику и продолжают практиковать в качестве узких специалистов (педиатров, терапевтов и акушер-гинекологов). Ожидалось, что на сегодня вместо группы из 3-х врачей будут работать семейные врачи, обслуживающие 1500 человек смешанного населения. Однако, переобучив около 3000 врачей ПМСП за 10 лет, мы так и не добились введения смешанного приема. Мы требуем осуществления смешанного приема от не переобученных по семейной медицине фельдшеров, а от переобученных, сертифицированных врачей добиться этого не можем.

Врач ГСВ и фельдшер ФАПа являются единственными источниками всей восходящей статистической информации по всем заболеваниям, национальным и государственным программам на уровне ПМСП, что обуславливает большую нагрузку на них. Большим бременем для медицинских работников первичного звена являются частые комиссии и проверки, которые отнимают время, а самое главное, требуют предоставления многих отмененных или неутвержденных форм медицинской документации или данных, предоставление которых не входит в функциональные обязанности врачей ГСВ. Врачи ГСВ вынуждены выполнять все требования проверяющих инстанций, во избежание штрафных санкций или других мер наказания. Вне-

дрение программ ведения ИПП, ВИЧ/СПИД, ДОТС, ИБВДВ, онкологии, психиатрии и др. требует осуществления психосоциального консультирования не только с больным, но и с его окружением - родными, друзьями, на что требуется не менее 30-40 минут.

Повышенные требования к медицинским специалистам по работе с населением, предъявляемые национальными и государственными программами, требуют корректировки существующих нормативов обслуживания приписанного населения на участках для медицинских работников, занимающих штатную должность в полном объеме. Необходим пересмотр методологии определения нагрузки на врача ПМСП. На сегодня штаты определяются фондом оплаты труда, и числом приписанного населения, которые не учитывают затрат времени на консультирование. Так, например: по данным Ошского городского статистического комитета, численность населения города Ош составляет 268 000, а фактически проживают около 700 000.

Оплата труда врачей ГСВ учитывает количество приписанного населения (базовая заработная плата), число посещений и исследований (приказ МЗ № 364 от 03.07.06 г.), которые не отражают фактическую нагрузку. Ограниченные стимулы и низкий уровень заработной платы семейных врачей являются двумя основными проблемами, требующими незамедлительного решения. Из-за этого большинство медицинских работников, обученных по семейной медицине покинули или готовы покинуть семейную медицину и систему здравоохранения Кыргызстана в целом при малейшей возможности.

Согласно Постановления правительства № 411 от 06.06.06 г. доплата за выполнение обязанностей временно отсутствующего работника не распространяется, как и на надбавки за сложность, напряженность и качество работы организаций здравоохранения, работающих в системе ЕП. Руководители ЦСМ не заинтересованы в комплектации штата из-за низкой заработной платы с одной стороны и отсутствия физических лиц врачей с другой стороны. С целью удержания врачей и медсестер, начисление КТУ осуществляется за счет незанятых должностей. Даже при наличии вакансии, руководитель может не трудоустроить специалиста для того, чтобы не уменьшить заработной платы и так мало получающего персонала.

Руководства, требующие осмотра новорожденных и более старших детей, беременных женщин, работников и призывников узкими специалистами, используются в качестве аргумента для сохранения узких специалистов на уровне ПМСП. В тоже время, присутствие узких специалистов в ЦСМ создает ряд проблем, включая:

- фрагментированность функции первого контакта на первичном уровне;
- создание потенциального источника неэффективности, заключающегося в том, что узкий специалист, проводя более интенсивное обследование пациентов, создает больше затрат на одну консультацию, без значительного отличия в качестве помощи или результатах здоровья;
- недопущение развития расширенной роли ПМСП не позволяет семейным врачам управлять более сложными случаями в условиях ПМСП;
- происходит дублирование роли стационарных АДО и ЦСМ.

Несмотря на то, что принципы семейной медицины в ПМСП внедрены во всех областях и сейчас охватывают большую часть населения, существует большая несправедливость в доступе к услугам и финансированию. Распределение ресурсов между регионами – несправедливое, с четкими различиями в уровне ресурсов, предоставляемым городским и сельским регионам. Сохраняется неэффективность в распределении ресурсов между уровнями помощи и по видам учреждений. Так, стационарные учреждения все еще продолжают потреблять значительную долю бюджета здравоохранения. Например: всего 20-25% доли бюджета приходится на ПМСМ из всего финансирования здравоохранения Ошской области и города Ош.

Низкий имидж семейного врача или врача ГСВ является ключевой проблемой и состоит в том, что семейным врачам приходится работать больше, чем узким специалистам и врачам стационаров, заниматься чрезмерными административными задачами, не получая соответствующей заработной платы и не получая профессионального признания со стороны коллег и населения. Это так же гасит энтузиазм молодых выпускников для поступления в ординатуру и

узких специалистов для переобучения семейной медицине. Это показали недавние выступления выпускников КГМА, ведущего медицинского ВУЗа страны.

