

Научный медицинский журнал

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР, регистрационное свидетельство №002564
Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины. Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012г.

Редакционная коллегия

Главный редактор – **Зурдинов Ашир Алиевич Зурдинович**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАН КР, заслуженный деятель науки

Зам. главного редактора – **Бримкулов Нурлан Нургазиевич**, д.м.н., профессор, Лауреат Госпремии КР в области науки и новых технологий, зав. каф. госпитальной терапии. e-mail: brimkulov@list.ru

Ученый секретарь – **Исакова Жылдыз Казыбаевна**, к.м.н., доцент каф. акушерства и гинекологии, Лауреат Премии Правительства КР в области науки и новых технологий.
e-mail: nauka555@mail.ru

Редакционная коллегия

Алдашев Алмаз Абдулхаевич – академик, вице-президент НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. фундаментальных дисциплин
Джумабеков Сабырбек Артисбекович – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. травматологии и ортопедии и экспериментальной хирургии
Кудаяров Дуйше Кудаярович – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной педиатрии
Мамакеев Мамбет Мамакеевич – академик НАН КР, д.м.н., профессор

Мамытов Миталип Мамытович – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии
Мурзалиев Арстанбек Мурзалиевич – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. неврологии
Нанаева Мария Токтогуловна – почетный академик НАН КР, д.м.н., профессор
Раимжанов Абдухалил Раимжанович – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. курсом гематологии

Редакционный Совет

Адамбеков Доктурбек Адамбекович – д.м.н., проф., чл. корр. НАН КР, зав. каф. микробиологии
Акынбеков Куттубек Усенбаевич – д.м.н., проф., зав. каф. общественного здравоохранения
Алымкулов Раушан Добулбекович – д.м.н., проф. каф. клин. реабилитологии и физиотерапии
Аскеров Арсен Аскерович – к.м.н., доцент, зав. каф. акушерства и гинекологии №2
Бейшембиева Гульнара Джанузаковна, д.м.н., и.о. проф., зав. каф. «Сестринское дело»
Давлеталиева Нуриля Эмильбековна - к.м.н., доцент, начальник управления учебно-организационной и методической работы
Кадырова Рахат Мавлюдовна – д.м.н., проф., зав. каф. детских инфекционных заболеваний
Калиев Рысбек Рысмамбетович - д.м.н., проф., зав. каф. терапии общей практики с курсом семейной медицины,
Карасаева Алтынай Хусановна – д.м.н., проф., директор центра повышения квалификации и непрерывного образования
Карашева Нуржамал Ташматовна – к.п.н., зав. каф. физики, математики, информатики и компьютерных технологий
Катаев Валерий Алексеевич – д.фарм. наук, проректор ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, Россия
Куттубаева Клара Бейшеновна - д.м.н., проф., зав. каф. терапевтической стоматологии,
Куттубаев Омурбек Ташибекович - д.м.н., проф.,
Кожокматова Гулия Сатындыевна - д.м.н., проф.,
Конец Ирина Евгеньевна - д.м.н., проф., зав. каф. физиологии,

Конец Ирина Евгеньевна - д.м.н., проф., зав. каф. физиологии,
Мергенбаева Татьяна Кадыровна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Мингазова Эльмира Нурисламовна – д.м.н., проф., Казанский государственный медицинский университет, Россия
Молдобаева Марина Сатаровна - д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней
Мураталиева Анарбу Джапаровна – к.ф.н., доц., зав. каф. фармакогнозии
Мусуралиев Макенжан Субанович. - д.м.н., проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1,
Оморов Рахатбек Арсыкулович – д.м.н., проф., чл. корр. НАН КР, зав. каф. факультетской хирургии.
Сатылганов Ишенбек Жусуевич - д.м.н., проф., проректор по доклиническому обучению и воспитательной работе и гос. языку, зав. кафедрой патанатомии,
Сопуев Андрей Асанкулович - д.м.н., проф., зав. каф. госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии
Тилекеева Улангуль Мухтаровна - д.м.н., проф., и.о. зав. каф. базисной и клинической фармакологии
Усупбаев Акылбек Чолпонкулович - д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии до и последилового образования
Чонбашева Чолпон Кенешовна - д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Шекера Олег Григорьевич – д.м.н., проф., директор института семейной медицины Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л.Шупика, Украина

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА
Телефон: (312) 54 94 60
Тираж 200 экз.

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

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

Председатель

Батыралиев Талант Абдуллаевич - министр здравоохранения Кыргызской Республики.

Заместители председателя:

Зурдинов Ашир Али Зурдинович – ректор КГМА имени И.К.Ахунбаева, член-корр. НАН КР.
Бримкулов Нурлан Нургазиевич - проректор по клиническому обучению и научной работе КГМА.
Мукеева Суюмжан Токторовна - исполнительный директор АГСВиСМ Кыргызстана.
Чубаков Тулеген Чубакович - ректор КГМИПиПК.

Члены оргкомитета:

Айжигитов Турганбай Айжигитович - директор Баткенского филиала АГСВиСМ КР
Алпамышева Дамира Алпамышевна - директор Нарынского филиала АГСВиСМ КР
Аширахманова Гульмира Бектургановна – директор Иссык-Кульского филиала АГСВиСМ КР
Арзыкулова Гульмира Сатаровна – зав. отделом воспитательной и орг-массовой работы КГМА,
Бейшембиева Гульнара Джанузакановна - зав. кафедрой «Сестринское дело» КГМА,
Болоцких Инна Викторовна - ассистент кафедры семейной медицины КГМИПиПК
Давлеталиева Нуриля Эмильбековна – начальник Управления учебно-организационной работы КГМА
Дворкин Михаил Исакович – доц. кафедры терапии с курсом семейной медицины КГМА,
Джумагулова Айнагуль Сексеналиевна – директор Национального центра кардиологии и терапии, президент Ассоциации врачей по внутренней медицине,
Ибраева Гульмира Абитовна – начальник Управления кадровой работы и медобразования МЗ КР,
Исакова Жылдыз Казыбаевна – начальник отдела научно-инновационной работы КГМА,
Калиев Рыспек Рысмамбетович – зав. кафедрой терапии общей практики с курсом семейной медицины КГМА
Качыбекова Жыпара Бейшембиевна - директор Жалал-Абадского филиала АГСВиСМ КР
Кулбатыров Кубанычбек Дуйшенович – директор Департамента здравоохранения мэрии г.Бишкек,
Матюшков Павел Иванович – зав. курсом семейной медицины КГМА,
Сапаралиева Алтынай – начальник информационно-библиотечного комплекса КГМА.
Сатарова Чинара Осмоновна - декан факультета семейной медицины КГМИПиПК
Сулайманкулова Эльмира Абыкеевна - директор Таласского филиала АГСВиСМ КР
Усенбаева Нургуль Турдубековна – зам. исполнительного директора АГСВиСМ КР.
Чолпонбаева Бубайша Парманкуловна – директор Ошского филиала АГСВиСМ КР.

Исполнительный комитет:

Акбарова Гулрайхон Мансуровна – ассистент кафедры пропедтерапии КГМА.
Бабалиева Замира Бузурмановна - завуч кафедры «Сестринское дело» КГМА.
Болоткан уулу Насыр – председатель НОМУС КГМА.
Джаныбекова Салтанат Ахмеджановна – ассистент кафедры госпитальной терапии КГМА.
Елистратов Артем Анатольевич – зав. сектором Управления учебно-орг. и методической работы КГМА.
Ибрагимова Тамара Михайловна – доцент кафедры терапии общей практики с курсом семейной медицины.
Исакова Гульнара Бообековна – доцент кафедры факультетской терапии КГМА.
Ибрагимов Бакир Арзыбаевич – доцент кафедры терапии общей практики с курсом семейной медицины.
Керимкулова Алина Суюнтбековна – доцент кафедры факультетской терапии КГМА.
Кульжанова Айнура Акылбековна - зав. сектором Управления учебно-орг. и методической работы КГМА.
Осмоналиева Динара Болотбековна – специалист отдела научно-инновационной работы КГМА.
Пирназарова Гульжан Фазыловна - зав. каф. сестринского дела по семейной медицине КГМИПиПК.
Суворова Людмила Витальевна - ассистент кафедры «Сестринское дело» КГМА.
Султаналиева Дамира Бакаевна - зав. кафедрой фельдшерского дела КГМИПиПК.

Ответственные секретари:

Айтакунова Эльмира Ногойбаевна - специалист по сестринскому делу АГСВ и СМ
Мергенбаева Татьяна Кадыровна – доцент кафедры госпитальной терапии КГМА
Шмитько Светлана Викторовна - ассистент кафедры сестринского дела в семейной медицине КГМИПиПК

Редакционная комиссия

Бримкулов Н.Н., Калиев Р.Р., Чубаков Т.Ч., Мергенбаева Т.К., Исакова Ж.К.

МАТЕРИАЛЫ
1-го съезда врачей общей практики и
семейных врачей Кыргызстана
(29-30 октября 2015 года, г.Бишкек)

ПРИВЕТСТВИЯ УЧАСТНИКАМ СЪЕЗДА

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

От имени Министерства здравоохранения Кыргызской Республики разрешите пригласить Вас принять участие в работе I-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана!

Еще в 1978 году, в ходе принятия Алма-атинской декларации ВОЗ, первичное здравоохранение было признано наиболее экономически эффективным решением обеспечения населения основными медицинскими услугами. Придерживаясь принципов и ценностей, которые легли в основу Алма-атинской декларации, начиная с 1996 года в Кыргызстане стал развиваться институт семейной медицины. Благодаря помощи донорских организаций сотни врачей были переобучены в семейных, созданы группы семейных врачей (ГСВ), а затем - центры семейной медицины (ЦСМ). В 2014 году первичную медико-санитарную помощь населению республики оказывали 65 ЦСМ, 28 Центров общеврачебной практики и 1020 ФАПов, в которых функционируют 709 ГСВ и трудятся 4917 врачей, в том числе - семейных - 1432 и 6191 специалистов среднего звена. Однако в настоящее время семейная медицина в нашей стране столкнулась с определенными проблемами.

Между тем, семейные врачи (врачи общей практики) могут сыграть решающую роль в укреплении первичного звена здравоохранения. Эта роль, к сожалению, у нас до сих пор недооценивалась, как и во многих других странах. Для осуществления этой уникальной роли семейные врачи нуждаются в особой подготовке, минимально необходимом оснащении и достойных рабочих условиях. Важны ориентированность всей системы здравоохранения на первичное звено, а также признание ведущей роли семейного врача узкими специалистами. Подготовка семейных врачей должна быть постоянной и непрерывной, начинаясь на додипломном уровне, продолжаясь на последипломном уровне и поддерживаясь в виде непрерывного медицинского образования непосредственно на рабочем месте, в учреждениях первичного звена. Международные исследования показывают, что переориентация подготовки врачей на амбулаторный уровень не нуждается в дополнительных инвестициях, а требует лишь реорганизации учебного процесса. Поэтому образовательная реформа, проводимая в настоящее время в Кыргызской государственной медицинской академии, является острой необходимостью, и позволит решить проблему недостатка высококвалифицированных и специально подготовленных кадров для первичного звена.

Все эти вопросы и планируется обсудить на съезде. Наступило время переосмыслить наши представления о первичной медико-санитарной помощи и роли работников первичного звена. Съезд, несомненно, станет историческим и важным событием, так как впервые объединит работников первичного звена, специалистов и экспертов различных областей медицины. С программными докладами на съезде выступят международные лидеры – представители Всемирной организации семейной медицины WONCA: президент Майкл Кидд (Австралия), президент-элект Аманда Хоув (Великобритания), президент WONCA-Euroa Жакоб Метсмакерс (Нидерланды), а также ведущие специалисты из стран СНГ.

Добро пожаловать на съезд в столицу солнечного Кыргызстана – город Бишкек!

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

ПРИВЕТСТВИЯ УЧАСТНИКАМ СЪЕЗДА

Дорогие друзья и коллеги!

Будучи президентом Всемирной организации семейных врачей (WONCA - World Organization of Family Doctors), я счастлив возможности принять участие в работе 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, который будет проводится в Бишкеке, 29-30 октября 2015 г. Мне очень приятно, что ко мне присоединятся мои коллеги - президент WONCA, избранный на следующий срок, профессор Аманда Хоув из Великобритании, и президент WONCA Европы, профессор Джоб Метсмакерс из Голландии.

Я уверен, что этот Съезд будет полезным и приятным событием для вас, на котором вы сможете приобрести много новых друзей среди коллег-специалистов семейной медицины из стран Центральной Азии, СНГ и других стран. Я поздравляю всех организаторов съезда, в особенности Президента оргкомитета Съезда, министра здравоохранения КР, профессора Батыралиева Т.А., и заместителя председателя оргкомитета, профессора Бримкулова Н.Н. Семейная медицина обладает огромным потенциалом и может сыграть решающую роль в преобразовании общества, что можно наблюдать сегодня во многих странах. Укрепление семейной медицины, главного компонента первичного здравоохранения, чрезвычайно важно для каждой страны мира, и этот съезд позволит нам объединить наши усилия и обсудить проблемы всеобщего доступа к услугам здравоохранения для всех людей. Мы верим в успех глобального здравоохранения, который можно достичь, если мировое сообщество пробудится и оценит важность укрепления первичного здравоохранения и важность роли семейных врачей в достижении всеобщего доступа к услугам здравоохранения и высококачественной медицины.

**Президент Всемирной организации семейных врачей (WONCA),
проф. Майкл Кидд (Австралия)**

СОДЕРЖАНИЕ

Приветствия.....	4
ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ	
1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ	
<i>Алимкулов А., Суранова А.</i> Алай райондук үй-бүлөлүк медицина борборунун калыптанышы.....	11
<i>Акрамова Х.А., Эргашева Н.Н.</i> Преимущество раннего прикладывание к груди новорожденных.....	12
<i>Аскеров А.А.</i> Инновационный подход по улучшению качества медицинских услуг в организациях здравоохранения ПМСП.....	12
<i>Бобоев А.Т., Худайберганаева Н.Х.</i> Алгоритм лечения больных бронхиальной астмой в амбулаторных условиях.....	13
<i>Бримкулов Н.Н., Муратова Ж.К., Сулайманов Ш.А.</i> Изучение эпидемиологии респираторной аллергии у детей Юга Кыргызстана.....	14
<i>Воронцов М.М., Заугольникова Т.В.</i> Подходы к лечению неспецифической боли в спине в работе врачей общей практики.....	15
<i>Денисов И.Н., Рожнова К.С.</i> Особенности заболеваемости и самооценки здоровья подростками с различным уровнем физической активности.....	16
<i>Дюсупова А.А., Еспенбетова М.Ж., Дюсупова Б.Б.</i> Раннее выявление метаболического синдрома у детей и подростков г.Семей.....	16
<i>Жиемуратова Г.К., Зарипова М.С., Утепбергенова Г.Т., Шуакбаева Н.М., Утемуратов К.С.</i> Результаты профилактических осмотров юношей призывного возраста Республики Каракалпакстан.....	17
<i>Зарипова М.С., Шуакбаева Н.М., Утепбергенова Г.Т., Рахманова Л.Ж., Календерова Г.К.</i> Роль физической культуры и спорта в формировании репродуктивного здоровья девочек в регионе Приаралья.....	18
<i>Ибрагимова Т.М., Леонтьева Н.С.</i> Сравнительный анализ заболеваемости среди студентов КГМА и КГУСТА.....	19
<i>Исмаилова А.Д., Султанова А.Б.</i> Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у детей с перинатальным контактом в Кыргызской Республике.....	20
<i>Мамбеткаримов Г.А., Жиемуратова Г.К., Бабаниязова Ж.Ж., Утекеева С.С.</i> Микроэлементный статус детей с учетом региональных экологических условий.....	21
<i>Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А.</i> Система поддерживающего кураторства на уровне первичного звена здравоохранения.....	22
<i>Молдобекова Э.М., Сарлыков Б.К.</i> Эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в КР.....	22
<i>Нармухамедова Н.А., Дадабаева Р.К.</i> Этапы внедрения общей врачебной практики в Узбекистане.....	23
<i>Носкова О.Ю., Григорович М.С.</i> Обоснование выбора пробиотического продукта питания у детей раннего возраста на основе метаболической активности кишечной микробиоты.....	24
<i>Нуркина Н.М., Нугманова Д.С., Карамшук М.А.</i> Опыт внедрения нормативных документов в сельской врачебной амбулатории.....	25
<i>Одонтуя Даваасурен.</i> Общие принципы оказания паллиативной помощи в практике семейного врача.....	26
<i>Острецова Т.П., Жамалиева Л.М., Бижанова А.Я., Мажекенова А.М.</i> Перспективы развития амбулаторной паллиативной помощи.....	27
<i>Разакова Ф.С., Ахмедов Х.С., Садуллаева Г.Х.</i> Влияние климатогеографических факторов на течение ревматоидного артрита.....	28
<i>Реуцкий А.А., Заугольникова Т.В.</i> Рациональное использование антибиотиков при инфекциях дыхательных путей врачами общей практики Калининградской области.....	29
<i>Рожнова К.С.</i> Особенности нейроэнергообмена у подростков с различным уровнем физической активности.....	30
<i>Рузиев О.А., Очилова Д.А., Худайберганаева Н.Х., Бобоев А.Т.</i> Анализ распространенности основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения одного участка г. Бухары.....	31
<i>Рузиев О.А., Очилова Д.А., Худайберганаева Н.Х., Бобоев А.Т.</i> Динамика заболеваемости инфарктом миокарда мужчин.....	31
<i>Рузиев О.А., Очилова Д.А., Худайберганаева Н.Х., Бобоев А.Т.</i> Изучение затрат времени врачом общей практики на осмотр больных артериальной гипертензией на амбулаторном приёме.....	32

<i>Силивончик Н.Н., Голобородько В.И., Ледник А.И., Качар И.В., Одинец Д.Ф., Паторская И.А., Плотникова Л.М., Воронко Е.А., Богуш Л.С., Жигальцова О.А.</i> Факторы риска и частота неалкогольной жировой болезни печени у работников промышленного предприятия.....	32
<i>Ханбабаева Д.У.</i> Факторы риска развития лекарственной аллергии у детей.....	33
<i>Холбаев С.Б., Юлдашева Н.Э., Сулейманова Н.Э.</i> Оценка информированности врачей о хронической сердечной недостаточности для ведения больных в условиях первичного звена.....	34
<i>Хусинова Ш.А.</i> Результаты изучения некоторых аспектов здоровья женщин в общей врачебной практике.....	35
<i>Хусинова Ш.А., Курбанова Ф.В.</i> Оценка качества профилактики анемии у девочек-подростков в условиях первичного звена здравоохранения.....	35
<i>Шалгумбаева Г.М., Еспенбетова М.Ж., Амренова К.Ш., Хисметова А.М.</i> Показатели скрининговой программы по раннему выявлению раковых и предраковых заболеваний шейки матки в Восточно-Казахстанской области.....	36
<i>Aizat Kulzhabaeva, Aida Estebesova, Abdukadyr Zhorojev, Sanzhar Temirbekov, Aigul Tursynbaeva, Nurbolot Usenbaev, Chynara Kamarli, Suzanne Verver</i> Health systems factors contributing to delay in tuberculosis diagnosis in Kyrgyzstan.....	37

2. ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОДГОТОВКИ КАДРОВ

<i>Азимова А., Чубаков Т., Омурова Ж., Смит Б.</i> Эффективность дистанционного обучения для непрерывного повышения квалификации семейных врачей.....	38
<i>Акромова Н.Т., Халматова Б.Т.</i> Осведомленность населения о ВИЧ/СПИД и проблемы ранней диагностики.....	38
<i>Галако Т.И.</i> Формирование компетенций семейных врачей в оказании психиатрической помощи.....	39
<i>Дадабаева Р.К.</i> Американская модель подготовки семейных врачей на примере центра семейной медицины г.Талса штата Оклахома.....	40
<i>Исмаилова Ж.С., Шатманова Э.К., Бримкулов Н.Н.</i> Изучение удовлетворенности студентов 1, 2 курсов лечебного факультета качеством преподавания учебных модулей.....	41
<i>Кабирова Ю.А., Ховаева Я.Б.</i> Симуляционное обучение как фактор профессионального совершенствования врачей общей практики (семейных врачей).....	41
<i>Касымова З., Менгес Д., Твиллерт Ф., Висс К., Исмаатов Б.</i> Оценка среды обучения клинических ординаторов, проходящих специализированную подготовку по семейной медицине.....	42
<i>Косаковской А.Л., Синяченко В.В., Бредун В.Ю., Сегал В.В., Косаковская И.А., Гавриленко Ю.В.</i> Методология преподавания оториноларингологии на последипломном этапе подготовки.....	43
<i>Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Джаныбекова С.А., Сыдыкова С.Ж., Атабаева Д.Н., Джумашалиева Ч.С., Бримкулов Н.Н.</i> Оценка студентами модуля «Введение в клиническую медицину».....	44
<i>Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А., Ганиева Д.К.</i> Совершенствование учебных программ по подготовке ВОП медицинских образовательных учреждений по вопросам охраны здоровья матери и ребенка.....	45
<i>Насирдинова Ж.М., Молдобекова Э., Бримкулов Н.Н.</i> Освоение практических навыков студентами КГМА в условиях региональных учреждений.....	45
<i>Ниязова М.Т., Мавлянова Д.А.</i> Проведение итогового экзамена в постдипломном образовании обучающихся по 10-ти месячной программе подготовки ВОП по проекту «Здоровье».....	46
<i>Рахматова Н.А., Хамидова М.А., Холбеков К.И.</i> Внедрение различных форм непрерывного медицинского образования специалистов семейной медицины.....	47
<i>Садырова М.А., Расулова М.И.</i> Обучение врачей общей практики основным навыкам проведения неврологического обследования населения г.Ташкента.....	48
<i>Сулайманов Ш.А., Муратова Ж.К.</i> Базовые знания семейных врачей по стандартам диагностики и тактике ведения крапивницы и ангиоотека в южных областях Кыргызстана.....	48
<i>Сыдыкова С., Байзаков А., Кошукеева А., Кулданова К.</i> Выбор будущей специальности студентами 1 курса лечебного факультета.....	50
<i>Сыдыкова С.Ж., Мергенбаева Т.К., Курумшиева А.Ш., Бримкулов Н.Н.</i> Ранняя клиническая экспозиция в формате модуля «Человек, здоровье и общество» для студентов 1 курса медицинского ВУЗа.....	50
<i>Lapasov S.Kh., Khakimova L.R., Abdukhamidova D.Kh., Lapasova Z.Kh.</i> Assessment of information distribution quality of doctors of primary health care system about principles of rational drug prescription.....	51

3. ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ В УСЛОВИЯХ ПМСП

<i>Бобоев А.Т., Худайбергана Н.Х.</i> Оптимизация лечения и реабилитация больных бронхиальной астмой на уровне первичного звена здравоохранения.....	53
<i>Бобоев А.Т., Худайбергана Н.Х.</i> Применение иммуномодуляторов у больных хронической обструктивной болезнью легких с позиций доказательной медицины.....	54
<i>Дуйшеева Г.К., Леонтьева Н.С., Калиев Р.Р.</i> Оценка функционального состояния сердца у больных КБС с узловым зобом.....	54
<i>Дюсупова А.А., Еспенбетова М.Ж., Дюсупова Б.Б., Терехова Т.И.</i> Вопросы терапии диабетической невропатии.....	55
<i>Дюсупова Б.Б., Дюсупова А.А.</i> Оптимизация терапии патологии бронхолегочной системы во время беременности.....	56
<i>Жигальцова-Кучинская О.А.</i> Оценка степени активности патологического процесса в печени у пациентов с болезнью Вильсона-Коновалова.....	57
<i>Зготова Н.С.</i> Ранняя диагностика бронхообструктивного синдрома у подростков в условиях первичной медико-санитарной помощи №12.....	58
<i>Зготова Н.С.</i> Случай паранеопластического синдрома в практике ВОП.....	58
<i>Ибрагимов Ю.Х.</i> Оценка качества жизни больных ИБС на фоне абдоминального ожирения.....	59
<i>Каримова Д.И., Кошимбетова Г.К., Носирова Г.Р.</i> Факторы риска развития железодефицитной анемии у детей раннего возраста.....	60
<i>Каримова Н.И.</i> Особенности коагуляционного и фибринолитического звеньев гемостаза при бронхиальной астме у детей.....	60
<i>Керимкулова А.С., Бекташева Э.Э., Арапова Р.К., Неронова К.В., Миррахимов Э.М.</i> Частота метаболического синдрома у этнических кыргызов мужчин.....	61
<i>Кучкаров Х.Ш., Рахимова М.Э.</i> Психологическая картина больных с хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза.....	62
<i>Ламок А.С.</i> Оценка эффективности пилотного проекта по внедрению экспресс-тестирования на ВИЧ по слюне на догоспитальном уровне.....	63
<i>Леонтьева Н.С., Ибрагимов Т.М., Калиев Р.Р.</i> Диастолическая функция левого желудочка у больных с ХСН и постоянной формой мерцательной аритмии.....	64
<i>Леонтьева Н.С., Калиев Р.Р.</i> Оценка систолической функции левого желудочка у больных ХБП.....	65
<i>Мамажунусова А.А., Лобанченко О.В., Бримкулов Н.Н.</i> Факторы риска остеопороза у работников высокогорного предприятия.....	65
<i>Молдобаева М.С., Акбарова Г.М.</i> Необследованная диспепсия и Нр инфекция в практике семейного врача.....	66
<i>Неронова К.В., Керимкулова А.С., Бекташева Э.Э., Набиев М.П., Миррахимов Э.М.</i> Ассоциация T455c полиморфизма гена аполипопротеина С-III с инсулинорезистентностью в группе этнических кыргызов.....	67
<i>Нуриддинова Ф.М.</i> Применение препарата граммидин в комплексном лечении хронического тонзиллита у детей при амбулаторном лечении.....	67
<i>Рожнова Т.М.</i> Результаты психогенетического анализа аддиктивных расстройств в рамках системной семейной терапии.....	68
<i>Рузиев О.А., Очилова Д.А., Худайбергана Н.Х., Бобоев А.Т.</i> Взаимосвязь некоторых компонентов метаболического синдрома.....	69
<i>Салаева М.С., Кулкареев А.К., Худайбергана Н.Х.</i> Методы коррекции синдрома утомления респираторных мышц у больных бронхиальной астмой.....	69
<i>Салаева М.С., Худайбергана Н.Х.</i> Связь показателя утомления диафрагмы и респираторных мышц с параметрами качества жизни у больных с хронической обструктивной болезнью легких.....	70
<i>Салихова М.Ф., Гадаев А.Г.</i> Анализ основных факторов риска и пути оптимизации приверженности к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью.....	70
<i>Сулайманов Ш.А., Муратова Ж.К.</i> Частота респираторных симптомов аллергии при атопическом дерматите у детей, проживающих на юге Кыргызстана.....	71
<i>Таирова Н.Н., Рихсиева Д.Д.</i> Частота поражения сердечно-сосудистой системы у детей с пневмонией... ..	72
<i>Терехова Т.И., Ягофаров Ф.Ф., Еспенбетова М.Ж., Дюсупова А.А.</i> Влияние острых респираторных вирусных инфекций на некоторые показатели крови детей.....	73
<i>Ткаченко В.И.</i> Взаимосвязь окиси углерода в выдыхаемом воздухе с развитием сосудистых осложнений при сахарном диабете 2 типа.....	73
<i>Туракулов Р.И., Гадаев А.Г.</i> Хроническая сердечная недостаточность и анемия.....	74
<i>Турсунова А.М., Абдурахимова Л.А., Рустамова Р.П., Разакова Ф.С.</i> Оценка качества жизни больных остеоартрозом как критерий эффективности восстановительной терапии на уровне первичного звена здравоохранения.....	75

<i>Хайдаров Ф.С., Ахмедов Х.С., Ахмедова М.С.</i> Коррекция сдвигов половых гормонов в оптимизации профилактики ревматоидного артрита.....	76
<i>Халматова Б.Т.</i> Оптимизация методов лечения бронхообструктивного синдрома у детей.....	76
<i>Халматова Б.Т., Абдуллаева Д.Т.</i> Эффективность антилейкотриеновых препаратов в лечении крапивницы у детей.....	77
<i>Хисметова А.М., Шалгумбаева Г.М.</i> Тиреоидная дисфункция на фоне интерферонотерапии при хронических вирусных гепатитах В и С.....	78
<i>Худайберганаева Н.Х., Бобоев А.Т., Ниязов З.К., Рузиев О.А.</i> Оценка влияния тревоги и депрессии на течение хронической сердечной недостаточности и эффективность антидепрессантов.....	79
<i>Худайберганаева Н.Х., Бобоев А.Т., Рахматова Ф.У., Мирзаева Г.П., Абзалова Д.А.</i> Оценка качества жизни и приверженности к терапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.....	79
<i>Элмурадов Ф.Х., Гадаев А.Г., Туракулов Р.И.</i> Почечная дисфункция как неблагоприятный предиктор при хронической сердечной недостаточности.....	80
<i>Ягофаров Ф.Ф., Абдрахманова Г.Ж., Терехова Т.И.</i> Метод лечения атопического дерматита осложненного пиогенной и грибковой микрофлорой в детской практике.....	81
<i>Ягофаров Ф.Ф., Терехова Т.И., Заворохина О.А., Сундеева Е.А.</i> Тималин в профилактике ОРВИ у детей в амбулаторно-поликлинической практике.....	82
<i>Chynar Zhumaliev, Aida Estebesova, Meerim Ryspekova, Dinara Madybaeva, Aigul Tursynbaeva, Nurbolot Usenbaev, Chynara Kamarli, Suzanne Verver</i> Diagnostic barriers among newly diagnosed pulmonary tuberculosis patients in Kyrgyzstan: patient delay.....	82
<i>N.YU.Nishonboeva., R.K.Dadabaeva., M.S.Salayeva., N.Kh.Khudayderganova., L.A.Abduraximova.</i> Clinical and psychological features of chronic cholecystitis in women in menopausal period.....	83
<i>Sadikova S.I.</i> Giardiasis in the family doctor's practice - modern principles of therapy.....	83

4. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВНЕ ПМСЦ

<i>Абдурахимова Л.А.</i> Изучение психологического статуса у пациентов с синдромом раздраженного кишечника в амбулаторно-поликлинических условиях.....	85
<i>Азамова Ш.А.</i> Оценка эффективности образовательной программы для женщин с артериальной гипертензией в период постменопаузы в амбулаторно-поликлинических условиях.....	86
<i>Гулямова Ш.С., Худайберганаева Н.Х.</i> Достижение приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений.....	87
<i>Гулямова Ш.С., Худайберганаева Н.Х.</i> Повышение эффективности профилактики гипертонической болезни на уровне первичного звена здравоохранения.....	87
<i>Гулямова Ш.С., Худайберганаева Н.Х.</i> Структурированная программа для обучения пациентов гипертонической болезнью.....	88
<i>Дадабаева Р.К., Буранова С.Н., Ахмедов Х.С.</i> Эффективность обучающих программ для больных хронической сердечной недостаточностью в условиях первичного звена здравоохранения.....	89
<i>Рахматова Н.У., Салихова М.Ф.</i> Влияние информационных вмешательств на медикаментозные методы лечения как третичная профилактика хронической сердечной недостаточности.....	90
<i>Худайберганаева Н.Х., Бобоев А.Т.</i> Использование планов самоконтроля для лечения больных бронхиальной астмой врачом общей практики.....	91
<i>Шуакбаева Н.М., Зарипова М.С., Утепбергенова Г.Т., Утемуратов К.С., Мадреймова Ж.К.</i> Повышение качества психологических аспектов общения и консультирования беременных.....	91
<i>Юлдашова Н.Э.</i> Оценка качества информированности матерей по вопросам грудного вскармливания и введению прикорма.....	92

5. РАЗНОЕ

<i>Бедельбаева Г.Г., Нурмаханова Ж.М., Мухамбетьярова С.А.</i> Внезапная кардиальная смерть при циррозе печени.....	94
<i>Дюсупов А.З., Дюсупова А.А., Дюсупов Алт.А., Дюсупова Б.Б.</i> Актуальные вопросы генодинамики при инфузионной терапии.....	94
<i>Керимкулова А.С., Бекташева Э.Э., Арапова Р.К., Миррахимов Э.М.</i> Взаимосвязь лептинемии с артериальной гипертензией в группе этнических кыргызов.....	95
<i>Косаковская И.А., Ватлизов Д.В., Косаковский А.Л.</i> Функциональный резерв клеток иммунной системы после воздействия высокочастотного тока.....	96
<i>Mirzaeva G. P., Khudayberganova. N.Kh.</i> Myocardial infarction and the use of estrogen and estrogen-progestogen in postmenopausal women.....	97

<i>Mirzaeva G. P., Khudayberganova. N.Kh.</i> Structure and clinical peculiarities of acute myocardial infarction in women of different age.....	97
<i>Турланов К.М., Бедельбаева Г.Г., Нурмаханова Ж.М., Мухамбетьярова С.А.</i> Острая сердечная недостаточность у больных инфарктом миокарда среднего и пожилого возраста.....	98

СТАТЬИ

Джабарова Т.С., Бандаев И.С., Миралиев С.Р. Методическая роль учебно-клинических центров и кафедр медицинских вузов в повышении качества преподавания по семейной медицине.....	100
Медведовская Н.В., Повч З. В. Формирование групп риска и первичная профилактика глаукомы в повседневной деятельности врача общей практики - семейного врача.....	105
Мукеева С.Т., Усенбаева Н.Т., Айтакунова Э.Н., Бримкулов Н.Н., Бартон Смит. Использование антибиотиков в практике семейного врача в Кыргызской Республике.....	108
Царенко А.В., Шекера О.Г., Губский Ю.И. Участие врачей общей практики-семейной медицины в оказании паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому.....	111

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

АЛАЙ РАЙОНДУК ҮЙ-БҮЛӨЛҮК МЕДИЦИНА БОРБОРУНУН КАЛЫПТАНЫШЫ.

Алимкулов А., Суранова А.

Алай райондук үй-бүлөлүк медицина борбору, Ош областы, Кыргызстан

Саламаттыкты сактоо системасын реформалоонун «Манас 1-2», «Манас Таалими», «Ден соолук» улуттук программаларынын негизинде 2001-жылы үй-бүлөлүк медицина борбору (ҮМБ), 11 үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу (ҮДТ), 30 ФАП, 1 дарылоо-диагностикалык бөлүмү (ДДБ), 7 тез жардам бөлүмү (ТЖБ) түзүлүп, калкка баштапкы медико-санитардык жардам (БМСЖ) үй-бүлөлүк медицина институтунан атайын окуудан өткөн 8 дарыгер, 88 орто медициналык кызматкерлер клиникалык токтомдордун аныкталган медициналык жана бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун стандарттары боюнча көрсөтүүдө.

Үй-бүлөлүк дарыгерлерге жарандардын кайрылуусу жогору.

Мисалы: 2013-жылы жалпы 112957 жарандын 89993 (79,4%), ал эми 2014-жылы 109919 жалпы кайрылуунун 87796 (79,8%) үй-бүлөлүк дарыгерлерге кайрылышкан. Жыл өткөн сайын калктын санынын өсүшү 2013-жылы 19,1%, 2014-жылы 20,1% социалдык экономикалык абалдын оорлошу массалык маалымат каражаттарынын таасири жарандардын дарыгерге кайрылуусуна жана оорулардын көбөйүүсүнө өбөлгө түздү.

М: Монитордук оорулар - кан басымы жогору 2013-жылы-4074-5557,1, 2014-жылы - 4299-6761,8 жогору, ал эми ооруканага жаткыруу 2013-жылы 425-10,4%. 2014-жылы 75-9,0 азайып, үй-бүлөлүк дарыгерге кайрылуу көбөйгөн, ушундай эле абал башка монитордук ооруларда да кездешет. Миң жылдыктын негизги багыттары балдардын жана энелердин ден-соолугун кароодо үй-бүлөлүк дарыгерлердин салымы зор.

Балдардын мерт болуусу: 2013-жылы 23 мерт болгон, төрөлгөнү, 1796-12,8%, 2014-жылы 19 төрөлгөнү 1725-11,0%га төмөндөгөн.

Иштин көлөмү үй-бүлөлүк дарыгерде жогору, бардык атайын диспансерлердин (теривенерикалык, онкология, СПИД, учук, инфекциялык көзөмөл) областтык жана райондук функциялары сакталганы менен алар текшерүү системасына өтүп, мамлекеттик бюджеттин негизги бөлүгү, атайын кызматтарга көп сарпталып, ишинин оорчулугу 50% чейин бааланып, ал эми үй-бүлөлүк кызматкерлерге 15% гана калтырылган. БМСЖ отчеттук эсепке алуу, документацияны толтуруу менен өтө көп алектенет. Акыркы жылдары үй-бүлөлүк кызматка жаңы дарыгер, мээрбан айымдар келген эмес. М: Алай ҮМБна 40,5 штат керек болсо, анын 20,5 - 50% менен камсыз болгон, дарыгерлердин 12ден 7-си (58,3%) пенсионер жашында. Үй-бүлөлүк медицинанын калыптанышы айыл жеринде өзгөчө мааниге ээ. Анын калыптанышына үй-бүлөлүк кызматкерлердин кадыр баркын көтөрүп, мотивацияны активдештирүү, участкалык принципти киргизүү, каржылоонун жаңы методдорун колдонуу.

Психикалык жана физикалык оорчулукту азайтуу, атайын кесиптегилердин ролун жогорулатуу, милдеттерин өздөрүнө тагуу, алган маянасын кылган ишине жараша төлөө. Адамдык ресурсту жакшыртуу, үй-бүлөлүк кызматкерлерди камсыздоо. Профилактикалык медицина боюнча борборлорду, институтту уюштуруу менен үй-бүлөлүк дарыгерлерге оорулардын кайрылуусун азайтууга жарандардын ден соолугуна көңүл бөлүүсүнө өбөлгө түзөт.

ПРЕИМУЩЕСТВО РАННЕГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ К ГРУДИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Акрамова Х.А., Эргашева Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить особенности периода адаптации новорожденных в зависимости от срока первого прикладывания к груди.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 48 доношенных новорожденных детей. Новорожденные были разделены на две группы: **I** группу составили 24 новорожденных, приложенных к груди матери в первые 20 минут жизни после рождения; **II** группу составили 24 новорожденных, приложенных к груди матери через 6 часов после рождения.

Результаты: Состояние новорожденных в 1-й группе было удовлетворительным. Оценка по шкале Апгар составила 7 - 8 баллов. При динамическом наблюдении физиологическая желтуха среди новорожденных первой группы наблюдалась у 3-х. У 24 детей в динамике наблюдалось интенсивное нарастание массы тела. У двух новорожденных регистрировалась потеря массы тела. У 96% новорожденных 1- группы отпадение пуповины наблюдалось на 4-5-й день жизни. Клинических проявлений вирусной или бактериальной инфекции во время пребывания в родильном доме среди новорожденных 1-ой группы не наблюдалось. Таким образом, ранний неонатальный период у новорожденных этой группы протекал гладко.

Состояние детей первой группы оценивалось как удовлетворительное. Средний вес при рождении был 2600-3800 гр. С динамической прибавкой массы тела выписалось 8 новорожденных, потеря от первоначальной массы тела выявилась у 16-ти новорожденных. Среди 2ой группы у 7 новорожденных наблюдалась перинатальная эцефалопатия гипоксическо-ишемического генеза с синдромами нервно-рефлекторной возбудимости и угнетения нервной системы.

Выводы: Раннее прикладывание к груди в первые 20 минут жизни способствует установлению тесной эмоциональной связи между матерью и ребенком, обеспечивает скорейшую физиологическую адаптацию и полноценное грудное вскармливание. Позднее прикладывание к груди приводит к срыву адаптационных процессов, что позволяет отнести этих детей к группе «риска».

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Аскеров А.А.

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

Цель: апробировать и оценить новый инструмент оценки качества медицинских услуг в центре семейной медицины для улучшения управления и усиления мотивации медицинских провайдеров.

Материалы и методы исследования: разработан комплексный инструмент - оценочная карта с проверочными контрольными листами. Указанный мониторинговый инструмент имел 25% индикаторов структуры, 55% индикаторов клинических процессов и 20% индикаторов результата, и был разделен на 7 категории (управление ресурсами и обеспечение безопасности, обучение, удовлетворенность пациента, качественные услуги по туберкулезу, качественные услуги по гипертонии и по охране здоровья матери и ребенка). Методология интенсивного мониторинга с выплатой дополнительных денег за качественные результаты в отобранных 42 районных больницах пилотируется с 2014г. проектом «Финансирование, основанное на результатах» при поддержке министерства здравоохранения, Фондом обязательного медицинского страхования и Всемирным банком в Кыргызской Республике.

Результаты и их обсуждения: была проведена апробация ежеквартального интенсивного мониторинга качества медицинских услуг с использованием оценочной карты на базе Центра семейной медицины Чуйского района. Оценка индикаторов 1-й категории показала низкий уровень менеджмента со стороны администрации («0» уровень стандарта протоколов ежемесячных встреч администрации, по управлению информацией и бюджетом, по ресурсам для противотуберкулезной службы, для гипертоников и подготовки к родам и для кабинетов укрепления здоровья; низкий

уровень по обеспечению лекарственными средствами и оборудованием). По категории №3, где оценивается удовлетворенность пациентов с туберкулезом, с гипертонией, а также беременных и матерей с детьми до 5 лет, отмечен также низкий уровень - 34%. По категории №4 обзор индикаторов показал предоставление некачественных услуг для пациентов с туберкулезом - низкое количество пациентов завершивших лечение, высокий % дефектных образцов мокроты, низкий % прошедших пациентов на Gen-Expert и тест на лекарственную чувствительность, низкий % пациентов получивших амбулаторное лечение и лечение по поводу побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, низкий уровень знаний по сбору мокроты и некачественное оформление медицинских карт. По категории 5 также отмечен низкий % беременных получивших базовый пакет по антенатальному уходу и по ревакцинации, низкий уровень знаний специалистов по преэклампсии, и некачественное оформление индивидуальных карт беременных женщин. По категории №6 обзор коллег экспертов показал низкий % (3 %) выявленных пациентов с гипертонией от приписанного взрослого населения, низкий уровень удовлетворенных пациентов по пересмотру индивидуальных факторов риска, по обучению в школе гипертоников. Также низкий % получивших рецепты на генерические лекарства пациентов и достигших целевого уровня артериального давления. Оценка уровня знаний по проведению электрокардиограммы, догоспитальной помощи при остром коронарном синдроме и экспертизе введения амбулаторных карт больных с гипертонической болезнью тоже показала неудовлетворительные результаты. По категории №7 были низкие результаты оценочной карты – снижен % детей прошедших скрининг на анемию, доля детей получивших консультирование по питанию и доля детей вакцинированных согласно календарному плану. Не получили баллы при оценке знаний специалистов групп семейных врачей по алгоритму интегрированного ведения болезней детского возраста и качественному заполнению амбулаторной карты детей до 5 лет. После завершения обзора коллег качества медицинской помощи в центрах семейной медицины с использованием индикаторов инновационного инструмента оценочной карты был произведен расчет количества выявленных за квартал больных с туберкулезом и количества визитов больных с гипертонией, для получения общей суммы и вычитания разницы через результат обзора.

Таким образом, новый инструмент интенсивного мониторинга как оценочная карта с чек-листами для уровня первичной медико-санитарной помощи позволит в перспективе улучшить систему финансирования и мотивации провайдеров, что отразится позитивно на эффективности государственного расходования в здравоохранении.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бобоев А.Т., Худайбергана Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, СП 20, Ташкент, Узбекистан

Несмотря на большое число исследований, начиная от эпидемиологических и заканчивая изучением тонких механизмов реализации болезни на молекулярном уровне, в понимании БА, её течении, механизмах развития и подходах к лечению, существует много неясного и противоречивого, что заставляет продолжать исследования в данной области. За последние годы в большинстве развитых стран отмечается рост смертности, связанный с бронхиальной астмой, несмотря на неуклонное увеличение числа аллергологов, пульмонологов, значительное увеличение числа выпускаемых разнообразных диагностических средств противоастматических. Всё это явно свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы помощи. В данной ситуации приоритетным становится лечение больных БА в амбулаторных условиях с использованием дневных стационаров при СВП и СП (Сельский врачебный пункт и Семейная поликлиника) для лечения обострений. При этом большая роль в лечении и эффективном диспансерном наблюдении отводится врачам общей практики.

Цель работы. Разработать клинико- иммунологические алгоритмы лечения больных бронхиальной астмой (БА) в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Этапное лечение больных бронхиальной астмой (БА) включало стационарное, амбулаторное и санаторно-курортное лечение. Под наблюдением находились 167 больных бронхиальной астмой инфекционно-зависимым вариантом (II-III-IV ступени). На первом

этапе всем больным с обострением БА проводилось обследование и лечение в условиях стационара. Больные получили традиционное лечение, включавшее бета-агонисты, метилксантины, ингаляционные глюкокортикостероиды, мукоактивные, и десенсибилизирующие препараты. По показанию проводилось физиотерапевтическое лечение. В результате лечения отмечалось облегчение клинических симптомов, улучшение показателей внешнего дыхания и других общеклинических анализов, что коррелировало с улучшением количественных и функциональных показателей Т-В звена иммунитета. Длительное наблюдение и лечение в амбулаторных условиях является основой для успешного ведения больных бронхиальной астмой. На втором этапе больным инфекционно-зависимым вариантом БА – проводилось индивидуальное лечение, включающее квалифицированную антибактериальную терапию, неспецифическую десенсибилизацию, в том числе ингаляционные глюкокортикостероиды. В-агонисты пролонгированного действия и неспецифическая иммуномодулирующая терапия с включением препарата бронхомунала. III-этап в условиях горноклиматического санатория характеризовался еще большим улучшением клинико-иммунологических и функциональных показателей, что выражалось в резком уменьшении или отсутствии клинических симптомов БА, снижении дыхательной недостаточности (позитивная динамика пикфлоуметрии), а также увеличении содержания СДЗ клеток и нормализация сывороточного иммуноглобулина класса E, удлинялась продолжительность ремиссии.

Вывод. Наилучшие результаты клинико-иммунологических и функциональных показателей у больных бронхиальной астмой получались после III- этапа лечения, в условиях горноклиматического санатория «АК-ТАШ».

ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ РЕСПИРАТОРНОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА

Бримкулов Н.Н., Муратова Ж.К., Сулайманов Ш.А.

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек,
Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан*

Цель исследования: исследовать эпидемиологию и клинико-аллергологические проявления респираторной аллергии у детей юга Кыргызстана для оптимизации организационных и лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. С целью реализации поставленных целей и задач, нами были изучены региональные факторы риска развития бронхиальной астмы у детей. Клинико-лабораторному обследованию подвергались 152 детей, больных бронхиальной астмой (БА), получавших лечебно-диагностическую помощь в Ошской областной детской клинической больнице и детском стационаре Жалал-Абадской областной объединенной больницы, в период с 2000 по 2009 годы. Среди них жители Жалал-Абадской области составили явное большинство (n=92) – 70,8%. Процент детей из других областей соответственно был: из Ошской области (n=32) - 24,6%, из остальных регионов страны (n=6) - 4,6%. В группе наблюдаемых детей преобладали больные мужского пола (>1,5 раза). Средний возраст детей был 11,5±3,2 лет. Продолжительность течения БА у обследованных детей колебалась от 1 года до 10 лет. Для оценки распространенности (prevalence) симптомов респираторной аллергии по протоколу Международного исследования астмы и аллергии у детей (ISAAC) обследовано 4928 школьников г.Жалалабат в возрасте 6-7 и 13-14 лет (2271 и 2657 соответственно).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что выявляется значительная частота симптомов аллергического ринита (АР) у детей в возрастной группе как 13-14 (38,7±0,5%), так и 6-7 (25,0±0,4%) лет, что в среднем в 39 раз превышает показатели распространенности болезни по обращаемости (1,5%, p<0,001). Такие же признаки ринита в течение года, предшествовавшего обследованию были отмечены, соответственно, у 24,9±0,6% и 13,2±0,7% опрошенных. Сочетание текущих симптомов БА и АР по данным опросника ISAAC и последующего углубленного клинического осмотра, соответственно, установлено у 41,0±0,92% и у 74,6±1,6% обследованных школьников (p<0,05). При этом следует отметить, что распространенность АР у обследованных детей было значительно меньше (31,8%, p<0,05).

Выводы. Симптомы БА и АР среди обследованных детей - жителей юга Кыргызстана достаточно распространены, уровень их приближается к данным, полученным по этой методике в

других странах мира (ISAAC, ARIA). Это диктует необходимость повышения качества диагностики указанных состояний и повышение квалификации семейных врачей.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ В РАБОТЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.

Воронцов М.М., Заугольникова Т.В.

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

По данным литературы неспецифические болевые синдромы (БС) в спине один из наиболее распространенных клинических симптомокомплексов, с которым встречаются неврологи, врачи общей практики и семейные врачи, не направляя таких пациентов узкому специалисту. В настоящее время этиология, патогенез, клиническая картина таких состояний детально изучена и изложена в практических пособиях и международных рекомендациях. Подходы к лечению больных с неспецифическим БС доказаны в международных рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях. Однако ведение пациентов с БС участковым терапевтом и другими специалистами не всегда оптимально. Зачастую в повседневной клинической практике врачи руководствуются устаревшими представлениями об «остеохондрозе позвоночника» как непосредственной причине боли, используют методы лечения, не показавшие свою эффективность с позиций доказательной медицины

Цель исследования. Показать возможности ведения больных с неспецифической болью в спине в амбулаторных условиях врачом общей практики (ВОП).

Материал и методы. В исследовании участвовало 50 больных (из них 28 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 25 до 53 лет с БС поясничной локализации, без специальных критериев отбора, со средним и высоким уровнем болевого синдрома 5-8 баллов по визуальной аналоговой шкале боли. Из них 8 пациентов имели неврологические расстройства по типу дискогенной радикулопатии, подтвержденные методами нейровизуализации (МРТ, КТ). После консультации этой группы нейрохирургом от пациентов получен категорический отказ с мотивировкой страха оперативного воздействия и желанием продолжать лечиться консервативно. У 42 больных ведущим клиническим симптом в формировании БС был один из вариантов скелетно-мышечной дисфункции или их сочетание.

Создан протокол ведения пациентов с неспецифическими БС. Пациентам назначена стандартная противоболевая лекарственная терапия – ненаркотические анальгетики в течение до 15 дней; гастропротекторы (ингибиторы протонной помпы), миорелаксанты (баклофен, тизанидин, толперезон) и препараты, обладающие центральным противоболевым действием при наличии нейропатического компонента боли (габапентин, карбамазепин, прегабалин). Все препараты назначались в среднетерапевтических дозировках.

При ослаблении болей назначалось увеличение двигательной активности. Убедительную эффективность показала когнитивно-поведенческая психотерапия. Основными этапами которой являлись: объяснение пациентам сути лечения, "идеологии" терапии, выявление так называемых дезадаптивных мыслей, которые вызывают неблагоприятные психологические реакции такие как «из-за боли мне нельзя двигаться».

Результаты. Ведение пациентов согласно разработанному в исследовании протоколу выявило приверженность всех пациентов терапии, купированию болевого синдрома и быстрый переход в состояние ремиссии с ранним возвращением к труду.

Выводы. Следование созданному в исследовании протоколу доступно для применения ВОП на амбулаторном этапе и является путем к улучшению состояния больного и предупреждению сложного и затяжного течения БС. В образовательные программы подготовки и повышения квалификации ВОП должны включаться протоколы ведения пациентов с неспецифическим БС в спине.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКАМИ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Денисов И.Н., Рожнова К.С.

Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, Россия

Цель: изучение заболеваемости и самооценки здоровья подростками с различным уровнем физической активности.

Материал и методы: изучение заболеваемости проводилось на основании медицинских карт амбулаторного больного (ф025/у), медицинских справок ф086/у и выписок из медицинских карт амбулаторного больного (ф027/у) 120 подростков мужского пола и юношей в возрасте от 16 до 21 года. Самооценка здоровья изучалась на основании анонимного анкетирования и опроса. *Первую группу* составили студенты, не имеющие физической активности вне уроков физкультуры; *вторую* – студенты, дополнительно занимающиеся в секциях или индивидуально; *третью* – подростки, профессионально занимающиеся мини-футболом.

