

# **НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ XXI ВЕКА**



**№2, 2014**

## **УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:**

**Кыргызский государственный  
медицинский институт  
переподготовки и повышения  
квалификации**

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
д.м.н., профессор Чубаков Т.Ч.**

**ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:  
член-корр. НАН КР, д.м.н.,  
профессор Ашимов И.А.**

**ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:  
к.м.н. Чапыев М.Б.**

**Журнал зарегистрирован в  
Министерстве юстиции  
Кыргызской Республики**

**Лицензия на издательскую  
деятельность №1016**

**Кыргызская Республика, 720040,  
г.Бишкек, ул.Боконбаева 144а**

## **ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:**

**Бокчубаев Э.Т. - д.м.н.  
Джузенова Б.С. - д.м.н., профессор  
Каратаев М.М. - д.м.н., профессор  
Кожакматова Г.С. - д.м.н., профессор  
Ниязов Б.С. - д.м.н., профессор  
Намазбеков М.Н. - член-корр. НАН КР,  
д.м.н., профессор  
Фейгин Г.А. - д.м.н., профессор  
Токтомушев Ч.Т. - к.м.н., доцент**

## **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

**Сагинбаева Д.З. (Бишкек)  
Мамакеев М.М. (Бишкек)  
Мамытов М.М. (Бишкек)  
Мурзалиев А.М. (Бишкек)  
Кудаяров Д.К. (Бишкек)  
Сулайманов Ш. (Ош)**

***Решением Высшей Аттестационной Комиссии Кыргызской Республики (ВАК КР) научно-практический журнал «Медицинские кадры XXI века» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Кыргызской Республике, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.***



## КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В СТАЦИОНАРАХ ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдраимов Т.Д., Аралбаева А.Р.

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

***Аннотация:** В данной статье изложены данные социологического опроса о качестве медицинской помощи больных находившихся в стационарах Сокулукского и Ысык-Атинского районов и Чуйской областной объединенной больницы, дефекты оказания, основные причины нарушений качества медицинской помощи. Рассчитан интегральный коэффициент качества медицинской помощи для каждого из отделений стационаров путем перемножения четырех показателей — коэффициента качества, коэффициента медицинской результативности, коэффициента социальной удовлетворенности, экспертной оценки дефектов медицинской помощи. Проанализирована технология оказания медицинской помощи в отделениях стационаров терапевтического и хирургического профилей.*

***Ключевые слова:** качество медицинской помощи, удовлетворенность, дефекты оказания, стационарная помощь.*

**Введение.** Резкое сокращение бюджетного финансирования отрасли, особенно сильно проявившееся с начала 90-х годов прошлого века и упадок сельского хозяйства крайне негативно сказались на состоянии сельского здравоохранения, поскольку его обеспечение во многом зависело от поддержки со стороны сельскохозяйственных предприятий. Наиболее важным вопросом остается укомплектованность сельских учреждений здравоохранения специалистами. В связи с этим нагрузка на медицинских работников на селе значительно выше, чем в городе.

За последние годы были разработаны и внедрены в практическое здравоохранение самые разнообразные по подходам методические материалы, посвященные оценке качества оказания медицинской помощи. Оплата медицинских услуг производится не за достижение медицинского результата в форме вновь созданного здоровья, а за их количество в соответствии с нормативной технологией (О.П. Щепин и соавт., 2002; В.З. Кучеренко и соавт., 2003; М.М. Каратаев и соавт., 2003; М.М. Мамытов, М.М. Каратаев, 2004; М.М. Мамытов и соавт., 2004; М.М. Каратаев, Токтомаев Н.Т., 2004; Абдраимов Т.Д. и соавт., 2007).

В Кыргызстане по данным Национального статистического комитета (2012) в структуре населения страны 61,4 % составляют сельские жители. Перед системой здравоохранения страны со всей остротой

встали проблемы именно сельского здравоохранения, трудности переходного периода обнажили все острые углы сельских регионов: сложная демографическая ситуация, хроническое недофинансирование здравоохранения, удаленность от крупных городов и, как следствие, недоступность в получении специализированной медицинской помощи (она сосредоточена, в основном, в столице), рост цен на медицинские услуги в сочетании с социально-экономическими условиями (безработица, низкая заработная плата) – все это значительно ухудшило показатели здоровья сельского населения.

**Цель исследования.** Изучить состояния качества медицинской помощи в стационарных условиях жителям села Кыргызской Республики.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования явилось данные историй болезни больных, получивших стационарное лечение в территориальных больницах Сокулукского и Ысык-Атинского районов Чуйской области, областной объединенной больницы, результаты социологического опроса пациентов и медицинских работников, официальные данные учетно-отчетной документации. В работе использованы общепринятые методы исследования: статистический, социологический, экспертной оценки.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Формально, гарантированный

доступ к медицинским услугам обеспечивается Программой государственных гарантий, поэтапно введенной в стране с 2001 года

К сожалению, продолжающееся недофинансирование сектора здравоохранения, высокий уровень сооплаты, а также имеющие место неформальные платежи ограничивают доступ людей к медицинским услугам.

Основным звеном, влияющим на объемы медицинской помощи, являются не структуры первичной медико-санитарной помощи, а медицинские организации, в состав которых входят как центры семейной медицины, ФАПы, ГСВ. Семейные врачи, не обладая реальными функциями фондодержания, по-прежнему недостаточно заинтересованы в снижении нерациональных затрат на специализированные виды медицинской помощи. Однако, в медицинских учреждениях начата работа по учету стоимости и объемов медицинских услуг по структурам первичной медицинской помощи - важнейшая предпосылка для объективной оценки эффективности работы первичного звена и возможностей оптимизации затрат.

На основании анализа результатов экспертизы историй болезни и данных социологического опроса был рассчитан интегральный коэффициент качества медицинской помощи для каждого из отделений стационаров Сокулукского и Ысык-Атинского районов Чуйской области, который рассчитывается путем перемножения четырех показателей — коэффициента качества, коэффициента медицинской результативности, коэффициента социальной удовлетворенности, экспертной оценки дефектов медицинской помощи.

Для анализа показателей отделения стационаров сгруппированы по своему профилю в 2 группы - отделения терапевтического и хирургического профиля. Самое низкое значение интегрального коэффициента качества определяется в отделениях терапевтического профиля. Среднее его значение по отделениям терапевтического профиля - 0,45. Несколько выше уровень качества в отделениях хирургического профиля - средний коэффициент 0,58.

Коэффициент качества, а значит, степень соответствия лечения принятым стандартам и правильность выбора технологии меньше среднего значения в отделениях терапевтического профиля соматических лечебных учреждений для взрослой категории населения (терапевтическое отделение Сокулукской территориальной больницы), а также в отделении патологии беременности Чуйской объединенной областной больницы. В этих же отделениях ниже коэффициент медицинской результативности.

Среднее значение коэффициента экспертной оценки дефектов медицинской помощи ( $K = 0,65$ ) одинаковое как по отделениям терапевтического, так и хирургического профиля, однако, худшие показатели коэффициента выявлены в отделениях терапевтического профиля.

Коэффициенты экспертной оценки дефектов медицинской помощи, медицинской результативности и качества медицинской помощи в отделениях хирургического профиля, находясь на высоком уровне, колеблются в незначительных пределах от среднего значения. Это свидетельствует о примерно одинаковом уровне качества медицинской помощи в отделениях хирургического профиля.

Коэффициент социальной удовлетворенности колеблется в небольшом промежутке - от 0,78 до 0,95, что свидетельствует о примерно одинаковой степени удовлетворенности пациентов от проводимого лечения и отношения медицинского персонала. Самые низкие показатели социальной удовлетворенности были получены в терапевтических отделениях территориальных больниц обоих районов. Среднеарифметическая величина коэффициента качества - 0,75. Поэтому можно сделать вывод, что в целом 25% всех пациентов получают медицинскую помощь ненадлежащего качества. Средняя величина коэффициента медицинской результативности - 0,83, то есть 17% пациентов выписываются без достижения цели госпитализации. Средняя величина интегрального коэффициента качества - 0,5.

В отделения терапевтического профиля пациенты поступают в основном в плановом порядке - 65%, по направлению вра-

чей Центра семейной медицины - 75,4%, с ранее установленным диагнозом - в 53% случаев. Почти 60% всех пациентов госпитализируются с целью уточнения диагноза, достижения ремиссии или по социальным показаниям.

Данные экспертизы качества медицинской помощи в отделениях терапевтического профиля стационаров (в % от общего количества проанализированных историй болезни) показывают, что значительное количество пациентов недополучают медицинскую помощь: 17,1% - лабораторную диагностическую помощь, 21,1% - инструментальную диагностическую помощь; 17,3% пациентов получают недостаточное медикаментозное лечение. При недостаточном медикаментозном лечении экспертами отмечаются случаи полипрагмазии, назначения медикаментов по принципу «что-нибудь, да поможет» - 9,1%.

В отделениях недостаточное внимание уделяется консультациям врачей специалистов других ЛПУ, проведению дополнительных методов диагностики в областных лечебных учреждениях: от 12,8% до 18,1% всех пациентов терапевтических

отделений, 37,7% кардиологических, 49,1% неврологических пациентов Сокулукской ТБ, 17,3% гастроэнтерологических больных требовали такого обследования.

В отделениях получают лечение пациенты, которые, исходя из диагноза заболевания и тяжести течения процесса, должны были получать лечение в стационарах областного уровня - 8,2% всех пациентов (до 33,3% пациентов отделения патологии беременности).

Полученное лечение не соответствовало принятым стандартам в среднем в 27,7% всех случаев - от 20% в отделении Сокулукской территориальной больницы до 66% госпитализаций в неврологическое отделение областной больницы.

Технология оказания медицинской помощи была выбрана неправильно в 34,4% случаев, в том числе от 33,3% в терапевтическом отделении Ысык-Атинской территориальной больницы до 67,9% госпитализаций в Сокулукской территориальной больницы. Ниже приводятся результаты экспертной оценки качества медицинской помощи в стационарах республики (табл. 1).

Таблица 1 - Результаты экспертной оценки качества медицинских услуг в стационарах республики (в %)

Наименование областей	Характер дефектов			
	Дефектные случаи		Несоответствие клиническому протоколу ( за 2010 год)	
	2010	2011	в обследовании	в лечении
г. Бишкек	25,3	22,5	5,7	9,8
Чуйская область	29,2	30,9	6,6	7,0
Иссык-Кульская	28,7	24,3	3,5	7,2
Жалалабатская	36,4	49,3	13,4	16,2
Таласская	19,1	14,6	2,1	5,8
Ошская	50,7	45,4	5,5	11,9
Нарынская	19,9	14,2	2,6	4,3
Баткенская	41,7	40,8	6,4	12,7
По республике	27,8	29,2	5,7	9,1

Экспертная оценка дефектов медицинской помощи показала, что максимальное их количество в одной истории болезни обнаружено в стационаре противотуберкулезного диспансера - 11,5, в неврологическом отделении областной больницы - 11,4, в эндокринологическом отделении - 6,0, в терапевтических отделениях - 6,4 и

5,4, в гастроэнтерологическом отделении - 5,7 дефектов.

Вследствие выявленных дефектов госпитализация в отделения терапевтического профиля не достигла целей в 22,2% всех случаев.

Основными причинами нарушения качества медицинской помощи являются:

- недостаточная квалификация медицинских кадров в 11,3% случаев;
- недостаточная активность и добросовестность медицинских работников в 11,2% случаев;
- слабая преемственность между амбулаторным и стационарным этапами медицинской помощи и недостаточный контроль качества медицинской помощи -2,6%.

Социологический опрос показал, что от 50% до 86% пациентов в указанных отделениях терапевтического профиля удовлетворены оказанием медицинской помощи, 10% - 14% пациентов не удовлетворены отношением лечащего врача, 16% - 24% - отношением медицинской сестры, 28% - 49% пациентов терапевтических отделений голосуют за повышение культуры обслуживания, абсолютное большинство пациентов ждут улучшения санитарно-бытовых условий, питания и медикаментозного обеспечения. Результаты социологического опроса дали лучшие результаты в отделении, где нами было выявлено больше дефектов и недостатков, где хуже показатели качества, больше процент необоснованных госпитализаций. Поэтому при анализе качества медицинской помощи нельзя делать выводы только на основе социологических опросов.

Анализ качества медицинской помощи в отделениях хирургического профиля - урологическом, гинекологическом, травматологическом и хирургических отделениях дал следующие результаты.

В отделения хирургического профиля пациенты поступают в основном в экстренном порядке - 62,4%. Основное направившее учреждение – центры семейной медицины - 56,8% пациентов, в травматологическое отделение - скорая помощь - 29,5% и травматологический пункт - 61,9% пациентов. Впервые диагноз устанавливается в стационарных отделениях 71,4% пациентам, в травматологическом и хирургических отделениях - выше 90%.

В отличие от терапевтических отделений, в отделения хирургического профиля пациенты поступают в основном с целью оказания неотложной помощи -60,5% пациентов, для лечения до состояния выздоровления -30%.

Также как и в отделениях терапевти-

ческого профиля, значительное количество пациентов недополучили медицинскую помощь: 18,4% пациентов - лабораторную диагностическую помощь (в травматологическом отделении - 38,8%), 30,1% пациентов недополучили инструментальную диагностическую помощь; 19,8% получили недостаточное медикаментозное лечение, а в травматологическом отделении -51,1% пациентов. Одновременно медикаментозное лечение избыточно в 10,5% случаев в гинекологическом отделении. В 19,6% всех случаев не применялись необходимые «другие» методы лечения (физиотерапия, массаж, ЛФК и др.).

Нами выявлено, что 7,1% (по некоторым отделениям - 15,2% и 21,8%) пациентов хирургических отделений должны были быть переведены в другие лечебные учреждения, прежде всего областного уровня.

Во всех отделениях имеются случаи оказания медицинской помощи, не соответствующей принятым стандартам. Однако, таких случаев в отделениях хирургического профиля меньше, чем в терапевтических - 15,9% (21,6% в травматологическом, 21,8% в гинекологическом и 22,4% в хирургическом отделении Ысык-Атинской территориальной больницы).

При проведении экспертной оценки дефектов медицинской помощи в отделениях хирургического профиля выявлено гораздо меньше дефектов на 1 историю болезни, чем в отделениях терапевтического профиля - от 1,02 в урологическом до 3,56 в травматологическом отделении. Вследствие выявленных дефектов госпитализация в перечисленные отделения хирургического профиля не достигла целей в 9,0 % случаев (16,9% в гинекологическом отделении).

В ряде отделений не были отмечены основные причины, которые могли привести к выявленным нарушениям. Очевидно, эти причины не были связаны с работой медицинских работников или лечебных учреждений. Так, например, недостаток медикаментозного (51,1%) и других методов (68,3%) лечения в травматологическом отделении объяснялся как сложившаяся практика лечения пациентов данного про-

филя.

Однако, среди причин нарушения качества медицинской помощи в отделениях хирургического профиля были выделены следующие:

- недостаточная квалификация медицинских кадров - 2,6% ;

- недостаточная активность и добросовестность медицинских работников в 2,5% случаев (7,5% госпитализаций в урологическом отделении, в 7,3% в гинекологическом отделении).

В отделениях хирургического профиля уровень социальной удовлетворенности пациентов такой же, как в отделениях терапевтического профиля - 0,87. Однако, в гинекологическом отделении только 65%, а в травматологическом и хирургическом отделении Сокулукской территориальной больницы по 78% пациентов удовлетворены результатами оказания медицинской помощи, 12% пациентов урологического отделения не довольны отношением медицинских сестер. 11% - 12% пациентов урологического и хирургического отделения не удовлетворены отношением лечащего врача. 35% пациентов гинекологического предлагают повысить культуру обслуживания. Абсолютное большинство пациентов ждут улучшения санитарно-бытовых условий, питания и медикаментозного обеспечения.

При анализе качества медицинской помощи в хирургических отделениях обоих стационаров, а также в травматологическом отделении выявлено, что основные дефекты связаны с оказанием медицинской помощи пациентам, которые должны лечиться в специализированных отделениях областного центра, в преобладании консервативного лечения некоторой категории пациентов.

Применение корреляционного метода в анализе результатов экспертизы качества в стационарных отделениях медицинских учреждений позволило выявить ряд закономерностей, характеризующих некоторые причины дефектов медицинской помощи.

В тех отделениях, где выше доля пациентов, госпитализированных с ранее установленным диагнозом, ниже качество медицинской помощи (коэффициент кор-

реляции  $(r) = (-0,54)$ , средняя ошибка  $(m) = 0,17$ ).

При рассмотрении зависимости качества медицинской помощи (коэффициента качества) от направившего учреждения – центров семейной медицины или скорой медицинской помощи какой-либо определенной зависимости не выявляется. Однако, при значительной доле госпитализированных по направлению центров семейной медицины - более 80% в неврологическом отделении областной больницы, в отделении патологии беременности, качество медицинской помощи в этих отделениях значительно ниже, чем в других отделениях, где выше доля госпитализированных по направлению скорой помощи. Определяется обратная средней тесноты связь качества медицинской помощи и количества пациентов, госпитализированных с целью уточнения диагноза ( $r = 0,49$ ,  $m = 0,17$ ), а также количества пациентов, госпитализированных с целью достижения ремиссии ( $r = 0,62$ ,  $m = 0,14$ ).

Данные факты свидетельствуют о том, что нарушение качества медицинской помощи происходит чаще в отделениях, где больше хронических больных с ранее установленным диагнозом заболеваний, госпитализированных с целью достижения ремиссии. Выявленная зависимость подтверждает тот факт, что врачи центров семейной медицины, направляя в стационар хронического больного, не контролируют эффективность и качество стационарной медицинской помощи. Отсутствует преемственность в лечении пациентов между амбулаторным и стационарным этапами.

Изучение взаимосвязи качества медицинской помощи и количества необоснованных госпитализаций дало следующие результаты. Значительная доля необоснованно госпитализированных пациентов (свыше 17% всех госпитализаций) имеется в отделениях, где ниже коэффициент качества ( $r = 0,79$ ,  $m = 0,09$ ), больше случаев госпитализации, не достигших цели ( $r = 0,57$ ,  $m = 0,14$ ).

Исключение составляют отделения, в которых при низком коэффициенте качества отсутствуют необоснованно госпитализированные пациенты - отделение па-

тологии беременности, или их число незначительно - стационар противотуберкулезного диспансера. Нарушение медицинской технологии происходит чаще в отделениях, где высока доля койко-дней «амбулаторных» пациентов (р - 0,62, m - 0,14).

Увеличение доли необоснованных госпитализаций не связано с работой скорой помощи (р - 0,01, m - 0,22).

В отделениях, где значительна доля пациентов, госпитализированных с целью достижения ремиссии, отмечается значительное количество необоснованно госпитализированных пациентов (р - 0,78, m - 0,1). Отмечается прямая средней тесноты связь количества необоснованных госпитализаций с количеством случаев лечения с недостаточным объемом консультаций (р - 0,46, m - 0,17) и недостаточным объемом диагностических обследований (р - 0,55, m - 0,15) специалистами других медицинских учреждений.

Выявлено, что в некоторые отделения госпитализируются непрофильные больные или пациенты, которые по степени тяжести своего заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, должны были получать лечение в специализированных лечебных учреждениях, т.е. отделениях следующего этапа медицинской помощи. Такие пациенты часто не получают необходимых консультаций и обследований, поэтому в этих же отделениях ниже качество медицинской помощи (р - 0,79, m - 0,09 и р - 0,73, m - 0,1 соответственно) и ниже степень достижения цели госпитализации (р - 0,68, m - 0,12 и р - 0,80, t - 0,08 соответственно).

При анализе объема медицинской помощи, оказанной госпитализированным пациентам, можно сделать вывод о том, что значительно чаще пациенты недополучали необходимую помощь, чем получали ее в избытке.

С увеличением недоработки врачебного персонала отмечается более высокий процент госпитализаций с недостаточным объемом лабораторной и инструментальной диагностики (р - 0,57, m - 0,15 и р - 0,62, m - 0,13 соответственно).

Важно отметить, что необоснованная задержка пребывания в отделении мало зависит от недостаточности врачебного об-

следования (р - 0,15), не зависит от недостатка лабораторного обследования (р - 0,27), не зависит от качества медицинской помощи (р - 0,31). Это значит, что в отделениях стационаров сроки пребывания пациентов на койке регламентируются средними нормативами, что характерно для административного стиля управления лечебно-диагностическим процессом. Так, эксперт по травматологии отмечает необоснованное затягивание оперативных вмешательств при безуспешности консервативного лечения переломов трубчатых костей, одновременно резкое и необоснованное сокращение пребывания в отделении пациентов с переломами костей таза - 2 - 2,5 недели вместо положенных 1,5-2 месяцев.

На основании методики оценки качества медицинской помощи, принятой в области, нами обнаружены дефекты медицинской помощи в ведении пациентов в каждом из отделений стационаров.

Наиболее распространенными среди всех отделений изученных стационаров дефектами являются следующие:

дефекты диагностического этапа:

- не детализирован анамнез болезни - в 13,0% всех историй болезни;
- не детализированы данные осмотра - 13,9%;
- не детализированы физикальные данные - 13,1%;
- консультации необходимых врачей специалистов отсутствуют - 10,8%;
- необходимые лабораторные исследования проведены не в полном объеме - 18,8%;
- необходимые инструментальные исследования не проведены - 11,8%;
- необходимые инструментальные исследования проведены не в полном объеме - 14,8%.

дефекты диагноза:

- диагноз не обоснован данными осмотра в 7,8% случаев;
- инструментальными исследованиями - в 11,9% случаев.

дефекты лечения:

- лекарственное лечение проводилось не всеми необходимыми препаратами в 13,7% случаев;
- не проводилось необходимое лече-

ние с использованием других методов лечения (ЛФК, массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия и др.) в 11,1% случаев госпитализаций.

Основными причинами возникновения вышеперечисленных дефектов можно считать следующие:

- недостаточная добросовестность и/или активность медицинского работника, что подтверждается, в том числе, пренебрежительным отношением к ведению медицинской документации;

- отсутствие постоянного контроля качества медицинской помощи со стороны администрации лечебно-профилактической организации (внутренний контроль) и внешний контроль.

В результате экспертизы выявлено, что практически во всех отделениях стационаров имеются случаи нарушения медицинской технологии оказания помощи. Характерна тесная взаимосвязь частоты нарушения выполнения профессиональных стандартов оказания медицинской помощи и медицинской технологии ( $p - 0,75$ ,  $m - 0,1$ ).

Результативность госпитализации определяется качеством медицинской помощи ( $p - 0,87$ ,  $m - 0,05$ ). Нарушения технологии оказания медицинской помощи приводят к снижению результативности госпитализации ( $p - 0,74$ ,  $m - 0,1$ ).

Недостаточная активность и добросовестность медицинских работников, недостаточная их квалификация - основные причины нарушения медицинской технологии и соответственно нарушения качества оказания медицинской помощи. Эти причины были отмечены в 6,3% и 6,4% всех госпитализаций.

В отделениях, где выявлено значительное количество необоснованных госпитализаций, технология медицинской помощи чаще нарушается по причине недостаточной активности и добросовестности персонала ( $p - 0,7$ ,  $t - 0,12$ ).

**Выводы.** В результате анализа данных социологического опроса удовлетворенности пациентов медицинской помощью можно сделать вывод, что существует средняя теснота связь между результатами социологического опроса и коэффициентом

качества ( $p - 0,53$ ,  $m - 0,17$ ), коэффициентом медицинской результативности ( $p - 0,63$ ,  $m - 0,14$ ). Поэтому в оценке качества медицинской помощи и выработке рекомендаций для ее совершенствования нельзя ориентироваться только на социологический опрос пациентов, а использовать необходимо этот показатель как один из составляющих интегрального показателя.

2. В результате экспертизы качества стационарной медицинской помощи были выявлены следующие дефекты:

- ненадлежащее качество медицинской помощи в связи с нарушением технологии оказания медицинской помощи и стандартов качества, в том числе из-за неадекватного (недостаточного) назначения диагностических исследований, лечебных процедур, консультаций;

- госпитализации с нарушением уровня специализации стационара.

3. Основными причинами ненадлежащего качества медицинской помощи, приведшими непосредственно к возникновению дефектов медицинской помощи на стационарном этапе ведения пациента были следующие:

- недостаточная активность и добросовестность медицинских работников;

- недостаточная квалификация персонала;

- нарушение преемственности между этапами медицинской помощи;

- слабый контроль качества медицинской помощи.

Отсутствие преемственности со стационаром выявлено в 58% случаев лечения в ЦСМ.

Часть госпитализаций пациентов терапевтического профиля изначально не была показана - 30% случаев. В остальных 70% случаев госпитализация была обоснована, но в 58% случаев цель этапа была не достигнута, поэтому необходимость в госпитализации могла возникнуть в связи с дефектами медицинской помощи на амбулаторном этапе.

#### **Литература:**

1. Абдраимов Т.Д., Каратаев М.М., Ажибаев У.Х. Оценка качества населению Кыргызской Республики // Проблемы управления здравоохранением. - М.,

- 2007.- №5.- С. 36-39
1. Каратаев М.М., Кадыркулова Г.Д., Токтомаатов Н.Т. Роль экономических механизмов в оптимизации медицинской помощи // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению.- Алматы. – 2003. - № 2. – С. 47-53
  2. Каратаев М.М., Токтомаатов Н.Т. Пути оптимизации стационарной службы в Кыргызской Республике // Экономика здравоохранения.- М., 2004. - № 1.- С. 11-16
  3. Кучеренко В.З., и соавт. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса // Проблемы управления здравоохранением.- М., 2003.- № 1.- С. 13-17
  4. Мамытов М.М., Каратаев М.М. Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения Кыргызстана // Экономика здравоохранения.- М., 2004. - № 2.- С. 5-15
  5. Мамытов М.М., Яковлев Е.П., Токтомаатов Н.Т., Каратаев М.М. (под ред. Кучеренко В.З.) Разработка системы мониторинга, оценки и анализа результатов реформирования стационарной помощи // Методические рекомендации. – Бишкек. – 2004. – 31 с.
  6. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. – М., Медицина. – 2002. – С. 61-68.

## ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Абдраимов Т.Д.

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

**Резюме.** В данной статье отражены роль клинических протоколов и стандарта медицинской помощи в улучшении здоровья населения. В современных условиях совершенствование медицинской помощи направлено на разработку и утверждение стандартов, как основного ресурсосберегающего инструмента, обеспечивающего качество и безопасность медицинской помощи, способствующего повышению доступности и защите прав пациентов в сфере оказания медицинских услуг. Внедрение единых порядков и стандартов медицинской помощи позволит получать гражданам при одном и том же заболевании одинаковой степени тяжести равные объемы качественной медицинской помощи.

Медицинские стандарты дают возможность разработать и сформировать критерии оценки качества медицинской помощи по группам заболеваний или состояний, внедрить методики, позволяющие количественно определить уровень качества. В целом оценка качества медицинской помощи основана на сопоставлении фактически осуществленных мероприятий и достигнутых результатов с установленными в клинических протоколах «стандартов».

Внедрение стандартов медицинской помощи позволит избежать издержек в работе медицинских организаций и сыграть свою роль при создании системы управления качеством, что обеспечит: достижение запланированного исхода лечения, повышение уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг, рациональное использование всех видов ресурсов.

**Ключевые слова.** Стандарты медицинской помощи; медицинская, социальная и экономическая эффективность здравоохранения; качество медицинской помощи.

Улучшение здоровья населения и демографических показателей является национальной стратегической целью, решать которую в сфере здравоохранения планируется путем повышения доступности и качества медицинской помощи. Существующие финансово-экономические механизмы, организационно-правовые формы и структура

сети здравоохранения пока не обеспечивают необходимых уровней доступности и качества медицинской помощи, особенно для населения малых городов и сельской местности, снижают эффективность управления ресурсами и сдерживают структурные изменения в отрасли. Реализуемая в настоящее время широкомасштабная про-

грамма модернизации здравоохранения призвана решить ряд существующих проблем.

**Цель настоящей работы** – оценить роль медицинских стандартов и порядков оказания медицинской помощи в повышении медицинской, социальной и экономической эффективности здравоохранения.

В современных условиях совершенствование медицинской помощи направлено на разработку и утверждение стандартов, как основного ресурсосберегающего инструмента, обеспечивающего качество и безопасность медицинской помощи, способствующего повышению доступности и защите прав пациентов в сфере оказания медицинских услуг.

Несмотря на значительные финансовые вливания в здравоохранение медицинская, экономическая и социальная эффективность здравоохранения остается достаточно низкой. Программа модернизации здравоохранения, направленная на внедрение единых порядков и стандартов медицинской помощи, в первую очередь, в стационарных условиях, ставит задачу повышения эффективности отрасли.

В целом, эффективность здравоохранения выражается степенью влияния и воздействия его на сохранение и улучшение здоровья населения, повышение производительности труда, предотвращение расходов на здравоохранение и расходов по социальному страхованию и социальному обеспечению, экономии затрат в отраслях материального производства и непромышленной сферы, увеличение прироста национального дохода.

Традиционно, применительно к здравоохранению определяются три типа эффективности: медицинская, экономическая, социальная (Колосницына М. Г., Шейман М. М. 2009).

В отличие от других отраслей народного хозяйства, результаты тех или иных мероприятий здравоохранения, его служб и программ анализируются с позиций социальной, медицинской и экономической эффективности, среди которых приоритетными являются медицинская и социальная эффективность. Существует взаимосвязь и взаимообусловленность между всеми вида-

ми эффективности: без оценки результатов медицинской и социальной эффективности не может быть определена и экономическая эффективность.

Эффективность медицинской помощи во многом определяется выбором медицинских технологий и их соблюдением. Порядки и стандарты важны не сами по себе, а как основа единых требований к справедливому распределению ресурсов и качеству медицинской помощи. Важно, чтобы разработанные порядки и стандарты охватывали все основные группы заболеваний и патологических состояний.

Порядки (алгоритмы оказания медицинской помощи на разных этапах обращения пациента за помощью), утвержденные в клинических протоколах Министерством здравоохранения Кыргызской Республики и стандарты (усредненный для однородной группы больных набор возможных медицинских процедур и компонентов лечения при соответствующем заболевании с указанием процедуры, лекарственного препарата, частоты его предоставления в этой группе пациентов) создают основу для управления качеством медицинской помощи, так как содержат в себе критерии его оценки.

Внедрение единых порядков и стандартов медицинской помощи позволит получать гражданам при одном и том же заболевании одинаковой степени тяжести равные объемы качественной медицинской помощи.

В последние десятилетия в медицине значительно возрос объем предоставляемой информации. Все это диктует закономерный переход к выбору методов, технологий, лекарственных средств с доказанной эффективностью. При этом имеются в виду, как гуманистические аспекты этого направления, так и экономические, основанные на рациональном использовании ресурсов здравоохранения, направленных на сохранение здоровья. Методом внедрения научных исследований в практическое здравоохранение является создание стандартов медицинской помощи, применение которых позволяет врачу осуществлять выбор терапии не на основании мнений, а на основании доказательств, что должно зна-

чительно повысить медицинскую эффективность, отражающую степень достижения поставленных задач диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности.

При разработке и внедрении в практическую деятельность медицинских организаций стандартов нужно рассматривать и такие элементы, как медицинские кадры, ресурсное обеспечение, организационные формы оказания медицинской помощи, на совершенствование которых и нацелена программа модернизации здравоохранения: укрепление материально-технической базы, информатизация здравоохранения, повышение доступности медицинской помощи.

Показатели эффективности деятельности медицинских организаций служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в развитии общества (Семенов В. Ю., 2006; Каратаев М.М., Парханов А.К., 2011).

Оказание медицинской помощи по стандартизованным технологиям, ресурсное наполнение стандартов в конечном итоге должны повысить социальную эффективность медицинской помощи, повысить удовлетворенность общества системой оказания медицинской помощи, тем более, что медицинские стандарты могут сыграть определяющую роль в защите прав граждан при взаимодействии с системой охраны здоровья.

Расчет экономической эффективности связан с поиском наиболее экономичного использования имеющихся ресурсов. Этот показатель является необходимым составляющим звеном в оценке функционирования системы здравоохранения в целом, отдельных ее подразделений и структур, а также экономическим обоснованием мероприятий по охране здоровья населения.

Стандарты медицинской помощи могут эффективно использоваться в обосновании ресурсного и финансового обеспечения отдельных медицинских организаций и системы оказания медицинской помощи населению в целом. Это связано с тем, что технико-экономический компонент стандарта как раз и предназначен для анализа потребности в ресурсах и стоимости предоставления медицинских услуг. Более того,

достоинством любой методики, в основе которой лежит стандартизованная последовательность лечебно-диагностических мероприятий, является тесная связь экономических рекомендаций с клиническим содержанием процесса диагностики и лечения, обеспечиваемая за счет медико-технологической части стандарта.

Эффективность использования ресурсов в процессе оказания медицинской помощи – это гарантия использования ресурсов здравоохранения с максимальной задачей для оказания максимального числа услуг определенного качества (Каратаев М.М. и соавт., 2010). Медицинское вмешательство может быть более результативным, если должный научный уровень и практика его проведения обеспечивают наилучший результат медицинской помощи при наименьших затратах всех видов ресурсов, а эффективное их использование обеспечивает минимизацию издержек и максимизацию качественных услуг в процессе оказания медицинской помощи. Внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи позволяют все это реализовать.

Существует тесная связь стандартизации здравоохранения с системой управления качеством медицинской помощи. Целью системы управления качеством медицинской помощи является обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов, современных технологий, своевременного выявления нарушений в организации оказания медицинской помощи и принятия мер по их предупреждению (Артемьева Г.Б., Гехт И.А., Манухина Е.В., 2011).

Медицинские стандарты дают возможность разработать и сформировать критерии оценки качества медицинской помощи по группам заболеваний или состояний, внедрить методики, позволяющие количественно определить уровень качества. В целом оценка качества медицинской помощи основана на сопоставлении фактически осуществленных мероприятий и достигнутых результатов с установленными «стандартами» или «эталоном». Широко ис-

пользуемый в настоящее время метод экспертных оценок при всех его достоинствах является недостаточно объективным, поскольку мнение эксперта основано на личном опыте одного, пусть и высококвалифицированного специалиста. Качественно разработанные стандарты, основанные на объективных научных доказательствах, призваны обеспечить единые подходы к понятиям качества и эффективности медицинской помощи, стимулировать применение высокоэффективных и экономически целесообразных медицинских технологий. Использование медицинских стандартов и особенно стандарта результатов при экспертизе и оценке качества помощи позволяет сделать экспертное заключение более объективным и с высокой степенью эффективности проводить медицинский аудит. Поскольку стандарты медицинской помощи формируются с учетом принципов доказательной медицины, врач может использовать их как источник достоверной информации о целесообразности применения тех или иных медицинских технологий в конкретных клинических ситуациях. Поэтому стандарты медицинской помощи приобретают правовое значение и могут использоваться при разрешении конфликтных ситуаций, а также в разборе случаев с причинением ущерба жизни или здоровью пациентов (Лукьянцева Д.В., 2007; Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А., 2007; Колиева Г.Л., Воробьев П.А., Лукьянцева Д.В., 2010).

**Вывод:** внедрение стандартов медицинской помощи позволит избежать издержек в работе медицинских организаций и сыграть свою роль при создании системы управления качеством, что обеспечит:

- достижение запланированного исхода лечения;
- повышение уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг;
- рациональное использование всех видов ресурсов (медицинских кадров, мате-

риально-технической базы, финансовых средств, информационного обеспечения и др.).

Таким образом, внедрение медицинских стандартов может служить повышению и медицинской, и социальной, и экономической эффективности процесса оказания медицинской помощи.

#### Список литературы:

1. Артемьева Г.Б., Гехт И.А., Манухина Е.В. Комплексная оценка качества медицинской помощи в системе управления деятельностью медицинских организаций. Методические рекомендации. Рязань. 2011. 20с.
2. Каратаев М.М., Каримов Ж.М., Мамажанов У.А. Необходимость рыночных преобразований в здравоохранении// Журнал «Медицинские кадры XXI века», Бишкек. – 2010.- №4.- С. 22-27
3. Каратаев М.М., Парханов А.К. Некоторые вопросы финансирования лечебно-профилактических организаций в условиях ОМС// Журнал Наука и новые технологии, Бишкек.-2011. - №2.- С. 76-80
4. Колиева Г.Л., Воробьев П.А., Лукьянцева Д.В. Развитие процесса стандартизации в отечественном здравоохранении //Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2010. № 3-4. С. 3-7.
5. Колосницына М. Г., Шейман М. М. Экономика здравоохранения. М.: ГУ ВШЭ. 2009. 479 с.
6. Лукьянцева Д.В. Прошлое, настоящее и будущее медицинских стандартов //Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2007. № 8. С. 3-7.
7. Лукьянцева Д.В., Воробьев П.А. Стандартизация медицинских технологий: вчера, сегодня, завтра //Фармацевтическая служба. 2007. № 9. С. 50-52.
8. Семенов В. Ю. Экономика здравоохранения. М.: Медицинское информационное агентство. 2006. 472 с.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К ВРАЧАМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Жапаров К.А., Рысбаева А.Ж.

Медицинский факультет Ошского государственного университета.  
Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации

---

***Аннотация.** В данной статье проведен анализ обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические организации, в основном в центры семейной медицины г. Ош и Ошской области. Изучена структура обращаемости в зависимости от пола и возраста, приведены данные по частоте направлений к узким специалистам и на госпитализацию.*

---

**Актуальность исследования.** Социально-экономические преобразования начала 90-х годов прошлого века затронули все стороны жизни, определяющие здоровье населения. Радикальные меры экономических реформ сопровождаются неблагоприятными переменами в социальной сфере, приводящими к снижению уровня и качества жизни, постоянной психоэмоциональной напряженности, ухудшению показателей общественного здоровья, повышению уровня заболеваемости и смертности, изменению типа патологии, росту числа социальных и инфекционных заболеваний. В этих условиях стала очевидной необходимость решения задачи приближения квалифицированной медицинской помощи к населению, усиления преемственности и взаимосвязи социальной и медицинской помощи с одновременным поиском наиболее адекватной и экономически выгодной формы медицинского обслуживания (Касиев Н.К. и соавт., 1999; Каратаев М.М., 2000; Каратаев М.М., Айдаралиев А.А. 2001).

С другой стороны, недостаточность финансирования привела к накоплению проблем в здравоохранении и, в первую очередь, его в амбулаторно-поликлиническом звене.

Обращаемость за медицинской помощью относительно отражает уровень заболеваемости и, следовательно, может служить косвенным показателем состояния здоровья населения. Изучение этого явления в динамике позволяет осуществить анализ характера изменений состояния здо-

ровья наблюдаемых и внести коррекцию в организации медицинской помощи (Кучеренко В.З. и соавт., 2000; Каратаев М.М., Токтомаев Н.Т., Кадыркулова Г.Д., 2003).

**Цель исследования.** Провести анализ обращаемости населения в амбулаторно-поликлинические организации.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования явились данные о пациентах, обратившихся в центры семейной медицины г. Ош. Исследованием охвачен период с 2012 по 2014 годы.

В работе применены следующие методы исследования: аналитический, статистический и экспертной оценки.

**Результаты и обсуждение.** Нами проведен анализ обращаемости пациентов, находящихся под наблюдением семейных врачей при организации медицинской помощи по принципу общей врачебной (семейной) практики в г. Ош за 2011-2014 годы. Информация собрана из 400 амбулаторных карт и «медицинских паспортов семьи» жителей районов Ошской области.

Среди обследуемого контингента населения оказалось 41,3% мужчин и 58,7% женщин. Возрастная структура изучаемой группы пациентов приведена в таблице 1.

Установлено, что число обращений на одного пациента за медицинской помощью к семейным врачам за годы наблюдения имеет тенденцию к увеличению. Так, если в 2011 г зарегистрировано 1,15 обращений на каждого обследуемого жителя, в 2012 г этот показатель был равен 1,32, то в 2013 г – уже 1,96, а в 2014 г -2,1.

Наши расчетные данные показывают

ускорения темпа роста числа обращений каждого члена семьи к своему врачу (120,0 % в 2012; 145,4 % в 2013 и 171,9 % в 2014).

Таблица 1. - Возрастная структура изучаемой группы пациентов (в % к итогу)

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
До 20	2,0	1,1	1,3
20-29	25,8	13,7	18,4
30-39	21,4	19,1	20,1
40-49	11,8	12,8	12,6
50-59	9,6	14,1	12,4
60-69	20,7	24,1	22,7
70 и выше	8,7	15,1	12,5
Итого	100	100	100

Полученные результаты позволяют сделать вывод об увеличении числа обращений в 1,4 раза с внедрением в центрах семейной медицины новой организационной формы оказания первичной медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами), с повышением интереса населения к ней и возрастанием его медицинской активности. С другой стороны, определенную роль играет и активизация профилактической деятельности врачей общей практики (семейных врачей), желающих получить наиболее полную информацию о своих пациентах, что находится в

соответствии с результатами исследования. Нельзя исключить обусловленность выявленной тенденции ухудшением состояния здоровья членов наблюдаемых семей. Сравнение числа обращений членов семей разных возрастных групп дает основание утверждать, что реже всего за медицинской помощью к семейным врачам обращались лица молодого возраста (до 20 и 20-29 лет). С возрастом число обращений постоянно увеличивается, достигая максимума в возрасте 70 и более лет. Результаты исследования приведены в таблице 2.

Таблица 2. - Число обращений к семейным врачам (2012 - 2014) по возрастным группам (на 1 жителя)

Возраст	2012			2013			2014		
	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины	оба пола	мужчины	женщины	оба пола
20-29	1,13	0,72	0,94	1,13	1,04	1,09	2,0	1,8	1,9
30-39	0,8	1,03	0,93	1,04	2,2	1,77	2,4	3,8	3,4
40-49	0,78	0,91	0,86	0,78	2,39	1,78	2,7	4,5	3,7
50-59	0,27	0,92	0,72	1,27	1,56	1,47	3,3	5,3	4,8
60-69	2,3	1,53	1,8	3,5	3,69	3,62	3,3	4,6	3,9
70 и старше	0,5	4,96	2,68	2,9	6,64	3,55	10,5	5,0	8,1
Итого	1,1	1,36	1,26	1,74	2,51	2,21	3,1	4,4	3,8

При рассмотрении динамики обращений за 2011-2014 гг. по разным возрастным группам обнаружено, что этот показатель неуклонно растет при переходе от одной изучаемой возрастной группы к другой. Так, в возрастных группах 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 лет число обращений на одного члена семьи к семейным врачам в 2013 году было в два раза больше, чем в 2011 (1,77;

1,78; 1,47; 3,62 против 0,93; 0,86; 0,72; 1,80 соответственно). В 2014 году это тенденция сохранилась, но с еще более высокими показателями (2,4; 2,7; 2,8; 3,0). Лица старше 50 лет на протяжении всего периода наблюдения обращались к своим врачам чаще, чем пациенты моложе этого возраста. В 2002 году число обращений на 1 пациента составило соответственно 2,0 и 1,1, т.е. в

1,8 раза больше. В 2013 году указанные показатели оказались равными 3,2 и 2,0 с разницей более 1 раза. В 2014 - в 1,5 раза при кратности обращений соответственно 3,9 и 3,1. Мужчины разных возрастных групп на протяжении всех четырех лет реже, чем женщины, обращались к своим врачам (1,1; 1,4; 1,7; 2,7 против 1,4; 1,6; 2,1 и 3,5 среди женщин). Темпы роста обращений к ВОП /СВ у мужчин в 2013 году оказались ниже, чем у женщин (158,2% и 184,5% соответственно), а в 2014 – почти одинаковыми (178,1% и 175,3%).