Несмотря на то, что в Кыргызстане внедряется эффективная система ПМСП с акцентом на семейную медицину, не существует стимулов для развития первичного уровня здравоохранения, а возможности первичного уровня ограничены. Впечатляющие достижения в реформировании ПМСП хрупки ввиду систематического сокращения государственного финансирования системы здравоохранения, низких уровней заработной платы, видимого несогласия между лицами, ответственными за выработку политики и медицинскими работниками, и нерациональных темпов разработки нормативно-правовой базы ПМСП.

Для достижения устойчивых положительных сдвигов в области семейной медицины, по нашему мнению, необходимо рассмотреть и решить следующие предложения:

1. Изменить принцип и объем финансирования ПМСП.
2. Пересмотреть нагрузку семейных врачей, так как на них возложена работа, ранее проводимая узкими специальностями - психиатрами, фтизиатрами, онкологами, эпидемиологами и наркологами. Необходимо предусмотреть доплату врачам ГСВ за дополнительную работу и за вредность.
3. Необходимо передать амбулаторные отделения туберкулезных, наркологических, онкологических и психиатрических учреждений поликлиникам со всеми штатами, так как они содержатся за счет населения города Ош.
4. Остановить отток семейных врачей, формируя механизмы мотивации с помощью местной власти (обеспечение доплат за счет местного бюджета, предоставление квартир или другого жилья, земельных участков и др.).
5. В связи с переходом на электронное здравоохранение, пересмотреть принципы формирования приписанного населения и паспортизацию.
6. Улучшить материально-техническую базу организаций ПМСП, в том числе оснащение современным медицинским оборудованием.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Шахнабиева С.М., Сабиров И.С.

Кыргызско-Российский Славянский университет им.Б.Ельцина, Бишкек, Кыргызстан

Резюме: показано состояние здоровья подростков на базе ЦСМ №3 г. Бишкека, на территории которого зарегистрирован 2841 подросток в возрасте 15, 16 и 17 лет (1999г., 2000г., 2001г. рождения). Рассмотрены возможности его улучшения с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Ключевые слова: состояние здоровья подростков, анализ показателей заболеваемости и смертности от социально-обусловленных заболеваний, скрининговое исследование.

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF STATUS OF ADOLESCENT HEALTH IN AMBULATORY PRACTICE

Shahnabieva S.M., Sabirov I.S.

Kyrgyz-Russian Slavic University named after B. Eltsin, Bishkek, Kyrgyzstan

Summary: shows the status of adolescent health on the basis of UCM №3 Bishkek, the territory has been registered in 2841 a teenager aged 15,16 and 17 years (1999, 2000, 2001 yy.) and the possibility of its improvement, taking into account the level of the provision of outpatient care.

Keywords: adolescent health condition, an analysis of morbidity and mortality from socially conditioned diseases, screening study.

Состояние здоровья подростков в условиях реформирования системы здравоохранения приобретает характер первостепенных задач национальной политики, определяет основные тенденции формирования здоровья всего населения страны и его трудовой потенциал в ближайшей перспективе (Т.М.Максимова, 2002, В.Р.Кучма, 2003). Рост показателей заболеваемости, смертности, социально-обусловленных заболеваний подростков - трудового потенциала общества - выводит проблему охраны их здоровья в ранг национальной безопасности.

В целях реализации стратегии ВОЗ «Здоровье для всех в XXI-м веке» международными документами государствам рекомендовано придать надлежащий приоритет медико-социальным потребностям подрастающего поколения, усилить меры профилактики и роль первичного звена здравоохранения в данном направлении. Ситуация требует немедленной разработки и реализации соответствующих комплексных мер государства, обуславливая необходимость подхода к состоянию здоровья детей с позиции риска, акцента на профилактику.

Наблюдающееся в последнее десятилетие ухудшение условий жизни большинства семей, снижение объёма доступной медицинской помощи, нарастание экологического неблагополучия, и ряд других факторов привели к нарушению основ здорового образа жизни и физиологического развития подростков, эпидемиологическому увеличению ряда заболеваний, числа врождённых и хронических заболеваний, росту алкоголизма, наркомании и токсикомании (А.А.Баранов, 1999, 2002; Ю.П.Лисицын, 2001, 2003).

За период обучения в школе число детей с хронической патологией возрастает более чем в полтора раза. Наиболее часто у подростков в условиях выраженного школьного стресса возникают невротические расстройства, нарушения зрения и осанки, отмечается недостаточная прибавка массы тела, рост общей заболеваемости, а также отклонения от нормы артериального давления (А.Г.Ильин и соавт., 1999; Л.М.Сухарева и соавт., 2001); увеличивается число нарушений опорно-двигательного аппарата в полтора - два раза, нервных болезней - в два раза, близорукости - в пять раз, болезней аллергической приро-

ды - в три раза (А.А.Баранов, Л.А.Щеплягина, 2000).