Результаты: доля здоровых лиц в исследованных группах составила 25%; 22,5% и 35%, при этом по результатам изучения самооценки здоровья показатели были пропорционально выше: 62,5%, 57,5% и 80%. В случае признания у себя какого-либо хронического заболевания подростки указывали преимущественно на наличие одной патологии, за исключением представителей первой группы, которые указывали до 4х нозологий. В отличие от них профессиональные спортсмены, если и признали наличие у себя патологии (в 20% случаев из 35% диагностированных) - то только одной.

Первое место (41,7%) во всех группах занимает патология опорно-двигательного аппарата (40%, 32,5% и 37,5% в соответствующих группах), тяжесть которой уменьшается от первой к третьей группе, за исключением патологии суставов травматического характера; наличие данной патологии при опросе признают только 5,8% подростков (12,5%, 5% и 0%).

На втором месте с незначительным отрывом находится патология ЛОР-органов (40,8%), значительно чаще выявляемая у спортсменов (45% при 25% и 37,5% у сверстников); к данной группе патологии подростки в целом относятся более внимательно (20%, 22,5%), за исключением лиц, профессионально занимающихся спортом (12,5%).

Далее следуют болезни органов зрения (28,3%), которым подростки практически не уделяют внимания - из них лидирует миопия, наиболее распространённая во второй группе (25%, 35% и 15%).

Несколько реже диагностируется патология сердечно-сосудистой системы (ССС) (22,5%), значительно преобладающая в первой группе (32,5%; 15%; 12,5%), в том числе вегето-сосудистая дистония (ВСД – диагноз указан в соответствии с записью в медицинской карте) (30%; 12,5%; 0%). Наличие различных отклонений со стороны ССС, преимущественно ВСД, признаёт половина респондентов, не занимающихся физкультурой, в отличие от сверстников, склонных к занятиям спортом (15%, 2,5% и 2,5%). С учётом нарушения ритма, проявляющегося преимущественно брадикардией по данным ЭКГ, которая для тренированных лиц является вариантом нормы, распространённость отклонений со стороны ССС значительно возрастает, в первую очередь, в группе студентов, не занимающихся физкультурой (47,5% при 20% и 17,5% у сверстников). Патология других органов и систем была диагностирована значительно реже.

Выводы: выявлены особенности заболеваемости как по классам заболеваний, так и по отдельным нозологиям, их степени и тяжести, а также различия в самооценке состояния здоровья подростками с различным уровнем физической активности.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г.СЕМЕЙ

Дюсупова А.А., Еспенбетова М.Ж., Дюсупова Б.Б.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

В настоящее время метаболический синдром (МС) является ведущей причиной смертности во всем мире и обуславливает 12-17% летальности по причине сердечно-сосудистых заболеваний и 30-52% по причине СД [Ford E.S., 2005]. Настораживает тот факт, что составляющие МС как по

отдельности, так и в комплексе стали все чаще встречаться у детей и подростков [Zimmet P., 1999]. Известно, что ожирение (абдоминальное) является главным критерием МС. Ожирение в детском возрасте, по данным мировой статистики, встречается с частотой 12-14% [Бородина О.В., 2007]. Почти у 60% взрослых ожирение, начавшись в детском возрасте, продолжает прогрессировать и ведет к развитию серьезных осложнений. Детское и подростковое ожирение, пролонгированное во взрослый период, имеет более тяжелое течение, сопровождаясь выраженной прибавкой массы и частотой сопутствующих заболеваний, чем ожирение, дебютировавшее в зрелом возрасте [Malincikova S., 2002; Мкртумян А.М., 2005].

Цель исследования: изучить распространенность метаболического синдрома и/или его компонентов у детей и подростков школы гимназии №6 и средней школы №15 города Семей.

Материал и методы. Материалом исследования явились дети и подростки школы-гимназии №6 и средней школы №15 г. Семей в возрасте от 6 до 18 лет. Методы исследования включали анкетирование (с использованием разработанной анкеты) среди исследуемых детей и подростков в возрасте от 6 до 18 лет: антропометрия, данные анамнеза, измерение артериального давления, а также биохимические исследования: гликемический профиль; концентрация триглицеридов, холестерина, холестерин липопротеинов высокой плотности.

Результаты. В процессе исследования всего было осмотрено 1974 детей и подростков г.Семей. Из них 51,9% (1025) составили дети и подростки школы-гимназии №6, 48,1% (949) - представители средней школы №15 г.Семей в возрасте от 6 до 18 лет. В ходе работы признаки МС и предикторы его развития, т.е. группа повышенного риска, выявлены в 29,8% (589) случаев. Ожирение у детей и подростков в школе-гимназии №6 составило 11,5% в сравнении с детьми школы №15, ожирение у которых встречалось в 6,6% случаев. Из 1974 обследованных детей и подростков г.Семей в возрасте от 6 до 18 лет компоненты МС имели место в 16,8 % (331) случаев. Из них 67,9% составили дети и подростки школы гимназии №6 и 32,1% школьники средней школы №15. Частота встречаемости сочетания основного и одного из дополнительных признаков МС также преобладала в школе-гимназии № 6 в сравнении с учащимися средней школы №15. В частности, если в школе-гимназии №6 из общего числа исследуемых детей и подростков такого рода случаи составили 2,34% (n=23), то среди учащихся средней школы №15 эта цифра составила 1,2% (n=12).

Выводы. 1. По результатам настоящего исследования на примере лишь двух школ г.Семей обнаружена достаточно высокая распространенность компонентов и предикторов развития МС у детей и подростков составившая 29,8% (585) случаев. 2. Из 1974 обследованных детей и подростков г.Семей в возрасте от 6 до 18 лет компоненты МС имели место в 16,8 % (331) случаев. 3. Принимая во внимание, что МС может быть непосредственной причиной развития ряда тяжелых заболеваний, приводящих к ранней инвалидизации и преждевременной смерти, актуальным является активное выявление такого рода детей и подростков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН

Жиемуратова Г.К., Зарипова М.С., Утепбергенова Г.Т., Шуакбаева Н.М., Утемуратов К.С.

*Нукусский филиал Ташкентского педиатрического медицинского института,
Нукус, Узбекистан*

Актуальность. Важнейшим элементом мониторинга состояния здоровья подрастающего поколения является наблюдение за ростом и развитием подростков старшей возрастной группы, стоящих на пороге взрослой жизни с ее социальными требованиями, возросшей физической и психической нагрузкой. Успешность их адаптации к условиям современной жизни в решающей степени определит будущий репродуктивный и трудовой потенциал страны, ее развитие и уровень национальной безопасности. Ведущую роль в мониторинге здоровья подростков 15–17 лет призваны играть профилактические медицинские осмотры, основной задачей которых является получение объективной информации на индивидуальном, групповом и популяционном уровне.

Цель настоящего исследования – анализ антропометрических показателей физического развития призывников при призыве на военную службу в РК.

Материалы и методы исследования: Ведущими специалистами Министерства здравоохранения проведены исследования среди учащихся юношей общеобразовательных школ,

академических лицеев и колледжей в возрасте от 16 до 18 лет по Республике Каракалпакстан. В зависимости от возраста юноши были разделены на 3 группы. Всего обследовано 4605 юношей.

У обследуемых юношей проведены антропометрические измерения (вес, рост, индекс массы тела – ИМТ, окружность грудной клетки). Все полученные данные изучили в динамике. Результаты сравнивались со стандартами антропометрических показателей детей, рекомендуемых всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ,2007).

Результаты исследования: Как показывает исследование, наметилась некоторая положительная динамика показателей юношей признанных годными к военной службе. Доля юношей призванных годными к военной службе заметно увеличилась с 60,6 в 2005 году до 80,9 в 2013 году. С каждым годом количество юношей признанных годными увеличивается и составляет в настоящее время 80,9 и приближается к международным показателям.

Полученные данные по показателям физического развития свидетельствовали, что рост мальчиков в возрасте 16 лет в 2011-году в среднем на 2,2 см больше, чем у мальчиков в 2005-году. Рост мальчиков, соответственно, в возрасте 17 лет на 2,1 см, а в 18 лет на 2,0 см больше, чем у мальчиков в 2005-году. Результаты сравнивались со стандартами антропометрических показателей детей, рекомендуемых всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ,2007). При этом доля мальчиков, соответствующих стандартам ВОЗ составила: в 2005г. 82,9% детей в возрасте 16 лет, 72,5% -в возрасте 17 лет и 81,2% мальчиков возрасте 18 лет, в 2011-году 88%, 84% и 86% мальчиков соответственно.

Наблюдается и улучшение соотношения веса к росту. Масса тела в возрасте 16 лет в 2011году в среднем на 2,3 кг больше, чем у мальчиков в 2005 году. Масса тела юношей соответственно в возрасте 17 лет в на 2,7 кг больше, а в 18 лет в среднем на 2,5 кг больше, чем у юношей в 2005 году. При этом в 2005 году 86,6% подростков, 2011 году 87,4% подростков в возрасте 16 лет, соответственно 88,5% и 93,2% подростков в возрасте 17 лет и 89,3% и 92,4% подростков в возрасте 18 лет соответствовали стандартами антропометрических показателей подростков, рекомендуемых всемирной организацией здравоохранения. В настоящее время средний рост признанных годными к военной службе в РК среднем составил 170,2 см, что по сравнению по республике Узбекистан составил 170,9 см, в том числе средняя масса тела 63,6 кг, что на 3,8 кг меньше чем по республике.

Заключение. Результаты изучения физического развития юношей призывного возраста показал положительное влияние физической культуры и спорта на антропометрические показатели. Увеличилась доля юношей призывного возраста по сравнению с предыдущими годами.

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В ФОРМИРОВАНИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Зарипова М.С., Шуакбаева Н.М., Утепбергенова Г.Т., Рахманова Л.Ж., Календерова Г.К.

*Нукусский филиал Ташкентского педиатрического медицинского института,
Нукус, Узбекистан*

Актуальность. Физическое развитие является одной из основных характеристик течения пубертата и становления репродуктивной системы девушки-подростка. Последнее признано одним из главных физиологических факторов, определяющих время появления и степень развития вторичных половых признаков, а также возраст менархе и характер становления менструальной функции. Одно из основных направлений реформ - новый концептуальный подход в вопросах охраны материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения.

Цель исследования: Влияние спорта на половое развитие девочек и сравнительная оценка полового созревания девочек подростков регулярно занимающихся физической культурой и спортом Республике Каракалпакстан.

Материалы и методы исследования: Исследования проводились среди учащихся в возрасте от 13 до 16 лет общеобразовательных школ. Всего обследовали 1260 девочек – подростков в городах Нукуса, Тахиаташа и во всех 12 районах Республики Каракалпакстан. Все обследованные девочки-подростки были разделены на 2 группы. Основную группу составили 548 девочек-подростков, возраст которых в 2005 году составил 13-16 лет. Группу сравнения составили 712 девочек-подростков, возраст которых 2011 году составил 13-16 лет. Для определения стадии полового созревания девушек использовали формулу Таннера, которая включает 3 показателя: стадии развития

молочных желез (М), Лобковых волос (Р) и Менархе (Мх). Проведены антропометрические измерения (вес, рост), а также изучены перенесенные ими заболевания.

Результаты исследования: Полученные данные по показателям физического развития свидетельствовали, что занятия физической культурой и спортом способствовали увеличению роста среди девочек, регулярно занимающихся физической культурой и спортом во всех сравниваемых возрастах. Рост девочек в возрасте 7 лет в 2011 году в среднем на 2,6 см больше, чем у девочек в 2005-году. Рост девочек, соответственно, в возрасте 10 лет на 2,1 см, а в 14 лет на 2,0 см больше, чем у девочек в 2005-году. Результаты сравнивались со стандартами антропометрических показателей детей, рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ, 2007). При этом доля девочек, соответствующих стандартам ВОЗ составила: в 2005г. 72,5% детей в возрасте 7 лет, 81,5% - в возрасте 10 лет и 82,9% девочек возрасте 14 лет, в 2011-году 77%, 89% и 89% девочек соответственно. Также наблюдается улучшение соотношения веса к росту. Масса тела в возрасте 7 лет в 2011году в среднем на 2,1 см больше, чем у девочек в 2005 году. Масса тела девочек соответственно в возрасте 10 лет на 2,6 см больше, а в 14 лет в среднем на 2,7 см больше, чем у девочек в 2005 году. При этом в 2005 году 84,2% детей, 2011 году 88,2% детей в возрасте 7 лет, соответственно 88,5% и 93,2% детей в возрасте 10 лет и 92,3% и 96,1% детей в возрасте 14 лет соответствовали стандартам антропометрических показателей детей, рекомендуемых ВОЗ. Полученные результаты исследования среди девочек-подростков проживающих в городе и сельской местности свидетельствуют о том, что занятия спортом способствовали нормальному развитию вторичных половых признаков каждым годом. Средний возраст менархе в основной группе девочек-подростков составил $13,2 \pm 0,2$ года, в группе сравнения $12,6 \pm 0,1$; ($p < 0,05$). У девочек-подростков основной группы средний балл полового развития составил $11,5 \pm 0,1$ (в группе сравнения $11,9 \pm 0,2$; $p < 0,05$). Показатель ИМТ составил у девочек-подростков основной группы — $20,6 \pm 0,2$ ($p < 0,001$), в группе сравнения $22,3 \pm 0,2$ ($p < 0,001$).

Заключение: Таким образом, сравнительный анализ показателей вторичных половых признаков свидетельствует о том, что развитие девушек, занимающихся повсеместно различными видами спорта имеет равную положительную тенденцию во всех регионах, проявляющуюся в динамическом улучшении физического развития девочек подростков. При этом важно учитывать, что физические нагрузки должны быть правильно организованы и дозированы в зависимости от их возраста, пола и индивидуальных показателей. Необходимо отметить, что для повышения эффективности занятий спортом, особенно в сельской местности, в работе с девочками рекомендуется улучшить методический уровень тренировочного процесса с подбором интенсивности тренировочных нагрузок, обеспечить все спортивные учреждения тренерами, наставниками. Регулярные тренировки в подростковом возрасте расширяют резервы организма девочек, улучшают их здоровье, а это в свою очередь способствует улучшению репродуктивного здоровья и имеет огромное значение в рождении гармонично развитого поколения. Занятия спортом способствуют снижению заболеваемости девочек-подростков, улучшению восприятия окружающего мира и устойчивости к стрессам.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМА И КГУСТА

Ибрагимова Т.М., Леонтьева Н.С.

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

С целью изучения заболеваемости студентов различных факультетов Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (КГМА) была проанализирована 431 амбулаторная карта из студенческой поликлиники. В качестве группы сравнения взята 131 амбулаторная карта студентов Кыргызского государственного университета строительства, транспорта и архитектуры имени Н. Исанова (КГУСТА). Распределение студентов КГМА по факультетам оказалось следующим: «Лечебное дело» (ЛД) - 217 человек, «Педиатрический» (ПФ) – 36, «Медико-профилактическое дело» (МПД) – 45, «Высшее сестринское дело» (ВСД) – 16, «Фармацевтический» (ФФ) – 44 и «Стоматологический» - 73 человека.

Результаты и их обсуждение. Общая заболеваемость студентов младших курсов КГМА составила 139%, что значительно превышало таковую у учащихся КГУСТА – 33,42%, ($p < 0.05$). Оценка заболеваемости по факультетам внутри КГМА показала наибольшую заболеваемость среди студентов отделений ВСД (301,2%) и МПД (306%), тогда как других факультетах она была ниже: ЛД – 140%, ПФ – 117,3%, ФФ – 115,2% и СФ – 133,9%. Анализ состояния здоровья студентов при переходе с 1-го курса (26,9%) на 2-й (39,0%) и 3-й (34,1%) курсы показал увеличение удельного веса обучающихся с хроническими заболеваниями на втором курсе.

Выводы: Таким образом, у студентов младших курсов КГМА всех факультетов отмечается высокий уровень заболеваемости различными патологиями внутренних органов, особенно среди студентов ВСО и МПД, причем выявлялось увеличение числа заболевших среди студентов 2-курса

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Исмаилова А.Д., Султанова А.Б.

Республиканский центр «СПИД», Ассоциация ГСВиСМ, Бишкек, Кыргызстан

Результаты реализации в стране программы ППМР являются весьма значительными. На предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку уделяется особое внимание со стороны Министерства здравоохранения КР, так одной из целей Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден Соолук» и Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 годы является снижение вертикальной передачи ВИЧ-инфекции до 3% к 2016 году от числа родившихся детей (2008г. - 8,3%). В частности, в течение последних двух лет отмечается снижение случаев вертикальной передач ВИЧ до 3,4%. В рамках реализации указания Министерства здравоохранения № 158 от 03.03.2015г. с 12 марта по 10 апреля 2015 года проведен мониторинг ранней диагностики ВИЧ среди младенцев (РДМ), родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей в Ошской, Джалал-Абадской и Чуйской областей.

Цель мониторинга: улучшение качества медицинских услуг детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей, путем ранней диагностики младенцев (РДМ), для своевременного назначения антиретровирусной терапии и предотвращения клинического прогрессирования ВИЧ-инфекции у детей.

Материал и методы. Обследование детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей в соответствии с алгоритмом проводят методом ПЦР ДНК ВИЧ в возрасте 48 часов после рождения, независимо от результатов этих обследований, второе обследование повторяют в 4-6 недель жизни и 3-4 месячном возрасте. В целях улучшения ранней диагностики с 2013 года внедряется новая методика диагностики ВИЧ-инфекции у детей методом «сухой капли крови» (СКК) при поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ). Для успешного внедрения данной методики было проведено обучение медперсонала ПМСП, службы СПИД. Подготовка сотрудников данных ОЗ позволила внедрить его по республике.

Результаты. Мониторинговый визит проведен в ОЗ трех областей:

- в 10 ЦСМ Джалал-Абадской области, где зарегистрировано кумулятивно 102 беременных женщин с ВИЧ и от них родилось 98 детей. Диагностика ВИЧ методом ПЦР ДНК у детей с начала проводиться только с 2013 года, когда было обследовано всего 10 детей, в 2014г. - 9;

- в 7 ЦСМ Ошской области, где зарегистрировано 320 беременных женщин с ВИЧ, от них родилось 298 детей. Диагностика ВИЧ методом ПЦР ДНК 122 детей с перинатальным контактом была проведена только у 50 детей, что составило 41% из числа подлежащих тестированию на ВИЧ детей;

- в 7 ЦСМ Чуйской области - зарегистрировано кумулятивно 165 беременных женщин с ВИЧ, родилось 140 детей с перинатальным контактом, из них было обследовано всего 30 детей, что составило 21,4%.

Проведен аудит 462 амбулаторных карт матерей с ВИЧ-инфекцией, из них в Ошской области и г.Ош – 254, в Джалал-Абадской области - 98 амбулаторных карт и Чуйской области -110. По республике в целом за период с 2011г. по 2012г. обследовано в 2-х месячном возрасте 11 детей, что составило 13%, в 2013г. - 34 ребенка (33,3%), 2014- 55 детей (48%).

Заключение. Мониторинг очень важен, чтобы обеспечить раннюю и точную диагностику ВИЧ; оказать оптимальную медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным детям, чтобы свести к минимуму смертность и улучшить их качество жизни.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ

Мамбеткаримов Г.А., Жиёмуратова Г.К., Бабаниязова Ж.Ж., Утекеева С.С.
*Нукусский филиал Ташкентского педиатрического медицинского института,
Нукус, Узбекистан*

Цель. Аральский экологический кризис является одной из крупнейших экологических проблем планеты. Неблагоприятные условия среды обитания в первую очередь представляют опасность для детей, которые в силу морфофункциональной незрелости отличаются повышенной чувствительностью к различным экологическим факторам. Их организм является своеобразным маркером повышенной чувствительности к состоянию окружающей среды.

Материалы и методы. Обследованы 160 детей, у которых были изучены содержание микроэлементов, биохимические показатели. Проведен анализ взаимосвязей микроэлементного статуса с факторами окружающей среды.

Результаты. Выявлено, что дефицит Са в сыворотке крови имеется у 44%, а Fe у 39%, при этом в клинической картине чаще выявлялись гипохромная анемия, воспалительные изменения слизистых и хронический гастродуоденит, а также иммунодефицитные состояния. Дефицит общего белка в сыворотке крови имел место у 67,3% обследованных детей. Снижение в крови общего количества эритроцитов обнаружено у 78,4% детей. На фоне распространенности белкового дефицита значимость патологически действующего водного фактора на состояние здоровья детей в регионе резко повышается. Заболеваемость детей тесно коррелирует с загрязнением окружающей среды пестицидами ($r=0,66$), качеством питьевой воды (с концентрацией сульфатов в воде $r=0,83$ и хлоридов в воде $r=0,52$). Установлена корреляционная связь между заболеваемостью детей и жесткостью ($r=0,40$) и минерализацией ($r=0,53$) питьевой воды. Анализ выявил обратную корреляционную зависимость между содержанием Са в питьевой воде и в сыворотке крови у обследованных детей ($r= - 0,057$). Между содержанием Fe в крови у детей и хлоридами в питьевой воде имеется корреляционная взаимосвязь ($r=0,28$). Слабая корреляционная связь обнаружена между содержанием гемоглобина в крови у детей и жесткостью ($r=0,08$) и хлоридами ($r=0,15$) питьевой воды. В условиях повышенной загрязненности приземного слоя атмосферы в регионе проходимость различных отделов бронхов у детей тесно коррелировала с химическим составом воздуха. Обнаружена корреляционная взаимозависимость с загрязнением атмосферного воздуха: с двуокисью азота ($r=0,58$) и с пылью ($r=0,53$). Многофакторная оценка параметров окружающей среды, отрицательно влияющих на состояние здоровья детей, показала, что общая доля объясняемой дисперсии, определяющей вклад экологических факторов в заболеваемость детей, достаточно значима и достигает 68,4%. Остальная доля дисперсии - 31,6% обусловлена эндогенными факторами. Наибольший вклад в заболеваемость детей вносит водный фактор, доля которого составляет 32,6%. Сходные распределения наблюдаются для таких факторных нагрузок, как пестициды и загрязненность воздушной среды региона, на долю которых приходится соответственно 16,4 и 19,4%.

Выводы. В регионе Приаралья особую важность приобретают комплексные исследования медико-экологического характера. Они позволяют оценить и выявить не отдаленный, а непосредственный эффект воздействия наиболее неблагоприятных экологических факторов региона на здоровье детей, расшифровать механизмы мобилизации функциональных резервов их организма, определить критерии пограничного состояния здоровья, выявить факторы риска заболеваний.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО КУРАТОРСТВА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

В формировании современной системы здравоохранения одним из приоритетных направлений является забота о здоровье матери и подрастающего поколения с последовательным и системным решением задач, направленных на достижение основной цели – “Здоровая мать – здоровый ребенок”.

Важнейшим достижением отечественного здравоохранения является создание современной и эффективной службы бесплатной первичной медицинской помощи, состоящей из сети сельских врачебных пунктов и районных/городских поликлиник.

С целью оказания помощи медработникам в совершенствовании их профессиональной деятельности и достижении эффективных результатов их работы в стране при поддержке специалистов регионального офиса ВОЗ внедрена система Поддерживающего кураторства. Основопологающей целью кураторства является содействие укреплению и охране здоровья и благополучия матери и ребенка, снижению материнской и детской смертности посредством мероприятий, направленных на оказание качественных медицинских услуг, отвечающих нуждам и потребностям семьи и общества.

Группой экспертов с целью систематизирования работы кураторов и внедрения единого подхода к оценке деятельности ВОП во всех сферах оказания медицинской помощи в области охраны здоровья матери и ребенка разработаны опросники. Опросники позволяют оценить информационную систему, организацию и управление, связь медицинского учреждения с гражданским сообществом, и самое главное, качество оказания медицинской помощи женщинам и детям. К настоящему времени уже проведены мониторинги работы кураторов в пилотных регионах - Наманганской области и в Республике Каракалпакстан. Получены хорошие результаты по сравнению с традиционным кураторством. Так, если по результатам первого мониторинга, оценка эффективности оказания медицинской помощи детям до 5 лет, включающая в себя оценку состояния ребенка, обоснованность постановки диагноза, назначения лечения, направления в стационар, оценку физического и психомоторного развития ребенка, а также навыки консультирования врачей общей практики составила в среднем по Наманганской области 45 баллов из 100, а в Республике Каракалпакстан – 58 баллов, то во время второго мониторинга эти показатели были значительно выше и составили 69 и 77, соответственно. Положительная динамика отмечена и в оказании медицинской помощи женщинам во время беременности и послеродовом периоде. При оценке учитывались следующие критерии: своевременность взятия беременных женщин на учет, навыки врачей общей практики в выполнении стандартов ведения беременных женщин, в обследовании и назначении лабораторных методов исследования, оказании экстренной помощи, направления и транспортировки на следующий уровень при угрожающих беременности состояниях, послеродового ухода, консультирования по вопросам контрацепции и др. Так, при первом мониторинге качество оказания медицинской помощи беременным женщинам и женщинам в послеродовом периоде было оценено в среднем по Наманганской области 78 баллов, в Республике Каракалпакстан – 38 баллов, во время следующего мониторинга эти показатели составили, соответственно, 86 и 62 балла.

Таким образом, система Поддерживающего кураторства способствует выявлению проблемы и решению её на месте, повышению качества медицинских услуг путем укрепления отношений и связей внутри системы здравоохранения, внедрению стандартов, организации командной работы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Молдобекова Э.М., Сарлыков Б.К.

*Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева,
Кыргызско-Российский Славянский Университет имени Б.Н.Ельцина, Бишкек, Кыргызстан*

По сведениям ВОЗ, около 1/3 населения земного шара (примерно 2 млрд.) заражены микобактериями туберкулёза (ТБ). Ежегодно во всем мире заболевают ТБ 8-10 миллионов человек и из них около трех миллионов каждый год погибают. На развивающиеся страны приходится 95% всех

случаев заболеваний ТБ, регистрируемых в мире и 98% случаев смерти от этой инфекции. На данном этапе эпидситуация по ТБ обострилась во всех странах мира. В последнем десятилетии XX века эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу (ТБ) в Кыргызстане, как и во всем мире серьезно осложнилась. Так, отмечается рост показателей заболеваемости, болезненности и смертности среди взрослого населения и, что тревожно, наблюдается подъём инфицированности и заболеваемости детей. Дети из семейных очагов туберкулёзной инфекции, имеют наибольший риск первичного инфицирования и заболевания ТБ. Участковые врачи совместно с врачами фтизиатрами должны проводить мероприятия, связанные с ранним выявлением и профилактикой ТБ у детей на уровне первичного звена медико-санитарной помощи.

Цель: Оценить эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости туберкулезом в Кыргызской Республике, в том числе среди детей.

Материалы и методы: Для анализа медико-демографических, санитарно-эпидемиологических показателей с учетом рекомендаций ВОЗ были использованы статистические данные Республиканского медико-информационного центра, Национального Центра Фтизиатрии, Городской детской противотуберкулезной больницы г. Бишкек

Результаты. По данным Государственной статистической отчетности в 2014 году в Кыргызской Республике зарегистрировано 5763 впервые выявленных больных ТБ, или 98,8 на 100 тыс. населения, а в 2009 году регистрировались 5434 больных ТБ, т.е. 100,9 на 100 тыс. населения. При этом в 2014 году среди контингента в Государственной Службе Исполнения и Наказания (ГСИН) выявлено 1939 случаев легочного ТБ с бактериовыделением, что составляет 32,9% от общего числа новых случаев и 45,4% от случаев легочного ТБ., т.е. 1789,5 на 100 тыс. населения.

Среди детей по данным Государственной статистической отчетности в 2014 году в Кыргызской Республике впервые зарегистрированы 438 больных ТБ или 24,1 на 100 тыс. населения. В 2009 году таких пациентов было несколько больше, т.е. 541 больной ТБ или 33,3 на 100 тыс. населения. В г. Бишкек выявлялись 85 больных ТБ или 35,6 на 100 тыс. населения, Чуйской области 79 случая, т.е. 32,1 на 100 тыс. населения и в г. Ош 32 случая больных ТБ или 42,4 на 100 тыс. населения.

Выводы. Ситуация по динамике эпидемиологических показателей туберкулеза в целом по Кыргызстану остается напряженной. Это обусловлено высокой распространённостью ТБ среди специального контингента, где почти у половины поражённых выявляется лёгочная форма и даже бактериовыделение. Регистрируется ТБ и среди детей, при этом самая высокая заболеваемость отмечалась у детского контингента г. Ош.

ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Нармухамедова Н.А., Дадабаева Р.К.

Проект «Здоровье-3», Ташкентская медицинская академия, Ассоциация врачей общей практики, Ташкент, Узбекистан

Реализация программы реформирования системы здравоохранения предусматривала создание и поэтапный переход к Национальной модели здравоохранения Республики Узбекистан с развитием сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), обеспечение гарантий по предоставлению определённых медицинских услуг за счёт государства, повышение эффективности расходования бюджетных средств в секторе здравоохранения. Приоритет был отдан профилактической медицине и внедрению здорового образа жизни, формированию физически и нравственно здорового, гармонично развитого поколения, воспитание у населения ответственности за своё здоровье. Основу национальной модели здравоохранения составляет государственная система здравоохранения, изменившая структуру организации медицинской помощи первичного звена здравоохранения (ПЗЗ), обеспечив переход от многоступенчатой формы оказания медицинской помощи к двухступенчатой – сельский врачебный пункт (СВП) и центральная районная больница. СВП является лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи сельскому населению соответствующей территории. Он организуется с учетом расселения населения, количества и отдаленности населенных пунктов, радиуса обслуживания.

В 1999-2004 гг. в рамках реализации проекта “Здоровье-1” было осуществлено внедрение общей врачебной практики в 3-х пилотных областях: в Ферганской, Навоинской, Сырдарьинской. Далее еще в двух: Хорезмской области и Республике Каракалпакстан. Анализ эффективности

оказания медицинской помощи показал увеличение в 2 раза количества посещения пациентов СВП, снижение направлений на консультацию к специалистам на 33,5% и госпитализации в стационар на 26,8%. Сегодня положительный опыт проекта “Здоровье-1” распространен на все регионы республики в рамках проекта “Здоровье-2”. В настоящее время в республике функционирует 2958 СВП.

Качество медицинской помощи населению в значительной степени зависит от уровня профессионализма медицинских работников, поэтому большое внимание было уделено вопросам совершенствования системы подготовки и переподготовки кадров. Определена новая специальность – «врач общей практики». Начиная с 2000 г. медицинские вузы страны перешли на 7-летнее обучение и выпуск врачей общей практики. Для последилового образования при каждом медицинском ВУЗе созданы кафедры/курсы повышения квалификации и переподготовки ВОП для специализации врачей по 10-месячной программе общей врачебной практики. Эти кафедры/курсы оснащены современным учебным оборудованием, оргтехникой, преподаватели обучены в качестве тренеров ВОП. Все это позволяет более качественно подготавливать врачей к лечебно-диагностической, профилактической и организационной работе.

Учитывая положительные результаты, достигнутые в результате внедрения общей врачебной практики в сельское здравоохранение, Правительство республики приняло решение начать эксперимент по пилотированию городской модели ПМСП в 25 экспериментальных городских учреждениях гг. Ташкента, Маргилана, Самарканда и Гулистана в рамках реализации проекта «Здоровье-2». Была создана концепция поэтапного перевода городской поликлинической сети ПЗЗ на принципы общей врачебной практики. На первом этапе был изучен опыт перехода пилотных поликлиник, определены штатно-организационные структуры городской модели ПМСП, разработан механизм управления и финансирования городских поликлиник. На втором этапе проведено распространение городской модели ПМСП на все поликлиники пилотных городов. На третьем этапе принципы городской модели ПМСП были распространены на все городские поликлиники городов республики. В настоящее время функционирует 180 семейных поликлиник, работающие согласно принципам общей врачебной практики.

Оснащение городских и сельских учреждений и одновременная подготовка кадров – врачей общей практики позволили улучшить качество медицинской помощи населению, перенаправить приоритет на профилактическую медицину для раннего выявления заболеваний и предупреждения развития осложнений и смертности от них.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПРОБИОТИЧЕСКОГО ПРОДУКТА ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ОСНОВЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ

Носкова О.Ю., Григорович М.С.

ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров, Российская Федерация

Введение. В последние годы научный интерес вызывает факт влияния метаболической активности кишечной микробиоты (КМ) на процессы эпигенетического программирования обмена организма в наиболее значимый период - первые тысячу дней жизни ребенка (Paul V. Licciardi et al. 2010, Щеплягина Л.А. 2010, Шендеров Б.А. 2015). В этой связи поиск путей коррекции состава и метаболической активности КМ с использованием пробиотических (в основном кисломолочных) продуктов является актуальным (Saimine S., 1996, Rautava S. 2007, Горелов А.В., 2014). Принципиально важно не только введение пробиотического штамма, но и вид продукта, технология его создания (на сегодня в литературе имеются данные по изучению йогуртов и кефира) и возможность персонализированного подхода к его выбору (Шендеров Б.А., 2015).

Цель работы: оценка влияния различных ферментированных пробиотиками кисломолочных продуктов (ФП) на уровень КЖК в кале у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 107 здоровых детей в возрасте 8 -12 мес., у которых на фоне приема в течение месяца трех различных кисломолочных продуктов сравнили динамику метаболической активности КМ по спектру КЖК в кале методом жидкостного хроматографического анализа. В основную группу (ОГ) вошли 67 детей, получавших один из двух кисломолочных продуктов, ферментированных с использованием *B.longum* и *St.termophilus* без

кефирного грибка (в отличие от кефира) и без компонентов сухого молока (в отличие от йогуртов), и имеющим более низкий уровень кислотности (60-80 °Т) в отличие от кефира (110 °Т). В составе ОГ 1-ая подгруппа (1п/г) получала биоряженку (n=34), 2-ая подгруппа (2п/г) - биопростоквашу (n=33). В группу сравнения (ГС) включены 33 детей, получавших неферментированный детский кефир (НК).

Результаты. Оценка спектра КЖК до начала приема продуктов выявила у 70% детей общей группы наличие анаэробного профиля КЖК, характеризующегося повышением содержания пропионовой (С3) и масляной (С4) кислот ($p < 0,05$), снижением уксусной (С2) кислоты ($p < 0,05$); тенденцией к снижению суммарного абсолютного содержания кислот (САСК) и отклонением анаэробного индекса (АИ) в область отрицательных значений ($p < 0,05$) в сравнении с референсными показателями. У остальных 30 % детей выявлен аэробный тип профиля КЖК, проявляющийся повышением относительного количества С2 ($p < 0,05$) и смещением АИ в область слабо отрицательных значений ($p < 0,05$) на фоне тенденции к снижению САСК. Через месяц от начала приема продукта восстановление КЖК наблюдалось во всех 3 группах при более выраженной положительной динамике в ОГ. При этом в ОГ у детей 1п/г наблюдалась более значимая динамика по всем исследуемым параметрам при аэробном профиле, а во 2п/г – при анаэробном профиле КЖК. Имело место повышение САСК в 1п/г до $4,05 \pm 1,44$ мг/г, во 2 п/г до $4,58 \pm 1,38$ мг/г, тенденция к нормализации АИ в 1п/г ($-0,280 \pm 0,019$) ед., во 2п/г до ($-0,333 \pm 0,019$) ед., восстановление профиля С2, С3 и С4 кислот до референсных значений. По остальным параметрам отмечалась также более выраженная положительная динамика в отличие от ГС. В ГС имело место незначительное повышение САСК и долей С3 и С4 кислот, тенденция к снижению С2 и АИ ($p > 0,05$), значение АИ не достигает целевых значений ($p < 0,05$).

Выводы. Прием ФП в сравнении с НК оказывает более значимое позитивное влияние на показатели активности КМ у детей. Оценка КЖК позволяет осуществлять подбор продукта с учетом индивидуальных особенностей метаболического профиля (анаэробный тип – биопростокваша, аэробный – биоряженка) и оптимизировать результаты биокоррекции.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ В СЕЛЬСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ

Нуркина Н.М., Нугманова Д.С., Карамшук М.А.

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Ассоциация семейных врачей Казахстана, Алматы, Казахстан,
Врачебная амбулатория «Кендала» Талгарского района Алматинской области*

Для повышения эффективности оказания медицинской помощи в Казахстане регулярно издаются приказы, рекомендательные письма, стандарты/протоколы. Большинство приказов написаны расплывчато, поэтому трудно выполнимы. Главный врач сельской врачебной амбулатории (ВА) «Кендала» к проблеме эффективного внедрения нормативной документации подошла творчески, учитывая квалификацию, стаж и опыт лечебного персонала. На первом этапе проводится упрощение первичного документа (разработка алгоритмов, форм и т.д.). После ознакомления с новым документом каждый медицинский работник (врачи, медсестры) должен записать конкретные вопросы в непонятных местах. Далее, для упрощения содержания документа, с учетом их вопросов, заведующая ВА перерабатывает его и делает краткую выжимку. Этот процесс повторяется по несколько раз. С каждым вариантом знакомятся врачи и наиболее активные медсестры. Они вносят свои предложения, замечания, вопросы. Окончательный вариант принимается только в том случае, если он конкретен и понятен всем сотрудникам ВА. На основании такой «обработки» документов были созданы так называемые «мозговые» наборы. Например, №1 набор – «Рекомендуемые сроки начала применения различных методов контрацепции для кормящих и не кормящих матерей»; №2 – «После выписки из родильного дома (Опасные симптомы для мамы, гигиена послеродового периода, советы для мам, послеродовая контрацепция)» и т.д. Они все имеют разный цвет (желтый, зеленый, розовый, синий и т.д.) для удобства и оперативной работы. Материал красочно оформлен в виде отдельных заламинированных листов формата А4, написан крупным шрифтом. Всего разработано 6 «мозговых» наборов по различным нормативным документам. На втором этапе сотрудники закрепляют теоретические знания (объясняют и проверяют друг друга). Но наиболее важным компонентом внедрения является практическое выполнение приказов и рекомендаций. Для контроля выполнения алгоритма по оказанию неотложной помощи, заведующая ВА симулирует клиническую

картину острого состояния, например, кровотечения или острого коронарного синдрома. Все этапы внедрения нормативных документов (обсуждение с коллегами, ролевые игры) фиксируются на видеозапись, что позволяет каждому видеть свои недостатки и в дальнейшем над ними работать.

Полученные положительные результаты в работе ВА «Кендала» позволяют рекомендовать подобную схему работы с нормативными документами другим организациям ПМСП.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Одонтуяа Даваасурен

Монгольская Ассоциация паллиативной помощи, Улан-Батор, Монголия

Общие принципы паллиативной помощи в Монголии включены в Национальный стандарт паллиативной помощи MNS 5455-2005. Принципы паллиативной помощи основаны на правах больного с неизлечимым заболеванием и плохим прогнозом. Общие принципы не разграничиваются этапом медицинской помощи. Все медицинские работники, включая семейных врачей и медсестёр должны защищать права паллиативного больного и соблюдать следующие принципы паллиативной помощи:

- Защищать все права больного, общечеловеческие права, включая право получать лечение до конца жизни (паллиативное), даже если его болезнь неизлечима.
- Облегчить физические и психические страдания, активизировать социальную и духовную поддержку для улучшения качества жизни. Паллиативная помощь - это качественная жизнь до конца жизни, поэтому нужно уделять особое внимание качеству жизни.
- Не ускорять смерть (не проводить эвтаназию и не помогать при суицидальной попытке), но и не препятствовать смерти (не проводить сердечно-дыхательную реанимацию при остановке сердца и дыхания).
- Помочь больному по возможности быть активным, независимым и способным для самообслуживания и общения с другими.
- Сохранить больному надежду и стараться не разрушать ее.
- Осторожно, поэтапно и с сочувствием подавать негативную новость больному и членам его семьи. Давать правдивую (хоть и горькую) информацию о результатах исследования, течении болезни и прогнозе. Стараться поддержать открытое взаимопонимание между больным, членами семьи и поставщиками медицинских услуг. Не обманывать больного и не давать ложную надежду.
- Проводить гибкую тактику паллиативной помощи, соответственно потребностям больного и членов его семьи. Уважать право больного на самостоятельное решение.
- Оказывать всестороннюю помощь и психическую поддержку членам семьи больного весь период болезни, и даже после смерти больного помочь членам семьи устоять перед горем при тяжёлой утрате.
- Сделать доступным паллиативную помощь для всех членов общества, независимо от возраста, пола, расы, национальности, религии, образования, нозологии, политических мировоззрений и места в обществе.
- Оказывать непрерывную паллиативную помощь. В основе пирамиды паллиативной помощи находится большая армия членов семьи больного и членов общества, включая родственников, волонтеров, соседей, студентов-медиков и т.д. Семейные врачи и сёстры должны оказывать паллиативную помощь на дому на первичном этапе медицинской помощи. Областные и районные онкологи, гериатры, паллиативные врачи и сёстры, хосписы должны оказывать амбулаторную, больнично-хосписную, дневную паллиативную помощь на втором этапе медицинской помощи. Паллиативное отделение онкологического центра совместно с паллиативными хирургами, радиологами, химиотерапевтами, специализированные паллиативные центры и хосписы должны оказывать всестороннюю паллиативную помощь на третьем этапе медицинской помощи.

Для оказания качественной паллиативной помощи на дому необходимы следующие меры:

1. Обучение:

- Семейные врачи должны быть обучены паллиативной помощи на дому, и для этого в додипломную и постдипломную программу обучения врачей общей практики и семейных врачей должна быть включена паллиативная помощь.

•Семейные врачи должны получить право и быть обучены выписывать опиоиды и должны быть снабжены рецептами для выписывания опиоидов.

2. Политика:

•Министерство образования должно утвердить программу обучения паллиативной помощи для семейных врачей

•Министерство здравоохранения должно утвердить:

-паллиативную помощь как часть медицинской помощи, которую должны оказывать семейные врачи на дому;

-руководство для лечения боли и оказания паллиативной помощи семейными врачами;

-право семейных врачей выписывать опиоиды и снабдить рецептами для выписывания опиоидов;

-право семейных врачей выписывать опиоиды для онкологических больных бесплатно, для неонкологических больных со льготой за счёт медицинского страхования.

3. Услуги:

•Семейные врачи и сёстры должны оказывать на дому паллиативное лечение и уход (лечение и облегчение физических страданий: боли, анорексии, тошноты, рвоты, запоров, поноса, задержки мочи, недержания мочи, одышки, кашля, делириума, пролежней, опухолевых ран и т.д, психологических страданий: депрессии, тревожного состояния, бессонницы и т.д)

•Семейные врачи и сёстры должны обучать членов семьи и волонтеров уходу за больным

• Семейные врачи и сёстры должны оказывать членам семьи психологическую поддержку при тяжёлой утрате после смерти больного

• Семейные врачи и сёстры должны при необходимости направлять больного на следующие этапы специализированной паллиативной помощи и сотрудничать с социальными работниками, психологами, духовными служителями, работниками альтернативной медицины, чтобы всесторонне улучшить качество жизни больного

Обучение семейных врачей и сестёр, снабжение доступной медициной, разумные политические и правовые реформы, совместно с развитием паллиативных услуг позволят повысить качество паллиативной помощи, а значит и качество жизни больных.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Острцова Т.П., Жамалиева Л.М., Бижанова А.Я., Мажекенова А.М.

*Филиал ОО «Ассоциация семейных врачей Казахстана» в Актыобинской области»,
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.Оспанова (ЗКГМУ),
Актыобинский областной консультативно-диагностический центр,
Актыобинская городская поликлиника №3, Актобе, Республика Казахстан*

Целью данного исследования явилось изучение возможностей внедрения паллиативной помощи в повседневную амбулаторную практику в городе Актобе и Актыобинской области.

На первом этапе работы было проанализировано, насколько медицинские работники ПМСП ориентированы в вопросах оказания паллиативной помощи онкологическим больным. Выяснилось, что врачи и медицинские сёстры поликлиник считают, что оказание паллиативной помощи является делом онкологов, стараются не назначать опиоидные препараты, не знают принципов купирования болевого синдрома, правил профилактики и лечения пролежней и других тягостных симптомов, считают, что больному не следует предоставлять полную информацию о болезни. При опросе 52 пациентов и их родных выяснилось, что они не знают о своих правах на получение пособий по инвалидности (45%), не получают эффективного обезболивания (70%), не умеют правильно обрабатывать пролежни (31%) и ухаживать за стомами, помощь психолога получили 12% пациентов.

Учитывая, что амбулаторная паллиативная помощь является наиболее эффективной и малозатратной, с 2013 года проводится активная работа по её развитию, которая включает в себя несколько этапов: обучение тренеров, информационная компания, обучение медицинских работников, психологов, создание мультидисциплинарных команд. Благодаря поддержке Фонда «Сорос-Казахстан» будущие тренеры прошли обучение в г.г.Караганды, Астана, Самара, ознакомились с принципами организации паллиативной помощи путём участия в работе Евразийского конгресса семейных врачей (WONCA) в Вене, посетили хоспис Святого Христофора в

Лондоне, Первый Московский хоспис, хосписы в Самаре и Киеве, где особое внимание обратили на работу выездных бригад.

В информационной компании приняли участие более 500 человек, были задействованы СМИ. Этап обучения включал в себя проведение конференций, семинаров, тренингов во всех лечебных учреждениях города и области. Всего было обучено – 318 человек. Проблемы паллиативной помощи были рассмотрены на заседании секции II съезда семейных врачей Казахстана (г. Актобе, 8-10 октября 2014 г.), в работе которого приняли участие специалисты из России и Грузии. С 2015 года начато проведение учебных модулей по паллиативной помощи в ЗКГМУ, было обучено 42 человека.

В 2015 году реализуется социальный заказ Управления здравоохранения Актюбинской области, направленный на оказание практической помощи больным и повышение информированности населения о правах на её получение. Созданы мультидисциплинарные команды, работающие непосредственно с пациентами, функционирует телефон горячей линии, открыта страница на сайте www.asvkaktobe.kz, проводится обучение медицинских работников, подключены СМИ.

Таким образом, данная форма внедрения паллиативной помощи малозатратна, эффективна, соответствует Государственному стандарту паллиативной помощи и позволяет привлечь к решению многих нерешённых проблем государственные органы, некоммерческие организации (НКО), представителей бизнеса и население в целом.

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Разакова Ф.С., Ахмедов Х.С., Садуллаева Г.Х.

*Национальный университет имени М.Улугбека, Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан*

Климатогеографические факторы, согласно исследованиям, проведенным под эгидой ВОЗ, рассматриваются как факторы внешнего риска, способные отрицательно влиять на функционирование всех систем человеческого организма, а также на течение и исход различных заболеваний, в том числе ревматоидного артрита (РА). К настоящему времени Узбекистан является объектом многих работ медико-географической направленности, т.к. Республика своеобразна по своему географическому расположению, климату и характеру развития промышленности и сельского хозяйства. Поэтому, изучение особенностей течения РА в различных климатогеографических условиях Узбекистана представляет как научный, так практический интерес.

Цель исследования: изучение влияния основных метеорологических факторов на течение РА в различных климатических условиях Узбекистана.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт и выписок из историй болезни стационарных больных с РА среди жителей следующих регионов Узбекистана: северный – город Ташкент, I зона (n=461); западный — Хорезмская область, II зона (n=550), восточный — Наманганская область, III зона (n=504), а также южный регион - Сурхандарьинская область, IV зона (n=498). Фактические уровни метеорологических параметров были получены из региональных Гидрометеоцентров. На основе этих данных был накоплен банк сведений по метеофакторам I-го порядка: атмосферное давление (в мб), температура воздуха (в $^{\circ}\text{C}$), относительная влажность (в %) и продолжительность солнечного сияния (в часах).

Результаты исследований и обсуждение. При сопоставлении среднегодовых характеристик за последние три года обнаружено наличие корреляционных связей между климатическими факторами и клиническими показателями РА. В зоне высокого атмосферного давления (II и IV зоны - 971-975 мб соответственно) отмечается увеличение частоты обращения пациентов к врачу ($r=0,6$; $r=0,72$; $p<0,05$) и количества госпитализаций ($r=0,84$; $r=0,88$; $p<0,05$). При этом во II и IV зонах наблюдается обратная корреляционная связь ($r=-0,9$; $r=-0,7$ соответственно) с показателями больных с длительной ремиссии. Результаты анализа зависимости течения РА от колебания температуры внешней среды показали, что частота различных видов нарушения в репродуктивной системе возрастала в прямой зависимости от уровня и колебания температуры внешней среды. Так, при низких уровнях температуры внешней среды $-8,3^{\circ}$ и ниже (II зона) увеличивается частота самопроизвольного аборта ($r=0,70$; $p<0,05$) и различных видов нарушения менструального цикла ($r=0,73$; $p<0,05$). В то же время, комплекс элементов, устанавливающийся в период высокой

относительной влажности в определенных зонах, является неблагоприятным. При этом, с уменьшением уровня влажности (III зона, $r=0,88$; $p<0,05$) увеличиваются случаи с длительной ремиссией РА.

Выводы. Ретроспективно-корреляционный анализ показывает, что показатели РА отличаются в четырех зонах Узбекистана и климатические факторы оказывают влияние на течение заболевания. Это обуславливает необходимость более целенаправленного и детального изучения влияния факторов внешней среды на развитие и прогрессирование РА, что позволит намечать возможные пути влияния на патологический процесс, т.е. разработать более рациональную основу для адекватных методов терапии, тем самым улучшая течение заболевания и повышая качество жизни самих пациентов.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Реуцкий А.А., Заугольникова Т.В.

*Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная больница на станции Калининград
ОАО «РЖД», Калининград, Россия.*

*ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова,
Москва, Россия*

Приблизительно 85-90% антибиотиков назначается врачами первичного звена здравоохранения, в том числе 60% при инфекциях дыхательных путей (ИДП). Причиной вирусных заболеваний дыхательных путей могут быть более 200 вирусов. Пациентам с острой респираторной вирусной инфекцией назначаются антибиотики в половине случаев.

Цель исследования. Оценить эффективность методов и критериев назначения антибиотиков на выявление бактериальных ИДП врачами общей практики для сокращения их назначения.

Материал и методы. В международном проекте HAPPY AUDIT, финансируемом Европейским Союзом, приняли участие 6 стран, в том числе 39 врачей общей практики (ВОП) Калининградской области. Для диагностики бактериальных ИДП или высокого риска их возникновения использовались экспресс-тесты (тест на С-реактивный белок > 50 mg/l, тест на антиген гемолитического стрептококка А (стрептатест), критерии Центора при фарингитах (Centor 1981г.), критерии Антонисена (Anthoniesen, 1987) при обострении хронической обструктивной болезни легких, критерии тяжелого состояния больного при ИДП (симптомы, указывающие на серьезное заболевание и/или осложнения; наличие серьезных сопутствующих заболеваний, дети, рожденные преждевременно, пациенты старше 65 лет с острым кашлем и имеющих два или более следующих критериев или старше 80 лет с острым кашлем и один или более следующих критериев: госпитализация в предыдущем году, сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность в анамнезе, текущее использование оральных глюкокортикоидов). Всего в исследовании приняли участие 6969 пациентов с ИДП. Были разработаны клинические рекомендации для диагностики и лечения острых респираторных заболеваний в общей врачебной практике (ОВП). Стратегия назначения антибиотиков включала: немедленное назначение, отсроченное назначение, после 2–3 дней наблюдения, лечение без антибиотиков.

На первом этапе исследования была проведена оценка рутинного назначения ВОП Калининградской области антибиотиков у 3685 больных с ИДП. Затем ВОП, участвующие в исследовании, прошли обучение методам и критериям назначения антибиотиков у больных с ИДП. Все врачи были обеспечены экспресс-анализаторами на стрептококк А и на СРБ, и все были обучены работе с этими приборами. После этого вновь была проведена оценка назначения антибиотиков в соответствии с разработанными критериями у 481 больных с ИДП.

Результаты. Использование клинико-диагностических критериев ИДП, включая критерии Centor (1981), Anthoniesen (1987), критерии тяжелого течения ИДП и наличия сопутствующих заболеваний, экспресс-тесты на СРБ и стрептатест для идентификации бактериальной инфекции ИДП, а также обучение ВОП, снизили назначение антибиотиков в ОВП Калининградской области более, чем в 2 раза (с 33% до 15%).

Выводы. Внедрение клинических рекомендаций, использование индикаторов бактериальных инфекций, критериев Centor (1981), Anthoniesen (1987), а также экспресс-тестов на СРБ и стрептатест для уточнения природы ИДП позволяет снизить нецелесообразное назначение антибиотиков при респираторных инфекциях в ОВП.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОЭНЕРГООБМЕНА У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Рожнова К.С.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
Москва, Россия*

Цель: изучение особенностей энергетического обмена головного мозга подростков с различным уровнем физической активности.