Этот факт может быть косвенным подтверждением нашего предположения о

том, что женщины более активно откликаются на предложения врачей, т.е. проявляют более высокую медицинскую активность.

С целью выявления причин прогрессивной динамики обращений к семейному врачу изучена ее структура: оказалось, что среди обращений к врачам в 2011 году 36,4% составили таковые именно с профилактической целью (профилактические осмотры – 16,4%, диспансерное наблюдение – 20,0%), 63,6% обращений были в связи с заболеваниями. Сведения по изучению структуры причин обращений к семейным врачам представлены в таблице 3.

Таблица 3. - Структура посещений врачей общей практики (СВ) (в % к итогу)

Возраст	Проф. осмотр		Диспансерное наблюдение		Острые заболевания		Перв. хрон. заболевания		Известные ранее хрон. заболевания		Всего	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014
20-29	26,9	30,9	5,8	12,7	53,9	47,3	11,5	3,6	1,9	5,5	100,0	100,0
30-39	22,3	31,0	7,4	3,0	51,8	43,0	3,7	10,0	14,8	13,0	100,0	100,0
40-49	23,2	22,6	3,8	6,5	38,4	27,4	19,2	17,7	15,4	25,8	100,0	100,0
50-59	30,7	35,8	3,8	7,0	38,5	17,0	15,4	18,9	11,6	11,3	100,0	100,0
60-69	16,7	15,4	33,3	50,6	24,2	3,3	5,8	13,3	20,0	17,4	100,0	100,0
70 и более	13,2	12,6	32,9	41,7	13,1	7,8	1,3	4,8	39,5	33,1	100,0	100,0

Как видно из таблицы 3 по числу посещений с профилактической целью за 2011 г. на первом месте среди возрастных групп стоит возраст 50-59 лет. На втором месте возрастная группа 20-29 лет, на третьем - 40-49 лет.

При этом кратность посещений с профилактической целью возросла с 0,5 на одного жителя в 2011 году до 1,13 в 2013 и 1,83 в 2014, из них только для динамического наблюдения с 0,25 до 0,66 и 1,21 в 2014, что явно свидетельствует об активизации профилактической деятельности семейными врачами.

Анализ обращаемости по поводу заболеваний показал, что в 2011 году на первом месте находились обращения по поводу острых заболеваний. Второе ранговое место заняли обращения по поводу известных ранее хронических заболеваний. Доля этих обращений составила 20,7% от общего количества и 34,5% от числа обращений по поводу заболеваний. Обращения, связанные с впервые выявленными хроническими за-

болеваниями, оказались на третьем месте, составив соответственно 7,2% и 11,7%. Кратность посещений по поводу заболеваний в 2014 году составила 1,1.

В 2013 году структура обращений к семейным врачам по поводу заболеваний претерпела некоторое изменение. Больше всего обращений было в связи с обращениями с известными ранее хроническими заболеваниями (20,0% от общего числа обращений и 41,2% от числа обращений по поводу заболеваний).

В 2014 году, как и в 2011 году, наибольшую долю составляли обращения по поводу острых заболеваний (47,0% от числа обращений по поводу заболеваний); почти такую же (43,0%) – обращения в связи с обострениями известных ранее хронических заболеваний и существенно меньше (10,0%) зарегистрировано обращений по поводу впервые установленных хронических заболеваний. Кратность посещений пациентов по поводу заболеваний возросла до 3,5, т.е. более чем в 1,5 раза.

Обнаруженная тенденция возрастания доли впервые выявленной хронической патологии находится в соответствии с мнением ряда исследователей, считающих, что основными особенностями заболеваний в настоящее время являются не только увеличение числа скрытых форм, утяжеление течения, удлинение сроков лечения, но и быстрая хронизация острых заболеваний,

приводящая к накоплению хронической патологии. Косвенно это подтверждается увеличением доли обращений по поводу известной ранее хронической патологии в 2013 - 2014 годах (с 34,5% в 2011 г до 41,2% в 2013 и 43,0% в 2014 г).

Все вышеназванные изменения характера обращений отражены в рисунках 1 и 2.

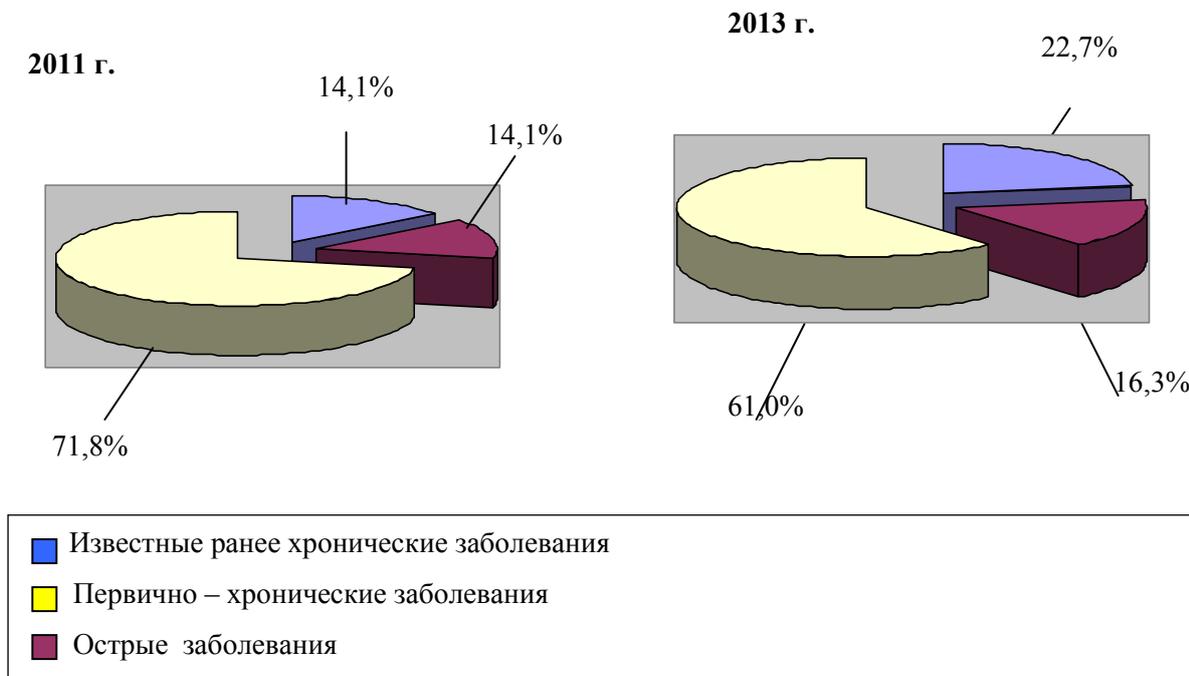


Рис. 1 Структура обращений по поводу заболеваний пациентов моложе 50 лет к семейным врачам 2011 и 2013 гг.

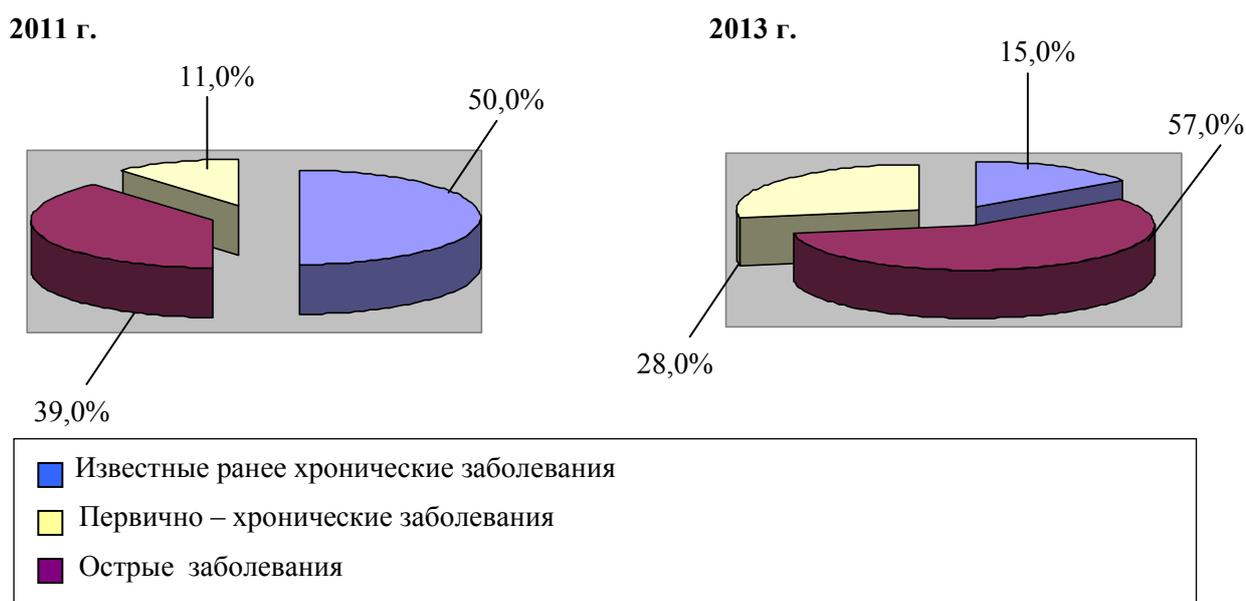


Рис. 2 Структура обращений по поводу заболеваний пациентов старше 50 лет к семейным врачам 2011 и 2013 гг.

Нами отмечено, что с возрастом изменяется соотношение поводов обращений к врачу в связи с заболеваниями. Так, если члены семей до 50-летнего возраста обращались преимущественно по поводу острых заболеваний (71,8% обращений в 2011 году и по 61,0% в 2013 и 2014 гг), то для больных старше этого возраста поводом для обращения к врачу были в основном обострения ранее выявленных хронических заболеваний (50,0%, 56,5% и 57,3%).

В 2011 году среди пациентов семейных врачей моложе 50 летнего возраста появилась тенденция к повышению доли обращений по поводу хронической патологии как вновь выявленной (16,3% против 14,1% в 2011 году), так и известной ранее (22,7% против 14,1%). В 2014 году значительно возросла доля обращений по поводу известных ранее хронических заболеваний, что еще раз подтверждает предположение о накоплении хронической патологии среди членов, наблюдаемых семей. Среди больных старшего возраста в 2013 году по сравнению с 2011 годом снизилась доля обратившихся к семейному врачу по поводу острых заболеваний с 39,5% до 15,5%, но существенно повысилась доля обращений по поводу первичных хронических заболеваний (с 10,5% до 28,0%). Удельный вес обращений по поводу известных ранее хронических заболеваний увеличился незначительно (50,0% и 56,5%).

Сравнение кратности посещений пациентов к семейным врачам показало, что этот показатель для случаев обращения по поводу острых заболеваний почти не изменился за период 2011 по 2013 гг. (0,64 и 0,6), а в 2014 году он вырос до 2,2, т.е. более чем в три раза, что возможно, связано с утяжелением течения болезней. Для случаев обращений в связи с первичными и известными ранее хроническими заболеваниями этот показатель также значительно повысился, составив соответственно 0,1 и 0,2; 0,3 и 0,6. В 2014 году первый из них остался на уровне предшествующего года (0,3), а второй стал выше в два раза (1,3). Существенное увеличение кратности посещений, особенно в 2014 году может отражать тенденцию повышения тяжести хронических

заболеваний, более длительного их течения и частого обострения.

Изменилась и частота направлений на консультацию к специалистам. Семейные врачи консультировали у специалистов 35,0 из 100 обратившихся к ним пациентов (21,9 из 100 больных моложе 50 лет и 37,8 из 100 старше этого возраста), что существенно ниже, чем по данным исследователей, сообщивших о направлении к специалистам 424,2 пациентов из 1000 жителей. Семейные врачи осуществляли 76,7 направлений к специалистам на 100 пациентов старше этого возраста. Обнаруженный факт может быть связан с несколькими причинами. Во-первых, семейные врачи более настроены, особенно в первое время, на выявление патологии и, боясь пропустить ее на ранних стадиях, советуются с узкими специалистами. Во-вторых, не исключено повышение доверия со стороны пациентов – членов наблюдаемых семей к своему врачу, которые предъявляют ему более широкий круг жалоб, с которыми они ранее не обращались к терапевтам или к узким специалистам (возможно, в связи с трудностью попадания к последним). Кроме того, нельзя игнорировать факт, что с углублением кризиса в стране происходит рост хронических патологий среди населения и их атипичное протекание.

В 2014 году в деятельности семейных врачей, частота направлений к узким специалистам снизилась до 63,0 на 100 обратившихся пациентов, главным образом, за счет лиц старшего возраста (94,0 на 100 обратившихся пациентов старше 50 лет). Обращает на себя внимание факт увеличения числа направлений к узким специалистам пациентов в возрасте до 50 лет (59,7 на 100 пациентов против 45,1 на 100 обследованных этой возрастной группы).

В 2013 году частота направлений пациентов врачами общей практики (семейными врачами) на госпитализацию осталась почти на прежнем уровне с 6,5 до 7,3 на 100 обратившихся за медицинской помощью. В 2014 году число направлений на госпитализацию снизилось до 4,1 на 100 обратившихся (4,5 среди мужчин и 3,2 среди женщин), что может быть связано с бо-

лее активным использованием дневных стационаров на дому для части нуждающихся в госпитализации.

Таким образом, анализ полученной информации выявил ежегодное увеличение числа обращений членов наблюдаемых семей к своим семейным врачам с устойчивой тенденцией нарастания их частоты с возрастом и с большей кратностью обращений среди женщин. В структуре обращений по поводу заболеваний выявлен рост удельного веса обращений в связи с хронической патологией как впервые выявленной, так и известной ранее. Обнаруженный факт резкого повышения удельного веса обращений по поводу хронических заболеваний (63,8% против 46,2% в 2011 и 53,0% в 2014) может быть связан с более активным выявлением хронической патологии при проведении углубленных профилактических осмотров наблюдаемых семей.

Установлено, что среди молодых пациентов наиболее частым поводом для обращения к семейным врачам были острые заболевания, а среди лиц старше 50 лет - обострения известных ранее хронических заболеваний.

С 2011 года наблюдается тенденция к повышению доли обращений пациентов молодого возраста по поводу хронических патологий, наиболее выраженная в 2014 году, что подтверждает предположение о ранней хронизации острой и накоплении хронической патологии среди всех возрастных групп населения.

Существенное увеличение кратности посещений (более чем в 2 раза) отражает тенденцию повышения тяжести течения острых и хронических заболеваний.

Снижение показателей госпитализации обусловлено, скорее всего, использованием таких форм оказания стационарной помощи, как стационар на дому и дневные стационары при центрах семейной медицины.

#### **Использованная литература:**

1. Каратаев М.М. Реформа системы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях (на примере Кыргызстана). Журнал Экономика здравоохранения, Москва.- 2000.- №2/3.- С.18-20
2. Каратаев М.М. , Айдаралиев А.А. Развитие первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской республике и проблемы эффективного менеджмента// Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, Алматы. -2001. - № 2. - С.12-15
3. . Каратаев М.М. Токтоматов Н.Т., Кадрыкулова Г.Д. Роль экономических механизмов в оптимизации медицинской помощи// Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, Алматы.- 2003. - № 2. – С.47-53
4. Касиев Н.К. и соавт. Изменение системы финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений. Журнал "Здравоохранение Кыргызстана", Бишкек.- 1999 .-№ 2.- С.-3-5
5. Кучеренко В.З., Вялков А.И., Денисов И.И и др. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях ОМС. Учебное пособие - М., ММА им. И.М. Сеченова, Федеральный фонд ОМС). - 2000. - С. 189.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ  
ОБРАЩАЕМОСТИ В ЦЕНТРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ****Жапаров К. А., Рысбаева А.Ж.****Медицинский факультет Ошского государственного университета.  
Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации**

***Аннотация.** В данной работе представлены данные по распространенности и структуре заболеваемости по данным обращаемости населения в центры семейной медицины. Проведен анализ заболеваемости по классам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) десятого пересмотра.*

**Актуальность исследования.** Наблюдающееся в последнее время усиление процесса специализации в здравоохранении привело к нерациональному использованию ресурсов, снижению доступности качественной медицинской помощи, ослаблению личной ответственности врачей за результаты лечения больных. Немаловажными факторами, требующими преобразования амбулаторно-поликлинической помощи, являются сужение сферы деятельности участкового врача, падение его авторитета, несоответствие многих возложенных на него функций правовым возможностям их реализации. По мнению авторов, уровень профессиональной подготовки участкового терапевта не позволяет ему в достаточной мере лечить больных при целом ряде распространенных заболеваний (Кучеренко В.З. и соавт., 2000; Кузнецова О.Ю., Фролова Е.В., 2001; Каратаев М.М. и соавт., 2006).

Для большинства стран ПМСП остается ориентиром при формулировании политики в области здравоохранения именно потому, что движение в поддержку ПМСП предлагает рациональные, научные и упреждающие решения проблемы по удовлетворения потребностей в сфере здравоохранения и медико-социальных ожиданий широких слоев населения (Зарипов С.З. и соавт., 2003; Каратаев М.М., Бокчубаев Э.Т., Абилов Б.А., 2004; Денисов И.Н. и соавт., 2005).

**Цель исследования.** Изучение распространенности и структуру заболеваемости по обращаемости населения.

**Материал и методы исследования.**

Изучение заболеваемости населения, находящегося под наблюдением участковых терапевтов и переданного врачам общей практики (семейным врачам), проводилось на основе информации по обращаемости, взятой из медицинской документации: амбулаторной карты и анкеты. Для сравнения и анализа динамики распространенности и структуры заболеваемости информация была собрана об одних и тех же пациентах за все 4 года наблюдения. Так как показатели уровня и структуры заболеваемости за 2011-2013 гг. мало отличались друг от друга, а существующие различия оказались недостоверны, то в последующем сравнение проводилось только по данным за 2011, 2013 и 2014 гг.

Установлено, что уровень заболеваемости по обращаемости за 2011 год составил  $79,6 \pm 2,3$  на 100 обследованных пациентов. В 2012 году он был равен  $75,2 \pm 2,2$ , 2013 -  $122,3 \pm 2,8$ ; в 2014 -  $182,4 \pm 3,1$  ( $p < 0,05$ ). Тенденция к росту уровня заболеваемости выражена как у мужчин ( $119,8 \pm 2,6$  в 2013 против  $85,3 \pm 2,4$  на 100 обследованных в 2011 г), так и женщин (соответственно  $124,0 \pm 2,8$  и  $75,9 \pm 2,2$ ).

Данные о распространенности заболеваний среди пациентов разного возраста представлены в таблице 1. Как видно из таблицы 1, наиболее высокий уровень заболеваемости как в 2011, так и в 2013 гг. характерен для лиц в возрасте 70 и более лет. В 2013 году уровень общей заболеваемости среди обследованных членов семей этого возраста повысился в 1,8 раза и, в основном, за счет резкого возрастания числа заболеваний среди мужчин – в 3,2 раза.

Таблица 1. - Уровень заболеваемости среди пациентов разного возраста, наблюдающихся у семейных врачей в 2011 и 2013 годы (на 100 обследованного населения)

Возраст	2011			2013		
	Мужчины	Женщины	Оба пола	Мужчины	Женщины	Оба пола
20-29	80,0	64,0	72,7	60,0	64,0	61,8
30-39	56,0	64,7	61,0	40,0	76,5	61,0
40-49	107,1	69,6	83,8	71,4	143,5	116,2
50-59	9,1	68,0	50,0	90,9	66,7	94,4
60-69	120,8	65,1	85,1	262,5	144,2	186,6
70 и более	80,0	157,9	131,0	260,0	236,8	244,8

Уровень заболеваемости у лиц в возрасте 50-59 лет увеличился с  $50,0 \pm 4,0$  до  $94,4 \pm 3,9$  на 100 обследованных также преимущественно за счет пациентов мужского пола (с  $9,0 \pm 0,4$  до  $90,9 \pm 5,0$ , т.е. в 10 раз). В 2,1 раза возросла заболеваемость у наблюдаемых членов семей в возрасте 60-69 лет (с  $85,1 \pm 4,3$  до  $186,6 \pm 2,7$ ) ( $p < 0,01$ ). Выявленная динамика нарастания уровня заболеваемости пациентов от одной возрастной группы старше 50 лет до другой сохранилась и в 2014, т.е. на следующий год ( $192,6 \pm 4,2$ ;  $169,6 \pm 3,7$  и  $355,5 \pm 6,7$  на 100 наблюдаемых членов семей соответственно 50-59; 60-69; 70 и более лет). Повышение уровня общей заболеваемости за годы наблюдения характерно не только для лиц старше 50 лет ( $88,7 \pm 4,0$  в 2011;  $175,3 \pm 5,4$  в 2013 и  $208,1 \pm 5,6$  в 2014,  $p < 0,05$ ), но и для членов семей в возрасте до 50 лет ( $72,5 \pm 4,3$ ;  $79,6 \pm 3,8$  ( $p < 0,05$ ) и  $165,3 \pm 5,1$ ,  $p < 0,05$ ). Причем, обращает на себя внимание факт, что темп роста заболеваемости среди более молодых пациентов в 2014 году оказался более высоким, чем среди лиц старше 50 лет ( $207,4\%$  против  $118,7\%$ ).

Выявленные данные свидетельствуют о повышении уровня заболеваемости у лиц не только старших возрастных групп, т.е. предпенсионного и пенсионного возраста, но и более молодых. В группе пожилых заболеваемость в наибольшей степени выросла среди мужчин, из чего можно заключить, что данный возраст для них является наиболее опасным с точки зрения возникновения или обострения имеющихся заболеваний. На высокие показатели заболеваемости мужчин указывают также некоторые исследователи, изучающие возрастные особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности (Кузнецова О.Ю., Фролова Е.В., 2001).

Анализ заболеваемости по классам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) десятого пересмотра показал, что в 2011 году на первом месте по распространенности находились болезни органов дыхания (X класс). Их уровень в 2011 году составил  $31,5 \pm 2,7$  на 100 наблюдаемых членов семей ( $32,8$  на 100 лиц мужского и  $26,2$  женского пола).

В 2013 году распространенность патологии данного класса оказалось несколько ниже, т.е.  $26,2 \pm 2,5$  на 100 тех же самых пациентов врачей общей практики (семейных врачей) ( $22,4$  среди мужчин и  $27,9$  среди женщин), но с недостоверной разницей ( $p > 0,05$ ). Удельный вес болезней органов дыхания в структуре общей заболеваемости по обращаемости за рассматриваемый период снизился с  $38,3\%$  до  $19,1\%$ , по которым их доля в структуре заболеваемости взрослого населения составляет  $20\%$ , подростков  $36\%$  и детей  $50\%$ .

Наибольшая распространенность болезней органов дыхания наблюдается среди пациентов моложе 50 лет, особенно в возрастных группах 20-29 лет ( $43,6 \pm 3,6$  на 100 обследованных пациентов в 2011 г.;  $34,5 \pm 5,3$  в 2013 г. и  $116,6 \pm 5,6$  в 2014 году) и в 30-39 лет ( $37,3 \pm 6,2$  и  $88,9 \pm 7,0$ ;  $p < 0,05$ ). Уровень заболеваемости болезнями органов дыхания представлен в таблице 2.

Обнаружено, что среди молодых мужчин болезни органов дыхания встречаются чаще, чем у женщин. Так, в возрастной группе 20-29 летних в 2011 году распространенность болезней этого класса у мужчин составила  $46,7 \pm 2,4$  на 100, а у женщин –  $32,0 \pm 1,5$ , в возрасте 30-39 лет соответственно  $44,0 \pm 2,7$  и  $32,3 \pm 1,9$ . ( $p < 0,05$ ). Интересно, что в 2013 и 2014 годах ситуация с распространенностью бо-

лезней этого класса среди мужчин и женщин изменилась. В группе 20-29 летних данный показатель у мужчин составил  $26,6 \pm 1,4$  на 100 обследованных, а у женщин  $40,0 \pm 1,9$ , 30-39 летних соответственно –  $20,0 \pm 1,2$  и  $47,0 \pm 2,1$ ; 40-49 летних  $-34,8 \pm 1,7$  и  $14,3 \pm 0,5$ . ( $p < 0,05$ ). Возможно, отме-

ченная тенденция связана с меньшей обращаемостью молодых мужчин за медицинской помощью при возникновении острых респираторных заболеваний, которые они стараются переносить «на ногах» из-за боязни потерять работу или постоянный заработок.

Таблица 2. - Уровень заболеваемости болезнями органов дыхания в разных возрастных группах (на 100 обследованных)

Годы	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70 и более	Все возрастные группы
2011	43,6	37,3	13,6	27,8	31,3	31,0	31,5
2013	34,5	37,3	27,0	16,7	22,4	20,7	26,2
2014	116,7	88,9	76,0	50,0	54,3	33,3	64,0

Распространенность заболеваний органов дыхания у членов семей моложе 50-летнего возраста в 2014 году оказалась в 2 раза выше, чем у пациентов старшего возраста ( $90,7 \pm 3,9$  против  $44,0 \pm 2,8$ ,  $p < 0,05$ ).

Среди болезней X класса на первом месте стоят острые заболевания верхних дыхательных путей. В 2011 году они составляли 81,1 % от общего числа зарегистрированных болезней органов дыхания, а в 2013 – 85,5%.

Острые заболевания верхних дыхательных путей преобладают у лиц моложе 50 лет, составляя 67,7% случаев от общего количества зарегистрированных болезней этого класса. Их распространенность среди пациентов данной возрастной категории в 2011 году составляла  $31,0 \pm 3,7$  на 100 обследованных, а среди лиц старше этого возраста  $17,9 \pm 3,2$  ( $p < 0,05$ ). В 2013 году эти показатели оказались равными соответственно  $28,4 \pm 2,6$  и  $15,0 \pm 3,0$ . ( $p < 0,05$ ).

Удельный вес хронических болезней легких среди лиц старше 50-летнего возраста составил в 2011 году 82,4%, в 2013 - 90,9% и в 2014 - 92,8%, что указывает на накопление хронической патологии заболеваний органов дыхания среди старших возрастных групп за рассматриваемый период времени.

В 2011 году по уровню распространенности на первое место вышли болезни системы кровообращения (IX класс). Если в 2011 году они составляли  $20,0 \pm 1,3$  случая на 100 обследованных ( $13,8$  на 100 наблюдаемых мужчин и  $24,0$  на 100 женщин), то в 2013 году этот уровень поднялся до  $55,0 \pm$

$2,7$  ( $p < 0,05$ ). У мужчин он превышал предыдущий уровень в 2,7 раз ( $37,9$ ), а у женщин в 2,9 раза ( $70,1$  на 100 обследованных). В 2014 году распространенность болезней системы кровообращения оказалась ниже уровня предыдущего года –  $36,8 \pm 1,5$ .

Удельный вес болезней этого класса увеличился с 25,1% в 2011 году до 46,1% в 2013 году. Выявленный нами в 2014 году показатель распространенности заболеваний системы кровообращения соответствует таковому для населения сельского района.

Изучение уровня распространенности сердечно-сосудистой патологии среди членов семей разных возрастных групп показало, что в 2011 году отмечается устойчивая тенденция к его росту с возрастом. Полученные данные представлены в таблице 3. На протяжении исследуемого периода времени наблюдается увеличение удельного веса заболеваний этого класса среди пациентов моложе 50 лет с 7,5% в 2011 г до 12,3% в 2013 году и 13,1 % в 2014 г, что подтверждает предположение о повышении доли заболеваний сердца и сосудов у лиц молодого возраста.

Среди патологии органов кровообращения на первом месте находится гипертоническая болезнь, которая составляет 51,2% от всех зарегистрированных случаев заболеваний этого класса. Второе место занимает ишемическая болезнь сердца - 27,0%, а третье место - сосудистые заболевания головного мозга - 19,4%. Гипертоническая болезнь встречается преимущественно у женщин (94,0% от всех зарегистри-

стрированных случаев), и в основном у женщин 60-70 летнего возраста (71,2%). Распространенность рассматриваемой патологии среди мужчин составляет  $4,3 \pm 1,8$  на 100 обследованных мужчин, а среди женщин –  $44,1 \pm 3,7$  ( $p < 0,05$ ). Ишемическая болезнь в равной мере характерна как

для мужчин, так и для женщин при уровне распространенности соответственно  $15,5 \pm 3,3$  и  $12,8 \pm 2,5$  на 100 обследованных ( $p < 0,05$ ). Большая доля этого заболевания зарегистрирована среди лиц старше 50 летнего возраста -82,9%.

Таблица 3. - Уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения в разных возрастных группах (на 100 обследованных)

годы	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70 и более	Все возрастные группы
2011	1,8	1,7	8,2	11,1	38,8	51,7	20,0
2013	5,4	11,8	37,8	47,2	97,0	172,4	55,02
2014	8,3	-	16,0	58,3	48,3	211,1	36,8

Сосудистые заболевания головного мозга чаще встречаются у женщин (74,2% от общего количества зарегистрированных случаев) с показателем распространенности соответственно  $12,8 \pm 2,4$  и  $6,7 \pm 2,3$ . Все зарегистрированные случаи этого заболевания относятся к пациентам старше 60 летнего возраста, обнаруживших максимальные показатели цереброваскулярных заболеваний в возрасте 60 лет.

Третье место по распространенности занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (XIII класс). Удельный вес болезней этого класса в общей структуре заболеваемости составил 13,2% в 2011 г, 12,2% - 2013 и 10,5% в 2014 году при распространенности в рассматриваемые годы соответственно  $10,5 \pm 1,7$ ;  $16,3 \pm 2,1$  и  $17,3 \pm 1,4$  на 100 обследованных, что свидетельствует о тенденции к росту уровня заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани среди наблюдаемых пациентов. Изучение уровня распространенности болезней этого класса в разных возрастных группах показало преобладание данной патологии у лиц старше 60 летнего возраста, среди которых зарегистрировано 69,0% от общего числа случаев. Однако в 2005 году распространенность заболеваний костно-мышечной системы среди пациентов моложе и старше 50 летнего возраста оказалась почти равной (54,2% и 45,8%) с некоторым преобладанием в первой возрастной группе. Из заболеваний этого класса наиболее распространенным оказался остеохондроз (54,3%), доля остеоартроза составила

43,5%, и ревматоидный артрит выявлен в 3,2% случаев.

В 2014 году на четвертом месте в структуре заболеваемости оказались болезни нервной системы, уровень которых возрос почти в 10 раз – от единичных случаев до  $11,2 \pm 1,1$  на 100 наблюдаемых членов семей. Удельный вес их составил 6,15%. Причем, заболевания этого класса преобладали у лиц моложе 50 летнего возраста (16,0 против 4,0). Это ещё раз наводит на мысль о том, что в условиях нарастающего социально-экономического кризиса данная возрастная категория пациентов больше подвержена развитию заболеваний и, в частности болезней нервной системы.

Болезни органов пищеварения (XI класс) имели почти одинаковую распространенность среди обследованных пациентов участковых терапевтов в 2011 году и врачей общей практики (семейных врачей) в 2013, которая составляла соответственно  $4,4 \pm 1,2$  и  $5,1 \pm 1,2$ . Из нозологических форм этого класса чаще всего были диагностированы язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (40,0%), хронический гастрит (40,7%), 19,3% составили прочие болезни желудочно-кишечного тракта.

Распространенность болезней уха и сосцевидного отростка (VIII класс) характеризовалась более высоким уровнем в 2011 году. Если среди пациентов участковых терапевтов в 2011 году выявлено  $3,4 \pm 0,3$  на 100 обследованных, то среди членов семей, находящихся под наблюдением семейных врачей –  $8,2 \pm 1,05$  ( $p < 0,05$ ). Чаще

всего болезни уха и сосцевидного отростка встречались у пациентов старше 60 лет, у которых зарегистрировано 66,7% от общего числа случаев. В 71,4% случаев лица данного возраста обращались по поводу тугоухости.

Болезни мочеполовой системы (XIV класс) зарегистрированы в  $4,4 \pm 0,9$  случаях на 100 обследованных в 2011 году и в  $6,4 \pm 1,1$  – в 2013 ( $p < 0,05$ ).

Уровень заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (XII класс) в 2013- 2014 годах имел тенденцию к повышению ( $4,7 \pm 1,1$  против  $2,0 \pm 0,7$  в 2011 г.,  $p > 0,05$ ), также, как и заболеваемость болезнями глаза и его придаточного аппарата (VII класс) -4,1 и 9,0 против 1,3 на 100 обследованных ( $p < 0,05$ ). Болезни глаза и его аппарата зарегистрированы преимущественно у лиц пожилого возраста (старше 60 лет) -66,7%. Наиболее распространенной патологией является катаракта, удельный вес которой составляет 50,0 % от общего числа заболеваний этого класса.

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ (IV класс) также имеют тенденцию к некоторому росту. В 2011 году они достигли уровня 0,6 случаев на 100 обследованных, а в 2013-1,3 на этот же контингент наблюдаемых. 80,0% случаев зарегистрировано среди женщин, в 50% установлен диагноз сахарного диабета, в 25,0%- тиреотоксикоза и в 25,0%- ожирения. Из зарегистрированных в 2013 году, 75,0% относятся к лицам 60-69 летнего возраста.

По поводу травм, отравлений и некоторых других последствий действия внешних причин (XIX класс) к участковым терапевтам в 2011 году обратились в  $2,7 \pm 0,8$  случаях из 100 наблюдаемых, а к врачам общей практики (семейным врачам) – в  $3,4 \pm 1,0$ . Естественно эти показатели, как и показатели болезней мочеполовой системы не отражают истинного уровня заболеваемости в связи с обращением пациентов в основном в специализированные службы.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о неуклонном росте с каждым годом уровня заболеваемости членов семей, находящихся под наблюдением семейных врачей. Тенденция к росту забо-

леваемости характерна как для женщин, так и для мужчин, но у последних она выражена в большей степени (в 3,5 раза при общем росте показателя в 1,9). Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечены у лиц в возрасте старше 50 лет. Возрастной аспект разницы в распространенности заболеваний особенно значителен при таких заболеваниях, как хронические болезни органов дыхания, системы кровообращения, нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, костно-мышечной системы и соединительной ткани. Прогрессивная динамика уровня заболеваемости за годы наблюдения оказалась характерной не только для старшей возрастной группы, но и для членов наблюдаемых семей в возрасте до 50 лет. Увеличение уровня распространенности и удельного веса хронических заболеваний органов дыхания, системы кровообращения, нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, костно-мышечной системы и соединительной ткани могут свидетельствовать о раннем проявлении хронической патологии лиц у моложе 50 лет и о ее накоплении во всех возрастных категориях обследованных пациентов врачей общей практики (семейных врачей). В структуре общей заболеваемости 3 первых места занимают болезни органов дыхания (X класс), болезни системы кровообращения (IX класс) и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (XIII класс).

#### Использованная литература:

1. Денисов И.Н. и соавт. Стандарты в системе дистанционного обучения Врачей общей практики (семейных врачей) // Российский семейный врач. - 2005. - №2. - С. 58-59.
2. Зарипов С.З. и соавт. Новые направления в подготовке и обучение семейных врачей // IX научно-практическая конференция ТИППМК с международным участием, посвященная 10-летию института «Перспективы развития института семейной медицины в РТ». - Душанбе. - 2003. - С. 53-54.
3. Каратаев М.М., Бокчубаев Э.Т., Абилов Б.А. Децентрализация в деятельности ЛПУ как важное звено управления качеством оказания медицинской помощи населению в Кыргызской Республике// Экономика здравоохранения, Москва. - 2004. - № 3. - С. 5-7
4. Каратаев М.М. и соавт. Анализ эффективности управления ресурсами здравоохранения в условиях реформирования отрасли// Экономика здравоохранения, Москва. - 2006. - № 3-4. - С. 60-65
5. Кузнецова О.Ю., Фролова Е.В. Особенности современной методологии обучения семейной медицины // Российский семейный врач. - 2001. - №3. - С. 17-19.

## РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ В РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА

Сыдыков А.С., Алимова З.М., Темирбердиев Ж.С., Сыдыкова А.А., Кочкоров М.К.

КРСУ.

*Ключевые слова:* Великая Октябрьская революция, Советская власть, гражданская война, народный Комиссариат здравоохранения, Специальный отряд, здравпункты, участковая помощь, специализированная помощь, первичная медико-санитарная помощь, эпидемия, декрет.

Не прекращавшиеся эпидемии холеры, сыпного тифа, детской инфекции, сифилиса, туберкулеза и других болезней ежегодно уносило тысячи жизней.

Непомерная нищета, безжалостная эксплуатация беднейших слоев населения приводили киргизский народ к постепенному вымиранию. Численность населения Киргизии с 1903 г. по 1913 г. сократилась на 7%.

Несмотря на абсолютную недостаточность, примитивность, это своеобразное здравоохранение, появившееся во второй половине XIX века и в начале XX века, имело свою прогрессивную сторону. Прогрессивной стороной этих исторических событий можно считать возникновение новых форм здравоохранения, возникновение и внедрение идей научной медицины, появление первых опубликованных работ в области медицины и здравоохранения, проведение противооспенных прививок и организация некоторых форм санитарно-просветительных работ.

Огромную роль в этом отношении сыграли врачи некоторых научных обществ, врачи, работавшие в военных лазаретах, в лечебных учреждениях переселенческого управления и уездов.

В некоторых случаях русские врачи были инициаторами и организаторами по развертыванию тех или иных учреждений здравоохранения. Так, по инициативе врачей В. Вышпольского, Б. Беспалец была произведена постройка барачков, правда совершенно примитивных, на современном курорте Жеты-Огуз для лечения военных и переселенческого населения.

В Военно-Медицинском журнале за 1883 г. в 11-12 номерах помещена статья врача И. Буниной «Записи о Джалал-

Абадских водах». Врач Бунина вместе с другими возбудила ходатайство об открытии на территории Джалал-Абадских горячих источников санаторно-климатической станции со стационаром для лечения военных и других чиновников. Светлую память среди киргизов оставили отец и брат прославленного полководца М.В. Фрунзе. Отец – Василий Михайлович – работал фельдшером в Пишпекке, затем в Токмаке, сдружился с коренным населением – киргизами.

Освобождение киргизскому народу принесла Великая Октябрьская социалистическая революция. К середине 1918 г. Советская власть установилась на всей территории современной Киргизии. После победы Великой Октябрьской социалистической революции на территории современной Киргизии возникли уездные Советы депутатов трудящихся и их исполнительные комитеты. С возникновением уездных Советов депутатов трудящихся и их исполнительных комитетов образовались комиссариаты народного здоровья т.е. отделы здравоохранения у исполкомов.

Уездные и областные отделы здравоохранения состояли из следующих подразделов: а) лечебного, б) санитарного и в) аптечного.

2 ноября 1918 г. было принято постановление областного санитарного Совета, а 16 ноября 1918 г. издан приказ № 115 заведующего отделом здравоохранения Семиреченской области. Согласно приказу все учреждения медико-санитарной службы переселенческой и военной лазареты переданы в распоряжение отдела здравоохранения Совдепов.

Охрана здоровья трудящихся Киргизии, организация противоэпидемических мер, а также основные неотложные меры,

направленные на организацию медицинской помощи населению города и села, выпали на долю Советов депутатов трудящихся.

Ряд декретов Советского правительства был посвящен конкретным мероприятиям по борьбе с эпидемиями в первую очередь с эпидемией сыпного тифа. Декретом Совнаркома РСФСР от 28 января 1919 г. на VIII съезде РКП(б), особым разделом записаны задачи партии большевиков в области здравоохранения. В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья РКП(б) полагает прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер с целью предупреждения развития заболеваний. В соответствии с этим РКП(б) ставит своей ближайшей задачей:

1. решительное проведение широких санитарных мероприятий в интересах трудящихся;
2. борьбу с социальными болезнями (туберкулезом, венеризмом, алкоголизмом и т.д.);
3. обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи.

В годы гражданской войны в Кыргызстане усилились эпидемии холеры и сыпного тифа. В уездах были созданы отделы здравоохранения, которые возглавили медицинские службы и принимали меры по борьбе с эпидемиями, налаживанию работы медицинских учреждений. К середине 1923 года основные очаги эпидемий были ликвидированы.

В 1924 г. Наркомздрав Туркестанской Республики направил в Кыргызстан 2 врачебно-обследовательских отрядов, которые работали на севере и юге Кыргызстана. Тогда же был создан областной отдел здравоохранения. В 1925 г. появились специализированные виды медицинской помощи. В Пишпеке был открыт роддом на 20 коек и детская консультация, в городских амбулаториях организованы зубоврачебные кабинеты. Были открыты венерологические учреждения в Пишпеке, Токмаке, Оше, Кочкоре.

В 1926 г. был создан Народный комиссариат здравоохранения Кыргызской

АССР. Уже в конце 1926 г., с расширением сети медицинских учреждений, отмечается улучшение медицинского обслуживания населения. Функционирует около 660 больничных коек. С 1926 г. вводится новая форма медицинского обслуживания сельского населения: врачебно-подвижные отряды, которые наряду с лечением населения занимаются изучением краевой патологии.

В 1927 г. Наркомздравом РСФСР в Кыргызстан был направлен специальный отряд по выявлению и лечению глазных болезней. В 1928 г. во Фрунзе открылся медицинский техникум. Дальнейшее развитие здравоохранения республики было определено планом развития на 1-ю пятилетку (1929-1932 гг.), согласно которому были построены больницы в Быстровке, Тамге, Кочкорке, Баткене, Узгене, Караколе, Тюпе. На промышленных предприятиях открывались врачебные и фельдшерские здравпункты. Особое внимание уделялось охране материнства и детства. Развитие получает также санаторно-курортное дело. Усиленная работа проводится по изучению и лечению социальных болезней. Определенную роль в этом сыграли врачебно-обследовательские отряды, прибывшие из центра страны. Большая работа была проведена по борьбе и ликвидации натуральной оспой.

С 1936 г. случаев заболевания оспы в Кыргызстане не наблюдалось. В 1936 г. республика имела 17 городских больниц с числом коек 1171. Проводилась работа по расширению сети противэпидемических учреждений, в 1940 г. в республике функционировали 5 областных, 3 городских, 2 районных и одна межрайонная санэпидемстанции. В 1938 г. во Фрунзе открыт Научно-Исследовательский Институт (НИИ) эпидемиологии и микробиологии. Усилилась борьба с туберкулезом. К концу 1940 г. работали 2 туберкулезных диспансера (Фрунзе, Пржевальск), 4 туберкулезных пункта (Ош, Жалал-Абад, Кызыл-Кия, Таш-Кемюр). Решались вопросы подготовки кадров: были открыты медицинские школы в городах Каракол, Ош, Жала-Абад, Токмок.