В Кыргызской Республике актуальные вопросы укрепления здоровья детей и подростков, роли семьи стали предметом исследований многих авторов: М.А. Кыдыровой [2001], Р.П. Кобко [2002], Т.М.Сабралиевой [2007], Ф.А.Кочкоровой, Г.Ж. Каракеевой [2012], Р.М. Атамбаева [2016], Н. Мансуркуловой [2016] и других.

Однако до настоящего времени недостаточно исследований, посвященных изучению состояния здоровья подростков, качества лечебно-профилактической помощи подросткам, условиям и факторам, влияющим на состояние здоровья подростков. Нуждаются в совершенствовании методы оценки состояния здоровья подростков. Недостаточно разработаны эффективные целевые программы по профилактике и снижению заболеваемости среди подростков.

Все это свидетельствует о необходимости комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья подростков в целях разработки рекомендаций по формированию здорового образа жизни подростков и укреплению их здоровья.

Цели и задачи исследования.

Основной целью настоящего исследования явилось изучение состояния здоровья подростков и возможности его улучшения с учетом уровня оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Изучение и анализ диспансерного наблюдения подростков путем ретроспективного анализа амбулаторных карт больных, анализа структуры заболеваемости.

2. Изучение заболеваемости среди подростков путем скринингового исследования.

Материалы исследования.

Для выполнения поставленной цели нами было проведено исследование на базе ЦСМ №3 г. Бишкека, на территории которого зарегистрирован 2841 подросток в возрасте 15, 16 и 17 лет (1999г., 2000г., 2001г. рождения). Среди них 1220 девочек (42,9%) и 1621 мальчика (57,1%). На диспансерном учете состояло 239 (8,4%) больных, среди которых проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт. По дизайну исследование было одномоментным (поперечным), скринирующим. В скрининговом исследовании

приняли участие 1133 подростка (отклик составил 39,9%), обучающихся в СШ №18, 27, 33, 35, 46, 75, 78. Всем обследуемым проводился общеклинический осмотр кожи и слизистых оболочек, осмотр полости рта, носа, осмотр мышц спины, стоп, рук, аускультация легких, сердца с измерением АД, ЧСС, ЧД, веса, роста и др. Всем пациентам с выявленными нарушениями аускультативной и/или перкуторной картины сердца было проведено электрокардиографическое, эхокардиографическое исследование. При нарушении аускультативной и/или перкуторной картины легких было проведено рентгенологическое или флюорографическое исследование органов грудной клетки. При подозрении на эндокринные заболевания, заболевания опорно-двигательного аппарата, ЛОР-органов, зрения, мочеполовых органов были проведены консультации узких специалистов: эндокринолог, окулист, ЛОР-врач, хирург, кардиолог, гинеколог в ЦСМ №3. При необходимости, проведено дополнительное исследование для подтверждения предполагаемого диагноза.

Результаты и их обсуждение.

Проведя ретроспективный анализ диспансерных больных (n=239; девочки – 117, юноши – 122) (табл. 1), выявлено, что наибольшая заболеваемость среди юношей с заболеваниями опорно-двигательной (23%), дыхательной (21,3%), и сердечно-сосудистой системам (13,9%). У девушек также преобладают болезни сердечно-сосудистой (21,4%), дыхательной (20,5%) и опорно-двигательной (15,4%) систем. На учете состоит 19 (7,9%) детей-инвалидов. Количество посещений за 2016 год – 1971, из них по болезни – 1835. Из общего числа больных лечение в стационаре проведено у 21 (8,8%) подростка.

При скрининговом исследовании болезни кожи и подкожной клетчатки были выявлены у 45 (3,9%) подростков, среди которых наиболее чаще встречались: герпес на губах – 9 (0,8%), атопический дерматит - 18 (1,6%), грибковое поражение – 13 (1,1%), псориаз - 3 (0,3%), прочие болезни кожи – 2 (0,2%).

Артериальное давление во время осмотра было пониженным (<90, <60) у 203 (17,9%), оптимальным (<120, <80) – у 698(61,6%) подростков, нормальное (<130, <85) – у 176 (15,5%), высокое-нормальное (130-139, 85-89) – у 53 (4,7%), гипертоническая болезнь I степени (140-159, 90-99) – у 3 (0,3%).

Диспансерный учет подростков по ЦСМ №3.