Материал и методы: обследовано 120 подростков мужского пола и молодых мужчин в возрасте от 16 до 21 года, давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании, которые были разделены на 3 равные группы. В *первую группу* вошли подростки с *низким уровнем физической активности*, не имеющие физической активности вне уроков физкультуры; *во вторую* - лица с *умеренным уровнем физической активности*, регулярно посещающие занятия физической культурой и дополнительно занимающиеся в секциях или индивидуально; *в третью* - подростки с *высоким уровнем физической активности*, профессионально занимающиеся мини-футболом. Изучение интенсивности церебрального энергообмена производилось посредством нейроэнергометрии в покое и при функциональном тестировании; в основе метода лежит определение кислотно-щелочного равновесия по показателям *уровня постоянного потенциала* (УПП) головного мозга.

Результаты: выявлено, что в покое достоверно более высокие показатели локального УПП, приближенные к возрастной норме, регистрировались в группе подростков, имеющих низкий уровень физической активности, и уменьшались с возрастанием её степени от первой к третьей группе. Снижение уровня локального потенциала в центральном отведении (Cz'), наиболее выраженное у представителей третьей группы указывает на недостаточность корково-подкорковой активации у подростков, занимающихся профессиональным спортом. В результате проведения пробы с дозированной физической нагрузкой было выявлено, что подростки с низким уровнем физической активности характеризуются, в целом, меньшим уровнем интенсивности нейроэнергообмена во время и после физической нагрузки. Максимальное увеличение интенсивности обменных процессов было зафиксировано в группе лиц, профессионально занимающихся спортом. Для подростков второй исследованной группы характерны промежуточные показатели, более близкие к полученным для первой группы, при тенденции к минимальному уровню интенсификации церебрального энергообмена в лобном отведении и максимальному – в центральном. Характер полученных изменений позволяет говорить, в целом, о лучшем функциональном состоянии подростков с умеренным уровнем физической активности и меньшем резерве адаптационных возможностей у представителей первой и третьей групп.

Выводы: подростки первой группы имеют наиболее приближенные к норме показатели межполушарной асимметрии и УПП, однако, при нагрузке они оказались менее адаптированными к стрессовым нагрузкам, чем подростки с умеренной физической активностью. Более оптимальное функциональное состояние наблюдается у подростков с умеренным уровнем физической активности (по результатам нейроэнергометрии во время выполнения функциональных проб и динамики восстановления ЧСС). Группа подростков с низким уровнем активности и группа спортсменов имеют признаки незавершенности адаптационных процессов.

Рекомендации: регулярные занятия физкультурой в течение не менее 2,5 часов в неделю при умеренной интенсивности физических упражнений и не менее 1 часа в неделю при интенсивных физических упражнениях для поддержания оптимального функционального состояния мозга подростков.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОДНОГО УЧАСТКА Г. БУХАРЫ

Рузиев О.А., Очилова Д.А., Худайбергана Н.Х., Бобоев А.Т.
Ташкентская медицинская академия, БухМИ, Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучение распространенности факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения одного участка г. Бухары.

Материал и методы: проведено исследование распространенности АГ в общей популяции среди лиц старше 18 лет одного территориального участка г. Бухары. Всего обследовано 620 человек. Измерение артериального давления (АД) проводилось дважды на обеих руках, с интервалом не менее 5 минут и регистрацией среднего значения. Каждому было заполнена анкета содержащая вопросы здорового образа жизни, антропометрические данные. Масса тела определялась по формуле Кетле – индекс массы тела (ИМТ) = вес/рост². При индексе 30 и более фиксировалось ожирение. За курение принималась 1 сигарета в день и больше. Наличие сахарного диабета оценивалось по записям в картах.

Результаты показали явно недостаточное внимание опрошенных к своему здоровью и незнание ими основных норм здорового образа жизни. У 25,5% обследованных мужчин, и 21% женщин АД оказалось за пределами нормальных значений. Среди лиц с АГ выявлена низкая осведомленность о своем заболевании (45,5%), не лечатся (21,5%). Опрос также показал, что многие пациенты нередко игнорировали немедикаментозные методы борьбы с АГ. Курили 84,2% мужчин. Установлено, что в течение последнего месяца употребляли спиртные напитки 82,5% мужчин и 42,3% женщин. У 15,8% человек (из них 23 мужчин и 41 женщин) выявлено ожирение.

Заключение: Врачам общей практики рекомендуем проводить ежегодное обследование лиц старше 30 лет. Среди лиц с факторами риска особенно обращать внимание на такие факторы как ожирение, АГ, ИБС и наследственный анамнез. Эту группу больных необходимо обследовать два раза в году.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МУЖЧИН

Рузиев О.А., Очилова Д.А., Худайбергана Н.Х., Бобоев А.Т.
Ташкентская медицинская академия, БухМИ, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить клиническую частоту и особенности течения инфаркта миокарда (ИМ) среди мужчин (М).

Материал и методы: клинико-статистический анализ медицинской документации случаев ИМ за десятилетний период (2001–2011 гг.).

Результаты: в течение последних 10 лет заболеваемость ИМ среди М имела волнообразный характер – 34,4% (2009) и 23,8% (2003). В течение периода мониторинга ИМ доминировал среди М (76,2 %). При этом у М в возрасте 20–29 лет зарегистрирован в 0,3 % случаев; в 30–39 лет – в 4,9 %; в 40–49 лет – в 22,1%; в 50–59 лет – в 27,5 %, в 60–69 лет – в 15,7 %; в 70–79 лет – в 21,1 %, в 80–89 лет и старше – в 8,2 %. Клинические варианты ИМ классической (типичной) (58 %) и абдоминальной (34 %) формами; существенно реже – аритмической (6%) и церебральной (2 %). На догоспитальном этапе неотложная помощь в полном объеме оказана лишь в 41,0 % наблюдений; соответственно, осложнения ИМ зарегистрированы примерно у 1/3: кардиогенный шок (1,3%), в состоянии гипотонии (5,1%); нарушения атриовентрикулярной проводимости II (24,7%) и III (11,7%) ст., фибрилляция желудочков (8,4%) и предсердий (12,3%), желудочковая тахикардия (2,4%), отек легких (12,3%). С улучшением после стационарного лечения выписаны 62,1% М, с незначительным улучшением – 15,2%; госпитальная летальность составила 9,5%.

Вывод: Несмотря на относительно стабильные показатели заболеваемости ИМ среди М, следует обратить внимание на раннюю диагностику и своевременную неотложную помощь лицам с ИМ, а также регулярное (эффективное) диспансерное наблюдение лиц с АГ, стенокардией, СД и факторами риска атеросклероза на амбулаторном этапе.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ НА ОСМОТР БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ

Рузиев О.А., Очилова Д.А., Худайберганаева Н.Х., Бобоев А.Т.
Ташкентская медицинская академия, БухМИ, Ташкент, Узбекистан

Объект исследования: 97 больных, наблюдаемых поликлиниками города Бухары №4 (семейной) и №10 (городской) поликлиниками города Бухары.

Материалы и методика: Изучены первичная медицинская документация (Ф-025/у, Ф-025-4/у, Ф-12/у) 97 больных и проведен их анализ в соответствии стандартам, рекомендуемым центром доказательной медицины Республики Узбекистан. Больным проводилось ЭКГ исследование, определение свертываемости крови, общий анализ мочи, офтальмоскопия, клинический осмотр больных, запись в амбулаторную карту. При этом изучалось время, затрачиваемое на проведение этих процедур.

Результаты и их обсуждение: Из осмотренных больных врачами общей практики 61 были женщины и 36 мужчин различных возрастных категории. По возрастным категориям 41-50 лет 28 больных, 51-60 лет 30 больных, 61-70 лет 24 больных, старше 70 лет 15 больных. 67 больных состояли на диспансерном учёте по поводу артериальной гипертензии, 30 больных артериальной гипертензией выявлены первично.

При качественном наблюдении и осмотре больных врачам общей практики потребовалось в среднем 18 минут на одного больного, однако как известно на приём врачу по нормативам отводится 12 минут.

Выводы:

1. Врачам общей практики потребуется в среднем 18 минут для качественного осмотра больных.
2. Надо иметь в виду, что по нормативам Министерства Здравоохранения на прием одного больного выделяется 12 минут, этого практически недостаточно для качественного осмотра пациента.

ФАКТОРЫ РИСКА И ЧАСТОТА НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

**Силивончик Н.Н., Голобородько В.И., Ледник А.И., Качар И.В., Одинец Д.Ф.,
Паторская И.А., Плотникова Л.М., Воронко Е.А., Богущ Л.С., Жигальцова О.А.**
*Белорусская медицинская академия последипломного образования, МСЧ ОАО
«ММЗ имени С.И. Вавилова – управляющая компания холдинга «БелОМО»,
Минск, Республика Беларусь*

В настоящее время неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) заняла важное место в клинической медицине как чрезвычайно частая патология печени, являясь результатом реализации комплекса генетических факторов, особенностей диеты и стиля жизни, которые формируют фенотип НАЖБП.

Цель исследования. Провести оценку факторов риска и частоты НАЖБП у работающих лиц промышленного предприятия.

Материал и методы. При помощи самоанкетирования выявлялись признаки метаболического синдрома (МС) у 550 человек (205 мужчин и 345 женщин в возрасте от 18 до 59 лет), затем проводилось обследование лиц с факторами риска на предмет наличия НАЖБП. Лицам с факторами риска НАЖБП проводились лабораторные и инструментальные исследования, которые включали тесты, устанавливающие: а) нарушения углеводного и жирового обмена, б) наличие хронических диффузных заболеваний печени (ХДЗП), в) этиологию ХДЗП.

Результаты. Факторы риска НАЖБП (не менее одного) выявлены у 344 (62,8%, 95% ДИ 58,7-66,9), причем 16,0% сообщили о 2-х и 13% - о 3-х факторах. Наиболее частым оказалось абдоминальное ожирение (АО), а также артериальная гипертензия (АГ). Частота НАЖБП составила 146/344 (42,4%) от числа лиц с факторами риска или 146/550 (26,6%) от числа анкетированных) - у 117 из них имелись признаки nonalcoholic fatty liver, у 29 – nonalcoholic steatohepatitis. Рассчитаны частота и относительный риск НАЖБП для различных комбинаций факторов риска (таблица).

Сравнительные риски неалкогольной жировой болезни печени

Факторы риска	НАЖБП	
	частота, % (95 % ДИ)	RR по отношению к абдоминальному ожирению (95% ДИ)
АО как единственный фактор	8,2 (3,5-12,9)	-
АО + АГ	59 (47-71)	7,2 (4,0-12,8)
АО + АГ+ сахарный диабет (СД)	93 (85-100)	11,3 (6,6-19,3)
АО + АГ + повышенные ТГ и/или сниженные ЛПНП	92 (82-100)	11,2 (6,5-19,1)
АО + АГ + СД + повышенные ТГ и/или сниженные ЛПНП	97 (91-100)	11,8 (6,8-20,3)

Заключение. Неалкогольная жировая болезнь печени является частой патологией у лиц трудоспособного возраста, ее тяжесть прямопропорциональна количеству признаков МС. Факторы риска представляют собой очевидные (абдоминальное ожирение) или несложно выявляемые (АГ, СД) состояния, надлежашее внимание к которым не только с позиции неблагоприятных кардиоваскулярных событий, но и вероятности НАЖБП позволит выявлять патологию печени.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Ханбабаева Д.У.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Медикаментозная терапия наряду с положительным действием может давать и негативный эффект, клинические проявления которого расцениваются как осложнения медикаментозной терапии и довольно часто формируются в самостоятельную патологию. Диагностика и лечение лекарственной аллергии всегда были и остаются большой клинической проблемой, причем за последние 10 лет увеличилось число случаев гибели людей от непереносимости медикаментов. Клиническая практика последних лет отмечает значительный рост числа пациентов, страдающих лекарственной полиаллергией.

Целью нашего исследования явилось изучить факторы риска развития лекарственной аллергии у детей.

Материал и методы: исследования проведены в детском аллергологическом отделении 1 клиники ТМА. Обследованы 100 больных детей, в возрасте с одного месяца до трех лет с диагнозом лекарственная аллергия. Нами изучены общая характеристика больных детей по возрасту, полу и по месту жительства, основные причины приема лекарственных препаратов – по назначению врача или самолечение, сезонность развития аллергических реакций на медикаменты, наличие полипрагмазии в проведении терапии больных, указание на наличие аллергического диатеза в анамнезе больных детей и наследственной отягощенности к аллергическим заболеваниям. В работе использованы анамнестические и статистические методы исследований.

Результаты и обсуждение: По результатам наших исследований лекарственной аллергией чаще страдали дети в возрасте с одного месяца до одного года (33%), на втором месте по частоте были дети с одного года до трех лет (26%), далее больные с 7 до 12 лет (19%), мальчики чаще страдали лекарственной аллергией (58%), чем девочки (42%), превалировали городские жители (73%), чем сельские (27%). По анамнестическим данным (62%) больных детей с лекарственной аллергией в раннем возрасте перенесли аллергический диатез, у (54%) пациентов выявлена наследственная отягощенность к аллергическим заболеваниям, чаще по линии матери (58%). При анализе регистрации больных детей с лекарственной аллергией по сезонам чаще аллергические реакции на медикаменты наблюдались в зимний сезон года 43, далее весной - 28 и осенью - 21. Основными заболеваниями у детей, предшествовавшими развитию лекарственной аллергии были

ОРВИ (50%) бронхопневмонии и бронхиты (22%), далее острые кишечные инфекции (12%). По анамнестическим данным из обследованных 100 больных детей с лекарственной аллергией (у 41%) выявлена полипрагмазия в лечении основного предшествовавшего заболевания. При анализе лекарственных аллергических реакций в (78%) случаев выявлена полипрагмазия, причем в (53%) случаев по вине медицинских работников, то есть лечащими врачами, а в (47%) случаев занимались самолечением (по настоянию родителей).

Выводы

1. Лекарственной аллергией чаще страдали дети в возрасте с одного месяца до одного года, преобладали мальчики и городские жители.
2. Предшествующими заболеваниями развития лекарственных аллергических реакций были ОРВИ, бронхиты и бронхопневмонии.
3. Лекарственная аллергия у детей чаще наблюдалась в зимний сезон года и весной.
4. Основной причиной лекарственной аллергии у детей была полипрагмазия со стороны медицинских работников и самолечение больных.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ О ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЛЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Холбаев С.Б., Юлдашева Н.Э., Сулейманова Н.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования: Оценить информированность врачей о хронической сердечной недостаточности и возможности выявления проблемы диагностики и ведения больных в условиях первичного звена.

Материалы и методы: Проведено сравнение информированности врачей о хронической сердечной недостаточности работающих в семейных поликлиниках и сельских врачебных пунктах (СВП) Самарканда. На кафедре повышения квалификации Врачей общей практики (ВОП) факультета усовершенствования врачей (ФУВ) Самаркандского Медицинского Института (СамМИ) было проведено определение информированности врачей первичного звена о ХСН с помощью анонимного анкетирования (54 ВОП семейной поликлиники и 16 ВОП из СВП). Средний возраст ВОП— 37,6±9,9 лет. Стаж работы по специальности у ВОП из СВП был равен 10,3±1,4 лет, у ВОП семейной поликлиники — 1,8±1,3 лет. Математическая обработка материала результатов исследования проводилась в Windows 2003 с использованием электронных таблиц Microsoft EXCEL 2000 и пакета прикладных программ статистической обработки Biostat.

Результаты: Правильно информированы об основных этиологических причинах ХСН были 81,3% ВОП поликлиники и 94,4% ВОП работающие в СВП. Знали стандартизированные алгоритмы ведения больных ХСН 82,8% ВОП поликлиники и 82,9% ВОП работающие в СВП. О том, что верапамил не показан как антиаритмический препарат при ХСН, знали 81,2% ВОП поликлиники и 85,2% ВОП СВП. Об ограничениях использования нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) знали 94,4% ВОП СВП и все ВОП поликлиники. О наиболее частых симптомах при ХСН правильно ответили 31,5% ВОП СВП и 43,7% ВОП поликлиники. Об ограничениях употребления соли правильно ответили только 37,0% ВОП СВП и 56,2% ВОП поликлиники. Знали об уровне прибавки в весе больного, требующего срочного обращения к врачу, 62,5% ВОП поликлиники и 68,5% ВОП СВП. ВОП поликлиники по сравнению с ВОП СВП достоверно чаще называли диастолический тип нарушения ЛЖ наиболее распространенным видом среди больных ХСН (50,0% против 11,1%) ($p < 0,005$). Считали, что подбор препаратов до «целевых» доз не является показанием к госпитализации достоверно большее число ВОП поликлиники, чем ВОП СВП (93,7% против 55,6%) ($p < 0,05$). «Целевые» дозы основных препаратов, используемых в лечении ХСН, ВОП поликлиники знали лучше, чем ВОП СВП (соответственно эналаприла 79,6 против 62,5%; карведилола 62,5 против 59,3%; каптоприла 62,5% против 44,4% и метопролола ретарда 43,7 против 37,0%). Считали себя хорошо информированными о ХСН 40,7% ВОП СВП и 37,5% ВОП поликлиники. В среднем ВОП СВП правильно ответили на 62,9% вопросов, семейные врачи — на 68,7% вопросов ($p = 0,898$). Таким образом, уровень знаний ВОП СВП о ХСН оказался не ниже, чем уровень знаний ВОП поликлиник, а по некоторым вопросам достоверно выше.

Заключение: Результаты исследования показали необходимость регулярного проведения экспертизы качества ведения больных ХСН в амбулаторных условиях в соответствии со стандартами терапии на уровне заведующих терапевтическими отделениями, руководителей поликлиник и организаторов управления здравоохранением для повышения эффективности лечения данной категории больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ АСПЕКТОВ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Хусинова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: оценка репродуктивного здоровья женщин и оценка отношения женщин к собственному здоровью, вопросам планирования семьи.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе семейной поликлиники №3 г.Самарканда. Было проведено анкетирование и обследование 105 женщин в возрасте от 18 до 70 лет. Использовался опросник CINDI для оценки распространенности факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, а также модифицированная анкета осведомленности в вопросах репродуктивного здоровья и контрацепции. Проводился гинекологический осмотр с цитологическим и бактериологическим исследованием мазков, исследование показателей периферической крови (гемоглобин, холестерин, глюкоза), антропометрия.

Результаты исследования. Половина женщин имели избыточную массу тела, повышенные уровни холестерина и глюкозы. У 68% женщин в рационе питания преобладали насыщенные жиры и недостаточное количество молочных продуктов, овощей и фруктов. Считали свое здоровье удовлетворительным не более 60%, а в возрастной группе старше 60 лет почти все оценивали его как плохое. Подавляющее большинство опрошенных хотели улучшить здоровье и интересовались здоровым питанием, а молодые – физическими упражнениями. У 56% женщин выявлены воспалительные заболевания, причем у 10% диагностированы впервые. Обращает внимание факт, что по результатам опроса никто не упомянул о ранее перенесенных заболеваниях передаваемых половым путем (ЗППП). В структуре заболеваний ЗППП были выявлены: микоплазмоз – у 12%, уреаплазмоз – у 26%, хламидиоз – у 5%. 14% обследованных страдают миомой матки. Практически здоровыми оказались только 33% обследованных женщин. Заместительная гормональная терапия проводилась только у 5% женщин, хотя у половины уже наступила менопауза. Методы контрацепции использовали 76%, причем оральные контрацептивы лишь 14% опрошенных. У 67% женщин в анамнезе от 1 до 3 медицинских аборт.

Выводы. Таким образом, результаты исследования подтвердили высокую распространенность ЗППП, низкую осведомленность в этих вопросах, а также в вопросах, касающихся контрацепции и заместительной гормональной терапии. Необходимо создание полноценной программы обучения женщин различным аспектам здорового образа жизни, их консультирования по вопросам первичной профилактики ЗППП и контрацепции.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хусинова Ш.А., Курбанова Ф.В.

*Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский государственный Университет, Самарканд, Узбекистан*

Цель исследования: оценка врачом общей практики в течение 6 месяцев качества профилактики анемии среди девочек- подростков в условиях сельского врачебного пункта (СВП).

Задачи.

1. Определить количество девочек-подростков живущих на территории СВП.
2. Определить количество девочек-подростков, страдающих различными формами анемии, путём просмотра диспансерных журналов и ретроспективного анализа амбулаторных карт.

3. Оценить качество профилактических работ по анемии, путём разработки стандартов и индикаторов по данной проблеме.

4. Разработать методы внедрения стандартов лечения.

Материалы и методы: Данное исследование проводилось в СВП «Найман» Пастдаргомского района Самаркандской области. Количество общего населения на участке прикреплённого к данному СВП составляет 7124 человек. Из них девочки подростки - 278, в том числе страдающие анемией составили 79 человек. Для оценки качества профилактики анемии среди девочек-подростков мы разработали стандарты и индикаторы соответственно карте системы оказания медицинской помощи.

Анализ результатов мониторинга. Из 278 девочек-подростков диагноз анемии был обнаружен у 79, что составляет 24%. Далее проводился анализ по результатам индикаторов. Анализ просмотренных диспансерных и административных журналов показал, что в данном СВП не имеются клинические протоколы, руководства и стандарты по профилактике и лечению анемии различных возрастных групп. Также в недостаточном количестве имеется информационный и раздаточный материал по профилактике анемии для подростков и их родителей. Из 79 девочек подростков страдающих анемией лишь 28 было назначено рациональное питание. Не все больные получают профилактические дозы препаратов железа и фолиевой кислоты. В записях амбулаторных карт не указываются последующие визиты. По результатам опроса из 3 врачей, работающих в СВП «Найман» Пастдаргомского района, лишь 2 имеют представление о методах первичной, вторичной и третичной профилактики анемий.

Вывод: С целью предотвращения вышеуказанных недостатков по оценке качества профилактики анемии среди девочек подростков необходимо разработать план внедрения изменений, направленных на улучшение качества жизни по данной проблеме.

ПОКАЗАТЕЛИ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАКОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шалгумбаева Г.М., Еспенбетова М.Ж., Амренова К.Ш., Хисметова А.М.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Программа скринингового обследования женщин на раннее выявление предраковых и раковых заболеваний шейки матки была организована в Казахстане с 2008 года. Национальная скрининговая программа Казахстана охватывает женщин в возрасте от 30 до 60 лет

Целью нашего исследования был анализ данных скрининговой программы по раннему выявлению предраковых и раковых заболеваний шейки матки в Восточно-Казахстанском регионе с 2008 по 2012 годы.

Материалы исследования: Ежегодные отчеты «Информация по онкоцитологическим и маммографическим исследованиям женщин по региону Семей», «Информация по онкоцитологическим и маммографическим исследованиям женщин по Областному онкологическому диспансеру г.Усть-Каменогорска». Период наблюдения – 2008-2012 гг. Для анализа нами было решено взять данные, начиная с 2008 года, так как в этом году в Казахстане стартовала национальная скрининговая программа на раннее выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки.

Методы исследования: аналитический, статистический.

Результаты. В Восточно-Казахстанском регионе в течение данного периода прошли обследование 128 168 женщин в возрасте 30-60 лет. Средний возраст женщин составил 47,5 лет. Примерно 3,5% результатов были положительные. Из них около 72,3% составил CIN 1 (дисплазия слабой степени), CIN2 (дисплазия средней степени) - 24,5 %, CIN 3 (дисплазия тяжелой степени) – 1,7%, AIS (аденокарцинома in situ) – 0,2% и 1,2% случаев инвазивного рака. Показатель заболеваемости с поправкой на возраст для CIN1 был выше, чем для других форм дисплазии и больше всего наблюдалось у женщин 60 лет (5,94). Показатель заболеваемости с поправкой на возраст для CIN2, CIN3 также был выше у женщин в возрасте 60 лет, и соответствовал 1,85, 0,14. Показатель заболеваемости с поправкой на возраст для AIS был выше у женщин 45 лет (0,14). Показатель заболеваемости с поправкой на возраст для инвазивного рака был выше у женщин 40 лет (0,06).

Выводы. Данные скрининга по раннему выявлению предраковых и раковых заболеваний

шейки матки по Восточно-Казахстанскому региону показало, что 72,3% дисплазии шейки матки принадлежит CIN1 и выше всего у женщин 60 лет. Показатель заболеваемости с поправкой на возраст для AIS и инвазивного рака был выше в возрастной группе 40-45 лет.

HEALTH SYSTEMS FACTORS CONTRIBUTING TO DELAY IN TUBERCULOSIS DIAGNOSIS IN KYRGYZSTAN

**Aizat Kulzhabaeva, Aida Estebesova, Abdukadyr Zhoroiev, Sanzhar Temirbekov,
Aigul Tursynbaeva, Nurbolot Usenbaev, Chynara Kamarli, Suzanne Verver**

*Department of State Disease Prevention and Sanitary-Epidemiological Surveillance, Bishkek, Kyrgyzstan;
KNCV TB Foundation, Country office, Bishkek, Kyrgyzstan,
KNCV TB Foundation Regional Office, Astana, Kazakhstan,
USAID, Health and Education Office, Bishkek, Kyrgyzstan;
KNCV Tuberculosis Foundation, Evidence team, The Hague, The Netherlands.*

Background: Kyrgyzstan has a tuberculosis (TB) notification rate of 102/100,000 in 2013, and WHO estimates the TB incidence 141/100,000 population (WHO, 2012). Very little is known about delay in diagnosis related to the health system in the country and central Asia. The objective of this study was to assess duration of delay and risk factors from first visit to health facility till start of treatment.

Methods: We included all new adult (>18 years) pulmonary TB patients, both smear positive and negative, drug-sensitive and drug-resistant, starting treatment in selected sites in Kyrgyzstan during January–June 2014. Two urban areas and two regions in the North and South where GeneXpert (Xpert) was available were selected for the study. Data was collected from 141 facilities including laboratories, with a focus on data from 20 facilities of first visit with patients.

Results: 601 patients were included in the study. Delay between first visit to facility and start of treatment varied between 0 and 192 days, with a median and mean of 8 and 18 days, respectively. 42% of patients had more than 14 days delay between first visit to the facility and start of treatment. The following factors were associated with delay in multivariate analysis: accommodation in urban area (OR 4.2, 95% CI 3.4-10), living in North area (OR 2.6, 95% CI 1.5-4.5), female (OR 1.4, 95% CI 1.0-2.0), employment (OR 1.7, 95% CI 1.2-2.6) and not being a migrant (OR 3.2, 95% CI 1.5-6.9). The delay by sub-period shows that most delay occurs between result of laboratory test and start of treatment (mean 10 days, median 3), second longest period is from first visit to sample collection (mean 7, median 2 days), while the delay at laboratories seemed to be minimal. Use of Xpert reduced total delay from median 11 to 5 days, mainly by reducing the period from sample result to start treatment.

Conclusions: Health systems delays are substantial and there are opportunities to reduce delay, especially after result of diagnostic test becomes available. Use of Xpert reduces health systems delay.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОДГОТОВКИ КАДРОВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В НЕПРЕРЫВНОМ ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Азимова А., Чубаков Т., Омурова Ж., Смит Б.

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

Введение: За последние 10 лет непрерывное образование специалистов первичного звена здравоохранения в Кыргызской Республике (КР), как один из компонентов программы реформирования здравоохранения, претерпело значительные изменения. В 2001 году была повсеместно введена система ежегодного непрерывного повышения квалификации (НПК) семейных врачей, основанная на накопительной системе зачетных часов. Несмотря на преимущества, внедрение этой системы было возможно только при поддержке международных донорских организаций. В связи с чем, для снижения стоимости НПК и поддержки при этом ежегодного объема образовательных мероприятий, сотрудники кафедры семейной медицины КГМИПиПК провели исследование с целью сравнения эффективности и предпочтительности дистанционного и традиционного методов обучения для непрерывного образования специалистов семейной медицины.

Методы: В проведении исследования приняли участие 107 семейных врачей трех пилотных районов. Первая группа врачей обучались дистанционным методом по теме «Отиты», предварительно пройдя 9 часовой курс компьютерной грамотности и ознакомление с программной средой Moodle, используемой для преподавания курсов дистанционного обучения. Вторая группа врачей обучалась по этой же теме традиционным методом. Эффективность и предпочтительность двух форм обучения оценивались по результатам теоретического и практического экзамена. Оценка и сравнение этих показателей проводилось до начала обучения, непосредственно после обучения и через 2 месяца после обучения. Также проводилась оценка удовлетворенности участников дистанционным курсом.

Результаты: Сравнение показателя прироста знаний, по результатам письменного экзамена и показателя улучшения практических навыков, по результатам практического экзамена у участников, обучившихся дистанционным и традиционным методами, не выявило никаких различий в результатах двух сравниваемых групп. Удовлетворенность участников дистанционным курсом была достаточно высокой, и большинство опрошенных участников выразили заинтересованность и в будущем участвовать в подобных дистанционных курсах по другим актуальным проблемам здравоохранения.

Выводы: Дистанционные методы могут успешно использоваться для непрерывного образования дипломированных практикующих специалистов здравоохранения. Оценка удовлетворенности свидетельствует о том, что врачи готовы применять новый метод обучения.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ВИЧ/СПИД И ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Акромова Н.Т., Халматова Б.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

На сегодняшний день во всем мире актуальной проблемой является ВИЧ-инфекция среди детей, так как представляет собой исключительно сложную задачу. Главной проблемой является ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у детей.

Цель. Определить степень осведомленности населения о ВИЧ/СПИД в зависимости от возраста респондентов; изучить клинические и лабораторные проявления ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование среди учащихся немедицинских учебных заведений: финансовый лицей (n=55), финансовый колледж (n=66), технический университет (n=50), а также родителей детей (n=55), находящихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении. В анкете были представлены 5 вопросов: когда отмечается Всемирный день борьбы с ВИЧ/СПИД; определение ВИЧ/СПИД; пути заражения ВИЧ/СПИД; пути передачи болезни; первые клинические проявления болезни. Для изучения путей заражения был проведен ретроспективный анализ историй болезней детей с положительной ВИЧ-инфекцией, которые находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении 1 клиники ТМА за период с 2009 по 2014 годы. Всего было 23 случая. Всем детям данный диагноз был поставлен в отделении впервые. У детей, с подозрением на ВИЧ-инфицирование, после письменного согласия родителей был взят анализ крови на ИФА. После первого положительного ответа, был взят анализ на иммуно-блот. Только после повторного положительного ответа ребенок считался ВИЧ-инфицированным. Всем детям были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования (рентгенография грудной клетки, УЗИ печени, Эхо-КГ), консультация невропатолога, ЛОР, фтизиатра, инфекциониста.

Результаты исследований. Результаты проведенного анонимного анкетирования показали следующие данные. На первый вопрос дали положительный ответ в основном молодые респонденты: 87,2% учащихся лицея, 89,3% учащихся колледжа, 83% студентов технического университета. Только каждый 5-ый взрослый дал правильный ответ. На второй вопрос больше всех положительный ответ дали студенты (40%). О путях заражения и мерах профилактики меньше всех осведомлены взрослые респонденты (38,1% и 36,3% соответственно правильных ответов). На вопрос о ранних клинических проявлениях болезни большинство респондентов ответили не правильно (78,2% учащихся лицея, 23,8% учащихся колледжа, 83,4% студентов и взрослых). После проведения анкетирования для всех респондентов проводили семинары с демонстрацией учебного фильма, который на наш взгляд оказал положительный эффект в плане осведомленности о ВИЧ/СПИД. Из 23 детей с положительной ВИЧ-инфекцией, мальчики составили 60%, девочки 40%. В возрастном аспекте преобладали дети старше 4 лет (70%). Изучение анамнестических данных детей выявило, что все дети часто болели бронхолегочными заболеваниями (бронхит, пневмония, ОРВИ), которые имели затяжное течение, несколько раз находились на стационарном лечении. У всех детей в анамнезе отмечены стоматиты, воспаление уха, беспричинные расстройства стула, аллергические высыпания на коже. Периферические лимфатические узлы были увеличенными у 87% детей. Все дети отставали в физическом развитии. В анализе крови у всех выявлена анемия II - III степени, часто лимфопения, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево.

Выводы. Таким образом, для повышения уровня знаний населения о путях заражения и ранних клинических проявлениях ВИЧ/СПИД нужно регулярно проводить семинары с показом учебных фильмов. Каждый врач при обращении к нему часто болеющих детей должен быть настроенным в плане ВИЧ-инфицированности ребенка. Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у детей позволит своевременно начать антиретровирусную терапию и продлить жизнь ребенка.

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Галако Т.И.

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

При поддержке странового бюро ВОЗ в Кыргызстане было проведено исследование, целью которого стало выявление уровня компетентности семейных врачей по психическим расстройствам амбулаторного уровня и определение их заинтересованности и потребности в обучающих семинарах и тренингах по основным психическим расстройствам, встречающимся в практике первичной медико-санитарной помощи.

Материалы и методы. С помощью оригинального опросника было проанкетировано 150 семейных врачей (по 25 из шести Центров семейной медицины).

Результаты исследования выявили, что количество семейных врачей, прошедших хотя бы краткосрочные циклы обучения по проблемам психического здоровья, составило всего 28%, что объясняет низкий процент выявляемости психических расстройств. 28,67% опрошенных семейных врачей отметили отсутствие обращаемости пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами в течение месяца, что подтверждает низкую выявляемость этих расстройств на уровне первичного звена здравоохранения; 45 из 150 респондентов ответили, что они “не знают” как лечить пациентов с такими расстройствами. Выявлена высокая готовность большей части семейных врачей (более 90%) оказывать помощь пациентам с психическими расстройствами и по ним же получить знания и навыки.

На основе данных анкетирования были разработаны программы семинаров-тренингов для семейных врачей; проведено обучения 675 семейных врачей из разных регионов Кыргызской Республики с последующим проведением мониторинга (выезд в регионы через 3 месяца после тренинга). Издано учебно-методическое пособие “Психиатрия в практике семейного врача», включающее 24 расстройства.

Выводы: Обучение должно быть тесно связано с клинической практикой и включать интерактивное обсуждение проблем, с которыми сталкиваются врачи первичной медицинской сети. Необходимо иметь перечень практических навыков, которыми врач общей практики должен овладеть после программы обучения и которые можно реально использовать в первичном звене медицинской помощи. Необходим мониторинг результатов обучения, включая оценку удовлетворенности врачей программой, уровня их знаний и навыков, а также получение обратной связи от врачей, которые должны оценить качество и применимость информации, полученной в ходе пройденной образовательной программы.

АМЕРИКАНСКАЯ МОДЕЛЬ ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ Г.ТАЛСА ШТАТА ОКЛАХОМА

Дадабаева Р.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Семейная медицина (СМ) в США официально функционирует как специальность с 1969 года. Семейные врачи (СВ) предоставляют населению 85% всех медицинских услуг и только 15% медицинской помощи предоставляются узкими специалистами. По данным Американской Академии Семейной Медицины (ААСМ), в 2006 году в США имелось 10000 резидентов по семейной медицине и 126 кафедр додипломной подготовки семейных врачей. Центр СМ г.Талса штата Оклахома США оказывает первичную медицинскую помощь населению и одновременно обучает резидентов по специальности «СМ». Семейные врачи Центра одновременно являются преподавателями данной резидентуры. Обучение в резидентуре проводится в течение трех академических лет. В центре ежегодно обучаются 30 резидентов, которые прикреплены к 10 преподавателям, осуществляющим клиническую практику, а также на разных базах имеется большое количество супервайзеров, которые обучают резидентов практическим навыкам на добровольной основе.

Для поступления в резидентуру, кроме документа об окончании аккредитованной медицинской школы и рекомендации декана факультета медицинской школы, необходима и успешная сдача общих национальных экзаменов USML, которые проводятся в три этапа: а) базовые науки; б) клинические науки; в) менеджмент клинического случая, где резидент должен правильно собрать жалобы, анамнез, провести физикальный осмотр, установить предварительный диагноз и выбрать дальнейшее ведение данного больного.

Учебный год начинается с июля-месяца и заканчивается в июне-месяце. Обучение проходит как на уровне первичного звена (2-й и 3-й курсы), так и в стационарных условиях (1-курс). Преподаватели также консультируют больных как в ЦСМ, так и в стационарах. Американская программа включает в себя и обучение по поведенческой медицине (Behavioral medicine) – навыки консультации, межличностное общение и психологическая помощь. Каждая ротация заканчивается проверкой способности резидента выполнять определенные процедуры. Ежегодно в ноябре-месяце проводятся общенациональные экзамены всех резидентов США. В конце 3-курса проводится сертификационный экзамен, для получения права на дальнейшую врачебную деятельность. Далее каждые 7 лет – сдаются экзамены на ресертификацию для получения лицензии - права на практическую деятельность в качестве семейного врача.

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТУДЕНТОВ 1, 2 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА КАЧЕСТВОМ ПРЕПОДАВАНИЯ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

Исмаилова Ж.С., Шатманова Э.К., Бримкулов Н.Н.

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

Цель исследования: изучение удовлетворенности студентов качеством преподавания модулей посредством проведения опроса с последующей разработкой рекомендаций.

Материал и методы: Сектором менеджмента качества образования (СМКО) был разработан инструментальный исследования – анкета, которая включала следующие 7 показателей, по которым оценивались модули:

1. Цели и задачи модуля были объяснены в начале модуля.
2. Считаю, что все дисциплины модуля взаимосвязаны.
3. Я усвоил содержание всех дисциплин модуля.
4. По окончанию модуля, я получил новые теоретические знания, которые помогли мне на практике.
5. Я удовлетворен обеспечением методической и учебной литературой по дисциплинам модуля.
6. У меня было достаточно времени для подготовки СРС.
7. Итоговый тестовый экзамен по модулю объективно оценивает результат обучения студента.

Студентам предлагалась оценить перечисленные показатели по 4 бальной системе, где 4 балла – полностью согласен; 3 балла – согласен; 2 балла – не согласен; 1 балл – полностью не согласен. При обработке полученных данных были рассчитаны экстенсивные показатели (%).

Результаты: По итогам опроса получено и обработано по 1 курсу – 204 анкеты (30%), по 2 курсу – 177 анкет (30%). Удовлетворенность студентов 1 и 2 курсов по первым четырем показателям составляет более 60%. Студенты 1 курса по показателю «Я удовлетворен обеспечением методической и учебной литературой по дисциплинам модуля» удовлетворены в среднем по модулям на 42% и «У меня было достаточно времени для подготовки СРС» на 35%. У 2 курса самый низкий уровень удовлетворенности по этим же показателям по модулю «Инфекция, воспаление, иммунитет» 35%.

Выводы: Удовлетворенность качеством преподавания учебных модулей в среднем достигает более 60%, в то же время по некоторым модулям и показателям отмечается относительно низкая удовлетворенность (30-40%). Необходимо совершенствование как самих учебных модулей (включая учебные программы, методы преподавания и обеспечение учебно-методической литературой и т.д.), так и методов их оценки. СМКО планирует дальнейшее совершенствование данной деятельности.

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ)

Кабирова Ю.А., Ховаева Я.Б.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

На кафедре терапии и семейной медицины активно используются современные симуляционные технологии при подготовке врачей общей практики (семейных врачей). В центре навыков и умений Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера врачи могут совершенствовать свои навыки оказания медицинской помощи: базовый алгоритм сердечно-легочной реанимации (СЛР), электродефибриляция, особенности ухода за тяжелыми пациентами (катетеризация мочевого пузыря у мужчин и женщин, обработка пролежней, постановка желудочного зонда, уход за стомой и т.д.), обследование молочных желез на онкопатологию, катетеризация периферических вен, ректальное обследование, первичная хирургическая обработка ран и снятие швов, осмотр влагалища и влагалищной части шейки матки в зеркалах, бимануальное обследование таза, оценка различных положений матки; оценка нормальной и патологической матки, оценка нормальной шейки матки и ее патологических изменений, ведение родов на догоспитальном этапе

Проведение занятий с использованием симуляционных технологий требует творческого подхода в обучении, разработки специфических учебных модулей симуляционного обучения. При освоении навыков используется принцип от простого к сложному: от освоения базовой СЛР, в зависимости от возраста пациента (ребенок, подросток или взрослый), до решения учебных

клинических задач с интерактивным компьютеризированным контролем. Такой контроль позволяет оценить работу команды при оказании помощи и оценить вклад каждого врача в оказание этой помощи.

Работа на различных муляжах, симуляторах и тренажерах позволяет врачам, проходящим обучение на нашей кафедре, многократно отработать алгоритм действий каждого обучающегося и команды в целом, выбрать тактику лечения в различных неотложных ситуациях. Разработаны клинические задачи различного уровня сложности. Это создает у врачей ощущение уверенности и готовности оказать своевременную помощь даже в тех острых ситуациях, с которыми им приходится сталкиваться не так часто (например, промывание желудка при отравлениях, катетеризация при острой задержке мочеиспускания, пункция при спонтанном пневмотораксе, удаление инородных тел и т.д.). Семейные врачи (врачи общей практики) получают возможность эффективно осваивать и закреплять методики первичной хирургической обработки ран, проведения различных инъекций и пункций, обследования и самообследования молочных желез, бимануального гинекологического обследования и осмотра на зеркалах, алгоритмы оказания помощи беременным пациенткам и ведение родов на догоспитальном этапе.

Внедрение в обучение семейных врачей симуляционных технологий повышает уверенность врача и вырабатывает автоматизацию действий при проведении стандартных неотложных манипуляций, также позволяет моделировать редкие клинические ситуации. Все это способствует снижению врачебных ошибок, уменьшению осложнений и повышению качества оказания амбулаторной помощи.

ОЦЕНКА СРЕДЫ ОБУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ, ПРОХОДЯЩИХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ ПОДГОТОВКУ ПО СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Касымова З., Менгес Д., Твиллерт Ф., Висс К., Исматов Б.

Представительство Швейцарского института тропического и общественного здравоохранения в Республике Таджикистан, Проект реформы медицинского образования (ПРМО), Душанбе, Таджикистан.

Подготовка семейных врачей в РТ после 6 курса осуществляется в одногодичной интернатуре. Согласно Концепции реформы медицинского и фармацевтического образования в РТ (от 31.10.2008г.), одним из основных направлений является совершенствование последиplomного образования и внедрение клинической ординатуры для углубленной профессиональной подготовки. В связи с этим Минздравом (МЗиСЗН) была разработана новая 2-х годичная программа подготовки клинических ординаторов по семейной медицине (СМ) и с 2013г. начато внедрение этой программы в пилотных районах ПРМО

Цель исследования - определение качества программы 2-х годичной послеуниверситетской специализированной программы (ПСП) по семейной медицине (СМ), осуществляемой ПРМО совместно с МЗиСЗН, путем оценки опыта обучающихся ординаторов касательно различных аспектов среды обучения.

Для проведения оценки двухгодичной программы клинической ординатуры относительно аспектов практической работы, среды преподавания и обучения, была разработана оценочная анкета. В исследовании приняли участие 67 врачей-интернов и ординаторов первого и второго годов обучения программы ПСП по СМ. Данные были получены командой при помощи распечатанных на бумаге анкет. Участник исследования оценивал каждый вопрос анкеты по пятибалльной шкале Ликерта, варьирующейся от «Полностью согласен» до «Категорически не согласен». Собранные данные были последовательно введены Microsoft Excel®. Анализ данных был осуществлен с использованием программного обеспечения для статистического анализа Epi Info 7.

Результаты: Средняя величина общей оценки, указанная ординаторами двухгодичной программы ПСП по СМ, составила 254.54 из возможных 320 (79.5% от максимально возможного значения). По категории, относящейся к практической работе, средний балл составил 78.36 (78.4%). Отличные результаты были получены по подкатегориям, относящимся к вовлеченности в клиническую работу с пациентами (81.3%) и автономности роли (81.0%) во время практической работы. В категории преподавания и обучения деятельность программы была оценена очень хорошо, со средним общим баллом 67.94 (79.9%). Подкатегория по развитию практических навыков достигла отличного результата (85.7%). Категория, относящаяся к преподавательскому составу, получила

отличные баллы со стороны ординаторов программы со средним общим баллом 73.52 (81.7%). Очень высокие баллы были получены по подкатегориям, относящимся к отношениям (80.6%) и взаимодействию (81.6%) с наставниками, а также квалификации преподавательского состава (82.5%). В основном, двухгодичная программа ПСП по СМ получила значительно больше баллов по всем категориям по сравнению с интернатурой по СМ (Критерий Стьюдента = 0.001 / Критерий УМУ = 0.001). особенно высокие баллы были получены по категориям, касающимся практической работы (Критерий Стьюдента < 0.001 / Критерий УМУ < 0.001) и обучения (Критерий Стьюдента < 0.001 / Критерий УМУ = 0.001).

Выводы: Клинические ординаторы удовлетворены качеством двухгодичной программы ПСП. Двухгодичная программа обучения в клинической ординатуре получила существенно более высокие баллы, чем одногодичная программа обучения в интернатуре. При этом положительные отзывы получила подготовка и на учебной базе Института последипломного образования и в районах.

МЕТОДОЛОГИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ НА ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ

**Косаковский А.Л., Синяченко В.В., Бредун В.Ю., Сегал В.В.,
Косаковская И.А., Гавриленко Ю.В.**

*Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика,
Киев, Украина*

Кафедра оториноларингологии, аудиологии и фониатрии НМАПО имени П. Л. Шупика является опорной на Украине по двум специальностям: детская отоларингология и сурдология. В соответствии с этим сотрудниками кафедры был разработан учебный план и программа цикла тематического усовершенствования (ТУ), рассчитанного на повышение квалификации научно-педагогических работников профильных кафедр оториноларингологии, оториноларингологии высших медицинских учебных заведений (ВМУЗ) IV уровня аккредитации и ВУЗ в последипломного образования.

Целью цикла ТУ «Современная методология преподавания оториноларингологии на последипломном этапе подготовки детских отоларингологов» является углубление и совершенствование компетенций (знаний и умений) в отношении принципов и методов преподавания наиболее современных и актуальных разделов детской оториноларингологии с учетом нормативно-правовых аспектов, стандартов предоставления оториноларингологической помощи детскому населению, основанных на принципах доказательной медицины. Продолжительность обучения на цикле ТУ 1 или 2 недели. Программа построена по принципу создания отдельных блоков из основных разделов, включающих: нормативно-правовое обеспечение системы непрерывного профессионального развития (повышения уровня подготовки врачей и интернов); преподавание разделов детской оториноларингологии с учетом стандартов оказания оториноларингологической помощи детскому населению с учетом доказательной медицины; инновационные технологии преподавания в последипломном образовании – проведение тренингов, кейс-методов, подготовка мультимедийной презентации и прочее. Для выполнения данной программы в процессе обучения предусмотрены следующие виды занятий: лекции, практические занятия, семинары. Основной формой контроля усвоения слушателями материала программы является зачет по окончании цикла. Сотрудниками кафедры создана также компьютерная программа по детской оториноларингологии на государственном языке для проведения контроля знаний врачей. В конце цикла слушатели, прошедшие обучение и сдавшие зачет, получают удостоверение установленного образца.

ОЦЕНКА СТУДЕНТАМИ МОДУЛЯ «ВВЕДЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКУЮ МЕДИЦИНУ»

Курумшиева А.Ш., Мергенбаева Т.К., Джаныбекова С.А., Сыдыкова С.Ж.,

Атабаева Д.Н., Джумашалиева Ч.С., Бримкулов Н.Н.

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

Введение. Для более эффективного освоения студентами-медиками базисных клинических компетенций в рамках внедрения нового государственного образовательного стандарта 3-го поколения (ГОС-3) в КГМА имени И.К.Ахунбаева была разработана учебная программа интегрированного модуля «Введение в клинику» (далее ВВК). Целью модуля ВВК является изучение и освоение коммуникативных навыков, а также важнейших методов клинического обследования здорового человека, поэтому в модуль были интегрированы следующие предметы: основы врачебной коммуникации, медицинской визуализации, основы клинических обследований во внутренней медицине, педиатрии, акушерстве и гинекологии, а также в хирургии. Общий объем учебной нагрузки составил 12 кредитов (368 часов).

Материал и методы. Для оценки модуля ВВК была разработана анкета для студентов, заполнявшаяся анонимно после окончания модуля ВВК. Всего проанкетировано 383 студента 2 курса лечебного факультета в возрасте $19,5 \pm 1,1$ лет, из них 57,7% (n=221) девушек и 42,3% (n=162) мужчин.

Результаты. Хотя 97,6% опрошенных дали в целом положительную оценку модулю, только 70% студентов отметили усвоение основ коммуникации с пациентами, схемы клинического обследования и базовые физикальные методы обследования взрослых и детей, основы асептики, антисептики и десмургии. В то же время около 47% студентов отметили, что не усвоили клинические и физикальные методы обследования беременных, родильниц и гинекологических пациенток. Более 42% студентов недостаточно усвоили лабораторные и инструментальные методы обследования пациентов. Оценка отдельных предметов, интегрированных в модуль, была неоднозначной. Более половины опрошенных студентов посчитали интересными, понятными и полезными лекции и практические занятия по педиатрии и внутренней медицине. Значительной доработки, по мнению части студентов, требуют лекции и занятия по основам клинических исследований в хирургических болезнях (18%), в акушерстве и гинекологии (17,4%) и по основам врачебной коммуникации (14,1%). Самыми сложными признали лекции по медицинской визуализации (17%) и хирургии (15,7%). Много теории и мало практики на занятиях по хирургии и гинекологии (30,8 и 24,8%). Наиболее частой причиной недостаточного усвоения и овладения практическими навыками студенты признали акцентирование внимания преподавателей на проверке теоретических знаний, а не на отработке практических навыков (35,8%) и собственную безынициативность и лень (28,5%). Другими причинами недостаточного овладения практическими навыками студенты назвали большой объем информации, недостаточную длительность модуля, большой объем СРС и неудобное расписание занятий. Для улучшения преподавания модуля ВВК студенты предложили увеличить продолжительность модуля, особенно часы практических занятий, делать упор на овладение студентами практических навыков, улучшить демонстрацию практических навыков преподавателями, уменьшить часы СРС, лекции читать до практических занятий, увеличить время общения с больными и побольше занятий организовать в Центре клинических навыков (симуляционном).

Выводы. В целом, студенты позитивно отозвались о новом модуле ВВК, в то же время отметив недостаточное освоение практических навыков, а также ряд нерешенных вопросов. На основе данных опроса студентов реализуются мероприятия по повышению качества преподавания модуля ВВК.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ ПО ПОДГОТОВКЕ ВОП МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Махкамова Г.Г., Шамансурова Э.А., Ганиева Д.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Оптимальное питание и рациональное кормление грудных детей и детей раннего возраста относятся к числу самых важных факторов, определяющих здоровье, физическое и психическое развитие. Рациональные принципы и методы кормления позволяют предупредить нарушение питания и раннюю задержку роста. У детей с нарушением питания наблюдается повышение частоты и степени тяжести кишечных и других инфекций, они подвергаются риску преждевременной смерти. По данным ВОЗ в 2006 году приблизительно 9.5 миллионов детей умерли в возрасте до пяти лет, и две трети этих смертей произошли на первом году жизни. Недостаточное питание связано, по крайней мере, с 35% случаев детской смертности. Кроме того, с недостаточностью питательных микроэлементов, особенно, железа и йода, связаны, задержка психомоторного развития, и ослабление познавательной функции детей. 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 деятельности ВОП, выявили ряд проблем в проведении консультаций по вопросам питания детей раннего возраста. Так, рекомендации некоторых врачей о питании, принципах и методах кормления грудных детей основаны на прежних рекомендациях, которые уже устарели и нуждаются в пересмотре. Более того, оказалось, что целый ряд традиционных привычек питания и приготовления пищи в регионе оказывают отрицательное воздействие на пищевой статус, что особенно относится к железу.

Цель исследования: провести мониторинг учебных программ обучения до- и последиplomного образования, в том числе, и курсов по подготовке и переподготовке ВОП медицинских ВУЗах Республики на предмет внедрения рекомендаций ВОЗ в области охраны здоровья матери и ребенка.

Материалы и методы исследования. Национальными тренерами проведены обучающие семинары на базе медицинских вузов по программам «Грудное вскармливание», «Мониторинг роста и развития детей», «Интегрированное ведение болезней детского возраста», «Иммунизация». В настоящее время группой экспертов уже проведен мониторинг результатов проведенных вмешательств. Во время мониторинга были использованы такие методы сбора информации как изучение типовых, рабочих программ, календарно-тематических планов, наблюдение за практическими занятиями, тестирование и проведение интервью с педагогами и студентами.