В 1939 г. во Фрунзе открыт Медицин-

ский институт – основное высшее учебное заведение, готовящее врачебные кадры в республике. Усиленно развивалась медицинская наука, в 1939 г. был учрежден журнал «Здравоохранение Киргизии».

В годы Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.) перед здравоохранением республики встали две задачи: обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в республике и помощи раненым, прибывшим с фронта. Открывались санэпидемстанции (59), разворачивались временные эпидемиологические койки (1300). Проводилась большая прививочная работа, особенно против брюшного тифа и дизентерии, санитарно-просветительская работа. В результате, возникшие вспышки отдельных инфекционных заболеваний не получили распространения. В Кыргызстане в годы войны было открыто несколько десятков госпиталей для лечения прибывших с фронта раненых, более 50% из них было возвращено в строй.

В последние годы здравоохранение республики получило значительное развитие. В 1947 г. начинается объединение поликлиник со стационаром, налаживается участковая помощь населению. В 1950 г. в республике функционировали 136 больниц (6880 коек), из них 98 больниц (2600 коек) в сельской местности.

К 1955 г. решены основные вопросы специализированной помощи населению: открылись противотуберкулезные, онкологические, психиатрические диспансеры во всех областных и районных центрах. В 1958 г. открыт НИИ туберкулеза. К 1965 г. окрепла база сельских лечебно-профилактических учреждений: функционировали 20 центральных и 11 номерных райбольниц, 145 сельских участковых больниц, 697 фельдшерско-акушерских пунктов, 211 колхозных роддомов. Большое внимание уделялось охране материнства и детства.

С 1958 г. в республике развивается грудная хирургия и впервые проводится операция на сердце. В эти годы создаются реанимационные центры, открываются НИИ онкологии радиологии, курортологии и физиотерапии, кардиологии. В последние годы в республике вошли в строй десятки

крупных учреждений: комплекс больниц в г. Кызыл-Кия, лечебные корпуса клиник НИИ акушерства и педиатрии, республиканской клинической больницы, больницы скорой медицинской помощи во Фрунзе, новый хирургический центр, областная больница в Оше. Прочно утвердилась этапность оказания медицинской помощи сельскому населению. Было уделено внимание увеличению числа фельдшерско-акушерских пунктов (к 1980 г. их число достигло 905), увеличилась мощность многих участковых больниц. Происходит разукрупнение терапевтических и педиатрических врачебных участков. В 1980 г. в республике работало 267 больничных учреждений на 3600 коек, в том числе 4479 коек для беременных и рожениц. Число аптек и аптечных учреждений достигло 296 (в сельской местности - 190). Число врачей всех специальностей равнялось 10400, среднего медицинского персонала – 32700.

1980-1990 гг. были периодом совершенствования системы первичной медико-санитарной помощи. Усилено внимание организации медицинской помощи отдельным контингентам: инвалидам и участникам Великой Отечественной войны, жителям сельской местности, в особенности, проживающим в районах отгонного животноводства, детям дошкольного, школьного и подросткового возраста и подросткам (15-18 лет), а также студентам.

Таким образом, несмотря на абсолютную недостаточность, примитивность, это своеобразное здравоохранение, появившееся во второй половине XIX века и в начале XX веков, имело свою прогрессивную сторону. Прогрессивной стороной этих исторических событий можно считать возникновение новых форм здравоохранения. Огромную роль в этом отношении сыграли врачи работавшие в военных лазаретах, в лечебных учреждениях переселенческого управления и уездов. Русские врачи были инициаторами и организаторами по развертыванию тех или иных учреждений здравоохранения. После установления Великой Октябрьской революции происходит интенсивное развитие всех отраслей здравоохранения. Развития здравоохранения Киргизии к концу 1935 г. возросло число ста-

ционарных учреждений в 7,7 раза, а количество коек в 10,3 раза, амбулаторно-поликлинических учреждений возросло в – 8,6 раза, а фельдшерских и фельдшеро-акушерских пунктов – в 6,3 раза. Число аптек увеличилось – в 4,5 раза.

Проявляя отеческую заботу, здоровье народа, Советское государство и местные органы Советской власти осуществляя руководство делом здравоохранения Киргизии прошло путь от маломощных и малочисленных медицинских учреждений до крупных многопрофильных и специализированных лечебно-профилактических учреждений.

В настоящее время имеем 8-национальных и научных центров (число коек - 2267), 3-научно-исследовательские институты (число коек - 813), 7-областные объединенные стационары (число коек - 9183), 3-детские больницы (число коек - 1005), 2-родильные дома (число коек - 235), 2-взрослые реабилитационные центры (число коек - 125), 4-детские реабилита-

онные центры (число коек - 265), 25-противотуберкулезные организации (число коек - 2500), 6-психиатрические организации (число коек - 1695), 6-инфекционные больницы (число коек - 1695), 27-центр общеврачебной практики (число коек - 1797), 65-центр семейной медицины, 709-группа семейных врачей, 1010-фельдшерско-акушерских пунктов.

В них трудятся 12961 врачей и 31928 среднемедицинских работников.

#### **Литература:**

1. Айдаралиев А.А. Развитие здравоохранения в Советской Киргизии. Издательство «Кыргызстан», Фрунзе, 1970, 192 стр.
2. Жумалиев Н. Основные этапы развития санитарно-эпидемиологической службы Кыргызской ССР. Издательство «Кыргызстан», Фрунзе, 1977, 244 стр.
3. Развитие здравоохранения Киргизии. Фрунзе, 1968, 160 стр.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ПРОБЛЕМАМ ЛЕГОЧНОГО ЗДОРОВЬЯ**

**Абдыжалиева А.С.**

**КНУ, институт управление и бизнеса  
МТ м-з. оз-в-1-12**

**Актуальность:** Специалисты сестринского дела являются ключевой фигурой в системе здравоохранения во всем мире. Оказание медико-санитарной помощи чрезвычайно трудоёмкий процесс, в котором специалисты сестринского дела играют всё более важную роль. Поэтому важно укрепление и развитие сестринского дела в структуре медико-санитарной помощи населению [1,3].

Для медицинского персонала на первичном уровне очень важным является четкое определение роли и функций врача и медсестры, преемственность в выполнении действий, эффективная работа в команде, так как слаженная работа врача и медсестры улучшает качество оказания помощи

пациенту. Медицинская сестра является важным звеном в ведении пациентов с респираторными заболеваниями на всех уровнях системы здравоохранения. Она может самостоятельно решить многие организационные вопросы, выполнить измерения, наладить контакт с больным, способствовать тесной связи между врачом, пациентом и членами его семьи, создать атмосферу взаимопонимания и доверия, обучить пациента основным навыкам по самоуходу, приему лекарственных препаратов и т.д. [2].

Медицинская сестра может проинформировать пациента о заболевании, проконтролировать, правильно ли больной понял назначения врача, уточнить время сле-

дующего визита. Необходимо ознакомиться с социальным статусом больного, анамнезом болезни и жизни пациента для лучшего взаимопонимания, контакта и дальнейших совместных действий в борьбе с болезнью[5].

За последние годы болезни органов дыхания, включая туберкулез, стали основной причиной общей заболеваемости населения Кыргызстана. Распространение курения среди населения, особенно среди молодежи, рост числа аллергических состояний и дефицит знаний профилактики легочных заболеваний среди населения также является причиной роста болезней бронхолегочной системы [4,6].

Поэтому, снижение заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания – одна из основных задач для медицинских работников.

Важная роль медицинской сестры заключается в обучении пациентов:

правильному приему лекарств, особенно технике пользования ингаляционных препаратов и навыкам самоконтроля состояния (технике пикфлоуметрии, применению плана лечения астмы)[7].

**Цель исследования:** повысить уровень знаний и практических навыков медсестер в оказании сестринского ухода и обучении пациента с заболеваниями бронхо-легочной системы в рамках реализации стратегии PAL ВОЗ.

**Материалы и методы:** Данное исследование проводилось в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИиПК), на факультете усовершенствования специалистов сестринского дела на кафедре «Сестринское дело в терапии».

В исследовании использовали данные о прохождении курсов обучения 98 медсестер из г. Бишкек, 67 медсестер из Чуйской области, 35 из Иссык –Кульской области, 6 из Нарынской области, 4 из Таласской области. 92 медсестер работают в отделениях терапии, в отделении пульмонологии – 75 и в других отделениях – 43.

**Результаты исследования:** Для повышения эффективности борьбы с бронхолегочным заболеваниями и туберкулезом

ВОЗ предложила стратегию PAL.

PAL (Practical Approach to Lung health – практический подход к легочному здоровью) – стратегия ВОЗ, направленная на интегрированное ведение пациентов с респираторными заболеваниями старше 5 лет на первичном уровне здравоохранения. Эта стратегия рекомендует интеграцию, стандартизацию и координацию на всех уровнях системы здравоохранения. Основной упор делается на интеграцию пульмонологической и противотуберкулезной службы, начиная с первичного звена здравоохранения.

В данной стратегии ключевым элементом является обучение специалистов первичного звена системы здравоохранения, включая фельдшеров ФАПов и семейных медсестер.

Разработана программа и учебный план в соответствии с рекомендациями PAL стратегии. Срок обучения – 5 дней (40 учебных часов).

Во время проведения обучения использовались современные интерактивные методы преподавания: иллюстрированные лекции, которые были самым распространенным методом преподавания, сочетающим наряду с устной информацией разнообразные методики обучения с применением аудиовизуальных средств; семинарское занятие, при их проведении применялись различные методы обучения (ситуационные задачи, ролевая игра и др.), которые способствуют лучшему усвоению материала и достижению поставленных задач; практические занятия, во время которых осуществлялось преподавание, основанное на демонстрации учащимися правильного способа выполнения действий в конкретной ситуации, связанной с целями занятия; видеофильмы - метод, основанный на демонстрации фильмов по определенной теме.

Каждая медицинская сестра была обеспечена необходимыми учебными материалами (руководство по ведению пациентов с заболеваниями органов дыхания, раздаточный материал к лекциям, комплект образовательных материалов для пациентов).

Проводилось тестирование теорети-

ческих знаний и практических навыков медсестер, перед началом обучения (предтест) и в конце учебы (посттест) проведено тестирование по специально разработанному опроснику, содержащему 34 вопроса в области ОРИ, пневмонии, бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких и туберкулеза.

В целом по сестринскому делу в области болезней органов дыхания, уровень знаний медицинских сестер стационаров до обучения по PAl стратегии составил  $70,5 \pm 1,9$ , после обучения теоретические знания по коэффициенту прироста улучшилось на 62 единиц (т.е. 62 вопросов), при этом темп прироста составил почти 30%. Положительная динамика коэффициента прироста знаний наблюдалась и при отдельно взятой патологии, особенно выраженного был прирост знаний по ОРИ, пневмонии и туберкулезу. Наименьший прирост знаний отмечался по бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легкого.

Таблица 1. - Уровень знаний медицинских сестер по данным тестирования

Оценка	Предварительное тестирование		Посттест	
	Абс.	%	Абс.	%
Неудовлетворительно	62	29	-	-
Удовлетворительно	103	49	83	39
Хорошо	43	20	77	36
Отлично	2	0,9	50	23

Как видно из таблицы результаты теоретических знаний и практических навыков медицинских сестер до обучения по шкале знаний делящей их по уровням показатели следующие. Среди всех опрошенных медицинских сестер 29,5 % получили неудовлетворительную оценку. Почти половина опрошенных получило удовлетворительную оценку и всего 0,9 % опрошенных показало оценку «отлично». После обучения ни одна медсестра не показала уровень знаний на оценку «неудовлетворительно», Резко вырос удельный вес опрошенных медсестер, получивших оценки «отлично» и «хорошо».

### Выводы:

Таким образом, обучение медицинских сестер стационарной службы системы здравоохранения по вопросам сестринского дела в пульмонологии на основе стратегии PAl ВОЗ было эффективным уровнем теоретических знаний и практических навыков по всем патологиям органов дыхания после обучения соответствовали высокому уровню. Обучение специалистов сестринского дела теоретических стационаров по стратегии PAl несомненно улучшило качество оказания медицинских услуг больным, страдающим заболеваниями легких и туберкулезом.

### Литературы:

1. Бахтина И.С. Научное обоснование внедрения инновационных технологий организации работы среднего медицинского персонала в многопрофильном стационаре: автореф. дисс.кан.мед.наук: 14.00.33. –Санкт-Петербург, 2009. – с.26.
2. Данилова К.А., Попова Н.М. Повышение качества сестринской медицинской помощи. Вестник Ассоциации медсестер России. – 2009. -№2. – с.13.
3. Двойников С.И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А. Теория сестринского дела. –Самара: ГП «Перспектива», 2002. – 160 с.
4. Руководство по ведению с болезнями органов дыхания на основе стратегии PAl ВОЗ [Текст] / [Н.Н. Биримкулов, Т.Ч. Чубаков, А.Ш. Алишеров, А.А. Асамбаев, Д.В. Винников, Р.Ш. Галиева, Н.Е. Давлеталиева, А.Д. Калиева, Т.М. Соронбаев, А.С. Султанова, р.А. Чолурова, А. Lardensuo, М. Erhola, G. Tsogt]. – Бишкек: Кыргызско-финская программа по легочному здоровью, 2005.160 с.
5. Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровней здравоохранения в Кыргызской Республике [Текст]/ [Н.Н. Биримкулов // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. Том X. – 2005.] 72 с.
6. Бримкулов, Н.Н. Об эффективности республиканских программ по болезням органов дыхания в Кыргызской Республике (2003-2010 гг.) [Текст] /Н.Н. Биримкулов, Т.Ч. Чубаков, Н.Е. Давлеталиева, Л.К. Мурзакаримова, А.С. Султанова, А.Д. Калиева, Р.А. Чолурова, Д.В. Винников, А.Т. Мурзаева, Р.О. Касымова // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. – 2011. Том XVII. С. 10-12
7. Руководство по ведению пациентов с заболеваниями органов дыхания: Для специалистов сестринского дела ГСВ/ЦСМ, на основе стратегии PAl ВОЗ. [Текст] / [Н.Н. Биримкулов , Т.Ч. Чубаков, А.Ш. Алишеров, М. Эрхола, А. Лахденюков, М.М. Абдураимова, Р. Чолурова.] 2007.-74 с.

## ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Чубаков Т.Ч., Ыбыкеева Э.О., Азимова А.А., Токтобаева М.Р.**

**Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации; Институт управления и бизнеса КНУ, гр. МТм-3.03-в-1-12**

Сегодня сестринское дело представляет собой важную составную часть системы здравоохранения, располагающую значительными кадровыми ресурсами. Сестринское обслуживание рассматривается как один из экономических способов предоставления услуг в области здравоохранения. Развитие системы сестринского обслуживания является частью общей тенденции к дальнейшему повышению экономической эффективности системы здравоохранения [1, 3].

Качество сестринского обслуживания является важнейшим аспектом качества медицинской помощи населению, характеризующим деятельность отрасли как системы по результатам анализа комплекса различных параметров, определяющих возможности организации с позиции ресурсного обеспечения, эффективности управления, функциональных свойств, оценки результатов деятельности [1, 2].

Постоянное развитие и совершенствование повышения квалификации средних медицинских работников положительно сказывается на состоянии лечебно-диагностического процесса в больнице [6].

Цель нашего сообщения – изучить состояние и перспективы повышения квалификации и переподготовки медицинских сестер стационаров и специализированных служб в Кыргызской Республике.

Нами было изучено состояние непрерывного профессионального развития (образования) медицинских сестер стационаров и специализированных служб системы здравоохранения КР за 5 лет в период 2009 – 2013 гг. (рис. 1).

За 5 лет наблюдения 18639 медицинских сестер прошли курсы повышения квалификации и 215 специалистов прошли курсы переподготовки (получение другой специальности в сестринском деле).

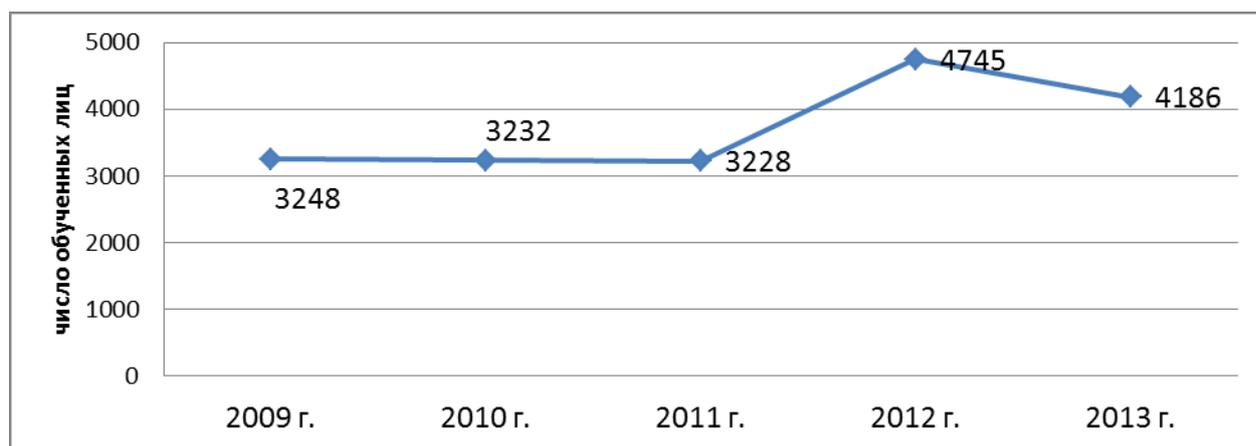


Рисунок 1. Динамика обученных медицинских сестер стационаров и специализированных служб за 2009-2013 гг.

Как видно из рисунка № 1 динамика количественного показателя обученных медицинских сестер имеет достоверную тенденцию к нарастанию. За последние 2 года отмечается значительное увеличение числа обученных специалистов сестринско-

го дела. Ежегодно проходят более 4,5 тыс. медицинских сестер различные курсы повышения квалификации по приоритетным направлениям практического здравоохранения и сестринского дела. Резкое увеличение числа медицинских сестер, охваченных

непрерывным обучением связано с внедрением новых механизмов и подходов к проблемам повышения мотивации работников системы здравоохранения, и получению новых знаний и практических навыков (накопительная система кредит-часов – за 3 года необходимо набрать не менее 150 часов), новое положение о регистрации и аттестации медицинских работников, повышение заработной платы и её увеличение за счет полученных соответствующих категорий специалистов. Кроме того, в рамках реализации Национальных программ реформирования здравоохранения по приоритетным направлениям (охраны материнства и детства, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез, ВИЧ-инфекция, общественное здравоохранение) разрабатываются новые клинические руководства, прото-

колы и внедряется современные международные рекомендации и стандарты по лечению и уходу и профилактика распространенных заболеваний. Указанные мероприятия создают необходимость разработки новых учебных программ, планов и организации широкомасштабных обучения практикующих специалистов сестринского дела.

При анализе удельного веса обученных специалистов сестринского дела в разрезе регионов Кыргызской Республики за указанный период было установлено, что естественно наибольшее число обученных было из г. Бишкек (27,0%), Ошской области и г. Оша (25,0%) и наименьшее число обученных было из Нарынской и Таласской областей (рис. 2).

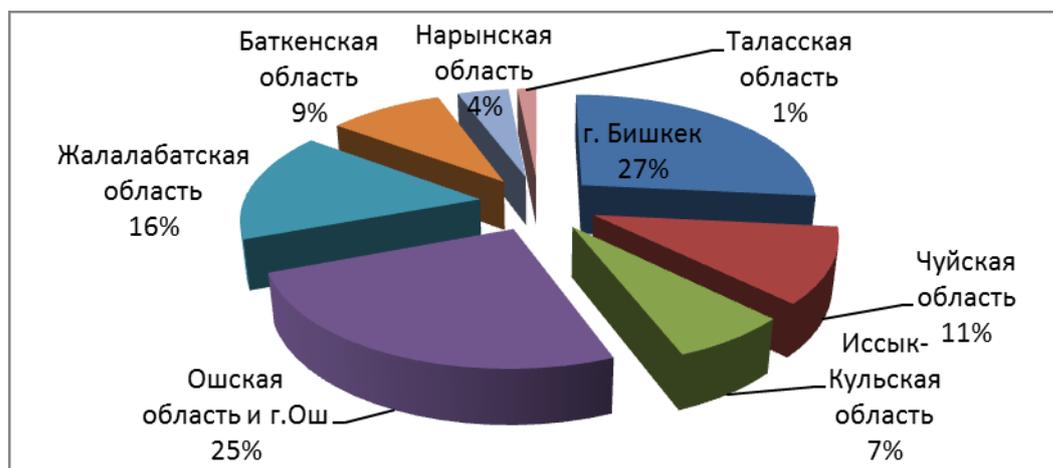


Рисунок 2. Удельный вес обучения специалистов сестринского дела по областям КР за 2009-2013 гг.

По предварительным данным около 15% практических специалистов сестринского дела своевременно не повышают свои профессиональные знания и навыки в течение 5 и более срока. Основными причинами несвоевременного прохождения курсов повышения квалификации являются пенсионный возраст, отсутствие финансовых средств в лечебно-профилактических организациях, необходимых для командировочных расходов, дефицит медицинских кадров – невозможность отправить единственного медицинского работника на учебу, незаинтересованность некоторых руководителей в прохождении обучения своих медицинских работников, отсутствие мотивации медицинских сестер к получению

новых знаний и практических навыков, семейные проблемы – наличие детей младшего возраста и другие социальные факторы. Несомненно, данное явление существенным образом влияет на качество оказания медицинских услуг населению.

По нашим данным, необходимость дальнейшего совершенствования системы непрерывного медицинского образования специалистов сестринского дела обусловлена следующими проблемами, с которыми сталкивается система здравоохранения в Кыргызской Республике:

– изменение структуры заболеваемости населения и увеличение частоты хронических неинфекционных заболеваний,

таких как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, рак и психические заболевания, оказывающие основную нагрузку на систему здравоохранения и на самих пациентов;

–инфекционные заболевания, такие как туберкулез, гепатит, респираторные заболевания, кишечные инфекции также остаются актуальной проблемой здравоохранения в КР;

–существенная нехватка врачей, медицинских сестер и других медицинских специалистов в сельских регионах и местностях при их значительном сосредоточении в столице и других крупных городах страны;

–заметное снижение качества образования медицинских специалистов и обеспеченность качеством медицинских услуг вследствие недостаточной подготовки и нехватки доступных ресурсов;

–слабая связь между образовательными организациями и лечебно-профилактическими учреждениями и как следствие разрозненность теории и практики медицинского образования;

–профессиональная компетентность специалистов сестринского дела и недостаточная возможность для медсестер активно влиять на результаты лечения и профилактики, ограничение самостоятельности в принятии решений в рамках своей компетентности;

–социальная и профессиональная незащищенность специалистов сестринского дела;

–ограниченная доступность к ресурсам информации специалистам сестринского дела и пациентам [4].

Все вышеперечисленные изменения требуют пересмотра нормативно-правовой базы в области сестринского образования.

В настоящее время разработаны Программа развития сестринского дела в КР на 2012-2016 гг. и проект «Стратегии развития последипломного и непрерывного медицинского образования на период 2014-2020 гг.» [5].

Согласно вышеуказанным документам, непрерывное медицинское образование должно предоставлять широкий выбор тематики курсов повышения квалификации

наряду с курсами по приоритетным направлениям; возможность выбора формата обучения (традиционные, дистанционные и смешанные курсы) и вида учебной деятельности (образовательных мероприятий), отвечающих потребностям медицинских специалистов. Важно предлагать краткосрочные курсы, вместо длительных циклов усовершенствования. Вершиной образования следует признать самообразование медицинского работника, что возлагает на него определенную ответственность за обучение, представляя ему самостоятельность в решении отдельных вопросов. В новой модели НМО необходимо расширить объемы самостоятельного обучения. Содержание обучения должно быть в соответствии с принципами доказательной медицины.

Необходимо усиление практической направленности медицинского образования путем интеграции образовательных и лечебно-профилактических организаций.

Ключевым в Программе и Стратегии является **новая модель непрерывного медицинского образования**, которая предусматривает:

–внедрение непрерывности обучения врачей и специалистов сестринского дела (в течение года, краткосрочными циклами или модулями, путем прохождения отдельных образовательных мероприятий);

–предоставление медицинским работникам возможности выбора образовательного мероприятия;

–расширение объемов самостоятельного обучения;

–применение в обучении дистанционных образовательных технологий и телемедицины;

–формирование образовательных программ с учетом наиболее актуальных проблем практического здравоохранения КР (приоритетные направления Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук», хронические неинфекционные заболевания);

–обязательный персонифицированный учет (накопление кредитов) и планирование накопления кредитов;

–обязательный контроль качества учебных программ и видов образователь-

ной деятельности;

–постепенное расширение участия профессиональных ассоциаций, как в организации НМО, так и в обучении медицинских работников;

–комплексное обучение медицинских работников, используя компетентностный подход (лидерство, коммуникативные навыки, навыки работы в команде: врач – медицинская сестра - пациент по ведению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями);

–усиление роли специалистов сестринского дела в предоставлении медицинских услуг;

–децентрализация НМО путем интеграции образовательных и лечебно-профилактических организаций.

Таким образом, перспектива развития сестринского образования направлена на повышение качества подготовки специалистов сестринского дела, решение кадровых проблем системы здравоохранения, улучшение медицинской помощи населению путем совершенствования нормативно-правовой базы медицинского образования, улучшение доступа к клинической практике, усиления медицинской практики, которая играет ключевую роль в координации и предоставлении долгосрочной медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, где медицинские сестры выступают полноправными партнерами при ведении пациентов. Решению вышеуказанных проблем здравоохранения также будут способствовать: децентрали-

ция последипломного медицинского образования и создание эффективной системы непрерывного медицинского образования, и широкое вовлечение профессиональных ассоциаций на всех этапах подготовки медицинских кадров.

#### Литература:

1. Бахтина И.С. Научное обоснование внедрения инновационных технологий организации работы среднего медицинского персонала в многопрофильном стационаре: автореф. дисс.кан.мед.наук: 14.00.33. –Санкт-Петербург, 2009. – с.26.
2. Данилова К.А., Попова Н.М. Повышение качества сестринской медицинской помощи. Вестник Ассоциации медсестер России. – 2009. -№2. – с.13.
3. Двойников С.И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А. Теория сестринского дела. –Самара: ГП «Перспектива», 2002. – 160 с.
4. Программа развития сестринского дела в Кыргызской Республике на 2012-2016 гг. –Бишкек, 2011.
5. Стратегия развития последипломного и непрерывного медицинского образования в Кыргызской Республике на период 2014-2020 годы (проект). Бишкек, 2014.
6. Ыбыкеева Э.О., Чубаков Т.Ч., Сыдыков А.С. Эффективность внедрения инновационных сестринских технологий в практическое здравоохранение. Научно-практический журнал «Медицина Кыргызстана», 2012. -№4. –с. 106-110.

## ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ (ЭЭГ) КАРТИНА БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Турдубаева Г.Т.

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

**Ключевые слова:** ЭЭГ, ишемический инсульт, сосудистые заболевания головного мозга.  
*EEG patients with vascular diseases*

**Актуальность:** В настоящее время у значительной части населения, особенно у людей среднего и старшего возраста, отмечаются проявления сосудистых заболеваний головного мозга. Необходимо учитывать, что в Кыргызской республике смертность от острых нарушения мозгового кровообращения составляет 2,92 на 1000 человек и является одной из самых высоких среди стран бывшего Советского союза.

При нарушениях мозгового кровообращения на электроэнцефалограмме наблюдаются и диффузные, и локальные изменения, выражающиеся в дезорганизации ритмов, их замедлением, снижением, а иногда и повышением амплитуды, появлением высокоамплитудных тета и дельта ритмов, острых волн, пиков, пароксизмальных разрядов, зон биоэлектрического молчания. Степень выраженности этих изменений зависит от скорости развития нарушения кровоснабжения головного мозга, его длительности и тяжести. /1-6/

**Материал и методы исследования:** Обследовано 33 больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Всем больным проводилось ЯМРТ головного мозга и шеи.

Для оценки функционального состояния головного мозга у обследованных применялся метод электроэнцефалографии (ЭЭГ). Запись ЭЭГ производилась по общепринятой схеме, монополярным, биполярным способом в состоянии покоя, при ритмической фотостимуляции по Ливанову и гипервентиляции в течении трех минут. Клинический анализ результатов исследования биопотенциалов мозга производился по трафарету описания графоэлементов ЭЭГ и по Е.А. Жирмунской (1984). В наших исследованиях запись велась на

компьютерном электроэнцефалографе МНД 3000А при скорости движения 30мм/с, при чувствительности 10мкВ/мм и 5 мкВ/мм.

Расположение электродов на голове осуществлялось согласно международной системе 10-20%. При регистрации ЭЭГ, у больных соблюдались строго фиксированные и одинаковые условия регистрации, были применены следующие функциональные нагрузки: открывание и закрывание глаз ОГ и ЗГ, РФ - ритмическая фотостимуляция, трехминутная гипервентиляция. Расшифровка ЭЭГ проводилась нами визуально, составление топографических карт по спектру мощности производилось с помощью компьютера.

**Полученные результаты:** На ЭЭГ межполушарная асимметрия была у 5 – х больных, признаки дисфункции подкорково-стволовых образований у 7-ми больных, эпилептиформные знаки и пароксизмы эпилептического характера у 3-х больных (с аномалией Арнольда – Киари, с аневризмой ВСА, и с хронической ишемией в бассейне терминальных ветвей СМА справа). Грубые общемозговые изменения диффузного характера были у 2 – их больных с геморрагическим инсультом, с формированием внутримозговой гематомы, у 15-х больных с ишемическим инсультом грубых патологических изменений на ЭЭГ не было кроме незначительного снижения уровня биоэлектрической активности головного мозга и дезорганизации биоритмики на низком амплитудном уровне. У 1-го больного с АВМ отмечалось усиление синхронизации нейрональной активности.

Больной Г.А.И.1937г.р., 12.10.09г. заболел остро, когда появились сильные головные боли, шум в ушах, тошнота, общая

слабость обратился в отделение неврологии №2. Диагноз: Гипертоническая болезнь ОНМК, ишемический инсульт. Окулист:

глазное дно : ДЗН бледнорозовые, артерии узкие, вены полнокровны.



ЭЭГ б-го Г.А.И.1937 г.р.

#### На ЭЭГ:

- доминирует монотонный альфа ритм частотой 8/с, вольтаж до 50мкВ,
- хорошо организованная ЭЭГ,
- лобно-затылочный градиент сохранен,
- на афферентные раздражители реакции быстро истощаются, следования навязанному ритму нет,
- признаков МПА нет,
- гипервентиляция картину не изменяет.
- Функциональное состояние коры головного мозга снижено, признаков межполушарной асимметрии нет

Интересна была картина ЭЭГ больного после операции с подострым ишемиче-

ским инсультом и с аневризмой СМА справа.

Больной П.А.1965 г.р., г. Бишкек, поступил с 18.12.08г. с жалобами на частые судорожные стягивания в левой руке до 7 раз в месяц без потери сознания, возникающие в вечернее время суток и после физического переутомления, головные боли, слабость в постприступный период.

Со слов больного, болеет с лета 2002 года, когда на фоне абсолютного здоровья закружилась голова, потерял сознание. С сентября месяца появились приступы с потерей сознания. В ноябре получал лечение в Воронцовке. Улучшение от лечения наблюдалось в течении 2 месяцев, принимал карбамазепин по 1 таб. 2 раза в день, на фоне которого наблюдались приступы частотой до 1 раза в день( приступы судоро-

рожные чаще в левых конечностях с потерей, а иногда и без потери сознания, сопровождающиеся произвольным актом мочеиспускания и прикусом языка, после приступа наблюдается кратковременный парез левых конечностей до 2-3 мин., а в дальнейшем отмечается слабость в левых конечностях.) После МРТ (01.02.03г.), где был обнаружен подострый ишемический инсульт в бассейне терминальных ветвей СМА (среднемозговой артерии) справа, был госпитализирован в нейрохиргию №1 для дообследования. При ангиографическом исследовании (05.02.03г.) бассейна правой ВСА (внутренней сонной артерии) была обнаружена аневризма СМА справа. 19.02.03г. - произведена операция по поводу аневризмы с каогуляцией и укреплением стенки аневризмы СМА гемостатической губкой. Послеоперационный период протекал удовлетворительно, отмечался левосторонний гемипарез больше в кисти (до 3.5б). Отмечались частые судорожные приступы без потери сознания с частотой около 18 раз в сутки, которые регресси-

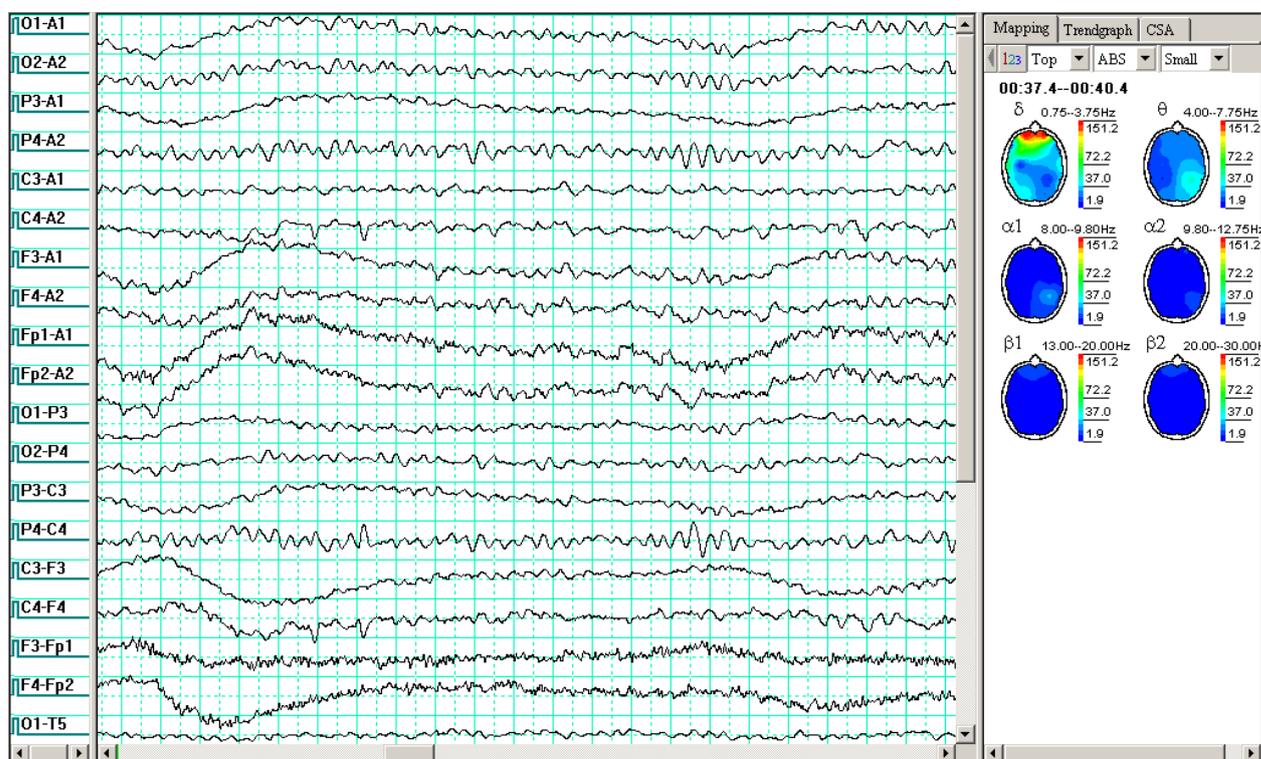
вали на фоне в/в инфузии нимотопа и противосудорожной терапии. В настоящее время беспокоят только парциальные эпилептики с сериями до нескольких раз за день, частота их в последнее время выросла, в связи с чем госпитализирован для коррекции лечения. А/Д= 120/80 мм. рт. ст.

#### Неврологический статус:

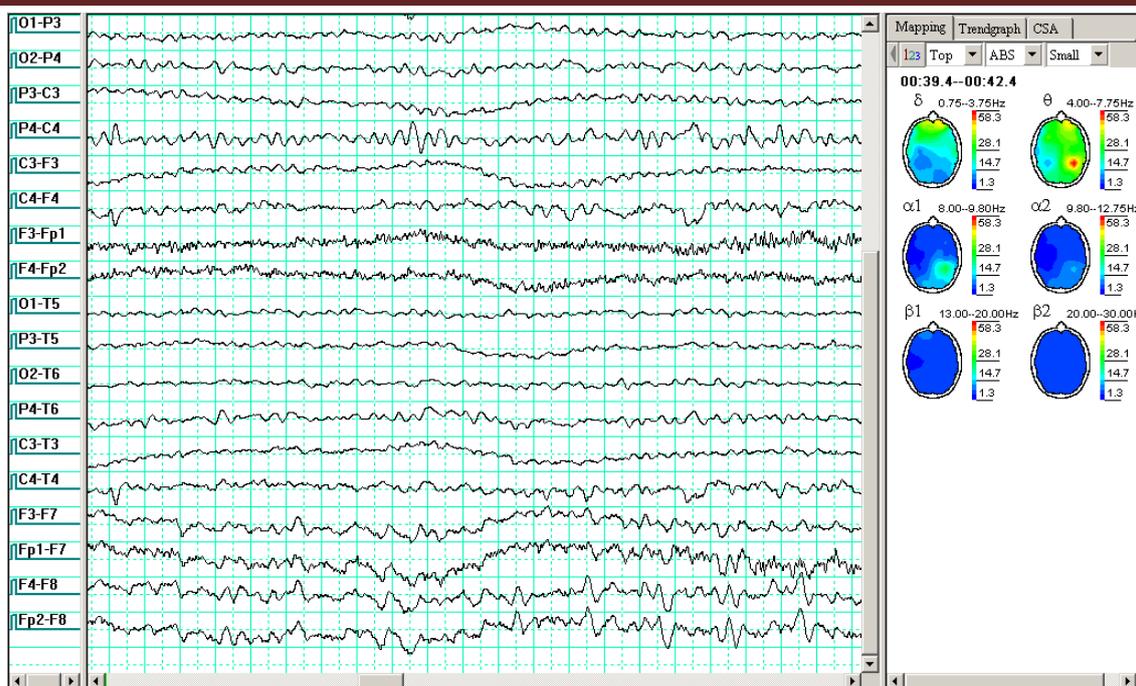
Неуверенная гемигипестезия поверхностной чувствительности по проводниковому типу слева, сухожильные рефлексы чуть выше слева. Локально: п/о рубец в правой лобно – височной области.

МРТ – (10.10.04г.) картина хронической ишемии в бассейне терминальных ветвей СМА справа.

**Предварительный диагноз:** состояние после операции КПТЧ справа с каогуляцией и укреплением стенки аневризмы бифуркации СМА гемостатической губкой. Эписиндром. Частые полиморфные: моторные Джексоновские слева и генерализованные эпилептики.



ЭЭГ больного П.А. 1965 г.р.



ЭЭГ и топограмма (АЗМ) больного П.А. 1965г.р.

**На ЭЭГ:**

- наличие межполушарной асимметрии на ЭЭГ: по правым теменно-задние лобным областям регистрация медленной активности тета диапазона частотой 6-5 сек, общая биоритмика замедлена
- общий вольтаж фоновой активности 46 мкВ, патологической активности до 100мкВ
- альфа ритм граничит частотой с тета ритмом, 7.5 -8/с
- зональные различия сглажены,
- нарушен лобно-затылочный градиент,
- ослаблены реакции по правому полушарию,
- спонтанно высоковольтные вспышки в ритме тета и дельта волн, генерализующиеся по всем областям, с амплитудным правосторонним акцентом,
- гипервентиляция подчеркивает регистрацию вышеописанных вспышек
- по Жирмунской Е.А пятый тип
- *Заключение:* в коре преобладают процессы торможения (может быть связано с приемом противосудорожных средств), локальная регистрация патологической медленной активности по правым теменно-задние - лобным областям, признаки выраженной дисфункции подкорковых образований, знаки могут иметь эпи - значимость

**Выводы:** Таким образом, у больных

с ишемическим инсультом изменения на ЭЭГ без оперативного вмешательства носили легкий, негрубый характер: в виде дезорганизации, дизритмии, снижении вольтаж и реактивности коры головного мозга. При сочетании с хирургическим вмешательством (по поводу аневризмы сосудов) появлялись локальные изменения в виде регистрации патологической медленной активности и эпилептиформных знаков на ЭЭГ.

**Литература:**

1. Егорова И.С. Электроэнцефалография.- М.: Медицина, 1973, 296с.
2. Зенков Л.Р. В кн.: Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. М. Медицина. 2002,368 с.
3. Гриндель О.М. ЭЭГ при черепно-мозговой травме. В.кн.: Клиническая электроэнцефалография. М. Медицина,1973, с. 213-259.
4. Жирмунская Е.А., Колтовер А.Н. Атлас по электроэнцефалографии и морфологии мозгового инсульта. М. Медицина, 1967.
5. Жирмунская Е.А., Майорчик В.Е., Иваницкий А.М. и др. Терминологический справочник (словарь терминов, используемых в электроэнцефалографии). Физиол. Человека, 1978,т.4,с. 936-954.
6. Зенков Л.Р., Ронкин М.А.Функциональная диагностика нервных болезней. 2-е издание. М. Медицина.1991,с.7-146.

## ДАННЫЕ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ШКОЛЬНИКОВ г. ХОРОГ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.

Ходжамуродов А.К.

Научно-Клинический институт Стоматологии и Челюстно-лицевой хирургии Академии медицинских наук Республики Таджикистан. Душанбе, РТ.

Изучение эпидемиологии заболеваний проводится для уточнения распространенности и интенсивности заболеваний, в данном случае стоматологических, а также для планирования мер и программ профилактики стоматологических заболеваний в конкретном регионе.

По мнению [4] планирование профилактики состоит из трех этапов. Первым этапом является эпидемиологическое обследование населения для выяснения уровня его здоровья и подготовки решения о проведении профилактики. Цель этого этапа — оценить распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний в регионе в различных возрастных группах для планирования сил и средств, необходимых для профилактики. На основании данных эпидемиологического исследования готовят решение о проведении профилактики стоматологических заболеваний в регионе.

Второй этап планирования — принятие решения о проведении профилактики в регионе, составление плана мероприятия, назначение координационного совета и лиц, ответственных за конкретные разделы работы, изыскание средств на ее проведение.

Третьим этапом планирования являются составление и утверждение региональной программы профилактики в стоматологии. В дальнейшем работу следует проводить в соответствии с программой и вносимыми в нее коррективы. Программы профилактики стоматологических заболеваний - являются важными документами по данному виду деятельности. Представляют собой самостоятельный документ либо входят в состав комплексной интегрированной профилактической программы. Программа профилактики может быть региональной, т.е. мероприятия, отраженные в ней, могут охватывать республику, об-

ласть (край), город, район (региональные программы). В зависимости от широты охвата населения, величины региона изменяются содержание и цели программы. К участию в них и к их исполнению привлекаются все службы, организации и ведомства, без участия которых она не может быть реализована.