№ п/п	Класс болезней	Абс. число юношей	%	Абс. число девушек	%
1.	заболевания дыхательной системы	26	21,3	24	20,5
2.	заболевания опорно-двигательной системы	28	23,0	18	15,4
3.	заболевания пищеварительной системы	4	3,3	10	8,5
4.	заболевания сердечно-сосудистой системы	17	13,9	25	21,4
5.	заболевания нервной системы	13	10,7	8	6,8
6.	заболевания эндокринной системы	5	4,1	4	3,4
7.	заболевания мочеполовой системы	9	7,4	6	5,1
8.	заболевания органов чувств	15	12,3	14	12,0
9.	заболевания кроветворной системы	3	2,5	7	6,0
10.	заболевания паразитарные	0	0,0	0	0,0
11.	заболевания инфекционные	2	1,6	1	0,9
	Всего	122	100	117	100

Нарушения аускультативной и/или перкуторной картины со стороны легких было выявлено у 213 (18,8%) подростков из 1133, в том числе у 113 мальчиков (53,1%) и 100 девочек (46,9%). Всем пациентам с выявленными нарушениями было проведено рентгенологическое или флюорографическое исследование. У 143 подростков (67,1%) показатели рентгена органов грудной клетки оказались в пределах возрастной нормы, у 3 (1,4%) был диагностирован туберкулез легких, у 56 (26,3%) подростков были явления бронхита, пневмония – у 8 (3,8%), состояние после перелома ребер – у 1 (0,5%), аномалия ребра – у 1 (0,5%), туберкулома правого легкого – у 1 (0,5%). При дополнительном обследовании, в консультации с ЛОР-врачом, были выявлены следующие заболевания дыхательной системы: острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей – 75 (35,2%), аллергический ринит (поллиноз) – 12 (5,6%), хронический фарингит – 7 (3,3%), назофарингит – 15 (7,0%), синусит – 7 (13,1%), хронические болезни миндалин и аденоидов – 28 (%), бронхиальная астма – 3 (1,4%), прочие болезни органов дыхания – 3 (1,4%).

Нарушения аускультативной и/или перкуторной картины со стороны сердца было выявлено

у 54 (4,8%) подростков из 1133, в том числе у 22 мальчиков (40,7%) и 32 девочек (59,3%). Всем пациентам с выявленными нарушениями было проведено эхокардиографическое исследование. У 16 детей (29,6%) показатели Эхо-КГ оказались в пределах возрастной нормы, у 17 (31,5%) был диагностирован пролапс митрального клапана без гемодинамически значимой регургитации, недостаточность митрального клапана у 3 пациентов (5,6% случаев), органическое уплотнение митрального клапана ревматической этиологии выявлено у 5 (9,3%) подростков, дополнительная трабекула в полости левого желудочка – у 5 (9,3%). Диагноз врожденного порока сердца был подтвержден у 8 (0,7%) подростков из 1133, что составляет $7,1 \pm 1,2$ на 1000 обследованных детей. Наиболее распространенными пороками среди обследованных подростков явились вторичный дефект межпредсердной перегородки (37,5%; $2,6 \pm 0,1$), изолированный дефект межжелудочковой перегородки (25%; $1,8 \pm 0,5$ на 1000 обследованных), дефект межпредсердной перегородки по типу открытого овального окна (25%; $1,8 \pm 0,2$ на 1000 обследованных), двустворчатый клапан аорты (12,5%; $0,9 \pm 0,1$). Из 8 пациентов с врожденным пороком сердца только у 3 больных (37,5%) данный диагноз уже был установлен на

момент обследования. При этом 2 больных состояли на диспансерном учете в ЦСМ №3. Оставшимся 5 пациентам (62,5%) диагноз «врожденного порока сердца» был впервые установлен при проведении скринингового исследования.

При обследовании у 184 (16,2%) подростков путем скрининга были выявлены следующие болезни органов пищеварения: болезни полости рта – у (%), слюнных желез – у (%), язва желудка и двенадцатиперстной кишки – у (%), гастрит и дуоденит – у (%), функциональные расстройства желудка – у (%), неинфекционный энтерит и колит – у (%), гепатит – у (%), желчнокаменная болезнь – у (%), холецистит – у (%), холангит – у (%), болезни поджелудочной железы – у (%), прочие болезни органов пищеварения – у (%).

Болезни костно-мышечной системы выявлены у 158 (13,9%) подростков: сколиоз (шейного, грудного, поясничного отделов, S-образный сколиоз) - 83 (7,3%), плоскостопие - 57 (5,0%), ревматоидный артрит – 1 (0,1%), диффузные заболевания соединительной ткани – 5 (0,4%), прочие болезни костно-мышечной системы – 12 (1,1%).

Болезни нервной системы - 112 (9,9%): вегето-сосудистая дистония – 74 (6,5%), эпилепсия – 1 (0,1%), внутричерепное давление – 5 (0,4%), поражения отдельных нервов – 2 (0,2%), прочие нервные расстройства – 30 (2,6%).