Результаты исследования: результаты мониторинга, проведенные после 6 месяцев, по окончании обучения показали, что в учебные программы медицинских вузов были внесены изменения в 30-60% случаев. Знания и навыки консультирования детей по вопросам питания улучшились и среди педагогов и среди студентов на 18-25% и составили 86,4% и 81% соответственно.

Заключение: таким образом, очень важно обучить студентов основным знаниям по кормлению детей грудного и раннего возраста и навыкам консультирования по проблемам питания, которые студенты должны получать как часть базового образования. Также все выпускники должны *хорошо осознавать значение питания и методов вскармливания в обеспечении здоровья и развития будущего поколения.*

ОСВОЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТАМИ КГМА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Насирдинова Ж.М., Молдобекова Э.М., Бримкулов Н.Н.

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

В подготовке квалифицированного семейного врача на додипломном уровне важное значение имеет освоение практических навыков в период производственной практики. В КГМА имени И.К.Ахунбаева производственная практика осуществляется как на клинических базах медакадемии,

так и в региональных учреждениях здравоохранения Ошской, Нарынской, Иссык-Кульской и других областей республики. Ежегодно до 400-500 студентов старших курсов выезжают на практику в регионы.

Цель исследования: оценить качество освоения практических навыков студентами в условиях региональных лечебных учреждений.

Материалы и методы: проведено анкетирование 50 студентов 5 курса КГМА, прошедших производственную практику в условиях Ошской межобластной клинической больницы (ОМКБ).

Результаты: Опрос выявил, что в рамках производственной практики в качестве помощника врача Центра семейной медицины (ЦСМ) студенты успешно прошли терапевтический, педиатрический, хирургический и акушер-гинекологический циклы. Студенты принимали активное участие непосредственно в приёме пациентов, а также патронаже на дому, как взрослых, так и детей разного возраста, в том числе и новорожденных. При подворном обходе студенты уделяли внимание санитарно-просветительской работе и профилактике развития заболеваний. Под руководством врача оценивали состояние беременных женщин и принимали гинекологических больных, наблюдали за состоянием родильниц в послеродовом периоде. Студенты участвовали в приеме пациентов хирургического профиля. Проведение практики в регионах способствовало решению о выборе специальности семейного врача, о возвращении по окончании ВУЗа в регионы по месту проживания.

Выводы. Результаты анкетирования студентов свидетельствуют о некоторых преимуществах прохождения производственной практики в регионах по месту проживания, повышая интерес к выбору специальности семейного врача, а также усиливая мотивацию к возвращению после окончания ВУЗа в регионы. Необходимо совершенствовать и расширять использование региональных учреждений для освоения практических навыков в период производственной практики.

ПРОВЕДЕНИЕ ИТОГОВОГО ЭКЗАМЕНА В ПОСТДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО 10-ТИ МЕСЯЧНОЙ ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ ВОП ПО ПРОЕКТУ «ЗДОРОВЬЕ»

Ниязова М.Т., Мавлянова Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность: после Указа Президента «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» (№ УП-2107 от 10.11.1998 года) по Республике Узбекистан с 1999 года начата переподготовка врачей сельских врачебных пунктов по 10-ти месячной программе по проекту «Здоровье». В последние годы в педагогическом процессе произошли большие перемены, процесс обучения требует внедрения новых интерактивных методов и пересмотра некоторых традиционных методов. Новые подходы к учебному процессу требуют и новых методов контроля. Применение разнообразных методов оценки и видов контроля знаний и навыков позволит получить объективную картину степени успеваемости, усвоемости знаний и навыков. Для достижения удовлетворённости экзаменационным процессом необходимо выбрать наиболее подходящий метод контроля, при котором проверка будет эффективной и полезной, а оценка справедливой и объективной

Цель: проверить качество обучающей программы, способной выпустить компетентных врачей, анализ и ревизия знаний, мышления, навыков и умений врачей на требуемом уровне и соответствии полученных обучающимися знаний стандарту учебной программы.

Материалы и методы: проанализирована методика проведения итогового экзамена сельских и городских врачей, преподавателей медицинских вузов, обучающихся по 10-ти месячной программе подготовки врачей общей практики за 2013-2014 учебный год в рамках проекта «Здоровье». Для проверки знаний и навыков применяли разные виды контроля: устный экзамен, ОСКЭ (объективный структурированный клинический экзамен), тесты, журнал консультаций, защита проекта.

Результаты: итоговый экзамен состоял из нескольких сложных этапов. Структура итогового экзамена включала: устный экзамен (2 задачи) оценивался на 20 баллов (20,0%), ОСКЭ (5 станции) - 25 баллов (25,0%), тесты (100 тестов - 500 вопросов) - 20 баллов (20,0%), журнал консультации - 5 баллов (5,0%), защита проектов - 20 баллов (20,0%), текущая оценка - 10 баллов (10,0%). Тестирование проводилась на компьютерах Ташкентского института усовершенствования врачей на

кафедры непрерывного медицинского образования. Количество тестов – 100, продолжительность тестирования – 1 час 40 минут. При подведении итогов по каждому виду экзамена изначально учитывается уровень знаний врача по 3-х уровневой градации результатов в соответствии с разработанными критериями оценки: уровень неудовлетворительно (60% и ниже), базовый уровень (61-85%), уровень отлично (86-100%).

Выводы: применение разнообразных методов оценки и видов контроля знаний и навыков позволяют получить более объективную картину степени усвоения знаний и навыков. Во время экзамена обучаемый анализирует собственные знания и умение выполнить навык, а педагог – какие навыки недостаточно усвоены в процессе обучения. Результаты экзаменов служат основанием для ревизии методов преподавания и дальнейшего улучшения процесса обучения.

ВНЕДРЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Рахматова Н.А.¹, Хамидова М.А.¹, Холбеков К.И.²

Представительство Швейцарского института тропического и общественного здравоохранения в Республике Таджикистан, Проект «Реформы медицинского образования», Душанбе, Районный центр здоровья Турсунзаде, Республика Таджикистан

Цель исследования. Совершенствование и улучшение процесса непрерывного медицинского образования (НМО) семейных врачей и медицинских сестер в условиях экономических реалий и быстрого темпа развития медицинской науки требует внедрения эффективных и доступных его форм, одной из которых является группы «Равный-Равному». Целью данного исследования является оценка мнения семейных врачей о различных формах НМО с акцентом на группы «Равный-Равному».

Материал и методы. Путем случайной выборки нами было проведено анкетирование 90 семейных врачей, работающих в районных и сельских центрах здоровья пилотных районов Проекта «Реформы медицинского образования» (ПРМО). 66 семейных врачей из общего числа анкетизируемых состояли в группах «Равный-Равному» (ГРР), организованных ПРМО в пилотных районах республики, как одно из доступных и эффективных форм непрерывного медицинского образования (НМО), а 24 врача по разным причинам не входили в эти группы.

Результаты. В настоящее время ПРМО в 6 пилотных районах организованы 21 группа среди семейных врачей и 25 групп среди медсестер. За 9 лет существования данных групп было проведено в общей сложности около 1872 встречи, на которых были обсуждены проблемы, представляющие трудности для семейных врачей. Анкетирование 90 семейных врачей с целью изучения их мнения по вопросам непрерывного медицинского образования показал, что средний возраст врачей, работающих в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) составляет 39,6 лет, все они прошли переобучение по семейной медицине в 2007-2015 г.г. 80,6% опрошенных врачей регулярно повышают уровень своих знаний на различных курсах усовершенствования (УСО), около 20% врачей нерегулярно посещают курсы УСО. В группах «Равный-Равному» (ГРР) состоит 66 врача (73,3%). 24 врача (26,7%) по различным причинам не состоят в ГРР. Это, в основном врачи, которые прошли курсы переобучения до внедрения Проекта в район или врачи, получившие специальность по окончании медицинского университета. По мнению большинства врачей (около 84%), состоящих в ГРР, встречи происходят ежемесячно и проблемно-ориентированы, они являются хорошим способом решения проблем, связанных с диагностикой, лечением заболеваний, часто встречающихся в их практике, также они отметили важность самообучения на этих встречах и возможность повышения уровня знаний и навыков на рабочем месте. Из числа врачей, не состоящих в ГРР, 11 человек (45,8%), указали, что за этот год не участвовали ни на одном образовательном мероприятии, 13 врачей (54,2%) отметили, что участвовали на семинарах или конференциях.

Выводы. Таким образом, группы «Равный-Равному» являются доступной и альтернативной формой НМО, основанной, по мнению семейных врачей, на развитие проблемно-ориентированного обучения и, способствующих процессу самообучения.

ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ОСНОВНЫМ НАВЫКАМ ПРОВЕДЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. ТАШКЕНТА

Садырова М.А., Расулова М.И.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Общая врачебная практика является неотъемлемой частью системы здравоохранения в нашей стране и функционирует в рамках первичной медико-санитарной помощи населению. Со второй половины 90-х осуществлен ряд реформ и внедрены государственные и международные проекты по реформированию первичного звена здравоохранения. Мировой опыт развития системы здравоохранения подтверждает тот факт, что наличие эффективного первичного звена с квалифицированными врачами общей практики (ВОП), работающими с населением и предоставляющими качественные медицинские услуги, является экономически более выгодным, чем усиление специализированной помощи.

Одним из направлений области деятельности врача общей практики является оказание медицинской помощи населению с неврологическими заболеваниями. Главными задачами врача общей практики в этом направлении являются опрос, направленный на выявление неврологической патологии, проведение неврологического обследования пациента с целью дифференциальной диагностики заболевания и выбора тактики ведения пациента. Зачастую данные пациенты нуждаются в обязательной консультации невропатолога, после которой ВОП контролирует лечение, проводит реабилитационные мероприятия и, при необходимости, оказывает социальную поддержку пациентам. В связи с этим членами нашей команды был разработан тестовый вопросник для оценки знаний ВОП в области неврологии. Наряду с проведением оценки теоретических знаний с помощью тестирования, каждого ВОП просили провести неврологическое обследование пациента.

Исследование проводилось на базе кафедры Подготовки ВОП Ташкентского института усовершенствования врачей. В исследовании приняли участие 65 врачей нескольких семейных поликлиник г. Ташкента. Анализ проведенного тестирования знаний показал, что 12 ВОП прошли тест на «хорошо», что составляет 18,5%, 44 врача «удовлетворительно», что составляет 67,7% и 9 врачей на «не удовлетворительно», что составляет 13,8%. При проведении полного неврологического обследования, включающего оценку 12 пар черепно-мозговых нервов, рефлексов, двигательной и чувствительной сфер, только у 7 врачей (10,8%) навык проведения неврологического обследования был оценен на «хорошо», у 38 врачей (58,5%) – «удовлетворительно», у 20 врачей (30,8%) – «не удовлетворительно».

Полученные результаты явились основанием для проведения обучения врачей, как теоретическим знаниям, так и практическим навыкам. После обучения вновь была проведена такая же оценка. Анализ повторно проведенного исследования показал, что знания врачей улучшились: 19 врачей (29,2%) ответили на тестовые вопросы на «отлично», 39 врачей (60%) – «хорошо», 7 врачей (10,8%) – «удовлетворительно». Результат оценки навыка проведения неврологического обследования также показал положительную динамику: у 15 врачей (23,1%) навык оценен на «отлично», у 41 врача (63,1%) – на «хорошо» и у 9 врачей (13,8%) – на «удовлетворительно».

Таким образом, ВОП должен постоянно совершенствовать свои знания и навыки для оказания эффективной квалифицированной медицинской помощи, приемлемой и безопасной для пациента.

БАЗОВЫЕ ЗНАНИЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО СТАНДАРТАМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОТЕКА В ЮЖНЫХ ОБЛАСТЯХ КЫРГЫЗСТАНА

Сулайманов Ш.А., Муратова Ж.К.

*Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
Медицинский факультет Ошского государственного университета, Ош, Кыргызстан*

Острая (ОК), хроническая крапивница (ХК) и ангиоотек (АО) – широко распространенные заболевания, которые встречаются в любом возрасте и представляют собой важную клиническую проблему в здравоохранении, актуальность которой обусловлена как серьезным влиянием болезни на качество жизни пациентов, так и трудностями диагностики и лечения. За последние 5-7 лет ведущими сообществами по аллергологии были опубликованы новые или обновленные

рекомендации по диагностике и лечению пациентов с крапивницей/АО, в том числе Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек». Однако, реальная клиническая практика лечения больных с данной патологией в Кыргызстане существенно не изменилась.

Цель работы: оценить базовый уровень знаний врачей по вопросам диагностики, тактике ведения и лечения больных крапивницей и ангиоотеком.

Материал и методы. По специально разработанной анкете было опрошено 100 врачей, работающих в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЦСМ, больницах) и имеющих постоянную практику лечения больных с ОК/ХК/АО.

Результаты. Было выявлено, что с современным Российским национальным согласительным документом «Крапивница и ангиоотек: рекомендации для практических врачей» (2, 3) знакомо только 45% аллергологов, 23% терапевтов и 12% семейных врачей. При этом используют в повседневной практике рекомендованную классификацию 37% врачей-аллергологов, 17% терапевтов и 7,5% семейных врачей. Интересно, что большая часть опрошенных врачей незнакома с новой классификацией крапивницы и современными научно обоснованными подходами к фармакотерапии. Около 56% специалистов затруднились с определением характерных особенностей, критериев и симптомов ОК и ХК. Для выявления причины ХК врачи наиболее часто назначали общий анализ крови, а более 65% всех специалистов направляли пациента на биохимический анализ крови. Нужно отметить, что более 75% врачей всех специальностей считали необходимыми проводить исследование кала на «дисбактериоз» и определять в крови уровень общего IgE, а 53% аллергологов и 67% терапевтов направляли пациентов на иммунограмму. Кожные пробы (скарификационные) рекомендовали для постановки диагноза 43% терапевтов и 78% аллергологов при том, что проведение данного исследования у пациентов с ХК в большинстве случаев клинически незначимо. При лечении ОК/ХК/АО вне зависимости от специальности врача назначались высокие среднесуточные дозы системных глюкокортикостероидов (ГКС), хотя согласно современным рекомендациям, данные препараты должны применяться в низких дозах. Кроме того, длительность курса ГКС не всегда была адекватна течению заболевания и составляла во многих случаях более 7-10 дней. Более 72% врачей всех специальностей считали необходимым применение неседативных блокаторов рецепторов гистамина (H1-БГ) II поколения. Многие специалисты нередко назначали препараты с недоказанной или ограниченной клинической эффективностью при ОК, ХК, АО, такие как глюконат кальция, тиосульфат натрия, витамины В₁, В₆, В₁₂ (парентерально), иглорефлексотерапию, энтеросорбенты (уголь активированный, смекта и др.), кремы (ланолин), топические H1-БГ и ГКС.

Таким образом, врачи плохо информированы и мало применяют на практике современные доказательные подходы к лечению ХК; не только врачи первичного звена, но и многие специалисты аллергологи не знают принципиальных отличий ОК от ХК или не знают критериев диагностики изолированного АО. Многие врачи часто проводят широкий спектр диагностических исследований у пациентов с ОК, хотя эта форма заболевания обычно не требует лабораторной диагностики. Практически никто из специалистов не смог назвать отличительные черты и особенности диагностики сходных с крапивницей/АО заболеваний: уртикарного васкулита, семейной холодовой крапивницы, аутовоспалительных и гиперэозинофильных синдромов, а также системного мастоцитоза. Кроме того, семейные врачи в реальной практике мало участвуют в назначении лекарственной терапии пациентам с ХК, оставляя эту прерогативу врачам-аллергологам.

Заключение. Многие специалисты в КР не знают или не применяют в своей практике рекомендации как национального согласительного документа России, так и ведущих мировых сообществ. Это приводит к назначению ненужных видов исследования, лечению малоэффективными и небезопасными препаратами и, в конечном счете, к недостаточному восстановлению качества жизни пациента, сохранению симптомов и увеличению длительности заболевания. Низкий уровень знаний врачей по вопросам диагностики, ведения и терапии крапивницы/АО диктует необходимость более активного обучения врачей ЦСМ и стационаров на юге КР путем организации регулярных тренингов и семинаров по проблеме крапивницы и ангиоотека. Актуален также вопрос разработки Национальных рекомендаций КР по диагностике и лечению ОК/ХК/АО.

ВЫБОР БУДУЩЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТУДЕНТАМИ 1 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

Сыдыкова С., Байзаков А., Кошукеева А., Кулданова К.

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

Острая нехватка врачей общей практики, особенно в сельской местности является не новой проблемой. Причины этого явления многогранны. Одной из причин является недостаточная информированность студентов о будущей профессии, в связи с чем одной из целей реформы медицинского образования является усиление подготовки кадров по семейной медицине, или врачей общей практики. Начиная с 2012 г. учебная программа была значительно модифицирована, и ориентирована на формирование разностороннего, квалифицированного специалиста по семейной медицине. При этом оценка мнения студентов является важным компонентом совершенствования учебных программ.

Целью нашей работы явилось изучение мнения студентов-первокурсников, обучающихся по новой интегрированной программе, в отношении выбора будущей специальности и места работы.

Материалы и методы. Проведено одномоментное поперечное исследование методом анонимного анкетирования 250 студентов 1 курса лечебного факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева. Анкета включала 10 вопросов с вариантами ответов. Данные анкетирования обрабатывались в программе Microsoft Office Excel 2007 с расчетом экстенсивных показателей (%).

Результаты: Из 250 студентов, принявших участие в исследовании, 52,8% приехали из регионов, в том числе из Ошской (11%), Джалалабадской (11%), Иссык-Кульской (9%), Чуйской (8%), Баткенской (6%), Таласской (5%) и Нарынской (3%) областей. 34% студентов были уроженцами г.Бишкека, остальные 13% были представителями ближнего зарубежья (Казахстан, Таджикистан, Узбекистан, Россия). На вопрос «Где бы Вы хотели работать в будущем?» лишь 15,6% опрошенных ответили, что намерены работать в регионах; тогда как почти половина (49,6%) студентов хотели бы работать в г. Бишкек, а 34,8% - планируют работать в странах ближнего и дальнего зарубежья. К сожалению, только 6% опрошенных хотят работать в будущем врачами общей практики. Подавляющее большинство (65,2%) студентов намерены работать врачами узкой специальности, среди которых наиболее популярными оказались специальности хирурга (31,2%), гинеколога (9,6%) и кардиолога (8,8%). Остальные 28,8% еще не сделали выбор специальности. На вопрос, почему студенты не хотят работать по специальности «врач общей практики», 26,8% студентов ответили, что причиной является недостаточная информированность об этой специальности. Среди других причин были отмечены «непопулярность и непрестижность» (7,2%), «низкий доход» (11,6%), и сложность профессии (11,2%), а также другие причины (в сумме они составили 43,2%). Интересно, что подавляющее большинство (88,8%) студентов согласны с тем, что врач общей практики – специальность, очень важная для здравоохранения Кыргызской Республики. Лишь 0,8% были не согласны с этим утверждением, а 11% ответили «не знаю». Большинство студентов – 86% правильно ответили на вопросы о главной функции врача общей практики и категории обслуживаемого населения. Однако 14% опрошенных первокурсников ошибочно считают, что ВОП – это врач, который имеет поверхностные знания в разных областях медицины, или врач, который не смог стать узким специалистом.

Заключение. Катастрофически малая доля (6%) желающих работать по специальности ВОП, также как и низкая доля тех, кто намерен работать в регионах (15,6%), свидетельствуют о необходимости не только совершенствования учебного процесса, но и повышения информированности как студентов, так и всего общества об исключительно важной роли ВОП в современных прогрессивных системах здравоохранения.

РАННЯЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ В ФОРМАТЕ МОДУЛЯ «ЧЕЛОВЕК, ЗДОРОВЬЕ И ОБЩЕСТВО» ДЛЯ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Сыдыкова С.Ж., Мергенбаева Т.К., Курумшиева А.Ш., Бримкулов Н.Н.

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

Введение. В рамках внедрения нового Государственного образовательного стандарта 3-го поколения (ГОС-3) с 2012 года в КГМА имени И.К.Ахунбаева впервые разработана учебная программа совершенно нового учебного модуля под названием «Человек, общество и здоровье»

(ЧОЗ). Цель модуля ЧОЗ - двоякая. С теоретической стороны, это ознакомление студентов с основными социальными и естественно-научными понятиями, необходимыми для дальнейшего обучения по специальности «Врач общей практики». Другой, более важной целью, является реальное знакомство студентов 1 курса с условиями первичного здравоохранения и работой врача общей практики, чтобы такое раннее «клиническое погружение» ускорило формирование мотивации к дальнейшему успешному освоению сложных доклинических и клинических дисциплин. Модуль объемом 6 ECTS (188 часов) включает ряд дисциплин (философия, биология, нормальная анатомия и физиология, общественное здоровье и здравоохранение и др.), но учитывая роль коммуникативных навыков в становлении врача, взаимодействии студентов друг с другом и с преподавателями, блок психологии является самым объемным компонентом модуля, на который отведено 60 часов. Другой объемной дисциплиной в модуле является «Введение в специальность», в рамках которого студенты непосредственно присутствуют на приеме семейного врача, наблюдают и анализируют его деятельность.

Цель данного исследования - оценка модуля ЧОЗ студентами.

Материал и методы. Для оценки использовалось анкетирование, после окончания модуля был опрошен 221 студент. Вопросы анкеты касались отношения обучаемых к отдельным дисциплинам и в целом к модулю, его позитивным и негативным качествам, отношения к специальности «врач общей практики».

Результаты: Все студенты положительно оценили модуль в целом. Оценивая по 10-балльной шкале преподавание каждой дисциплины модуля «ЧОЗ», студенты наиболее высоко оценили психологию (9,3 балла из 10), затем курс «ВОП» (9 баллов), и анатомию (8,7 балла). На вопрос «Что понравилось больше всего в преподавании курса «ВОП»?» 96% студентов отметили практические занятия с посещением кабинетов врачей. 88% студентов нашли ранний контакт с врачами и пациентами наиболее мотивирующим, а практические занятия и обсуждения в группе интересными и вдохновляющими. Студентами также были отмечены недостатки модуля: отсутствие связи отдельных предметов с основной тематикой модуля, повторение школьной программы, отсутствие практических занятий по ряду дисциплин, стесненные условия в кабинетах врачей, а также неготовность части врачей к присутствию студентов на занятиях.

Заключение: Анкетирование подтвердило важность преподавания модуля «ЧОЗ», главной целью которого является формирование мотивации к дальнейшему освоению сложных доклинических и клинических дисциплин по специальности «Врач общей практики». По данным анкетирования планируется дальнейшая работа над модулем, учитывая комментарии и предложения студентов.

ASSESSMENT OF INFORMATION DISTRIBUTION QUALITY OF DOCTORS OF PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM ABOUT PRINCIPLES OF RATIONAL DRUG PRESCRIPTION

Lapasov S.Kh., Khakimova L.R., Abdukhamidova D.Kh., Lapasova Z.Kh.
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Republic of Uzbekistan

Introduction. Irrational use of medicines is a major problem worldwide. WHO estimates that more than half of all medicines are prescribed, dispensed or sold inappropriately, and that half of all patients fail to take them correctly. Our investigation is devoted to the assessment the knowledge about basic principles of rational drug prescription among practical doctors of primary health care system.

Aim of investigation. To determine level of the distribution and allocation of the information regarding basic principles of rational drug prescription among practicing doctors.

Materials and methods. This investigation has been carried out on the basis of polyclinic № 3 of Samarkand city. 54 doctors of this polyclinic and 15 doctors from Samarkand city polyclinic № 2 have been included in the investigation. In general 69 doctors took part in the investigation. Among them there were 23 therapists, 20 pediatricians, 10 obstetrics and gynecologists and 16 specialists. We have developed questionnaires for practicing doctors for the purposes of determination of the situation on prescription of medications with taking into account of the principles of rational use of medications. After carrying out the survey we have conducted analysis of the received results. Then during three days we performed presentations the aims of which were to give information about the principles of rational drug prescription for the practicing doctors. Before making presentations we have tested the practicing doctors. Testing has

been performed before and after the training for the purposes of determination comprehensibility percentage of the received information by practical doctors.

Results. The survey among 69 practicing doctors (doctors from polyclinics № 2 and № 3) showed that the basic theoretical knowledge regarding prescription of medications has been obtained in the medical institute. Almost 38% of participating doctors have learned to prescribe medications by themselves in the process of work with patients using different reference books of medications, 62% of doctors have been learned to prescribe medications by working with books and receiving information from colleagues who have working experience from 5 to 30 years. Questionnaire showed that 85% of doctors in the process of their practice have been using different reference books on prescribing medications, 15% of doctors besides books have been using medications advertised by different pharmaceutical companies. 87% of doctors have not completed purposeful seminars and workshops on rational prescription of medications except some promo presentations carried out by different pharmaceutical companies on the certain medications, 13% of doctors since graduation from the medical institute did not complete any courses of improving qualification on the principles of rational prescription of medications. Having assessed the results of questionnaire we decided that the level of information distribution of practical doctors about principles of rational prescription of medications was low and didn't correspond to the requirements proposed by World Health Organization (WHO). Three days of practical seminar on principles of rational prescription of medications in accordance with program proposed by Groningen School has been carried out. Practical doctors have received needed basic knowledge on principles of rational prescription of medications.

Conclusions. Our study showed that doctors of polyclinics № 2 and № 3 did not know the principles of rational prescription of medications. The organized and carried out educational seminar on principles of rational prescription of medications gave the possibility for the doctors of primary health care system to have such information.

ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ В УСЛОВИЯХ ПМСП

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бобоев А.Т., Худайбергана Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Бронхиальная астма (БА) является глобальной проблемой мирового здравоохранения. Этим хроническим заболеванием страдают люди всех возрастов во всем мире. В случае тяжелого неконтролируемого течения эта болезнь ограничивает и значительно ухудшает качество жизни человека, а подчас заканчивается летальным исходом. Этапное лечение больных бронхиальной астмой (БА) включает стационарное, амбулаторное и санаторно-курортное лечение. Необходимые задачи реабилитации рассматривают на основе этапной системы: больница-поликлиника-санаторий. Залогом успеха функционирования системы является взаимность и преемственность её этапов, строгое единство подхода к диагностике и лечению БА на всех этапах.

Цель исследования. Разработать поэтапные алгоритмы лечения и реабилитации больных бронхиальной астмой.

Материал и методы. Под наблюдением находились 228 больных как атопической, так инфекционно-зависимым вариантом бронхиальной астмы, с различной степенью тяжести согласно международному консенсусу (GINA 2006).

На I этапе всем пациентам с обострением БА проводилось обследование и лечение в условиях стационара. В результате лечения отмечалось облегчения клинических симптомов, улучшение показателей внешнего дыхания и других общеклинических параметров, что коррелировало с улучшением количественных и функциональных показателей Т и В систем иммунитета.

На втором этапе больным атопическим вариантом БА проводилась специфическая иммунотерапия, а больным инфекционно-зависимым вариантом – индивидуальное лечение, включающее неспецифическую десенсибилизацию, бета-агонисты, ингибиторы рецепторов лейкотриена, а также ингаляционные кортикостероиды.

Результаты. II этап характеризовался ещё большим улучшением клинико-иммунологических показателей, что выражалось в резком уменьшении или отсутствии клинических симптомов БА и дыхательной недостаточности, увеличением относительного количества Т-лимфоцитов и нормализацией концентрации сывороточных иммуноглобулинов класса А, М, G. У больных атопической бронхиальной астмой уровень общего иммуноглобулина Е после первого курса иммунотерапии достоверно снизился. Наилучшие результаты клинико-иммунологических показателей получены после III этапа лечения – в местных горноклиматических условиях в санатории «Ак-Таш», где при оценке эффективности лечения учитывалась и продолжительность ремиссии. Реабилитация больных бронхиальной астмой в условиях местного горноклиматического санатория способствовала ликвидации воспалительного процесса в бронхах, нормализации газообмена в легких и коррекции дисбаланса иммунной системы у пациентов.

Выводы. Раннее включение в лечебный процесс реабилитационных мероприятий во многом обеспечивает наиболее благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов вторичной профилактики и предотвращения инвалидности больных бронхиальной астмой.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Бобоев А.Т., Худайбергана Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Об эффективности применения иммуномодулирующих препаратов сообщается в многочисленных публикациях. Вместе с тем с позиций доказательной медицины имеются еще неразрешенные проблемы. Хроническое заболевание с вялым течением воспалительного процесса естественно требует назначения иммуностропных препаратов, но такое течение болезни может быть при недостаточности клеточного, гуморального или фагоцитарного звена иммунитета. Поэтому назначение иммуномодуляторов должно быть селективным т.е. восстанавливать конкретные нарушения звеньев иммунитета.

Цель исследования. Изучение клинической и иммунологической эффективности иммуномодулирующих препаратов у больных ХОБЛ.

Материал и методы. Нами в течение нескольких лет более чем 150 больным с различными степенями тяжести ХОБЛ в комплексе лечения проведено иммунокорректирующее лечение с иммуноактивными препаратами. Иммунокорректоры назначали согласно клиническими данным и с учетом иммунограммы. Из иммунокорректоров применялись препараты эндогенного происхождения- препараты тимуса (тималин, тактивин, имуномодулин, тимоптин), а также иммуномодуляторы микробного происхождения - комбинированные препараты (рибомунил, бронхомунал). У большинства больных изучены отдаленные клинические и иммунологические результаты.

Результаты. Исходя из динамики клинических и иммунологических результатов можно сделать предварительные выводы, что у больных ХОБЛ немаловажное значение имеют назначение иммуномодуляторов в зависимости от периода (фазы) заболевания. Нам кажется назначение иммуномодуляторов микробного и синтетического происхождения в периоде обострения ХОБЛ нецелесообразно так как эта группа препаратов обладает вакцинирующим эффектом и ещё больше активизирует иммунную систему и утяжеляет клиническое течение болезни, ухудшая самочувствие пациентов. Поэтому наиболее безопасно и эффективно назначение иммуномодуляторов в периоде ремиссии хронического патологического процесса. В этом периоде выявляется истинная картина иммунного статуса больного и вакцинирующий эффект стимулирует удлинение периода ремиссии болезни, предотвращая повторное обострение.

Выводы. Таким образом, несовершенство и неполнота наших предоставлений о реальных механизмах иммунных реакций в организме, отсутствие четкой классификации иммунозависимых заболеваний и неполных представлений о роли иммунных и иммунопатологических реакций в патогенезе различных заболеваний, является первым и, вероятно, одним из основных препятствий на пути внедрения принципов доказательной медицины в иммунологию.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ КБС С УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

Дуйшеева Г.К., Леонтьева Н.С., Калиев Р.Р.

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

Цель исследования: изучение показателей систолической функции сердца у больных с коронарной болезнью сердца в зависимости от наличия структурно-функциональной патологии щитовидной железы.

Материалы и методы. Исследованию подверглись 62 женщины, средний возраст – 65,4±11,05 лет. Пациентки находились на стационарном обследовании и лечении в Национальном центре кардиологии и терапии им. академика Мирсаида Миррахимова в период с января по декабрь 2014 года. У всех больных проводились: анализ анамнестических данных с учетом результатов по опроснику Роузе; измерение артериального давления (АД), определение в сыворотке крови содержания общего холестерина (ОХ) и тиреотропного гормона (ТТГ); ультразвуковые исследования

(УЗИ) ЩЖ, электро- и эхокардиографии по стандартным методикам. В зависимости от поражения ЩЖ (по данным уровня ТТГ и УЗИ) все обследуемые нами больные КБС были разделены на две группы: I группу составил 31 пациент с узловым зобом с признаками субклинического гипотиреоза (СГ); во II группу вошел 31 больной без структурного поражения ЩЖ с эутиреозом.

Результаты и их обсуждение. Уровень систолического АД (САД) в мм.рт.ст. у больных I группы был значительно выше, чем во II группе ($148,53 \pm 23,85$ против $135,63 \pm 18,16$ соответственно, $p < 0,02$). Однако, у них же в крови отмечалась лишь тенденция к росту уровня ОХ сравнительно с больными II группы ($4,59 \pm 1,27$ ммоль/л против $4,25 \pm 0,94$ ммоль/л соответственно, $p < 0,2$). Несмотря на это, у больных КБС с узловым зобом и признаками СГ по сравнению с пациентами без поражения щитовидной железы в период диастолы были обнаружены достоверно большие размеры полостей левого предсердия (ЛП) ($3,83 \pm 0,82$ см против $3,4 \pm 0,51$ см, соответственно, $p < 0,017$), левого желудочка (ЛЖ) ($5,25 \pm 0,57$ см, против $4,95 \pm 0,48$ см, $p < 0,03$), а также увеличение размеров межжелудочковой перегородки (МЖП) ($0,98 \pm 0,14$ см против $0,89 \pm 0,1$ см, соответственно, $p < 0,005$). Вместе с тем ремоделирование левых отделов сердца и МЖП у больных узловым зобом с признаками СГ в отличие от пациентов с эутиреоидным состоянием ЩЖ чаще сопровождалось нарушениями ритма. Пароксизмы мерцания предсердий зарегистрированы в 32,3% случаев против 12,9% соответственно ($p < 0,05$), а также постоянная форма мерцательной аритмии – в 12,9% случаев против 0%, соответственно ($p < 0,005$).

Выводы. У больных КБС при наличии узлового зоба с признаками СГ отмечались существенный подъем САД, значительно большие размеры полостей ЛП, ЛЖ, а также утолщение МЖП. Кроме того, у этих пациентов достоверно чаще выявлялись наджелудочковые нарушения ритма (как пароксизмальные, так и постоянные формы), что подчеркивало тяжесть течения КБС.

ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ

Дюсупова А.А., Еспенбетова М.Ж., Дюсупова Б.Б., Терехова Т.И.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Сахарный диабет (СД) считают «неинфекционной эпидемией», которая охватила более 350 млн. человек в мире. Диабетическая полинейропатия (ДПН) считается одним из наиболее распространенных хронических осложнений сахарного диабета, снижающим качество жизни больных.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности препарата «Мильгамма» у больных с диабетической невропатией.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Центра первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП) №12 г.Семей. В работу были включены 24 пациента с СД 2 типа в возрасте от 50 до 75 лет с диабетической невропатией I и II стадии, из них 15 (62,5%) мужчины и 9 (37,5%) женщины. Длительность заболевания составляла от 7 месяцев до 18 лет. При этом у 19 (79%) пациентов был СД 2 типа и у 5 (21%) – СД 2 типа, инсулинопотребная форма. Следует отметить, что из 19 больных 31,6% пациентов находились на диете, остальные 68,4% получали пероральные сахароснижающие препараты. Больные, имеющие клинические признаки невропатии отмечали появление симптомов давностью от 15 дней до 5 лет. Всем пациентам кроме общепринятого обследования проводились оценка сухожильных рефлексов, определение температурной, тактильной и вибрационной чувствительности стандартными методами. Обследование проводилось до и после терапии препаратом «Мильгамма». Диагноз невропатии основывался на субъективных и объективных признаках. В частности, были выявлены затруднения при ходьбе, шаткость походки, мышечная слабость, судороги, онемение конечностей, «мурашки», жжение в ногах, боли, а также нарушение температурной, тактильной и вибрационной чувствительности (дистальная сенсорно-моторная невропатия). У части больных отмечались признаки автономной невропатии: ортостатическая гипотония, запоры, недержание мочи, эректильная дисфункция, ангидроз, гиперкератоз. Все больные получали препарат «Мильгамма» (100 мг бенфотиамина и 100 мг пиридоксина) в дозировке по 1 таблетке 3 раза в день в течение 8 недель.

Полученные результаты. Исследование показало положительную динамику со стороны субъективных и объективных признаков диабетической невропатии. Клинические проявления диабетической невропатии имели место у 79% больных. После лечения у 85% (15) больных

наблюдалось значительное уменьшение указанных выше симптомов (уменьшение болей, покалывания, жжения в ногах, онемение и т.д.) и лишь у 15% (3) улучшений не выявлено. Позитивные результаты после терапии получены и при объективном неврологическом обследовании (у 15 больных – улучшились мышечная сила и сухожильные рефлексы, у 18 – отмечено улучшение тактильной, болевой, температурной чувствительности и у 17 – вибрационной чувствительности). И лишь у 3 больных динамики не обнаружено. Следует отметить улучшение состояния и у больных с признаками автономной невропатии (у 14 пациентов из 18). В процессе лечения аллергическая реакция наблюдалась только у 1 больного, что привело к отмене препарата и исключения данного пациента из исследования.

Выводы. 1. Применение нейротропных витаминов для нормального функционирования нервной ткани при лечении невропатии патогенетически обосновано. 2. Применение в лечении больных СД препарата «Мильгамма» в дозе по 1 таблетке 3 раза в день в течение 8 недель приводит к значительной положительной динамике со стороны объективных и субъективных признаков диабетической невропатии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ БРОХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дюсупова Б.Б., Дюсупова А.А.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Изучение проблемы бронхолегочной патологии у беременных женщин является актуальным вопросом клинической медицины. По данным литературы очень часто у женщин с хроническим бронхитом развивается состояние угрозы прерывания беременности, особенно при обструктивном синдроме. Непредсказуемость течения бронхиальной астмы (БА) при беременности обуславливает поиск новых подходов к её лечению, наиболее эффективных комбинаций лекарственных средств в комплексной терапии. Учитывая иммунный характер воспаления, нарушение микроциркуляции, нарушение мукоцилиарного клиренса при БА на фоне гормональной перестройки организма беременной, резонным становится вопрос о применении системной энзимотерапии (СЭТ) у беременных при данной патологии. У беременных с БА чаще, чем у здоровых женщин, развиваются ранний токсикоз (у 37%), угроза прерывания беременности (у 26%), нарушения родовой деятельности (у 19%), быстрые и стремительные роды (у 23%), могут рождаться недоношенные и маловесные дети. У 5% детей астма развивается в первый год жизни, у 58 % в последующие годы.

Цель работы: изучение частоты, особенностей течения и лечения при бронхолегочной патологии у беременных по данным пульмонологического отделения БСМП г.Семей за период 2012-2014 годов.

Материалы и методы. Нами было обследовано 45 беременных женщин, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении с бронхолегочной патологией за период с 2012г. по 2014 г. Объем обследований соответствовал той патологии, с которой беременная женщина поступала в отделение пульмонологии. Среди 2752 больных за 3 года было пролечено 45 беременных женщин в основном с острой пневмонией - 11, хроническим бронхитом - 9, бронхиальной астмой-19. У всех беременных женщин основной группы (n=25) на фоне базисной терапии основной патологии применялся Вобэнзим (СЭТ) по 3 таблетки 3 раза в течение 1 месяца и по 2 таблетки 3 раза на протяжении 2 триместра беременности. Контрольная группа (n=21) беременных женщин получала только базисную терапию.

Результаты. В процессе такой комплексной терапии у беременных основной группы, например, с бронхиальной астмой, отмечалось значительное уменьшение потребности в применении бета₂-агонистов, снижение частоты приступов удушья в сутки, повышение уровня контроля над астмой по сравнению с беременными контрольной группы. Применение Вобэнзима у больных с острой пневмонией и бронхитами способствовало более быстрому разрешению воспалительного процесса и сокращению продолжительности лечения. Сочетанной терапией с применением СЭТ удалось обеспечить сохранение беременности, облегчение и уменьшение симптомов токсикоза, воспаления, профилактику осложнений у всех обследуемых беременных основной группы.

Выводы. Включение в базисную терапию бронхолегочной патологии во время беременности энзимов, в частности, Вобэнзима в указанной выше дозировке существенно повышает эффективность

лечения, предупреждает развитие угрозы прерывания беременности, уменьшает клинические проявления токсикоза и способствует профилактике осложнений у беременных женщин с заболеваниями бронхолегочной системы.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Жигальцова-Кучинская О.А.

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

Болезнь Вильсона-Коновалова (БВК), или гепатоцеллюлярная дистрофия, гепатолентикулярная дегенерация – редкое наследственное заболевание печени, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу, характеризующееся расстройством метаболизма меди в организме. При болезни Вильсона-Коновалова имеется генетический дефект транспорта и экскреции меди из гепатоцитов в желчь, что приводит к избыточному накоплению меди главным образом в печени, а также в других органах, нередко с тяжелым нарушением их функции. Поражение основного депо меди – печени – может иметь бессимптомное течение, проявляться гепатомегалией, повышением активности трансаминаз, стеатозом печени, острым гепатитом, хроническим гепатитом, циррозом, изолированной спленомегалией как проявлением инаппарантного цирроза, фульминантной печеночной недостаточностью.

Цель исследования: оценка активности воспалительного процесса в печени у пациентов с БВК при выявлении заболевания.

Материал и методы: в исследование включено 25 пациентов (8 мужчин и 17 женщин), медиана возраста составила 26 (17; 49) лет, с установленным диагнозом болезни Вильсона-Коновалова. У 18 пациентов отмечались признаки цирроза печени и у 7 – хронического гепатита. Пациенты получали базисное лечение до полугода. У 13 пациентов диагноз был выставлен впервые. У 16 пациентов заболевание было представлено печеночной формой и у 9 – смешанной. Все пациенты имели признаки поражения печени. Для оценки степени активности воспалительного процесса использовали величину уровня активности аланиновой трансаминазы (АлАТ) в крови.

Результаты. Повышение уровня активности АлАТ отмечено у 13 (52%; 95% ДИ 31 - 73) пациентов (2 мужчин и 11 женщин). Из них у 12 поражение печени было представлено циррозом, только в 1 случае (женщина 19 лет) выявлены признаки хронического гепатита. Среди пациентов с повышенной активностью АлАТ были 12 человек с печеночной формой и 1 со смешанной формой БВК. Мягкое течение процесса (повышение активности АлАТ менее 3-х норм) отмечено у 16 (64%) пациентов, умеренное течение (от 3-х до 10 норм) – у 5 (20%) пациентов и тяжелое течение (более 10 норм) – у 4-х (16%) пациентов. Тяжелое течение воспалительного процесса наблюдалось у 19-летней пациентки и еще у 3 молодых погибших женщин от 18 до 33 лет, основными причинами смертельных исходов были: печеночная недостаточность в одном случае и ДВС-синдром в двух других.

Выводы. 1. Повышение уровня активности АлАТ имело место у большинства (52%; 95% ДИ 31 - 73) пациентов. 2. У абсолютного большинства пациентов (у 12 из 13) с повышенным уровнем активности АлАТ поражение печени было представлено циррозом. 3. Большинство пациентов (12 из 13) с повышенной активностью АлАТ имели печеночную форму болезни Вильсона-Коновалова и 1 - смешанную. 4. Более половины пациентов (16 человек (64%)) имели мягкое течение патологического процесса в печени, умеренное течение – 5 (20%) пациентов и тяжелое – 4 (16%).

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ №12

Зготова Н.С.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа больных с неспецифическими заболеваниями легких (НЗЛ), которые занимают 3-4-е место среди причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Ведущее место среди хронических НЗЛ как по частоте, так и по тяжести прогноза занимает хронический бронхит (ХБ), доля которого в структуре ХНЗ составляет 90%. Разработанная концепция об основных этапах формирования и развития ХБ, требующая дифференцированного подхода включает: I этап - ситуация угрозы с наличием факторов риска (курение, загрязненность воздуха, бронхолегочные заболевания и т.п.); II - развитие кашлевого и бронхообструктивного синдрома; III - развернутая клиническая картина болезни; IV - болезнь с осложнениями - легочная гипертензия, эмфизема легких, хроническое легочное сердце - ХОБЛ. Вопросы, касающиеся раннего выявления истоков развития ХБ освещены недостаточно.

Целью работы было установление частоты нарушений бронхиальной проходимости у подростков как по клиническим признакам, так и с помощью простых, доступных и в то же время информативных методов исследования функции внешнего дыхания (ФВД).

Материалы и методы. ФВД оценивали на пневмотахометре и спирографе. Использовали ингаляционные бронходилатационные пробы (с беротеком, атривентом, беродуалом), что давало возможность определить как явные, так и скрытые нарушения бронхиальной проходимости. ФВД оценивали в сравнении с должными значениями, полученными при обследовании 263 здоровых подростков. Провели опрос с помощью разработанной анкеты, флюорографию и ФВД у 544 подростков в условиях центра первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП) №12 и в школе №15 (268 юношей и 276 девушек).

Все обследованные подростки были распределены на 5 групп: 1-я (267 человек) - практически здоровые без факторов риска, не предъявляющие жалоб и не имеющие по данным флюорографии изменений; 2-я группа (136 человек) - болеющие ОРВИ; 3-я (87 человек) - практически здоровые курящие; 4-я (38 человек) - практически здоровые, перенесшие за последний год 3 раза и более ОРВИ, острые пневмонии и бронхиты; 5-я (16 человек) - практически здоровые со сколиозом или кифосколиозом II степени.

Результаты. У практически здоровых курящих подростков латентно протекающий бронхообструктивный синдром встречается в 54% случаев, у часто болеющих ОРВИ и бронхитом в 21%, с деформацией грудной клетки в 25% случаев.

Выводы: Курение является наиболее частой причиной развития бронхообструкции у подростков.

СЛУЧАЙ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ВОП

Зготова Н.С.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

К паранеопластическим заболеваниям и синдромам относят неонкологические заболевания, возникающие под влиянием злокачественного процесса, но не вследствие прямого действия опухоли на ткани и органы (метастазирование, прораствание), а в результате ее возможного влияния на обменные или иные реакции, происходящие в организме. Интерес к этой проблеме был вызван, прежде всего, работами Е.М.Тареева и его сотрудников. Практически трудно найти какой либо орган или систему, не вовлекающуюся в паранеопластический процесс. Нефротический синдром (НС) занимает особое место среди нефрологических паранеопластических реакций. Он может быть одним из первых почечных признаков опухолевого процесса, но, к сожалению, обычно долго не оценивается как проявление паранеопластического процесса, тогда как встречается в 10 раз чаще именно у больных с НС по сравнению со здоровыми людьми. Диагностика паранеопластического, НС основана на поиске опухолевого заболевания. Данный поиск должен организоваться в дебюте любого хронического гломерулонефрита, особенно если возраст больного старше 34-40 лет. В связи с

практической значимостью «почечных» масок паранеопластических реакции приводим собственное наблюдение.

Больная Ш., 70 лет, доставлена машиной скорой помощи в нефрологическое отделение с жалобами на массивные отеки нижних конечностей, лихорадку, олигоурию, одышку, слабость, снижение аппетита. Больна в течение трех месяцев. Объективно: Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Пониженного питания. Кожные покровы сухие, бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. По органам без особенностей. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон. Выраженные мягкие отеки нижних конечностей. Обследование: Нормохромная, нормоцитарная анемия, ускорение СОЭ до 70 мм/час. Протеинурия до 13,3 г/сут, гипопроотеинемия до 30 г/л. Уровень мочевины, креатинина в пределах верхних границ нормальных показателей. Данные УЗИ внутренних органов, почек, гениталий, рентгенография легких в пределах нормы. Учитывая возраст, общий вид больной, лихорадку в течение трех месяцев, бледность, сухость кожных покровов, массивные отеки, анемию, протеинурию, нормальные размеры почек на УЗИ, сохранную функциональную способность почек, диагностический поиск проводился в плане исключения ПН. При проведении компьютерной томографии брюшной полости в проекции поперечно-ободочной кишки выявлен участок неравномерного утолщения и уплотнения стенки до 20-27 мм с сужением ее просвета. Окончательный диагноз больной Ш.: Рак поперечно-ободочной кишки. Паранеопластическая нефропатия без нарушений функции почек. Нефротический синдром. Анемия II степени. Больная переведена в онкодиспансер. Таким образом, у семидесятилетней больной впервые появились признаки поражения почек с внезапным развитием НС, беспричинной лихорадкой в течение трех месяцев, анемией, ускорением СОЭ, которые позволили заподозрить ПН. Выделение «почечных» масок паранеопластических реакций имеет большое практическое значение, так как позволяет в более короткие сроки и более целенаправленно обследовать больного, а, значит, раньше поставить правильный диагноз и предпринять соответствующее лечение.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

Ибрагимова Ю.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: провести клинический анализ влияния ожирения на показатели качества жизни у пациентов с ИБС на фоне абдоминального ожирения.

Материал и методы: Проведено проспективное исследование в 3 клиниках ТМА в отделении кардиологии в период с октября 2014 г. по июнь 2015 г. Изучено выборочно 80 больных из них 38 мужчин (47.5%) и 42 женщины (52.5%). Набор пациентов проводился параллельно в три подгруппы, разделенных по показателю ИМТ согласно критериям ВОЗ: подгруппы с ожирением 1, 2 и 3-й степени. Численность каждой подгруппы при завершении исследования составила 20 человек. В контрольную группу включено 20 пациентов с ИБС, не страдающих ожирением. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование по протоколу, включавшее определение антропометрических показателей — массы тела, роста, окружностей талии и бедер. Оценка показателей качества жизни проводилась с помощью опросника MOS SF-36 и подсчетом значений двух интегральных шкал — физического и психического компонентов.

Результаты исследования: У пациентов с ИБС на фоне абдоминального ожирения отмечалось значительное снижение показателей качества жизни в сравнении с контрольной группой по всем шкалам опросника SF-36 и обоим суммарным шкалам. При этом среди пациентов основной группы отмечалась значительная вариабельность показателей качества жизни, значения суммарных компонентов качества жизни варьировали от 25 до 52 баллов по шкале физического компонента и от 22 до 60 — по шкале психического. Полученные данные свидетельствуют, что внутри группы больных с ИБС на фоне ожирения, действуют факторы, снижающие качество жизни. Пациенты основной группы были разделены по медианам PCS и MCS на 4 подгруппы: в 1-ю подгруппу вошли пациенты с худшими результатами по обоим показателям - пациенты с ИБС и ожирением III ст.; во 2-ю — с относительно лучшими значениями MCS и худшими PCS- ИБС и ожирением II ст.; в 3-ю — пациенты с худшими значениями MCS и лучшими PCS- ИБС и ожирением I ст и в 4-ю подгруппу — с наилучшими результатами по обоим суммарным шкалам - контрольная группа. Снижение величины

суммарного психического компонента было связано в наибольшей степени с нарушением ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,0001$), а также с нарушением социального функционирования и психического здоровья. Суммарный физический компонент в наибольшей степени был связан с уровнями физического функционирования (ФФ) и ролевого физического функционирования (30 vs 63 баллов для физического функционирования и 5 vs 40 баллов для физического ролевого ($p > 0,0001$)). При анализе ответов пациентов на вопросы опросника SF-36 было выявлено, что снижение суммарного физического компонента качества жизни связано с затруднениями в выполнении умеренных повседневных физических нагрузок.

Заключение: Полученные данные оценки качества жизни показывают, что наличие ожирения у больных ИБС явилось основной причиной ухудшения показателей качества жизни пациентов.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Каримова Д.И., Кошимбетова Г.К., Носирова Г.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель. Железодефицитная анемия остается широко распространенным заболеванием во всем мире. Длительно существующий дефицит железа у детей раннего возраста неблагоприятно сказывается на психомоторном, речевом развитии детей и может привести к отдаленным нарушениям когнитивной функции. При дефиците железа в организме у детей снижается уровень неспецифических факторов защиты, развиваются нарушения клеточного и гуморального иммунитета, что клинически проявляется слабым иммунным ответом на вакцинацию, частой заболеваемостью ОРВИ, кишечными инфекциями, затяжным и осложненным течением инфекционно-воспалительных заболеваний. Целью нашей работы было определить ведущие факторы риска развития железодефицитной анемии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Задачами нашей работы были: 1) определить частоту железодефицитной анемии среди детей раннего возраста, находящихся на лечении; 2) сопоставить данные заболеваемости детей без анемии и детей с анемией; 3) выявить влияние анемии во время беременности у матерей на развитие железодефицитной анемии у детей; 4) изучить характер вскармливания и влияние введения прикорма на возникновение анемии у детей.

Результаты. Было проведено анкетирование 60 матерей детей раннего возраста с подробным изучением анализов крови детей и перенесенных заболеваний и последующим анализом полученных данных. Из них 30 детей (контрольная группа) не имели в анамнезе железодефицитной анемии. В результате проведенного анализа были выявлены следующие факторы риска развития железодефицитной анемии у детей раннего возраста: позднее введение прикорма - 59%; наличие анемии у беременной женщины - 66%; раннее искусственное вскармливание - 23%, патологическое течение беременности - 15%; частые ОРВИ - 15%, пищевая аллергия - 13%, недоношенность - 7%. У детей с железодефицитной анемией длительность острого респираторного заболевания была выше, чем у детей без анемии.