В Таджикистане широкомасштабных эпидемиологических исследований, с охватом всех регионов республики, и по новым стандартам ВОЗ, не проводилось. По данным К. П. Пашаева [5] распространенность стоматологических заболеваний у детей 7-8 лет в Таджикистане составила 80,2%. Анализ материалов клинико - эпидемиологических исследований стоматологического статуса у школьников [7] свидетельствовал о том, что распространенность и интенсивность кариеса у 12-летних достигает — 85,6% и 3,8 соответственно. По имеющимся данным уровень показателей пораженности кариесом жителей Таджикистана имеет тенденцию к увеличению по сравнению с данными 1985 г. Прирост интенсивности кариеса зубов в 1994г. у 6-летних детей составил 0,13, у 12-летних - 0,47, у 15-летних - 1,21 и в возрастных группах 16-19 лет и 35-44 года -соответственно 0,59 и 0,27. Выявлено также, что распространенность кариеса зубов среди школьников долиной местности Республики Таджикистан колеблется от 72,4 до 96,9% при максимальном колебании частоты заболеваемости в 7-9 (от 86,7±3 до 89,6%) и 15-17-летнем (от 81,3±37 до 84,3%) возрасте. В зонах высокогорного проживания распространенность кариеса, как временных, так и постоянных зубов была наиболее высокая (57,17 и 61,7% соответственно), в среднем составляя 89,9±0,6% [7].

В 2004г. Проведено эпидемиологическое обследование подростков и юношей из различных регионов Таджикистана [7]. Как

свидетельствуют полученные результаты, распространенность кариеса зубов среди студентов из высокогорья в возрасте 16-19 лет была выше (на 4,3%) по сравнению с аналогичной возрастной группой из среднегорья и на 6,1%, выше чем среди жителей низкогорья республики. Кроме того, аналогичный показатель для возрастной группы 20-24 лет составил соответственно 4,6% и 6,4%. Установлено, что на всех обследованных из низкогорья индекс КПУз составляет  $4,3 \pm 0,3$ . У студентов из средне- и высокогорья усредненное значение данного индекса оказалось достоверно выше (соответственно  $4,7 \pm 0,4$  и  $6,5 \pm 0,7$ ), что в целом согласуется опубликованными результатами эпидемиологических исследований. Характерно, что с увеличением высоты местности интенсивность поражения кариесом зубов у подростков нарастает со значением 3,7 в условиях низкогорья и до 4,1 и 6,1 — соответственно в средне- и высокогорной местности республики Таджикистан. Это наглядно видно при сравнении соответствующей показателей КПУз у лиц юношеского возраста (20-24 лет) - (4,9), (5,3) и (6,8).

В исследованиях, проведенных А. Ахатовым в 2004г. [2] по изучению эпидемиологии стоматологических заболеваний получены следующие результаты. Комплексный анализ эпидемиологической ситуации по стоматологической заболеваемости свидетельствовал о высокой распространенности и интенсивности кариеса зубов у детского населения высокогорья республики (соответственно  $89,90 \pm 0,60\%$  и  $2,56 \pm 0,24$ ) по сравнению с аналогичными данными у детей средне- (соответственно  $84,30 \pm 2,31\%$  и  $2,21 \pm 0,12$ ) и низкогорья (соответственно  $81,73 \pm 3,56\%$  и  $2,06 \pm 0,10$ ) Таджикистана. При сопоставлении частоты стоматологической заболеваемости среди взрослого населения низко-, средне- и высокогорья в одинаковых возрастных группах отчетливо выступало влияние высоты местности проживания. Разница в распространенности и интенсивности кариеса зубов у жителей долинной местности и высокогорья республики в среднем соответствовала 3,65% и 5,27.

Анализ эпидемиологического материала свидетельствуют о том, что в условиях низко-, средне- и высокогорья Республики Таджикистана легкая степень пародонтита зарегистрирована соответственно у 49,8%, 50,0% и 26,7%) лиц, страдающих данной патологией. В то же время у них пародонтита средней и тяжелой степени оказались в более неравном соотношении (соответственно 39,6%, 32,8%, 32,6% и 10,7%, 17,2%, 40,8%).

Изучение распространенности зубочелюстных аномалий у детей и подростков Республики Таджикистан, проведенное Икромовой Г.Д. [3] показало, что она колебалась в пределах от 33.1% до 54.4%. Автором отмечен низкий уровень ортодонтической службы в республике ввиду нехватки специалистов ортодонтического профиля.

Учитывая вышеперечисленные проблемы, в настоящее время назрела необходимость совершенствования стоматологической помощи детскому населению [1, 6]. Необходима смена приоритетов, которые должны быть направлены, в основном, на предупреждение стоматологических заболеваний, что требует разработки и широкого внедрения региональных программ профилактики, концентрации кадровых и материально-технических ресурсов, что приведет к снижению стоматологической заболеваемости и улучшению стоматологического здоровья детей. Данный факт подтверждается опытом индустриально развитых стран Западной Европы, Российской Федерации, где профилактические мероприятия успешно внедряются в течение многих лет, а также результатами внедрения комплексных программ профилактики среди детского населения в отдельных регионах.

**Целью** нашего исследования было: Проведение эпидемиологического исследования детей школьного возраста в г. Хорог Горно-Бадахшанской автономной области с целью определить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний, для разработки, в дальнейшем, региональной программы профилактики основных стоматологических заболеваний.

**Материалы и методы исследования**

**ния.** Нами, с целью изучения основных показателей стоматологической заболеваемости населения было осуществлено эпидемиологическое исследование гнездо-выборочной статистической совокупности, репрезентативной по отношению к населению школьного возраста г. Хорог Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан. Всего нами обследовано 1184 детей школьного возраста. Данные регистрировались в специально разработанной модифицированной карте стоматологического обследования по ВОЗ (1985). Распространенность стоматологических заболеваний оценивали по наличию или отсутствию в полости рта обследуемого пораженных кариесом и его осложнениями

зубов. Как принято в таких случаях, распространенность оценивали в процентах. Интенсивность кариеса зубов оценивали по международным стандартам – индексам КПУ и кп. Кариозное поражение в виде пятна и фиссурный кариес учитывался нами как наличие кариеса, подлежащего лечению или принятию профилактических мер. Гигиеническое состояние десен, тканей пародонта оценивали согласно индекса СРITN в модификации П.А. Леуса. Полученные результаты обрабатывали методами вариационной статистики на компьютере РС Пентиум V и VI.

**Результаты и обсуждение.** Результаты проведенных нами эпидемиологических исследований представлены в табл. 1.

Таблица 1 - Распространенность и интенсивность кариеса зубов у школьников г. Хорог Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан

Возраст (лет)	муж.	жен.	Всего	Распространенность (%)	КПУ	из них			кп	из них	
						К	П	У		к	п
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
6	2	2	4	100	0	0	0	0	7.5	7.5	0
7	22	8	30	87	0,4	0,4	0	0	4.1	4.1	0,02
8	34	56	90	93	1.1	0,91	0,16	0,02	3.16	3,14	0,02
9	12	34	46	91.3	1.78	1.65	0	0,13	2,04	2,00	0,04
10	44	30	74	89.2	1,61	1.59	0,05	0	1,84	1,84	0
11	46	36	82	90.0	2.34	2.20	0,07	0,07	0,46	0,46	0
12	72	50	122	83.6	2.98	2.77	0,08	0,13	0,74	0,74	0
13	80	66	146	78.1	2,63	2.27	0,21	0,15	0,01	0,01	0
14	54	66	120	86.7	3.68	3.35	0,22	0,12	0	0	0
15	46	56	102	80.4	4.35	3.92	0,25	0,18	0,04	0,04	0
16	138	84	222	88.3	4.87	4.41	0,16	0,31	0	0	0
17	70	76	146	87.7	4.90	4.29	0,38	0,23	0	0	0
M±m	620	564	1184	83.8±1.7	3.33±0,46	2,99±0,4	0,17±0,01	0,16±0,01	3.2±0,8	3.1±0,1	0,08±0,03

Как видно из данных, представленных в табл. 1, распространенность кариеса зубов среди школьников г. Хорог составила  $83.8 \pm 1.7\%$ . Нами получены примерно сопоставимые данные, как и авторами предыдущих исследований. Наибольшая распространенность кариеса зубов отмечена у 6-ти, 9-ти и 11-ти летних детей, которая составила соответственно 100%, 91.3% и 90.0%. Данные, возможно, связаны с малыми выборками в исследуемых группах. Распространенность кариеса зубов у 12-ти летних школьников составила 83.6%. Распространенность кариеса в другой ключевой группе (согласно критериям ВОЗ) составила 80.4%. Как видим, данные сопоставимы с данными, полученными ранее по

республике. Средние данные по распространенности кариеса у школьников г. Хорог совпадают с таковыми, полученными у ключевой группы – 12-летних школьников. Данные о распространенности кариеса зубов в исследуемых группах по возрастам, схематически представлены на рис. 1. кариеса зубов в изучаемых группах показало следующие данные. Интенсивность кариеса зубов у 6-ти летних школьников составила  $КПУ=0$ ,  $кп=7.5$ . Необходимо отметить, что в данной возрастной группе представлена очень малая выборка – 4 человека. Изучение данных по интенсивности Составляющие индекса кп были:  $к=7.5$ ,  $п=0$ . Данные говорят о том, что санационная работа в данной возрастной группе не проводилась.

Индекс интенсивности составляет только сивности (рис. 2).  
показатель к, и он определяет 100% интен-

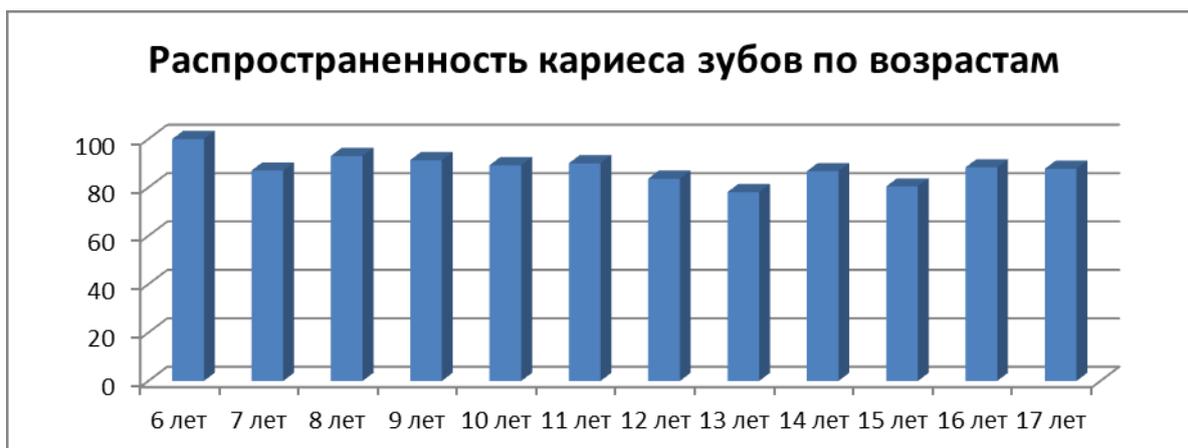


Рис. 1. Распространенность кариеса зубов у школьников г. Хорог по возрастам.

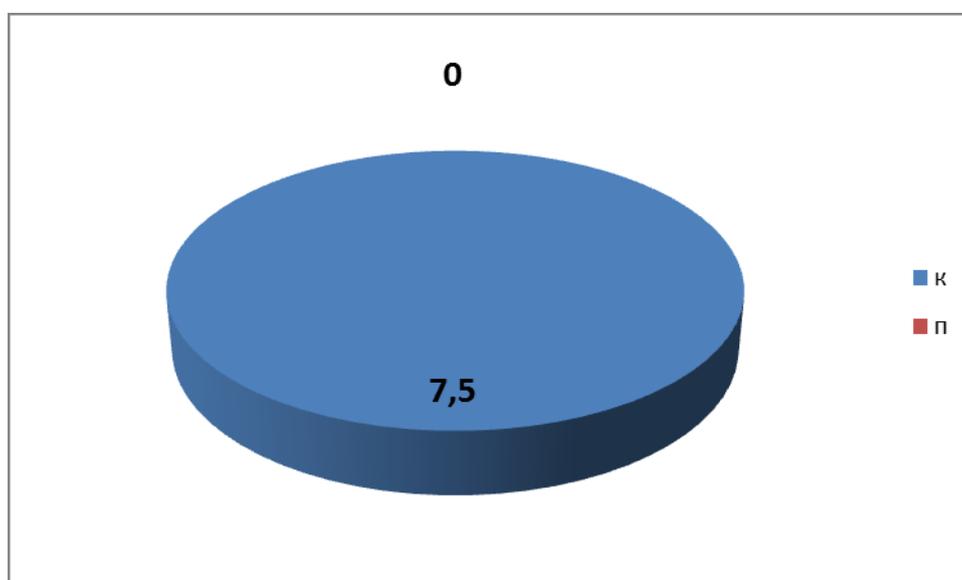


Рис. 2. Составляющие индекса кп у 6-ти летних школьников г. Хорог.

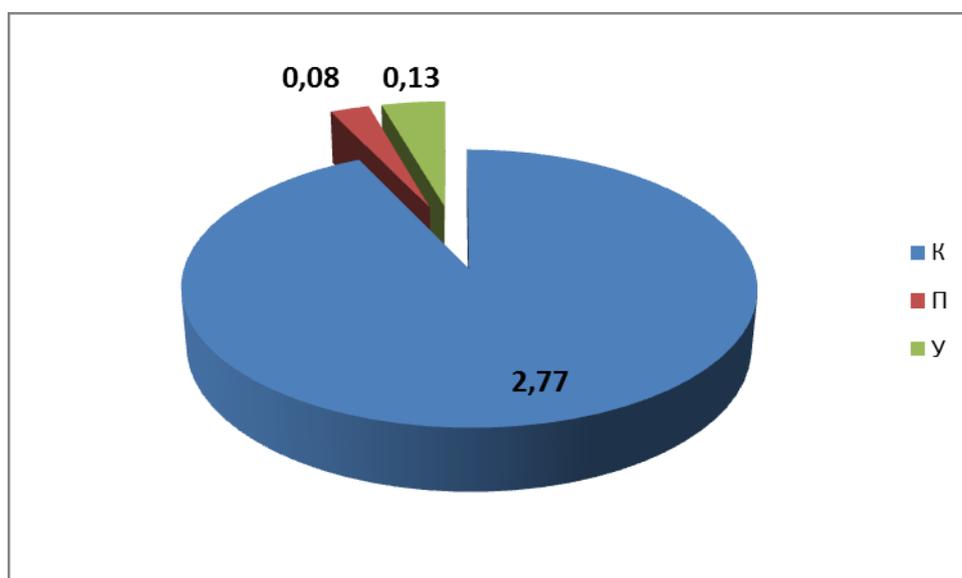


Рис. 3. Составляющие индекса КПУ у 12-ти летних школьников г. Хорог.

Следующая возрастная группа, по сравнительному изучению индекса КПУ – 12-ти летние школьники. Данные в этой возрастной группе распределились следующим образом. Индекс КПУ составил 2.98. Составляющие индекса КПУ:  $K= 2.77$ ,  $P=0.08$ ,  $U=0.13$  (рис. 3).

Анализ полученных данных показывает также о слабости планово-профилактической работы в данной возрастной группе. 93% от индекса интенсивности в данной возрастной группе составляет  $K$  – кариес и его осложнения. Можно утверждать, что санационная работа практически не проводится или проводится очень слабо. Причем показатель процента удаленных зубов (4%) превышает таковой по запломбированным зубам (3%). Данные говорят об острой необходимости в организации проведения необходимого комплекса организационных и санационных мероприятий в данной возрастной группе и у детей школьного возраста вообще.

Таким образом, по результатам наших исследований установлена распространенность кариеса зубов в г. Хорог Горно-Бадахшанской автономной области как  $83.8 \pm 1.7$ , распространенность кариеса зубов у 12-ти летних школьников составила 83,6%. Интенсивность кариеса зубов у 12-ти лет  $3.33 \pm 0.46$ . Компонент  $K = 2,99 \pm 0,4$ , компонент  $P = 0.17 \pm 0.01$ , компонент  $U = 0.16 \pm 0,01$ . Из составляющих индекса компонент  $K$  составил 90%, компонент  $P=5\%$ , компонент  $U=5\%$  них школьников составила - 2.98. Составляющие индекса КПУ:  $K= 2.77$ ,  $P=0.08$ ,  $U=0.13$ .

Анализ полученных данных показывает недостаточность планово-профилактической работы среди школьников в области. 90% от индекса интенсивности в данной возрастной группе составляет  $K$  – кариес и его осложнения. Данные говорят об острой необходимости в организации проведения необходимого комплекса организационных и санационных мероприятий у детей и школьников.

#### Литература.

1. Ашуров Г.Г. Разработка основных направлений развития стоматологии Таджикистана в новых политико-экономических условиях (медицинские, социальные, организационные, управленческие и экономические аспекты) [Текст]: Автореф. дисс. д-ра мед. наук: 14.00.21 – стоматология / Г.Г. Ашуров. — М., 1995.-57с.
2. Ахатов А. Маркетинговые основы эпидемиологических исследований и управления стоматологического аспекта здоровья населения [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.30-эпидемиология, 14.00.21 - стоматология /А. Ахатов. – Душанбе, 2004. – 118с.
3. Икромов Г.Д. Анализ работы ортодонтической службы и планирование ортодонтической помощи детям и подросткам Республики Таджикистан [Текст]: дисс. канд. мед. наук: 14.00.21 - стоматология / Г.Д. Икромов. – Душанбе, 2004. – 142с.
4. Кузьмина Э.М. Типовая модель для разработки регионально ориентированных программ профилактики стоматологических заболеваний, предназначенных для детского населения. [Текст] /Э.М. Кузьмина //www.medicus.ru/dental-hygienist/
5. Пашаев К.П., Алимский А.В., Ашуров Г.Г. и др. Динамика пораженности кариесом зубов и болезнями пародонта у населения разных территориально-административных зон Таджикистана [Текст]: К.П. Пашаев, А.В. Алимский, Г.Г. Ашуров // Стоматология. - 1997. - № 5. - С. 62-65.
6. Розиев И.У. Совершенствование стоматологической помощи военнослужащим, находящимся в условиях чрезвычайного положения [Текст]: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 – стоматология / И.У. Розиев. - Душанбе, 2003. - 20 с.
7. Юлдашев Ш.И. Эпидемиологическая и гигиеническая оценка стоматологической заболеваемости у подростков и лиц юношеского возраста [Текст]: дисс. канд. мед. наук: 14.00.30 - эпидемиология / Ш.И. Юлдашев. – Душанбе, 2004. – 98с.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ШКОЛЬНИКОВ г. ХОРОГ ГОРНО-БАДАХШАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.

Ходжамуродов А.К.

Научно-Клинический институт Стоматологии и Челюстно-лицевой хирургии Академии медицинских наук Республики Таджикистан. Душанбе, РТ.

При планировании организации стоматологической службы, проведении и внедрении программ профилактики основных стоматологических заболеваний основными данными, которые должны быть учтены являются данные о распространенности и интенсивности заболеваний твердых тканей зубов – кариеса и его осложнений. Данные показатели изучаются в различных аспектах для достижения глобальной цели ВОЗ – снижения стоматологической заболеваемости. В 1981г. Всемирная ассамблея ВОЗ приняла глобальную цель стоматологического здоровья, разработанную стоматологической Программой Здоровья совместно с Международной федерацией Стоматологов (FDI). Согласно этой цели к 2000 году у детей в возрасте 12 лет среднее число кариозных, отсутствующих и запломбированных постоянных зубов (индекс КПУ) должны были быть не больше трех [3].

В Республике Таджикистан проводились определенные исследования для уточнения данных о распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний [1,4,5,6,7,8].

Авторы отмечают [1,8], что поражаемость зубов кариесом в условиях высокогорья значительно выше по сравнению с другими обследованными зонами. Такое положение авторы аргументируют заметным влиянием на зубочелюстную систему в целом ряда неблагоприятных факторов высокогорья (низкое парциальное давление кислорода, слабая минерализация питьевых вод, резкая континентальность климата, усиленная солнечная радиация). При анализе составляющих элементов КПУз у студентов низкогорья было установлено, что в возрасте 16-19 лет количество зубов, пораженных не осложненным кариесом (К), приходящееся на одного обследованного составляет 1,4, (37,8% от абсолютного чис-

ла исследуемого индекса) (табл. 4, рис. 1). С увеличением в возрасте жизни значимость исследуемого элемента (К) данного индекса несколько снижается и в возрасте 20-24 года она соответствует 1,34 зуба и 27,3%.

Что касается зубов с осложненными формами кариеса, подлежащих лечению (Р), то у подростков их было в среднем 0,7 (20,2%), у лиц юношеского возраста - соответственно 0,6 (13,0). В то же время зубы, подлежащие удалению (Х), встречались сравнительно реже у подростков (соответственно 0,3 и 8,25%), и лиц юношеского возраста - (соответственно 0,4 зуба и 9,5%) из низкогорья. При анализе структурных элементов интенсивности кариеса авторы отмечают, что самые низкие их значение, как составляющих КПУз приходилось у подростков 16-19 и 20-24 лет на показатель «П» (соответственно  $0,51 \pm 0,03$  и  $0,56 \pm 0,07$ ), что в процентном отношении соответствует 13,56 и 11,41. В среднем на одного обследованного в возрасте 16-19 лет приходилось по 0,7 удаленных зубов (20,2%). Наибольшее значение этой составной части индекса приходилось на возраст 20-24 года (1,9 удаленного зуба), (38,7%) от общего показателя индекса (КПУз = 100,0%).

Изучение интенсивности кариеса зубов по составляющим элементам КПУз, позволили отметить, что подростки среднегорья не вовлечены в стройную систему плановой санации полости рта. Наибольшее число зубов у подростков имели осложнения кариеса («Р») - 1,5 (25,2%) или подлежали удалению («Х») - 0,8 (13,05%). Данные показатели в возрасте 20-24 лет составили соответственно 1,2 (18,1%) и 1,0 (15,5%). Наряду с наличием нелеченных зубов выявлено определенное количество запломбированных зубов у подростков (0,2) - (4,5%) и юношей (0,3) (4,8%) высокогорья.

В структуре показателей интенсивности кариеса зубов у подростков высокогорной зоне республики [2] наибольший удельный вес составляли удаленные зубы (1,7) (29,20% от общего значения КПУз). Вместе с тем у лиц юношеского возраста усредненное значение исследуемого элемента составило 3,0 и (44,3%). В отличие от кариеса зубов авторами практически не установлена четкая взаимосвязь климато-географических особенностей и распространенности болезней пародонта. Это можно объяснить тем, что в большинстве случаев основными провоцирующими факторами последних являются местные этиопатогенетические факторы их развития. Установлено, что в группах студентов в возрасте (16-19 и 20-24 лет) регистрируются 86,3 - 89,1% лиц, страдающих теми или иными проявлениями заболеваний пародонта (наличие гингивита, кровоточивости, отложений зубного камня или в очень редких случаях — патологических зубодесневых карманов глубиной 4-5 мм). Столь высокая степень пораженности тканей пародонта связана в значительной мере с применением почти повсеместно унифицированной методики ВОЗ, оценки пародонтологического статуса с помощью индекса CPITN (Женева, 1997 г., 2003 г.). Так у подростков отмечалось кровоточивость десен в 17,8% случаев, зубной камень в 68,1%, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм в 0,3%.

Аналогичной была структура интенсивности заболеваний пародонта в возрасте 16-19 лет: зафиксирована кровоточивость десен (0,9 секстанта), зубной камень (2,5 секстанта) и пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (0,5 секстанта), что в процентах к общей величине интенсивности составляет соответственно 24,0, 63,4, 7,3 и 5,2%. У лиц юношеского возраста общая распространенность заболеваний пародонта по индексу CPITN составила  $89,1 \pm 3,3$  6% при интенсивности  $4,5 \pm 1,0$  секстантов. При структурном анализе распространенности заболеваний пародонта кровоточивость десен была зафиксирована лишь у 19,7% обследованных, в то время зубной камень и пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм - соответственно у 68,8% и 0,5. Среднее ко-

личество пораженных сегментов на одного обследованного составило соответственно 0,9, 3,1 и 0,4. Анализ материалов социологического исследования показал, что средний возраст, с которого студенты-медики начали лечить свои зубы, составил 9,6 лет, причем в возрасте до 12 лет - лишь 13,6% из них.

Эпидемиологические показатели структуры интенсивности кариеса зубов среди взрослого населения долиной местности республики для элементов «К», «Р», «Х», «П» и «У» составили соответственно 13,11%, 8,03, 10,36, 6,68 и 61,82% по сравнению с аналогичными элементами у жителей средне- (соответственно 10,39%), 12,53, 11,38, 3,25 и 62,45%) и высокогорья (соответственно 2,68%, 9,06, 19,30, 0,04 и 68,92%) республики А. Ахатовым в 2004г. [2]

Анализ эпидемиологического материала свидетельствуют о том, что в условиях низко-, средне- и высокогорья Республики Таджикистана легкая степень пародонтита зарегистрирована соответственно у 49,8%, 50,0% и 26,7%) лиц, страдающих данной патологией. В то же время у них пародонтита средней и тяжелой степени оказались в более неравном соотношении (соответственно 39,6%, 32,8%, 32,6% и 10,7%, 17,2%, 40,8%).

В 2013г. Джураевой Ш.Ф с соавт. Изучено состояние некоторых показателей стоматологического здоровья детей и подростков, отдыхающих в лагерях Варзобского района Таджикистана [3]. Анализ авторов показал, что распространенность кариеса в возрастной группе 12 лет составил 86%. Интенсивность кариеса КПУ составила 4.51, при этом компонент К был равен 2.98, «П» - 1.22, «У» - 0.31. В группе 15-ти летних подростков распространенность кариеса составила 90%. Средняя величина индекса КПУ, по градации ВОЗ относилась к высокому уровню интенсивности и составила 4.99. Компоненты индекса были соответственно равны: «К» - 3.16, «П» - 1.37, «У» - 0.46. Авторы констатируют факт, что пломбированных зубов меньше чем кариозных. По результатам исследования авторы установили, что некоторые дети 12-ти и 15-ти лет ни разу не посещали стоматолога.

Авторы установили распространенность зубочелюстных аномалий в 46% случаев. Показатель индекса гигиены полости рта (индекс Грина-Вермиллиона) для ключевых возрастных групп 12 и 15 лет был практически одинаковым и соответствовал очень плохому уровню гигиены. Высокими были цифры нуждаемости обследованных в пародонтологической помощи и проведении неотложных санитарно-гигиенических мероприятий [3].

Как видно, ситуация не изменилась, а по некоторым параметрам отмечается увеличение распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний. По данным, представленным территориальными отделами здравоохранения, среди детей республики старших возрастных групп распространенность кариеса постоянных зубов составляет в среднем 85–95%, а в отдельных регионах этот показатель приближается к 100%. Остаются высокими цифры распространенности воспалительных заболеваний пародонта, зубочелюстных аномалий (50-60% детей до 14 лет и 30-40% 15–17-летних подростков нуждаются в ортодонтическом лечении).

Опыт развитых стран Западной Европы, Российской Федерации, показывает, что в настоящее время назрела необходимость совершенствования стоматологической помощи детскому населению. Необходима смена приоритетов, которые должны быть направлены, в основном, на предупреждение стоматологических заболеваний, что требует разработки и широкого внедрения региональных программ профилактики, концентрации кадровых и материально-технических ресурсов, что приведет к снижению стоматологической заболеваемости и улучшению стоматологического здоровья детей.

**Целью** нашего исследования было: Эпидемиологическое исследование школьников г. Хорог Горно-Бадахшанской области для определения распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний, для разработки, в дальнейшем, региональной программы профилактики основных стоматологических заболеваний.

**Материалы и методы исследования.** Проведено эпидемиологическое исследование гнездно-выборочной статистической совокупности, репрезентативной по отношению к населению школьного возраста г. Хорог Горно-Бадахшанской автономной области Республики Таджикистан. Всего обследовано 1184 детей школьного возраста. Данные регистрировались в специально разработанной модифицированной карте стоматологического обследования по ВОЗ (1985). Распространенность стоматологических заболеваний оценивали по наличию или отсутствию в полости рта обследуемого пораженных кариесом и его осложнениями зубов. Как принято в таких случаях, распространенность оценивали в процентах. Интенсивность кариеса зубов оценивали по международным стандартам – индексам КПУ и кп. Кариозное поражение в виде пятна и фиссурный кариес учитывался нами как наличие кариеса, подлежащего лечению или принятию профилактических мер. Гигиеническое состояние десен, тканей пародонта оценивали согласно индекса СРІТН в модификации П.А. Луса. Полученные результаты обрабатывали методами вариационной статистики на компьютере РС Пентиум V и VI.

**Результаты и обсуждение.** Результаты проведенных нами эпидемиологических исследований представлены в табл.1.

Таблица 1 - Показатели распространенности и интенсивности кариеса постоянных зубов у школьников г. Хорог

Возраст	Всего	М	Д	Распространенность %	К	П	У	КПУ
6	4	2	2	100	0	0	0	0
12	122	72	50	83,6	2,77	0,08	0,13	2,98
15	102	46	56	80,4	3,92	0,25	0,18	4,35
Итого (для всех возрастов)	1184	620	564	83.8±1.7	2,99±0,4	0.17±0.01	0.16±0,01	3.33±0,46

Как видно из данных, представленных в табл. 1, распространенность кариеса зубов среди школьников г. Хорог составила  $83.8 \pm 1.7\%$ . Распространенность кариеса зубов у 12-ти летних школьников, составила  $83.6\%$ . Распространенность кариеса в другой ключевой группе – 15-ти летних (согласно критериям ВОЗ) составила  $80.4\%$ . Как видим, данные сопоставимы с данными, полученными ранее по республике.

Изучение данных по интенсивности кариеса зубов и его осложнений в возрастной группе 15-ти летних школьников показало следующие результаты. Индекс КПУ составил 4.35. Индекс значительно превышает данные полученные по возрастной группе 12-ти летних школьников. Составляющие индекса КПУ:  $K= 3.92$ ,  $P=0.25$ ,  $Y=0.18$  (рис. 1).

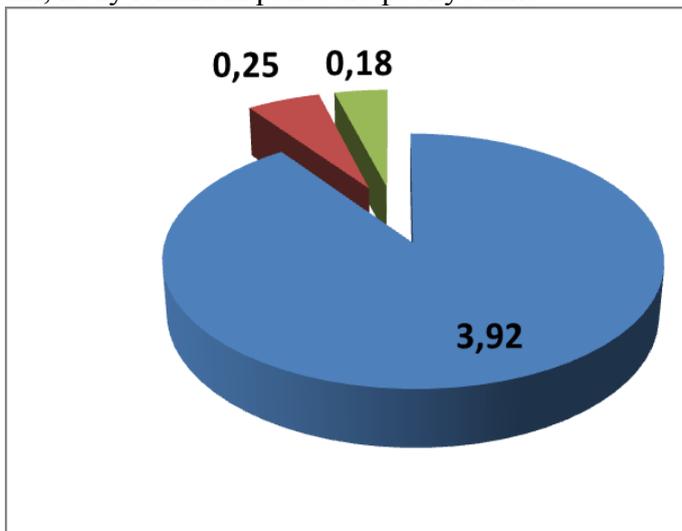


Рис. 1. Составляющие индекса КПУ у 15-ти летних школьников г. Хорог.

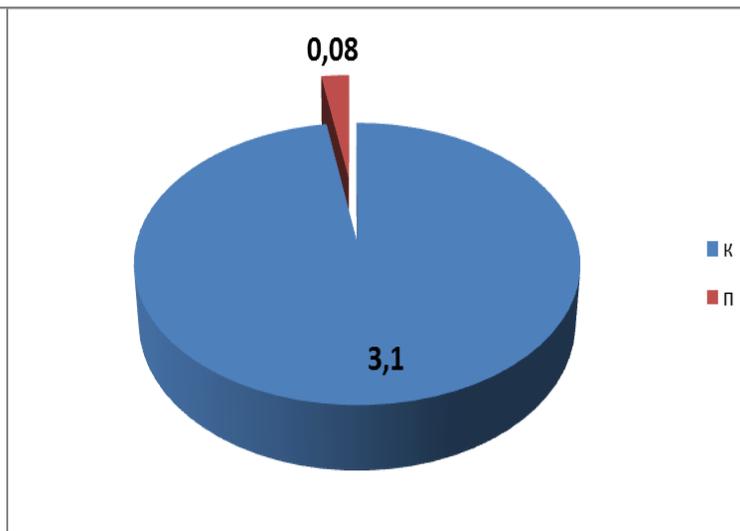


Рис. 2. Итоговые составляющие индекса кп у школьников г. Хорог.

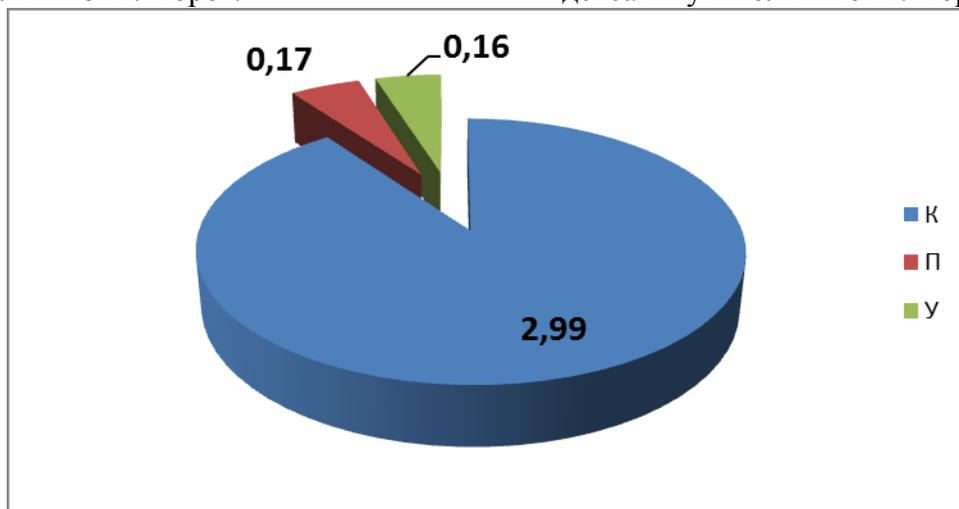


Рис. 3. Итоговые составляющие индекса КПУ у школьников г. Хорог.

Анализ данных позволяет сделать выводы – проведение плано- профилактической работы в данной возрастной группе недостаточно и нуждается в резком усилении плановой санационной работы, поскольку составляющие индекса интенсивности следующие: 90% от индекса интенсивности в данной возрастной группе составляет К – кариес и его осложнения.

Также можно утверждать, что санационная работа практически не проводится или проводится очень слабо. Показатель процента запломбированных зубов составляет 6%, удаленных зубов составляет 4%.

Приведем, наконец, итоговые показатели по изучению интенсивности кариеса зубов и его осложнений у школьников г. Хорог Горно-Бадахшанской автономной

области Республики Таджикистан. Согласно полученным нами данным интенсивность кариеса молочных зубов и его осложнений составила  $k_p = 3.2 \pm 0.8$ , причем компонент  $k = 3.1 \pm 0.1$ , компонент  $p = 0.08 \pm 0.03$ . Составляющая к индекса равнялась 94%, а  $p = 6\%$ . (рис. 2).

Итоговая интенсивность кариеса постоянных зубов  $K_{ПУ} = 3.33 \pm 0.46$ . Компонент  $K = 2.99 \pm 0.4$ , компонент  $P = 0.17 \pm 0.01$ , компонент  $У = 0.16 \pm 0.01$ . Из составляющих индекса компонент  $K$  составил 90%, компонент  $P = 5\%$ , компонент  $У = 5\%$  (рис. 3).

Таким образом, по результатам наших исследований установлена распространенность кариеса зубов в г. Хорог Горно-Бадахшанской автономной области как  $83.8 \pm 1.7$ , распространенность кариеса зубов у 12-ти летних школьников составила 83,6%. Интенсивность кариеса зубов у школьников составила -  $3.33 \pm 0.46$ . Компонент  $K = 2.99 \pm 0.4$ , компонент  $P = 0.17 \pm 0.01$ , компонент  $У = 0.16 \pm 0.01$ . Из составляющих индекса компонент  $K$  составил 90%, компонент  $P = 5\%$ , компонент  $У = 5\%$ .

Анализ полученных данных показывает, что санационная работа практически не проводится или проводится очень слабо. Данные говорят об острой необходимости в организации проведения необходимого комплекса организационных и санационных мероприятий у детей школьного возраста.

#### Литература.

1. Ашуров Г.Г. Эпидемиологические особенности кариеса зубов у женщин в высокогорном очаге эндемического флюороза [Текст] / Г.Г. Ашуров // Здравоохранение Таджикистана. - 1991. - № 5. — С. 90-92.
2. Ахатов А. Маркетинговые основы эпидемиологических исследований и управления стоматологического аспекта здоровья населения [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.30-эпидемиология, 14.00.21 - стоматология / А. Ахатов. — Душанбе, 2004. — 118с.
3. Джураева Ш.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика развития основных стоматологических заболеваний среди детского и подросткового населения Таджикистана [Текст] Ш.Ф. Джураева, Б.З. Турдыев, Х.С. Шарипов // Новые задачи современной медицины: материалы II междунар. конф. (Санкт Петербург, май, 2013. — С. 41-43.
4. Муродов У.М. Пути совершенствования стоматологической службы Таджикистана в условиях переходной экономики [Текст]: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 – стоматология / У.М. Муродов. - Душанбе, 2000. — 22 с.
5. Пашаев К.П., Ашуров Г.Г. Профилактика кариеса зубов. [Текст]: / К.П. Пашаев, Г.Г. Ашуров // Душанбе, 1997.-98 с.
6. Розиев И.У. Эпидемиологическое изучение особенностей распространения основных стоматологических заболеваний у военнослужащих [Текст] / И.У. Розиев // Садаф., Душанбе, 2002. - № 1-6. - С. 16-18.
7. Тохтаходжаева С.Т. Состояние пародонта у рабочих вспомогательных цехов Таджикского алюминиевого завода [Текст] / С.Т. Тохтаходжаева // Вестник Авиценны. - 2003. - № 1-2. - С. 95-100.
8. Юсупов З.Я. Заболевания зубочелюстно-лицевой системы детей, проживающих в экологически неблагоприятной зоне алюминиевого производства [Текст]: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 – стоматология / З.Я. Юсупов. — Душанбе. - 2003. -21 с.

## ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРИ КАРИЕСЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Курмангазина С.С.

Алматинский стоматологический институт последипломного обучения  
(г. Алматы, Казахстан)

**Резюме.** Под наблюдением находились 45 детей с кариесом зубов в возрасте от 1-го года до 3-х лет. Для комплексной профилактики кариеса и лечения очаговой деминерализации эмали применяли противокариозные препараты R.O.C.S.MEDICALMINERALS и Flor-Opal Varnish White. Наблюдения вели в течение одного года. За этот период детям раннего возраста основной группы проводили 2 курса реминерализующей терапии. В результате применения геля R.O.C.S MEDICALMINERALS происходит насыщение эмали минеральными компонентами, фторлак Flor-Opal Varnish White способствует повышению устойчивости твердых тканей зубов к действию кариесогенных факторов.

**Ключевые слова:** Кариес зубов у детей, лечение, профилактика.

*Kurmangazina S.S.*

*Medical and preventive measures of infants with dental caries*

*Almaty dental institution of postgraduate education (Kazakhstan, Almaty)*

**Resume.** Under supervision there were 45 children under the age of 1 till 3 years with dental caries. For a comprehensive prevention of caries and treatment of enamel focal demineralization were used anti-caries drugs R.O.C.S MEDICAL MINERALS and Flor-OpalVarnishWhite. Observations were conducted within one year. During this period on infants of main group were provided 2 courses of remineralization therapy. "R.O.C.S MEDICAL MINERALS" gel provides saturation of enamel mineral components and fluorine varnish "Flor Opal Varnish White" improves stability of hard dental tissues towards cariogenic factor.

**Key words:** Child dental caries, treatment and prophylaxis.

**Актуальность проблемы.** Поражение зубов кариесом у детей остается весьма распространенной патологией, одновременно возрастает и интенсивность. Так, у современных детей младше 2-х лет кариес встречается в 25 - 40% случаев, а в возрасте 2-3 лет - более чем в 50% случаев [4].

Кариес зубов является инфекционным заболеванием, на течение которого влияет множество факторов. Существенное влияние в целом на здоровье, и в том числе на состояние полости рта ребенка могут оказывать социально-экономические условия жизни семьи ребенка, резистентность организма детей. [1,2,3].

В возникновении и развитии кариеса важную роль играют микроорганизмы полости рта, углеводы, устойчивость тканей зуба. Научными исследованиями доказано, что в отсутствие микроорганизмов кариозный процесс не возникает. Кариеспатогенный *Streptococcusmutans* в полости рта новорожденного не обнаруживаются, а появляются лишь после прорезывания временных зубов. Чаще всего источником микроорганизмов является мать ребенка, *Streptococcusmutans* передается от матери к

ребенку орально. Исследованиями подтверждено, чем раньше происходит заселение полости рта ребенка *Streptococcusmutans*, тем выше распространенность и интенсивность кариеса. Своевременная санация полости рта матери, сопровождающаяся уменьшением в ней количества *Streptococcusmutans*, снижает колонизацию ими полости рта ребенка.

Caufield P.W. [8] назвал возраст ребенка 19-33 месяца "окном инфицирования", когда большинство детей к этому периоду приобретают кариесогенные микроорганизмы и они остаются в полости рта пожизненно. Известно, что до 52% детей, в полости рта которых обнаружен *Streptococcusmutans*, к 3 годам жизни уже страдают кариесом. Потому лучшей возможностью предотвращения размножения в ротовой полости детей кариесогенных бактерий является период раннего возраста. Первые 3 года жизни ребенка являются тем возрастным временем, когда наиболее выражен эффект профилактических мероприятий по снижению воздействия на ткани зубов факторов риска развития кариеса. Именно в этом возрасте происходит ста-

новление микрофлоры ротовой полости и созревание иммунной системы [8, 10].

Кариес развивается в результате воздействия на эмаль кислоты, продуцируемой микроорганизмами при потреблении ребенком углеводов. Согласно данным исследований прием 10 граммов сахара может вызвать увеличение количества молочной кислоты в слюне в 10-16 раз [9]. Микроорганизмы расщепляют углеводы, образуя органические кислоты. Сдвиг кислотно-щелочного баланса полости рта в кислую сторону (ниже 5,5) приводит к разрушению минерального компонента эмали - гидроксиапатита, а в последующем и белковой матрицы зуба. При потере только минеральных компонентов эмаль способна к восстановлению, то есть к реминерализации.