Болезни эндокринной системы - 56 (4,9%): эндемический зоб – 13 (1,1%), сахарный диабет – 1 (0,1%), недостаточность питания – 5 (0,4%), отставание в весе и росте – 14 (1,2%), ожирение – 16 (1,4%), прочие болезни эндокринной системы – 7 (0,6%).

Болезни мочеполовой системы - 105 (9,3%): острый, хронический гломерулонефрит – 2 (0,2%), хронический пиелонефрит - 3(0,3%), камни почек и мочеточников – 1 (0,1%), другие воспалительные заболевания женских половых органов – 6 (0,5%), расстройства менструаций – 70 (6,2%), прочие болезни мочеполовой системы – 23 (2,0%).

Выводы:

1. В структуре обращаемости ведущими заболеваниями являются болезни органов дыхания (20,9%); опорно-двигательной системы (19,2%); сердечно-сосудистой системы (17,6%); болезни глаз (12,1%) и болезни нервной системы (8,8%).

2. Ранговое распределение заболеваний по обращаемости у мальчиков и девочек различное. У мальчиков на первом месте стоят болезни опорно-двигательной системы (23,0%), на втором - органов дыхания (21,3%); на третьем - сердечно-сосудистой системы (13,9%); у девочек на первом месте - сердечно-сосудистой системы (21,4%); на втором - болезни органов дыхания (20,5 %) и на третьем - опорно-двигательной системы (15,4%).

3. Уровень заболеваемости, дополненной данными медицинских осмотров, составил 456 (40,2%) подростков, в том числе у мальчиков - 218 (47,8%) и девочек – 238 (52,2%). В структуре общей заболеваемости на первом месте стоят болезни органов дыхания (18,8%); на втором - болезни органов пищеварения (16,2%); на третьем месте - болезни костно-мышечной системы (13,9%); на четвертом - болезни нервной системы (9,9%) и на пятом - болезни мочеполовой системы (9,3%).

4. Сравнительный анализ заболеваемости по обращаемости и общей (дополненной профилактическими осмотрами) показал, что уровень общей заболеваемости по всем классам болезней в 2 раза выше, чем по обращаемости (40,3% против 21,1%), а по болезням органов пищеварения, эндокринной системы, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы - в 2 и более раза. Это свидетельствует о значительном объеме не выявленной хронической патологии, недостаточной профилактической работе и низкой медицинской активности.

5. Комплексная оценка состояния здоровья подростков показала, что почти 40% мальчиков и девочек имеют хронические заболевания с разной степенью тяжести и компенсации процесса, ограничения возможности обучения.

Литература:

1. Максимова Т.М., Королькова Т.А., Лушкина Н.П., Белов В.Б. Оценка результатов медицинских осмотров детей школьного возраста. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2002 г., №6., с. 5-11.
2. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья и медицинского обеспечения подростков Российской Федерации. // Вестник Российской академии наук., 2003, - № 8, - с. 6-10.
3. Сухарева Л.М., Апанасенко Г.Л., Мигулева В.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков М.: Медицина. 2001. 269 с.
4. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Здоровье детей на пороге XXI века: пути решения проблемы. // Русский медицинский журнал, 1999 г., Т. 8, №18. стр. 737-738.
5. Баранов А.А., Щеплягина Л.А., Сухарева Л.М. Федеральная целевая программа «Здоровый ребенок» (проект). Российский педиатрический журнал, № 1, 2002 г., стр. 5-8.
6. Лисицин Ю.П. О создании общей теории медицины и ее значение для здравоохранения. // Здравоохранение Рос. Федерации.- 1985. № 10.- с. 3-10.
7. Лисицын Ю.П. Скворцова Е.С. Подростающее поколение России в опасности. // Врач. М. - № 6. - 1994. - с. 37 -39.
8. Ильин А., Рапорт И., Звездина И., Ямпольская Ю. Состояние здоровья подростков: тенденции и проблемы. // «Врач», 1999, - № 9. - с. 4-6.
9. Мансуркулова Н., Орозбекова Б.Т., Муйдунов Ф.Ф., Ажикулова В.С. Факторы риска и здоровье подростков // «Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке», 2016, - № 16. - с. 70-83.
10. Атамбаева Р. М. Медико-социальные аспекты формирования и охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков Кыргызской Республики: диссертация ... доктора медицинских наук: 14.02.03 - Москва, 2016

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Ч.А. Эшбаева

Ошский государственный университет

Ош, Кыргызская Республика

Резюме. В данной работе рассматривается частота встречаемости, патогенетическое и клиническое значение ревматоидного фактора (РФ) при раннем ревматоидном артрите (РА). Серопозитивный вариант при раннем РА выявлен у 68,8% больных, а частота встречаемости серонегативного варианта составила 31,2%. Наличие РФ в группах больных ранним РА не зависит от пола и возраста. Частота выявления РФ у больных ранним РА зависит от длительности болезни.