Выводы. Таким образом, дети, имеющие быстрые темпы роста, находящиеся на раннем искусственном вскармливании с поздним введением мясного прикорма (позже 8 месяцев), входят в группу риска по развитию железодефицитной анемии.

ОСОБЕННОСТИ КОАГУЛЯЦИОННОГО И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОГО ЗВЕНЬЕВ ГЕМОСТАЗА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

Каримова Н.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одной из самых актуальных проблем детской пульмонологии. Распространенность БА среди детей колеблется в пределах 2-10% в различных странах мира. Несмотря на имеющиеся положительные результаты в изучении патогенеза,

диагностики и лечения этого заболевания, отмечается неуклонный рост заболеваемости и угрожающих жизни осложнений. В настоящее время заметно возрос интерес к изучению метаболических функций легких у больных БА. Значительное внимание в этом плане уделяется гемостазу как важнейшей системе, характеризующей функциональное состояние биологических мембран, наиболее крупную из которых представляет поверхностно-активный альвеолярный комплекс.

Цель. Установить особенности изменений коагуляционного и фибринолитического звеньев гемостаза у детей с бронхиальной астмой с тем, чтобы обосновать их значимость в механизмах персистенции воспалительного процесса в бронхолегочной системе и построении комплекса корригирующих мероприятий.

Материалы и методы исследования. Было проведено комплексное лабораторно-инструментальное обследование 25 больных БА в возрасте от 6 до 14 лет, которые находились на лечении в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии МЗРУз. Для оценки состояния тромбоцитарного, плазменного гемостаза использовались следующие методы: подсчет тромбоцитов в камере Горяева с окраской по Ронину; определение протромбинового времени по Quick; АПТВ (активированное парциальное тромбопластиновое время по Caen); определение времени рекальцификации по Bergerhof и Roka; степени тромботеста по методу М.А.Котовшиковой; толерантность плазмы к гепарину по методу S.Sigg; определение концентрации фибриногена по Р.А.Рутберг; этаноловый тест по H.Godal в модификации В.Г.Лычева; протаминсульфатный тест.

Результаты исследования. У детей, больных БА были выявлены отклонения коагуляционного и фибринолитического звеньев гемостаза, которые были детерминированы тяжестью течения заболевания. Минимальные отклонения в состоянии гемокоагуляции, проявляющиеся в активации III фазы коагуляционного каскада и повышении фибринолитических свойств крови, зарегистрированы при обострении легкой интермиттирующей астмы, в то время как начальные этапы процесса свертывания – формирование протромбиназного комплекса и фосфолипидная активация свертывания крови не имели существенных отличий от здоровых. При легком течении БА отмечались нарушения структурных и скоростных параметров организации сгустка, отражающие формирование более плотного, по сравнению с интермиттирующей БА, и резистентного к лизису сгустка, а также увеличение скорости коагуляции на 1-й и 2-й минутах III фазы свертывания, преимущественная активация плазменного звена гемостаза по внешнему пути. В связи с тем, что активация и взаимодействие факторов свертывания крови почти на всех этапах происходит на свободных плазменных фосфолипидных мембранах и косвенным маркером их функционального состояния является прокоагулянтная активность этих гемокоагуляционных структур, нами изучен один из параметров фосфолипидзависимых коагуляционных тестов - каолиновое время. У больных в приступный период имеет место удлинение каолинового времени свертывания крови в 1,25 раза по сравнению со здоровыми детьми, что косвенно указывало на несостоятельность фосфолипидных мембран плазмы.

Выводы. Таким образом было выявлено гиперкоагулолабильность за счет ускоренного образования фибрина в III фазу гемокоагуляционного каскада.

ЧАСТОТА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ МУЖЧИН

Керимкулова А.С.^{1,2}, Бекташева Э.Э.¹, Арапова Р.К.¹, Неронова К.В.¹, Миррахимов Э.М.^{1,2}

¹Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,

²Национальный центр кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: изучение встречаемости метаболического синдрома (МС) у этнических кыргызов мужчин, проживающих в г.Бишкек.

Материалы и методы. Обследованы этнические кыргызы мужчины старше 34 лет, постоянно проживающие в г.Бишкек. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, включавшее сбор жалоб, анамнеза, антропометрические измерения (окружность талии (ОТ), бедер (ОБ), рост (см), вес (кг)). За абдоминальное ожирение (ОЖ) принимались значения $ОТ \geq 102$ см. Лабораторные исследования включали анализ сахара крови, липидного спектра. Определение липидного спектра проводилось на биохимическом автоанализаторе “Sinchron CX-4-DELTA”

(“Beckman”, США). Концентрация холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП-ХС) высчитывалась по формуле Friedwald W. МС диагностировался по модифицированным критериям АТР III.

Результаты. Обследованы 74 этнических кыргызов, постоянных жителей г. Бишкек, от 35 до 70 лет (средний возраст $51,9 \pm 8,6$ г). МС был выявлен у 33 (44,6%) пациентов. Далее по возрасту все пациенты были распределены на 3 группы: от 35-49 лет ($n=31$), от 50-59 лет ($n=31$) и 60-73г ($n=12$). Встречаемость МС в группах была: 45,2%, 48,4% и 33,3% соответственно. Среди компонентов МС АО выявлено у 26 (35,1%), низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП-ХС) – у 38 (51,4%) пациентов.

Выводы. 1) - в группе обследованных этнических кыргызов мужчин, жителей г. Бишкек согласно критериям АТР III МС был диагностирован у 44,6%. 2) - МС чаще встречался в возрастной группе 50-59 лет. 3) - среди компонентом МС чаще выявлялись АО и низкий уровень ЛПВП-ХС.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Кучкаров Х.Ш., Рахимова М.Э.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан

Эффективность лечебно-диагностического процесса во многом обусловлена приверженностью к лечению больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН). В настоящее время установлено, что распространенность депрессивных состояний у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями очень высока и составляет от 18 до 60 %. Было показано, что частота встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у больных хроническими формами ишемической болезни сердца (ИБС) достигает 48 %, что значительно превышает их распространенность в общей популяции. При этом самая высокая частота депрессии отмечена при ХСН. В свою очередь установлено, что депрессия повышает вероятность развития ХСН в 1,5–2,6 раза в течение 4,5–14 лет. Кроме того, присутствие депрессии у больных с ХСН ассоциировалось с 2-х кратным повышением частоты госпитализации и увеличением на 29 % общих затрат на лечение.

Цель исследования. Оценка эмоционального и клинического состояния пациентов с ХСН ишемического генеза.

Материал и методы исследования. Обследованы 53 больных с ХСН ишемической этиологии ФК II III IV. Все больные получали стандартное лечение препаратами доказанной эффективности. Возраст обследованных больных составил 49- 89 лет. Из них 31 женщин и 22 мужчины. У всех больных проводились необходимые лабораторно-инструментальные исследования, оценка психологического состояния. Для оценки состояния больных применялись госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS) и Шкала Оценки Клинического Состояния больных (ШОКС) в модификации В.Ю. Мареева (2000).

Результаты исследования. В ходе исследования среди больных ХСН были выявлены ХСН ФК II-у 17 (32,07%) больных, ФК III-у 32 (60,37%), ФК IV—у 4 (7,54%) больных. Тревожно-депрессивные расстройства обнаружены у 44 (83,01 %) больных, из них 20 (45,45%) - с изолированной тревогой, 8 (18,18%) — с изолированной депрессией, 16 (36,36%) - имели и тревогу и депрессию. Чем выше был функциональный класс ХСН, тем ярче были выражены аффективные расстройства. Среди обследованных с ХСН ФК II- у 13 (76,5%), ФК III—у 30 (93,75%), ФК IV—у 4 (100%) больных обнаружены аффективные расстройства. Изолированные тревожные расстройства наблюдались в основном у пациентов более низкого функционального класса, а изолированные депрессивные - у пациентов более высокого функционального класса ХСН. Частота тревожно-депрессивных расстройств среди женщин была выше, чем у мужчин (87,1 и 77,27% соответственно). Во многом это обусловлено и тем, что большая часть женщин, обследованных нами, имели признаки климактерического синдрома, что не всегда было выражено на фоне основного заболевания. У больных с ХСН II–III ФК депрессия встречается чаще, чем у лиц с I ФК, а степень ее тяжести положительно коррелирует с ФК ХСН. Результаты нашего исследования показали, что у лиц с депрессивными расстройствами по сравнению с пациентами без депрессии более высокий функциональный класс ХСН и приверженность к немедикаментозным и медикаментозным лечением низкий. Все это ухудшает качество жизни больного и ухудшает прогноз заболевания.

Выводы. ХСН ишемического генеза часто сопровождается тревожно-депрессивными расстройствами. Чем выше функциональный класс ХСН, тем больше ухудшается психическое состояние пациентов и прогноз болезни.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО ВНЕДРЕНИЮ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ ПО СЛЮНЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ УРОВНЕ

Ламоков А.С.

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 потребители инъекционных наркотиков (ПИН), работники секса (РС), мужчины имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ), а также жены и мужья этих групп. Непосредственное 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 OraQuick Advance, их специфичность – 99,6 – 99,9%, а чувствительность – 98,4 – 99,7%, что гарантирует высокую точность теста.

Результаты: С ноября 2012 года до августа 2015 года более 6 тысяч человек из уязвимых групп прошли обследование на ВИЧ при помощи экспресс-тестов на ВИЧ по слюне.

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. Во время проведения пилотного проекта за 2014 год в НПО прошло тестирование на ВИЧ 4430 человек, у 147 из них тесты показали положительный результат. Всего 57 (39% из 147) человек прошли подтверждающие тесты ИФА-методом в РЦ «СПИД», где у 53 (93%) человек был положительный результат на ВИЧ и только 4 (7%) случая не подтвердились. Малый процент прошедших подтверждающие тесты в РЦ «СПИД» обусловлен неготовностью идти в государственные учреждения и некачественным проведением дотестового и послетестового консультирования. 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 OraQuick Advance 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 ВИЧ в СПИД, а также защитить от инфицирования окружающих себя людей.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХСН И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Леонтьева Н.С., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р.

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

Цель исследования: изучение показателей систолической и диастолической функции левого желудочка у больных с хронической сердечной недостаточностью и постоянной формой мерцательной аритмии.

Материалы и методы: Обследован 131 пациент с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), причиной которой явилась коронарная болезнь сердца, средний возраст $64,4 \pm 10,4$ года. Больные находились на стационарном лечении в отделении острого инфаркта миокарда Национального Центра кардиологии и терапии им. академика Мирсаида Миррахимова. ХСН диагностировали по классификации NYHA. Всем пациентам измеряли артериальное давление (АД), проводилась электро- и эхокардиография. Конечный систолический объем (КСО, мл) – вычислялся по формуле: $V = 7,0 / (2,4 + D) \times D^3$, где V – объем полости левого желудочка (ЛЖ) (мл), D – размер полости (см). Затем определяли индексированные показатели КСОИ как отношение КСО к площади поверхности тела. МСс рассчитывали по формуле: $МСс(дин/см^2) = АДс \times КСР / 4 \times 3Сс \times (1 + 3Сс / КСР)$, где АДс – систолическое АД. Косвенная оценка диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ проведена на основании показателя МСс/КСОИ и представлена в табл.

Результаты и обсуждение: В зависимости от наличия МА все больные были разделены на две группы: I составили 65 пациентов с постоянной формой МА (28 мужчин и 37 женщин), во II вошли 66 пациентов с ХСН без МА (44 мужчины и 22 женщины). Размеры ЛП в группах представлены в табл. 1.

Таблица 1

Размеры левого предсердия у больных ХСН с постоянной МА

Показатели	Группы больных		p <
	Группа 1, n=65	Группа 2, n=66	
ЛП, см	4,23±0,62	3,65±0,46	0,001

По показателю МС/КСОИ определяли тип ДД ЛЖ, полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Частота встречаемости различных типов ДД ЛЖ в зависимости от ФК ХСН и наличия МА

Тип ДД ЛЖ	СН ФК II		СН ФК III		СН ФК IV	
	Гру ппа 1, n=2 2	Гру ппа 2, n=42	Гру ппа 1, n=3 1	Гру ппа 2, n=2 0	Групп а 1, n=12	Гру ппа 2, n=4
Гипертрофич еский	68, 18%* (15)	90, 48% (38)	67,7 4%* (21)	30 %** (6)	16,67 %** (2)	0
Псевдонорма льный	31, 82%* (7)	9,5 2% (4)	29,0 3%* (9)	65 %** (13)	66,66 %*/** (8)	100 %** (4)
Рестриктивн ый	0	0	3,23 % (1)	5% (1)	16,67 % (2)	0

* p < 0,05 по сравнению с группой 2; ** p < 0,05 по сравнению с предыдущим ФК СН

Выводы: у больных с МА отмечались достоверно большие размеры ЛП, что сочеталось с ухудшением ДД ЛЖ. У этих же пациентов по мере прогрессирования ХСН от гипертрофического к рестриктивному типу ДД ЛЖ, тяжесть ХСН увеличивалась

ОЦЕНКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХБП**Леонтьева Н.С., Калиев Р.Р.***Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызстан*

Цель исследования: изучение взаимосвязи систолической функции левого желудочка и функционального состояния почек у больных с хронической болезнью почек.

Материалы и методы исследования: Обследованы 84 пациента с хронической болезнью почек (ХБП) III-V стадии (55 мужчин, 29 женщин) со средним возрастом $46,8 \pm 12,1$ лет. Диагноз ХБП устанавливался согласно классификации NKF KDOQI (2002 г.). Все больные находились на стационарном лечении в отделении нефрологии Национального Центра кардиологии и терапии имени Академика Мирсаида Миррахимова. Пациентам определяли креатинин сыворотки крови. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле СКД-ЕРІ. Были проведены электро- и эхокардиографии. Систолическую дисфункцию левого желудочка (ЛЖ) диагностировали при фракции выброса (ФВ) менее 50%.

Результаты и их обсуждения: В зависимости от стадии ХБП больные были разделены на две группы: в группу А вошли 39 пациентов с ХБП III-IV, группу В составили 45 человек с ХБП V стадии, находящихся на программном гемодиализе. Результаты отражены в табл.

Показатели креатинина сыворотки крови, СКФ, размеры левого предсердия (ЛП) и ЛЖ у больных ХБП

Показатель	Группа А, n=39	Группа В, n=45
Креатинин сыворотки крови (мкмоль/л)	$232,83 \pm 93,0$ 5	$775,76 \pm 148,$ 93*
СКФ, мл/мин	$36,26 \pm 13,37$	$9,42 \pm 1,92^*$
ЛП, см	$3,52 \pm 0,41$	$3,81 \pm 0,43^*$
КСР, см	$3,48 \pm 0,5$	$3,82 \pm 0,81^*$
КДР, см	$5,15 \pm 0,5$	$5,5 \pm 0,74^*$
ФВ ЛЖ, %	62,36	51,2

* - $p < 0,05$

Выводы: У больных с ХБП V стадии в отличие от пациентов с ХБП III-IV стадии отмечались увеличенные размеры ЛП, что вероятно ухудшает прогноз пациентов; среди больных, находящихся на диализе, наблюдались значительно большие размеры полости ЛЖ как в период систолы; так и диастолы, уровень спада СКФ при заболеваниях почек был связан с более выраженным ухудшением систолической функции сердца по ФВ.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА У РАБОТНИКОВ ВЫСОКОГОРНОГО ПРЕДПРИЯТИЯ**Мамажунусова А.А., Лобанченко О.В., Бримкулов Н.Н.***Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызстан*

Одним из факторов, способствующих развитию остеопенического синдрома и ускоряющих деминерализацию костной ткани, является гипоксия. Проживание в условиях экстремального высокогорья более 4000 м над уровнем моря может также привести к заметному ухудшению показателей костного метаболизма из-за гипоксии, гипобарии, холода и др. факторов. Поэтому, изучение факторов риска остеопороза и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у сотрудников высокогорных предприятий представляет большой научный и практический интерес. Целью нашего исследования явилось изучение факторов риска остеопороза и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у лиц, работающих на высотах 3800-4500 метров над уровнем моря.

Материал и методы исследования. Обследовано 116 сотрудников высокогорного рудника Кумтор, расположенного на высоте 3800-4500 м над уровнем моря (Западный Тянь-Шань), в том числе 94 мужчин и 22 женщин, средний возраст которых составил $38,2 \pm 7,2$ лет. Все работники высокогорного рудника проходят ежегодное медицинское освидетельствование, включающее осмотр основных специалистов, лабораторные и функциональные (ЭКГ, Эхо-КГ, обзорная рентгенограмма органов грудной клетки, спирометрия) исследования. Дополнительно у анализируемой группы были оценены факторы риска остеопороза (на основании анкеты Международного фонда остеопороза), рассчитывалось суточное потребление кальция (СПК) методом опроса о пищевом рационе с помощью специального электронного калькулятора, а также изучалась МПКТ с помощью двухэнергетической рентгеновской остеоденситометрии на аппарате ЕХА3000 (Osteosis, Южная Корея). В качестве контрольной группы обследовано 115 потенциально здоровых добровольцев, жителей города Бишкек (760 м над уровнем моря), в среднем возрасте $43,5 \pm 8,1$ лет, сходных по половому составу. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартного пакета функций Microsoft Excel.

Результаты: Оценка осведомленности об остеопорозе выявила низкий уровень информированности всех участников: только 6,8% опрошенных знали о нем. Данные расчета СПК выявили в обеих группах недостаточное содержание кальция в рационе (ниже 600 мг/сут) более, чем у 95% лиц. Среди других факторов риска остеопороза отмечены злоупотребление алкоголем, курение и гиподинамия. При этом если курение встречалось в обеих группах одинаково (среди сотрудников высокогорья 42%, в контрольной – 41%), то злоупотребление алкоголем чаще встречалось на Кумторе (55% по сравнению с 14%), а гиподинамия, наоборот, в контрольной группе (44% против 20%). Исследование МПКТ у 23 работников высокогорного рудника Кумтор, преимущественно курящих, обнаружило снижение показателя МПКТ по Т-критерию до уровня, соответствующего остеопении ($-1,8 \pm 0,4$ SD), у 43,47%, остеопорозу ($-3,8 \pm 1,0$ SD) у 31% обследованных работников.

Заключение. Полученные нами данные свидетельствуют о значительной распространенности среди работников высокогорного предприятия факторов риска остеопороза: курения, злоупотребления алкоголем, гиподинамии, снижения содержания кальция в пищевом рационе, снижения минеральной плотности костной ткани и низком уровне знаний работников о проблеме остеопороза. Необходимы образовательные интервенции, направленные на повышение уровня знаний населения и предупреждение распространенных факторов риска остеопороза.

НЕОБСЛЕДОВАННАЯ ДИСПЕПСИЯ И НР ИНФЕКЦИЯ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Молдобаева М.С., Акбарова Г.М.

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

Диспепсический синдром встречается у 30-61% населения и составляет 4-5% всех обращений к врачам общей практики. Роль инфекции Нр в происхождении диспепсии дискутабельна.

Цель исследования: Изучить связь инфицированности Нр инфекции при «необследованной диспепсии».

Материалы и методы: Применен термин «необследованная диспепсия» (Римские критерии III, 2006). Для диагностики Нр инфекции применили дыхательный Хелик-тест, который относится к неинвазивным методам (Маастрихт IV, 2012) (чувствительность - 95%, специфичность - 96%). Обследовано 105 кыргызов в возрасте от 18 до 27 лет (средний возраст $22,1 \pm 0,2$ лет). Обследованные ранее не обращались за медицинской помощью по поводу диспепсии. Использована методика поперечного одномоментного среза.

Результаты: Нами впервые в Кыргызстане применен неинвазивный диагностический дыхательный Хелик-тест для определения инфицированности Нр инфекции. Метод имеет ряд преимуществ. Инфекция является причиной диспепсического синдрома у 68,5 % обследованных наряду с психоэмоциональными стрессами, расстройствами образа жизни и погрешностями в характере питания. В Кыргызстане экономически обосновано применение для диагностики Нр инфекции метода Хелик-тест.

Выводы: У кыргызов с «необследованной диспепсией» выявлена высокая частота инфицированности Нр инфекции (68,5%), наряду с факторами риска ее развития. Учитывая, стратегию «тест-лечение» (Маастрихт IV, 2012), у больных с «необследованной диспепсией» необходимо проводить эрадикационную терапию.

АССОЦИАЦИЯ T455C ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПОЛИПОПРОТЕИНА С-III С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ В ГРУППЕ ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ

Неронова К.В.,¹ Керимкулова А.С.,^{1,2} Бекташева Э.Э.,¹ Набиев М.П.,¹ Миррахимов Э.М.¹

¹Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,

²Национальный центр кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан.

Цель: Изучить взаимосвязь T455C полиморфизма гена аполипопротеина С-III (апо С-III) с инсулинорезистентностью (ИР) в кыргызской этнической группе.

Материалы и методы: В исследование были включены 259 этнических кыргызов в возрасте от 35 до 70 лет, сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний в качестве группы контроля. Всем обследованным проводился клинический осмотр, измерение антропометрических показателей и уровня артериального давления, сахара и липидного спектра крови. У 140 пациентов был определен иммунореактивный инсулин сыворотки крови. Индекс ИР НОМА высчитывался по формуле: $\text{НОМА} = (\text{инсулин сыворотки крови } (\mu\text{IU/ml}) \times \text{сахар плазмы (ммоль/л)}) / 22,5$. ИР диагностировалась при значениях индекса НОМА 2,77 и выше.

Результаты: В обследованной выборке наиболее часто встречался гетерозиготный ТС генотип. Различия по частоте генотипов между группами были близки к достоверным ($\chi^2 = 5,48$, $p=0,06$). Носительство СС генотипа увеличивало вероятность обнаружения ИР в 5,39 раз ($p=0,0028$) по сравнению с ТТ гомозиготами. При анализе было отмечено, что у лиц с СС генотипом достоверно чаще обнаруживалась ИР (61,8% против 23,1% против 36,3; $p<0,005$) с более высокими значениями уровня иммунореактивного инсулина сыворотки крови (11,9 (7,04-16,3) против 5,73 (3,34-10,3) против 7,54 (4,59 – 12,2) $\mu\text{IU/ml}$; $p < 0,01$) и индекса НОМА (3,14 (1,66-4,79) против 1,46 (0,8-2,6), против 2,05 (1,12 – 3,6); $p < 0,01$) по сравнению, как с ТТ гомозиготами, так и с ТС гетерозиготами соответственно.

Выводы: в обследованной группе этнических кыргызов наиболее часто встречался гетерозиготный ТС генотип. Носительство мутантного гомозиготного СС генотипа ассоциируется с наличием ИР.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГРАММИДИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА У ДЕТЕЙ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Нуридинова Ф.М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность проблемы хронического тонзиллита обусловлена не только его широкой распространенностью у детей (8,0 - 24,6% по данным различных авторов), но и взаимосвязью с возникновением и прогрессированием различных острых и хронических заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочевого выделения. Проблемой в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний рта и глотки является избыточное назначение антибактериальных средств системного действия, часто приводящих к развитию системных побочных эффектов. Кроме того, нельзя забывать о развитии прямой и перекрестной устойчивости микроорганизмов к антибиотикам и связанной с этим последующей неэффективности антибактериальной терапии. В этом случае рациональным является местное назначение антибактериальной терапии. Этим требованиям полностью соответствует препарат Граммидин (фармацевтическая компания «Отечественные лекарства», 2004) - таблетки для рассасывания, содержащие 1,5 мг активного вещества и специально предназначенные для лечения острых и хронических воспалительных

заболеваний рта и глотки: фарингите, тонзиллите (ангине), ларингите, стоматите, гингивите, пародонтозе.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности препарата Граммидин при лечении хронического тонзиллита у детей при амбулаторном лечении.

Материалы и методы исследования: были обследованы 50 детей с хроническим тонзиллитом в возрасте 6-12 лет. Обострения хронического тонзиллита у обследованных детей до лечения отмечались в среднем 4-6 раз в год по 6-8 дней. 25 детей контрольной группы получали традиционное лечение - промывание лакун небных миндалин, тубус-кварц на небные миндалины, прием антигистаминных препаратов. 25 детей основной группы получали традиционное лечение и лечение препаратом Граммидин. Детям в возрасте старше 12 лет препарат назначают по 2 таблетки 3-4 раза в сутки, детям в возрасте до 12 лет по 1 таблетке 4 раза в сутки. Курс лечения - 5-6 дней. Клиническую эффективность данного препарата оценивали на 8-10 сутки с начала курса лечения. Были проведены микробиологические исследования содержимого лакун небных миндалин до и после проведенного лечения.

Результаты исследования: в результате проведенного лечения удалось достичь ремиссии хронического тонзиллита сроком 9-10 месяцев в основной группе. В контрольной группе за данный период обострения хронического тонзиллита возникали в среднем 1-2 раза. Положительная клиническая динамика отмечена и в длительности течения обострений хронического тонзиллита. Микробиологические данные исследуемых больных основной группы до и после курса лечения показали значительную эрадикацию патогенных микроорганизмов в содержимом лакун небных миндалин. Субъективные признаки хронического тонзиллита - чувства першения, саднения, ощущения инородного тела - в основной группе не наблюдалось, тогда как в контрольной группе были у 4 детей. Гной с неприятным запахом и пробки в лакунах небных миндалин не отмечались ни в одном случае после проводимого лечения. Регионарные лимфоузлы были увеличены у 2 детей контрольной группы.

Выводы: в ходе исследования препарат Граммидин показал высокую лечебную и профилактическую активность. Все больные хорошо переносили Граммидин, побочных явлений и аллергических реакций не отмечалось.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОГЕНЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В РАМКАХ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ

Рожнова Т.М.

*ГБОУ ВПО Первый государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова,
Москва, Россия*

Актуальность изучения расстройств поведения зависимого характера в настоящее время обусловлена увеличением количества и расширением спектра различных форм зависимого поведения. Проблема нехимических форм зависимого поведения, в частности аддикции отношений, к которым относится феномен созависимости, требует отдельного рассмотрения, поскольку этот вид расстройства поведения, включающий соматические заболевания, эмоциональные и личностные расстройства, доставляя страдания индивидууму с этой патологией, одновременно является симптомом дисфункции семьи и влияет на формирование и продолжительность ремиссии у членов семьи, страдающих химической зависимостью, в частности алкоголизмом, в контексте которого эта патология традиционно рассматривается, а также на состояние здоровья детей из этих семей и уровень здоровья последующих поколений. Резистентность к терапии, недостаточная изученность этиопатогенетических механизмов и отсутствие четкой дефиниции новых форм нехимических аддикций усугубляют необходимость многогранного подхода при изучении данного вида патологии.

Цель исследования: разработка диагностических критериев выявления психогенетических характеристик, предрасполагающих к аддиктивному поведению в форме алкогольной зависимости и феномена созависимости.

Материал и методы. С использованием системного семейного подхода обследовано 392 человека из 3-х групп семей с различными формами потребления алкоголя: первую группу составили семьи с наличием аддиктивных расстройств в форме алкогольной зависимости и феномена созависимости, вторую – семьи клинической нормы, третью – семьи популяционной выборки г. Москвы. В работе использованы следующие методы исследования: психопатологическое обследование, молекулярно-генетическое типирование, психодиагностическое тестирование.

Результаты. Выполненное междисциплинарное исследование выявило комплекс психогенетических характеристик, ассоциированных с формированием аддиктивной личности с учётом специфики форм аддикции. Установлены принципы формирования и функционирования семей с наличием аддиктивных расстройств. Полученные данные позволяют идентифицировать лиц, относящихся к группе высокого риска развития расстройств поведения зависимого характера. Разработана модель скрининг-диагностики аддиктивных расстройств с высокой степенью точности (93-100%) прогнозирования индивидуального риска формирования алкогольной зависимости и феномена созависимости, которая может быть экстраполирована на другие формы зависимого поведения.

Выводы. Индивидуальные психогенетические характеристики, полученные в результате мультифакториального анализа молекулярно-генетических и психологических признаков, обеспечивают персонализированный подход к терапевтическому процессу, в том числе при проведении системной семейной психотерапии аддиктов, и профилактике развития зависимого поведения, включая преградиварную.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Рузиев О.А., Очилова Д.А., Худайбергана Н.Х., Бобоев А.Т.

Ташкентская медицинская академия, БухМИ, Ташкент, Узбекистан

Целью данной работы является изучение клинических и биохимических проявлений инсулинорезистентности у лиц с ожирением и артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Обследованы 40 мужчин и женщин с ожирением различной степени, из них 30 женщин и 10 мужчин в возрасте от 37 до 68 лет (средний возраст 54,5 ±2,5года). ИМТ варьировался от 24 до 41 (ср.37,6 ±3,3кг/м²). У всех больных имелась ГБ 1,2 степени. САД составляло 135,7 ±3,35мм рт.ст., ДАД составляло 86,47 ±2,1 мм рт. ст. У всех обследованных определяли содержание общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов, глюкозы и мочевой кислоты. Кроме того, проводилось СМАД.

Результаты и обсуждение. Полный метаболический синдром был выявлен у 22 обследованных, в том числе у 15 женщин и 7 мужчин. Неполный метаболический синдром, соответственно, у 18 обследованных, из них у 15 женщин, 3 мужчин. Диагноз МС (IDF,2005) устанавливается при наличии 3-х или более признаков. В результате исследования выявлены следующие различия: возраст обследуемых женщин был меньше возраста обследуемых мужчин, но длительность АГ была больше, у женщин. В группе обследуемых женщин была выше степень ожирения, что проявлялось большим значением ИМТ (36,1 ±1,6 и 30,5 ±1,9 соотв). При СМАД выявлена тенденция к меньшей степени ночного снижения АД у женщин. Достоверны различия в вариабельности систолического и диастолического АД в течение суток, у женщин вариабельность АД в течение суток составила 18,6 ±1,0 мм рт.ст., а у мужчин - 16,0 ±0,9 мм рт.ст.

Выводы. Таким образом, был выявлен половой диморфизм в некоторых клинических проявлениях и лабораторных показателях. Среди женщин обнаружена достоверная корреляционная связь уровня глюкозы и длительности АГ, степени абдоминального ожирения, нарушения липидного обмена, среднесуточного САД.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА УТОМЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Салаева М.С., Кулкараев А.К., Худайбергана Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить влияние физиотерапевтических методов на функциональное состояние респираторных мышц у больных бронхиальной астмой (БА)

Материал и методы: в комплексном лечении 34 больных БА использовали методы электрогимнастики с помощью амплипульстерапии и дарсонвализации. Степень выраженности утомления диафрагмы определяли по дискриминантному уравнению Перельмана Ю.М с соавторами (1998)

Результаты: установлена высокая частота синдрома утомления респираторных мышц у больных БА (87,3%), нарастающая с утяжелением заболевания. Включение в комплекс терапии больных БА методов электрогимнастики мышц дыхательной группы способствовало повышению дискриминантной функции у 88,2% больных, то есть уменьшению явлений утомления респираторных мышц. Показатель утомления диафрагмы при комплексном лечении с включением методов электрогимнастики увеличивался на 79,6,% (с $26,5 \pm 5,8$ до $47,6 \pm 8,2$). У 20% больных БА, которые получали только базисную терапию, при обострении сохранялись сниженные значения показателя утомления диафрагмы. Их повышение отмечено у 28,5% больных.

Закключение: использование в клинической практике методов электрогимнастики снимает проявления синдрома утомления респираторных мышц и улучшает респираторную функцию.

СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЯ УТОМЛЕНИЯ ДИАФРАГМЫ И РЕСПИРАТОРНЫХ МЫШЦ С ПАРАМЕТРАМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

Салаева М.С., Худайберганаева Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одна из важнейших проблем внутренней медицины. От 10 до 25% населения промышленно развитых стран страдают этим заболеванием. В настоящее время ХОБЛ занимает одно из ведущих мест в мире среди причин летальности. Причем, за последнее десятилетие XX века летальность при ХОБЛ выросла на 28% (Гурылева М.Э. с соавт., 2002). Вместе с тем, недостаточно изучена связь между субъективными ощущениями больного и объективными данными, характеризующими тяжесть течения хронической обструктивной болезни легких.

Цель исследования. Настоящей работы явилось изучение связи показателя утомления диафрагмы и респираторных мышц с параметрами качества жизни у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. В стационаре обследованы 46 больных хронической обструктивной болезнью легких в возрасте от 17 до 72 лет (средний возраст – 48,6 лет). Стаж болезни составлял, в среднем, 15,4 лет. Качество жизни оценивали с помощью Сизтлского опросника по четырем шкалам: физическое и эмоциональное состояние, профессиональная пригодность и удовлетворенность лечением. Для диагностики утомления диафрагмы и респираторных мышц использовали дискриминантное уравнение: $\Phi = 17,3 \times \text{МОС } 50$ (л/с) где Φ дискриминантная функция, МОС 50 максимальная объемная скорость форсированного выдоха на уровне 50% ЖЕЛ. При $\Phi < 65,1$ диагностировалось утомление диафрагмы (Перельман Ю. М. с соавт., 1998).

Результаты. Анализ вентиляционных параметров выявил высокую частоту встречаемости синдрома утомления диафрагмы и респираторных мышц у взрослых с ХОБЛ (93,5%). При наличии синдрома утомления диафрагмы у 79% больных ХОБЛ установлено значительное снижение параметров качества жизни по физическому состоянию и у 95,3% по удовлетворенности лечением, до 50% максимально возможных величин. Синдром утомления диафрагмы не отражался на параметрах эмоционального состояния и профессиональной пригодности и отмечался с одинаковой частотой у больных с низким и высоким уровнем параметров, соответственно у $49 \pm 7,6\%$.

Выводы: Синдром утомления диафрагмы и респираторных мышц, диагностируемый у 93,5% больных хронической обструктивной болезнью легких, обуславливает низкий уровень параметров качества жизни, характеризуемый 50% порогом максимально возможных значений.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Салихова М.Ф., Гадаев А.Г.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить основные факторы риска у больных с ХСН и приверженность их к лечению.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 60 больных с ХСН ишемической этиологии, средний возраст которых составил $65,7 \pm 3,2$ лет, из них 38 мужчин и 22 женщины. Средняя продолжительность ХСН составила 3 года. Диагнозы всех больных верифицированы на основании МКБ-10. Всем больным было проведено стандартное обследование, включая шкалу оценки клинического состояния при ХСН в модификации В. Ю. Мареева (ШОКС), тест ходьбы в течение 6 мин (ТШХ). В условиях стационара все больные получали необходимое медикаментозное лечение в зависимости от состояния больного, степени выраженности признаков ХСН, фоновых и сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования. Все обследованные больные страдали с ИБС и у 52 (87%) была диагностирована ГБ, у 17 выявлен избыточный вес и 34 пациента страдали ожирением I-II степени. Из этих больных 49 (82%) один раз, 11 (18%) два и более раз перенесли инфаркт миокарда. У 7 (12%) больных ХСН ФК I, у остальных ФК II-III. Обнаружено, что повышение общего холестерина было отмечено у 52 (87%) больных, в основном за счет ХС ЛПНИ. У 4 больных по ЭКГ данным выявлена постоянная форма фибрилляции предсердий, у 12 больных - предсердные и желудочковые экстрасистолы II и III классов по Лауну. Анализ результатов ЭхоКГ показал, что большинство пациентов обеих групп имели увеличенные размеры левого предсердия (4,9 мм), левого желудочка (медиана конечного систолического размера - 4,4 мм, медиана конечного диастолического размера - 6,1 мм), а также сниженную фракцию выброса 44,2%. Следует отметить, что при обследовании 60 больных у каждого из них выявлены от 1 до 7 ФР, причем с 2-3 ФР - 12 больных, с 4-5 - 27 и более 5 - 21 больных. Те больные, которые страдали более высокими функциональными классами ХСН, получали периодическое стационарное (2-3 и более раз в году) лечение. В амбулаторных условиях в 67% случаев принимали фуросемид, 26,3% - ИАИФ, 28% - антагонисты рецепторов ангиотензина II, 18,4% - верапамил по 25-100 мг в день, 17,4% - дигоксин. Но эти препараты принимались нерегулярно и в неадекватной дозе. 47 больных после выписки из стационара через 1 -1,5 месяца самостоятельно уменьшали дозу и количество рекомендованных препаратов или вовсе прекращали их принимать. Во время опроса выяснили причины нерегулярного приема лекарственных средств: 14 (23,3%) больных - из-за низких финансовых возможностей не могли приобрести необходимые препараты, 27 (45%) пациентов считали, что регулярный прием лекарств вредно для организма, 9 (5,4%) больных забывали принимать препараты, 7 (11,7%) - думали, что достаточно 2-3 раза в году получать стационарное лечение. Лишь 9 больных из 60 выполняли все рекомендации врача.

Выводы Соблюдение рекомендаций врача, касающихся диеты, образа жизни в сочетании с адекватной медикаментозной терапией позволяет улучшить качество жизни, клиническое состояние пациентов, уменьшить частоту случаев прогрессирования ХСН и число госпитализаций. Результаты лечения и прогноз болезни у больных с ХСН зависит от приверженности к лечению самих пациентов.

ЧАСТОТА РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЮГЕ КЫРГЫЗСТАНА

Сулайманов Ш.А., Муратова Ж.К.

Ошский государственный университет, Ош, Кыргызстан

Актуальность. Сведения об особенностях клинического течения атопического дерматита (АтД) у постоянных жителей юга Кыргызской Республики отсутствуют, что стало обоснованием к проведению данного исследования.

Целью данной работы явилось изучение клинико-anamnestических особенностей атопического дерматита у детей, проживающих на юге Кыргызской Республики.

Материалы и методы исследования. В отделении пульмонологии Ошской межобластной детской клинической больницы под наблюдением находилось 93 ребенка, больных АтД, в возрасте от 3 мес до 14 лет, из них 49 (52,7%) мальчиков и 44 (47,3%) девочки. Длительность болезни колебалась от 2 нед до 9 лет. У 67 (72%) детей манифестация АтД приходилась на ранний детский возраст. Диагноз АтД устанавливали на основании данных аллергологического анамнеза, результатов клинико-лабораторных и аллергологических методов диагностики (иммуноферментный анализ).

Результаты и их обсуждение. В результате анализа полученных данных установлено, что родители 48 (51,6%) детей, больных АтД, отмечали отягощенный семейный анамнез по аллергии, чаще - по материнской линии (56,2%). В анамнезе у 61 (65,6%) ребенка были установлены

проявления гиперчувствительности к аллергенам пищевых продуктов. В 24 (25,8%) случаях ухудшение течения кожного процесса было связано с психо-эмоциональными факторами. У 7 (7,5%) больных отмечалась склонность к частым инфекциям. В ходе обследования у 21 (22,6%) ребенка были диагностированы дискинетические нарушения в желчных путях, у 9 (9,7%) - проявления обструкции бронхов, у 12 (12,9%) - лямблиоз и у 5 (5,4%) детей - аскаридоз. У 1 (1%) ребенка была диагностирована бронхиальная астма, у 5 (5,4%) детей зарегистрирован аллергический ринит. 23 (24,7%) ребенка страдали железодефицитной анемией среднетяжелой или тяжелой степени. Симптомы респираторной аллергии были выявлены у 8,4% обследованных детей.

Выводы. АтД у детей, проживающих на юге Кыргызской Республики, характеризуется наличием: отягощенного семейного анамнеза по аллергии (51,6%, по материнской линии – 56,2%), проявлениями гиперчувствительности к пищевым аллергенам (65,6%), психо-эмоциональными нарушениями (25,8%). У 8,4% детей АтД сопровождается симптомами респираторной аллергии.

ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ

Таирова Н.Н., Рихсиева Д.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

В литературе последних лет имеются данные о более частом поражении сердечно-сосудистой системы при острой пневмонии, несмотря на отсутствие патологии при клиническом обследовании. Поэтому большое значение имеют как инструментальное, так и тщательное клиническое обследование детей, так как эти вопросы у них мало изучены.

Цель. Изучение степени и частоты поражения сердечно-сосудистой системы у детей с пневмонией.

Материалы и методы. Нами было обследовано 30 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет, находившихся на стационарном лечении с диагнозом острой пневмонии. Из 30 обследованных детей 20 поступили на стационарное лечение в течение первой и 10 - в течение второй недели заболевания. Обследуемых детей распределили на две группы анализировали 9 больных с токсической формой и во второй 21 больных с локализованной формой острой пневмонии.

Результаты. При поступлении в больницу у больных из 1-группы наблюдалось тяжелое общее состояние с температурой тела выше 38 С и дыхательной недостаточностью. Со стороны сердечно-сосудистой системы у всех отмечалась выраженная тахикардия. Из 9 исследуемых у 6 имелось расширение границ сердца, у 2 - увеличение печени. У всех больных этой группы отмечались значительные изменения на ЭКГ: синусовая тахикардия у 8, нарушения реполяризации миокарда у 7, смещение электрической оси вправо у 5, признаки перегрузки правого желудочка у 6, расстройства внутрижелудочковой проводимости у 2 и удлинение электрической систолы у 1 больного. Во II й группе признаки дыхательной недостаточности отсутствовали или имели место только в первый день стационарного лечения. Объективно наблюдалось, кроме тахикардии, у 10 исследуемых приглушение тонов сердца и у одного пациента - экстрасистолы. Несмотря на отсутствие патологических сдвигов со стороны сердца при осмотре, имелись разные изменения на ЭКГ такие, как нарушения ритма сердца, нарушения реполяризации миокарда, признаки перегрузки правого желудочка, удлинение электрической систолы и т.д. Но изменения на ЭКГ у детей с локализованной формой пневмонии были менее выражены, чем у детей с токсической формой пневмонии.

Выводы. Учитывая данные настоящей работы можно сказать, что нарушения функции миокарда выражаются сильнее и длительнее у больных с токсической формой острой пневмонии. Выяснилось, что у больных с локализованной формой острой пневмонии, несмотря на отсутствие объективных признаков расстройств, сердечно-сосудистой системы, зарегистрировали электрокардиографические изменения в 50% случаев.

ВЛИЯНИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ДЕТЕЙ

Терехова Т.И., Ягофаров Ф.Ф., Еспенбетова М.Ж., Дюсупова А.А.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Недостаточная иммунологическая реактивность организма ребенка является одной из частых причин ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции) детей. В условиях ЦПМСП (центр первичной медико-социальной помощи) №12 проводят исследование лейкоцитарной формулы крови, СОЭ (скорость оседания эритроцитов) как основных участников всех воспалительных процессов при ОРВИ.

Цель исследования. Учитывая способность клеток белой крови отражать процессы, происходящие в других органах и тканях организма, нами предпринята попытка анализа количественных показателей лейкограммы и СОЭ периферической крови при различных ОРВИ у детей.

Материал и методы исследования. В качестве индикаторного показателя использовались острые инфекции дыхательных путей. Проведен ретроспективный анализ историй развития детей за 2014-2015 годы. Изучение показателей периферической крови проведено у 87 детей с ОРВИ. ОАК, как правило, делался на второй-третий день заболевания, при ухудшении состояния в лаборатории ЦПМСП № 12. В работе изучались показатели системы белой крови: количество лейкоцитов, лейкоцитарная формула и СОЭ.

Результаты. Анализ лабораторных показателей картины периферической крови у детей с ОРВИ выявил следующее: количество лейкоцитов соответствовало нижним границам возрастной нормы и в среднем составило у детей в возрасте 7-12 лет - $5,7 \pm 0,5 \cdot 10^9/\text{л}$; незначительно снижаясь до $4,8 \pm 0,5 \cdot 10^9/\text{л}$ в возрасте 13-14 лет. Количество палочкоядерных нейтрофилов соответствовало нормативным показателям и составило в возрасте 7-12 лет - $1,0 \pm 3,6\%$; в 13-14 лет - $0,9 \pm 3,5\%$. Содержание сегментоядерных нейтрофилов также соответствовало нижним границам возрастной нормы в группе 13-14 лет - $57,1 \pm 4,10\%$; несколько повышаясь в 7-12 лет до $62,0 \pm 5,7\%$. Средние показатели количества лимфоцитов незначительно отличались от нормативных и составили в группе 7-12 лет - $27,4 \pm 3,0\%$; в 13-14 лет - $32,2 \pm 0,35\%$. Умеренное снижение количества эозинофилов зарегистрировано у детей 13-14 лет - $0,8 \pm 0,9$; в группе 7-12 лет составило соответственно $1,8 \pm 0,4\%$ - $2,2 \pm 1,0\%$; Средние значения показателей СОЭ не повышались в первых двух возрастных группах и составили у детей 7-12 лет - $10,6 \pm 2,4$ мм/ч; приближаясь к верхним границам нормативных показателей в старшей возрастной группе у детей 13-14 лет - $9,5 \pm 4,6$ мм/ч;

Выводы. Одним из важных показателей реактивности организма являются фагоцитарные свойства нейтрофилов периферической крови, их снижение может свидетельствовать о сниженной защитной функции нейтрофилов у детей при ОРВИ. Отсутствие ожидаемого лимфоцитоза, моноцитоза и эозинофилии может быть расценено как «вялая» реакция на воспаление всех клеток белой крови. Таким образом, количественный анализ лейкограммы выявил практически у всех детей, больных ОРВИ, незначительные изменения со стороны лейкоцитарной формулы и СОЭ, с тенденцией к лейкопении, лимфопении, эозинопении, отсутствием палочкоядерного сдвига и повышения числа нейтрофилов периферической крови, что может свидетельствовать в пользу недостаточной иммунологической реактивности организма ребенка.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОКИСИ УГЛЕРОДА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ С РАЗВИТИЕМ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Ткаченко В.И.

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика,
Киев, Украина*

Актуальность. Декомпенсированный сахарный диабет (СД) приводит к высоким уровням гликозилированного гемоглобина (HbA1c), который образует тесную связь с кислородом и вызывает тканевую гипоксию. С другой стороны, катаболизм гем-содержащих соединений и белков,

перекисное окисление липидов, кетоногенез и другие метаболические процессы при диабете приводят к образованию эндогенной окиси углерода (СО), которая образует карбоксигемоглобин и усугубляет тканевую гипоксию, способствуя развитию ангиопатий при диабете.

Цель исследования - изучить взаимосвязь уровня СО в выдыхаемом воздухе и развития сосудистых осложнений у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 53 пациента с СД 2 типа (возраст $57,5 \pm 1,18$ лет, 39 женщин и 14 мужчин) и 26 пациентов без СД (возраст $59,46 \pm 2,18$ лет, 18 женщин и 8 мужчин), которые не курят и не имеют легочных или системных заболеваний. Пациентам проводилось общеклиническое и лабораторное обследование: уровень HbA1c, параметры липидного профиля, уровень С-реактивного белка, альбумин/креатинин мочи. СО в выдыхаемом воздухе измеряли с помощью Smokelyzer Bedfont Scientific Micro+. С целью диагностики макроангиопатий выполнялся доплер сонных артерий. Статистический анализ проводился с использованием Excell 2007, SPSS.

Результаты. У пациентов с СД 2 типа наблюдались достоверно более высокие уровни СО в выдыхаемом воздухе ($1,94 \pm 0,18$ ppm, $p < 0,05$), уровни глюкозы натощак ($9,4 \pm 0,5$ ммоль/л, $p < 0,01$) и HbA1c ($7,6 \pm 0,4\%$, $p < 0,01$), соотношения альбумин/креатинин мочи, по сравнению с пациентами без СД. Нарушение липидного обмена было также подтверждено достоверными отличиями уровня триглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности у больных с СД, в отличие от группы сравнения. Уровень СО в выдыхаемом воздухе имел достоверную прямую корреляцию с соотношением альбумин/креатинин мочи ($p < 0,01$) и HbA1c ($p < 0,05$), показателем характеризующим трансмитральный поток, что свидетельствует о прямой взаимосвязи гипергликемии, эндотелиальной дисфункции, поражения миокарда и уровня СО в выдыхаемом воздухе. Данные доплерографии сонных артерий подтвердили наличие макроангиопатий у больных СД 2 типа - определено наличие достоверного утолщения комплекса интима/медиа, что прямо пропорционально коррелировало с уровнем диастолического артериального давления ($p < 0,05$), общего холестерина ($p < 0,05$), уровнем липопротеидов низкой плотности ($p < 0,05$), HbA1c ($p < 0,05$) и имело обратную связь с уровнем липопротеидов высокой плотности ($p < 0,01$). У 21% пациентов с диабетом были определены атеросклеротические бляшки с ограничением скорости кровотока.

Выводы. Достоверно более высокий показатель уровня СО в выдыхаемом воздухе у пациентов с сахарным диабетом 2 типа коррелировал с достоверно более высокими уровнями глюкозы, HbA1c, уровнем соотношения альбумин/креатинин мочи, что свидетельствует о прямой взаимосвязи гипергликемии, эндотелиальной дисфункции и уровня СО в выдыхаемом воздухе. Определение СО в составе выдыхаемого воздуха является неинвазивным методом и может использоваться для прогноза развития макроангиопатий и выраженности метаболических изменений в общеврачебной практике.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И АНЕМИЯ

Туракулов Р.И., Гадаев А.Г.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования состояла в определении роли анемии в течении хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы: В исследование включено 60 больных ХСН. Период наблюдения составил 2 года. Этиологическим фактором ХСН у всех больных была ишемическая болезнь сердца (ИБС). Больные были распределены на две группы в зависимости от функционального класса (ФК) ХСН согласно классификации NYHA (NewYorkHeartAssociation). В первую группу вошли 30 больных с ХСН ФК II, во вторую группу - 30 больных с ХСН ФК III. Каждая из двух групп была подразделена на три подгруппы по 10 человек, в которые вошли больные только с ХСН, с ХСН ЖДА I степени и с ХСН ЖДА 2 степени соответственно. Верификацию диагноза проводили по данным клинико-лабораторное обследование, тест с 6-минутной ходьбой, эхокардиография.

Результаты: Корреляционный анализ показателей теста шестиминутной ходьбы (6-ТШХ) и степени анемии у больных ХСН ФК II выявило прямую слабую корреляционную связь между дистанцией ТШХ и концентрацией гемоглобина, не зависимо от степени анемии: $r = 0,22$ у больных с ФК II+ЖДА I ст. и $r = 0,03$ у больных с ФК II+ЖДА 2 ст. Корреляционный анализ таких показателей у больных с ХСН ФК III также выявил прямую корреляционную связь между дистанцией ТШХ и

концентрацией гемоглобина, которая оказалась слабой у больных с ФКП+ЖДА1ст. ($r=0,18$) и средней силы у больных с ФКП+ЖДА2ст. ($r=0,62$). Исследование фракции выброса у больных первой подгруппы с ХСН ФКП без анемии показало, что среднее значение фракция выброса левого желудочка составило $61,8 \pm 1,4\%$. У больных второй и третьей подгрупп с анемией первой и второй степеней ФВЛЖ достоверно не отличалась от таковой у больных первой подгруппе, составляя при этом $59,2 \pm 1,3\%$ и $54,4 \pm 0,9\%$ соответственно. Отличия между показателями ФВЛЖ у больных с анемией первой и второй степеней не было: $p > 0,05$. ФВЛЖ у больных первой подгруппы с ХСН ФКП без анемии составила в среднем $59,3 \pm 2,28\%$. Этот показатель у больных во второй, третьей подгруппе с анемией первой и второй степеней оказался недостоверно сниженным на $9,5\%$ ($p > 0,05$) и $9,2\%$ ($p > 0,05$) соответственно и составил $56,2 \pm 2,15\%$ во второй и $49,4 \pm 2,43\%$ в третьей подгруппах. Отличия между показателями ФВЛЖ у больных с анемией первой и второй степеней не было: $p > 0,05$. Резюмируя исследование можно сказать, что анемия любой этиологии и степени, если она сочетается с ХСН, достоверно влияет на структурные и функциональные параметры сердца, ухудшая их, тем самым усугубляя тяжесть течения ХСН. Это в конечном итоге приводит к ремоделированию ЛЖ, проявляясь в клинике уменьшением толерантности больных к физической нагрузке, резким ограничением их функциональных возможностей. Это, следовательно, ограничивает социальную адаптацию больных, создавая трудности в ежедневной бытовой жизни и конечно способствуют к ухудшению качества жизни.