Кариесрезистентность зубов обеспечивается правильным формированием зачатков и развитием зубов, своевременным и полноценным созреванием эмали после прорезывания зуба, оптимальным составом, количеством слюны и ее минерализующей активностью, хорошим уровнем гигиены, факторами защиты полости рта, полноценной диетой, оптимальным содержанием фтора в питьевой воде. По этой причине патогенное действие кислотообразующей микрофлоры на твердые ткани зубов выражено при снижении резистентности твердых тканей зубов.

Таким образом, формирование процесса деминерализации в твердых тканях зубов происходит при наличии определенных факторов, среди которых значимыми являются: кариесогенные микроорганизмы полости рта, избыточное количество углеводов в пище, длительный контакт углеводов и микроорганизмов с эмалью зуба, низкая резистентность тканей зубов, ослабление сопротивляемости организма. Соответственно, все возрастающая распространенность кариеса у детей свидетельствует о необходимости разработки новых эффективных методов профилактики и лечения. Клиническими наблюдениями отмечено, что ранний детский кариес имеет прогрессирующий характер и поражает зубы по мере их прорезывания, это и определяет актуальность профилактики.

**Цель** – изучить особенности клинического течения кариеса зубов у детей раннего возраста и обосновать лечебно-профилактические меры.

**Клинические особенности.** Под наблюдением находились 45 детей с кариесом зубов в возрасте от 1-го года до 3-х лет. Из них у 30-ти была выявлена декомпенсированная и у 15-ти - субкомпенсированная формы кариеса. Поражение кариесом преимущественно наблюдали во фронтальной группе зубов верхней челюсти, на втором месте по частоте отмечали в молярах и клыках. Локализовались кариозные полости на вестибулярной и контактной поверхностях резцов в пришеечной области, нередко формируя циркулярный кариес. В молярах кариес развивался на жевательной поверхности, по краям кариозной полости отмечали хрупкую эмаль, дентин влажный, пигментированный. Одновременно с этим у определенной группы детей обнаруживали признаки начального кариеса, меловые пятна чаще располагались на вестибулярной поверхности резцов, клыков.

При несвоевременном обращении родителей к врачу быстрое прогрессирование кариозного процесса приводило к развитию патологии в пульпе и периодонте, полному разрушению зубов, потере их функциональной ценности.

**Лечебно-профилактические меры.** При первичном осмотре ребенка проводили полное клиническое обследование: определяли состояние архитектоники губ, наличие аномалий прикрепления мягких тканей к лицевому скелету, соотношение челюстей, активность кариозного процесса. Для диагностики кариеса в стадии пятна нами использовался метод витального окрашивания с помощью раствора метиленовой сини. Данный метод является доступным и экономичным способом диагностики начального кариеса. Объем лечебно-профилактических мер определяли состоянием организма ребенка, возрастом, интенсивностью поражения, характером клинического течения кариеса зубов, гигиеническим состоянием полости рта и др. С учетом психоэмоционального состояния ребенка предусматривали индивидуализированный подход к лечению кариеса зубов у

каждого ребенка.

Принцип комплексной терапии детей раннего возраста с кариесом зубов заключается в повышении резистентности организма ребенка и твердых тканей зубов. Необходимость назначения препаратов для эндогенной реминерализующей терапии нами решается совместно с педиатрами или другими специалистами, у которых ребенок находится под диспансерным наблюдением. Эндогенная профилактика кариеса зубов предусматривает: укрепление соматического здоровья ребенка, лечение хронических заболеваний внутренних органов и систем, рациональное питание, потребление воды и продуктов с оптимальным содержанием фтора, назначение по показаниям препаратов, повышающих общую резистентность организма.

Правильное разнообразное питание, характер, режим питания улучшает состояние здоровья, снижает риск недостаточного поступления в организм незаменимых питательных веществ. Пища должна содержать умеренное количество жиров, сахара, соли и должна быть богата фруктами, овощами, злаковыми.

Местная профилактика включает рациональную гигиену полости рта, интенсивное жевание твердой пищи, ограничение приема легкоусвояемых углеводов, профессиональное удаление зубного налета, местное применение препаратов, содержащих кальций, фосфаты, фтор и другие минеральные компоненты, герметизацию фиссур.

Особое внимание уделяли вопросам гигиенического обучения, режима и рациона питания. Среди наблюдаемых детей были несколько малышей, продолжавших сосать соску и пользующихся перед сном бутылочкой с жидкостью. Потому имело важное значение отучить детей от соски, приучить ребенка кушать с ложки, пить из чашки, есть твердую пищу, научить правильно жевать. Надо особо отметить негативную роль бутылки с соской, не оставлять во рту ребенка на время сна и полностью избегать ее.

Мы придерживаемся взгляда, что проводить гигиенические мероприятия необходимо регулярно независимо от

настроения и капризов ребенка. Врач должен формировать у родителей мотивацию к ежедневному выполнению всех гигиенических процедур. С момента прорезывания зубов их необходимо чистить, в настоящее время имеются специальные зубные щетки, предназначенные для детей разных возрастов. Своевременно приучить ребенка к полосканию полости рта, привить навык использования гигиенических средств, научить правилам чистки зубов с помощью зубной щетки и пасты. Ребенок до 6 лет не может качественно почистить зубы, поэтому взрослые должны помогать, а в последующем постоянно контролировать его. Беседы по уходу за полостью рта проводили с родителями и ребенком в зависимости от возраста, в доступной для него форме с демонстрацией на модели. После этого осуществляли контроль усвоения правил чистки зубов и навыков по уходу за полостью рта 1 раз в неделю, а затем при повторных профилактических осмотрах.

В процессе чистки зубов удаляется зубной налет, тем самым устраняется деминерализующее воздействие продуктов жизнедеятельности микроорганизмов на эмаль. Поверхность зуба становится доступной для проникновения микроэлементов из слюны и противокариозных средств.

Одной из важных задач является повышение резистентности тканей зубов. Известно, что процесс деминерализации не всегда заканчивается образованием кариозной полости. Предпринимаемые местные мероприятия должны быть направлены на усиление минерализации твердых тканей зубов, особенно при наличии очаговой деминерализации. При реминерализующей терапии происходит нормализация проницаемости и процесса минерализации эмали, что обеспечивается использованием средств, способствующих созреванию незрелой или слабоминерализованной эмали. Своевременно проведенная реминерализующая терапия зубов позволяет предупредить прогрессирование процесса деминерализации, стабилизирует процесс при начальном кариесе, предупреждает развитие осложненных его форм.

Для успешного лечения начальных форм кариеса, предупреждения возможного

развития кариеса прорезывающихся зубов пациентам *основной группы* (25 детей), наряду с гигиеной полости рта, применяли средства, восполняющие минеральные компоненты кристаллической решетки эмали, повышающие ее резистентность к действию кислот.

С целью профилактики кариеса и лечения кариеса в стадии пятна нами использовался гель R.O.C.SMEDICALMINERALS и Flor-Opal Varnish White.

R.O.C.SMEDICALMINERALS - гель для укрепления зубов, является источником соединений кальция, фосфора и магния, предназначен для местной ремтерапии и лечения начальных форм кариеса. Гель обладает адгезивными свойствами, образует невидимую пленку на зубах, которая способствует постепенному проникновению активных компонентов в ткани зуба обеспечивая пролонгированное его действие. В состав геля входит ксилит, он повышает его реминерализующий потенциал, подавляет активность кариесогенных бактерий. Гель не имеет возрастных ограничений, безопасен при проглатывании.

Сеансы ремтерапии проводили в клинике, так как в домашних условиях родители не смогли успешно справиться с процедурой. Поверхности зубов предварительно очищали от налета. Гель R.O.C. SMEDICALMINERALS наносили на зубы верхней и нижней челюстей аппликационно с помощью одноразовой ложки-каппы. В течение 7-10 минут малыши сидели вместе с мамой (бабушкой), ассистент периодически осуществляет отсасывание слюны. Дети в возрасте 3-х лет в большинстве случаев сидели в кресло самостоятельно и во время процедуры увлеченно смотрели мультфильм на экране телевизора (смартфона, планшета). Для достижения наилучшей эффективности воздействия лечебно-профилактического средства рекомендовали детям воздерживаться от приема пищи и питья в течение 40 минут после сеанса.

Курс ремтерапии складывался из ежедневных процедур в течение 2-х недель и завершался флуоризацией, что значительно повышает степень реминерализации эмали. Покрытие поверхности зубов фторсодержащим средством производили на следую-

щий день после окончания ремтерапии. Для детей младшего возраста наиболее эффективными являются лаки. Использованный нами Flor-Opal представляет собой ароматизированный и подслащенный ксилитом лак на основе смолы и 5% фторида натрия, со вкусами мяты и жевательной резинки. Flor-Opal, обладая способностью длительно удерживаться на поверхности зубов, дольше воздействует на зубы и лучше впитывается. Лак выпускается в порционных шприцах с уникальной системой смешивания и нанесения. Flor-Opal Varnish White застывает при контакте со слюной, потому не требуется тщательного просушивания поверхностей зубов.

Методика применения Flor-Opal проста. Соединив шприцы смешивали лак, проделывая движения вперед-назад и оставляли его в маркированном шприце. Удалив с поверхности зубов налет и слегка подсушив поверхности зубов, наносили тонким слоем лак, он затвердевал при контакте со слюной. После процедуры рекомендовали воздержаться от приема пищи в течение часа, в этот день не чистить зубы, не принимать жесткую пищу. Данный фторлак безопасен и эффективен для профилактики кариеса. В использовании прост и удобен, у маленьких детей покрытие зубов лаком не вызывало никаких сложностей, его приятный вкус приносил малышам радостное удовлетворение и они воспринимали процедуры спокойно, без слез.

*Сравниваемая группа* (20 детей) – пользовалась общепринятыми правилами гигиены полости рта.

Соблюдались стандартизированные условия исследования для обеих групп. Обследуемые обеих группы чистили зубы выданными образцами зубной пасты два раза в день (утром и вечером) в течение 3 минут.

В процессе динамического наблюдения за детьми после ремтерапии отмечали стабилизацию кариозного процесса. В участках меловидных пятен были выражены блеск эмали, уплотнение ткани. В зубах, предстоящих лечению, края кариозной полости становились плотнее, менее хрупкими. При повторных осмотрах после санации наблюдали сохранность пломб, их хорошее краевое прилегание, не выявили раз-

вития вторичного кариеса, отсутствовали вновь пораженные кариесом зубы. У этих детей отмечали удовлетворительное гигиеническое состояние, позитивное отношение к стоматологическим манипуляциям, особое настроение родителей. Такой успех отмечен нами особенно у детей, которые хорошо, четко, регулярно вместе с мамой выполняли рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта и режиму питания.

Таким образом, использование реминерализующих средств для лечения кариеса временных зубов в стадии пятна является эффективным методом. В результате применения геля R.O.C. SMEDICAL MINERALS происходит насыщение эмали ионами кальция, фторлак Flor-Opal Varnish White способствует повышению устойчивости твердых тканей зубов к действию кариесогенных факторов.

В заключение отметим, что успешная борьба с кариесом возможна при своевременном регулярном проведении профилактических мероприятий, при тесном сотрудничестве врача и родителей ребенка. Позитивный настрой ребенка, его родителей, их готовность выполнять профилактическую программу обеспечат выполнение поставленных задач с хорошим результатом.

#### Литература

1. [Krisdapong S.](#), [Prasertsom P.](#), [Rattana-rangsima K.](#), [Sheiham A.](#) Sociodemographic differences in oral health-related quality of life related to dental caries in thai school children // [Community Dent Health](#). -2013. -№30(2). – P.112-118.
2. Early Childhood Caries in Indigenous

Communities American Academy of Pediatrics. Committee on Native American Child Health, Canadian Paediatric Society, First Nations, Inuit and Métis // *Committee Pediatrics*. June 1, 2011. – Vol. 127. – P. 1190-1198.

3. [Do L.G.](#) Distribution of Caries in Children Variations between and within Populations // [J. Dent. Res.](#) -2012. - Vol.91. - № 6.- P.536-543.
4. Кисельникова Л.П.. Перспективы местного применения фторидов в клинической стоматологии // *Маэстро*. - 2007. - №2. – С.
5. [Mattila M.-L.](#), [Rautava P.](#), [Sillanpää M.](#), [Paunio P.](#) Caries in Five-year-old Children and Associations with Family-related Factors // *J. Dent.Res.*- 2000. – Vol. 79 - P. 875-881.
6. [Ngoenwiwatkul Y.](#), [Leela-adisorn N.](#) Effects of dental caries on nutritional status among first-grade primary school children // [Asia Pac. J. Public Health](#). – 2009.- Vol.21. –№2. – P.177-183.
7. Стоматология детского возраста: руководство для врачей /под ред. проф. Т.Ф.Виноградовой. - М.,1987. – 526 с.
8. Caufield P.W. Dental caries transmissible and infections disease, revisited, a position paper. // *Pediatz. Dent.* – 1997. – N19. – P. 491-499.
9. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний.- М.,2006. – 187 с.
10. Ральф Е. Мак-Дональд, Дейвид Р. Эйвери. Стоматология детей и подростков. М. 2003.с.765.

#### Наристе балдардын кариес оорусундагы дарылоо-профилактикалык иш-чаралары Курмангазина С.С.

Алматы дипломдон кийинки билим алуу стоматологиялык институту, (Алматы, Казахстан)

**Резюме.** Тиш кариеси менен ооруган 45 - 1 жаштан – 3 жашка чейинки наристе балдардын устунон байкоо жургузулгон. R.O.C.S MEDICAL MINERALS жана Flor-Opal Varnish White тарабынан жасалган кариес оорусунун комплекстуу профилатикалоо жана уялуу тиш деминирализациясыны дарылоо максаты менен колдонуу. Байкоо откоруу бир жылдан ибарат. Аталган мезгилде негизги группадагы наристе балдарга тиш реминирализациялоо дарылоосу эки жолу откорулгон. Натыйжасында, R.O.C.S MEDICAL MINERALS гелин кондонгондо тиш эмали минералдуу компоненттер менен кандырылып, фторлак Flor-Opal Varnish White тиштин катуу ткандары кариесогендик факторлордун кыймылына каршы бекемдигин жогорлотуусуна комок корсотуусу аныкталды.

**Негизги создор:** Балдар тиш кариеси, дарылоо жана профилактика.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРСОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА BIFLUORID В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ

Курмангазина С.С.

Алматинский стоматологический институт последипломного образования,  
клиника «Concept стоматология» (г. Алматы, Казахстан)

**Резюме.** Для оценки эффективности использования противокариозного препарата Bifluorid (VOCO, Германия) были обследованы и проведены лечебно-профилактические мероприятия у 60 подростков в возрасте 13-15 лет. Установлено, что препарат Bifluorid оказывает выраженный противокариозный эффект, улучшает гигиену полости рта, повышает резистентность эмали зубов.

**Ключевые слова:** кариес зубов, профилактика, Бифлюорид.

*Clinical reasoning of the application of new domestic dental drug "Remin" and fluoride-drug Bifluorid in prevention of dental enamel focal demineralization*

*Kurmangazina S.S.*

*Almaty dental institution of postgraduate education, clinic "Concept stomatology" (Kazakhstan, Almaty)*

**Resume.** To evaluate the effectiveness of the usage anti-caries drug Bifluorid (VOCO, Germany) were investigated and organized medical and preventive arrangements in 60 young adults at the age of 13-15 years. It was found drug Bifluorid have pronounced anti-caries effect, improve oral care, increase the dental enamel resistance.

**Актуальность проблемы.** Кариес зуба является самым распространенным заболеванием человека, которым поражено почти все взрослое и детское население земного шара. В большинстве странах из 10 человек 8-9 нуждаются в лечении этой патологии зубов [1,2]. Такая же ситуация наблюдается в большинстве регионов Республики Казахстан. По мере ухудшения экологической ситуации местности повышается распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей [3,4,5,6]. Довольно высоким остается и распространенность зубочелюстных аномалий в детском возрасте, которые в структуре стоматологических заболеваний занимают третье место. Из числа больных с зубочелюстными аномалиями 34,5% нуждаются в аппаратном лечении [7,8]. Основными недостатками несъемных ортодонтических аппаратов механического действия являются нарушение ухода за полостью рта, травмирование десневых сосочков и ряд других моментов, которые в конечном итоге способствуют появлению очагов деминерализации эмали зуба. Клиническими наблюдениями установлено, что во время ортодонтического лечения пациентов противокариозные средства не всегда эффективны из-за нарушения гигиены полости рта и свойства ро-

товой жидкости. Таким пациентам авторы предлагают уделить внимания профилактике кариеса зубов фтор содержащими препаратами. Однако этот важный вопрос недостаточно освещен в литературе.

В Республике Казахстан слабо развита стоматологическая промышленность, особенно препаратов для проведения неинвазивной профилактики кариеса зубов. Из противокариозных препаратов, завозимых из зарубежных стран, выгодно отличается фторсодержащий препарат Bifluorid, выпускаемый фирмой VOCO (Германия), который нуждается в клиническом обосновании.

В связи с широким внедрением в клиническую практику новых методов ортодонтического лечения, преимущественно несъемной техникой, вопрос о профилактике кариеса у детей и подростков стал одним из актуальных в стоматологии. Для этого требуется четкое выполнение общепринятых правил. Игнорирование этих правил, что нередко имеет место у неопытных врачей-ортодонтотв, может привести к тяжелым последствиям. Эта проблема связана с другой не менее важной проблемой – разработкой отечественных и внедрением зарубежных препаратов для неинвазивной профилактики кариеса зубов, в том числе пе-

ред ортодонтическом лечении пациентов несъемными аппаратами.

**Цель исследования** – дать клиническое обоснование и внедрить в практику новые препараты для профилактики очаговой деминерализации эмали зубов у детей.

**Материал и методики исследования.** Для оценки эффективности использования противокариозного препарата Bifluorid (VOCO, Германия) были обследованы и проведены лечебно-профилактические мероприятия у 60 подростков в возрасте 13-15 лет. Из них 30 детей составили сравнимую группу, получавшие только гигиенические процедуры полости рта. Пациенты основной группы получили ремпрофилактику противокариозным препаратом Bifluorid (30 чел.)

Все дети обращались в клинику «Консерт стоматология» с целью лечения. Им до начала ортодонтического лечения проводили общепринятые методы стоматологического обследования:

- Оценка гигиенического состояния полости рта (по методу Федорова-Володкиной и ОНI-S (J.C.Green, J.R.Vermilion);

- Индекс зубного налета (Quigley-Hein, 1962);

- Оценка распространенности и интенсивности кариеса зубов;

- Определение риска возникновения кариеса (тест резистентности эмали, ТЭР-тест);

- Индексная оценка состояния тканей пародонта (пробы Шиллера-Писарева, папиллярно-гингивально-альвеолярного индекса или РМА в модификации Parma, индекс SilnessJ., LoeH.);

- Редукция перечисленных индексов, которые определяли за счет различий в приросте интенсивности (за один временной промежуток) в исследуемых группах.

Редукцию перечисленных индексов (%) вычисляли по формуле:  $M^1 - M^2 / M^1 \times 100\%$ , где  $M^1$  – показатель индекса до лечения,  $M^2$  – после лечения.

На ремтерапию были взяты пациенты, которым предстояло лечение по поводу зубочелюстных аномалий с использованием несъемной ортодонтической техники. Все дети были обучены индивидуальной гиги-

ене полости рта. Пациенты сравнимой группы регулярно чистили зубы выданными образцами зубной пасты (два раза в день утром и вечером в течение 3 минут). Детям основной группы, наряду с гигиеной полости рта, провели ремтерапию фторсодержащим профилактическим двухкомпонентным лаком «Bifluorid 12», которого наносили в один слой, что экономит время врача и делает расход минимальным. Другие формы гигиенического ухода за полостью рта в период исследования не назначались. Для достижения наилучшей эффективности лечебно-профилактического средства рекомендовали пациентам не принимать пищу в течение 30 минут после проведения индивидуальной гигиенической процедуры. Соблюдались стандартизированные условия исследования для обеих групп. Результаты исследований подвергнуты статистической обработке с применением критериев Стюдента.

**Результаты исследований и их обсуждение.** В день посещения клиники пациентов беспокоили неприятный запах изо рта, боли в области некоторых зубов, появляющихся после приема пищи, особенно сладкой и холодной. Ряд больных жаловались на очаговые воспалительные элементы слизистой полости рта. У всех больных до начала лечебно-профилактических мер изучили стоматологический статус. Исследования в полости рта проводились в первый день обращения и после завершения лечебно-профилактических мер по описанным выше тестам. При этом только у 15 (25%) пациентов в полости рта стоматологические заболевания не были обнаружены, у остальных 45 (75%) пациентов были определены различные заболевания зубов и слизистой полости рта (табл.1).

Среди них превалировала очаговая деминерализация эмали (75%), кариес зубов был выявлен у 41,7% пациентов. До начала лечебно-профилактических мер у пациентов только у 12,1% обследованных выявлена высокая резистентность эмали (глубина протравки эмали не более 30%). Средняя степень резистентности эмали была выявлена у 42,4% пациентов (глубина протравки эмали от 30% до 60%). Низкая резистентность эмали была выявлена у

45,5% пациентов (глубина протравки эмали была более 60%). Следовательно, у большинства обследованных пациентов (87,9%)

показатели ТЭР-теста указывают на большую вероятность развития кариеса с последующими последствиями.

Таблица 1 - Стоматологический статус у пациентов в возрасте от 13 до 15 лет в день обращения в клинику

Стоматологические заболевания	Всего (n=60)					
	Сравниваемая (n=30)		Основная (n=30)		Итого	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Очаговая деминерализация эмали (в %, по ТЭР тесту)	22	36,7	23	38,3	45	75,0
Кариес (в %)	13	21,7	12	20,0	25	41,7
Заболевания пародонта (в %, по индексу РМА)	8	13,3	9	15,0	17	28,3
Некариозные поражения (в %)	6	10,0	5	8,3	11	18,3
Заболевания СОПР (в %)	5	8,3	4	6,7	9	15,0

\*Стоматологические заболевания не выявлены у 15 (25,0%) пациентов.

Заболевания пародонта встречались равномерно во всех группах, которые в основном были связаны с негигиеническим содержанием полости рта (катаральный гингивит). Заболевания слизистой полости рта встречались у 15,0% детей, которые характеризовались как рецидивирующие афты. Такое состояние зубов и полости рта мы связываем отсутствием лечебно-

профилактических мер и несоблюдением гигиены полости рта. Об этом свидетельствуют результаты анкетирования учащихся и данные объективного исследования. Было выявлено, что подавляющее большинство детей и подростков (74,3%) не были обучены правилам ухода за полостью рта (табл.2).

Таблица 2 - Результаты изучения ГИ полости рта у пациентов в день обращения в клинику (по Грин-Вермиллиону)

Группы больных	n	Результаты гигиенического индекса			
		Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	Плохие
Сравниваемая	30	2	6	12	10
Основная	30	2	5	12	11
В среднем:	60	4	11	24	21
абс. %	100,0	6,7	18,3	40,0	35,0

Результаты изучения гигиенического состояния полости рта у детей у большинства пациентов (75,5%) выявили неудовлетворительные и плохие гигиенические навыки. Только у 7,7% пациентов гигиенического состояния полости рта было хорошее, а у 16,8% - удовлетворительное. Следовательно, росту деминерализации эмали и других заболеваний полости рта у обследованных лиц, прежде всего заболеваний пародонта, оказало существенное влияние неудовлетворительные и плохие гигиенические навыки у пациентов.

Показатели ГИ в динамике у подростков с зубочелюстными аномалиями, получивших комплекс лечебно-профилактических мер, показало улучшение гигиенического состояния гигиены полости рта у 83,3% (до 26,6%, +56,7%) пациентов сравниваемой группы (ГО и В). У пациентов основной группы (ГОиВ+Вифлюорид) - хорошие и удовлетворительные результаты достигли 93,3% (до 26,7%, +66,6%). Если гигиенический индекс до проведения лечебно-профилактических мер в целом составил  $ГИ=2,33\pm 0,18$ , то после курса со-

ставил  $GI=1,29\pm 0,27$  ( $P<0,05$ ). В целом, хорошие и удовлетворительные результаты после проведения комплекса лечебно-профилактических мер составили 88,9% (до 24,6%). У остальных 11,1% пациентов, которые нерегулярно выполняли рекоменда-

ции врача, уровень гигиенического состояния полости рта был неудовлетворительным. Плохой уровень гигиенического состояния полости рта не выявлен ни у одного больного обеих групп (табл.3).

Таблица 3 - Результаты изучения GI полости рта у пациентов, получивших курс профилактических мер (по Грин-Вермиллиону)

Группы больных	Сроки	n	Результаты гигиенического индекса			
			Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	Плохие
Сравниваемая (ГО и В)	До	30	2	6	12	10
	После	30	11	14	5	-
Основная (ГО-иВ+Bifluorid)	До	30	2	6	11	11
	После	30	12	16	2	-
В среднем до лечения		абс.	4	12	23	21
		%	6,7	20,0	38,3	35,0
В среднем после лечения		абс.	23	30	7	-
		%	38,3*	50,0*	11,7*	-

\*) Различия результатов статистически достоверно ( $P<0,05$ ).

Таблица 4 - Результаты исследований у пациентов 13-15 лет после завершения лечебно-профилактических мер ( $M\pm m$ )

Группы больных (по 30 чел.)	Сроки	Показатели				
		Интенсивность кариеса (КПУ)	Прирост интенсивности	ТЭР-тест (%)	Индекс РМА(%)	Индекс гигиены (баллы)
Сравниваемая (ГО и В)	До	2,6±0,05	-	43,5±1,83	39,5±0,74	2,3±0,18
	После	3,1±0,05*	0,5±0,08	39,3±1,65	34,6±0,76*	1,6±0,09*
	P	<0,05	-	<0,5	<0,05	<0,05
Основная (ГО и В+Bifluorid)	До	2,6±0,05	-	43,5±1,83	39,5±0,74	2,3±0,18
	После	2,8±0,04*	0,2±0,05	30,2±1,42*' **	15,2±0,58*' **	0,6±0,08*' **
	P	<0,05	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001

\* Различия результатов статистически достоверно по сравнению с показателями до лечения ( $P<0,05$ ).

\*\* Различия результатов статистически достоверно по отношению к показателям сравниваемой группы после лечения ( $P < 0,05 < 0,001$ ).

Улучшение гигиенического состояния полости рта сопровождалось редукцией кариеса в группе пациентов, где проводился комплекс лечебно-профилактических мероприятий с включением нового противокариозного препарата Bifluorid, статистически достоверным повышением резистентности эмали ( $P<0,05$ ), индексов гигиены полости рта и РМА (табл.4).

Таким образом, установлен статистически достоверный противокариозный эффект комплекса лечебно-профилактических мероприятий с включением противокари-

озного препарата Bifluorid, который улучшает гигиену полости рта, повышает резистентность эмали зубов и вызывает редукцию кариеса зубов у пациентов с зубочелюстными аномалиями перед ортодонтическим лечением.

**Заключение.** В день обращения в клинику у 75% пациентов в возрасте от 13 до 15 лет были определены различные заболевания зубов и слизистой полости рта, у 25% пациентов в полости рта стоматологические заболевания не были обнаружены. Очаговая деминерализация эмали выявлена

у 75%, кариес зубов - у 41,7%, заболевания пародонта – у 28,8%, заболевания СОПР - у 15% детей, которые характеризовались как рецидивирующие афты. Такое состояние зубов и полости рта связано отсутствием лечебно-профилактических мер и несоблюдением гигиены полости рта у 75,5% пациентов (у 24,5% - хорошие и удовлетворительные гигиенические навыки). У большинства больных выявлена средняя и низкая резистентность эмали зубов (87,9%). Это указывало на большую вероятность развития кариеса в процессе ортодонтического лечения несъемной ортодонтической техникой.

Показатели ГИ у пациентов сравнимой группы после проведенного комплекса лечебно-профилактических мер, прежде всего, ГОиВ детей, улучшились почти в 3 раза. У пациентов основной группы эти показатели повысились в 4 раза, а гигиенический индекс с  $ГИ=2,33\pm 0,18$  снизился до  $ГИ=1,29\pm 0,27$  ( $P<0,05$ ). Улучшение гигиенического состояния полости рта сопровождалось редукцией кариеса у пациентов основной группы.

Таким образом, установлено, что применение препарата Bifluorid оказывает выраженный противокариозный эффект, улучшает гигиену полости рта, повышает резистентность эмали зубов, что указывает на целесообразность проведения всем пациентам с зубочелюстными аномалиями перед ортодонтическим лечением целесообразно проведение комплекса лечебно-профилактических мер с включением препарата Bifluorid.

### Литература

1. Леус П.А. Стоматологическое здоровье к 2000 году и в более далекой перспективе// Матер.научной сессии ЦНИИС «Наука - практике». – М.,1998. – С.70-73.
2. Супиев Т.К., Улитовский С.Б., Мирзабеков О.М., Супиева Э.Т. Профилактика стоматологических заболеваний: учебник. – Алматы,2009. – С.41-47.
3. Davies B.E., Anderson R.J. The epidemiology of dental caries in relation to environmental trace elements.// Experientia. – 1987. – Vol. 43, N 1. – P. 87—92.
4. Алдашева М.А. Стоматологический статус, здоровье детей и экологическая ситуация: автореф. дис. ... канд.мед.наук, АГМИ. – Алматы, 1993. – 23 с.
5. Нурашева Г.К. Профилактика и совершенствование методов лечения стоматологических заболеваний у детей, проживающих в регионе разработки газоконденсатного месторождения: автореф. дис. ...канд.мед.наук, КазГМУ. – Алматы,1997. – 24 с.
6. Рысбаева Ж.И. Комплексная реабилитация детей со стоматологическими заболеваниями в кризисной зоне Приаралья: автореф. дис. ...канд.мед.наук, КазГМУ. – Алматы,1998. – 20 с.
7. Мамеков А.Д. Особенности диагностики и ортодонтического лечения аномального положения отдельных зубов сочетанных с дефектами и деформациями зубного ряда: автореф. дис.... докт. мед.наук, КазГМУ. – Алматы, 1997. – 41 с.
8. Уатаева А.Т. Особенности ортодонтического лечения детей и подростков с зубочелюстными аномалиями с применением брекет системы: автореф. дис. ... канд. мед.наук, КазНМУ. – Алматы, 2003. – 28 с.

### Тиш эмалинин уялуу деминерализациясынын алдын алуудагы фтор менен байытылган Bifluorid препаратыны колдонуу клиникалык аныктамасы.

Алматы дипломдон кийинки билим алуу стоматологиялык институту,  
«Concept стоматология» клиникасы (Алматы, Казахстан)

**Резюме.** Тиш кариесине каршы Bifluorid (VOCO, Германия) препаратын колдонуусун аныктоо максаты менен 13-15 жаштагы 60 наристелерде дарылоо-профилактикалык чаралар откорулгон. Препарат Bifluorid колдонуусу маанилуу кариеске каршы, ооз гигиенасы денгелин, тиш эмалинин кариеске каршы туруктуулугун жогорлотуулугу аныкталды.

**Негизги создор:** тиш кариеси, профилактика, Бифлюорид.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСЕ С ОЗОНИРОВАННЫМИ РАСТВОРАМИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Мусаева Н.А.

Национальный хирургический центр МЗ Кыргызской Республики. г. Бишкек

**Резюме:** представлены результаты профилактики осложнений 71 больных с использованием инфракрасного излучения в комплексе с озонированными растворами. Контрольную группу составили 96 больных у которых использовали антибиотики. В контрольной группе осложнения составили 13,5%, а в основной 4,5%.

Ключевые слова: заболевания половых органов у женщин, оперативное лечение, профилактика осложнений, озон, инфракрасное излучение.

*Assessment of the effectiveness of infrared laser radiation in combination with ozonized solutions in preventing complications in operative gynaecology*

Musaeva, N. A.

National Surgical Center named after M.M. Mamakeev. Kyrgyz Republic. Bishkek

**Abstract:** Presented in this paper are the prophylaxis results of post-surgical complications in 71 patients using infrared laser radiation in combination with ozonized solutions. A control group was made of 96 patients who had been treated with antibiotic prophylaxis. In the control group, complications were found in 13.5% of cases, and in the experimental group - 4.5%.

**Keywords:** Female genital diseases, surgical treatment, prophylaxis of complications, ozone, infrared radiation.

Одной из актуальных проблем оперативной гинекологии является профилактика гнойно-воспалительных осложнений, возникновение которых не только увеличивают сроки стационарного лечения и материальных затрат, но и являются одной из причин возникновения нарушений репродуктивной функции, лечение которых довольно сложно и не всегда успешно[2,6].

Трудно перечислить все меры профилактики, которые использовали гинекологи и хирурги, но более широкое применение нашли антибиотики в различных вариантах их использования. Но по мере накопления клинического материала были выявлены и их недостатки: появление повышенной чувствительности у больных, необходимость введения через определенные сроки, но наиболее выраженным недостатком является снижение чувствительности микробов к части применяемым антибиотикам и угнетение иммунологической защиты организма больных[1,3,4]. Для преодоления этих недостатков идут поиски все новых и новых антибиотиков, разрабатываются пути их введения.

Многие исследователи отмечают, что в профилактика осложнений целесообразнее использовать физические факторы (УФО, лазер, ультразвук, магнит, озон и др.), которые более эффективнее [1,5]. Если

физические факторы нашли применение в хирургии, то в гинекологии, особенно инфракрасное излучение и озонированные растворы, использованы в виде монотерапии, что касается комплекса мер, то этот вопрос еще окончательно не решен, что явилось основанием для выполнения данного исследования.

**Цель работы** – дать оценку применения инфракрасного лазерного излучения в сочетании с озонированными растворами в оперативной гинекологии.

**Материал и методика исследования.** Под наблюдением находилось 167 женщин, которые были оперированы по поводу заболеваний женских половых органов, их возраст колебался от 16 до 82 лет, но наибольшую группу составили больные от 30 до 50 лет. Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Для оценки эффективности использования мер профилактики мы выделили две группы: первую группу составили больные, которые после операции получали традиционные меры профилактики, принятые в клинике – это антибиотики, обезболивающие средства и инфузионную терапию и во вторую группу мы включили больных, которым в комплекс мер профилактики назначали орошение операционной раны и малого таза в момент операции озониро-

ванном раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл, использовали только свежеприготовленные растворы, и на следующий день выполняли инфракрасное лазерное излучение аппаратом Мустанг, мощностью 150 Гц, длина волны 0,83 кмк с экспозицией в 10 минут, курс 5-6 сеансов.

В обследовании больных помимо общего анализа крови и мочи, ЭКГ и свертываемости, вычисляли лейкоцитарный индекс интоксикации, выполняли УЗИ для определения характера заболевания. Для оценки эффективности мер профилактики использовали клинические показатели: ис-

чезновение болевого синдрома, нормализация количества лейкоцитов, нормализация температуры, частота осложнений и сроки стационарного лечения.

Эффективность оценивали с учетом характера выполненной операции, как это рекомендуют В.В.Омельяновский и соавт. [7] и Н.И.Тапильская и соавт. [8], операции «чистые», «условно-чистые» и «грязные».

**Результаты и их обсуждение.** В контрольной группе оперировано 96 женщин, типы выполненных операций даны в таблице 1. В результате антибиотикопрфилактики осложнения после операции возникли у 13 больных, что составило 13,5%.

Таблица 1 - Типы выполненных операций

Тип операции	Всего больных	
	абс.ч. n-96	%
Экстирпация матки с придатками абдоминальным путем	7	7,3
Экстирпация матки без придатков абдоминальным путем	6	6,3
Экстирпация матки влагалищным путем+пластика влагалища	10	10,4
Надвлагалищная ампутация матки без придатков	9	9,4
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	7	7,3
Ампутация шейки матки и пластика влагалища	6	6,3
Консервативная миомэктомия	2	2,1
Консервативная миомэктомия+резекция яичника	3	3,1
Консервативная миомэктомия+кистэктомия	1	1,0
Пластика влагалища	11	11,5
Резекция яичника	7	7,3
Кистэктомия	2	2,1
Тубэктомия	7	7,3
Двухсторонняя тубэктомия с вылущиванием кисты и аппендэктомией	2	2,1
Аднексэктомия с кистэктомией	2	2,1
Абдоминальное удаление ВМС	1	1,0
Резекция яичника с кистэктомией и аппендэктомией	1	1,0
Тубэктомия с резекцией яичника	1	1,0
Двухсторонняя овариэктомия	1	1,0
Вылущивание кисты влагалища	1	1,0
Тубэктомия с вылущиванием кисты яичника	1	1,0
Односторонняя овариэктомия с вылущиванием кисты яичника	1	1,0
Аднексэктомия, тубэктомия с резекцией яичника	1	1,0
Аднексэктомия, тубэктомия с резекцией большого сальника	1	1,0
Двухсторонняя тубэктомия с вылущиванием кисты	1	1,0
Аднексэктомия с резекцией яичника	1	1,0
Аднексэктомия с аппендэктомией	1	1,0
Аднексэктомия, тубэктомия, резекция яичника с аппендэктомией	1	1,0
Двухсторонняя тубэктомия, резекция яичника с аппендэктомией	1	1,0
Итого	96	100,0

Основную группу составили 71 женщин, которые также были оперированы. Типы операций даны в таблице 2. Анализ полученных данных показал, что при использовании озонированных растворов и лазерного излучения осложнения имело место у 4(4,5%), хотя эта группа была

наиболее тяжелой.

Для сравнения контрольной и основной групп сравнения лишь по общему числу недостаточно, поэтому мы сравнивали клинические показатели в сравнении с характером операций, «чистые», «условно-чистые» и «грязные» (табл. 3).

Таблица 2 - Типы выполненных операций

Тип операции	Абс.ч	%
Тубэктомия		
-односторонняя	18	25,3
-двухсторонняя	4	5,6
-с аппендэктомией	4	5,6
-с резекцией большого сальника	1	1,4
-вылуциванием кисты яичника	3	4,3
-с овариоэктомией	1	1,4
Вылуцивание кисты яичника	14	19,7
- с аппендэктомией	5	7,1
Аднексэктомия	8	11,2
-резекцией яичника	2	2,9
-тубэктомией, резекцией яичника и аппендэктомией	1	1,4
Резекция яичника	1	1,4
Овариоэктомия	1	1,4
Аппендэктомия	2	2,9
Экстирпация матки без придатков	4	5,6
Экстирпация матки с обеими маточными трубами	1	1,4
Надвлагалищная ампутация матки	1	1,4
Итого	71	100,0

Таблица 3 - Клинические показатели при использовании мер профилактики

Характер операции	Группы обследованных	Характер операций		
		«чистые»	«условно-чистые»	«грязные»
Нормализация температуры, сутки	1	1,5±0,32	2,4±0,29	4,3±0,31
	2	1,7±0,21	1,9±0,18	2,1±0,42
P		>0,05	>0,05	<0,05
Исчезновение болевого синдрома, сутки	1	2,3±0,41	2,8±0,18	3,1±0,51
	2	2,5±0,32	2,7±0,28	3,2±0,36
P		>0,05	>0,05	>0,05
Количество осложнений, абс.ч.	1	2	3	8
	2	-	2	2
P				
Проведено койко дней в стационаре, сутки	1	6,9±0,32	7,4±0,19	9,9±0,41
	2	5,7±0,27	5,1±0,27	6,9±0,31
P		<0,05	<0,01	<0,01

1 – группа, получавшая антибиотики;

2 – группа, получавшая озонированные растворы в сочетании с инфракрасным облучением

При сопоставлении клинических показателей в группе больных с «чистыми»

операциями в обеих сравниваемых группах результаты были равнозначны, кроме срока

пребывания в стационаре. Осложнения в этой группе возникли у 2, в то время как при использовании озонированных растворов и инфракрасного облучения при «чистых» операциях осложнений не было.

У больных с «условно-чистыми» операциями нормализация температуры достоверно раньше наступала в группе больных, получавших орошение малого таза озонированными растворами в сочетании с инфра-красным облучением и в этой же группе реже возникали осложнения и короче было стационарное лечение ( $7,4 \pm 0,19$  и  $5,1 \pm 0,27$ , соответственно).

У больных с «грязными» операциями раньше наступала нормализация температуры тела и меньше были сроки пребывания в стационаре ( $P < 0,05$ ) в группе, получавших озонированные растворы и инфракрасное облучение, а также существенно

реже возникали осложнения. Так, если в первой группе из 53 больных осложнения после операции были выявлены у 8 оперированных, то во второй - у 2 из 46. Также отмечены существенные различия и в сроках стационарного лечения. В первой группе они составили  $9,9 \pm 0,41$  койко дней, а во второй –  $6,9 \pm 0,31$ . Различия достоверны ( $P < 0,01$ ).

Следовательно, клинические показатели были более благоприятны во второй группе обследованных больных.

Используя с целью профилактики воспалительных осложнений анти-биотики и озонированные растворы в сочетании с инфракрасным лазерным облучением, мы построили алгоритм, позволяющий выбрать метод и объем мер профилактики, что и явилось решением основной задачи для нашего исследования (рис.1).



Рис.1. Алгоритм мер профилактики послеоперационных осложнений у женщин с заболеваниями половых органов

Таким образом, результаты наших исследований показали, что при «чистых» операциях антибиотики назначать нецелесообразно, а можно ограничиться орошением раны и малого таза озонированным рас-

твором в момент операции, а после операции провести курс инфракрасного излучения. При «условно-чистых» и «грязных» использовать методы указанные в алгоритме.

**Литература**

1. Асылбашев, Р. Программированное лечение гнойных ран [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук. Бишкек, 2007.- 21с.
2. Буянова, С.Н. Профилактика и лечение бактериального вагиноза после антибиотикотерапии в оперативной гинекологии [Текст]/ С.Н. Буянова, М.В. Мгелиашвили // Российский вестник акушер – гинеколога. – 2009.- №5.- С. 82-84.
3. Гостищев, В.К. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии / В.К. Гостищев: Методические рекомендации. М., 2001. – 8с.
4. Гудз, И.М. Клинические и иммунологические последствия профилактического применения антибиотиков [Текст]/И.М.Гудз// Клиническая хирургия.- 1998.- №1.- С.3-5.
5. Калущий, П.В. Влияние магнитно – инфракрасно- лазерной терапии на фагоцитарную активность нейтрофилов периферической крови у экспериментальных животных [Текст]/ П.В. Калущий, О.А. Суслова// Медицинский научный и учебно- методический журнал. М., 2002.- №9 – С.61-64.
6. Кулаков , В.И. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии [Текст]/ В.И. Кулаков, Б.Л.Гуртовой// Акушерство и гинекология. – 2004.- №1. –С.3-6.
7. Омеляновский, В.В. Основные принципы антибиотикопрофилактики в гинекологии [Текст]/ В.В. Омеляновский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина// Вестник Российской Ассоциации акушер – гинекологов. – 1999. - №3, - С. 18-24.
8. Тапильская, Н.И. Применение Генферона в комплексном лечении больных с послеоперационными осложнениями, возникшими после выполнения «условно-чистых» гинекологических операций [Текст]/ Н.И. Тапильская, Р.Н. Глушаков, И.В. Семенов// Российский вестник акушер – гинеколога. – 2011. - №6. – С.61-65.