Ключевые слова: ранний ревматоидный артрит, ревматоидный фактор, серопозитивный, серонегативный, Т-лимфоциты, В-лимфоциты.

STUDY OF ROLE AND IMPORTANCE OF RHEUMATOID FACTOR IN EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS

Ch. A. Eshbaeva

Osh State University

Osh, Kyrgyz Republic

The resume. In this work are examined the frequency of occurrence, the pathogenetic and clinical value of rheumatoid factor (RF) with early rheumatoid arthritis (RA). Seropozitive version with the early of the RA is revealed in 68,8% of patients, and the frequency of the occurrence of seronegative version composed 31,2%. The presence RF in the groups the sick with early RA does not depend on sex and age. The frequency of development RF in the RA sick with early depends on the duration of disease.

Key words: early rheumatoid arthritis, rheumatoid factor, seropozitive, seronegative, T-lymphocytes, B-lymphocytes.

Введение.

Ревматоидный артрит (РА) – одно из широко распространенных системных ревматических заболеваний, характеризующееся воспалением синовиальной оболочки суставов, деструкцией хрящевой и костной ткани, развитием внесуставных проявлений [1, 14].

Несмотря на многочисленные подходы к терапии РА, это заболевание по-прежнему остается неблагоприятным в отношении ранней инвалидизации и отдаленного прогноза [2, 13]. В мире РА страдает примерно 63 млн. человек, притом по данным зарубежных и отечественных авторов более 50% больных становятся инвалидами в первые 5 лет, а 10% в течение первых 2-х лет с начала заболевания, то есть ранней стадии. При этом наиболее существенными звеньями борьбы с РА является его ранняя диагностика и лечение, выяснение этиологии и патогенеза. Установлено, что ведущим звеном иммунопатогенеза при РА является поликлональная В-активация,

проявляющаяся, в частности, в накоплении при этих заболеваниях циркулирующих иммунных комплексов, сывороточных иммуноглобулинов. Изучение пролиферативной функции периферических лимфоцитов занимает особое место в оценке В-активации, позволяющие установить, в частности, повышенную спонтанную пролиферативную активность В-лимфоцитов [3, 4, 5, 6, 7, 8].

Основной патогенез РА в настоящее время считается развитие иммунопатологических реакций синдрома иммунокомплексной болезни. Предполагается, что причиной этого является нарушение регуляции иммунного ответа, наступающее вследствие дисбаланса функции Т- и В-лимфоцитов, а именно иммунодефицит системы Т-лимфоцитов, что приводит к неконтролируемому синтезу В-лимфоцитами антител, в частности, IgG. В результате этого при повреждении этиологическим фактором синовиальной оболочки сустава возникает местная иммунная реакция с образованием агрегированных (изме-

ненных) IgG, обладающих аутореактивностью, способностью вступать в реакцию по типу антиген-антитело. Воспринимая измененный IgG, как чужеродный антиген, плазматические клетки синовиальной оболочки и лимфоциты вырабатывают к Fc-фрагменту Ig антитела - ревматоидные факторы (РФ) классов IgG и IgM [3, 6, 9, 12].

До настоящего времени нет единой точки зрения о роли РФ в цепи патогенетических реакций развивающихся у больного РА, а вопрос о том, почему РФ встречается не у всех больных РА вообще остается открытым. По этому поводу высказан ряд соображений [10]. Предполагалось, что при серонегативном РА имеется «собственный» РФ, принадлежащий реакции Валера-Роуза или латекс-теста [11], наибольшее внимание уделялось РФ при IgG. Оказалось, что повышенный уровень IgG всегда сочетается с наличием IgM-РФ. В отсутствие последнего не определяется и IgG-РФ [12].

РФ появляется не ранее 6 месяцев от начала заболевания, а чаще через 1-3 года и даже позже. Во всяком случае, во втором полугодии болезни он определяется только у 20-30% больных. Следовательно, для ранней диагностики РА ни реакция Валера-Роуза, ни латекс-тест ценности не представляют. Реакция Валера-Роуза считается положительной, начиная с титра 1:32, латекс-тест с титра 1:20. С помощью латекс-теста РФ выявляется у 80-90% больных, а в реакциях Валера-Роуза 65-70%. Таким образом, у одного и того же больного они могут давать противоположные

результаты. Поэтому многие ревматологи считают истинным РФ тот, который обнаруживается в обеих реакциях, и настаивают на их параллельном проведении [6, 9, 13].