Выводы: Наличие анемического синдрома ухудшает течение ХСН, что проявляется в укорочении дистанции ТШХ и уменьшении функциональных возможностей больных, а также ухудшает качество жизни в зависимости от степени тяжести анемии. Анемия ухудшает функциональное состояние сердца у больных с ХСН, о чем свидетельствует тенденция к уменьшению фракции выброса и ударного объема ЛЖ. С нарушением скоростных параметров внутрисердечной гемодинамики анемия приводит к диастолической дисфункции ЛЖ или усугубляет ее.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Турсунова А.М., Абдурахимова Л.А., Рустамова Р.П., Разакова Ф.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить показатели качества жизни (КЖ) больных остеоартрозом (ОА) при проведении восстановительной терапии на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2014-2015 годах в семейной поликлинике №9 города Ташкента. Оценка КЖ, связанного со здоровьем, проводилась по результатам обработки анкет 58 пациентов с остеоартрозом (опросник SF-36). Больные ОА были разделены на две группы: основную (32 пациента) и контрольную (26 пациентов), сопоставимые по половому составу, возрасту, длительности, клиническим характеристикам заболевания, а также по фактору фоновой терапии. Пациенты контрольной группы получали стационарное лечение (без санаторно-курортного этапа), к пациентам основной группы была применена трехэтапная схема медицинской реабилитации (стационар-санаторий-поликлиника).

Результаты и обсуждение. Трехэтапная программа восстановительного лечения оказала положительное влияние на основные параметры КЖ больных ОА: достоверно (по сравнению с контрольной группой) повышались показатели, отражающие физическую составляющую здоровья — физическое функционирование ($p=0,042$), ролевое физическое функционирование ($p=0,029$) и соматическая боль ($p=0,046$), а также психологическое здоровье ($p=0,018$) и ролевое эмоциональное функционирование ($p=0,023$). Особое внимание следует обратить на две шкалы опросника: ролевое физическое и ролевое эмоциональное функционирование. Изменение данных показателей у больных ОА основной группы более чем на 40% говорит о значительном улучшении эмоционального состояния и состояния физического здоровья при выполнении ежедневных обязанностей в быту и на работе.

Выводы. Для более полной оценки состояния здоровья больных ОА и оценки эффективности лечения необходимо использовать определение КЖ пациентов в динамике на всех звеньях восстановительного лечения.

КОРРЕКЦИЯ СДВИГОВ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ В ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Хайдаров Ф.С., Ахмедов Х.С., Ахмедова М.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Более высокая распространенность ревматоидного артрита (РА) у женщин, а также частое появление первых признаков заболевания в период выраженных гормональных перестроек в организме свидетельствует о несомненной роли половых гормонов в развитии болезни. Известные к настоящему времени факты позволяют с определенностью думать о нарушении функции иммунной системы, связанной с расстройством эндокринной регуляции половых гормонов. При этом половые гормоны проявляют себя как иммуномодуляторы, ингибирующие одни и стимулирующие другие функции иммунитета. Проведенные исследования показывают, что у больных РА, женщин репродуктивного возраста отмечаются снижение эстрадиола и особенно прогестерона в сыворотки крови. Поэтому исходя из вышеизложенного, большой интерес представляет изучение роли коррекции прогестероновой недостаточности в оптимизации вторичной профилактики у больных РА.

Цель исследования: изучение роли эффективности коррекции прогестероновой недостаточности у больных РА в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: всего изучено 103 больных, женщин репродуктивного возраста ревматоидным артритом, у которых перед исследованием было констатировано явления прогестероновой недостаточности. Основной группе (83 больных) проводилась коррекция прогестероновой недостаточности (препаратами прогестерона) на фоне патогенетической терапии. Контрольную группу составили 20 больных, получившие патогенетическую терапию. Эффективность лечения оценивали через год.

Результаты: случаи с положительной клинической динамикой в основной группе составили 89,1 % в отличие от 55% контрольной группы; больные женщины РА с длительной ремиссией в контрольной группе составили 35 %, напротив - 78,3% основной группы. Больных нуждающихся в госпитализации через год в контрольной группе отмечены у 75,9 % случаев, а в основной группе у 35 % случаев. А % больных с улучшенным качеством жизни был значительным у 66,2 % больных, получившие коррекцию прогестероновой недостаточности на фоне патогенетической терапии в отличие от контрольной группы, где показатель был намного ниже 25 %.

Выводы: Коррекция прогестероновой недостаточности у больных РА, женщин репродуктивного возраста в условиях ЦСМ играет важную роль в улучшении вторичной профилактики заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Халматова Б.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Важным элементом патогенетической терапии заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом, является использование противовоспалительных средств. К препаратам с противовоспалительными свойствами и тропностью к слизистой оболочке респираторного тракта относится Инспирон (корпорация Артериум, Украина). Противовоспалительный эффект Инспирона обусловлен механизмами, приводящими к уменьшению экссудации и отека слизистой оболочки бронхов, снижению вязкости образующейся мокроты.

Цель исследования. Оценка эффективности и переносимости препарата Инспирон у детей с заболеваниями нижних дыхательных путей, сопровождающихся обструктивным синдромом.

Материалы и методы. В исследование было включено 55 детей, которые находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении. Дети с острой пневмонией, у которых наблюдался кашель с обструктивным синдромом (n=25), дети с острым обструктивным бронхитом (n=30). Возраст исследуемых от 2 до 14 лет. Группу сравнения составили 15 детей аналогичного возраста и диагноза, которые получали традиционное лечение (антибиотики, муколитики, жаропонижающие, антигистаминные). Детям основной группы назначали препарат Инспирон

согласно официальным рекомендациям 30-90 мл/сут (2-6 столовых ложек) 2 раза в день с первого дня госпитализации в стационар. Длительность терапии составила 7-10 дней. Во время лечения дети основной группы не получали других муколитиков и отхаркивающих препаратов.

Результаты. Бронхиальная обструкция наблюдалась у 85,3% пациентов и проявлялась нетяжелой экспираторной одышкой. У 65,5% обследованных детей отмечали дистанционные хрипы. У 72,3% пациентов выявляли удлинённый выдох и сухие хрипы на выдохе. На момент включения в исследование у 85% детей отмечали непродуктивный интенсивный кашель. У 15% детей кашель хотя и был влажным, но мокрота при этом откашливалась с трудом. У большинства детей кашель был частым, имел приступообразный характер, а у части детей (55,4%) становился причиной нарушения сна и аппетита. Использование препарата Инспирон у обследуемых детей сопровождалось быстрым регрессом патологических проявлений. Особенностью клинического эффекта Инспирон было то, что на 2-ой день приема препарата почти у всех детей отмечалось усиление кашля и синдрома обструкции, но уже к 3-му дню терапии синдром бронхиальной обструкции имел минимальную выраженность (позитивная динамика была выявлена у 94,5% детей), наблюдалось урежение кашля и уменьшение его интенсивности, что сопровождалось улучшением общего состояния, нормализацией сна и тенденцией к улучшению аппетита. При этом выраженность бронхиальной обструкции к 3-му дню уменьшилась практически в 2 раза, чем в контрольной группе (1,2 раза, $p < 0,05$). На 4-ый день от начала лечения дистанционные хрипы выявляли у 15% детей основной группы, против 30% в контроле. Положительная динамика характера кашля у 75% проявлялась в виде трансформации кашля в продуктивный. Появление влажной, хорошо отделяемой мокроты, способствовало более легкой санации трахеобронхиального дерева. К 5-му дню наблюдения обструктивный синдром был купирован практически у всех детей основной группы (97,1%).

Выводы. Для педиатрической практики Инспирон является очень удобным, что не требует смены противокашлевого препарата при изменении типа кашля на протяжении заболевания. Применение Инспирона позволяет значительно сократить количество симптоматических препаратов базисной терапии бронхообструктивного синдрома. Хороший эффект наблюдается при применении с первых дней заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Халматова Б.Т., Абдуллаева Д.Т.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Коррекция лечения крапивницы у детей для достижения клинической ремиссии и длительного удержания контроля клинических проявлений.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 детей с крапивницей, которые находились на стационарном лечении в аллергологическом отделении клиники Ташкентской медицинской академии. Все дети были распределены на две группы: I группа — 35 детей в возрасте 3-14 лет с острой крапивницей и II группа — 25 детей в возрасте 6-14 лет с хронической крапивницей. У каждого больного проводили тщательный сбор аллергологического анамнеза, углубленное клиническое обследование, анализ на иммунограмму с определением Т-лимфоцитов и их фракций, и В-лимфоцитов (с определением IgA, IgM, IgG, IgE общего и специфических), а также уровень ЦИК.

Результаты. Изучение аллергологического анамнеза выявило, что у детей обеих групп основной причиной развития крапивницы являлась аллергия на пищевые продукты (85,8%). Основным клиническим проявлением болезни было уртикарное высыпание, зуд, повышение температуры тела. У детей I группы уровень общего IgE в сыворотке крови составил $142,0 \pm 9,2$ МЕ/мл ($p < 0,05$), а у больных с хронической крапивницей — $198,0 \pm 18,0$ МЕ/мл ($p < 0,05$). Монтелукаст применялся в качестве базисной терапии крапивницы детям в возрасте от 3-х до 5-х лет в суточной дозе — 4 мг, а с 5 лет — 5 мг один раз в сутки в течение 3-6 месяцев. По показаниям, курс лечения повторялся. Одновременно с Монтелукастом назначались антигистаминные препараты III поколения, которые уменьшают продукцию лейкотриенов. Положительным клиническим эффектом считали отсутствие появления новых волдырей, и исчезновение воспалительных кожных проявлений в кратчайшие сроки после начала лечения. Улучшение клинической картины заболевания у детей I

группы отмечалось на 5-7 день после начала комплексного лечения, а у детей 2 группы — на 10-12 день. Выявлено, что у 80% наблюдаемых пациентов на фоне проводимой терапии отмечалось снижение в сыворотке крови общего IgE, а его средние значения после лечения у детей 1 группы — $98,0 \pm 9,0$ МЕ/мл ($p < 0,05$), а у больных 2 группы — $128,0 \pm 13,0$ МЕ/мл ($p < 0,05$). Динамика специфических IgE через 6 месяцев после лечения (в период клинической ремиссии) показала снижение уровня сенсибилизации к пищевым аллергенам в 2-2,5 раза. У больных 2 группы, наблюдаемых в катамнезе (в течение 3-х лет) отмечалось не более 2-х обострений хронической крапивницы.

Выводы: Включение в базисную терапию больных с крапивницей препарата Монтелукаст, приводит к быстрому купированию проявлений заболевания и наступлению клинической ремиссии, а также продлению ее у детей с хронической крапивницей и уменьшению частоты ее обострений на фоне снижения общего и специфических IgE в сыворотке крови.

ТИРЕОИДНАЯ ДИСФУНКЦИЯ НА ФОНЕ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С

Хисметова А.М., Шалгумбаева Г.М.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Вследствие широкого распространения хронических вирусных гепатитов проблема противовирусной терапии выходит на одно из ведущих мест в гепатологии. Интерферонотерапия является на сегодняшний день основным средством лечения вирусных поражений печени и дает хороший эффект у 30-50% больных.

Целью исследования явилось изучение тиреоидного статуса у больных вирусным гепатитом, получавших интерферонотерапию

Методы исследования. Нами было обследовано 98 больных с хроническими вирусными гепатитами В, С, в возрасте от 19 до 61 года, из них женщин - 41-41,8%, мужчин - 57-58,2%. Давность заболевания вирусным гепатитом В, С составляло от 1 года до 5 лет. До назначения интерферонотерапии больным с хроническими вирусными гепатитами проводилось: сбор анамнеза уточнение наследственности; пальпаторное исследование щитовидной железы; определение тиреотропного гормона, свободного тироксина, трийодтиронина, антител к тиреоидной пероксидазе или тироглобулину; прогнозирование нарушения функции щитовидной железы в процессе интерферонотерапии. Всем пациентам проводили противовирусную терапию α -интерфероном в дозе 3млн. ЕД в/м в сутки 3 раза в неделю в течение года. Исследование общего и биохимического анализа крови через 1 и каждые 3 месяца. Оценку эффективности противовирусной терапии проводили прежде всего с учетом вирусного ответа. Интерферонотерапию у таких пациентов проводили после достижения эутиреоза и исследования функции щитовидной железы каждые 3 месяца. Результаты исследования обрабатывали по общепринятым алгоритмам с использованием групповых показателей критерия Стьюдента.

Полученные результаты. У больных с хроническими вирусными гепатитами - аутоиммунный тиреоидит встречался у 62,1%, из них у 12,3 - легкий хаситоксикоз, скрытый гипотиреоз - 21,4%, эутиреоидное состояние у 27,5%. При нарушении функции щитовидной железы лечение интерфероном проводили после достижения концентрации тиреотропного гормона в пределах 0,3-4 мкМЕ/л путем соответствующей заместительной терапии (L-тироксин в дозе 25-75 мкг/сут при гипотиреозе). При тиреотоксикозе назначалась тиреостатическая терапия мерказолилом в дозе 20-60 мг/сут. В случае прогрессирования заболевания щитовидной железы лечение интерфероном прекращалось. Нами были выявлены побочные эффекты ИФН: усиление аутоиммунных реакций, нарушение функции щитовидной железы - в 2,5%-случаев развился тиреотоксикоз и гипотиреоз в 10% случаях. Причина этих нарушений заключается в индукции аутоиммунной реакции с образованием антитиреоидных антител и антител с рецептором ТТГ. Факторами риска развития нарушения функции щитовидной железы при лечении α -интерфероном, по нашим данным, является принадлежность к мужскому полу, наличие злокачественных заболеваний, использования больших доз препарата в течение длительного времени, наличие антител к тиреоидной пероксидазе до начала лечения.

Выводы. Высокий уровень антител к тиреоидной пероксидазе или тиреоглобулину к концу интерферонотерапии является фактором риска для развития аутоиммунного поражения щитовидной железы, больным с хроническими вирусными гепатитами перед началом интерферонотерапии рекомендуется проводить исследование функции щитовидной железы, включая определение анти тиреоидных антител с 3-6 мес интервалами.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИДЕПРЕССАНТОВ

Худайбергана Н.Х., Бобоев А.Т., Ниязов З.К., Рузиев О.А.
Ташкентская медицинская академия, СП 20, Ташкент, Узбекистан

Тревога и депрессия, по данным ряда авторов, встречается в два раза чаще у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), чем в обычной популяции. Депрессия у пациентов с ХСН связана с тяжестью основного заболевания, физическими и социальными ограничениями, снижением качества жизни, частыми госпитализациями.

Цель – определить влияние тревоги и депрессии на течение хронической сердечной недостаточности и эффективность антидепрессантов (амитриптилин)

Методы исследования: нами обследовано 83 больных в возрасте от 44 до 72 лет, (47 женщины и 36 мужчины), с ХСН I-II стадии (I-II функциональные классы по NYHA). ХСН являлась следствием ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, дилатационной кардиомиопатии. Тревожные и депрессивные состояния оценивались шкалами HADS, качество жизни - по данным Миннесотского опросника. Анализ качества жизни и клинического состояния проводился отдельно в группах больных в зависимости от наличия и выраженности аффективных расстройств. Исследуемые больные в индивидуальных дозах получали амитриптилин (от 10-до 50 мг в сутки).

Полученные результаты: у 32 больных (36,5%) отклонений в психоэмоциональном статусе не выявлено, они составили 1-ую группу пациентов. У 13 пациентов выявлены признаки изолированной депрессии (2-я группа). 17 пациентов страдали только тревожными расстройствами, (3-я группа). Сочетание тревоги и депрессии было выявлено у 21 больного (4-я группа). Во 2, 3, 4 группах выявленные аффективные расстройства были клинически значимые (>10 баллов по шкале HADS). Показатели качества жизни пациентов достоверно ($p < 0,005$) отличались во 2, 3 и 4 группах относительно пациентов 1 группы. Исследуемые больные кратковременно (до 10 дней) и длительно (до 40 дней) принимали антидепрессанты.

Выводы: согласно полученным данным, у 63,5% пациентов с ХСН были выявлены расстройства психоэмоционального статуса. Качество жизни больных с ХСН ухудшалось при появлении депрессивных и тревожных расстройств, причем их сочетание приводило к наиболее негативным последствиям. У больных, получавших антидепрессанты кратковременно, наблюдалась эффективность лечения в 30 % случаев, при длительном приеме в 30-40 дней, эффективность лечения составляла 60 %.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Худайбергана Н.Х., Бобоев А.Т., Рахматова Ф.У., Мирзаева Г.П., Абзалова Д.А.
Ташкентская медицинская академия, СП 20, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние ингибиторов АПФ и бета-блокаторов на приверженность к лечению и качество жизни (КЖ) у больных с эссенциальной гипертензией (ЭГ) и ИБС стабильной стенокардией.

Материалы и методы. У 42-х мужчин и женщин с эссенциальной гипертензией и стабильной стенокардией в возрасте 40-59 лет, была проведена антигипертензивная комбинированная терапия ингибиторами АПФ и бета-блокаторами, из которых 24 принимали эналаприл в дозе 2,5-5 мг + атеналол в дозе 25-50 мг, а 18 – лизиноприлом (Листрил) в дозе 5 мг + бисопролол (Конкор) в дозе 5

мг в сутки. Продолжительность лечения составила 4 лет. Приверженность к лечению изучалась при помощи теста Мориски – Грина, а качество жизни – с помощью вопросника General Well Being Questionnaire (GWBQ). Эти показатели оценивались по 7-ми бальной шкале.

Результаты. Антигипертензивный эффект ингибиторов АПФ + бета - блокаторами был примерно одинаковый, как у эналаприл + атеналол, так и лизиноприл + бисопролол. Однако следует отметить, что при комбинированной терапии лизиноприл + бисопрололом уровень диастолического артериального давления несколько превышал целевой уровень артериального давления (90 мм.рт.ст.). За весь период лечения частота сердечных сокращений урежалась до нормы. Что касается приверженности к лечению, то здесь отмечался неодинаковый комплайнс в группе лизиноприл + бисопролол и эналаприл + атеналол в пользу последнего ($p < 0,01$): так, при комбинированной терапии лизиноприл + бисопрололом лишь 47,8% больных имели удовлетворительную оценку комплайнса (3+4 балла), остальные 53,2% - неудовлетворительную оценку (<3 баллов), при приеме эналаприл + атеналолом – 62,5% имели положительный комплайнс, а 37,5% - отрицательный. Однако, в целом приверженность к лечению была неудовлетворительной в обеих группах, т.к. не достигала 80%. Неудовлетворительный комплайнс к приёму ингибиторов АПФ и бета - блокаторов у обследуемых объяснялся психологическим барьером из-за возможных побочных эффектов, боязни возможной гипотонии, а также брадикардии, что отмечалось в обеих группах лечения. Изменения КЖ при комбинированной терапии ингибиторами АПФ и бета - блокаторами выражались в сторону улучшения общего самочувствия: уменьшались жалобы, повышалась работоспособность, особенно при приеме сочетания эналаприл + атеналол.

Выводы: Длительная антигипертензивная комбинированная терапия ингибиторами АПФ и бета - блокаторами обеспечивает удовлетворительный антигипертензивный эффект и уменьшение приступов стенокардии, при этом качество жизни улучшается, в большей степени при комбинированной терапии эналаприл + атеналолом, однако приверженность к лечению остается не достаточной, особенно в группе больных, принимавших лизиноприл + бисопролол.

ПОЧЕЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРЕДИКТОР ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Элмурадов Ф.Х., Гадаев А.Г., Туракулов Р.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных и прогрессирующих заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), а также одной из наиболее частых причин госпитализации. Наличие почечной дисфункции у тех же больных считается предиктором неблагоприятного клинического исхода. Кардио-ренальным взаимоотношениям в патогенезе ХСН отводится особая роль. В последние годы принято считать, что показатели нарушенной функции почек у больных ХСН являются такими же важными предикторами неблагоприятного прогноза кардиоваскулярной смертности, как и параметры сердечной деятельности (фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), класс ХСН по классификации NYHA).

Целью нашего ретроспективного анализа было выявление больных с почечной патологией при различных заболеваниях ССС, которые ведут к ХСН среди госпитализированных больных.

Материал и методы: В архивном отделе 1-клиники ТМА было выборочно изучено 550 историй болезни больных, которые были госпитализированы в отделения кардиологии и кардиореанимации за 2012 и 2013 годы. Критериями включения в исследование явилось наличие ХСН. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмма крови, ЭКГ, УЗИ почек, печени и т.д.).

Результаты исследования: Средний возраст больных составлял 63,3 года. Из них 227 женщин (41,2%) и 323 (58,7%) мужчин. У 339 (61,6%) больных диагностирован сахарный диабет 2-типа. Все наблюдавшиеся страдали гипертонической болезнью. Из анамнеза установлено, что 79 (14,3%) пациентов перенесли ОНМК и 379 (68,9%) - инфаркт миокарда. При этом, у 103 (18,7%) больных выявлены нарушения ритма сердца высоких градаций (мерцание и трепетание предсердий, желудочковые экстрасистолы). Среднее систолическое артериальное давление (САД) составляло 139,8 мм рт. ст. и диастолическое АД (ДАД) 85,0 мм рт.ст. Средний показатель пульса составлял 79,2

ударов в минуту. У 336 (61,1%) имелась избыточная масса тела. Среднее значение глюкозы в венозной крови в пределах 5,7 ммоль/л. Исходный уровень общего холестерина составлял 5,2 ммоль/л. У 326 больных отмеченотягощенный семейный анамнез раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). У 60% (n=330) пациентов отмечена высокая степень риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО), у 33,8% (n=186) имелась умеренная степень риска развития ССО и 6,3% (n=35) составила группа с низким риском развития ССО. Нарушение почечной гемодинамики диагностировалось по следующим показателям: у 103 (18,7%) больных был констатирован высокий уровень сывороточного креатинина, у 118 (21,4%) - показатель уровня мочевины составлял выше нормы и у 189 (34,4%) - выявлена протеинурия. Кроме того, сочетание ХСН и нарушения функций почек показывает, что у этой группы больных функциональный класс ХСН по NYHA в основном составлял III и IV классы и плохо влиял на их образ жизни.

Заключение: Результаты ретроспективного анализа показывают, что во многих случаях нарушение функций почек является параллельной патологией при ХСН, что в свою очередь, ухудшает прогноз заболевания и требует особого внимания при профилактике, а также при коррекции лечения.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПИОГЕННОЙ И ГРИБКОВОЙ МИКРОФЛОРОЙ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ягофаров Ф.Ф., Абдрахманова Г.Ж., Терехова Т.И.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

В раннем детском возрасте одно из ведущих мест в общей структуре заболеваемости занимает атопический дерматит (АД). Поэтому актуальной проблемой в детской практике является лечение АД, осложненного пиогенной и грибковой микрофлорой.

Целью работы явилось изучение клинической эффективности крема Тридокс при осложненном течении атопического дерматита у детей в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы: клинические наблюдения проводили за 15 детьми в возрасте от 7 до 13 лет жизни, страдающих атопическим дерматитом, осложненным присоединением пиогенной и грибковой микрофлоры. У всех больных атопический дерматит имел ограниченный характер и состояние кожного процесса расценивалось как легкой степени тяжести. Детям назначалось комплексное стандартное лечение дерматита с дополнительным использованием крема «Тридокс», который слегка втирали 2-хкратно в сутки на пораженные участки кожи. Длительность лечения составляла не более 14 дней. Контрольную группу составили 10 детей того же возраста, получавшие стандартную терапию, а в качестве местной терапии использовали мази, рекомендованные по протоколам диагностики и лечения аллергических дерматитов. Оценку эффективности проводили на основе анализа динамики клинических проявлений в ходе лечения.

Результаты. Добавление крема «Тридокс» в комплекс терапии осложненного АД показало свою эффективность у 12 детей, что составило 80,0%. Причем, клиническая ремиссия болезни отмечалась у 4-х из них, что составило 26,7%. Уменьшение клинических проявлений дерматита было у 8 детей (53,3%), не было отмечено положительного воздействия у 3-х больных (20,0%). Уменьшение клинических проявлений в результате применения крема «Тридокс» у больных АД сопровождалось улучшением общего состояния и воспаления кожи, снижением интенсивности зуда. У детей в опытной группе клиническая ремиссия достигалась в 1,4 раза чаще, по сравнению с контрольной. Количество эозинофилов в периферической крови у больных детей до начала лечения составляло 9,3%. Под влиянием терапии отмечалось снижение количества эозинофилов в периферической крови больных детей до 4,0% после окончания терапии, что свидетельствует о противоаллергическом и противовоспалительном действии препарата Тридокс.

Выводы. Таким образом, применение крема «Тридокс» было эффективно у 80% детей, больных АД, осложненным пиогенной и грибковой микрофлорой. Крем «Тридокс», используемый в комплексной терапии АД, в более короткие сроки приводил к уменьшению проявлений дерматита, а клиническая ремиссия наблюдалась у 26,7% детей.

ТИМАЛИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ягофаров Ф.Ф., Терехова Т.И., Заворохина О.А., Сундеева Е.А.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Целью нашего исследования явилась оценка клинической эффективности тималина для профилактики гриппа и других ОРВИ (острых респираторных вирусных инфекций) в период эпидемического подъема заболеваемости в 2014–2015 гг.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 детей, проживающих в городах Семей и Аксу, которые были разделены на 2 группы. Продолжительность клинического наблюдения составила 4 месяца (с 1 ноября 2014 г. до 1 марта 2015 г.). На начало исследования больных ОРВИ и/или гриппом в изучаемых группах не зарегистрировано. Основную группу составили 35 детей, которые принимали Тималин по 1-2 капли интраназально, в каждый носовой ход, 1 раз в неделю, на протяжении всего периода наблюдения. Во 2-ю группу также включены 35 детей, которые использовали любые другие средства профилактики на протяжении 4-х месяцев.

Результаты. В соответствии с поставленной целью нами проанализирована заболеваемость ОРВИ и гриппом в сравниваемых группах. Сразу следует отметить, что в основной группе (n=35) не зарегистрировано ни одного случая заболевания гриппом. В то время как в группе сравнения (n=35) в 3-х случаях (8,5%) был выставлен диагноз гриппа. Причем, среди заболевших гриппом не было ни одного человека, вакцинированного против гриппа. В течение 4-х месяцев наблюдения в основной группе (еженедельный прием Тималина) ОРЗ (острым респираторным заболеванием) заболело 7(20,0%) детей, что было существенно ниже, чем в группе сравнения, в которой заболели 12(34,3%) детей. Анализ течения заболеваний показал, что в основной группе ОРЗ протекали в более легкой форме и, как правило, без осложнений. Заболело 7 детей, но лишь у 1-го из них ОРЗ осложнилось острым бронхитом, лечение которого осуществлялось в амбулаторных условиях с применением пероральных антибактериальных средств и муколитиков. В то же время, в группе сравнения (заболели 12 человек), ОРВИ и грипп характеризовались выраженным интоксикационным синдромом более чем в половине случаев. При этом, у 7 детей заболевание протекало с осложнениями. Среди осложнений регистрировались следующие: острый бронхит (2 человека), острый средний катаральный (1) и гнойный отит (1), обструктивный бронхит (1), гайморит (1) и пневмония (1). Причем, для 4-х детей потребовались госпитализация и проведение лечения в условиях стационара: в основном это были дети в возрасте до 12 месяцев жизни. В ходе настоящего исследования нами не было выявлено ни одного случая нежелательных побочных эффектов, аллергических реакций на прием Тималина за все время клинического наблюдения. Препарат переносился хорошо всеми детьми.

Выводы. В исследовании, проведенном в 2-х равноценных группах участников, состоявших из 70 человек, была доказана высокая эффективность Тималина для неспецифической профилактики гриппа и других ОРВИ в сезон эпидемического подъема респираторной заболеваемости.

DIAGNOSTIC BARRIERS AMONG NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN KYRGYZSTAN: PATIENT DELAY.

Chynar Zhumalieva, Aida Estebesova, Meerim Ryspekova, Dinara Madybaeva,

Aigul Tursynbaeva, Nurbolot Usenbaev, Chynara Kamarli, Suzanne Verver

Department of State Disease Prevention and Sanitary-Epidemiological Surveillance, Bishkek, Kyrgyzstan;

KNCV TB Foundation, Country office, Bishkek, Kyrgyzstan,

NGO "Aids Foundation East West (AFEW) in Kyrgyzstan", Bishkek, Kyrgyzstan;

KNCV TB Foundation Regional Office, Astana, Kazakhstan,

USAID, Health and Education Office, Bishkek, Kyrgyzstan;

KNCV Tuberculosis Foundation, Evidence team, The Hague, The Netherlands.

Background: Kyrgyzstan has a tuberculosis (TB) notification rate of 102/100,000 in 2013, and WHO estimates the TB incidence 141/100,000 population (WHO, 2012). Very little is known about delay in

diagnosis and risk factors related to patients in the country and the Central Asia region. The objective of this study was to assess patient related factors contributing to delay in presenting to the health system.

Methods: We included all new adult (>18 years) TB patients, both smear positive and negative, drug-sensitive and drug-resistant, starting treatment in selected sites in Kyrgyzstan during April–June 2014. Two largest urban areas and four rayons in the North and South of the country were selected for the study. Data was collected from medical records and structured interviews were conducted with TB patients.

Results: Among 416 patients fulfilling the selection criteria 383 were interviewed (92%). Delay between first onset of symptoms and first visit to facility varied between 0 and 207 days, with a median and mean of 28 and 36 days, respectively. Only half the patients visited a state facility as a first step while almost one third (29%) visited a pharmacy first. 70% of patients had more than 14 days delay between onset of symptoms and first visit to a state facility. The following factors were significantly associated with delay over 14 days in multivariate analysis: being migrant (OR 2.6, 95% CI 1.3-5.3), living in rural area (OR 2.5, 95% CI 1.3-4.6) vs urban, having any symptom (OR 3.7, 95% CI 1.7-7.5) vs no TB symptoms and having no knowledge of symptoms (OR 1.9, 95% CI 1.2-3.3). Non-symptomatic patients had probably less delay since they were detected by screening.

Conclusions: A mean patient delay of one month is unacceptably high and interventions should be designed to improve care seeking behavior in the country, especially among migrants and patients in rural areas. Advocacy on TB symptoms is needed. Interventions are needed to involve pharmacies in referral for TB care.

CLINICO- PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC CHOLECYSTITIS IN WOMEN OF MENOPAUSAL PERIOD

N.YU.Nishonboeva., R.K.Dadabaeva., M.S.Salayeva., N.Kh.Khudayderganova., L.A.Abdurahimova.
Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

The objective. Explore the clinical picture, the state of the biliary tract, and the composition of lithogenic bile, psychological characteristics, quality of life and adherence to treatment in climacteric women suffering from CHH (chronic holecystitis) (in the period of 2013-2014 years, on the basis of a family medicine center # 9, Tashkent).

Materials and methods. We observed 30 women with CHH at the age of 45-65 years with disease duration from 3 to 10 years. Patients were observed in the medical center # 9 of Tashkent. The diagnosis was made on the basis of complaints, medical history, objective data, clinical and biochemical studies. Instrumental methods: electrocardiography, ultrasonography of the abdomen, esophagogastroduodenoscopy, ultrasound of the gall bladder before meals and after meals with the load.

The results. 58% of patients with CHH complained of pain in the right upper quadrant; 74%- of diarrhea; 88%- of psychovegetative symptoms. Objective examination of the patients revealed that palpation of the right hypochondrium in 84% of patients was painful. In esophagogastroduodenoscopy 54% of patients were detected to have features of chronic gastritis. Ultrasound of the gall bladder with a load of food in patients showed that 18 patients had CHH of hypokinetic type; 12 had pain immediately after the load, and were regarded as CHH of hypermotor type, and 38% of patients were identified to have signs of chronic pancreatitis.

Conclusions. CHH study showed that in most cases CHH is accompanied by chronic gastroduodenitis. In a large number we verified that CHH of hypokinetic type is accompanied with dyspeptic and psychovegetative disturbances.

GIARDIASIS IN THE PRACTICE OF FAMILY DOCTOR'S - MODERN PRINCIPLES OF THERAPY

Sadikova S.I.

Tashkent Medical Academy. Tashkent, Uzbekistan

One of the most common and frequent intestinal protozoos in the practice of the family doctor is giardiasis - a disease caused by the presence in the human intestines of the parasitic flagellates *Lamblia* – *Lamblia intestinalis* (Giardialamblia).

Objective: To study the effectiveness of the drug nifuratel in the treatment of giardiasis intestinalis and its effect on the intestine at microbiocenosis of lyambliotic invasion.

Materials and methods. We observed 38 patients with intestinal giardiasis, 18 (47.4%) of them were men and 20 (52.6%) of them were women aged 20 to 35 years. The study group included patients who were found to have in samples of feces cysts, trophozoites and / or antigen *L.intestinalis*. At the time of the study there were no associated parasitic infestation. All the patients performed a survey which included parasitological, microbiological studies. Patients were prescribed volfuranom - 200 mg tablets, for 7-10 days at a dose of 2 tablets 2 doses per day. Anyone with chronic giardiasis was prescribed conventional therapy: diet number 5, enzymes, cholagogue, sedatives, vitamins, physiotherapy.

The efficacy of the therapy was evaluated by the 2nd week of the drug by the results of parasitological (*lamblia* cysts detection) methods of investigating stool samples. At the end of treatment (at 7th and 10th day after taking the drug) we carried out operational monitoring of the intestinal microflora and to determine the level of the secretory IgA in fecal samples.

Results of the study. Diagnosis lyambliotic invasion was made in all 38 (100%) of the patients based on the detection of *Giardia* antigen in fecal samples and detection of fecal cysts in 33 (86.8%) patients.

18 (47.4%) patients were diagnosed with asymptomatic form of giardiasis. Lyambliotic infestation was discovered in them by accident, during the routine medical check-up.

Complex treatment of patients resulted in positive dynamics of the main disease: by the 5th day pain and dyspeptic syndromes disappeared. Benchmark analysis of stool samples for the presence of *Giardia* cysts and / or specific antigen, performed after 2 weeks after taking the drug, all patients were negative.

We also revealed a positive impact of the volfuranum on the state of intestinal biocenosis in patients. 24 (85.7%) of 28 patients had sanifying effect of the drug: completely reduced microorganisms of *Proteus*, *Klebsiella*, fungi of *Candida*. In 4 patients it decreased the number of *E. coli* with altered properties and microorganisms of the genus *Enterobacteriaceae*. Normalization of the quantitative content of bifidobacteria and lactobacil occurred in 15 (39.5%) of 38 patients.

During the course of treatment, unwanted side reactions such as abdominal pain that occurs on the third day of taking the drug were noted in 1 (2.6%) patients.

Findings: The effectiveness of the treatment of giardiasis volfurana patients in our study was 100%, so it can be recommended in the treatment of giardiasis intestine. Volfuran does not not suppress obligate intestinal flora and in most cases has the sanifying effect in regards to representatives of conditionally pathogenic microflora.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВНЕ ПМСП

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Абдурахимова Л.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Целью нашего исследования явилось изучение тревожно-депрессивных расстройств у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК), обучавшихся в семейной поликлинике по здоровому образу жизни.

Материалы и методы. В исследование включены 53 пациента с СРК с запорами, диареей и со смешанным вариантом заболевания. Диагноз синдрома раздраженного кишечника устанавливался с учетом рекомендаций выработанными участниками Международного согласительного совещания по функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта, получившим название Римские критерии III. Из них 10 (18,9%) пациентов с запорами, 23 (43,4%) пациентов с диареей и 20 (37,7%) больных со смешанной формой заболевания. Женщины составили 37 (69,8%), мужчины – 16 (30,2%). Средний возраст пациентов – 32,7±0,29 лет. Длительность заболевания в среднем составила 5,7±1,2 лет. Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 43 пациента, обучавшихся в поликлинике по здоровому образу жизни, вторая группа была сформирована из 10 больных СРК, не проходивших обучение. У пациентов обеих групп определялся уровень тревожности как свойства личности (личностная тревожность) и как актуального состояния (реактивная тревожность) с помощью теста Ч.Д. Спилбергера (1975, 1983), адаптированного Ю.Л. Ханиным. При этом степень тревожности при показателях менее 30 баллов расценивалась как низкая, при 31-45 баллах – как средняя, при более 46 баллов – как высокая. Для выявления признаков депрессии все пациенты заполняли шкалу Центра эпидемиологических исследований (Center for Epidemiological Studies-Depression-GEIS-D), состоящую из 20 вопросов, касающихся эмоционального состояния больного. Диагноз «депрессивное расстройство» ставился пациентам, набравшим 19 и более баллов. Обучение больных проводилось согласно учебного пособия для специалистов «Основы медицинских знаний и здорового образа жизни» под редакцией Ю.И. Горшкова (Арзамас, 2009). Проводилось 10 занятий в группах из 6 - 7 человек, которые формировались на основании предварительного отбора по возрасту, уровню интеллекта, образования, интересам. Метод изложения материала: лекция – беседа. На занятиях особое внимание уделялось немедикаментозным методам воздействия, оптимизации образа жизни.

Результаты исследований показали, что в исходном состоянии у 61,2% и 56,7% больных первой, у 60,9% и 57,4% пациентов второй групп обнаружено повышение уровня личностной и реактивной тревожности соответственно. Депрессивные расстройства наблюдались у 46,9% пациентов первой и у 45,7% больных второй групп. При повторном анкетировании в первой группе больных выявлялось достоверное снижение показателей тревожно-депрессивного спектра по сравнению, как с исходными значениями, так и с группой сравнения. Было отмечено уменьшение личностной с 49,91±1,35 до 45,39±1,28 баллов ($p<0,05$) и реактивной тревожности с 45,39±1,19 до 41,87±1,14 баллов ($p<0,05$). Суммарный балл GEIS-D, отражающий степень выраженности депрессивного состояния больных, снизился с 24,13±1,24 до 20,63±1,15 баллов ($p<0,05$). У пациентов второй группы изменения данных показателей были не достоверны.

Таким образом, групповые программы обучения на фоне постоянной медикаментозной терапии способствуют адекватному контролю основных симптомов болезни, улучшают комплаенс к медикаментозной терапии, приверженность к немедикаментозным методам лечения, приводят к частичной редукции тревожно-депрессивной симптоматики.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Агзамова Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности образовательной программы для женщин с артериальной гипертензией (АГ) в период постменопаузы в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы исследования. В основу исследования положены данные обследования 50 женщин страдающих АГ в период постменопаузы в течение годовичного наблюдения. Средний возраст женщин составил $52,5 \pm 0,9$ лет. Длительность заболеванием АГ в среднем составила $7,9 \pm 0,8$ лет. Женщины с АГ I степени было 24 (48%), с АГ II степени – 26 (52%). В предложенной технологии обучения в школе «Женская душа» учитывался образовательный уровень женщин в постменопаузе. Для этого до и после обучения пациентки заполняли специально разработанные опросники. Нами были проведены 10 занятий по 90-120 мин с 15-20-минутным перерывом 1 раз в неделю в условиях поликлиники. Для оценки эффективности образовательной программы – школы «Женская душа» были сформированы 2 группы сравнения: в основную группу вошли 25 женщин, прошедшие обучение в школе «Женская душа». Группу сравнения составили остальные 25 женщин, которые не посещали школу.

Результаты исследования. Результаты опроса показали, что женщины с АГ в обеих группах хорошо осведомлены о таких своих показателях здоровья, как рост и масса тела (МТ). Осведомленность о таких показателях, как уровни глюкозы и общий холестерин (ОХС) крови была низкой: свой уровень гликемии знали 33,0%, а уровень ОХС – только 17,0% опрошенных пациенток. Информированность о факторах риска (ФР) АГ, связанных с нерациональным питанием была низкой. Только 24,6% опрошенных назвали избыточную МТ среди ФР АГ. Об отрицательном влиянии избыточного потребления соли на развитие АГ знали 10,8% пациенток. О регулярности и длительности приема гипотензивных препаратов (ГП), в основной группе до обучения постоянно принимали лекарственные средства (ЛС) 12% пациентов, от случая к случаю - 72,0%, курсами - 16%. В группе сравнения постоянно принимали гипотензивные препараты 3 (12%), от случая к случаю - 17 (68%), курсами - 5 (20,0%). После обучения количество пациенток, постоянно принимающих ГП в основной группе, достоверно возросло до 92%, а принимающих их от случая к случаю при чрезмерном повышении артериального давления (АД) снизилось до 8% ($p < 0,001$). В группе сравнения соответственно 16%, 64% и 20%, а это значит, что правила приема ГП почти не изменились. Обучение в школе «Женская душа» достоверно повлияло на клинические исходы у пациенток основной группы. Стабилизация общего состояния (отсутствие обострений) отмечалась в 96% (24) случаев, достижение целевых уровней АД - в 84% (21), повторные гипертонические кризы - только в 4,0% (1), преимущественно при АГ II степени ($p < 0,001$). В группе сравнения 56% (14), 24% (6), 32% (8), соответственно. Постоянный самостоятельный контроль АД в основной группе до обучения составлял 56%, а после увеличился до 96%. В группе сравнения исходные данные постоянного самоконтроля АД составляли 48% при повторном опросе – 52%.

Выводы. Обучение в школе «Женская душа» была эффективной в стабилизации общего состояния на 1,7 (RR=1,7), в проведении самостоятельного контроля АД на 1,8 (RR=1,8), в достижении целевых уровней АД на 3,5 (RR=3,5), в профилактике повторных гипертонических кризов на 8,0 (RR=8,0) раза. Таким образом, создание и организация образовательной программы в виде школы «Женская душа» в условиях поликлиники оказала существенное положительное влияние на изменение поведения женщин с АГ в период постменопаузы: повысила их информированность, желание к обучению необходимым навыкам и умениям, а также сформировала мотивацию к комплайнсу.

ДОСТИЖЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ

Гулямова Ш.С., Худайбергана Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Первичное звено как один из основных этапов системы здравоохранения, наиболее часто и массово взаимодействующий с населением, становится ведущим в медицинской профилактике. Семейные врачи в своей повседневной работе все больше времени и усилий перераспределяют в пользу профилактики. Проводят профилактические мероприятия, выявляют лиц с факторами риска и желательно, первыми стадиями заболеваний, оказывают адекватную помощь, включая вторичную и третичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. Наряду с этим, организация «школа гипертоников» в условиях семейной поликлиники (СП) и сельского врачебного пункта (СВП) направленная на многофакторную профилактику артериальной гипертонии (АГ), убедительно продемонстрировала, с одной стороны, реалистичность ее выполнения на практике, с другой стороны, показала эффективность в различных контингентах больных АГ.

Цель исследования: Повышение эффективности профилактики и лечения ГБ на амбулаторном этапе путем обучения пациентов в «Школах гипертоников», организованных в семейной поликлинике (СП) и сельских врачебных пунктах (СВП).

Материалы и методы: Анкетировано и обследовано 236 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ГБ в СП и СВП. Впоследствии часть из них (n=122, основная группа), прошли курс обучения, а часть (n=114, группа сравнения) не участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под нашим наблюдением в течение 2-х лет с последующим повторным осмотром и обследованием.

Полученные результаты: Обучение пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении в условиях СП и СВП позволяет достичь стойкого снижения поведенческих факторов риска, в частности обусловленных привычками питания, двигательной активностью, курением. По сравнению с группой пациентов, не прошедших обучение, у больных включенных в образовательную программу выявлены повышение информированности о наличии у них АГ (с 54,0% до 99,1%, $p<0,001$) и уровня осведомленности (с 45,9% до 99,1%, $p<0,001$) об основных факторах риска ГБ. В результате обучения повысилась приверженность пациентов к выполнению комплексных врачебных рекомендаций и приему антигипертензивных препаратов (с 71,3% до 98,3%, $p<0,001$). Обучение сопровождалось увеличением числа больных, достигших целевого уровня артериального давления (АД) 82,7% ($p<0,001$).

Заключение: Данные нашего исследования являются основанием для рекомендации более широкого внедрения образовательной технологии многофакторной профилактики АГ в практику здравоохранения, что позволит улучшить прогноз и качество жизни больных, увеличивая продолжительность жизни населения.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гулямова Ш.С., Худайбергана Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Факторы риска сердечно-сосудистой патологии, являясь потенциально опасными для здоровья – вредные привычки, пристрастия к пище, поведение и социальный стиль жизни человека, повышают вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода. Эффективный контроль гипертонической болезни (ГБ) предполагает не только правильность медикаментозных врачебных назначений (подбор препарата, дозы, режима приема и др.), но и коррекцию основных факторов риска, тесно связанных с образом жизни.

Цель работы: Повышение эффективности профилактики и лечения ГБ на уровне первичного звена здравоохранения путем обучения пациентов в «Школах гипертоников».

Материалы и методы: Анкетировано и обследовано 236 пациентов ГБ, состоящих на диспансерном наблюдении в семейной поликлинике и сельских врачебных пунктах. Впоследствии часть из них (n=122, основная группа), прошли курс обучения, а часть (n=114, группа сравнения) не

участвовали в образовательной программе. Все пациенты находились под наблюдением в течение 2-х лет.

Полученные результаты: У пациентов основной группы, в отличие от группы сравнения произошла положительная динамика в липидном спектре: уменьшилось число больных гипертриглицеридемией с 19,6% до 11,4% ($p<0,001$); гиперхолестеринемией липопротеинов низкой плотности с 56,5% до 27,0% ($p<0,001$). После обучения все больные основной группы прекратили употреблять алкоголь; из 13 (10,6%) 5 (4,0%) человек отказались от курения, что связано не только с желанием самого больного, но и с его участием в обучении, где изложение информационного материала построено на показе преимуществ отказа от курения, как основного фактора риска развития атеросклероза. Гиподинамия отмечалась у 85 (69,6%) пациентов до обучения и 30,3% после обучения ($p<0,001$). Уменьшилось количество пациентов с нарушением толерантности к глюкозе с 9,8% до 1,6% ($p<0,001$). Избыточное потребление поваренной соли более 5-6 г/сут. наблюдалось до обучения у 10 (8,1%) больных и после обучения лишь у 3 (2,4%) ($p<0,001$). Наряду с этим, отмечены достоверные изменения в клинической картине заболевания пациентов, прошедших обучение: реже стали возникать головокружение и головные боли, наблюдалась тенденция к уменьшению одышки при физической нагрузке. Количество пациентов, страдающих стенокардией напряжения 51 (41,8%), также как и имеющих нарушения ритма 14 (11,4%) не увеличилось. В результате обучения пациенты улучшили свои знания о факторах риска ГБ (с 45,9% до 99,1%) и информированности (с 54,0% до 99,1%) о наличии у них ГБ. Течение ГБ сопровождалось достоверным снижением частоты гипертонических кризов с 32,7% до 3,2% ($p<0,001$) в группе пациентов, включенных в образовательную программу. Кроме того, 118 (96,7%) пациентов стали самостоятельно контролировать артериальное давление и вести дневник самоконтроля, что способствовало повышению приверженности к медикаментозной терапии.

Заключение: Обучение пациентов в «школе гипертоников» навыкам самоконтроля и соблюдению мероприятий по изменению образа жизни позволяет снизить артериальное давление, уменьшить потребность в гипотензивных препаратах и повысить их эффективность.

СТРУКТУРИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гулямова Ш.С., Худайбергана Н.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Неотъемлемой частью мероприятий по длительной профилактике сердечно-сосудистых осложнений у больных гипертонической болезнью (ГБ) должно стать повышение образовательного уровня пациентов. Врачу необходимо информировать больного ГБ о факторах и заболеваниях, сопутствующих артериальной гипертонии, риске развития осложнений и рассказать о пользе медикаментозного и немедикаментозного лечения.

Цель исследования: Повышение эффективности профилактики и лечения ГБ на амбулаторном этапе путем обучения пациентов в «Школах гипертоников», организованных в семейной поликлинике (СП) и сельских врачебных пунктах (СВП).

Материалы и методы: Обследовано 236 пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении с ГБ. Часть из них ($n=122$), прошли курс обучения, а часть ($n=114$) не участвовали в образовательной программе. Обе группы находились под наблюдением.

Полученные результаты: Разработаны методические материалы, с учетом специфики работы семейных врачей и организованы «школы гипертоников» на базе Учебно-врачебного центра № 3 при ТМА, расположенного в СП № 32 г. Ташкента и СВП двух областей Республики.

По нашему мнению, методическое обеспечение группового обучения пациентов предполагает создание и разработку программы по укреплению здоровья пациентов с ГБ и методики преподавания по этой программе. Данная программа является инструментом профилактического воздействия на пациентов, ее наличие – необходимый компонент для организации школ. Разработанное практическое пособие «Управлять гипертонией можно и нужно» и структурированная программа для семейных врачей вместе с дневником самоконтроля рассчитана на 10 занятий. Темы и расписание занятий сформированы в структурно-логической последовательности.

Предложенная программа обучения пациентов в условиях СП и СВП показала свою эффективность – повысилась дисциплина и качество лечения, позитивно изменился образ жизни больных. Так, в группе пациентов, прошедших обучение стабилизация состояния произошла в 96,7% ($p < 0,001$) случаев, целевые уровни артериального давления (АД) достигнуты у 82,7% ($p < 0,001$) больных, гипертонические кризы отмечались в 3,2% ($p < 0,001$) случаев. В группе пациентов, не прошедших обучение кризовое течение ГБ сохранялось у 37 больных (33,0%), целевого уровня АД удалось достичь только у 29 пациентов (25,8%), в двух случаях инфаркта миокарда на фоне гипертонического криза наступил летальный исход.

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о важности использования обучающей программы в комплексной терапии больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Достижение и поддержание целевых уровней АД требует длительного врачебного наблюдения с регулярным контролем выполнения пациентом рекомендаций по изменению образа жизни и соблюдению режима приема назначенных антигипертензивных препаратов. При динамическом наблюдении решающее значение имеют установление личного контакта между врачом и больным, обучение пациентов в школах для больных ГБ, повышающее приверженность больного к лечению.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дадабаева Р.К., Буранова С.Н., Ахмедов Х.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Эпидемиологические исследования последних лет, включавшие пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), показали что, несмотря на повсеместное внедрение наиболее эффективных способов терапии ХСН, смертность больных в течение года в этой группе населения остается по-прежнему высокой. Среди возможных причин такого несоответствия являются следующие факторы: низкий уровень приверженности больных режиму, отсутствие реализации врачебных рекомендаций относительно образа жизни и диеты.

Цель: оценить эффективность образовательных программ для больных ХСН в условиях первичного звена здравоохранения (ПЗЗ).

Материал и методы. В исследование были включены 75 пациентов (44 мужчин и 31 женщин) с ХСН II–III (NYHA), которые в течение 6 месяцев прошли обучение в условиях семейной поликлиники-9 Мирзо-Улугбекского района города Ташкента. Контрольную группу составили 15 больных с ХСН, которые не принимали участия в обучающей программе. В ходе проведения обучающих программ были прочитаны лекции о заболеваниях сердечно-сосудистой системы, рекомендациях по питанию, физической активности, соблюдении режима медикаментозной терапии, контроле за симптомами ХСН. Все больные получили обучающие материалы по самоконтролю («Опасные симптомы», «Дневник самоконтроля», «Расписание приема лекарств», «Контроль ХСН – таблица показателей»). Данные материалы были подготовлены на основании практических сведений о сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов (ESC) и Ассоциации сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов (HFA / ESC). До обучающих занятий проводился 6-ти минутный тест на толерантность к физическим нагрузкам и оценка качества жизни (КЖ) с помощью Миннесотского опросника (MLHFO). Через месяц проводился контроль эффективности обучающих программ при помощи аналогичных методов.

Результаты: до обучения больных при проведении теста с 6-ти минутной ходьбой средняя проходимая дистанция в группе составила 286 ± 35 м, после - 330 ± 40 м, соответственно ($p < 0,05$). По результатам опросника MLHFO за 1 месяц после проведения образовательных программ достоверно повышалось КЖ, о чем свидетельствует снижение индекса с $45 \pm 13,4$ баллов до $37 \pm 11,9$ баллов ($p < 0,05$). При проведении теста с 6-ти минутной ходьбой в контрольной группе отмечалось незначительное улучшение показателей. Так, проходимая дистанция увеличилась с 252 ± 20 м до 270 ± 24 м ($p < 0,05$). По результатам опросника MLHFO КЖ ухудшилось с $52 \pm 10,2$ баллов до $59 \pm 7,4$ баллов ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, даже незначительный промежуток наблюдения за больными после проведения обучающих программ в течение 2х месяцев показал эффективность выживаемости

знаний при данной методике. Такой подход позволяет существенно улучшить КЖ больных ХСН, снизить количество повторных госпитализаций, а следовательно и затраты на лечение. Что позволяет рекомендовать внедрение методики в широкую медицинскую практику в условиях ПЗЗ.

ВЛИЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КАК ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Рахматова Н.У., Салихова М.Ф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

В лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) важную роль играет приверженность пациентов к терапии. Среди возможных причин несоответствия доказанной эффективности современных препаратов и сохраняющегося высокого уровня смертности больных ХСН особая роль отводится низкой приверженности пациентов предписанному терапевтическому режиму и отсутствию строгого выполнения врачебных рекомендаций, касающихся диеты и образа жизни (Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности ВНОК и ОССН, 2013).

Цель исследования: оценка влияния информационных вмешательств на медикаментозные методы лечения как третичной профилактики хронической сердечной недостаточности.

Материалы и методы исследования: Обследовано 100 больных ХСН I – III стадии, (I – III ФК) ишемической этиологии, находившихся на лечении в кардиологическом отделении 3-клиники Ташкентской Медицинской Академии. Всем больным было проведено общеклиническое обследование. Для оценки степени приверженности больных методам медикаментозного лечения использован специально подготовленный вопросник, включающий следующие вопросы: «Принимаете ли Вы рекомендованный препарат?» с вариантами ответов «постоянно», «периодически», «не принимаю» - для каждой группы препаратов (И-АПФ, β-блокаторы, диуретики, СГ, антагонисты рецепторов альдостерона); также уточнялась доза и длительность приема препарата, и в случае периодического приема или отказа от приема лекарственного средства – причина невыполнения рекомендаций врача.

Результаты исследования: И-АПФ были назначены 100 (98,3%) больным. Регулярно принимали препараты только 50 (50%) больных. Пациенты называли следующие причины нерегулярного приема препаратов: 6 (11,5%) – высокая стоимость, 7 (14%) – наличие побочных эффектов (кашель, снижение АД), 9 (18%) – опасение возникновения побочных эффектов (большинство пациентов, как правило, опасались негативного влияния препарата на функции печени). 23 (46%) пациента не считали нужным принимать препарат регулярно, имея нормальное АД, хорошее самочувствие или считая, что они уже принимают слишком много лекарств, 5 (10,5%) – ссылались на забывчивость. 83 (81,7%) пациентам были рекомендованы β-блокаторы. Постоянно принимали препараты этой группы только 40 (48,3%) больных. Причины низкой приверженности или полного отказа от терапии: 5 (11,6%) - наличие побочных эффектов (ухудшение состояния на фоне приема препарата, снижение АД и пульса), 5 (11,6%) – боязнь побочных эффектов, 8 (17,6%) - забывчивость, 23 (52,9%) – не считали нужным принимать препарат (принимали лекарственное средство только при плохом самочувствии, повышенном АД), 3 (5,9%) – высокая стоимость препарата. Всем больным проведены 4 индивидуальных занятия по 30 минут на тему «Соблюдение рекомендаций врача по изменению образа жизни, эффективность приема основных групп препаратов и их действие на продолжительность жизни». Было записаны контактные данные пациентов для дальнейшего амбулаторного наблюдения. За период 4-х месячного наблюдения после проведенных информационных вмешательств, все больные регулярно принимали препараты в указанных дозах и не наблюдалось ухудшение состояния.

Вывод: информационные вмешательства повышают приверженность больных к медикаментозным методам лечения, в результате чего улучшается клиническое состояние и качество жизни больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛАНОВ САМОКОНТРОЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ

Худайбергана Н.Х., Бобоев А.Т.

Ташкентская медицинская академия, СП 20, Ташкент, Узбекистан

Использование принципов доказательной медицины в экстренных случаях требует быстрых и надежных методов диагностики для современного установления клинического диагноза. Это особенно важно для больных с бронхообструктивным синдромом, при котором функция внешнего дыхания может быстро меняться в течение суток, что требует срочной корректировки тактики лечения. Этим целям в полной мере отвечает метод пикфлоуметрии. Использование этого метода позволяет выявлять простые, информативные и хорошо воспроизводимые показатели, позволяющие оценить наличие и степень нарушения проходимости бронхов.

Цель исследования. Клинический и функциональный контроль над прогрессирующей астмой. Внедрение наиболее быстрой и адекватной реакции на изменения в состоянии у больных бронхиальной астмой, улучшение качества жизни и активного вовлечения пациентов в процесс лечения астмы.

Материал и методы. Исследованы 64 больных бронхиальной астмой различных степеней тяжести согласно международному консенсусу (GINA 2006). После того, как их диагноз был подтвержден, пациентов обучали использованию пикфлоуметра для самостоятельного контроля над степенью бронхиальной обструкции. Был разработан индивидуальный план самоконтроля. План рассматривается как соглашение между пациентом и врачом общей практики действиях, которые пациент должен предпринять самостоятельно для контроля за своим состоянием перед вызовом врача. При бронхиальной астме одним из важных показателей состояния внешнего дыхания больного оказалась максимальная (пиковая) скорость форсированного выдоха (ПОС выд) и её суточные колебания. Измерение ПОС в динамике проводили не реже 2 раз в день утром и вечером.

Результаты. Проверка пикфлоуметрии до и после приема бронхолитических препаратов позволяет убедиться в их положительном действии и подобрать наиболее эффективный бронхолитик конкретному больному. Проведенная выше система оценки тяжести легко запоминается и позволяет больному и врачу объективно оценить состояние бронхиальной проходимости.

Выводы. Оценка тяжести состояния при мониторинге пикфлоуметром и определенные навыки самоконтроля помогают больному распознавать признаки надвигающегося обострения и при необходимости своевременно обратиться за квалифицированной помощью. Протоколы по лечению астмы позволяют уменьшать количество приступов астмы, улучшать качество жизни и активно вовлекать пациентов в процесс лечения.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ОБЩЕНИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Шуакбаева Н.М., Зарипова М.С., Утепбергенова Г.Т., Утемуратов К.С., Мадреймова Ж.К.

*Нукусский филиал Ташкентского педиатрического медицинского института,
Нукус, Узбекистан*

Актуальность. За последние десятилетия практически во всех странах мира стала определяться тенденция растущей неудовлетворенности потребителей перинатальными услугами, причиной которой является недостаточность владения навыками ведения общения и консультирования, а так же недостаточное соответствие рутинной клинической практики критериям доказательной медицины.

Цель исследования. Повышение качества психологических аспектов общения и консультирования беременных женщин в условиях сельских врачебных пунктах (СВП).

Материалы и методы исследования. К исследованию было привлечено 130 беременных женщин состоявших на учете в СВП. Для оценки качества психологических аспектов общения и консультирования беременных было проведено их анкетирование, включающие следующие вопросы: поощряет ли врач вас на своевременную явку; встает и здоровается ли с вами выражая свое почтение,

с улыбкой и соответствующей мимикой; присаживается ли рядом (на расстоянии 0,5-1,2 метра) слева от вас; информирует ли о цели визита и заходит в дом после приглашения; говорит ли с вами на понятном и доступном языке; поощряет ли все правильные ваши действия; информирует ли вас при каждой встрече с вами о психофизиологических особенностях беременности.

Результаты исследования. Результаты анализа анкетных данных показывает, что 18% врачей поощряют беременных на своевременную явку, 33% врачей встают и здороваются с беременными, 28% врачей присаживаются рядом на расстоянии 0,5 -1,2 метра слева от беременной, 25 % врачей при домашних визитах информируют о целях визита, 45 % говорят на простом понятном языке, 35% поощряют о правильном действии, 40% информируют о психологических особенностях беременности. После исходного обследования было проведено обучение врачей и медицинских сестер СВП по правильному проведению патронажа, психопрофилактической подготовке к родам в соответствии стандартам и навыкам общения с беременными. Всем врачам и медсестрам был роздан клинический протокол по навыкам общения и консультирования беременных женщин. После обучения 68% врачей и медсестёр стали поощрять беременных на своевременную явку, 75% врачей стали вставать и здороваться с беременными, 85% врачей стали присаживаться рядом на расстоянии 0,5 -1,2 метра слева от беременных, 82% врачей и медсестер при домашних визитах стали информировать о целях визита, 95% стали объяснять и говорить на простом понятном языке, 87% врачей и медсестёр стали поощрять правильные действия беременных, 90% врачей и медсестёр стали информировать о психологических особенностях беременности.

Выводы. Соответствующее консультирование и владение навыками межличностного общения позволяют установить контакт с беременными и сделать успешными программы первичной медико – санитарной помощи СВП беременным. Основа качества антенатального ухода зависит, главным образом, от информированности самой беременной женщины, мужа, членов семьи, обученного медперсонала.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ИНФОРМИРОВАННОСТИ МАТЕРЕЙ ПО ВОПРОСАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ВВЕДЕНИЮ ПРИКОРМА

Юлдашова Н.Э.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Республика Узбекистан

Цель исследования. Улучшение качества информированности матерей по вопросам грудного вскармливания и введению прикорма в течение 6 месяцев посредством введения принципов рационального питания у детей до 1 года.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось на участке № 20 семейной поликлиники № 1 г.Самарканда. Общее количество населения на участке составляет 1309 человек, из них общее количество детей до 1 года – 54. Все они были включены в исследование. Для оценки качества информированности матерей по ведению прикорма детям до 1 года были разработаны и внедрены стандарты и индикаторы. В качестве источников и методов сбора данных использованы приказы и сертификаты, просмотр и анализ административной документации, ретроспективный анализ амбулаторных карт, наблюдение за консультацией врачей, а также проведение анкетирования и анализ вопросников.

Результаты. При анализе работы врачей общей практики (ВОП), обученных по вопросам рационального питания и прикорма выяснилось, что клиническое руководство (памятка) по вопросам рационального питания и прикорма детей до 1 года имелось в 5 (50%) из 10 кабинетов поликлиники. 21 (68%) из 54 родителей с детьми до 1 года были проконсультированы по введению прикорма. В 19 амбулаторных картах (62,7%) были записи об информированности родителей о рациональном питании и прикорме детей до 1 года. 24 родителя (57,4%) с детьми до 1 года получили информацию по вопросам рационального питания и прикорма обученным семейным врачом во время приёма. Далее проводился анализ удовлетворённости родителей от полученной информации по вопросам рационального питания и прикорма посредством специально разработанного вопросника. Результаты анализа анкетирования выявили, что 39 родителей (72,7%) были удовлетворены полученной информацией по вопросам рационального питания и прикорма. Затем проводился анализ соответствия физического, психомоторного развития детей до 1 года возрастным нормам после введения прикорма. У 33 детей (82%) до 1 года выявили нормальное физическое и психомоторное

развитие после введения прикорма и у 23 детей (58,5%) были обнаружены признаки гипотрофии и анемии.

Выводы. Количество обученных врачей общей практики по вопросам рационального питания и введения прикорма недостаточно и не все кабинеты ВОП оснащены информационными материалами. Консультирование родителей по вопросам рационального питания и введения прикорма ВОП неэффективно, регистрация записей по этим вопросам прослеживается не во всех амбулаторных картах. Количество родителей правильно проинформированных по вопросам рационального питания и введения прикорма недостаточное, что вызывает их неудовлетворенность консультациями ВОП.

РАЗНОЕ

ВНЕЗАПНАЯ КАРДИАЛЬНАЯ СМЕРТЬ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Бедельбаева Г.Г., Нурмаханова Ж.М., Мухамбетьярова С.А.

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
Алматы, Казахстан*

Цель исследования: выявить предикторы внезапной кардиальной смерти (ВКС) у больных с вирусными и алкогольными циррозами печени (ЦП).

Материал и методы исследования: обследовано 72 пациента в возрасте 37-60 лет с ЦП по Child-Pugh классов В и С без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии: 42 больных с ЦП вирусной этиологии - 1-я группа и 30 больных с алкогольным ЦП – 2-я группа. Проводились оценка электрокардиограммы (ЭКГ) и результатов суточного мониторирования (СМ) ЭКГ.

Результаты исследования: синусовая брадикардия определялась у 37% пациентов 1 группы и у 39,1% больных 2 группы; синусовая тахикардия – у 18,5% и 47,8% обследованных ($p < 0,05$), желудочковая экстрасистолия – у 25,9% и 52,2% пациентов соответственно ($p < 0,05$). Нарушения процессов реполяризации были зарегистрированы у 29,6% больных 1 группы и у 65,2% пациентов 2 группы. Удлинение скорректированного интервала QT определялось у 14,8% пациентов 1 группы и у 34,8% пациентов 2 группы ($p < 0,05$), увеличенная дисперсия интервала QT - у 5,4% и 17,4% больных соответственно ($p < 0,05$). Согласно данным СМ ЭКГ ЧСС днем и ночью была достоверно выше у пациентов 2 группы. Патологическое число наджелудочковых экстрасистол регистрировалось у 25,9% пациентов 1 группы и у 61% больных 2 группы, желудочковых экстрасистол – у 14,8% и 56,5% пациентов соответственно ($p < 0,01$). Аллоритмии в виде би- и тригеминии - у 13% пациентов 2 группы. Пробежки желудочковой тахикардии были зафиксированы у 26,1% пациентов этой же группы. Удлинение скорректированного интервала QT определялось у трети больных с алкогольным циррозом печени. Нарушения проводимости в виде преходящей атриовентрикулярной блокады 1-2 степени были зарегистрированы у 14,8% и 30,4% больных 1 и 2 групп соответственно. Снижение вариабельности сердечного ритма определялось у 25,9% пациентов 1 группы и у 69,6% больных 2 группы ($p < 0,01$).

Заключение: У больных ЦП преимущественно алкогольной этиологии выявлены предикторы ВКС в виде желудочковых тахикардий, удлинения скорректированного интервала QT и увеличения его дисперсии, снижения вариабельности сердечного ритма.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Дюсупов А.З., Дюсупова А.А., Дюсупов А.А., Дюсупов Алт.А., Дюсупова Б.Б.

Государственный медицинский университет, Семей, Республика Казахстан

Цель работы – изучить состояние центральной (ЦВД) и легочной гемодинамики (среднее давление в легочной артерии (ДЛА_{ср.}) и общее легочное сосудистое сопротивление (ОЛСС)) во взаимосвязи с данными морфологического исследования внутренних органов умерших больных.

Материал и методы. Материалом исследования явились 72 и 81 больных групп сравнения и исследования, которым проводилось эхокардиография (ЭхоКГ) при проведении инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) и морфологическое исследование (морфометрия по Автандилову) внутренних органов умерших больных основной группы, получавших при жизни ИТТ (в том числе и больные группы сравнения (ЭхоКГ)) и группы контроля, интенсивную терапию не получавших. Нами проведена оценка центральной и легочной гемодинамики в соответствии с уровнем ЦВД путем ЭхоКГ сердца и сосудов при проведении ИТТ у больных групп сравнения (72) и исследования (81).

ЭхоКГ проводилось при разных уровнях ЦВД с целью прогнозирования формирования отека легких при проведении ИТТ.

Результаты. Проведение ЭхоКГ больным групп сравнения (72) и исследования (81) показало, что при показателях ЦВД на уровне $5,8 \pm 0,6$ мм вод.ст. и $6,1 \pm 0,8$ мм вод.ст. соответственно группам сравнения и исследования зарегистрирована нормальная деятельность сердечно-сосудистой системы. При проведении ИТТ и соответственно при увеличении уровня ЦВД, гемодинамическая картина изменилась. Так у больных группы исследования при показателе ЦВД на уровне $22,3 \pm 1,5$ мм вод.ст. признаков легочной гипертензии не обнаружено. Среднее давление в легочной артерии составило $17,7 \pm 0,8$ мм рт.ст., а ОЛС $303 \pm 15,7$ дин/с/см⁵. В отличие от пациентов группы исследования у больных группы сравнения показатель ЦВД при проведении ИТТ достигал уровня $88,3 \pm 3,1$ мм вод.ст. Такому уровню ЦВД соответствовало среднее давление в легочной артерии $32,9 \pm 0,7$ мм рт.ст. и ОЛС $436,3 \pm 14,1$ дин/с/см⁵. То есть у больных группы сравнения при ЦВД более 30 мм вод.ст. обнаружены признаки легочной гипертензии более 25 мм рт.ст., увеличение легочного сосудистого сопротивления более 300 дин/с/см⁵. В процессе исследования обнаружена сильная и средняя прямая корреляционная связь между уровнями ЦВД и ДЛАСр. ($R=0,77$ ($P<0,01$)) и показателями ЦВД и ОЛС ($R=0,6$ ($P<0,01$)), соответственно.

Кроме того, морфологическая оценка состояния тканей органов умерших больных основной (90) (группа сравнения, при жизни проводилась ИТТ и ЭхоКГ) и контрольной групп (91) (умерших на месте травмы, ИТТ не получавших) показала, что выраженный отек тканей площадью $45,2 \pm 1,8\%$ наблюдался у больных с показателем ЦВД при жизни в среднем $118,1 \pm 6,5$ мм вод.ст., умеренный отек площадью $23,0 \pm 0,5\%$ отмечен у лиц с уровнем ЦВД $89,9 \pm 2,8$ мм вод.ст., слабый отек – $8,3 \pm 0,4\%$ при ЦВД $58,1 \pm 3,8$ мм вод.ст. и отсутствие отека при $31,2 \pm 4,4$ мм вод.ст. ($P<0,01$).

Выводы. 1. При показателях ЦВД более 30 мм вод.ст. выявлены признаки отека тканей внутренних органов от слабого до выраженного при проведении морфометрии и легочной гипертензии по данным ЭхоКГ. 2. Между показателями ЦВД и площадью отека тканей органов выявленные прямые коэффициенты корреляции составили по легким $R=0,70$ (сильная зависимость), по головному мозгу $R=0,69$, почкам $R=0,58$, печени $R=0,57$ и сердцу $R=0,51$ (средняя зависимость), ($p<0,01$). 3. Принятый сегодня в клинике нормальный уровень ЦВД 50-120 мм в вод.ст ставится под сомнение. По нашим данным при ЦВД более 30 мм вод.ст повышается риск развития отека тканей внутренних органов с летальным исходом, в первую очередь, отека легких, головного мозга.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНЕМИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ГРУППЕ ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ

Керимкулова А.С.^{1,2}, Бекташева Э.Э.¹, Арапова Р.К.¹, Миррахимов Э.М.¹

¹Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,

²Национальный центр кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова,
Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: изучить взаимосвязь уровня лептина в сыворотке крови с артериальной гипертензией (АГ) в группе этнических кыргызов.

Материал и методы: обследовано 322 этнических кыргыза (145 мужчин, 177 женщин) старше 30 лет, постоянно проживающие в Кыргызской Республике. Пациентам проведено общеклиническое обследование, включавшее сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр с измерением артериального давления (АД). АД измерялось в положении пациента сидя, после 10 минут отдыха. Лабораторные исследования: определяли уровень лептина сыворотки крови.

Результаты: все пациенты были стратифицированы на 4 группы в зависимости от квартиля лептина ($<2,2$; $2,2-4,2$; $4,3-6,34$; $>6,34$ нг/мл у мужчин; $<8,05$; $8,05-13,4$; $13,5-19,09$; $>19,09$ нг/мл у женщин). Пациенты с верхних квартилей лептина по сравнению с нижними, обладали большими значениями систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД. Встречаемость артериальной гипертензии (АГ) увеличивалась с повышением уровня лептина. Лептин коррелировал с САД ($r=0,355$, $p<0,001$; $r=0,277$, $p<0,001$) и ДАД ($r=0,426$, $p<0,001$; $r=0,228$, $p<0,01$) у мужчин и женщин соответственно.

Выводы: уровень лептина в группе этнических кыргызов ассоциируется с АГ.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ КЛЕТОК ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО ТОКА

Косаковская И.А., Ватлицов Д.В., Косаковский А.Л.

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика,
Киев, Украина*

Введение. Известно, что иммунная система первая реагирует на оперативное вмешательство и является индикатором состояния организма, а создание технологий снижающих нагрузку на иммунную систему во время оперативного вмешательства, увеличивает шансы на выживание и уменьшает время и сложность послеоперационного периода.

Целью данного исследования было изучение влияния различных режимов высокочастотной электросварочной технологии (электротермоадгезии (ЭТА)) на функциональный резерв клеток иммунной системы.

Материалы и методы. Исследования проводились на крысах самцах массой 350 ± 30 г. Животные были разделены на 7 групп (1 – сварка (ЭТА); 2 – резка (ЭТА); 3 – коагуляция (ЭТА); 4 – перекрытие (ЭТА); 5 – гальванокаутер; 6 – скальпель; 7 – контроль). ЭТА проводили при частоте тока 66 кГц. Определение уровня апоптоза, изменений мембранного митохондриального потенциала мононуклеарных клеток крови (МНК) крыс проводили в два этапа без индуктора и с использованием индуктора апоптоза дексаметазона (в апоптозиндуцирующей концентрации) на проточном цитометре PAS (Partec, Германия) с использованием реагентов Annexin V Apoptosis detection kit I (BD Pharmingen, США) родамин 123 (Fluka, Германия). Статистическую обработку выполняли с использованием программы Statistica.

Результаты и обсуждение. Результаты полученные в ходе исследования динамики изменений уровня суммарного апоптоза, МНК после проведения манипуляций выявили статистически значимое ($p < 0,05$) повышение количества апоптотических клеток в образцах крови животных во всех группах относительно значения до проведения манипуляций $40,03 \pm 4,81\%$ ($M \pm SD$) на всех сроках забора материала, кроме 1 группы на 7 сутки после манипуляции $42,25 \pm 11,10\%$. Однако интересным является тот факт, что образцы крови, полученные от животных на 2 сутки после манипуляций имели несколько более низкие значения уровня спонтанного апоптоза по сравнению со значениями контрольной группы $73,02 \pm 13,43\%$, статистически значимые ($p < 0,05$) различия выявлены в 2-й ($47,94 \pm 0,81\%$), 4-й ($57,76 \pm 7,64\%$), 5-й ($62,96 \pm 6,08\%$) и 6-й ($58,87 \pm 9,94$) группах относительно контрольной на 2 сутки. Исследование уровня МНК на разных стадиях апоптоза выявили наибольшие и наименьшие значения уровня клеток на ранней стадии апоптоза на 7 сутки в 1 группе $42,25 \pm 11,10\%$ и $60,14 \pm 19,68\%$ соответственно, что было статистически значимо ($p < 0,05$). Отличалось как от значений перед манипуляциями ($14,52 \pm 2,16\%$), так и контрольной группы ($16,50 \pm 0,24\%$). По результатам определения уровня клеток на поздней стадии апоптоза были выявлены схожие тенденции к результатам уровня суммарного апоптоза МНК. Было также обнаружено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение уровня клеток, погибших вследствие некроза во всех группах, на всех сроках после манипуляций в отношении значения к манипуляциям ($6,31 \pm 0,67\%$).

Изучение функционального резерва МНК по значениям индекса индукции апоптоза (ИА) обнаружили повышение активности МНК на 2 сутки после манипуляций ($p < 0,05$). Изучение нарушения проницаемости цитоплазматической мембраны выявило статистически значимое ($p < 0,05$) снижение относительно контроля количества клеток с нарушением проницаемости во 2-й группе на 2-е сутки после манипуляций.

Выводы. 1. Полученные результаты указывают на активацию восстановительных систем организма животных после оперативного вмешательства на 2-е сутки с постепенным восстановлением функционального резерва на 30-тые сутки.

2. Использование высокочастотной электросварочной технологии ускоряет процесс восстановления функционального резерва и способствует стабилизации мембран клеток, что отобразилось в снижении количества апоптотических клеток и клеток с нарушением проницаемости цитоплазматической мембраны на 2-е сутки.

MYOCARDIAL INFARCTION AND THE USE OF ESTROGEN AND ESTROGEN-PROGESTOGEN IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

Mirzaeva G. P., Khudayberganova. N.Kh.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

Objective: To estimate the relative risk of acute myocardial infarction in relation to the current use of estrogen and estrogen-progestogen by postmenopausal women.

Materials and methods. Participants were post-menopausal women 40 to 75 years of age hospitalized at the SRI of Cardiology of Azerbaijan for acute myocardial infarction during a 3-years period from 2003 to 2007. The participants gave an in-person interview that included questions about current and lifetime use of estrogen and estrogen-progestogen; known cardiovascular risk factors; and other medical, sociodemographic, and behavioral factors that might affect risk for myocardial infarction. Presenting symptoms, treatment, and clinical outcome data were obtained by chart review. Odds ratios for myocardial infarction associated with use of estrogen and estrogen-progestogen were calculated.

Results: Overall, 227 cases of a first acute myocardial infarction were observed, RR=0.81 (95% confidence limits 0.71 to 0.92). Women who were younger than 60 years at entry into the study and prescribed estradiol compounds (1–2 mg) or conjugated estrogens (0.625–1.25 mg) showed a significant 30% reduction of the relative risk (RR=0.69, 0.54 to 0.86). Those prescribed a combined estradiol-levonorgestrel also demonstrated a significantly lowered relative risk (RR=0.53, 0.30 to 0.87). The risk estimates decreased during subsequent years. Exposure to the weak estrogen estriol did not alter the risk.

Conclusion: Hormonal replacement therapy with estrogens alone, and maybe also when cyclically combined with progestogens, can reduce the risk of acute myocardial infarction.

STRUCTURE AND CLINICAL PECULIARITIES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN WOMEN OF DIFFERENT AGE

Mirzaeva G. P., Khudayberganova. N.Kh.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

Purpose: To study peculiarities of clinical manifestation of acute myocardial infarction (MI) in women older and younger than 60 years old.

Methods and materials: There were investigated 412 women at age 32-97 with acute MI, hospitalized during first-third day after onset of MI. Among them 99 women (24%) were younger than 60 years old (group 1) and 313 women (76%) – older than 60 (group 2), average age was 55±3,1 and 74±4,7 years old respectively. For all women dynamic record of ECG and immunochemical measurement of troponin level («Roche») were conducted. Heart ultrasound conducted in B and M regimes on «ALOKA SSD-280» (Japan) were done when necessary.

Results: ECG analysis showed that primary acute MI according to WHO criteria (1970) was registered in 72 women (72,9%) in younger group and in 191 women (61,1%) in older group, $p>0,05$. Repeated MI was registered in lesser percent of cases: in 27 women (27,1%) younger and in 122 women (38,9%) older than 60, $p>0,05$. Primary transmural MI was 2,5 times rarely registered in women of older age group (14,6% instead of 39,2% in women younger than 60, $p<0,01$), whereas primary cardiac muscle macrofocal necrosis was registered 1,5 times more often in older group (27,1% instead of 18,3%; $p<0,05$). Frequency of MI without Q wave both primary (42,5% и 58,3%, $p>0,05$) and secondary (44,4% and 53,3%, $p>0,05$) was similar in both groups. It should be noted that only 235 women (57%) reported increased frequency of preceding angina attacks at average to 4±2 attacks daily during 2-3-4 weeks before the development of typical anginal status. Parallel decrease in tolerance to physical activity up to appearance of first night angina attacks was reported by 75 women (32%), and 108 women (46%) had increased need in nitroglycerine for angina attack relief. All these symptoms were registered in 17 women (17%) younger than 60 and in 132 women (40%) of older age group, $p<0,05$. What is important is that classical clinical manifestation of coronary catastrophe development was absent in 177 women (43%) mostly at age 30-40 and in the oldest age decade (80-90 years old and older). Moreover, if young women developed acute MI without any symptoms, older women, who already had preceding MI and who has different types of cardiac

decompensation, development of coronary event was accompanied by dizzy spells with cold clammy sweat (24%). A number of women without any preceding MI symptoms included 18 women (10%) at age 45 – 65 years old, who reported cardialgia attacks with long-lasting dull pressing pain with localization in heart area, mostly on top but not at the bottom. However ECG records showed macrofocal (11 women) and even transmural (7 women) changes, confirming the development of acute MI.

Conclusion: Received results totally correspond to literature data, which confirm difficulty of non-invasive clinical diagnosis of chronic heart failure in women, even with the development of MI. In view of high frequency of primary myocardial necrosis in women of young and middle age, as well as in elderly, problems of timely diagnosis are significant. High frequency of transmural MI in women of active working age, which is 2,5 times higher than in women older than 60, determine interest to clinical manifestation of acute coronary events in this group of women.

Absence of acute MI clinical symptoms is more often registered in women 30-40years old, and in the oldest age group: 80-90 years and older. Moreover, in young women acute MI is often developed without any preceding symptoms or accompanied with unspecified cardialgias.

ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Турланов К.М., Бедельбаева Г.Г., Нурмаханова Ж.М., Мухамбетьярова С.А.

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

Цель исследования: оценить частоту и факторы, способствующие развитию острой сердечной недостаточности (ОСН) у больных инфарктом миокарда (ИМ) среднего и пожилого возраста.

Материал и методы исследования: Обследовано 62 больных среднего и пожилого возраста с ИМ (26 (42,1%) среднего возраста и 36 (57,9%) - пожилого), средний возраст их составил 63,5±1,0 года (32 мужчин и 30 женщин). Кроме стандартных лабораторных обследований, у всех пациентов проводилось холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, ЭХО-КГ и коронароангиография (КАГ).

Результаты исследования: У 75% пациентов ИМ не выявлено признаков ОСН (Killip I), у 14,5% - диагностирована II стадии ОСН по Killip, отек легких (Killip III) выявлен у 3,9%, кардиогенный шок (Killip IV) – у 6,6% больных. Систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) выявлена у 46% пациентов. По данным КАГ, поражение одной коронарной артерии (КА) выявлено у 14,5%, двух КА - у 27,6%, многососудистый характер поражения КА выявлен у 50% больных. Реканализация инфарктзависимой артерии (ИЗА) со стентированием проведена 48,7% пациентам, тромболитическая терапия (ТЛТ) - 11,8%; 47,4% больным - не проведена реваскуляризация коронарного русла. Нарушения ритма сердца выявлены у 22,4% пациентов, из них жизнеугрожающие - 10,5%. В группе пациентов с ТЛТ Killip I диагностирована в 77,8% случаев, а Killip IV - 22,2%; средний уровень ФВ ЛЖ составил 56,6±2,5%; снижение ФВ ЛЖ выявлено у 55,6% больных. Нарушения ритма по данным ХМЭКГ выявлены в 44,4% случаев, в том числе на фоне реперфузии коронарного русла. В группе пациентов, которым было проведено ЧКВ со стентированием ИЗА, признаки Killip II выявлены у 16,2% пациентов, Killip IV - 10,8%; уровень средней ФВ ЛЖ составил 58,1±1,6%; снижение ФВ ЛЖ выявлено у 48,6% больных. Нарушения ритма были выявлены у 18,9% больных, в том числе жизнеугрожающие – 10,8%. У 47,4% пациентов не была проведена реваскуляризация ИЗА: Killip I выявлена у 72,2% пациентов, Killip II - 16,6%, Killip III - 8,3%, Killip IV - 2,7%; средний уровень ФВ ЛЖ составил 58,3±1,4%; снижение ФВ ЛЖ выявлено у 55,5% пациентов. Нарушения ритма по данным ХМЭКГ в группе пациенток без реваскуляризации коронарного русла выявлены у 27,7% больных ИМ, в том числе жизнеугрожающие – 13,8%. В группе пациентов с многососудистым поражением КА диагностирован Killip I у 71% больных, Killip II - 15,8%, Killip III - 7,9%, Killip IV - 5,3%; средний уровень ФВ ЛЖ составил 58,7±1,4%; снижение ФВ ЛЖ выявлено у 65,8% пациентов. Нарушения ритма выявлены у 28,9% больных, в том числе жизнеугрожающие – 15,8%.

Заключение: Частота развития ОСН у больных ИМ среднего и пожилого возраста составила 40,8%, причем II стадии ОСН по Killip составила 23,7%, отека легких (Killip III) – 7,9%, кардиогенного шока (Killip IV) - 9,2%. Основными причинами развития ОСН при ИМ являются отсутствие реваскуляризации ИЗА, а также многососудистый характер поражения коронарного русла.

СТАТЬИ

МЕТОДИЧЕСКАЯ РОЛЬ УЧЕБНО-КЛИНИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ И КАФЕДР МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАНИЯ ПО СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Т.С. Джабарова, И.С. Бандаев, С.Р. Миралиев,

*Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины,
Душанбе, Таджикистан*

Резюме. Отношение к учебному предмету в вузе со стороны его органов управления обеспечивает темпы и эффективность развития и совершенствования преподавания данной учебной дисциплины. Семейная медицина как объемная дисциплина требует к себе повышенного внимания со стороны руководства и профессорско-преподавательского состава кафедр вузов

Ключевые слова. Семейная медицина, первичная медико-санитарная помощь, непрерывное образование

METHODICAL ROLE OF TRAINING-CLINICAL CENTERS AND CHAIRS OF MEDICAL INSTITUTIONS IN IMPROVING QUALITY OF TRAINING OF FAMILY MEDICINE

T.S. Djabarova, I.S. Bandaev, S.R.Miraliev

*Ministry of health and social protection of population of Republic of Tajikistan
Republican training-clinical center of family medicine,
Dushanbe, Tajikistan*

Resume. The attitude of academic subject in high school by his management bodies provides the speed and efficiency of development and improvement of teaching this discipline. Family medicine as a volume discipline requires attention by the management and faculty members of departments of universities

Keywords. Family medicine, primary health care, continuing education

Актуальность. Смещение акцента с больничной на амбулаторную помощь, является объективной закономерностью развития здравоохранения во всем мире. При этом совершенствование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), как в Республике Таджикистан так и за рубежом, в настоящее время и в перспективе связано с введением института семейного врача, являющегося ключевым звеном семейной практики. Однако, несмотря на то, что эффективность деятельности врача общей практики набирает все больше доказательств, проблема качества оказания медико-санитарной помощи оказалась чрезвычайно сложной и многоаспектной [1,2,3].

Примечательно, что отношение к учебному предмету в вузе со стороны его органов управления обеспечивает темпы и эффективность развития и совершенствования преподавания данной учебной дисциплины. Семейная медицина как объемная дисциплина требует к себе повышенного внимания со стороны руководства и профессорско-преподавательского состава кафедр вузов [1,3].

Методическая работа- система взаимосвязанных мер, основанная на достижениях науки и практики, направленная на всестороннее повышение квалификации и профессионального мастерства каждого тренера, на развитие и повышение уровня знаний потенциала тренеров кафедр вузов и учебных центров. Ее основа- достижение высокого педагогического уровня тренеров, передовой опыт и анализ педагогических процессов.

Успешное развитие системы дополнительного образования медицинских работников немислимо без разработки его теории и методики. Значительную роль в этом процессе играет методическая деятельность.

Цель исследования. Изучить методическую роль учебно-клинических центров и кафедр медицинских вузов в повышении качества преподавания специалистов по семейной медицине в рамках развития системы непрерывного медицинского образования (НМО) врачей.

Материал и методы. В рамках проводимой научно-исследовательской работы были вовлечены сотрудники учреждений

здравоохранения (150 человек), кафедры медицинских ВУЗ-ов (23 человека), а также учебно-клинические центры семейной медицины (34 человек). При этом, для качественной верификации результатов исследования, подготовки аналитического материала и разработки практических рекомендаций, авторами использованы социологический и статистический методы исследования.

Результаты исследования и обсуждения.

При исследовании выяснилось, что методическое руководство подготовкой по проблемам семейной медицины осуществляется в основном на учебно-методических и ученых советах Вузов (на это указали 44,72% преподавателей). Вместе с тем 21,10% преподавателей сообщили, что вопросы методического руководства подготовкой по семейной медицине являются прерогативой исключительно кафедральных совещаний соответствующих кафедр. 12,56%

преподавателей считают, что методическое руководство подготовкой по проблемам семейной медицины сосредоточено на межкафедральных совещаниях вузов.

Характерно, что наиболее активно действуют предметно-методические комиссии по семейной медицине в ТГМУ имени Абуали ибни Сино (мнение 12,93% преподавателей), учебно-методический совет Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (ИПОСЗРТ) (15,3% преподавателей согласны с этим) и учебно-методический отдел по проблемам семейной медицины Республиканского учебно-клинического центра семейной медицины (РУКЦСМ). В медицинских вузах также больше опираются на методическую поддержку кафедральных совещаний, однако бездействуют по этим вопросам межкафедральные совещания (табл. 1).

Таблица 1

Организация общего методического руководства преподаванием семейной медицины в вузах по мнению преподавателей

Тип медицинского образовательного учреждения	Доля преподавателей отметивших основной характер методического руководства преподаванием СМ в вузах (в % от общего количества преподавателей каждого вуза)						
	1	2	3	4	5	6	7
Всего, в т. ч.	9,55	9,05	44,72	12,56	2,01	21,10	1,01
ТГМУ им. Абуали ибни Сино	12,93	3,53	34,12	16,47	4,71	27,06	1,18
РУКЦСМ	10,71	7,4	67,86	0,00	0,00	14,29	0,00
ИПОСЗ РТ	5,81	15,13	47,67	12,79	0,00	17,44	1,16

1. - Предметно-методическими комиссиями по семейной медицине; 2. - На учебно-методических совещаниях по семейной медицине; 3. - На ученых советах Вузов; 4. - Межкафедральными совещаниями; 5. - На методических совещаниях профессорско-преподавательского состава вуза; 6. - Исключительно на кафедральных совещаниях; 7. - Другое.

Нами установлено, что преподаватели отмечают существенную разницу между реальной эффективностью работы соответствующих кафедр и предполагаемой оптимальной эффективностью этой деятельности (табл. 2,3).

В подготовке студентов и слушателей по семейной медицине в медицинских

образовательных учреждениях принимают участие различные кафедры вуза, учитывая мультидисциплинарность данной дисциплины. По мнению преподавателей, кафедры различного профиля проявляют различную активность в процессе подготовки по семейной медицине. Наиболее высоко оценены кафедры организационного профиля - средняя балльная оценка составила 7,11 по десятибалльной шкале. Почти равные позиции с незначительными колебаниями определены для кафедр хирургического (6,43 балла), терапевтического (6,14 балла) и профилактического (5,68) профилей. Невысока была оценка кафедр фармации (4,37 балла). Наиболее низко оценен вклад теоретических кафедр

Таблица 2

Средняя балльная оценка эффективности работы кафедр в процессе подготовки специалистов по семейной медицине в вузе, по мнению преподавателей

Кафедры	Средняя балльная оценка (по десятибалльной системе) степени привлечения кафедр к процессу в подготовки специалистов по семейной медицине
Организационные	7,11
Хирургического профиля	6,43
Терапевтического профиля	6,14
Профилактического профиля (санитарно-гигиенические и эпидемиологические)	5,68
Медицинского снабжения и фармации	4,37
Теоретические	2,92

Разница в оценке реальной и оптимальной эффективности вклада кафедр медицинских вузов в подготовке специалистов по семейной медицине отчетливо выделяется при сравнительном анализе полученных нами оценок (таб. 3).

Таблица 3

Средняя балльная оценка оптимального привлечения кафедр в подготовке специалистов по семейной медицине, по мнению преподавателей

Кафедры	Средняя балльная оценка (по десятибалльной системе) оптимального привлечения кафедр к процессу в подготовки специалистов по семейной медицине
Организационные	8,77
Хирургического профиля	8,52
Терапевтического профиля	8,11
Профилактического профиля (санитарно-гигиенические и эпидемиологические)	7,91
Фармации	5,35
Теоретические	3,48

Подготовка специалистов по семейной медицине сложная и многоплановая задача. В настоящее время эта подготовка осуществляется как в додипломном, так и в послевузовском периоде обучения врача. Государственными образовательными программами предусмотрено выделение определенного количества учебного времени по проблемам семейной медицине в каждом из периодов. Активная работа по повышению качества преподавания и в центрах и на кафедрах вузов оказывает методические советы.

Кроме образовательной деятельности в учебно-клинических центрах в Республики Таджикистан ведется методическая работа по повышению качества образовательной деятельности. К основным видам методической деятельности центра семейной медицины относятся: самообразование, методическое

исследование, описание и обобщение передового опыта, создание методической продукции, обучение педагогических кадров, методическая помощь, методическая коррекция.

Основные направления методической работы центров заключается в совершенствовании педагогической деятельности, корректирование технологий преподавания, развитие деятельности по обеспечению методическими разработками учебных процесс, разные методики проверки уровня знаний и др. Формами методической работы в центрах является тематические педагогические советы, методические советы по разным дисциплинам, работа ассистентов над темами и разработка методических рекомендаций в помощь ассистенту.

Система НМО представляет, как мы уже описывали сложную самоорганизующуюся

образовательную систему, которая характерна своими системообразующими элементами (табл. 4). Нам было важно, какие системообразующие элементы респонденты выделяют как основные (главные). При исследовании выявлено, что основное внимание преподавателей привлекают такие системообразующие элементы, как Государственный образовательный стандарт (31,66% преподавателей из числа обследуемого

контингента назвали ГОС системообразующим элементом системы ДПО), профессорско-преподавательский состав (этот элемент поддержали 27,63% преподавателей, участвующих в опросе) и образовательные учреждения НМО (на что указали 20,1% преподавателей). Остальные элементы выглядят, по мнению преподавателей, непредставительно и их признают от 4 до 6 % преподавателей.

Таблица 4

Преподаватели об основных (главных) системообразующих элементах системы НМО

Должностная категория преподавательского состава	Доля преподавателей соответствующей должностной категории, назвавших основной (главный) системообразующий элемент системы НМО (в % от общего количества преподавателей данной должностной группы)							
	1	2	3	4	5	6	7	Всего
Всего, в т.ч.	20,1	27,63	5,03	31,66	6,53	5,03	4,02	100,00
Ассистент	30,43	21,74	8,70	26,09	0,00	13,04	0,00	100,00
Преподаватель	17,74	30,65	4,84	33,87	4,84	4,84	3,23	100,00
Старший Преподаватель / доцент	19,61 16,67	25,49 23,81	1,96 7,14	29,41 40,48	7,84 7,14	7,84 0,00	7,84 4,76	100,00 100,00
Профессор, Зав. кафедрой/ директор центра	100,0 16,67	0,00 44,4	0,00 5,56	0,00 16,67	0,00 16,67	0,00 0,00	0,00 0,00	100,00 100,00

1. - Образовательные учреждения по НМО, 2. - Профессорско-преподавательский состав; 3. - Органы управления НМО; 4. - Государственный образовательный стандарт (НМО - унифицированная Концепция); 5. - Слушатели; 6. - Технические средства обучения; 7. - Клиническая и производственная база.

Обращает на себя внимание реакция такой категории преподавателей как профессора - они в 100% случаев отдали предпочтение образовательным учреждениям как основному системообразующему элементу.

Заключение. При исследовании выяснилось, что методическое руководство подготовкой по проблемам семейной медицины осуществляется в основном на учебно-методическом совете и уровне ученых советов ВУЗ-ов и учебно-клинических центров семейной медицины. Вместе с тем, результаты исследования свидетельствуют о необходимости повышения роли учебно-методического совета при РУКЦСМ для целенаправленного усиления методического и организационного влияния на подготовку врачей по семейной медицине в вопросах развития института семейной медицины в медицинских образовательных учреждениях, в том числе на функционирование системы НМО врачебных кадров по семейной медицине.

Перспективы дальнейшего развития Стратегии НМО по данной специальности должны быть достаточно четко predetermined, так как в связи с принятием мировым сообществом Болонской конвенции, каждая страна должны приближаться к определенным стандартам высшего образования и учитывая, что мы имеем в стране обширный перечень медицинских специальностей, куда также включена новая специальность «семейная медицина», мы можем надеяться на скорое утверждение концепции НМО специалистов по семейной медицине, так как актуальность существования проблемы все больше подтверждается требованиями практики и времени.

Конечно же в реализации стратегии непрерывного медицинского образования высоко роль учебно- методических советов вузов и учебных центров. Этому свидетельство разработанные и утвержденные более 1500 тестовых вопросов для итогового и текущего экзаменов для курсантов по семейной медицине, 120 ситуационных задач для проведения экзаменов ОСКЭ, 23 методических разработок для проведения семинарских занятий для врачей, которые используются на кафедрах вузов и учебных центрах при проведении курсов

переподготовки и тематических усовершенствований и тд.

На основе проведенного нами исследования для совершенствования методической роли учебных центров и вузов рекомендуется:

- ведение методической деятельности на разных уровнях (учреждение, кафедра, областные учебные центры и тд.);

- приведение в соответствие содержания методических разработок современным требованиям научно-методического обеспечения (должны быть единые требования для всех медицинских образовательных учреждений);

- введение в образовательных учреждениях новых информационных услуг и видов методической продукции, авторского вклада педагогов;

- разработка подходов к созданию системы обеспечения профессионального роста тренеров, ассистентов, а именно: обучение через семинары, лекции и другие виды, практическая работа с ассистентами через методическое объединение, мастер-классы и др.

- организация конкурсов разного уровня с целью активации методической деятельности тренеров разных вузов и центров.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Миралиев С.Р. Модель внедрения общеврачебной (семейной) практики в стране - мнение специалистов / С.Р. Миралиев, Н.Ф. Салимов, Д.Н. Садыкова, А. Шехов, Т.С. Джабарова // *Материалы национальной научно-практической конференции с международным участием «Семейная медицина и здоровье человека» - Душанбе, 2005. - С. 116-119.*

2. *Общая врачебная (семейная) практика в системе здравоохранения Таджикистана / Метод. рекомендации. - Душанбе, 2006. – 15 с.*

3. *Pereira Gray D. The emergency of the discipline of general practice, its literature and the contribution of the College Journal. McConaohy Memorial Lecture 1988. // Journal of the Royal College of General Practitioners. – 1989, 39 – P.228-233.*

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЛАУКОМЫ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ- СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Медведовская Н.В., Повч З. В.

*Институт семейной медицины Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина*

Резюме. Целью исследования стало изучение факторов риска глаукомы для индивидуального прогнозирования мер ее первичной профилактики. Материалы и методы. Для проведения исследования использован: факторный анализ, статистический, эпидемиологический, графический анализ. Приведены результаты факторного анализа факторов риска возникновения глаукомы среди взрослого населения Украины, определена значимость каждого из них для индивидуального прогнозирования риска глаукомы в практической деятельности врача общей практики-семейного врача. Перспективой дальнейших исследований в избранном направлении определено усовершенствование модели первичной профилактики глаукомы.

Ключевые слова: глаукома, факторы риска, первичная профилактика.

FORMATION OF GROUPS OF RISK AND PRIMARY PREVENTION OF GLAUCOMA IN DAILY ACTIVITY OF THE DOCTOR OF THE GENERAL PRACTICE - THE FAMILY DOCTOR

Medvedovskaya N. V., Povch Z. V.

Kiev, Ukraine, P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Resume. Studying of risk factors of glaucoma for individual forecasting of measures of its primary prevention became a research objective. Materials and methods. For carrying out research it is used: factorial analysis, statistical, epidemiological, graphic analysis. Results. Results of the factorial analysis of risk factors of developing of glaucoma among adult population of Ukraine are given in article, the importance of each of them for individual forecasting of risk of glaucoma in practical activities of the doctor of the general practice - the family doctor is defined.

The prospect of further researches in the chosen direction defined improvement of model of primary prevention of glaucoma.

Keywords: glaucoma, risk factors, primary prevention.

Глаукома остается одной из главных причин возникновения бесповоротной слепоты и слабовидения, занимает одно из ведущих мест среди инвалидизирующих заболеваний глаз [6]. Частота слепоты по причине глаукомы в мире за последние 30 лет практически не уменьшилась и составляет 14,0 – 15,0 % от общего количества всех слепых [1-5, 7, 9].

Целью исследования стало изучение факторов риска глаукомы для индивидуального прогнозирования мероприятий ее первичной профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения исследования нами использовался комплекс методов, а именно: факторный анализ, статистический, эпидемиологический и графический анализ, математическое моделирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Глаукома диагностируется, как правило, в развитой стадии заболевания, то есть когда регистрируются значительные, бесповоротные нарушения зрительных функций, кроме того от 50,0 % до 87,0 % случаев заболевания продолжают оставаться не диагностированными [8].

Существуют доказательства, что выявление глаукомы на ранних стадиях и своевременное направление к специалистам с целью назначения адекватного лечения снижает риск дестабилизации внутриглазного давления, снижения зрительных функций, предотвращает раннюю инвалидизацию.

Обязательными мероприятиями первичной профилактики глаукомы есть выявление общих и местных ее факторов риска, которые имеют влияние на возникновение и прогрессирование глаукомы. Среди исследованных нами факторов

достоверно увеличивают шансы возникновения глаукомы среди взрослого населения: отягощенный по глаукоме наследственный анамнез (OR=16,95; p<0,0001), наличие гипертонической болезни, дистоний и разного рода сосудистых нарушений (OR=10,15; p<0,0001), сахарного диабета (OR=5,31; p<0,001), миопии (OR=4,89; p<0,001), вредных привычек, особенно курения (OR=1,81; p<0,001),

нерациональность питания (OR=2,05; p<0,001), короткая (меньше 8 часов) длительность ночного сна (OR=2,97; p<0,0001), частые заболевания ОРВИ (OR=1,8; p<0,01). Для определения индивидуального риска глаукомы, нами рассчитаны нормированные интенсивные показатели (НИПы) и весовые индексы каждого из факторов (табл. 1).

Таблица 1

Факторы риска глаукомы, их НИПы и весовые индексы

Факторы	Признак	Основная группа P±m	Нормированные интенсивные показатели (НИПи)	Весовые индексы (К)
Пол	1. мужчины	46,3±1,6	0,46	1,2
	2. женщины	53,7±1,7	0,54	
Возраст	1. 30-39.	3,1±0,9	0,03	12,0
	2. 40-49	19,2±1,4	0,19	
	3. 50-59	26,6±2,3	0,27	
	4. 60-69	36,3±1,7	0,36	
	5. 70 и старше	14,9±2,8	0,15	
Пребывание на свежем воздухе	1. 1-2 часа и больше	71,9±2,8	0,72	2,6
	2. 2. меньше 2-х часов.	28,1±0,9	0,28	
Питание	1. рациональное	38,3±1,7	0,38	1,6
	2. не рациональное	61,7±2,5	0,62	
Сон	1. 5 часов	7,2±1,4	0,07	16,5
	2. 6 часов	33,1±0,9	0,33	
	3. 7 часов	29,1±0,9	0,29	
	4. 8 часов.	24,6±2,3	0,25	
	5. 9 часов	3,7±2,5	0,04	
	6. 10 часов	2,2±1,4	0,02	
Частота заболевания ОРВИ	1. 1-2 разав год	68,4±1,9	0,68	11,3
	2. 3 и больше раз в год	25,4±1,9	0,25	
	3. не болею	6,2±1,4	0,06	
Гипертония, дистониии сосудистые нарушения	1. да	89,1±0,9	0,89	8,1
	2. нет	10,9±2,8	0,11	
Эндокринные нарушения	1. да	28,4±1,9	0,72	2,6
	2. нет	71,6±2,3	0,28	
Миопия (близорукость)	1. да	28,9±2,8	0,71	2,4
	2. нет	71,1±0,9	0,29	
Курение	1. да	48,1±0,9	0,52	1,1
	2. нет	51,7±2,5	0,48	
Отягощенный глаукомой наследственный анамнез	1. да	29,4±1,9	0,29	2,4
	2. нет	70,6±2,3	0,71	
Частота посещений офтальмологического кабинета	1. 1 раз в год	22,6±2,3	0,23	3,2
	2. 2 раза в год	14,9±2,8	0,15	
	3. 1 раз в 2 года	14,7±2,5	0,15	
	4. реже чем 1 раз в 2 года	47,8±2,6	0,48	

Значение величины весового индекса фактора риска свидетельствует о весе его влияния на вероятность развития глаукомы у каждого пациента индивидуально в диапазоне

возможного минимального и максимального значения их суммы от $\Sigma K \cdot \text{НИП}_{\max} = 35,56$ до $\Sigma K \cdot \text{НИП}_{\min} = 7,28$.

Пользуясь результатами таблицы 1 можно в каждом конкретном случае провести расчет индивидуального риска развития глаукомы. Нами предложено распределение пациентов по наличию у них факторов риска на 3 подгруппы:

I – пациенты с высокой суммарной балльной оценкой риска глаукомы ($\Sigma K \cdot НП = 25,0 - 35,56$). Рекомендованы профилактические офтальмологические осмотры на первичном уровне оказания медицинской помощи с возможным участием врача общей практики - семейного врача не реже 1 раза на 3-6 месяцев.