---

**Оперативдик гинекологияда жарат кабылдоолордун алдын алууда озон эритмелери менен кошумча инфракызыл нурлануунун натыйжалуулугуна баа берүү**

*Мусаева Н.А.*

*М.М. Мамакеев атындагы Улуттук хирургия борбору  
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы*

*Корутунду: гинекологиялык ооруга чалдыккан 71 оорулуга карата кабылдоолорду алдын алуу үчүн озон эритмелери менен кошумча инфракызыл нурлануу колдонулду. Контролдук топто 96 орулууга карата антибиотиктер гана колдонулду. Контролдук топто кабылдоо 13,5% болду, ал эми негизги топто 4,5%.*

*Чечүүчү сөздөр: ички жыныс органдардын оорулары, оперативдик дарылоо, алдын алуу, озон, инфракызыл нурдануу.*

---

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Сулайманов С.Б.

Железнодорожная больница г. Бишкек

*Изучена сравнительная результативность лапаротомической и лапароскопической операции при трубной беременности.*

**Ключевые слова:** трубная беременность, лапаротомия, лапароскопия.

### **THE COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF THE TRADITIONAL AND LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE TUBAL PREGNANCY**

**S.B. Sulaymanov**

*There was studied the comparative effectiveness of the laparotomic and laparoscopic surgery for the tubal pregnancy.*

**Keywords:** tubal pregnancy, laparotomy, laparoscopy.

Вопросы диагностики и лечения трубной беременности остаются актуальными, прежде всего, в связи с тем, что эта патология стабильно занимает ведущее место в структуре ургентной гинекологической заболеваемости [2,8]. Частота внематочной беременности по отношению к общему числу беременностей в настоящее время составляет 1,2-1,4% и сохраняет стойкую тенденцию к росту, особенно в группе молодых нерожавших женщин [3,5,6].

В течение последних десятилетий в лечении внематочной беременности активно внедряются методы органосохраняющих операций [1,4]. Между тем, само чревосечение, которое долгое время являлось единственным операционным доступом, имеет ряд недостатков, выражающихся в операционной травме и в развитии послеоперационного спаечного процесса. По этим причинам в настоящее время более широкое распространение для проведения органосохраняющих операций при трубной беременности приобретает эндоскопический доступ [1,2,7].

**Целью** данного исследования явилась сравнительная оценка лечебной результативности традиционных и лапароскопических вмешательств при трубной беременности.

**Материал и методы исследования.** Объектом исследования явились 200 пациенток с трубной беременностью, оперированных в городской гинекологической больнице г. Бишкек. В зависимости от

способа лечения их эти пациентки распределены на 2 группы: **контрольная**, куда вошли 100 пациенток, которым выполнена традиционная операция и **основная**, куда вошли 100 пациенток, которым операция была произведена с помощью комбинированной лапароскопии. Сопоставлялись ряд клинических параметров (самочувствие, интенсивность болевого симптома, частота дыхания и пульса, АД), лабораторных (лейкограмма, СОЭ и ЛИИ), а также формальных (средняя длительность пребывания в стационаре, средняя частота послеоперационных осложнений, койко-дни) показателей.

**Результаты исследования.** В ходе нашего исследования выявлено, что у пациенток основной группы по сравнению с пациентками контрольной группы на 2-е сутки после операции самочувствие было удовлетворительным, а такие показатели, как ЧС, ЧСС, АД, температура тела практически нормализовались (табл. 1).

Следует отметить, что пациенты основной группы практически не ощущали болей и вздутие живота и были активны. Между тем, после лапаротомной операции больные оставались менее активными и жаловались на боли вокруг операционных швов на протяжении 3-4 суток после операции.

Как видно из таблицы 2. у больных контрольной группы в течение первых двух суток послеоперационного периода сохраняется лейкоцитоз ( $11,1 \pm 1,2^9$ /л) и нейтрофилез. Между тем, в отличие от них, у

больных основной группы лейкоцитоз и нейтрофилез не наблюдается.

У больных, перенесших лапаротомию в указанный срок исследования сохраняет-

ся и повышенной СОЭ, а уровень ЛИИ равнялся  $2,68 \pm 0,22$ , тогда как у лапароскопированных больных эти показатели также нормализуются.

Таблица 1. - Клинические показатели на 2-е сутки после операции

Показатели	Клинические группы	
	Контрольная	Основная
Болевой синдром	Значительные	Умеренные
Самочувствие	Подавленное	Удовлетворительное
ЧД	$26,2 \pm 2,1$	$20,3 \pm 1,1^*$
ЧСС	$108,4 \pm 5,1$	$90,2 \pm 3,1^*$
АД	Гипотония	Норма
Перистальтика кишечника	Вялая	Активная
T <sup>0</sup>	$38,8 \pm 0,4$	$37,5 \pm 0,5^*$

Примечание: \* - достоверно в сравнении с контрольной группой.

Таблица 2. - Лабораторные показатели на 2-е сутки после операции

Показатели	Клинические группы	
	Контрольная	Основная
Лейк.	$11,1 \pm 2,0^*$	$8,8 \pm 1,1^{**}$
Пал.	$6,8 \pm 0,6^*$	$4,1 \pm 0,2^{**}$
Сегм.	$68,8 \pm 6,1$	$60,2 \pm 2,5$
СОЭ	$23,2 \pm 3,5^*$	$14,4 \pm 1,0^{**}$
ЛИИ	$2,68 \pm 0,22^*$	$1,16 \pm 0,31^{**}$

Примечание: \* - достоверно в сравнении с нормой;

\*\* - достоверно в сравнении с контрольной группой

Таблица 3. - Характер послеоперационных осложнений

Осложнения со стороны	Клинические группы			
	Контрольная		Основная	
	абс.	%	абс.	%
Легких и плевры:				
- пневмония	4	4,0	-	-
- плеврит	2	2,0	-	-
Кишечников:				
- ранняя спаечная непроходимость	1	1,0	-	-
- стойкая динамическая непроходимость	5	5,0	-	-
Брюшной полости:				
- абсцесс брюшной полости	1	1,0	-	-
- абсцесс полости малого таза	1	1,0	-	-
Послеоперационной раны:				
- нагноение	8	8,0	2	2,0
- инфильтрат	8	8,0	2	2,0

Характер осложнений в послеоперационном периоде приведены в таблице 3. В контрольной группе осложнения раневого характера отмечались у 16 из 100 оперированных больных. У 6 больных наблюдались легочно-плевральные осложнения.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость отмечалась у 1 пациентки, по поводу которой ей была выполнена релапаротомия. Кроме того, у 5 больных в послеоперационном периоде на протяжении 2-5 суток держался стойкий парез кишечника.

У 2 больных после лапаротомии в брюшной полости в сроки 8 и 12 суток обнаруживались остаточные гнойники. Причем, в одном случае лишь в полости малого таза, а в другом – в левой боковой области брюшной полости. Этим больным также выполнена релапаротомия.

При использовании лапароскопической технологии послеоперационные осложнения носили исключительно раневой характер и возникли они лишь у 4 из

100 больных (4%) . После лапароскопической операции у 2-х больных в месте введения троакара наблюдался инфильтрат, а еще у 2-х больных отмечалось нагноение раны в области раны, откуда извлекался препарат.

В контрольной группе среднее пребывание в стационаре составило  $12,2 \pm 2,3$  койко-дней, а в основной –  $3,5 \pm 0,5$  койко-дней, то есть почти в 4 раза меньше по сравнению с контрольной группой (табл. 4).

Таблица 4. - Сроки нормализации некоторых показателей в раннем послеоперационном периоде

Показатели	Клинические группы	
	Контрольная	Основная
Нормализация температуры (сут)	$4,3 \pm 1,6$	$2,1 \pm 0,3^*$
Нормализация уровня лейкоцитов (сут)	$3,9 \pm 1,2$	$2,0 \pm 0,5^*$
Восстановление перистальтики (сут)	$5,0 \pm 1,4$	$1,5 \pm 0,4^*$
Койко-дни в стационаре (сут)	$12,2 \pm 2,3$	$3,5 \pm 0,5^*$

Примечание:  $* < 0,05$  при сравнении с контрольной группой.

Таким образом, по степени агрессивности операции, выполненные на базе лапароскопической технологии отличаются щадящим характером, нежели операции, выполненные лапаротомным доступом. В частности, после лапароскопических операций быстрее восстанавливается нормальная перистальтика кишечника, нормальная лейкограмма и температуры тела.

**Заключение.** Таким образом, наше исследование показало, что в контрольной группе осложнения раневого характера отмечались у 16,0% больных, а легочно-плевральные осложнения отмечены у 6 больных. Более того, в 2,0% случаев в послеоперационном периоде развивается внутрибрюшной остаточный гнойник, требующий повторной операции, тогда как при использовании лапароскопической технологии послеоперационные осложнения носили исключительно раневой характер и возникли лишь у 4% больных.

В основной группе среднее пребывание в стационаре почти в 4 раза меньше по сравнению с контрольной группой. В этом плане, лапароскопической технологии отличаются щадящим характером, нежели операции, выполненные лапаротомным доступом, что подтверждается более быстрым восстановлением нормальной пери-

стальтики кишечника, лейкограммы и температуры тела.

#### Список литературы

1. Адамян Л.В. Современные подходы к лечению эктопической беременности / Л.В. Адамян, И.С. Чернова, А.В. Козаченко // Проблемы репродукции.-2008. Спецвыпуск. С. 177-178.
2. Будаев А.И. Диагностика и лечение трубной беременности эндоскопическим методом // Казан.мед.журнал. 2000. №3. – С.204-206.
3. Козаченко А.В. Современные аспекты этиологии и патогенеза эктопической беременности (обзор литературы) / А.В. Козаченко, И.С. Чернова // Проблемы репродукции. — 2009. — № 5. — С. 28—32.
4. Лялина Е.А. Результаты линейной лапароскопической сальпинготомии при трубной эктопической беременности / Е.А. Лялина, Ш.Б. Баранов // Проблемы репродукции.- 2009. Спец. выпуск. - С.243-244.
5. Серова О.Ф. Внематочная беременность: современные аспекты этиологии и патогенеза / О. Ф. Серова А.К. Кириченко Л.В. Ермаченко и др., // Российский вестник акушера-гинеколога. Медиасфера. - 2006.
6. Чернова И.С. Современные аспекты этиологии и патогенеза эктопической беременности (обзор литературы) / И.С. Чернова, А.В. Козаченко // Проблемы репродукции. 2009. - № 5. - С. 28-32.
7. Molina Sosa A. Conservative, laparoscopic and medical treatment of ectopic pregnancy / Source Article in Spanish. // Ginecol Obstet Mex. 2007. Sep;75(9):539-48.
8. Varma R, Gupta J. Tubal ectopic pregnancy // Clin Evid (Online). 2012 Feb 10; 2012.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Мусаев У.С.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Городская клиническая больница №1 г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Даны результаты оперативного лечения 869 больных с острым холециститом. Холецистэктомия традиционным доступом осуществлена у 106 (12,2%), минилапаротомным - у 751 (86,4%), лапароскопически - у 12 (1,4%) больных. Осложнения выявлены у 16 (1,8%), умер - 1 (0,1%).

**Ключевые слова:** желчный пузырь, холецистит, доступы, оперативное лечение, осложнения, летальность.

### MODERN APPROACHES TO TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

U.S. Musayev

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, City Clinical Hospital №1, Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** Given the results of surgical treatment of 869 patients with acute cholecystitis. Conventional method cholecystectomy performed in 106 (12.2%), minilaparotomy - at 751 (86.4%), laparoscopically - 12 (1.4%) patients. Complications were observed in 16 (1.8%), died - 1 (0.1%).

**Key words:** gallbladder, cholecystitis, approaches, surgical treatment, complications, mortality.

**Введение.** Лечение больных острым калькулезным холециститом остается одной из важных проблем в абдоминальной хирургии не только в связи с неуклонным ростом заболеваемости и частотой осложненных форм, но и отсутствием тенденции к снижению осложнений и летальности в ближайшем послеоперационном периоде и неблагоприятных исходов в отдаленные сроки, особенно у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями [1,2,5].

К настоящему времени детально разработаны варианты холецистэктомии, внедрены в практику клинической хирургии новые технологии, позволяющие снизить травматичность операции, используется ряд физических факторов для профилактики воспалительных осложнений, которые направлены на улучшение результатов лечения больных с острым холециститом [4,5,6,7]. Накопленный материал позволяет оценить результаты.

**Цель работы:** представить результаты оперативного лечения больных острым калькулезным холециститом с использованием разработанных тактических и технических подходов.

**Материал и методики исследования.** Под наблюдением находились 869 оперированных больных по поводу острого холецистита в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 в

период с 2012 по 2013 годы.

Из числа поступивших преобладали женщины, возраст больных колебался от 19 до 82 лет, но большинство поступивших были старше 40 лет.

При поступлении уделяли внимание анамнезу заболевания, данным объективного обследования, но основным диагностическим методом было ультразвуковое исследование, (УЗИ) при котором оценивали состояние печени, желчного пузыря и желчных протоков, а также обязательно исследовали органы брюшной полости и малого таза для выявления сопутствующих заболеваний. Помимо общего анализа крови и мочи, выполняли биохимические исследования для оценки функционального состояния печени и почек.

УЗИ выполняли до операции и обязательно многократно после операции для своевременного выявления осложнений брюшной полости и раневых осложнений.

**Результаты и их обсуждение.** В результате выполненных исследований острый калькулезный холецистит выявлен у 768, сочетание холецистита с холедохолиаэзом - у 74, а у 27 обнаружены признаки нарушения проходимости холедоха, а конкременты выявлены лишь в момент операции. Все больные оперированы. Типы операций и характер осложнений при них даны в таблице 1.

Таблица 1 - Типы операций и характер осложнений у больных острым холециститом, оперированных в 2012-2013 годах

Тип операции	Всего больных		из них возникли осложнения					Всего
	абс. ч.	%	Нагноение раны	инфильтрат	Инфаркт миокарда	Парез кишечника	пневмония	
Холецистэктомия	768	88,4	2	3	1	2	1	9
Холецистэктомия + холедохолитотомия с дренированием по Вишневному	43	4,9	1	1		-	1	3
по Керу	31	3,6	-	1		-	-	1
Холедоходуоденоанастомоз	15	1,7	-	1		-	-	1
Холедохоюноанастомоз на выключенной петле по Ру	12	1,4	1	1		-	-	2
Итого	абс.ч.	869	7		1	2	2	16
	%		0,8			0,2	0,2	1,8

В лечении больных мы придерживались следующих подходов. При обнаружении окклюзионного холецистита (46 чел.), если не было тяжелых сопутствующих заболеваний, мы выполняли экстренную холецистэктомию, так как наши наблюдения показали, что при выжидании быстро развиваются деструктивные формы холецистита, после операции у них чаще развиваются осложнения и больные длительное время находятся в стационаре. Экстренные операции также выполнялись нами у больных с острым холециститом, осложненным местным или общим перитонитом.

При поступлении больных с клиникой острого холецистита мы вели наблюдение на протяжении 12 часов. В этот период выполняли инфузионную, спазмолитическую и противовоспалительную терапию. Если за этот период наблюдения не наступало улучшения, то больных оперировали, а если наступало улучшение состояния, то операцию выполняли через один-два дня. Мы не выписывали этих больных, так как наблюдения показали, что у больных вновь появляются приступы болей, ухудшаются показатели состояния печени и операции выполняются в худших условиях для паци-

ента и врача.

Особое внимание мы уделили выбору доступа для выполнения холецистэктомии. С этой целью мы перед операцией выполняли УЗИ для определения расположения желчного пузыря и вычисляли эхоморфометрические критерии. Измеряли толщину кожи и мягких тканей от белой линии живота до париетальной брюшины, от средней линии живота до шейки пузыря, от реберной дуги до тела желчного пузыря. Если первое измерение было не более 6 см, второе не более 8 см, а третье не более 10 см, то решали в пользу минилапаротомного доступа.

Традиционный лапаротомный доступ использовали при ожирении III степени, при наличии воспалительного процесса вокруг желчного пузыря, при перивезикулярном абсцессе, при разлитом перитоните, а в остальных случаях холецистэктомию выполняли из минидоступа, а у 12 больных - лапароскопическую холецистэктомию. При использовании любого оперативного доступа выполняли тщательный гемостаз, желчный пузырь чаще удаляли от шейки, очень редко от дна, обрабатывали ложе пузыря и обязательно дренировали подпече-

ночное пространство.

При холедохолитиазе выполняли холедохотомию, удаляли конкременты и обязательно проверяли проходимость холедоха, насколько полно удалены конкременты. Контроль включал зондирование холедоха, холедохоскопию и при неуверенности полного удаления конкрементов - интраоперационную холангиографию. После холедохотомии дренировали холедох чаще по Вишневскому, реже по Керу и Пиковскому при достаточном диаметре пузырного протока. У 27 больных при наличии множества мелких, замазкообразных камней выполняли билиодигестивные анастомозы, чаще холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову и реже - при наличии дуоденостаза холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

При анализе результатов оперативного лечения больных острым холециститом установлено, что осложнения возникли у 16 больных (1,8%), умерла одна больная от возникшего острого инфаркта миокарда в первые сутки после операции.

Таким образом, наши наблюдения показали возможность улучшения результатов оперативного лечения больных острым холециститом путем внедрения разработанных тактических и технических решений.

#### Литература:

1. Ардаинов, Т.Б. Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза [Текст] / Т.Б. Ардаинов, С.А. Будзинский, А.Г. Паньков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2013. – Том 18, № 1. – С. 23-26.
2. Борисов, А.Е. Малоинвазивные тех-

нологии в лечении желчекаменной болезни, осложненные поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки [Текст] / А.Е. Борисов, В.П. Земляной // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2004. – № 2. – С. 22-30.

3. Васильева, О.И. Желчнокаменная болезнь как проблема хирургического лечения: показания, техника, осложнения, прогноз [Текст] / О.И. Васильева, Э.Х. Акрамов, Я.Ш. Абдулбакиев // *Проблемы саногенного и патогенного эффектов эндо- и экзозеологического воздействия на внутреннюю среду организма: Материалы Евразийского симпозиума*. – Чолпон-Ата, 2009. – С.90-95.
4. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите [Текст] / [Н.А. Кузнецов, Л.С. Аронов, С.В. Харитонов и др.] // *Хирургия*. – 2003. - № 5. – С. 19-27.
5. Добровольский, С.Р. Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии [Текст] / С.Р. Добровольский, П.М. Богопольский, И.В. Нагай // *Хирургия*. – 2004. - № 7. – С. 56-60.
6. Дадвани, С.А. Желчнокаменная болезнь [Текст] / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутко. – М.: Видар, 2005. – 139 с.
7. Fitzgibbons, R. Acute cholecystitis. Does the clinical diagnosis with the pathological diagnosis [Text] / R. Fitzgibbons, A. Tseng, H. Wang // *Surg. Endosc.* – 1996. - # 10. – P. 1180-1184.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ****Мусаев А.И., Оморов Р.А., Имашев У.Д., Мусаев У.С., Максут уулу Эрлан****Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Городская клиническая больница №1, Бишкек, Кыргызская Республика**

**Резюме:** Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 111 больных хроническим калькулезным холециститом и у 4-х – острым. Переход на лапаротомную холецистэктомию был у 12 (10,4%). Осложнения в момент операции отмечены у 5 оперированных (4,3%). Летальных исходов не было.

**Ключевые слова:** калькулезный холецистит, оперативное лечение, лапароскопическая холецистэктомия, осложнения.

**RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY****Musaev A.I., Omorov R.A., Imashev U.D., Musaev U.S., Maksut uulu Erlan****Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev Municipal clinical hospital №1, Bishkek, Kyrgyz Republic**

**Resume.** Laparoscopic cholecystectomy was performed in 111 patients with chronic calculous cholecystitis and in 4 – with acute cholecystitis. Conversion in laparotomy cholecystectomy was in 12 (10.4%). Complications at the operation were noted in 5 operated patients (4.3%). Death outcomes were not.

**Key words:** calculous cholecystitis, surgery, laparoscopic cholecystectomy, complications.

**Введение.** Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время стала выполняться не только в крупных хирургических центрах, но и в ряде городских и сельских лечебных учреждений [1,6]. Все исследователи отмечают положительные стороны этого вмешательства: малая травматичность, короткие сроки стационарного лечения, быстрое восстановление трудоспособности [4,5]. Однако широкое применение этих операций привело к значительному росту интраоперационных осложнений [2,3]. Кроме того, в последние годы отмечается значительное расширение показаний к ЛХЭ. В период внедрения ЛХЭ в клиническую практику такие сопутствующие заболевания, как пороки сердца с нарушением гемодинамики, хроническая форма ишемической болезни сердца, артериальная гипертензия IIБ, нарушения ритма сердца, гормонозависимая бронхиальная астма, ожирение высокой и крайней степени, острый холецистит, холедохолитиаз и некоторые другие, а также состояния после перенесенных операций на верхнем этаже брюшной полости считались противопоказанием к выполнению этой операции, но по мере накопления опыта, совершенствования техники операции число противопоказаний к выполнению лапароскопии стало уменьшаться и в последнее время все чаще встречаются публикации об успешно выполненных операциях при подобных заболеваниях и состояниях [1, 2, 4, 5,6].

**Материалы и методы.** С сентября

2009 г. по июнь 2014 г. выполнены 115 ЛХЭ. Лапароскопическим способом были выполнены 103 операции, завершены лапаротомным 12 (10,4%). У 111 больных показанием для выполнения операции был хронический калькулезный холецистит, у 4 – острый.

Больные были в возрасте от 21 до 87 лет, большинство составили пациенты наиболее работоспособного возраста - от 30 до 60 лет, но и пациенты старшей возрастной группы (от 61 года до 87 лет) составили значительный удельный вес (21 чел. - 18,3%).

Для большинства больных требовалось решение вопроса о способе холецистэктомии и только после проведенных дополнительных обследований (а у ряда больных — после медикаментозной терапии) было принято решение о выполнении операции лапароскопическим способом.

**Особенности выполнения отдельных этапов вмешательства:**

- анестезиологическое пособие в большинстве случаев при выполнении ЛХЭ - интубационный наркоз с применением миорелаксантов среднего и короткого действия. В ряде случаев использовали масочный наркоз. Для проведения эндоскопической операции применяли аппаратуру фирмы «Альгеер», инструментарий фирм «Алгеер», «Ethicon endosurgery». ЛХЭ в большинстве случаев выполняли по стандартной методике, используя 3 троакара (2 – 10- и 2 - 5-миллиметровых), в позиции, когда

хирург стоит справа от больного [6]. Только у 12 больных гиперстеничной конституции, с большим объемом брюшной полости, мы сочли возможным сделать операцию из четырех проколов. У пациентов с увеличенным размером левой доли печени, которая прикрывала зону оперативного вмешательства, а также при значительном объеме большого сальника, который «наплывал» на область шейки желчного пузыря и мешал выполнению операции, нам пришлось вводить дополнительный 4-й троакар.

По мере накопления опыта мы изменили условия выполнения и некоторые технические приемы лапароскопических вмешательств на желчном пузыре. Так, последние 3 года при выполнении любых лапароскопических вмешательств мы используем крупноформатную переднебоковую 30-градусную оптику. Это позволило нам оперировать больных при внутрибрюшном давлении 8—14 мм рт.ст., а при необходимости проводить операцию при давлении 6—8 мм рт.ст., что значительно облегчает течение послеоперационного периода и сводит к минимуму риск, связанный с анестезией, и тромбоемболических осложнений у пациентов с сопутствующей сердечно-легочной патологией. Кроме того, использование 30-градусной оптики упрощает процедуру осмотра органов малого таза и, что наиболее важно, существенно облегчает выделение элементов шейки желчного пузыря при выраженных рубцово-инфильтративных изменениях в этой зоне и у больных с ожирением. Практически на всех операциях использовали атравматичные зажимы, что позволяло избежать излишней травмы органов и тканей и как следствие - геморрагии и перфорации.

При выраженных воспалительных явлениях в зоне треугольника Кало для лучшей визуализации элементов шейки желчного пузыря и общего желчного протока (ОЖП) стали чаще применять прием «подсушивания» тупфером. В последние 2 года чаще заканчиваем операцию дренированием надпеченочного и подпеченочного пространства. Кроме того, если в первые годы выпускники в параумбиликальную рану ставили крайне редко, то в последнее время

(2 года) используем их у 45-50% больных. Эти меры позволили свести к минимуму процент гнойно-воспалительных осложнений, как в брюшной полости, так и в области параумбиликальной раны.

**Результаты и обсуждение.** В ходе лапароскопического вмешательства у 12 (10,4%) больных пришлось перейти на операцию из лапаротомного доступа. Причиной перехода на лапаротомию у 3 больных был выраженный рубцово-спаечный процесс вокруг желчного пузыря или в области его шейки, у одного больного - подозрение на билио-билиарные или билиодигестивные свищи. Только у 8 оперированных причиной смены способа вмешательства были диагностированные интраоперационные осложнения: в одном случае - травма внепеченочных желчных протоков, в 7 - кровотечение из крупного сосуда печени в области ложа желчного пузыря.

Тяжелые интраоперационные осложнения мы наблюдали у 5 больных. Среди них наиболее тяжелая категория - пациент с травмой внепеченочных желчных протоков, на уровне общего печеночного протока (1 случай), попытка остановки кровотечения из пузырной артерии путем длительной коагуляции и клипирования в условиях плохой видимости (4 случая). Во всех случаях операция была продолжена из лапаротомного доступа. В нашей практике отмечены кровотечения у 3 больных из пузырной артерии. Кровопотеря при этом осложнении составила от 200 до 400 мл. Все кровотечения были остановлены лапароскопическими манипуляциями.

Кровотечение из ткани печени возникло в первые сутки после операции у 2 больных. У одного из них было слабовыраженное кровотечение из ткани печени в области ложа желчного пузыря, что выразилось лишь в поступлении небольшого количества (до 30 мл за сутки) геморрагического содержимого по дренажу. Гемостаз был достигнут консервативными мерами. У второго пациента кровотечение из раны печени было настолько активным, что сопровождалось не только интенсивным поступлением свежей крови по дренажу, но и резким снижением артериального давления, а также снижением уровня гемоглобина и

количества эритроцитов в периферической крови, что явилось показанием для выполнения экстренной лапаротомии, во время которой обнаружено кровотечение из ложа желчного пузыря. Произведено ушивание ложа, а затем дренирование брюшной полости.

Длительность операций составила от 15 мин до 190 мин. Операции, которые длятся более часа, как правило, технически сложные, зачастую выполняемые у больных со сложной анатомией в зоне печечно-двенадцатиперстной связки, с явлениями выраженного спаечного процесса вокруг желчного пузыря или острого его воспаления, сопровождаются диффузными кровотечениями, перфорацией желчного пузыря с истечением желчи, выпадением конкрементов.

Послеоперационный период у большинства пациентов протекал благополучно. Уже к концу первых суток им разрешали вставать и ходить по палате, рекомендуя при этом надевать послеоперационный бандаж. В первые сутки разрешали пить небольшими глотками воду без газа в ограниченном количестве (250-300 мл), на 2-е и 3-и сутки - прием жидкости до 1,5 л, «второй» бульон, нежирные йогурты, полужидкие каши или картофельное пюре и затем постепенное расширение диеты 5- 5А с рекомендацией соблюдения ее в течение 1,5-2 мес. В первые годы мы наблюдали больных в стационаре после операции 6-8 дней, в последний год пациенты выписываются на 3-4-е сутки после операции.

Осложнения в момент операции составили 4,3% (5 больных), а переход на лапаротомную холецистэктомию – 10,4% (у 12 из 115). Летальных исходов не было.

#### **Выводы.**

1. С момента выполнения первой опе-

рации в ГКБ №1 ЛХЭ стала операцией выбора у больных хроническим калькулезным холециститом.

2. Хорошее техническое оснащение операционной, профессиональная подготовка хирургов, выполняющих лапароскопические операции, тщательное предоперационное обследование, неукоснительное соблюдение правил выполнения лапароскопических операций, обязательное послеоперационное наблюдение больных являются залогом успешного выполнения операции.

3. Переход на лапаротомную холецистэктомию был 10,4% больных.

#### **Литература.**

1. Амелина М.А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с ожирением 3-4 степени: Автореф. дис. ...канд. мед наук. - М., 2005. - 24 с.
2. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия. Практическое руководство. - М, 1992. - С.20-49.
3. Луцевич О. Э. Диагностическая и оперативная лапароскопия при заболеваниях и повреждениях органов брюшной полости: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М. 1993. – 36 с.
4. 50 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева. М., 2004. - С.366-372.
5. Carroll B.J., Chandra M., Phillips E.H, Margulies D.R. Laparoscopic cholecystectomy in critically ill cardiac patients//Ann Surg. - 1993. - Vol 59, №12. – P.783-785.
6. Langrehr J.M., Schmidt S.C, Raakow R. Bile duct injuries after laparoscopic and conventional cholecystectomy: operative repair and long-term outcome // Abstract book 10 International Congress European Association for Endoscopic Surgery. - Lisboa, 2002. - 155.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКОЙ

Токтогулов О.Ж.

Городская клиническая больница №1, Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Представлены результаты лечения больших и гигантских послеоперационных грыж у 56 больных с использованием полипропиленовой сетки в двух вариантах. В отдаленные сроки от одного года до пяти лет рецидив не выявлен.

**Ключевые слова:** послеоперационные грыжи, оперативное лечение, полипропиленовая сетка, способы пластики.

*The effectiveness of postoperative ventral hernia plasty with polypropylene network  
Toktogulov O.J.*

*Municipal clinical hospital №1, Bishkek, Kyrgyz Republic*

**Summary:** treatment results of large and giant postoperative hernia in 56 patients with the use of polypropylene network in two versions are presented. In the remote period from one to five years there were no relapses.

**Key words:** postoperative hernia, surgical treatment, polypropylene network, plasty methods.

Послеоперационные вентральные грыжи возникают часто после операций, выполненных по поводу заболеваний органов брюшной полости, особенно велика их частота при деструктивных формах аппендицита и холециста [1,2], а также большой удельный вес занимают грыжи, возникшие после операций, произведенных по поводу гинекологических заболеваний [3,6,7]. Лечение этих грыж оперативное и в литературе представлены различные методы пластики, а в последние годы многими исследователями отдается предпочтение использованию полипропиленовых эндопротезов – сеток [4,5,8,10]. Однако до сих пор не решен вопрос о выборе метода расположения сетки и ее фиксации, чтобы предотвратить рецидив болезни.

**Цель нашего исследования:** представить результаты пластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж с применением двух способов фиксации полипропиленовых сеток.

**Материал и методы исследования.** При поступлении больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПВГ) выяснили, по поводу какого заболевания оперирован ранее больной, как протекал послеоперационный период, через какой срок после операции появилась грыжа. Помимо общеклинического обследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, свертываемость крови) исследовали показатели внешнего дыхания аппаратом спирометром ССП и коэффициент напряжения брюшной стенки, предложенного А.Г. Хитарьяном соавт. [9],

путем сонографии и антропометрии брюшной стенки. Полученные результаты обрабатывали с определением средней арифметической (М), средней квадратичной ( $\delta$ ), и ошибки ряда (m).

Под наблюдением находилось 56 больных (женщин – 38 и мужчин – 18) с послеоперационными вентральными грыжами (40 чел.) и с грыжами гигантских размеров (16 чел.) к большим грыжам относили пациентов с грыжевыми воротами 15-20 см и к гигантским – более 20 см. Из 56 поступивших у 20 грыжа возникла после холостэктомии, у 24 – после аппендоктомии, у 4 – после лапаротомии, выполненной по поводу кишечной непроходимости, у 2 – после резекции желудка, а у остальных – после гинекологических операций. У большинства послеоперационный период протекал с различными осложнениями: парез кишечника, нагноение раны, пневмония и лишь у 6 послеоперационный период протекал без осложнений, но у них в течение 2-3 лет после операции возникла грыжа.

При обследовании сопутствующие заболевания обнаружены у 22 из 56 обследованных (гипертоническая болезнь, КБС, хронический бронхит в фазе ремиссии).

При выборе метода пластики, вернее решения об объеме брюшной полости решали на основании полученных данных показателей внешнего дыхания и коэффициента напряжения брюшной стенки. Если коэффициент был до величины до 2,09 – осуществляли пластику местными тканями,

а если выше 2,10 – то выполняли пластику сеткой с полным замещением грыжевых ворот и сохраняли объем брюшной полости. У 32 было необходимо сохранить объем брюшной полости (коэффициент напряжения был равен  $2,24 \pm 0,18$ , а у 24 можно было использовать аутопластику, у них коэффициент напряжения равнялся  $1,98 \pm 0,12$ , но в связи с наличием измененных мышц и апоневроза брюшной стенки необходимо было использовать полипропиленовую сетку для укрепления брюшной стенки и предотвращения рецидива грыжи. Перед операцией больные осматривались врачом терапевтом и объем операции согласовывался с анестезиологом и реаниматологом.

**Результаты и их обсуждение.** В результате обследования у 26 выявлены вправимые грыжи, а у 30 – невправимые, что затрудняло послеоперационную подготовку с вправленным содержимого грыжевого мешка, но все поступившие больные до операции пользовались бандажом. Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом.

Сущность операции заключалась в следующем: делали окаймляющий разрез кожи и подкожной клетчатки с иссечением их излишков, выделялся грыжевой мешок из сращений, затем осмотр грыжевого содержимого, рассекали спайки, резецировали измененные участки, но соблюдали тщательный гемостаз. После вправления содержимого избыток грыжевого мешка иссекался, а затем ушивался. У 5 больных подлежащие петли кишечника к ране прикрывали большим салником, а затем грыжевой мешок ушивали. Освобождали от сращений грыжевые ворота, а затем использовали полипропиленовую сетку в 2-х вариантах: в первом варианте, когда нужно сохранить объем брюшной полости, полипропиленовую сетку подшивали к краям грыжевых ворот, вначале обвивочным непрерывным швом (3-4 стежка), а затем захлестывающий шов. И так чередовали их. Ушивали рану, а подкожное пространство дренировали двумя силиконовыми дренажами и через них осуществляли аспирацию. В момент операции рану неоднократно орошали озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концен-

трацией озона 8-10 мкг/мл.

При втором способе также иссекали кожу и подкожную клетчатку, рассекали сращения, содержимое грыжевого мешка вправляли в брюшную полость, мешок ушивали, на края мышц и апоневроза брюшной стенки накладывали узловы швы, но, учитывая состояние тканей брюшной стенки, мы поверх линии шва укладывали сетку, но ее края были шире от линии шва на 3,5-4 см и края фиксировали к тканям брюшной стенки П-образными швами. Подкожная клетчатка дренирована.

Необходимо отметить, что осложненный в момент операции не наблюдали.

В послеоперационном периоде состояние больных было удовлетворительным, ни в одном случае дыхательной либо сердечно-сосудистой недостаточности не наблюдали. У 2 больных выявлен инфильтрат в области раны, который к моменту выписки был извлечен.

Через дренажи в подкожной клетчатке осуществляли в первые дни орошение озонированным раствором (первые 2-3 дня), а затем дренажи убирали, как только прекращались выделения из дренажа. Заживление ран у всех оперированных было первичным натяжением.

В отдаленные сроки после операции было обследовано 42 больных, ни у одного из них рецидива грыжи не выявлено, но у 2 больных, у которых полипропиленовая сетка применена для сохранения объема брюшной полости, отмечена протрузия.

Таким образом, наши исследования подтвердили целесообразность использования полипропиленовой сетки в лечении больших и огромных послеоперационных грыж, но выбор метода пластики обязательно должен быть с учетом показаний и данных внешнего и коэффициента напряжения брюшной стенки.

#### Литература

1. Бондарчук А.В. Совершенствование методов пластики при послеоперационных вентральных грыжах: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. – Бишкек, 2008. -21 с.
2. Веретник Г.И., Алексеев Г.И. Хирургическое лечение послеоперационных грыж брюшной стенки // Вестник

- Российского университета дружбы народов. -1999. - № 1. – С. 131-133.
3. Гатаулин Н.Г. Хирургическое лечение послеоперационных грыж живота // Клиническая хирургия. -1995.- № 2.- С. 1-4.
  4. Гостевской А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах // Вестник хирургии. – 2007. - № 6. – С. 93-95.
  5. Дерюгина М.С. способ пластики обширных дефектов передней брюшной стенки // Хирургия. – 2001. - №3. – С. 52-54.
  6. Ермолов А.С., Алексеев А.К., Упырев А.В., Ильичер В.А. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми протезами // Хирургия. – 2005. - № 8. – С. 16-21.
  7. Нарцистов Т.В. Послеоперационные вентральные грыжи // Советская медицина. – 1991. – № 2. – С. 35-37.
  8. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. – М.: Медицина, 1983. – 240с.
  9. Хитарьян А.Г., Мишоян М.Р, Эль-Сахли Х.И. //Патент, 2001, RU, А61. В 17/00 № 219927.
  10. Vtjiland W.W., Jeekel J., Siegerberg E.W. Intraperitoneal polypropylene mesh repair of incisional hernia is not associated with enterocutaneous fistula // Br. J. Surg. – 2000. Vol. 87. – P. 348-352.

## РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Токтогулов О.Ж.

Городская клиническая больница № 1 г.Бишкек, Кыргызская Республика

**Ключевые слова:** послеоперационные грыжи, рецидив, оперативное лечение, полипропиленовая сетка, осложнения, отдаленные результаты.

**Резюме:** Под наблюдением было 377 больных с послеоперационными вентральными грыжами, из них у 68 были рецидивные, дважды оперированы – 18 и 5 больных – три раза. В лечении рецидива использована полипропиленовая сетка в двух вариантах расположения и фиксации сетки над и под апоневрозом. Рецидив ни у одного не выявлен.

*Recurrences of postoperative ventral hernias and their surgical treatment*

Toktogulov O.J.

Municipal clinical hospital №1, Bishkek city, Kyrgyz Republic

**Key words:** postoperative hernias, recurrence, surgical treatment, polypropylene mesh, complications, long-term outcomes.

**Summary:** 377 patients with postoperative ventral hernias were under the observation. In 68 patients were recurrent hernias, 18 patients were operated twice, and 5 patients were operated three times. Polypropylene mesh was used in the treatment of recurrence. There were two versions of mesh situation and fixation: over and under aponeurosis. There were no recurrences.

Оперативное лечение рецидива послеоперационных вентральных грыж представляет большие сложности, так как после перенесенных неоднократных операций имеют место обширные рубцовые сращения и дистрофические изменения мышц и апоневроза [1,6,7]. Использование методов аутопластики возможно лишь при небольших размерах грыж, а что касается больших и гигантских рецидивных послеоперационных грыж, то при любом методе аутопластики возникает натяжение тканей, повышается внутрибрюшное давление, что является причиной пареза кишечника, легочных осложнений и острой легочно-

сердечной недостаточности [2,3,8]. Использование кожи, сухожилий при рецидиве грыжи неэффективно. В последние годы стали использовать полипропиленовые, проленовые сетки, которые позволили снизить частоту рецидива [4,5], но все же остается ряд нерешенных вопросов: где лучше расположить сетку, как лучше фиксировать ее и как предотвратить возникновение осложнений в послеоперационном периоде, которые являются основной причиной рецидива.

**Материал и методы исследования.**

Под наблюдением находилось 377 больных с послеоперационными вентральными

грыжами, которые были оперированы в хирургических отделениях ГКБ № 1 г. Бишкек, из них у 68 поступивших были рецидивные грыжи. Из анамнеза установлено, что 18 больных оперированы дважды, 5 – трижды, а у остальных – по одному разу. Все больные отмечали, что рецидив болезни возникал после операции чаще до одного года – 52, а у остальных – в сроки от одного года до двух лет. Из 68 больных женщин было 42, мужчин – 26, их возраст колебался от 34 до 86 лет, но большинство поступивших были старше 50 лет.

По размерам грыж они распределялись следующим образом: средних размеров (от 5 до 10 см) было 5 больных, больших (от 10 до 20 см) – 49 и гигантских (более 20 см) – 14 человек. Всем им ранее выполнена аутопластика грыжевых ворот. Рецидив болезни связывают с осложненным послеоперационным течением (пневмония, обострение бронхита, парез кишечника) – 21 больной, с раневыми осложнениями – 8, с ранним выполнением физического труда – 13, а остальные причину рецидива назвать не могли.

В обследовании больных использовали детально изученный анамнез, данные объективного исследования и учитывали результаты общего анализа крови и мочи, свертываемость, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, грыжевого выпячивания с определением грыжевого содержимого, размеров грыжевых ворот. Для решения вопроса об объеме операции учитывали показатели внешнего дыхания и коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки.

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом с применением полипропиленовой сетки.

**Результаты и их обсуждения.** В лечении послеоперационных вентральных грыж в клинике применяются два подхода к выбору объема операции: полное замещение грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости и укрепления области шва пропиленовой сеткой.

Для полного замещения грыжевых ворот нами усовершенствовано 4 методики:

1. После подшивания сетки по периметру грыжевых ворот обвивочным швом

дополнительно накладываем дополнительно узловые швы. В случае прорезывания обвивочного шва узловые швы надежно удерживают сетку, и предотвращают скручивание.

2. Для профилактики отвислого живота сетку сверху фиксируем к реберным дугам, а внизу – к надкостнице подвздошных костей.

3. Сетку предварительно прошиваем П-образными швами и после освобождения апоневроза от сращений сетку подводим под апоневроз и свободными петлями прошиваем апоневроз и нити завязываем.

4. После выделения грыжевого мешка рассекаем его и одну его часть укладываем на сальник и кишечник, а вторую часть предварительно слущиваем эпителий, а затем подшиваем к краям апоневроза, а сверху над апоневрозом укладываем сетку и фиксируем к апоневрозу отдельными швами. Этот метод позволяет существенно уменьшить количество отделяемого из подкожной клетчатки и в более ранние сроки удалить дренажи.

В тех случаях, когда можно использовать аутопластику, но в момент операции наблюдается расслаивание мышц и апоневроза, это чаще при локализации грыжи в подреберье после холецистэктомии или при грыжах после гинекологических операций, то мы использовали сетку для укрепления шва. Сетку выкраивали такого размера, чтобы она охватывала расстояние 3-4 см с каждой стороны шва, и фиксировали ее к апоневрозу.

К выбору метода пластики при рецидивных послеоперационных грыжах мы подходили строго индивидуально.

В тех случаях, когда необходимо сохранить объем брюшной полости мы у 18 больных использовали четвертый вариант пластики, он более приемлем, и является хорошей мерой профилактики раневых осложнений.

Еще у 12 больных применили первый вариант, когда после обвивочного шва по периметру грыжевых ворот добавляли узловые швы. А у остальных больных сетку использовали для укрепления линии шва.