Увеличение титров РФ выявляется у 70-90% больных; низкая «чувствительность» и «специфичность» в ранней стадии РА (50%) и у лиц пожилого возраста; высокие титры в дебюте заболевания коррелируют с тяжестью, прогрессированием деструкции суставов и развитием системных проявлений [13].

Цель исследования: изучить частоту встречаемости, патогенетическое и клиническое значение РФ при раннем РА на основе клинико-иммунологических методов обследования.

Материал и методы:

Нами было обследовано 48 больных ранним РА с анамнезом заболевания до 1года, из них 35 (72,9%) женщин и 13(27,1%) мужчин. Возраст больных при наблюдении колебался от 16 до 53 лет (средний возраст примерно 34,5 лет).

Исследование больных были разделены на подгруппы с учетом РФ (серопозитивный и серонегативный РА); по продолжительности заболевания к началу исследования (до 3 мес., от 3 до 6 мес., от 6 до 12 мес.); возраста (младшая возрастная группа – 16-30 лет, средняя возрастная группа 31-45 лет, старшая – 46-53лет); пола.

Определение РФ нами проводилось по методике латекс-теста [6, 9, 11].

Результаты:

Таблица 1. Частота встречаемости РФ у больных ранним РА в целом

Подгруппа больных ранним РА в зависимости от наличия РФ	Частота положительных результатов	
	абс	%
РФ(+)	33	68,8
РФ(-)	15	31,2

Как видно из табл.1, серопозитивный вариант при раннем РА встречается у 33 больных, что составило 68,8%, а частота встречаемости серонегативного варианта болезни составила 31,3% (15 больных).

Таблица 2. Частота встречаемости РФ в зависимости от пола больных ранним РА

Подгруппа б-х ранним РА в зависимости от пола	Всего	РФ(+)	
		Частота положительных результатов	
		абс	%
Жен.	35	24	68,6
Муж.	13	9	69,2

Как видно из табл.2, положительные результаты обнаружения РФ выявлены у 24 (68,6%) больных ранним РА женского пола и у 9 (69,2%) больных ранним РА мужского пола. Таким образом, частота встречаемости РФ не зависел от пола больных ранним РА.

Таблица 3. Частота встречаемости серопозитивного раннего РА в зависимости от возраста больных

Подгруппа больных ранним РА в зависимости от возраста	Всего	Частота положительных результатов	
		абс	%
16-30 лет	9	6	66,7
31-45 лет	25	18	72,0
46-53 года	14	9	64,3

Как видно из табл.3, частота встречаемости РФ в возрасте от 16 до 30 лет составила 66,7%, в возрасте от 31 года до 45 лет составила 72,0% и 64,3% в возрастной группе от 46 до 53 лет. Таким образом, встречаемость РФ в трех возрастных группах была почти одинаковой, и данный феномен не зависел от возраста больных.

Таблица 4. Частота встречаемости серопозитивного варианта у больных ранним РА в зависимости от длительности болезни

Подгруппа больных ранним РА в зависимости от длительности болезни	Всего	Частота положительных результатов	
		абс	%
до 3 мес.	12	7	58,3
от 3 до 6 мес.	24	16	66,7
от 6 до 12 мес.	12	10	83,3

По данным табл.4 видно, что РФ у больных РА в группе до 3 месяцев обнаружен у 58,3%, в группе от 3 до 6 месяцев РФ у 66,7% больных и у 83,3% больных РА длительностью болезни от 6 до 12 месяцев. Таким образом в группе больных с давностью заболевания от 6 до 12 месяцев наличие РФ выше, чем в группе с давностью болезни от 3 до 6 месяцев и до 3 месяцев. Следовательно, наличие РФ зависит от давности течения заболевания.

Литература:

1. Emery P. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide / P. Emery, F. C. Breedveld, M. Dougados [et al.] // Ann. Rheum. Dis. — 2002. — Vol. 61, N. 4. — P. 290–297.
2. Pincus T. Long term outcomes in rheumatoid arthritis // Br. J. Rheum. — 1995; 34 (2): 59-73.
3. Бененсон Е.В. Синтез и секреция иммуноглобулинов в краткосрочных культурах периферических лимфоцитов при ревматоидном артрите/ Е.В. Бененсон, Е.Г. Цай, О.В. Лобаченко, В.Г. Панов. // Иммунология. — 1990 - №2. С.55-57.

Выводы:

1. Встречаемость РФ в группах больных ранним РА составила 68,8%.
2. Наличие РФ в группах больных ранним РА не зависело от пола и возраста.
3. Уровень и наличие РФ у больных ранним РА зависит от длительности болезни: чем выше давность заболевания, тем чаще обнаружение РФ.