II – пациенты со средней суммарной балльной оценкой риска глаукомы ($\Sigma K \cdot НП = 16,0 - 24,99$). Рекомендованы профилактические офтальмологические осмотры на первичном уровне оказания медицинской помощи с возможным участием врача общей практики - семейного врача не реже 1 раза на 6-9 месяцев.

III – пациенты с низкой суммарной балльной оценкой риска глаукомы. Рекомендованы профилактические офтальмологические осмотры на первичном уровне оказания медицинской помощи с участием врача общей практики - семейного врача не реже 1 раза на 9 месяцев – 1 раза в год.

Выводы:

По результатам проведенных нами исследований установлены факторы риска возникновения глаукомы, значимость каждого из них и методика расчета индивидуального риска.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеев В. Н. О качестве диспансерного наблюдения при первичной открытоугольной глаукоме / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная // Клиническая офтальмология. — 2003. — Т. 4, № 3. — С. 119 — 122.
2. Алексеев В. Н. Оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с первичной открытоугольной глаукомой / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная // Глаукома: проблемы и решения: сб. науч. ст. — М., 2004. — С. 393 — 396.
3. Алексеев В. Н. Оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с открытоугольной глаукомой / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная, М. А. Левко // VIII Съезд офтальмологов, 3-5 окт. 2005 г.: тезисы докл. — Москва, 2005. — С. 146.
4. Алексеев В.Н. Качество диспансерного наблюдения больных с первичной открытоугольной глаукомой в поликлиниках города / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная, Е. С. Новицкая // Сучасні положення системи диспансеризації хворих глаукомою: сб. науч. ст. — Москва, 2004. — С. 9 — 13.
5. Басинский С.Н. Частота осложнений и сравнительная эффективность хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы / С.Н. Басинский // Клинич. офтальмол. — 2011. — Т. 12. — №2. — С. 67 — 70.
6. Золотарев А. В. Централизованная региональная модель противоугломной работы возможность комплексного решения проблем / А. В. Золотарев, М. В. Шевченко, В. М. Малов, А.Г. Сапрыкина, Е.В. Карлова // Клиническая офтальмология. — 2005. — №3. — С. 45 — 48.
7. Либман Е. С. Современные позиции клинко-социальной офтальмологии / Е. С. Либман // Вестник офтальмологии. — 2004. — Т. 120, № 1. — С. 10 — 12.
8. Klein B.E. Heridatability of risk factors for primary open angle glaucoma / B.E.Klein, R. Klein, K.E. Lee // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. — 2008. — Vol. 45. — P. 59 — 62.
9. Quigley H. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 / H. Quigley, A. Broman // British Journal of Ophthalmology. — 2006. — Vol. 90. — P. 262 — 267.

Полученные результаты становятся составляющей профилактической стратегии предупреждения развития глаукомы и ее последствий (слепоты и слабости зрения), внедрение которой начинается с первичного уровня оказания медицинской помощи, для обеспечения широкой доступности профилактического офтальмологического услуг для населения.

Обязательными на первичном уровне определены; выявление факторов риска возникновения и развития глаукомы; документирование состояния и функций зрительного анализатора во время осмотра; контроль выполнения назначений офтальмолога для поддержания внутриглазного давления на оптимальном уровне путем соответственных терапевтических вмешательств; мониторинг состояния зрительного нерва для выявления возможных поражений и ухудшения функции.

Перспективами дальнейших исследований в выбранном нами направлении определено широкое внедрение и определение эффективности детерминантно ориентированной модели первичной профилактики глаукомы, применение которой будет осуществляться, начиная с первичного уровня оказания медицинской помощи населению, а именно в повседневной работе врача общей практики – семейного врача.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.

Мукеева С.Т., Усенбаева Н.Т., Айтакунова Э.Н., Смит Б., Бримкулов Н.Н.

*Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызстана,
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева,
Проект «Качественное здравоохранение» USAID. Бишкек, Кыргызстан.*

Резюме. Представлены данные опроса врачей, фармацевтов и потребителей по использованию антибактериальных средств в Кыргызстане. Все три опрошенные фокус-группы продемонстрировали ряд ошибочных представлений об эффективности АБ и рисках, связанных с их использованием. Особенно низкий уровень осведомленности о побочных эффектах антибиотиков продемонстрировали потребители.

Ключевые слова: антибиотики, использование в семейной практике.

USE OF ANTIBIOTICS IN THE FAMILY DOCTOR'S PRACTICE IN KYRGYZ REPUBLIC

Mukeeva S.T., Usenbaeva N.T., Aitakunova E.N., Smith B., Brimkulov N.N.

*Association family physicians and family nurses of Kyrgyzstan,
Kyrgyz State medical academy I.K.Akhunbaev,
USAID Project "Quality healthcare". Bishkek, Kyrgyzstan*

Resume. Data of the survey of doctors, pharmacists and medication consumers are presented, with regards on use of antibiotics in Kyrgyz Republic. All three surveyed focus-groups showed several erroneous conceptions about effectiveness of the antibiotics and risks associated with the use of antibiotics. Especially low level of awareness about side effects of antibiotics was shown by the consumers.

Key words: antibiotics, use in family practice.

В Кыргызской Республике антибактериальные препараты свободно приобретаются в аптечной сети без рецепта с одной стороны и достаточно широко назначаются практикующими врачами с другой стороны. Многие люди не обращаются к врачу и диагноз им не ставится. Они просто свободно покупают антибиотики. Это широкомасштабное самолечение, часто при помощи наименее эффективного средства в неправильной дозе, считается важным фактором в развитии бактериальной устойчивости в развивающихся странах [1]. В основах европейской политики в поддержку здоровья и благополучия - Здоровье 2020 - устойчивость к противомикробным препаратам названа одной из важнейших проблем современности. По данным новейших исследований, более чем в 40% случаев антибиотики назначаются ошибочно и необоснованно. Это в первую очередь касается назначения противомикробных средств при простуде и боли в горле: чаще всего эти состояния вызываются вирусными инфекциями, при которых антибиотики бесполезны. Главная причина развития устойчивости к противомикробным препаратам – это

ненадлежащее применение таковых [2].

Исследований по объему и характеру применения антибиотиков (АБ) в Кыргызстане очень мало. Не изучалось и отношение самих врачей, потребителей и фармацевтов к вопросам антибиотикотерапии. В связи с этим, целью данного исследования была оценка знаний, отношения, и практики поведения среди семейных врачей, фармацевтов и потребителей.

Материал и методы исследования.

В исследование было включено 5 Центров семейной медицины г.Бишкек (ЦСМ №6, 11, 12), Иссык-Кульской и Жалалабатской областей, включавшие 43 группы семейных врачей (ГСВ). По специальным опросникам были опрошены 43 врача, 46 фармацевтов и 99 потребителей лекарств, пациентов различными заболеваниями.

Из 43 врачей первичного звена было 40 (93%) женщин и 3 (7%) мужчины, в том числе со стажем от 5- 9 лет 14%, 10-20 лет - 21% и более 20 лет - 65%. Опрошено 46 фармацевтов, в том числе 98% - женского пола, работников городских - 78% или сельских - 22%, из них более 90% прошли какую либо специализацию в течение последних 5 лет. Среди 99 потребителей лекарственных средств было 60,6% сельских

жителей, 68% - женщин, в том числе имеющих среднее образование (57,7%). Возраст их колебался от 14 до 67 лет. Были опрошены не только пациенты в стенах медучреждений, но и приписанное население в общественных местах, для охвата респондентов, занимающихся самолечением антибиотиками.

Инструменты проведения обследования (опросники) для каждой из трех целевых групп (потребители медицинских услуг, семейные врачи, и работники фармации) были разработаны проектом «Качественное здравоохранение» USAID совместно с региональными партнерами в лице Казахской Ассоциации семейных врачей и АГСВиСМ Кыргызстана [3].

Каждый опросник включал 4 раздела:

-Раздел А включал вопросы социального и демографического характера, такие как возраст, пол, уровень образования, уровень дохода, и статус занятости. Потребителей также опрашивали на предмет о количестве антибактериальных препаратов, которые он принимал за последний год. Врачей и фармацевтов на предмет их опыта работы, последнего курса повышения квалификации по специальности.

-Раздел В оценивал знания респондента в области применения, побочных эффектов и рисков применения антибиотиков для здоровья населения.

-Раздел С оценивал существующие взгляды и убеждения касательно антибиотиков.

-Раздел D оценивал практики потребления, рекомендаций и назначений антибактериальных препаратов.

Полученные данные были обработаны статистически с расчетом экстенсивных показателей.

Результаты.

Данные опроса потребителей. Основная масса потребителей показала много неверных представлений и взглядов на правильность применения антибиотиков, заявив, что они необходимы почти при всех перечисленных заболеваниях, даже включая те, при которых антибиотики не показаны, достигая 80% при типичных вирусных состояниях (грипп, простуда), таких как кашель в течение 10 дней, не говоря об не инфекционных заболеваниях, таких как боли в пояснице, артрит. При этой 76% респондентов отметили, что АБ убивают полезные бактерии, 64% - что частое использование АБ может снизить их эффективность в будущем, 66%-АБ снижают риск осложнений от простуды, 58% - что АБ ускоряют процесс выздоровления от простуды, а

20%- что нет никакой опасности в приеме АБ. 68% опрошенных лиц уверены в том, что внутримышечные инъекции АБ более эффективны, нежели их прием внутрь, 70% недовольны, если назначаются внутрь, не парентерально, как и 32% тем, что при кашле более 3-4 дней врач не назначает АБ. Тем не менее, часть респондентов называли такие побочные эффекты как аллергические реакции, сыпь, повышение температуры. Но менее 50% опрошенных знали о том, что тошнота, диарея, кандидоз являются еще более распространенными побочными эффектами АБ, не говоря о развитии устойчивости к ним. 73% потребителей согласились с утверждением: «Я думаю, что АБ в медицине применяются слишком часто», 68% - «инфекции становятся более устойчивыми ним». В среднем, каждый потребитель получил 2,0 курса антибиотиков за последний год. 61% респондентов ответили, что «всегда» или «иногда» практикуют самолечение АБ. 53% сообщили, что перестают принимать АБ, как только у них уменьшаются признаки заболевания, нормализуется температура. 59% респондентов ответили, что «часто» выбирают АБ по совету работника аптеки без предварительной консультации врача. Лица, предпочитающие самолечение, в меньшей степени владели знаниями об побочных действиях антибиотиков и чаще считали, АБ необходимы при большем количестве заболеваний.

Данные опроса врачей. Основными источниками информации для врачей по принятию решения назначения АБ являются клинические протоколы и материалы по непрерывному улучшению качества услуг (НПК), а также материалы фармфирм. Интернет – ресурсами пользуются менее 50%, в большей степени городские врачи, нежели сельские. 86% врачей прошли последнюю специализацию или повышение квалификации в течение последних 3-х лет, 12% более 3-х лет. 75% врачей считают, что существенным побочным эффектом приема антибиотиков является растущая к ним устойчивость, тем не менее только четверть врачей ПМСП проявили осведомленность о рисках бесконтрольного приема АБ для состояния здоровья населения. Только 26% врачей ПМСП считают, что в/м АБ более эффективны, нежели прием во внутрь. 80% врачей уверены в необходимости назначения АБ при выделении «желтой» или «зеленой» мокроты больным с острым бронхитом, как и при гнойных выделениях из носа, при том, что цвет мокроты и выделений из носа не является указанием на вторичную бактериальную

инфекцию. Наличие высокой температуры оказывает значительное (57%) влияние на принятие решения назначить АБ при острых диарейных заболеваниях, как и требование пациента назначить антибиотики при кашле ОРЗ или гриппозных состояниях-51%. 42% врачей ПМСП уверены в том, что решение назначения АБ принимаются ими под влиянием фармацевтических компаний, в том числе из них 35% принимают такое решение под влиянием материальных стимулов, предлагаемых фармфирмами.

Данные опроса работников фармации. Из опрошенных 46 фармацевтов 50% указали как на достоверный источник информации по применению антибиотиков фармацевтические справочники и информационные материалы фармфирм. Ни один из не предоставлял полную, и точную информацию по рациональной антибиотикотерапии и информацию по рискам и побочным эффектам. Только 41% работников фармации знали о том, что АБ могут повысить устойчивость микроорганизмов, хотя 71% согласились с тем, что применение АБ является определенным риском для здоровья населения и в то же время их рекомендации потребителям ничем не отличались от таковых, кто не знал. Также как и потребители, фармацевты уверены в эффективности АБ при простудных заболеваниях, а также в том, что инъекционные АБ более востребованы как врачами, так и потребителями - 84%. Они часто рекомендуют использование антибиотиков по поводу симптоматики, обусловленной распространенными вирусными инфекциями. 70% фармацевтов ответили, что они часто дают советы пациентам, которые не считают нужным обратиться к врачу и 84% советуют приобрести тот или иной антибиотик без назначения врача.

В целом, все три опрошенные фокус-группы отметили частое применение антибиотиков, продемонстрировали ряд ошибочных представлений об эффективности АБ и рисках, связанных с их использованием. Особенно низкий уровень осведомленности о побочных эффектах антибиотиков продемонстрировали потребители. Многие клиницисты и фармакологи уверены в том, что антибиотики помогают при распространенных вирусных инфекциях, таких как острый бронхит, острые

простудные заболевания, острые диарейные болезни, снижают продолжительность болезни и риск развития осложнений - представления, которые в корне отличаются от рекомендаций современных международных руководств.

Полученные данные подтвердили существование агрессивного фармацевтического маркетинга, направленного на решение врачей назначать антибиотики, поощряя хорошими материальными бонусами, информационными материалами, стимулируя большее назначение дорогих антибиотиков последних поколений. 84% работников аптек рекомендуют приобрести тот или иной антибиотик пациентам по поводу простудных и гриппозных состояний. К большому сожалению, большинство фармацевтов не знакомы с клиническими протоколами, которые размещены в электронном виде в интернете.

Заключение:

Полученные данные свидетельствуют о необходимости для всех трех целевых групп четкой, конкретной информации о том, когда необходимы и когда не нужны антибиотики. Должны быть обязательные системные тренинги для врачей и фармацевтов по рациональной антибактериальной терапии на до- и последипломных уровнях. Тренинги на рабочем месте должны стать неотъемлемой частью работы по внедрению клинических протоколов с акцентом на показания к антибактериальной терапии. Эффективным инструментом поддержки рационального применения антибиотиков может стать внутренний мониторинг практики назначений антибиотикотерапии в соответствии со стандартами, изложенными в клинических протоколах. Кроме того, достоверная информация о пользе и вреде антибиотиков должна быть представлена широким слоям населения именно вне организаций здравоохранения, так как основная масса населения занимается самолечением без обращения к врачу.

Все эти меры должны привести к уменьшению потребления антибиотиков, сохранить здоровье населения и возможности систем здравоохранения в борьбе с вызовами постоянно изменяющихся, мутирующих и приспособливаемых микроорганизмов.

Литература:

1. Enenkel, S. and Stille, W., *Antibiotics in the Tropics: antibacterial therapy with limited resources*, Berlin, Springer-Verlag, 1988, p 34.
2. WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations/ Forty-fifth report.

Geneva (WHO 2011 Technical Report Series No.961)

3. Технический отчет USAID «Знания, отношение и практика применения антибиотиков в Кыргызстане». - Бишкек, 2014г.

УЧАСТИЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ-СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ НА ДОМУ

А.В. Царенко, О.Г. Шекера, Ю.И.Губский

*Институт семейной медицины Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина*

Резюме. На основании анализа данных, которые свидетельствуют о росте заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований (ЗН) и низкой доступности стационарной паллиативной и хосписной помощи (ПХП) в Украине, особенно для населения сельской местности, результатов международного и национального опыта развития системы ПХП, обосновывается необходимость участия врачей общей практики-семейных врачей (ОП-СВ) в оказании паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому. Определены организационные условия развития ПХП на дому, которые основаны на принципах пациентоцентрического и мультидисциплинарного подхода, показан опыт Украины создания нормативно-правовой базы ПХП, до- и последипломной подготовки медицинских работников по вопросам ПХП.

Ключевые слова: врач общей практики-семейный врач, система паллиативной и хосписной помощи, паллиативные пациенты, хоспис, отделение паллиативной и хосписной медицины, организация паллиативной помощи на дому, выездная бригада паллиативной помощи, злокачественные новообразования, пациентоцентрический подход, онкологические пациенты, мультидисциплинарное сотрудничество, последипломная подготовка медицинских работников.

PARTICIPATION OF GENERAL PRACTITIONERS AND FAMILY DOCTORS IN RENDERING SERVICES OF PALLIATIVE CARE TO ONCOLOGICAL PATIENTS AT HOME

A.V. Tsarenko, O.G. Shekera, Y. I. Gubskii

*Institution of family medicine of National medical academy of postgraduate education P.L. Shupik,
Kiev, Ukraine*

Resume. Based on the analysis of data that indicates on the growth of morbidity and mortality from cancer and low access of in-patient palliative and hospice care (palliative and hospice care) in Ukraine, especially for rural population, based on the results of international and local experience of development of PHC, this paper justifies the need for participation of general practitioners-family doctors (GP-FD) in providing palliative care to cancer patients at home. Organizational aspects of development of PHC at home are identified, based on the principles of patient-centered and multidisciplinary approach, Ukrainian experience in establishment of legal basis of PHC is shown, also under- and postgraduate training of medical professionals in regards to PHC is shared.

Key words: general practitioner-family doctor, system of palliative and hospice care, palliative patients, hospice, department of palliative and hospice medicine, organization of palliative and hospice care at home, field team of palliative care medical professionals, cancer, patient-centered approach, cancer patients, multidisciplinary collaboration, postgraduate training of medical professionals.

Вступление. В течение последних десятилетий, как в Украине, так и во многих странах мира одной из наиболее приоритетных гуманитарных и медико-социальных проблем является развитие доступной и эффективной системы паллиативной и хосписной помощи (ПХП) населению, что обусловлено неуклонно растущим количеством больных с тяжёлыми инкурабельными заболеваниями с ограниченным прогнозом продолжительности жизни. Это, прежде всего – декомпенсированные и терминальные стадии хронических

соматических, онкологических и инфекционных заболеваний, таких как СПИД, хронический мультирезистентный туберкулёз, вирусные гепатиты «В» и «С». Опыт многих стран мира убедительно свидетельствует, что ПХП наиболее адекватно удовлетворяет потребности и обеспечивает надлежащее качество жизни паллиативных пациентов и членов их семей, способствует сохранению человеческого достоинства в конце биологической жизни, имеет большое социально-экономическое значение [1-6].

Паллиативная помощь, всё чаще рассматривается в мире как неотъемлемая часть системы здравоохранения. Тем не менее, во всем мире, по-прежнему, отмечается недостаточный доступ к ПХП, несмотря на то, что в связи со старением населения, спрос на ПХП постоянно увеличивается. Исторически сложилось так, что программы ПХП сосредоточены в основном на потребностях инкурабельных онкологических больных. Вместе с тем, во всем мире большинство пациентов, которые в конце жизни нуждаются в ПХП, страдают от тяжёлых неопухолевых заболеваний. В последние годы ВОЗ также уделяет много внимания развитию ПХП пациентам с ВИЧ-инфекцией/СПИДом, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями. ВОЗ прилагает большие усилия по улучшению доступности ПХП для облегчения страданий пациентов в странах с ограниченными ресурсами [1].

Цель работы: провести анализ современного состояния ПХП в Украине и определить приоритетные направления организационных условий участия врачей общей практики-семейных врачей (ОП-СВ) в оказании паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому.

Материалы и методы исследования. В работе были использованы отечественная и зарубежная научная литература, отечественные и международные нормативно-правовые документы, медико-статистические данные, а также использованы следующие методы исследования: статистический, системного подхода, сравнительный контент-анализ, информационно-аналитический.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным ВОЗ, онкологические заболевания являются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности населения во всем мире. В 2012 г. в мире было зарегистрировано около 14 миллионов новых случаев онкологических заболеваний и 8,2 миллиона случаев смерти от злокачественных новообразований (ЗН). По прогнозам специалистов, в течение ближайших 20 лет число новых случаев ЗН возрастет, примерно, на 70% и достигнет 23,8 миллионов человек [7].

Согласно рекомендациям ВОЗ, в терминальном периоде течения ЗН следует применять целостный мультидисциплинарный подход, при котором врачи, медицинские сестры, немедицинские специалисты (социальные работники, психологи, юристы и т.д.) и волонтеры, а также, при желании пациента, священнослужители соответствующих

религиозных конфессий координируют между собой и обеспечивают паллиативному пациенту все виды помощи [4, 7].

Учитывая существующие тенденции развития медико-демографической ситуации, правительство каждой страны должно принять решение, насколько приоритетным является развитие системы ПХП, и каков должен быть объем выделяемых ресурсов. Так, например, опыт системы ПХП США, показал, что обеспечение стабильности и устойчивого финансирования позволило оказывать ПХП пациентам, как с ЗН, так и с неопухолевыми заболеваниями. Примеры эффективной организации ПХП можно почерпнуть из опыта Великобритании, Нидерландов, Германии, Польши и других стран [1–7].

Был предложен ряд методов мониторинга и повышения качества оказания ПХП, которые в настоящее время испытываются в различных условиях и на различных уровнях. Например, в Великобритании была проведена национальная проверка состояния помощи пациентам после инсульта, что способствовало существенному улучшению службы ПХП по целому ряду показателей. Политика организации системы ПХП должна быть согласована с другими направлениями развития политики здравоохранения, как в области онкологии, так и в области гериатрии, кардиологии, психиатрии, неврологии, семейной медицины и других [1–7].

Что касается нашей страны, то в 2013 г., по уточненным данным Национального канцер-реестра Украины (НКР), было зарегистрировано 164,5 тыс. новых случаев онкологических заболеваний, общий грубый показатель заболеваемости ЗН достиг 384,9 на 100 тыс. населения, что на 1,2% больше, по сравнению с 2012 г. Количество умерших от ЗН в 2013 г. составило 80 520 человек (табл. 1), при этом грубый показатель смертности составил 188,4 на 100 тыс. населения (без данных Луганской области и г. Севастополь), что на 2,1% ниже, чем в предыдущем году. Распределение всех выявленных в 2014 г. в Украине новых случаев ЗН по стадиям (согласно классификации Анн-Арбор и TNM, действующих в регионах просмотра) свидетельствуют, что 52,8% из них были обнаружены в 1-2-й стадии развития ЗН, 17,5% – в 3-й стадии и 14,9% – в 4-й стадии. В среднем по Украине, среди лиц, заболевших ЗН в 2013 году, не прожили 1 года 31,4% больных. При анализе показателя «соотношение уровней смертности и заболеваемости» установлено, что, в среднем по Украине, в 2014 г. он составлял 51,3%, то есть на каждые 100 зарегистрированных случаев ЗН более 50

больных умерли от этого заболевания. Наибольшее количество случаев ЗН отмечается у взрослых лиц трудоспособного возраста, а самые высокие показатели, как заболеваемости, так и смертности от онкологических заболеваний, зарегистрированы в возрастной группе 75-79 лет для большинства локализаций ЗН независимо от пола [8].

По данным Государственного комитета статистики и Министерства здравоохранения Украины, в начале 2015 г. количество больных, состоящих на учёте в онкологических диспансерах и больницах, превышало 1 млн. человек, среди которых – около 5,5 тыс. детей. Вызывает беспокойство значительное число пациентов, у которых диагностируют ЗН в инкурабельных стадиях развития заболевания, в связи с чем, более 80 тыс. граждан Украины ежегодно умирают от онкологических заболеваний (табл. 1) [9, 10].

Более 80% больных с ЗН 3-й и 4-й клинических групп страдают вследствие интенсивного хронического болевого синдрома, и почти 100% пациентов в терминальной стадии ЗН нуждаются в профессиональной мультидисциплинарной ПХП [1, 4, 5, 7, 8].

Современные концепции подходы развития системы паллиативной помощи во многих странах мира определяют цель ПХП населению как обеспечение максимально возможного качества жизни паллиативных пациентов, а также членов их семей. Это достигается благодаря использованию комплекса организационных, медицинских, социальных мероприятий, в сочетании с психологической и духовной поддержкой [1–7, 11, 12].

В соответствии с определением ВОЗ, паллиативная помощь:

- обеспечивает облегчение страданий от боли и других мучительных симптомов;
- утверждает жизнь и рассматривает смерть как естественный процесс;
- ни ускоряет, ни отсрочивает смерть;
- объединяет психологические и духовные аспекты ухода за пациентом;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь пациенту жить как можно активнее до самой смерти;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь семье справиться с проблемами в течение болезни пациента и в период тяжелой утраты/горя;
- использует командный подход, чтобы обеспечить потребности пациентов и членов их семьи, в том числе и в период тяжелой утраты/горя;

- повышает качество жизни и может также положительно влиять на течение болезни;

- может применяться на ранних стадиях болезни, в сочетании с другими методами лечения, которые предназначены, чтобы продлить жизнь, таких как химиотерапия или лучевая терапия, и включает в себя исследования, необходимые для лучшего понимания и контроля тяжёлых клинических осложнений [11].

Главными задачами ПХП являются:

- 1) предупреждение и облегчение физических и психо-эмоциональных страданий паллиативных пациентов, сохранение и увеличение продолжительности, по возможности, их социальной активности, обеспечение прав человека и достоинства до конца биологической жизни;
- 2) обеспечение доступности ПХП независимо от социального статуса, места проживания, возраста и нозологии заболевания паллиативных пациентов с момента установления диагноза прогрессирующего инкурабельного заболевания;
- 3) обеспечение профессионального ухода, оказание психологической, социальной и духовной поддержки паллиативных пациентов и членов их семей [3–5, 12, 13].

Согласно современным концепциям и подходам, ПХП состоит из 4 обязательных составляющих, которые отличают её от рутинного паллиативного лечения/паллиативной терапии:

1. Медицинская составляющая, которая обеспечивает контроль хронического болевого синдрома, лечение симптомов заболеваний и профессиональный уход.

2. Психологическая составляющая, которая направлена на преодоление чувства страха, депрессивных состояний и стрессов у паллиативных пациентов и их родных.

3. Социальная составляющая, которая предусматривает материальную поддержку семьи больного, правовое консультирование и помощь в оформлении документов, бытовые и ритуальные услуги.

4. Духовная составляющая, которая осуществляется священнослужителями разных религий и конфессий, в соответствии с пожеланиями и потребностями больного. [4, 5, 12–14].

Оказание ПХП должно быть обеспечено на всех уровнях здравоохранения, и в первую очередь, на уровне первичной медико-санитарной помощи, учитывая, что стационарную ПХП в хосписах и отделениях паллиативной медицины могут получить в

Украине меньше 10% из 600 тысяч паллиативных пациентов, которые в ней нуждаются ежегодно (табл. 1). Все больше людей нуждаются в ПХП в связи с тяжёлыми хроническими сердечными, респираторными и цереброваскулярными заболеваниями, а также ЗН. Причём, группа населения, которая нуждается в ПХП в финальном периоде жизни, существенно «постарела». Основное число пациентов заканчивают свою жизнь дома под наблюдением врачей ОП-СВ или участковых терапевтов [13–15].

В Украине создание хосписов и отделений ПХП началось в 90-х годах прошлого столетия во в городах Львове, Ивано-Франковске, Коростене (Житомирская обл.), Харькове, Луцке, Киеве и других. В последние годы были созданы хосписы и отделения ПХП в городах Херсоне, Запорожье, Дубно, Харькове, Львове, Чернигове, Днепропетровске, Полтаве, Николаеве и других. А в 2013 году в г. Надвирна, Ивано-Франковской области, усилиями региональной и местной власти, специалистов и общественных организаций был создан первый в Украине хоспис для детей. Согласно данным Минздрава

Украины и региональных департаментов/управлений здравоохранения, по состоянию на начало 2015 специализированную стационарную ПХП показывали в 12 хосписах и центрах ПХП (в т.ч. и негосударственной формы собственности, созданных благотворительными религиозными и неправительственными организациями), в которых развернуто более 450 коек. Также около 1650 коек развернуто в 68 отделениях ПХП многопрофильных и специализированных больниц и диспансеров. Хотя, по нашему мнению, пока Минздрав Украины не утвердит стандарты и аккредитационные требования к ЛПЗ, которые оказывают ПХП, утверждать о точном числе таких заведений нельзя, поскольку многие из них не соответствуют современным требованиям. Минимальная потребность в стационарных койках для паллиативных пациентов в Украине с населением около 40 млн. человек составляет более 4 тыс. коек. Это позволит ежегодно оказывать квалифицированную ПХП и профессиональный уход около 75 тыс. паллиативных пациентов и более 250 тыс. их родственников.

Таблица 1. Количество умерших в Украине по причинам смерти и расчетное количество пациентов, нуждающихся в паллиативной и хосписной помощи (тыс. чел.) с 2000 по 2014 годы (без данных Луганской области и г. Севастополь)

Причины смерти	2000	2005	2010	2013	2014
Умерших (за исключением внешних причин)	684,5	712,0	654,2	622,1	632,7
из них от:					
болезней системы кровообращения	463,9	488,8	465,1	441,3	
новообразований	97,8	91,8	88,8	80,5	
болезней органов дыхания	37,9	28,0	19,5	16,5	
болезней органов пищеварения	-	31,7	26,8	27,7	
туберкулёза	11,0	11,9	7,62	6,5	
ВИЧ-инфекции/СПИДа	0,06	3,6	5,6	5,2	
Расчетная потребность в ПХП:		569,6	523,4	497,7	506,2
80% от общего числа умерших					
90% от числа умерших по причине ЗН	-	82,6	79,8	83,6	-

Сегодня в Украине оказание ПХП регулируется рядом законодательных актов, среди которых можно отметить, в частности:

- Закон Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования оказания медицинской помощи» от 07.07.2011 г. № 3611-VI, в котором паллиативная помощь была определена как отдельный вид медицинской помощи;
- Закон Украины от 23.12.2009 г. «Об утверждении Общегосударственной программы борьбы с онкологическими заболеваниями на период до 2016 года», в котором определены задачи по созданию учреждений для оказания ПХП инкурабельным онкологическим больным,

расширение сети учреждений для помощи таким гражданам и разработку стандартов оказания ПХП больным в условиях хосписов;

- Распоряжение Кабинета Министров Украины от 13.05.2013 г. № 356-р «Об утверждении Концепции Общегосударственной целевой социальной программы противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДа на 2014-2018 годы», в котором отмечено низкий уровень доступности населения, представителей групп повышенного риска инфицирования ВИЧ и людей, живущих с ВИЧ, к услугам по паллиативной и хосписной помощи и определены задачи по «обеспечению организации и доступности к паллиативной и хосписной помощи людям, живущим с ВИЧ ...;

- Постановление Кабинета Министров Украины от 13.05.2013 г. № 333 «О порядке приобретения, перевозки, хранения, отпуска, использования и утилизации наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в учреждениях здравоохранения», которое существенно упрощает применение наркотических анальгетиков на практике, улучшает доступность пациентов к обезболиванию, особенно в амбулаторных условиях, что будет способствовать доступности эффективного обезболивания и уменьшению страданий сотен тысяч пациентов с хроническим болевым синдромом.

Также в последние годы Министерство здравоохранения Украины издало ряд важных приказов по вопросам ПХП, в частности:

- Приказ Минздрава Украины от 25.04.2012 г. № 311, которым был утверждён «Унифицированный клинический протокол паллиативной медицинской помощи при хроническом болевом синдроме, разработанный на основе адаптированной клинической установки «Контроль боли», и в котором определены действия врача ОП-СВ по контролю боли у паллиативных пациентов;

- Приказ Минздрава Украины от 21.01.2013 г. № 41 «Об организации паллиативной помощи в Украине», которым утверждён «Порядок оказания паллиативной помощи» и «Перечень медицинских показаний для оказания паллиативной помощи», основные медико-юридические дефиниции ПХП (паллиативный пациент, паллиативное лечение и т.д.); порядок оказания паллиативной помощи (в т. ч., задачи и организация предоставления ПХП); перечень медицинских показаний для оказания паллиативной помощи и тому подобное;

- Приказ Минздрава Украины от 01.02.2013 г. № 77 «О государственной регистрации (перерегистрации) лекарственных средств и внесении изменений в регистрационные материалы», которым в Перечень зарегистрированных лекарственных средств Государственного реестра лекарственных средств Украины был внесен морфина сульфат в таблетках, что является весомым шагом на пути улучшения доступности паллиативных пациентов к эффективному обезболиванию в Украине;

- «План мероприятий МЗ Украины по развитию паллиативной помощи в Украине на 2014-2015 годы», утвержденный в феврале 2014 года, которым определены конкретные задачи, направленные на создание системы ПХП населению.

Также хотим отметить приказ МЗ Украины от 04.11.2011 г. № 755 «Об утверждении Положения о центре и амбулатории первичной медицинской (медико-санитарной) помощи и положений о его подразделениях», который определяет, что одной из основных задач врачей общей практики-семейных врачей в центрах и амбулаториях ПМСП является предоставление паллиативной помощи пациентам на последних стадиях течения неизлечимых заболеваний, в т.ч. выполнение обезболивающих мероприятий с использованием наркотических веществ.

Итак, подытоживая перечень нормативно-

правовой базы, регулирующей развитие системы и порядок оказания ПХП на разных уровнях, следует отметить, что, к сожалению, большинство из задекларированных мероприятий остались невыполненными из-за объективных и субъективных причин. Также можно отметить, что сегодня в Украине одним из насущных вопросов развития системы ПХП является срочная разработка национальных стандартов ПХП, клинических протоколов, методических рекомендаций и инструкций для специалистов, которые оказывают ПХП в ЛПЗ и социальной защиты населения и дома.

Сегодня, к сожалению, во многих областных центрах и регионах пока не создано ни одного хосписа. Кроме того, согласно нашим оценочным данным, материально-техническая база большинства действующих в Украине заведений ПХП еще не соответствует международным стандартам, а условия пребывания больных в этих ЛПЗ, зачастую, являются неудовлетворительными. Сегодня в Украине заведения ПХП крайне ограничены в ресурсах и не имеют возможности обеспечить пациентов даже элементарным необходимым. Практически отсутствует в Украине и выездная служба ПХП на дому, поэтому жители сельской местности пока вообще не могут ее получить. Таким образом, большинство паллиативных пациентов завершают свою биологическую жизнь дома, под наблюдением врачей первичной медико-санитарной помощи и, в частности, врачей ОП-СВ.

Инкурабельный онкологический больной, особенно в первое время после осознания своего статуса паллиативного пациента, находится в состоянии постоянного сильного стресса, что нарушает его традиционный ритм и уклад жизни в семье и в социуме, разрушает привычные стереотипы поведения, изменяет систему ценностей, перестраивает его личность и заставляет его адаптироваться к новым условиям жизни. У таких пациентов резко выражено чувство страха перед приближающейся кончиной, безысходности и обречённости, изолированности от общества, остро восприятие себя как «обузы для близких», несправедливости судьбы по отношению к себе и др.. Часто у них отмечается развитие депрессии различной степени тяжести.

Следует отметить, что пациенты с ЗН пожилого возраста испытывают дополнительные страдания в связи с неадекватной оценкой и некорректным отношением многих врачей ПМСД к гериатрическим особенностям протекания заболеваний, а также трудностями доступа к ПХП. Как отдельная категория населения, пожилые люди, особенно с ЗН, сталкиваются со многими специфическими проблемами, для них требуются комплексные (мультидисциплинарные и межсекторальные) подходы оказания медицинской помощи, психологической и социальной поддержки, а также духовного сопровождения.

Как уже говорилось в наших предыдущих работах, оказание ПХП инкурабельным пациентам на дому имеет определенные особенности [14, 15].

Наиболее распространенными симптомами и расстройствами жизнедеятельности у паллиативных пациентов, с которыми сталкиваются врачи ОП-СВ, являются:

- тяжелый хронический болевой синдром, для контроля которого, зачастую, необходимо применять наркотические и психотропные анальгетики;
- выраженные психоэмоциональные расстройства, в том числе, депрессивные состояния или аффекты, а у пациентов старческого возраста – когнитивные и сенильные нарушения;
- другие неблагоприятные клинические проявления, обусловленные поражением кожи (например, пролежни и трофические язвы) и слизистых оболочек, костной ткани (остеопороз, метастазы в кости) и нарушениями функционирования жизненно важных органов и систем, которые проявляются в последние месяцы или дни жизни такими симптомами как тошнота, неукротимая рвота, икота, тяжёлая одышка и сердечная недостаточность, отеки и лимфадены, задержка или недержание мочи или кала, запоры или диарея, кровотечения и кровоизлияния и т.п..

Обеспечивая предоставление ПХП на дому, врач ОП-СВ должен знать и учитывать основные современные международные подходы и пациентоцентрические принципы к оказанию ПХП, которые заключаются в следующем:

- паллиативная медицинская помощь должна быть доступной круглосуточно, независимо от места проживания и социального статуса пациента;
- ПХП предусматривает право пациента на выбор места получения помощи и может предоставляться стационарно в ЛПЗ любых форм собственности, в специализированных учреждениях ПХП (в частности, хосписах), отделениях паллиативной медицины, больницах сестринского ухода, в дневных стационарах, интернатах для инвалидов и людей пожилого возраста, дома и т.д.;
- потребности паллиативных пациентов и членов их семей должны максимально удовлетворяться с использованием мультидисциплинарного и межсекторального подходов, по их согласию;
- ПХП обеспечивает право пациента получить полную и достоверную информацию относительно своего заболевания и прогноза продолжительности жизни, и, только с его согласия, врач может предоставить эту информацию членам семьи;
- паллиативные пациенты и члены их семей обеспечиваются доступной и понятной информацией по лечению и уходу;
- паллиативные пациенты и члены их семей обеспечиваются психологической и социальной поддержкой;
- ПХП не ставит своей целью ускорить или отсрочить смерть, а обеспечить максимально достижимое качество жизни.

Исходя из вышесказанного, основными задачами ПХП, которые должен обеспечить врач ОП-СВ, являются:

- паллиативное лечение, облегчение боли и других симптомов заболевания;

- обеспечение максимально достижимой полноценной и продолжительной социальной активности онкологических больных, надлежащего качества жизни паллиативных пациентов и их семей;

- утверждение жизни и отношение к смерти как к естественному процессу;
- организация психологической, социальной и духовной поддержки семьи во время болезни пациента и в период тяжелой утраты/скорби после смерти больного;
- обучение членов семьи пациента навыкам ухода и облегчения страданий близкого человека;
- установление партнерских отношений между пациентом и другими специалистами, которые участвуют в оказании ПХП;
- обеспечение права больного на автономию и принятия осознанного решения.

Результаты изучения опыта организации оказания ПХП пациентам на дому в Германии, Польше, Словакии, Молдове, Венгрии, Российской Федерации и других странах свидетельствуют о значительном распространении этой формы оказания ПХП как наиболее доступной и экономически обоснованной, а также показали эффективность, как в медицинском, так и в социальном аспекте. [4, 5, 13–19].

Предоставление ПХП на дому имеет целый ряд преимуществ перед аналогичной помощью в условиях стационарных ЛПЗ:

- во-первых, помощь оказывается пациентам в привычной для них домашней обстановке;
- во-вторых, дома легче решить комплекс проблем медицинского, социального, психологического и духовного характера;
- в-третьих, это – более экономически эффективная система медико-социальной помощи, что имеет особое значение в условиях ограниченных ресурсов;
- в-четвертых, дома можно обеспечить взаимодействие и сотрудничество специалистов учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, что позволит оптимизировать соблюдение принципов и стандартов ПХП.

Эффективная ПХП пациентам с ЗН на дому, в том числе пожилым людям, требует организации и развития междисциплинарного и межсекторального сотрудничества с центрами ПМСД и амбулаториями семейной медицины, онкологической и гериатрической службой, интернатами для инвалидов и людей пожилого и старческого возраста, социальными учреждениями, которые обслуживают людей на дому, благотворительными и общественными организациями, как, например, Общество Красного Креста Украины, «Каритас Украины» и др., а также священнослужителями религиозных конфессий, по желанию пациента. Наш опыт сотрудничества с врачами ОП-СВ, которые оказывают ПХП пациентам на дому в г. Киеве, показал необходимость их поддержки и помощи со стороны выездных бригад ПХП, особенно в декомпенсированных и терминальных стадиях заболеваний пациентов с ЗН.

Основными задачами выездной бригады ПХП являются:

- оказание медицинской помощи на дому онкологическим больным с выраженным хроническим болевым синдромом в терминальной стадии заболевания, для купирования которого необходимы опиоидные анальгетики;
- паллиативное лечение и купирование тяжёлых симптомов нарушения функций жизнедеятельности, побочных действий лекарственных средств, осложнений сопутствующих заболеваний;
- обеспечение профессионального ухода;
- оказание психологической и социальной поддержки больным и членам их семей на дому (совместно с медицинским психологом, социальными работниками и волонтерами);
- обеспечение психологического и эмоционального комфорта на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному и членам его семьи с учетом физического и психического состояния пациента, духовных, религиозных и социальных потребностей больного и членов его семьи;
- организация мультидисциплинарного и межсекторального сотрудничества, координация и преемственность в работе выездной бригады с другими специалистами и подразделениями (хоспис или стационарное отделение паллиативной медицины, онкологическая, гериатрическая, наркологическая и другие службы, учреждения социальной защиты), волонтерами;
- инструктаж новых сотрудников выездной бригады, а также подготовка, обучение и контроль за соблюдением персоналом основных морально-этических норм и принципов ПХП;
- обучение членов семьи или лиц, которые ухаживают за пациентом, навыкам ухода, личной гигиены и общения.

Таким образом, анализ зарубежной и отечественной литературы, наш и международный опыт свидетельствуют о важности соблюдения врачами ОП-СВ ключевых аспектов оказания ПХП онкологическим больным, основанных на пациентоцентрических подходах. Они включают кроме медицинских аспектов (адекватное купирование хронического болевого синдрома и контроль других тяжёлых симптомов, вызывающих страдания больных ЗН), внимательное и заботливое отношение к мнению паллиативных пациентов, пожеланиям и интересам их близких, доброжелательное общение с больным и предоставление доступной и правдивой информации. Это требует координации ПХП, которую оказывают врачи ОП-СВ, с другими специалистами и профессионалами, учреждениями социальной защиты населения, местными общинами и общественными организациями, меценатами и волонтерами с учетом потребностей, пожеланий и предпочтений паллиативных пациентов и членов их семей. Всё это свидетельствует о том, что необходимо совершенствовать подготовку и организационные навыки врачей ОП-СВ.

Подготовка и повышение квалификации кадров по вопросам ПХП является одним из основных

условий успешного развития ПХП в Украине. В оказании ПХП населению должны принимать участие врачи многих специальностей, в частности: врачи ОП-СВ, участковые терапевты и участковые педиатры, онкологи, терапевты, психиатры, гериатры, психотерапевты и медицинские психологи, невропатологи, кардиологи, пульмонологи, гематологи, гастроэнтерологи, анестезиологи, педиатры, фтизиатры, инфекционисты и др., а также фельдшеры ФАПов и другие средние медицинские работники.

Новым этапом в после дипломной подготовке кадров по вопросам ПХП в Украине стало открытие в декабре 2009 г. на базе Института семейной медицины Национальной медицинской академии после дипломного образования имени П. Л. Шупика первой (и пока единственной) в стране кафедры паллиативной и хосписной медицины (ПХМ). По состоянию на 1 января 2015 г. на кафедре повысили квалификацию по вопросам ПХП 1207 слушателей, из них – 943 врачей различных специальностей и 264 средних медицинских работников. В 2013–2014 годах сотрудники кафедры в рамках 24 часовой программы провели занятия со 100 врачами-интернами, которые проходили обучение по специальности «Общая практика-семейная медицина»; в рамках 6 часовой программы – со 133 врачами, которые обучались на курсах специализации по семейной медицине; и в рамках 12 часовой программы – с 28 врачами, которые проходили курсы специализации по гематологии и трансфузиологии. В 2015 г. также предусмотрены занятия на кафедре ПХМ для интернов-терапевтов, а также занятия по ПХП для врачей других специальностей. Были проведены выездные курсы тематического усовершенствования по актуальным вопросам ПХП для врачей многих городов Украины.

Для оптимизации и создания системы подготовки кадров по вопросам ПХП считаем необходимым:

- внести вопросы оказания ПХП в программы специализации, предаттестационных циклов и тематического усовершенствования врачей многих специальностей;
- начать преподавание предмета, сквозных или отдельных курсов «Паллиативная и хосписная медицина» для студентов медицинских ВУЗов I-IV уровня аккредитации;
- обеспечить разработку и утверждение типовых учебных программ для студентов и медицинских работников, усовершенствование и разработку современного учебно-методического обеспечения;
- обеспечить профессиональную подготовку/повышение квалификации преподавателей медицинских ВУЗов по вопросам ПХП.

В январе 2015 г. ученый совет НМАПО имени П. Л. Шупика утвердил к изданию учебное пособие «Актуальные вопросы паллиативной и хосписной помощи в практике семейного врача», которое войдет в многотомную библиотечку семейного врача, которая создаётся по инициативе руководства

Институту семейной медицины.

Сегодня спецкурсы по паллиативной помощи/медицине включены в учебные планы подготовки студентов некоторых медицинских ВУЗов Украины I–IV уровня аккредитации. В 2013 г. сотрудники Ивано-Франковского Национального медицинского университета в сотрудничестве с кафедрой ПХМНМАПО имени П. Л. Шупика разработали «Типовую сквозную учебную программу по вопросам паллиативной и хосписной помощи» для додипломной подготовки студентов медицинских ВУЗов IV уровня аккредитации. В связи с этим кафедра ПХМ активно включилась в подготовку национального учебника «Паллиативная и хосписная медицина», издание которого запланировано на этот год.

Накопление специальных знаний и опыта в течение последних десятилетий в области оказания ПХП онкологическим больным и их близким сопровождается значительной общественной поддержкой хосписного движения, как во многих странах мира, так и в Украине. Для того, чтобы оптимизировать и добиться улучшения ПХП онкологическим больным на дому, необходимо преодолеть имеющиеся барьеры на всех уровнях системы здравоохранения, которые тормозят развитие системы ПХП в Украине. В частности:

- отсутствие четкой государственной политики по созданию и развитию системы ПХП, как онкологическим больным, так и особенно пожилым людям с тяжёлыми инкурабельными хроническими заболеваниями;

- недостаточная осведомленность и осознание масштаба проблемы руководителями всех уровней, что приводит к очень медленному созданию нормативно-правовой базы ПХП, вообще, и на дому, в частности;

- недостаточная интеграция и координация ПХП, которую оказывают различные службы здравоохранения и учреждения социальной защиты населения, общественные и благотворительные организации;

- предубеждённое отношение к необходимости оказания эффективной ПХП пожилым людям с ЗН в финальном периоде жизни, возрастная дискриминация в оказании медицинской помощи людям старческого возраста, вообще;

- острая нехватка ресурсов и финансирование ПХП по «остаточному принципу», что приводит к недостаточной обеспеченности стационарными паллиативными койками, слабому развитию выездной службы ПХП на дому;

- острая нехватка профессионально подготовленных кадров по причине отсутствия специализации «паллиативная медицина» для врачей и средних медицинских работников;

- отсутствие эффективных методов материальной и моральной мотивации работы медицинских работников по оказанию ПХП, в том числе и для врачей ОП-СВ.

Таким образом, увеличение потребности населения в ПХП в условиях роста численности

пациентов с ЗН определяет необходимость научного подхода и применения принципов общественного здравоохранения. Речь идет о комплексном анализе, мониторинге тенденций и эффективности мероприятий на различных уровнях системы здравоохранения и социальной защиты населения, формировании механизмов поддержки изменений отношения, поведения и практики у руководителей, специалистов и населения, создании системы профессиональной подготовки и повышения квалификации кадров, которые участвуют в оказании ПХП, информировании населения по вопросам ПХП. Развитие системы ПХП необходимо учитывать при планировании и финансировании работы служб здравоохранения на национальном, региональном и местном уровнях. Организаторы здравоохранения должны добиться, чтобы ПХП стала неотъемлемой частью общей системы медицинской помощи и социальной защиты населения.

ВЫВОДЫ

1. Главной целью современной системы ПХП является обеспечение соответствующего качества жизни и сохранение человеческого достоинства инкурабельных пациентов и членов их семей, максимальное облегчение их физических и моральных страданий. Современная ПХП – это нечто большее, чем просто контроль боли и купирование симптомов, это – целостный пациентоцентрический, мультидисциплинарный и межсекторальный подход к пациенту как к личности, исходя из тяжести и стадии заболевания, его индивидуальных потребностей, возрастных и психо-эмоциональных, религиозных и культурных особенностей.

2. Современная модель ПХП представляет собой высокоспециализированную и наукоемкую отрасль медицины и здравоохранения, что требует высокотехнологичного оборудования и современных эффективных лекарственных средств, и, безусловно, соответствующего финансового обеспечения и поддержки Правительства Украины и всего общества. Это ставит перед системой здравоохранения Украины в условиях реформирования отрасли новые научные, организационные и финансовые проблемы.

3. В Украине пока не создана эффективная и доступная система ПХП населению. Острая потребность населения в ПХП и недостаточная обеспеченность стационарными учреждениями ПХП, обуславливает значительное количество пациентов, в частности больных ЗН, которым необходимо обеспечить ПХП на дому, что требует участие медицинских работников учреждений ПМСП, и в частности врачей ОП-СВ.

4. Реализация этой неотложной в современных условиях медико-социальной задачи требует объединения усилий, координации и сотрудничества врачей ОП-СВ и специалистов, в частности, онкологов, гериатров, психиатров, медицинских психологов и других медицинских работников, учреждений социальной защиты, волонтеров, представителей частного сектора и т.д..

5. Важным условием эффективности работы врачей ОП-СВ по оказанию ПХП пациентам с ЗН на дому,

является специальная до- и после дипломная подготовка по ПХП студентов и врачей в медицинских ВУЗах I–IV уровня аккредитации.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. WPCA and WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life // Edited by Connor S. R., Bermedo M. C. S. – World Health Organization, 2014. – 111 p.
2. Европейская Ассоциация Паллиативной Помощи. Пражская хартия «Получение паллиативной помощи – право человека». – ЕАПП. – 2013. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>.
3. Wodarg W. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report. Doc. 11758. // Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. 4 November 2008. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11758.htm>.
4. ВОЗ. Паллиативная помощь. // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2005. – 32 с.
5. ВОЗ. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2005. – 40 с.
6. Комитет Министров Совета Европы. Рекомендации (Rec (2003) 24) Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода. – Совет Европы. – 2004. – 89 с.
7. ВОЗ. Рак. // Информационный бюллетень № 297. Февраль 2015 г. // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>.
8. Национальный канцер-реестр Украины. // Бюлетень Національного канцер-реєстру № 16 – «Рак в Україні, 2013-2014». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm.
9. Державний комітет статистики України // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
10. Центр медичної статистики МОЗ України // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
11. World Health Organization. Definition of Palliative. – Geneva: WHO, 2002. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
12. European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pavi.dk/Libraries/EAPC_white_paper/EAPC_White_Paper_2009_og_2010.sflb.ashx.
13. Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – № 1 (2). – С. 63–75.
14. Царенко А. В., Губський Ю. І. Організація міжвідомчої співпраці сімейних лікарів при наданні амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам похилого віку // Сімейна медицина. – 2013 (45). – № 1. – С. 14–17.
15. Царенко А. В., Губський Ю. І., Шекера О. Г., Толстих О. І. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги населенню / Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти. // Матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конфер. За ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К.: «Талком», 2013, с. 49 – 62.
16. Князевич В. М., Царенко А. В., Брацюнь О. П. Досвід функціонування системи паліативної та хоспісної допомоги у Баварії. // Зб. «Матеріали науково-практичної конференції «Медсестринство в паліативній допомозі. Сучасні концепції та підходи». 3 - 4 квітня 2014 р. – Черкаси. – 2014. – с. 9 – 18.
17. Князевич В., Царенко А., Брацюнь О. Palliative and hospice care on the right track in Ukraine // European Journal of Palliative Care. – 2013 (20). – N 4. – P. 202–205.
18. Введенская Е. С., Даютова М. В. Амбулаторно-поликлиническая помощь больным злокачественными новообразованиями в последний год жизни в системе оказания паллиативной медицинской помощи // Сибирский медицинский журнал, 2013, Том 28, № 2, с. 115–118
19. Эккерт Н. В., Игнатенко Е. А., Рудакова С. А. и др. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи // Экономика здравоохранения, 2009, № 7, с. 15 - 20.