При любой методике пластики грыжевых ворот особое внимание уделяли

дренированию подкожной клетчатки, в верхнем углу подводили два микродренажа и через них осуществляли ежедневное орошение подкожной клетчатки озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, а в нижнем углу также размещали 2 микроирригатора и через них выполняли активную аспирацию отделяемого.

Послеоперационный период протекал благоприятно, таких осложнений как парез кишечника и сердечно-сосудистая недостаточность не наблюдали.

Ежедневно или через день выполняли УЗИ для своевременного выявления скопления выпота в брюшной полости или ране. Активная аспирация отделяемого являлась хорошей профилактикой осложнений. Лишь у 3 из 68 оперированных возник инфильтрат в области раны, усилена была антибактериальная терапия и больные выписаны в хорошем состоянии.

В отдаленные сроки (от 6 месяцев до 2 лет) обследовано 52 больных, рецидива не выявлено.

Таким образом, наши исследования показали, что применение полипропиленовой сетки в лечении рецидивных послеоперационных грыж дает положительные результаты.

### Литература

1. Адамян, А.Г. Профилактика и лечение послеоперационных рецидивирующих вентральных грыж с применением ультразвука и иммуномодуляторов: [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. / А.Г. Адамян. – Ереван, 1998. – 20 с.
2. Ботабаев, С.И. Способ герниопластики при рецидивных вентральных грыжах [Текст] / С.И. Ботабаев, Б.Н. Нургалиев, Б.Н. Туледов // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец. вып. № 1. – С. 223-224.
3. Гостевской, А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах [Текст] / А.А. Гостевской // Вестник хирургии. – 2007. - № 6. – С. 93-95.
4. Григорьев, С.Г. Размещение и фиксация эндопротеза при пластике послеоперационных грыж [Текст] / С.Г. Григорьев, Е.П. Кривошеков, Т.С. Григорьева // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец. вып. № 1. – С. 248-249.
5. Ермолов, А.С. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми протезами [Текст] / А.С. Ермолов, А.К. Алексеев, А.В. Упырев // Хирургия. – 2005. - № 8. – С. 16-21.
6. Кузин, А.А. Пластика аллосухожилием при вентральных грыжах [Текст] / А.А. Кузин, В.М. Тимербулатов // Вестник хирургии. – 1992. - № 5. – С. 213-215.
7. Нелюбинг, П.С. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами [Текст] / П.С. Нелюбин, С.А. Галота, А.Д. Тимошин // Хирургия. – 2007. - № 7. – С. 69-74.
8. Pierri, A. Hemodynamic alterations during massive incisional hernioplasty [Text] / A. Pierri, G. Munegato, L. Carraro // J. Amer. Coll. Surg. – 1995. – Vol. 181, # 4. – P. 299-302.

*УДК 616-089.1-02***ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ  
ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ТУЧНЫХ БОЛЬНЫХ****Сарсенбаев Е.Ж., Сейсембаев М.А., Мадьяров В.М., Медеубеков У.Ш.****Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,  
Казахстанско-Российский медицинский университет  
г. Алматы, Республика Казахстан**

**Актуальность.** Лечение ПВГ у больных с ожирением в отличие от лечения больных другими видами наружных грыж живота, имеет свои особенности. Развитие брюшнополостной хирургии способствует, к сожалению, увеличению количества больных с послеоперационными грыжами [1-3].

ПВГ, как правило, можно устранить только с помощью оперативного вмешательства, в ходе и после которого не исключаются осложнения [4-6].

На завершающем этапе открытых оперативных вмешательств на передней брюшной стенке у тучных больных нередко применяют способ наложения непрерывного шва апоневроза, при котором вначале прошивают угол раны апоневроза и накладывают двойной обвивной шов, для чего срезают одну из нитей в конце раны и прошивают рану апоневроза в обратном направлении, после чего обе нити завязывают между собой [7].

Более часто в абдоминальной хирургии используют способ наложения шва апоневроза ушиванием раны апоневроза отдельными узловыми швами [8].

Эти способы не лишены недостатков: недостаточная герметичность ушитого апоневроза, в связи с чем, возникает риск эвентрации в раннем послеоперационном периоде, при расшивании одной из нитей возможно возникновение вентральной грыжи в позднем послеоперационном периоде; проницаемость послеоперационной раны для различной патологической микрофлоры, высокий риск возникновения послеоперационной вентральной грыжи у больных с различной патологией органов брюшной полости, с сопутствующим алиментарным ожирением, высокий риск возникновения таких послеоперационных осложнений, как

несостоятельность шва апоневроза, нагноение, кровотечение и лигатурные свищи.

Таким образом, актуальность изучаемой проблемы определяется необходимостью совершенствования существующих и поиска новых способов пластики, направленных на получение таких результатов хирургического лечения, как улучшение герметичности шва апоневроза, уменьшение проницаемости послеоперационной раны для различной патологической микрофлоры, достижение адекватного гемостаза в послеоперационной ране, снижение риска развития послеоперационных вентральных грыж у больных с различной патологией органов брюшной полости, с сопутствующим алиментарным ожирением, повышение эффективности оперативного вмешательства и уменьшение частоты развития несостоятельности шва апоневроза, нагноения, кровотечения и лигатурных свищей.

**Материал и методы.** Для разработки эффективных способов профилактики возникновения послеоперационных вентральных грыж в исследование включены результаты первичной лапаротомии у 59 пациентов с алиментарным ожирением, оперированных по поводу различной патологии органов брюшной полости.

Все больные были пролечены на клинических базах департамента хирургических болезней №1 КРМУ в Алматинском филиале АО «Медицинская служба транспорта» ЖДБ г. Алматы, ЦГКБ города Алматы и ННЦХ им. А.Н. Сызганова за период 2006 - 2013 гг.

Как известно, эффективность хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж во многом зависит от комплексного решения таких вопросов, как рациональная предоперационная подготовка, направленная на адаптацию больного к

повышенному внутрибрюшному давлению, выбора адекватного способа пластики дефектов брюшной стенки и профилактика послеоперационных осложнений.

Перед хирургом стоит сложная задача в определении показаний к выбору того или иного способа пластики с учетом различных факторов риска. Как правило, при выборе того или иного способа пластики хирург руководствуется возможностью возникновения послеоперационных осложнений, так и риском развития рецидива послеоперационной грыжи.

Исходя из всех вышеперечисленных факторов, влияющих на развитие рецидива грыжи, нами проведена балльная оценка с учетом 7 следующих параметров с максимальным количеством баллов до 5: 1 - состояние тканей брюшной стенки по данным УЗИ; 2 - функциональное состояние дыхательной системы; 3 - сопутствующие заболевания; 4 - размер грыжевых ворот; 5 - длительность грыженосительства; 6 - вес больного; 7 - возраст пациента.

**С целью профилактики возникновения послеоперационной вентральной грыжи** у тучных больных нами разработаны и внедрены в клиническую практику:

- способ наложения непрерывного шва апоневроза, который позволяет улучшить герметичность шва апоневроза и снизить риск развития послеоперационных вентральных грыж (инновационный патент на изобретение РК № 21402);

- способ наложения шва апоневроза, который включает ушивание раны апоневроза отдельными узловыми швами с дополнительной аппликацией на линию швов апоневроза латексного тканевого клея (инновационный патент на изобретение РК № 21404).

Сущность первого изобретения состоит в том, что в способе наложения непрерывного шва апоневроза, включающем прошивание раны апоневроза начиная с угла двойным обвивным швом, отличительной особенностью, согласно изобретению, является то, что производят прошивание раны апоневроза начиная с угла непрерывным обвивным швом после дополнительного наложения узлового шва с оставлением свободного конца нити, после чего делают петлевой узел в противоположном углу раны и накладывают непрерывный обвивной шов в обратном направлении с последующим завязыванием конца нити со свободным концом нити первоначального узла.

Дополнительное наложение узлового шва в углу раны апоневроза с оставлением свободного конца нити и наложение петлевого узла в противоположенном углу раны позволяет достичь усиления прочности сшивания, таким образом, каждая нить наложенного двойного шва укреплена узлом, чем достигается устойчивая герметичность ушитого апоневроза, исключается риск расшивания нитей.

Способ осуществляется следующим образом. Первоначально угол раны апоневроза прошивают и завязывают узел, оставляя свободный конец нити, накладывают непрерывный обвивной шов с расстоянием между стежками не более 1,0 см (рис. 1 и 2). В конце угла раны апоневроза нить завязывают с формированием петлевого узла (рис. 3 и 4) и накладывают непрерывный обвивной шов в обратном направлении с расстоянием между стежками не более 1,0 см., причем места вкола и выкола иглы проводят в середине расстояния между наложенными ранее стежками.

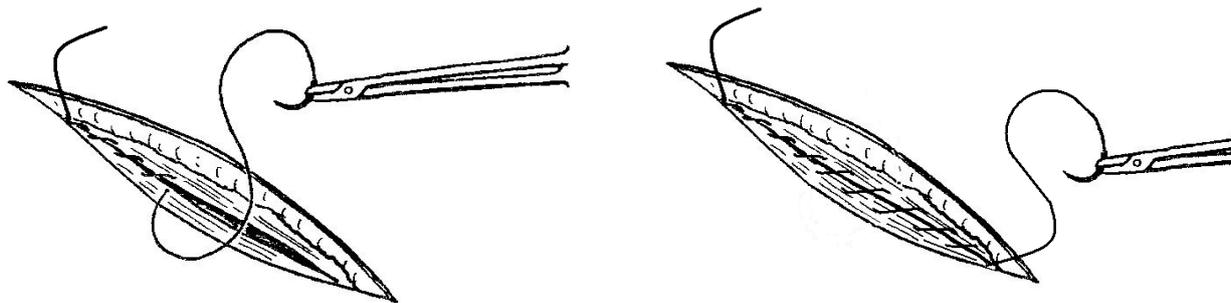


Рис. 1 и 2. Этапы наложения непрерывного обвивного шва.

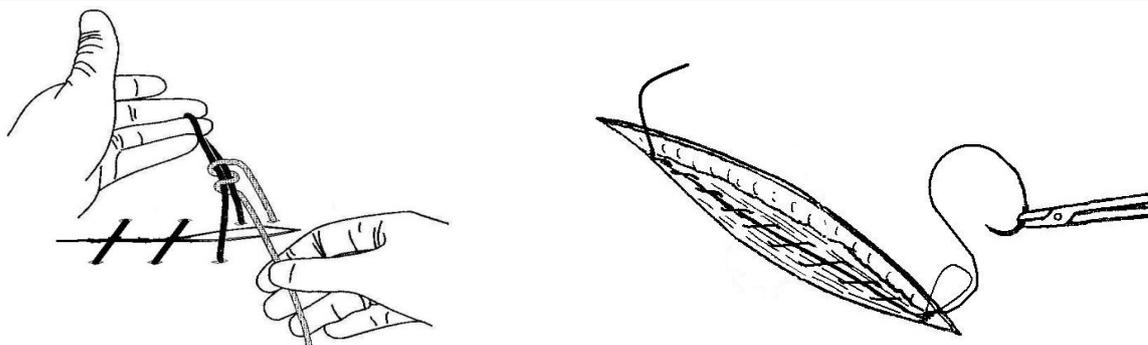
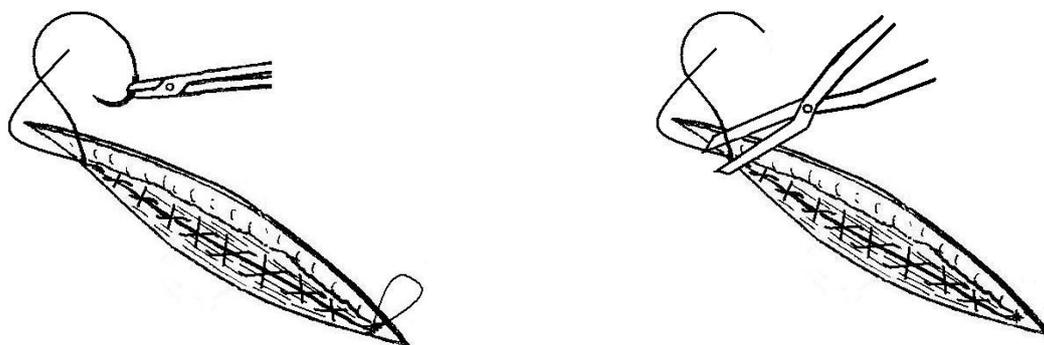


Рис. 3 и 4. Этапы формирования петлевого узла.

В конце раны апоневроза конец нити туго завязывают со свободным концом нити первоначально наложенного узла (рис.

5). Конец петли и концы нитей срезают (рис. 6).

Рис. 5 и 6. Конечный этап наложения шва: связывание нитей.  
Петли и концы нитей срезают

Сущность второго изобретения состоит в том, что в способе наложения шва апоневроза путем ушивания раны апоневроза отдельными узловыми швами дополнительно производят аппликацию на линию швов апоневроза латексного тканевого клея.

Медицинский латексный тканевой клей (ЛТК) состоит из акрилатного латекса, поливинилового спирта и лекарственных добавок – аминокaproновой кислоты и диоксида, биологически инертен и стерилен. Не оказывает токсического действия на организм человека, гидрофилен и обладает высокой адгезивностью к живой ткани. Благодаря содержанию диоксида клей обладает бактерицидными свойствами, а аминокaproновая кислота придает ему ярко выраженные гемостатические свойства.

С учетом того, что наиболее частой причиной развития несостоятельности шва

апоневроза является нагноение, инфильтраты, лигатурные свищи, вышеуказанные свойства ЛТК позволят избежать перечисленных осложнений и усилить герметичность шва.

Как показано на рисунках 7-8, на рану апоневроза накладывают отдельные узловыe швы. После ушивания раны апоневроза отдельными узловыми швами вскрывают стерильный тюбик с латексным тканевым клеем и выдавливают клей на предметное стекло, тщательно перемешивают шпателем и этим же инструментом наносят клей в объеме 0,2-0,3 мл на 1 кв. см площади, причем клей наносят не только на линию швов апоневроза, но и на 1-2 см латеральнее от линии шва апоневроза (рисунок 9).

После полимеризации клея, происходящей, как правило, в течение 5 минут, операцию заканчивают ушиванием подкожно-жировой клетчатки и кожи общеизвестным путем.



Рис. 7 и 8 - Схема выполнения этапа ушивания раны апоневроза путем наложения отдельных узловых швов

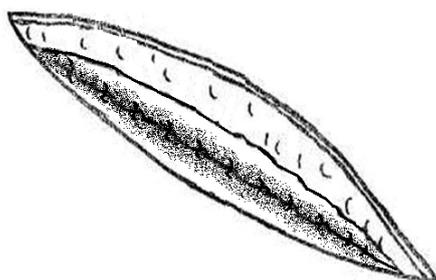


Рис. 9 - Схема выполнения способа: на швы апоневроза нанесен ЛТК

**Результаты.** Разработанный нами первый способ апробирован у 10 больных после оперативных вмешательств на органах брюшной полости верхнесрединным оперативным доступом. У данной группы больных в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде осложнений и образований послеоперационных грыж не наблюдалось (срок наблюдения до 2 лет). Для сравнения эффективности предлагаемого способа нами проанализированы результаты лечения больных (5 чел.), у которых апоневроз был ушит известным способом путем первоначального прошивания угла раны апоневроза и наложения двойного обвивного шва, срезания одной из нитей в конце раны, прошивания раны апоневроза в обратном направлении и связывания обеих нитей. У одного больного в позднем послеоперационном периоде (через 1,5 года) развилась послеоперационная вентральная грыжа в нижнем углу раны, что потребовало повторного оперативного вмешательства.

Второй способ апробирован во время оперативных вмешательств у 12 больных с различной патологией органов брюшной полости с сопутствующим алиментарным

ожирением. В контрольной группе проанализированы результаты хирургического лечения 22 больных с различной патологией органов брюшной полости с сопутствующим алиментарным ожирением, которые были оперированы известным способом путем ушивания раны апоневроза отдельными узловыми швами.

В контрольной группе в ближайшем послеоперационном периоде у одного больного в течение 1 суток после операции развилось осложнение в виде кровотечения из послеоперационной раны, что потребовало ревизии послеоперационной раны и повторного гемостаза в условиях операционной. У второго больного на 4 сутки после операции отмечено нагноение послеоперационной раны, что потребовало дренирования послеоперационной раны, она зажила вторичным натяжением. У этого же больного в позднем послеоперационном периоде (через 3 месяца) развилась послеоперационная вентральная грыжа в нижней трети послеоперационного рубца, что привело к повторному оперативному вмешательству и пластике грыжевых ворот.

В основной группе больных в ближайшем и отдаленном послеоперационном

периоде осложнений и развития несостоятельности швов апоневроза не наблюдалось.

Сравнивая эти способы, необходимо заключить, что предлагаемый способ создает физическую и биологическую герметичность швов апоневроза, уменьшает проницаемость раны для различной патологической микрофлоры, позволяет достичь адекватного гемостаза в послеоперационной ране, снижает риск развития несостоятельности швов у больных с патологией органов брюшной полости, а также с сопутствующим алиментарным ожирением, повышает эффективность оперативного вмешательства и уменьшает частоту развития таких послеоперационных осложнений, как несостоятельность швов апоневроза, нагноение швов, кровотечение и лигатурные свищи.

**Выводы.** Таким образом, разработанные и внедренные нами в клиническую практику способы профилактики возникновения послеоперационной вентральной грыжи у тучных больных, демонстрируют свою эффективность, и безопасность. Спо-

собы технически легко выполнимы и могут быть методом выбора при ушивании передней брюшной стенки в абдоминальной хирургии.

#### Список использованной литературы.

1. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж // М., 2003. - С. 169-201.
2. Millikan K.W. Incisional hernia repair // Surg. Clin. North. Am. - 2003. - №83(5). - P.1223-1234.
3. Дерюгина М.С. Способ оперативного лечения при диастазах прямых мышц живота // Вестн. хир. - 2001. - №3. - С. 77-78.
4. Велькер С.И., Упырев А.В. Параумбиликальная грыжа после лапароскопической холецистэктомии. //Украинский журнал малоинвазивной эндоскопической хирургии. – 2001. - №3. - С. 20.
5. Протасов А.В. Герниопластика: методики традиционные и эндовидеохирургические. Дисс... докт. мед. наук. - Москва. - 1998. - С. 172-173.

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ****Усупбаев А.Ч., Каратаев М.М., Мурзалиев М.Т.****Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации**

---

*В работе проведен анализ заболеваемости мочекаменной болезнью, представлены результаты социологического опроса, отражающие роль неблагоприятных социально-экономических, социально-гигиенических, психологических факторов и факторов медицинской активности в формировании патологии, предложены рекомендации по профилактике заболеваний мочекаменной болезни.*

---

**Актуальность исследования.** Проблема мочекаменной болезни (МКБ) в связи с увеличением во всем мире заболеваемости им людей, приобретает все большую актуальность. Она не является исключением и для нашей страны, что связано с высокой частой встречаемостью, как у взрослого, так и детского населения, составляя основную долю урологической патологии, приводящей к госпитализации людей и большим количеством дней нетрудоспособности.

Среди урологических заболеваний МКБ встречается в 30-45 % случаев, она имеет место в любых возрастных группах, причем камни (15-30% двусторонние) могут локализоваться как в почках, так и в других отделах мочевыводящих путей (Лопаткин Н. А., Дзеранов Н. К., 2003; Яненко Е.К. и соавт., 2003).

Тяжесть осложнений, быстрое рецидивирование, преимущественное поражение лиц молодого и наиболее трудоспособного возраста, выдвигают вопросы лечения МКБ в ряд важнейших проблем урологии (Тыналиев М.Т., Эсекеев Б.С., Мамыев А.Т., 1992; Кожобеков Б.С., 1998).

**Целью** настоящей работы явилось на основе комплексного социально-гигиенического исследования заболеваемости населения болезнями мочеполовой системы в Ошской области разработать рекомендации по профилактике данной патологии с учетом региональных особенностей её распространения.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проведено в период с 2007 по 2012 годы и охвачено всё учтенное население Ошской области, страдающее урологической патологией. Материалом

для исследования послужили отчеты о числе больных, зарегистрированных в районе обслуживания лечебных организаций, за указанный период (форма №12) среди детей, подростков и взрослых всех районов Ошской области и г. Ош. Для решения поставленных задач все данные по заболеваемости были выкопированы, занесены в персональный компьютер с составлением таблиц по нозологическим формам, расчетом среднесноголетних уровней заболеваемости и анализом полученных данных.

Программа предусматривала и сбор информации методами социологического опроса. В частности, было проведено анкетирование больных страдающих урогенитальной патологией. Для этого была специально разработана анкета, включающая 47 вопросов четырех направленностей: социально-экономические, социально - гигиенические, социально-психологические и вопросы, характеризующие факторы медицинской активности.

**Методы исследования:** Общенаучный (анализ, синтез, обобщение), библиографический, статистический, демографический, графический, элементы методов стратегического планирования и системного подхода, социологического опроса.

Объектом социологического исследования при изучении образа жизни урологических больных стала достаточно большая группа пациентов, находящихся на стационарном лечении в урологическом отделении ОМООКБ в 2007-2008 гг. Для получения достоверных результатов было опрошено 482 респондента.

Сбор информации осуществлялся анамнестическим способом, путём заочного

опроса – письменное анкетирование. Содержание вопросов в анкете соответствовало цели и задачам исследования. Ответы не вызывали затруднения у опрашиваемых. Данные анкетирования были занесены в персональный компьютер и обработаны.

**Результаты и обсуждение.** Анализ показателей заболеваемости в Ошской области за 6 лет (2006-2012 гг.) позволил выявить следующие тенденции: среди взрослого населения Ошской области первичная заболеваемость болезнями МПС по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) возросла с 24,5 до 48,8 на 1000 населения, т.е. в 2 раза, а общая заболеваемость – выросла с 53,4 до 103,7 на 1000 населения. Наиболее прогрессивный рост заболеваемости отмечался до 2005 года. В 2007 году значительного снижения заболеваемости не отмечено, и первичная заболеваемость составила 48,5‰ при общей – 99,6‰.

У детей 0-14 лет первичная заболеваемость болезнями МПС в Ошской области в 2006 году составляла 5,8‰, при общей – 16,1‰. В промежутке с 2001 по 2012 гг. первичная заболеваемость выросла в 4 раза, т.е. более интенсивно, чем среди взрослых, и в 2006 году данный показатель составил 23,2‰, а общая – 49,0‰.

Среди подростков также уровень первичной заболеваемости болезнями МПС вырос с 10,3‰ до 42,0‰, т.е. в 4,1 раза, а общей с 22,1‰ до 105,2‰, т.е. в 4,8 раза. Причем, при анализе заболеваемости болезнями МПС выявлен рост показателей в большинстве районов области во всех возрастных группах.

Рассчитав среднемноголетние уровни (СМУ) и проведя ранжирование по СМУ заболеваемости, мы установили, что наибольший уровень первичной заболеваемости болезнями МПС во всех трех возрастных группах регистрировался в Кара-Суйском, Ноокатском, Араванском, Узгенском районах, среди детей также – в Кара-Кульжинском районе. Несмотря на влияние различных факторов городской среды, в областном центре – городе Ош – СМУ-ни заболеваемости болезнями МПС были несколько ниже среднеобластных СМУ во всех трех группах.

В структуре заболеваемости болезнями МПС была изучена заболеваемость инфекционно-воспалительными заболеваниями почек, мочекаменной болезнью, болезнями предстательной железы, а также такими осложнениями как почечная недостаточность и мужское бесплодие.

Как показал проведенный анализ, больше всего в Ошской области страдают гломерулярными и тубулоинтерстициальными болезнями почек и другими болезнями почек и мочеточников лица подросткового возраста, но существенного прироста заболеваемости в 2012 году по сравнению с 2007 годом не отмечено. В 2012 году первичная заболеваемость составила 5,2‰, а общая – 29,6‰.

Проведенный анализ заболеваемости воспалительными заболеваниями показал на увеличение данной патологии в регионе, причем в большей степени выраженное среди младших возрастных групп.

Второе место по распространенности среди урологической патологии после неспецифических воспалительных заболеваний почек принадлежит мочекаменной болезни.

За период с 2007 по 2012 год уровень первичной заболеваемости мочекаменной болезнью по данным обращаемости в ЛПУ среди взрослых вырос от 0,6 до 2,3‰. Наиболее высокий уровень первичной заболеваемости мочекаменной болезнью отмечен в 2009 году – 2,7‰. Уровень общей заболеваемости в 2006 году составлял 2,5‰, после значительного роста в 2012 году он составил 6,6‰.

Наиболее эндемичными оказались г. Узген (СМУ первичной заболеваемости составил 2,2‰) и Узгенский район (2,0‰). Наименьший СМУ отмечался в Чон-Алайском районе 0,4‰.

Несмотря на существующее мнение, что мочекаменная болезнь у детей встречается так же часто, как и у взрослых, показатели заболеваемости среди детского населения значительно ниже, чем у взрослых. Однако общая заболеваемость данной патологией в этой возрастной группе с 2007 по 2012 год увеличилась в 4,5 раза: с 0,04‰ до 0,18‰, а первичная заболеваемость от 0 (2007) до 0,05‰ (2012).

Наибольший СМУ первичной заболеваемости среди детей выявлен в Ноокатском (0,09) и Кара-Суйском (0,06 на 1000 детей 0-14 лет) районах.

Среди подростков уровни первичной заболеваемости и болезненности постоянно колебались. В 2007 году первичная и общая заболеваемость составляли 0,09‰, после чего показатели подверглись росту. Максимальный уровень первичной заболеваемости наблюдался в 2008 и 2012 гг. – 0,27‰, максимальный уровень общей заболеваемости в 2006 году – 0,87‰. К 2012 году уровень первичной заболеваемости снизился до уровня 0,14‰, а общая заболеваемость составила 0,44‰.

Наибольший СМУ заболеваемости среди подростков отмечался в Араванском (0,51), Узгенском (0,45) и Кара-Суйском (0,42 на 1000 подростков) районах.

Выявленные показатели подтверждают эндемичность Ошской области по мочекаменной болезни и указывают на ухудшение обстановки по данному заболеванию.

Анализ социально-демографических и статусно-ролевых показателей респондентов выявил, что из выбранного фактического объема совокупности 64,1% составили мужчины и 35,9% - женщины. Средний возраст исследуемой группы составил  $48,7 \pm 0,2$  года. Респонденты были представлены 12 национальностями, среди которых подавляющее большинство были русские, казахи и татары. Доминирующую часть опрошенных составили лица, состоящие в браке (среди мужчин - 78,6%, среди женщин – 68,8%), незамужние женщины составили 14,3%, холостые мужчины – 12,0%, разведенные женщины – 13,8%, разведенные мужчины 5,8%, вдовы – 3,1%, вдовцы – 3,6%. Среди анкетированных 3,1% имели начальное образование, 17,2% - среднее, 42,7% - среднеспециальное, 36,9% - высшее.

На основании проведенного анкетирования были выявлены факторы риска возникновения и обострения патологии МПС.

У 18,8 % опрошенных прослеживался наследственный фактор по заболеванию.

Среди социально-экономических факторов, как показало исследование, у 49,1%

больных отмечался низкий уровень материальной обеспеченности, неудовлетворительные жилищные условия - у 12,0% и недостаточный рацион питания - у 1,4% больных.

Оценка социально-гигиенических аспектов жизнедеятельности больных показала, что 61,8% больных страдали от гиподинамии, а 85,3% указали на отсутствие или нерегулярность физическими занятиями. 37,2% мужчин из опрошенных часто злоупотребляли алкоголем, причем среди женщин злоупотребляющих было в 6,6 раз меньше. Курящие при этом составили 23,0%. Нерегулярно питались 28,0% анкетированных. 19,7% мужчин и 8% женщин отметили, что их рабочий день не нормирован по времени. Работали на вредном производстве 9,3% мужчин и 4,6% женщин. Не менее важный социально-гигиенический фактор, который прослеживался у анкетированных – это усталость, переутомление, связанные с отсутствием у 7,5% опрошенных ежегодного отпуска.

Среди социально-психологических факторов, как показало исследование, часто прослеживался такой, как конфликтные ситуации на работе и дома. Так, на наличие конфликтов на работе указало 27,4% больных, на проблемные ситуации с близкими и родственниками 16,8% и 18% охарактеризовали свой семейный микроклимат «нездоровым».

При первичном возникновении заболевания важную роль играет своевременное обращение за медицинской помощью с последующим полным выполнением всех врачебных рекомендаций.

Однако, по данным нашего исследования, 17,0% опрошенных длительно не обращались за медицинской помощью, пока значительно не ухудшилось их состояние, 14,3% указали на отсутствие свободного времени для оздоровления и лечения. 72,8% отметили, что неполностью выполняли врачебные рекомендации ввиду различных причин, в том числе ввиду ограниченности финансов 40,9%.

1,2% опрошенных выразили недоверие современной медицине и врачам.

Полученные результаты опроса позволяют говорить о преобладающей роли

ряда факторов образа жизни на возникновение и течение заболеваний и тем самым подтверждают концепцию социальной обусловленности здоровья населения.

#### **Выводы.**

1. На основании анализа проведенного анкетирования было установлено, что заболеваемость патологией МПС обуславливалась комплексом медико-социальных факторов, среди которых ведущее значение оказали социально-экономическое неблагополучие населения (14,1%), напряженный психологический микроклимат в семье (18,0%) и на работе (27,4%), характер работы (7,7%) и её трудоёмкость (15,6%), наследственная предрасположенность к заболеванию (18,8%), плохое отношение к своему состоянию здоровья (17,0%), низкий уровень медицинской активности (72,8%).

2. Проведенная комплексная оценка заболеваемости патологией МПС, ресурсной базы урологической помощи, особенностей демографической обстановки в регионе, а также исследование образа жизни больных с заболеваниями МПС позволила разработать план мероприятий по снижению нефроурологической заболеваемости в Ошской области.

#### **Практические рекомендации:**

Для снижения заболеваемости патологией урогенитальной сферы проводить:

- мероприятия по повышению доступности и качества медицинской помощи больным нефроурологического профиля, увеличению продолжительности их жизни;
- мероприятия по оптимизации системы профилактической работы по предупреждению развития урологической пато-

логии;

- мероприятия по повышению квалификации урологов и нефрологов области по вопросам профилактики, диагностики, новым методам лечения, диспансеризации и реабилитации урологических и нефрологических больных;

- меры по улучшению материально-технической базы урологической помощи;

- научно-исследовательскую работу по изучению эпидемиологии, профилактике, диагностике, лечению урологических и нефрологических заболеваний.

#### **Использованная литература:**

1. Кожабеков Б.С. Комплексное изучение эпидемиологических и этиологических аспектов, ранней диагностики мочекаменной болезни.-Автореф.дис. .. докт.мед.наук. Казахстан, 1998.-48с.
2. Лопаткин Н. А., Дзеранов Н. К. Пятнадцатилетний опыт применения ДЛТ в лечении МКБ. / Материалы Пленума правления Российского общества урологов. Сочи; 2003.-С. 5-25.
3. Тыналиев М. Т., Эсекеев Б.С, Мамыев А. Т. Лечение и профилактика больных почечнокаменной болезнью на курорте Джалал-Абад /Тезисы докл. пленума Всероссийского научного общества урологов. - 1992.- С. 193-194.
4. Яненко Э. К., Сафаров Р. М., Дзеранов Н. К., Москаленко С. А. Тактика лечения больных коралловидным нефролитиазом / Материалы Пленума правления Российского общества урологов (Сочи, 28-30 апреля 2003). М., 2003, С. 359-360.

УДК 616.65:615.03

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ ПРИ ЭНДОТОКСЕМИИ****Мурзалиев А.Д.****Чуйская областная больница**

*В статье изложен обзор литературных данных немедикаментозной хирургической детоксикации при эндотоксемии. Эффективность и практичность способов эфферентной терапии.*

**Ключевые слова.** Эндотоксикоз, детоксикация, эфферентная терапия.

***Surgical detoxification with endotoxemia******Murzaliyev A.D.******Regional Chui Hospital***

*The article describes the review of literature data of non-pharmacological surgical detoxification with endotoxemia . The effectiveness and practicality of the methods of efferent therapy .*

**Key words .** Endotoxemia , detoxification, efferent therapy .

В медицине активно используются немедикаментозные методы лечения больных. В их основе лежат обработка крови, либо другой биологической жидкости вне организма. Основными эффектами при использовании этих методов является коррекция трех основных синдромов:

- экзо эндогенной токсемии;
- реологических и иммунологических нарушений.

Именно благодаря этим особенностям новая группа методов по предложению Ю.М.Лопухина (1986) получила название «эфферентная терапия» (ЭТ). Применявшийся ранее термин «гравитационная хирургия крови» подходит только для центрифужных технологий; например, плазмафереза.

Воздействие методов ЭТ в основном направлено на кровь, посредством которой токсины распространяются в организме и попадают в органы фиксации и депонирования. Удаление из крови токсинов и факторов вторичной аутоагрессии может не только обеспечивать снижение их содержания в органах и тканях, но, и опосредованно влиять на функцию этих органов, поэтому подобные методы наиболее эффективны для лечения эндотоксикоза (А.И. Неймарк, 2001), развивающегося при осложнениях. Одним из условий эфферентной терапии заболеваний вызванных эндотоксинами является максимально точное моделирование основных физико-химических и структурных принципов

естественных механизмов детоксикации. Так, биотрансформация токсинов, осуществляемой моноаминоксидной системой печени, соответствует оксигенация крови, а также УФО аутокрови, лазерное облучение крови, перфузия крови через ксеноорганы. Разведение, связывание ксенобиотиков (функция иммунной системы) обеспечивается гемодилюцией и сорбцией. Естественные органы выведения (почка, кожа, желудочно-кишечный тракт, легкие) моделируются с использованием разделительных, фильтрационных, респираторных и инфузионно - трансфузионных методов коррекции. (А.И. Неймарк и соавт., 1996, 2000).

Коррекция реологических свойств крови достигается за счет удаления фибриногена, глобулинов, парапротеинов и грубодисперсных белков, что способствует уменьшению вязкости плазмы, а также за счет повышения пластичности и снижения агрегационных свойств эритроцитов. Коррекции кислотно-основного равновесия, выведения вазоактивных веществ, вызывающих вазодилатацию, и гемодилюции (Рафибеков Д.С., Калинин А.П. 1996).

В настоящее время в практике используются следующие виды эфферентной терапии: гемосорбция; плазмаферез; плазмафильтрация; плазмацитозферез; плазмасорбция; гемофильтрация или ультрафильтрация; экстракорпоральное подключение донорской селезенки (ЭКПДС); аппарат «искусственная почка» и др.

Привалов В.А., Яйцев С.В. (1999), изучая их эффективность в лечении синдрома эндотоксикоза, распределили их следующим образом (табл.1). Авторы утверждают, что плазмаферез наиболее эффективный, так как оказывает детоксикацию, реокоррекцию и иммунокоррекцию.

Об эффективности применения эффективных методов лечения у больных хроническим пиелонефритом сообщалось в ряде работ (А.И. Неймарк и соавт., 1991; Ю.И. Астахов, 1993; А.И. Неймарк, А.В. Давыдов, 1996; С.В. Яковлев, 2001).

Таблица 1. Эффективность различных методов детоксикации

Методы	Детоксикация	Реокоррекция	Иммунокоррекция
Гемосорбция	+	+	+
Плазмаферез	+++	+++	+++
Плазмасорбция	+	+	+
Ультрафильтрация	+	+	+

В лечении хирургического сепсиса наиболее распространенным считается гемосорбция, лимфосорбция, гравитационный плазмаферез.

С целью детоксикации применяют также и энтеросорбцию.

Есть сообщения о применении биогемосорбции, такие как ксеносорбция, плацентосорбция.

Аппен К., Стецюк Е.А. (1997) считают, что гемодиализ является эффективным методом при развившейся ОПН и при других состояниях, связанных с нарушением обмена воды и электролитов, а при развернутой клинической картины уремии и интоксикации эти методы недостаточно эффективны.

Тимохов В.С., Яковлев И.И. (2000) использовали в лечении гемодиализа у больных сепсисом и синдромом мультиорганной дисфункции, считают что ПГДФ (постоянная гемодиализация) является простым и достаточно надежным

методом заместительной терапии и ее можно успешно применять у пациентов с сепсисом и высоким риском кровотечения, включая эксцессы с коллоидными плазмозаменителями.

Все вышеперечисленные методы наряду с достоинствами имеют и существенные недостатки. Так, широкому применению гемо-лимфоплазмасорбции препятствует отрицательный эффект обусловленный «агрессивным» воздействием активированных углей на плазмочеточный компонент крови. Учитывая эти недостатки, идут постоянные поиски новых и совершенствование известных, более эффективных и безопасных для больного методов детоксикационной терапии. В этом плане более эффективным и интенсивно развивающимся в последнее время является обменный плазмаферез. Как показали многие исследователи суть этого метода заключается в том, что удаляется плазма больного со всем спектром патологических ингредиентов крови, вызывающих эндотоксикоз (антитела, токсические метаболиты, йодоактивные вещества, иммунные комплексы, микробные тела и продукты их деградации и др.). Возмещение утраченного ОЦК уже в процессе проведения процедуры позволяет активно осуществлять коррекцию, что выгодно отличает эту методику от гемо- и лимфосорбции (И.А. Ерюхин и соавт., 1989; А.В. Ватазин и соавт., 1995; В.Г. Цуман и соавт., 1995). Кроме того, относительная простота выполнения и дешевизна дают преимущества перед такими методами, как ксеноперфузия, электрохимическое окисление крови, и др., на что указывают многие исследователи (А.И. Неймарк и соавт. 1991; Д.С. Рафибеков, А.П. Калинин, 1996).

Термин «плазмаферез» (от греч. apheresis – удаление) был предложен Abel J.J. et al. в 1914 году для обозначения процесса избирательного удаления плазмы из организма. В 1924 году начались первые попытки его применения в экспериментах на животных и в клинической практике при различных заболеваниях и токсических состояниях. Идея использования ПФ с лечебной целью была выдвинута Михайловским И.П. в 1925 году. Первое клиническое опи-

сание клинического использования плазмафереза при макроглобулинемии была сделана Waldenström J. в 1944 году. К 1963 году Solomon A. и Fahey J.L. сообщили уже о нескольких пациентах, достаточно успешно пролеченных ПФ.

Наиболее простым способом является ручной ПФ – отстаивание крови во флаконах с последующим удалением плазмы и возмещением форменных элементов в кровотоке пациента, однако этот метод имеет много недостатков: он является прерывистым; занимает много времени; объем удаляемой плазмы невелик. Другой вариант прерывистого ПФ – это центрифужный способ с использованием пластиковых контейнеров и рефрижераторных центрифуг, преимущество которого состоит в том, что метод не требует применения дорогостоящей аппаратуры. В начале положительное влияние ПФ связывали с механическим удалением из организма циркулирующих антител, иммунных комплексов и токсинов, адсорбированных на альбумине и других молекулах. В дальнейшем эффект ПФ стали объяснять не только детоксикацией, но и общей реакцией организма на эксфузию.

Многие клиницисты выдвигают на первый план очищающую роль ПФ при лечении заболеваний аутоиммунного генеза, десенсибилизацией реципиентов, а также ряда состояний, сопровождающихся экзо- и эндотоксикацией.

В связи с этим ПФ начал широко внедряться в различные отрасли медицины: гематологию, эндокринологию, ревматологию, хирургию, урологию (А.И. Неймарк 2000).

Тарабарко Н.В. и соавт. (2001) использовали плазмаферез (ПФ) в комплексной терапии и профилактике острых реакций отторжения по гуморальному типу у сенсibilизированных больных и снизили процент необратимых эпизодов острого отторжения трансплантатов в ранние сроки после операции.

Давлатян А.А. и соавт. (2001) использовали ПФ в лечении беременных больных с гнойно-деструктивными формами острого пиелонефрита в сочетании с антибиотикотерапией и добились хороших результатов. Авторы утверждают, что ПФ

обеспечивал нормальное развитие плода и исход родов.(А.А. Довлатян, Д.В. Морозов, 1996).

Кабак М.М. и соавт. (2002) сообщают, что ПФ оказывает положительное влияние на течение посттрансплантационного периода.

Румянцев В.Б. и соавт. (2001) наблюдали больных с МКБ единственной почки, осложненной сепсисом и бактериотоксическим шоком. Авторы рекомендуют использовать гемосорбцию или плазмаферез. При выборе конкретного метода детоксикации многие исследователи рекомендуют лучше ориентироваться на показатели свертывающей системы крови, содержания гемоглобина, количества эритроцитов и результаты бактериологического исследования крови (Ю.И. Астахов, 1993; М.Г. Арбулиев и соавт., 1997; В.Е. Антонова и соавт., 2007; I. Karnak et al., 2001).

Решетников Е.А. и соавт. (2001) использовали ПФ, гемодиализ, изолированную ультрафильтрацию и их сочетание у 83 больных с сепсисом и сделали вывод, что ПФ существенно снижает уровень эндотоксемии цитотоксинов, что положительно сказывается на результатах лечения. Однако при нестабильной гемодинамике, анемии и гемо-диспротеинемии целесообразнее применить ультрафильтрацию по сравнению с гемодиализом.

Особую важность приобретает положительное влияние ПФ на иммунную систему. Под влиянием ПФ клеточные элементы выделительных систем и эритроциты освобождаются от плазмы, удаляются адсорбированные на их поверхности патологические элементы. Жизнедеятельность деплазмированных клеток изменяется, создаются новые условия их взаимодействия с другими клетками и регулирующими факторами, усиливается клеточная пролиферация (Б.И. Покровский и соавт., 1994; Н.В. Коваленко, 1999; Н.И. Казеко и соавт., 2008; P.M. Honore et al., 1997).

Под влиянием ПФ восстанавливается микроциркуляция, поскольку из кровеносного русла удаляются вещества, повышающие вязкость крови, наступает деблокирование макрофагоцитарной системы и

под влиянием ПФ происходит нормализация иммуноглобулинов классов А и G, а сам факт снижения уровня иммуноглобулинов при проведении ПФ требует адекватного белкового плазмозамещения, а положительное влияние ПФ на снижение уровня ЦИК из крови и уменьшает признаки эндогенной интоксикации, что подтверждается уровнем средних молекул (Д.С. Сексенбаев, Р.К. Тулебаев, 1997; В.Н. Синюхин и соавт., 2002).

Использование ПФ позволяет его рекомендовать в комплексном лечении больных пиелонефритом во всех его проявлениях, в частности пиелонефритом беременных, осложненной гнойной интоксикацией и уросепсисом или ХПН (Е.А. Коньчева и соавт., 1998). Однако, не следует противопоставлять ПФ традиционной терапии. Успех должен достигаться индивидуализированным выбором комплексной терапии с учетом особенностей функциональных нарушений и выявленных сдвигов в организме (А.И. Неймарк, 2000).