4. Martin F. B cell immunobiology in disease: evolving concepts from the clinics/ F. Martin, A.C. Chan // *Ann Rev Immunol* 2006; 24:467–96.
5. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит. В кн.: Ревматология. Национальное руководство/ Е.Л. Насонов, Д.Е. Каратеев, Р.М. Балабанова. // Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008;290–331
6. Ревматология. Клинические рекомендации. //Под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
7. Сперанский А.Ю. Аутоиммунные болезни (клинические и теоретические аспекты)/ А.Ю. Сперанский, С.М. Иванова. // *Аллергол. и иммунол.* 2002; 3 (1): - С.62-83.
8. Kehry M.R. B-cell proliferation and differentiation mediated by T-cell membranes and limphokines/ M.R Kehry, L.C. Yamashita, R.D. Hodobin // *Res. Immunol.* -1990. P.421-423.
9. Barnes C.G. Ревматоидный артрит.// *Клиническая ревматология: Пер. с англ.* // под редакцией Н.Л.Ф. Currey. М.: Медицина, 1990.
10. Гроппа Л.Г. Современное состояние проблемы серонегативного ревматоидного артрита. // *Ревматология.* 1988. №1.
11. Дормидонтов Е.Н. Ревматоидный артрит. / Е.Н. Дормидонтов, Н.И. Коршунов, Б.Н. Фризен. // М.: Медицина, 1981.
12. van Leenwen M.A. IgM, IgA and IgG rheumatoid factors in early rheumatoid arthritis predictive of radiological progression? / M.A.van Leenwen, J. Westra, P.L.C.M. van Riel et al. // *Scand. J. Rheumatol.* – 1995. - Vol.24. - P.146-153.
13. Matanen T. Only high disease activity and positive rheumatoid factor indicate poor prognosis in patients with early rheumatoid arthritis treated with «sawtooth» strategy / T. Matanen T, L. Paimela, M. Leirisalo- Repo et al. // *Ann. Rheum. Dis.* – 1998. - Vol. 57. – P. 533- 539.
14. Bukhari M. Rheumatoid factor is the major predictor of increasing severity of radiographic erosions in rheumatoid arthritis. Results from Norfolk Arthritis Register Study, a large cohort/ M. Bukhari, M. Lunt, B.J. Harrison et al. // *Arthritis Rheum.* – 2002. – Vol. 46. – P. 906- 912.



19 МАЯ – ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Этот день был впервые отмечен организацией ВОНКА в 2010 году для того, чтобы привлечь внимание общественности к семейным врачам, подчеркнуть важный вклад семейных врачей в охрану здоровья во всем мире, и признать, что....

СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ – это ГЛАВНЫЙ, ВЕДУЩИЙ медработник системы здравоохранения, который обеспечивает медицинскими услугами КАЖДОГО человека нашей страны и НА ВСЕЙ ПЛАНЕТЕ, НЕПРЕРЫВНО, ИНДИВИДУАЛЬНО, БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЙ И ИСКЛЮЧЕНИЙ.

Организационный комитет II Съезда семейных врачей и врачей общей практики поздравляет всех специалистов семейной медицины с профессиональным днем! Надеемся, что Всемирный День семейного врача принесет вам признание, укрепит ваш боевой дух, а также привлечет внимание к вашим проблемам, к проблемам той важной работы, которую вы делаете в своих городах, селах, в своих странах и во всем мире. Пусть этот день создаст атмосферу солидарности между семейными врачами во всем мире!!!

Ежегодно для Всемирного Дня Семейного Врача определяется тематика. В 2017 году темой выбрана «Депрессия» в силу актуальности, нерешенности и сложности этой проблемы. Согласно последним данным мировой статистики, примерно 1 пациент из 7 может иметь депрессию. Это не только одна из наиболее частых, но и одна из наиболее трудных проблем для семейного врача! Пациенту депрессия приносит тяжёлые страдания. Депрессия может мешать выполнять обычные ежедневные дела, может иметь огромное влияние на взаимоотношения с семьей и друзьями, влиять на способность работать и зарабатывать. Депрессия может привести к суициду. Именно поэтому 19 мая 2017 года семейные врачи всего мира обращают свое внимание на проблему депрессии. Давайте сообща приложим все усилия, чтобы уменьшить негативное влияние депрессии на жизни наших пациентов! Более того, весь 2017 год ВОЗ провозгласил годом глобальной кампании по проблеме депрессии под названием «Давай поговорим!»



Несколько фактов о депрессии.

- Депрессия – лидирующая причина заболеваемости и нетрудоспособности
- Более 300 миллионов людей всего мира живут с депрессией!
- Более 80% лиц с депрессией – население стран со средним и низким уровнем дохода
- Депрессию можно предотвратить и вылечить
- Для человека, испытывающего депрессию, самый первый и легкий шаг к лечению и выздоровлению от депрессии – разговор с тем, кому он доверяет.

СПОНСОРЫ СЪЕЗДА