### Литература.

1. Антонова В.Е. Эфферентная терапия в комплексном лечении острого гнойного пиелонефрита в раннем послеоперационном периоде [Текст] / В.Е. Антонова, А.Г. Мартов, А.П. Данилков // Урология. – 2007. - № 4. - С. 94-97.
2. Аппе К. Непрерывные методы детоксикации при острой почечной недостаточности [Текст] / К. Аппе, Е.А. Стецюк // Урология и нефрология. – 1997. - № 1. - С. 16-18.
3. Арбулиев М.Г. К вопросу лечения гнойного пиелонефрита [Текст] / М.Г. Арбулиев, К.М. Арбулиев, Г.М. Османов // Урология и нефрология. – 1997. - № 6. – С. 14-17.
4. Астахов Ю.И. Плазмаферез в комплексном лечении пиелонефрита, осложненного уросепсисом и гнойной интоксикацией [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.И. Астахов – Барнаул, 1993. – 28 с.
5. Ватазин А.В. Экспертная система выбора метода экстракорпоральной детоксикации при синдроме полиорганной недостаточности у больных перитонитом [Текст] / А.В. Ватазин, А.И. Лобаков, Л.А. Абакумов // Методы эфферентной и квантовой терапии в клинической практике. – Ижевск, 1995. – С. 21-22.
6. Довлатян А.А. Оперативное лечение гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита беременных [Текст] / А.А. Довлатян, Д.В. Морозов // Урология и нефрология. - 1996. - № 6. – С.23
7. Довлатян А.А. Оперативная тактика при осложненных формах острого гнойного пиелонефрита беременных [Текст] / А.А. Довлатян, Д.В. Морозов, И.М. Аль-Курди // Урология и нефрология. - 2001. - № 2. - С.10-13.
8. Ерюхин И.А. Эндотоксикоз как проблема клинической хирургии [Текст] / И.А. Ерюхин // Вестник хирургии. - 1989. - № 3. - С. 9-12.
9. Использование эфферентной терапии для лечения урологических больных [Текст] / [А.И. Неймарк, Ю.И. Астахов, А.В. Давыдов и др.] // Современные аспекты клинической хирургии. – Барнаул, 1997. – С. 15.
10. Кабак А.А. Влияние посттрансплантационного плазмафереза на результаты пересадки трупной почки [Текст] / А.А. Кабак, В.А. Горайнов, И.Н. Соловьева // Хирургия. -. 2002. - № 12. - С.31-33
11. Коньчева Е.А. Состояние системы гемостаза у беременных с гестозом при применении плазмафереза [Текст] / Е.А. Коньчева, И.В. Вановская, И.Р. Гайдуква // Эфферентная терапия. – 1998. – Том 4, № 3. – С. 48-52.
12. Покровский В.И. Иммунология инфекционного процесса: Руководство для врачей [Текст] / В.И. Покровский, С.П. Гордиенко, В.И. Литвинова. - М.: Медицина, 1994. – 382 с.
13. Привалов В.А., Яйцев С.В. Трансфузиология. Новосибирск 1999. –211 с.
14. Применение плазмафереза в комплексной терапии острых кризов отторжения после пересадки почки [Текст] / [Н.В. Тарабарко, О.Н. Ржевская, Ю.В. Смирнов и др.] // Урология. – 2001. - № 6. - С. 28-31.
15. Румянцев В.Б. Опасности и осложнения оперативного лечения больных мочекаменной болезнью единственной почки [Текст] / В.Б. Румянцев, Н.А. Лопаткин, Э.А. Яненко // Урология. – 2001. - № 4. С. 3-7.
16. Рафибеков Д.С. Плазмаферез как метод хирургической детоксикации /Хирургическая эндокринология.- Бишкек. –С.12-14
17. Сексенбаев Д.С. Эфферентные методы детоксикации при гнойно-септических заболеваниях [Текст] / Д.С. Сексенбаев, Р.К. Тулебаев. – Шымкент: Прогресс, 1997. – 102 с.
18. Синюхин В.Н. Иммунологические аспекты острого пиелонефрита [Текст] / В.Н. Синюхин, Л.В. Ковальчук, Л.А. Ходырева // Урология. – 2002. - № 1. – С. 7-11.
19. Синюхин В.Н. Цитокины в диагностике осложненных форм пиелонефрита / Под ред. Лопаткина Н.А. Интерпретация результатов лабораторных методов диагностики урологических заболеваний: Сборник научных трудов [Текст] / В.Н. Синюхин, Л.А. Ходырева, Н.В. Чирун. - М., 2002. - Т. 3. – С. 135-138.
20. Тимохов В.С. Постоянная гемодиализация больных с сепсисом, персистирующим кровотечением и синдромом мультиорганной дисфункции [Текст] / В.С. Тимохов, И.И. Яковлева // Урология. – 2000. - № 6. - С. 18-20
21. Иммунологические показатели у больных мочекаменной болезнью и вторичным пиелонефритом [Текст] / [Н.И. Казеко, В.А. Жмуров, А.А. Боровский и др.]// Урология. – 2008. - № 1. - С. 11-15.
22. Коваленко Н.В. Плазмаферез в коррекции нарушений гемостаза и иммунитета у больных доброкачественной гиперплазией простаты [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Н.В. Коваленко. – Новосибирск, 1999. – 22 с.
23. Неймарк А.И. Эфферентная терапия при хирургических и урологических заболеваниях [Текст] / А.И. Неймарк, И.И. Неймарк, А.П. Калинин. – Красноярск, 1991.- 136 с.
24. Неймарк А.И. Влияние эфферентной терапии на течение беременности, родов и здоровье новорожденных, родившихся от матерей, страдавших острым пиелонефритом [Текст] / А.И. Неймарк, А.В. Давыдов // Пленум Правления Всероссийского о-ва уро-

- логов: Материалы. – Екатеринбург, 1996. – С. 252-253.
25. Неймарк А.И. Применение лазеротерапии в коррекции нарушений системы гемостаза у больных хроническим пиелонефритом [Текст] / А.И. Неймарк, З.Т. Малазона, Я.В. Яковец // Урология и нефрология. – 1996. - № 6. – С. 12-14.
  26. Неймарк А.И. Плазмаферез в коррекции нарушений системы гемостаза у больных острым и хроническим пиелонефритом [Текст] / А.И. Неймарк, Я.В. Яковец, Ю.И. Астахов // Эфферентная терапия. – 1996. - № 4. – С. 45-49.
  27. Неймарк А.И. Эфферентные методы в лечении урологических заболеваний [Текст] / А.И. Неймарк // Урология. – 2001. - № 3. - С. 53-54.
  28. Цуман В.Г. Дискретный плазмаферез в лечении гнойно-септических заболеваний у детей [Текст] / В.Г. Цуман, В.А. Косарев, А.Е. Шашков // Методы эфферентной и квантовой терапии в клинической практике. – Ижевск, 1995. - С. 200-201.
  29. Экстракорпоральная детоксикация в комплексном лечении хирургического сепсиса [Текст] / [Е.А. Решетников, М.В. Чуванов, А.Ю. Денисов и др.] // Хирургия. – 2001. - № 1. С. 71-73.
  30. Яковлев С.В. Современные подходы к антибактериальной терапии инфекций мочевыводящих путей [Текст] / С.В. Яковлев // Consilium medicum. – 2001. - Vol. 3, # 7. - P. 300-306.
  31. Honore P.M. Improvement survival with short time haemofiltration in patients with refractory sepsis shock [Текст] / P.M. Honore, J. Jamez, Y.N. Georis // 3rd International Conference of sepsis in the ICU Maastricht 1997; Abstr 43.
  32. Karnak I. The effects of flow rate, length and external pressure upon the pressure required for fluid to flow through a ureter [Text] / I. Karnak, N. Buyukpamukcu, F.C. Tanyel // Br. J. Urol. Int. – 2001. – Vol. 88, # 4. – P. 335.

## ОЗОНОТЕРАПИЯ В УРОЛОГИИ

Мурзалиев А.Д., Жолдошбеков Е.Ж.

Чуйская областная больница

*Определены маркеры эндотоксикоза для контроля эффективности проводимых методов лечения у 66 больных с острым пиелонефритом. При этом получены положительные результаты у больных получавших внутривенную озонотерапию.*

**Ключевые слова.** Пиелонефрит, эндотоксикоз, озонотерапия

*Ozone therapy in urology  
Murzaliev AD, Joldoshbek E.Zh.  
Chui Regional Hospital*

*Defined markers of endotoxemia for monitoring the effectiveness of detoxification therapy in 66 patients with acute pyelonephritis. At the same positive results in the study group that received intravenous ozone therapy.*

**Key words.** Pyelonephritis, endotoxemia, ozone therapy

**Введение.** В течение многих десятилетий общепризнанным методом лечения гнойного пиелонефрита являлось открытое оперативное вмешательство, которое заключалось в нефростомии, ревизии почки, декапсуляции, рассечении и иссечении карбункулов, вскрытии и дренировании абсцессов, малоинвазивные методы на основе дифференцированного подхода и выполнения нефрэктомии в 20-40% случаев (Л.А. Синякова, 2002; О.Б. Лоран и соавт. 2008).

При возникновении гнойно-воспалительных осложнений всегда имеет место эндотоксикоз, существенно влияющий на исход заболевания, поэтому как только установлена патология, необходимо оценить степень тяжести эндотоксикоза и с его учетом выполнять лечение. Выход в кровь больных острым деструктивным пиелонефритом токсинов из почечной ткани

может служить одной из основных составляющих в усилении экзотоксикоза в крови больных. В условиях эндогенной интоксикации происходит расстройство всех видов обмена, детоксицирующие системы не в состоянии «справиться» с выведением токсических продуктов (И.Н. Лейдерман, 1999; В.М. Синохин и соавт., 2002; Р.А. Валиев, 2005).

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 66 пациентов, которые были госпитализированы и получали лечение по поводу острого пиелонефрита. Наряду с общеклиническими методами проведено исследование и маркеров эндотоксикоза (МСМ, ПОЛ, ЛИИ)

У 66 (46,8%) пациентов диагностирован первичный пиелонефрит, из них у 19 (13,4%) выявлен нефроптоз 2-3 степени.

Острый двухсторонний пиелонефрит установлен у 19 (13,4%). В большинстве случаев острый пиелонефрит протекал как тяжелое острое инфекционное заболевание, сопровождающееся выраженной интоксикацией.

Практически у всех больных клинически на первый план выступал интоксикационный синдром, при этом больные жаловались на высокую температуру, озноб, общую слабость, обильный пот, боли во всем теле, боли в поясничной области, тошноту, рвоту, недомогание. В общем анализе крови имел место высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ и ЛИИ.

В общем анализе мочи отмечалась протеинурия, микрогематурия (свежие эритроциты), единичные цилиндры, пиурия и бактериурия. Сразу же порции мочи были отправлены на бактериологический посев для определения вида микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

При УЗИ оценивали размеры и подвижность почек, размеры паренхимы, наличие и степень дилатации чашечно-лоханочной системы. Для дифференциальной диагностики использовали обзорную рентгенограмму и экскреторную урографию.

**Результаты и обсуждения.** В септическом состоянии госпитализированы 10 (15,1%) больных т.к. у них преобладали симптомы уросепсиса. У 3-х из них (4,5%) выявлена гепатоспленомегалия. Это были больные с абсцессами почки, карбункулом почки и пионефрозом. Для уточнения диагноза уросепсиса у этих пациентов неоднократно исследовали кровь на стерильность. Однако выделить микрофлору не всегда удавалось, но учитывая клинику заболевания лечение проводили как больным с уросепсисом. В результате обследования выявлена была патология, которая дана в таблице 1.

Таблица 1 - Острый первичный пиелонефрит и заболевания, осложненные пиелонефритом (n-66)

Патология	Количество больных	
	абс. число	%
Острый пиелонефрит	37	56,1
Острый пиелонефрит беременных	4	6,1
Острый пиелонефрит единственной почки	2	3,0
Нефроптоз, осложненный пиелонефритом	13	19,7
Пионефроз	3	4,5
Карбункул почек	5	7,6
Абсцесс почек	2	3,0
Всего	66	100,0

При поступлении сразу же у больных с выраженной интоксикацией проводили введение реополиглюкина, гемодеза. Переливали солевые растворы, 5-10% растворы глюкозы с аскорбиновой кислотой, свежезамороженную плазму, белковые препараты, 2,4% раствор эуфилина и фуросемид. Общий объем инфузии составлял 2,5-3 литров в сутки. Из противовоспалительных средств в первые 8-9 дней назначали ингибиторы протеолиза - аминокaproновую кислоту по 100 мл в сутки или контрикал ежедневно по 10-20 тыс. ед. внутривенно капельно на 200-500 мл. изотонического раствора хлорида натрия. Из жаропонижа-

ющих средств назначали салицилаты, нестероидные противовоспалительные препараты (аспирин, анальгин, амидопирин и т.д.), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил). При изучении маркеров эндотоксикоза получили следующую картину (Таблица 2).

С целью стабилизации проницаемости клеточных мембран и капилляров назначали рутин по 0,05 2-3 р. в день. Для улучшения микроциркуляции использовали пентоксифиллин (трентал).

При выборе антибиотикотерапии учитывали реакцию мочи, нефротоксичность препарата, особенности возбудителя.

Таблица 2 - Динамика показателей эндотоксикоза у больных с острым пиелонефритом (основная группа, n-44)

Показатели	Сутки от начала лечения			При выписке M4±m4	Норма M5±m5
	при поступлении M1±m1	2-3 сутки M2±m2	5-7 сутки M3±m3		
МСМ усл. ед.	0,290 ± 0,007	0,312 ± 0,006	0,248 ± 0,004	0,241 ± 0,003	0,239 ± 0,001
P	M1-M5<0,01		M1-M3>0,05	M4-M5<0,05	
ПОЛ инт. быстрой вспышки, квант/с 4Пи	18,4 ± 0,14	17,4 ± 0,27	15,5 ± 0,64	13,8 ± 0,13	12,4 ± 0,12
P	M1-M5<0,001		M1-M3 <0,05	M4-M5 >0,05	
ПОЛ инт. медленной вспышки, квант/с 4Пи	6,3 ± 0,12	6,9 ± 0,09	7,6 ± 0,27	7,8 ± 0,11	8,3 ± 0,72
P	M1-M5<		M1-M3 <0,05	M4-M5 >0,05	
ЛИИ	4,3 ± 0,02	3,7 ± 0,05	2,9 ± 0,04	1,5 ± 0,06	0,9 ± 0,01
P	M1-M5<0,001		M1-M3 <0,01	M4-M5<0,05	

Таблица 3. Основные клинические показатели у больных с первичным пиелонефритом контрольной и основной группы.

Показатели	M ±m (осн. группа)	M ±m (контр.группа)
Исчезновение болевого синдрома	3,4±0,92	4,1±0,97
Улучшение общего состояния	3,8±0,73	4,8±0,19
Нормализация температуры, в сутках	3,6±2,2	4,3±1,11
Нормализация лейкоцитов, в сутках	6,3±1,5	8,2±0,31
Послеоперационные осложнения (%)	1,5%	4,5%
Проведено койко-дней	10,4±1,4	14,5±1,12

При поступлении больных назначали антибиотики широкого спектра действия и эффективные при любой реакции мочи (левомифидин в сочетании с фурагином, ампицилин, цефмоксим). При низкой эффективности и утяжеления больного антибиотиков вводили внутривенно и внутримышечно: коррекцию антибиотикотерапии проводили после получения результатов бактериологического исследования мочи.

Этот объем лечения получали 22 больных с пиелонефритом – это традиционное лечение, а у 44 помимо традиционной терапии включали, местную (у оперированных) и общую озонотерапию. Озонированный раствор вводили после операции в количестве 400-600 мл с концентрацией озона 3-4 мкг/мл на протяжении 5-6 дней, в зависимости от динамики течения заболевания. 10 больным проведены различные виды операций.

Масса средних молекул основной группы больных к 5-7 суткам приближается к норме и к моменту выписки достигала нормы. ПОЛ в процессе лечения, как показатель интенсивной, так и медленной вспышки к выписке достигало нормы, что существенно опережало показатели контрольной группы.

Клиническое улучшение больных, в основной группе больных наблюдалось на 4-5 сутки. Это выражалось в снижении температуры тела, прекращении болей, улучшении общего самочувствия, а улучшение в показателях анализов крови и мочи наблюдались только на 5-6 сутки. В среднем пребывание больных в стационаре составило 10,4 ± 1,4 койко-дня.

**Выводы.** У большинства больных с первичным пиелонефритом преобладают проявления синдрома системной воспалительной реакции (боль, высокая температу-

ра, тахикардия, лейкоцитоз)

Положительные клинические и биохимические показатели чаще наблюдались у больных основной группы, которая наряду с традиционной терапией получали внутривенную озонотерапию.

#### Литература.

1. Валиев Р.А. Диагностика эндогенной интоксикации у детей с острой и хронической почечной недостаточностью [Текст] / Р.А. Валиев, А.М. Шарипов // Урология. – 2005. - № 6. - С. 41-42.
2. Лейдерман И.Н. Синдром полиорганной недостаточности (ПОН). Метаболические основы [Текст] / И.Н. Лейдерман // Весн. интенсив. тер. – 1999. - № 2. – С. 23-26.
3. Лоран О.Б. Функциональное состояние почек у больных, перенесших гнойный пиелонефрит [Текст] / О.Б. Лоран, Л.А. Синякова, Е.В. Берников // Урология. – 2008. - № 5. - С. 3-7.
4. Синякова Л.А. Гнойный пиелонефрит: диагностика и особенности клинического течения [Текст] / Л.А. Синякова // Урология. – 2002. - № 5. - С. 68-70.
5. Синюхин В.Н. Цитокины в диагностике осложненных форм пиелонефрита / Под ред. Лопаткина Н.А. Интерпретация результатов лабораторных методов диагностики урологических заболеваний: Сборник научных трудов [Текст] / В.Н. Синюхин, Л.А. Ходырева, Н.В. Чирун. - М., 2002. - Т. 3. – С. 135-138.

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гусейнов Х.М., Бабаев Ф.Г.

Научный центр хирургии имени академика М.Топчибашева, Республиканская Клиническая урологическая больница имени академика М.Д. Джавадзаде г. Баку

*В данной работе обосновано раннее применение усовершенствованной медикаментозной и заместительной почечной терапии при острой почечной недостаточности, что позволяет устранить гистотоксическую гипоксию и является средством предупреждения развития полиорганной недостаточности. Доказано, что содружественное их применение у большинства больных позволяет избежать развития анурической формы острой почечной недостаточности и существенно улучшает исходы лечения. Показано, что острая почечная недостаточность не только является осложнением эндотоксикоза, но и его значительно отягощает.*

**Актуальность исследования.** Лечение острой почечной недостаточности (ОПН) остается одной из важных и сложных проблем медицины. В проспективном мультицентровом исследовании при анализе 17 126 больных, поступивших в 30 клиник Австрии, выявил, что у 839 (4,9%) пациентов развилась ОПН, требовавшая проведения заместительной почечной терапии. Летальность при этом составила 62,8%. В группе без ОПН летальность была 15,6% (Yamagata, K., et al., 2006; Хорошилов С.Е. и соавт., 2007). При сепсисе острая почечная недостаточность развивается у 19% больных, при тяжелом сепсисе – у 23%, а при септическом шоке – в 51% случаев. Сочетание острой почечной недостаточности

и сепсиса увеличивает летальность до 70% (Pollak V.E., Lorch J.A., Means R.T., 2001).

Активное внедрение различных методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) существенно изменило течение ОПН. С помощью экстракорпорального очищения крови устраняется эндотоксемия, связанная как с уремией, так и с септической интоксикацией, массивным цитолизом, ферментемией. Кроме того, ЗПТ обеспечивает возможность проведения объемных инфузий и гиперкалорического питания при олигурии, когда больные не способны самостоятельно поддерживать гомеостаз (Волков М.М., 1997; Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В., Смирнов А.В., 2000). Однако,

несмотря на широкое внедрение этих методов в клиническую практику, летальность при ОПН даже в ведущих клиниках мира сохраняется на уровне 55% – 75%, не снижаясь в течение последних десятилетий (Yamagata, K., et al., 2008).

Итак, критические состояния, связанные с выраженной гипоксией внутренних органов, осложняются их повреждением различной степени. Утрата функции детоксикационных систем (почек и печени) влечет за собой прогрессирование эндотоксикоза, развитие гистотоксической гипоксии и усугубление нарушения газообмена во всех органах и системах, в том числе и в самих органах детоксикации.

В связи с этим **цель исследования** – изучение причин острой почечной недостаточности в клинической больнице и разработка предложений по профилактике.

**Материалы и методы исследования.** В работе выполнен анализ лечения 276 больных и пострадавших с острой почечной недостаточностью, лечившихся в клиниках г. Баку. Основную группу (более 70%) составили мужчины.

В работе использованы следующие методы исследования: статистический, аналитический, выкопировка данных, контент-анализ.

**Результаты обсуждения.** Чаще ОПН развивалась в пожилом возрасте. В 48 наблюдениях (17,4%) острая почечная недостаточность развилась на фоне предшествующего заболевания почек и хронической почечной недостаточности I ст. Выделены следующие состояния, приведшие к ОПН – циркуляторный (преренальный) механизм (септический шок, кардиогенный шок, гиповолемия), ренальное повреждение (рабдомиолиз, токсико-аллергическая реакция на лекарственные препараты, инфекционное повреждение при ГЛПС и лептоспирозе), почечный блок (уретеро и нефролитиаз, внутриканальцевая обструкция при миеломе и подагре), печеночно-почечная недостаточность.

В 17 случаях отмечено сочетание механизмов почечного повреждения – у 10 больных гемодинамической нестабильности и применения нефротоксичных препаратов, еще у 7 – травматического шока и

рабдомиолиза.

Наиболее частой причиной ОПН (63,8%) было нарушение системной и органной циркуляции. Основными причинами были сепсис и септический шок, а также гиповолемия, в том числе связанная с секвестрацией внеклеточной жидкости (перитонит, панкреатит) и сердечно-сосудистая недостаточность после кардиохирургических вмешательств (рис. 2). Поскольку ОПН циркуляторного генеза была связана с нарушением системной гемодинамики, сопровождалась нарушением макро- и микроциркуляции во всех органах и системах, как правило она сочеталась с недостаточностью других органов и систем (системы крови в 95, дыхательной системы в 61, ЦНС 59%, ЖКТ – 43 %) и являлась компонентом полиорганной недостаточности.

Ренальную (паренхиматозную) ОПН наблюдали у 33 раненых и больных. Наиболее частыми причинами ее стали варианты рабдомиолиза – ишемический (синдром позиционного сдавления – 12 пострадавших, 36,3 %) и травматический (9 пострадавших (27,3 %), в том числе синдром длительного сдавления – 4 пострадавших, минно-взрывная травма и массивное разрывание мышц – 6 пострадавших). Токсико-аллергическая реакция на лекарственные препараты (аминогликозиды у 4 больных, препараты платины у 3 больных, рентгенконтрастные препараты у одного больного) и ОПН инфекционного генеза встречались реже. Малое количество токсико-аллергической ОПН связано с широким информированием врачей о нефротоксичности различных препаратов и появлением возможности выбора альтернативной медикаментозной терапии. У 2 больных причиной ОПН явился лептоспироз, и у одного больного – геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

Постренальную ОПН наблюдали у 21 больного – у 9-ти (42,8%) причиной стала двусторонняя обструкция конкрементами или нефролитиаз единственной почки. У 2 больных сдавление мочеточников извне осуществлялось опухолью забрюшинной клетчатки (фибромой), у одной больной гигантская опухоль матки винтообразно деформировала мочеточники, вызвав

нарушение оттока мочи и острую почечную недостаточность. У 8 больных наблюдали внутриканальцевую обструкцию – у 6 на фоне парапротеинового криза при меланоме и у 2 – в результате выпадения кристаллов мочевой кислоты при подагре.

У подавляющего большинства больных с ОПН циркуляторного генеза (81,8%) поражение почек развилось во время стационарного лечения, и лишь у 18,2% – на догоспитальном этапе. В отличие от этого, ренальная и постренальная ОПН чаще развивалась вне стационара (72,2% и 96 % соответственно).

Особую группу составили больные с острой печеночно-почечной недостаточностью. Причины совместного повреждения органов детоксикации долгие годы оставались неясными. Однако оно наблюдалось как при изолированных заболеваниях печени (вирусный гепатит), так и при полиорганной недостаточности. Активное развитие хирургии печени и расширение показаний к оперативному вмешательству, а также хирургической агрессии привело к существенному увеличению значимости интраоперационного уменьшения паренхимы печени в качестве причины острой печеночно-почечной недостаточности.

Наиболее частой причиной ОПН было нарушение почечной перфузии в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности – острая почечная недостаточность циркуляторного генеза, которую диагностировали у 176 больных. Больные с ОПН циркуляторного генеза были разделены на 3 группы.

В первую группу были включены 46 больных, у которых почечное повреждение диагностировалось по снижению суточного диуреза (до олигурии – менее 10 мл/кг мочи в сутки) и нарастанию азотистых шлаков. Им проводили стандартный лабораторно-инструментальный мониторинг. Диагностика почечного повреждения не влекла за собой изменения стандартной интенсивной терапии, а гемодиализ начинали отсрочено (по традиционным показаниям). Эти больные составили группу сравнения.

Во вторую группу были включены 75 больных, которым при снижении темпа диуреза или нарастании креатинина или мо-

чевины начинали применение комплекса лечебных мероприятий, названных нами «нефропротективной терапией», целью которой явилось устранение гипоксии канальцевого эпителия, а по сути и восстановление всей висцеральной микроциркуляции.

В третью группу были включены 55 больных, которым после перенесенного эпизода гипотонии проводили активную диагностику возможного почечного повреждения, включавшую оценку как количественного, так качественного состава мочи (концентрация натрия, суточная экскреция креатинина и мочевины), а также расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ). При выявлении ранних признаков ОПН вне зависимости от уровня азотемии и темпа диуреза в этой подгруппе назначали комплексную «нефропротективную» терапию, а при ее недостаточной эффективности незамедлительно начинали проведение заместительной почечной терапии.

Таким образом, наиболее частой причиной ОПН в многопрофильном госпитале является нарушение системной циркуляции в результате сепсиса или тяжелой сочетанной травмы, гиповолемии, острой сердечно-сосудистой недостаточности.

### **Выводы**

1. Наиболее частой причиной острой почечной недостаточности (63,8 % больных) в многопрофильном лечебном учреждении является нарушение системной и органной гемодинамики в результате сепсиса, тяжелой сочетанной травмы, гиповолемии, острой сердечно-сосудистой недостаточности. Реже (в 18,9%) наблюдается ренальная острая почечная недостаточность, вызванная последствиями рабдомиолиза или токсико-аллергической реакцией на лекарственные препараты. Постренальная острая почечная недостаточность встретилась лишь у 7% больных. Сочетанное повреждение почек и печени – острая печеночно-почечная недостаточность наблюдали у 10,3 % больных. Острая почечная недостаточность циркуляторного генеза в 81,8% случаев развивалась во время стационарного лечения, и лишь в 18,2% – на догоспитальном этапе. В отличие от

этого, ренальная и постренальная ОПН чаще развивалась вне стационара (72,2% и 96% соответственно).

2. Оценка количественного и качественного состава мочи, позволяет выявить острую почечную недостаточность на ранних стадиях. Для ранней диагностики почечного повреждения наиболее информативно изучение концентрации натрия мочи, расчет скорости клубочковой фильтрации, суточной экскреции азотистых метаболитов. Повышение концентрации натрия мочи более 35 ммоль/л у больных с нарушением системной гемодинамики должно быть основанием для проведения интенсивной «нефропротективной» терапии.

#### **Практические рекомендации**

1. Контроль за функцией почек у больных в критическом состоянии должен обязательно включать оценку как количественных характеристик диуреза, так и качественного состава мочи.

2. В комплекс интенсивной нефропротекции следует включать осмодиуретики (маннитол, 10- 20- 40% раствор глюкозы, 7,5 – 10% раствор хлорида натрия), дилататоры приносящей артериолы (дофамин в дозах 1 – 2 мкг/кг/мин, эуфиллин 8 – 10 мг/кг в сутки), а затем петлевые диуретики (фуросемид), применение которых должно осуществляться в виде болюса 3 мг/кг с последующей дозированной инфузией со скоростью 0,5 мг/кг/час. Отсутствие выраженного диуретического эффекта от проводимой терапии, снижение скорости клубочковой фильтрации, а также рост креатинина

или мочевины в течение суток более чем в 1,5 раза является показанием для проведения заместительной почечной терапии. Раннее начало экстракорпоральной детоксикации позволяет предотвратить развитие полиорганной недостаточности.

#### **Литература:**

1. Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В., Смирнов А.В. Нарушения поведения и негативные эмоции, у больных с ХПН, получающих гемодиализ // Нефрология.-2000.-№ 2. Т. 4. - С.- 92
2. Волков М.М. Факторы течения заболевания, влияющие на выживаемость больных на хроническом гемодиализе // Нефрология. -1997.-Т.1, №4.- С. 43-49.
3. Хорошилов С.Е. и соавт. Экстракорпоральная коррекция водно-секторальных нарушений при сепсисе, осложненном острой почечной недостаточностью. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова. – 2007. – № 4. – С.6-8
4. Pollak VE, Lorch JA, Means RT Jr: Unanticipated favorable effects of correcting iron deficiency in chronic hemodialysis patients. J Investig Med 2001,49:173-183.
5. Yamagata, K., et al., Chronic kidney disease perspectives in Japan and the importance of urinalysis screening. Clin Exp Nephrol, 2008. 12: p. 1-8.
6. Yoon, K., et al., Epidemic obesity and type 2 diabetes in Asia. Lancet, 2006. 368: p. 1681-8.

## ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бабаев Ф.Г., Гусейнов Х.М.

Республиканская Клиническая урологическая больница имени академика  
М.Д. Джавадзаде, Научный центр хирургии имени академика М.Топчибашева, г. Баку

*На основании проведенного исследования определены показания для применения метода биоэлектрический импедансный анализ для оценки мышечной и жировой массы тела у больных хронической почечной недостаточностью.*

*Выделены общие для начальной ХПН (высокая протеинурия, продолжительность кортикостероидной терапии, депрессивное состояние) и связанные с уремией (ВГПТ, анемия, лечение регулярным ГД) факторы риска нарушений нутритивного статуса, показано повышение роли факторов уремии по мере прогрессирования ХПН к терминальной стадии.*

**Актуальность исследования.** Нарушения нутритивного статуса (белково-энергетическая недостаточность) считают одной из ключевых проблем хронической почечной недостаточности (ХПН) на терминальной стадии ее развития (Гельфанд Б.Р., Салтанов А.И. 2009).

Белково-энергетическая недостаточность оказывает значительное влияние на выживаемость и уровень реабилитации этих больных: смертность в течение первого года диализной терапии составляет 15% среди больных с нормальным индексом массы тела - интегральным показателем оценки нутритивного статуса, и 39% среди больных, у которых индекс массы тела менее  $19 \text{ кг/м}^2$  (Bellomo R., Kellum J.A., Ronco C. 2004).

В результате изучения этой проблемы было установлено, что среди больных ХПН у 5-15% перед началом лечения регулярным гемодиализом (ГД) и постоянным амбулаторным перитонеальным диализом (ПАПД) уже выявляются нарушения нутритивного статуса (Fieghen H.E, Friedrich J.O., Burns K..E, et al. 2010).

Проблема нутритивного обеспечения при терминальной почечной недостаточности неоднократно освещалась в различных исследованиях (Bellomo R. et al. 2004; Смирнов А.В., 2008). Однако работы по оценке нутритивного статуса у пациентов ХПН на преддиализном этапе (3-4 стадии ХБП) малочисленны. Частота выявления нутритивных нарушений у этих пациентов оценивается не более как 3% (Bridget A. Scoville 2013), при чём преимущественным

проявлением нарушения нутритивного статуса считают гипоальбуминемию (сывороточный альбумин  $< 3,5 \text{ г/дл}$ ) (Case J., Khan S., Khalid R., Khan A., 2013).

**Цель исследования.** Определить наиболее значимые факторы развития нутритивных нарушений, а также принципы их профилактики у этих больных.

**Материалы и методы исследования.** Клиническая характеристика обследованных больных. Обследовано 220 больных ХПН (ХБП 3 –5Д стадий), наблюдавшихся в клинике Республиканской Клинической урологической больницы имени академика М.Д. Джавадзаде в период с 2009 по 2012 г.г., среди которых у 155 больных ХПН была обусловлена гломерулонефритом (ГН), рис. 1.

В исследование включены только 180 больные ГН, среди них 155 - хроническим ГН и 25 - ГН при системных заболеваниях: 13 системной красной волчанкой (СКВ) и 12 разными формами системного васкулита (табл. 1). Среди 180 больных у 80 диагностировалась ХПН начальной и умеренной степени (ХБП 3 – 4 стадий) и у 100 больных – терминальная ХПН (ХБП 5Д стадии).

В зависимости от этиологии и стадии ХПН все больные, вошедшие в исследование, были рандомизированы в 2 группы (табл. 2). 1 группу составили 155 больных хроническим ГН, среди них 22 с начальной ХПН (СКФ  $59-30 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ ), 40 с умеренной ХПН (СКФ  $29-15 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ ) и 93 с терминальной ХПН (СКФ  $\leq 10 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ ). В группу 2

включено 25 больных с системными заболеваниями: 10 больных с начальной ХПН, 8 – с умеренной ХПН и 7 – с терминальной ХПН. Для более точной оценки роли степени почечной недостаточности в развитии нутритивных нарушений больные

начальной ХПН обеих групп были разделены на 2 подгруппы: в подгруппу А включили больных с СКФ 59-45 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, а в Б – больных с СКФ 44 - 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (табл. 2).

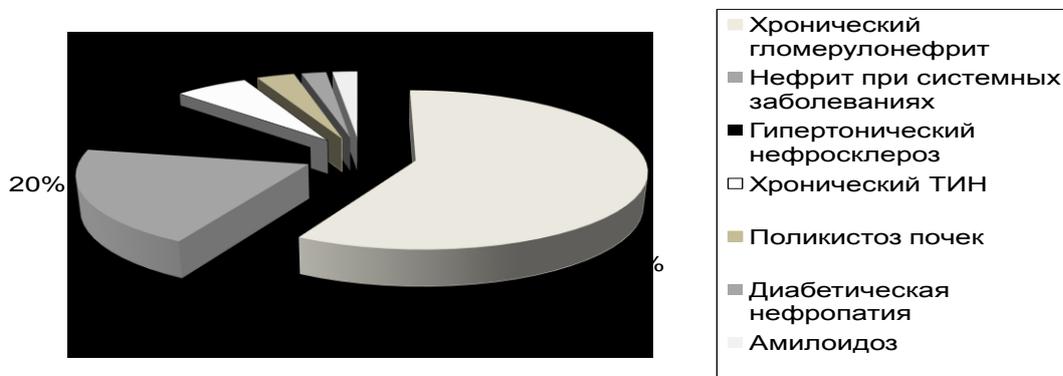


Рис. 1. Структура причин ХПН у обследованных больных

Таблица 1. Распределение больных по нозологическим формам

Нозология	Число больных
Хронический ГН	155
ГН при системных заболеваниях:	25
• СКВ	13
• Гранулематоз Вегенера	7
• Геморрагический васкулит	5
Всего больных	180

Таблица 2. Распределение больных в зависимости от стадии ХБП

Группы больных	ХПН начальной стадии		ХПН умеренной стадии (СКФ 29-15 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	ХПН терминальной стадии (СКФ ≤ 10 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )
	А (СКФ 59-45 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	Б (СКФ 44-30 мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )		
Число больных				
1 группа (ХГН), n=155	10	12	40	93
2 группа (ГН при системных заболеваниях), n=25	3	7	8	7
Всего	32		48	100
Итого	180			

**Методы исследования**

Помимо общеклинического обследования больных, принятого в отделении, для решения поставленных задач проводили специальные исследования.

Полученные антропометрические измерения и результаты БИА дополнялись субъективной общей оценкой (расспрос, знакомство с анамнезом – выявление характерных жалоб, этиологических факторов) и лабораторными исследованиями

(концентрация альбумина в плазме, абсолютное число лимфоцитов в периферической крови, уровень трансферрина в крови).

Статистическую обработку материала проводили по программе SPSS 12.0. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05. Характеристики выборок в зависимости от распределения представлены в виде средних величин, стандартных отклонений и ошибок средних величин. Для анализа

качественных переменных использовали критерий  $\chi^2$  Пирсона или критерий Фишера для таблиц 2x2. Для определения силы связи использовали двухсторонний ранговый корреляционный анализ Спирмена или двухсторонний корреляционный анализ Пирсона. Для выявления факторов, связанных с развитием нарушений нутритивного статуса применяли множественный пошаговый логистический регрессионный анализ.

*Факторы риска нарушения нутритивного статуса на додиализном этапе хронической болезни почек.* Среди наблюдаемых нами больных 1 и 2 групп (n=39),

получавших малобелковую диету в сочетании с незаменимыми кетокислотами и высокоэнергетическими питательными смесями не менее чем 12 мес. до начала исследования, ни у одного из них не регистрировались нарушения нутритивного статуса (использовался БИА). При этом среди больных (n=10), получавших малобелковую диету (МБД), но без добавления незаменимых кетокислот, достоверно реже, чем среди больных (n=31), не ограничивающих белок в рационе, отмечались нутритивные нарушения (соответственно 1,25% и 11,25%) [табл. 3].

Таблица 3. Частота нарушений нутритивного статуса среди больных ХПН на додиализном этапе зависимости от используемой диеты (n=80)

Группы больных	Диеты/количество больных, абс.,%		
	МБД (0,6 г/кг/сут белка) + кетокислоты	МБД (0,6 г/кг/сут белка)	Без ограничения суточной квоты белка
1 группа (хронический ГН), n=62	0/39*	1/10	6/13
2 группа (нефрит при системных заболеваниях), n=18	0/0	0/0	3/18
Всего (n=80)	0/39-0%	1/10-1,25%	9/31-11,25%

Примечание: \* первое число дроби – количество больных с нарушением нутритивного статуса, второе – количество больных в подгруппе

С помощью коэффициентов парной корреляции Пирсона (табл. 4) установлено влияние на уменьшение индекса массы тела (ИМТ), как интегрального показателя нарушения нутритивного статуса, низкой калорийности питания (< 33 ккал/сутки) [связь прямая, сильная] (рис. 4), тяжести почечной недостаточности [СКФ < 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>] (связь прямая, сильная),

выраженности анемии (Hb < 9 г/дл) [связь прямая, сильная], у больных 2 группы также высокой протеинурии (> 1,5 г/сутки) [связь обратная, сильная] (рис. 5) и продолжительности кортикостероидной терапии (> 6 мес.) [связь обратная, сильная]. Сочетание двух и более из этих факторов статистически значимо увеличивало риск развития нарушений нутритивного статуса.

Таблица 4. Факторы, влияющие на уменьшение индекса массы тела (ИМТ) у больных с ХПН на додиализном этапе (n=80)

Факторы	Коэффициент парной корреляции Пирсона ®		p	
	1 группа (n=62)	2 группа (n=18)	1 группа (n=62)	2 группа (n=18)
Калорийность питания (< 33 ккал/кг/сут)	0,493	0,571	<0,01	<0,05
СКФ < 30 (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	0,327	0,490	<0,01	<0,05
Анемия Hb < 9 (г/дл)	0,280	0,421	<0,01	<0,05
Протеинурия > 1,5 (г/сут)		(-)0,497	ns	<0,05
Лечение кортикостероидами (период > 6 мес)		(-)0,432	ns	<0,05

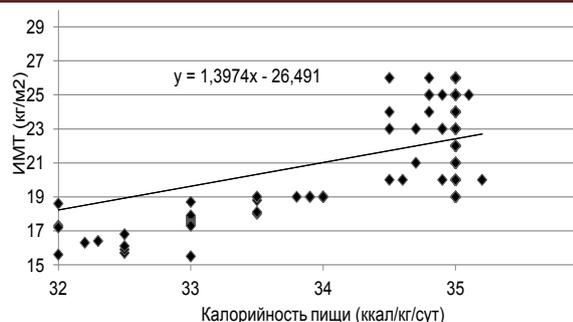


Рис. 2. Связь индекса массы тела (ИМТ) с калорийностью пищи у больных ХПН на додиализном этапе ( $r=0,515$ ;  $p < 0,01$ )

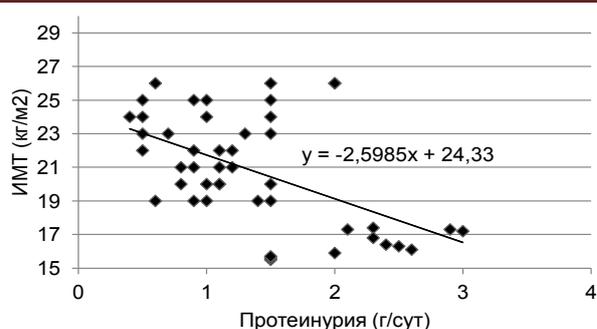


Рис. 3. Связь индекса массы тела (ИМТ) с уровнем протеинурии у больных 2 группы с ХПН на додиализном этапе ( $r=(-) 0,527$ ;  $p < 0,01$ )

Таблица 5. Факторы риска нарушений нутритивного статуса у больных ХПН на додиализном этапе

Факторы	Больные с ХПН на додиализном этапе (n=80)	
	Показатель	
Пожилой возраст (> 65 лет)	$\chi^2=3,945$	$p<0,05$
Депрессия и непереносимость бессолевой, пресной пищи	$\chi^2=3,736$	$p<0,05$

Влияние низкой калорийности питания на уменьшение индекса массы тела (ИМТ) (на 3-5% в месяц) представлено на рис. 2. У наблюдаемых больных ХПН на додиализном этапе сохраняющаяся протеинурия (> 1,5 г/сутки) увеличивала риск уменьшения ИМТ (рис. 3).

По данным множественного логистического регрессионного моделирования при коррекции модели по полу и возрасту значимо и независимо с развитием нарушений нутритивного статуса были связаны наличие низкой калорийности пищевого рациона (< 33 ккал/кг/сут) (Exp (B) = 6,2 (95% ДИ 2,25-16,8,  $p<0,001$ ) и СКФ < 30 (мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) (Exp (B)=1,07 (95% ДИ 1,0-1,13,  $p = 0,049$ ), у больных 2 группы также высокой протеинурии (> 1,5 г/сут) (Exp (B) =2,05 (95% ДИ 1,2-2,5;  $p = 0,033$ ) и лечения кортикостероидами (период > 6 мес.) (Exp (B) =2,01 (95% ДИ 1,0-2,13,  $p=0,035$ ).

*Факторы риска нарушений нутритивного статуса у больных ХПН на регулярном гемодиализе.* Среди наблюдаемых нами больных 1 и 2 групп (n=39), получавших МБД в сочетании с незаменимыми кетокислотами и высокоэнергетическими питательными смесями на преддиализном этапе не менее 12 мес. до начала диализного лечения, в течение первого года лечения

регулярным ГД достоверно реже, чем среди больных (n=61), которым кетокислоты и питательные смеси в додиализный период не назначались, отмечались нарушения нутритивного статуса (использовался БИА) (табл. 6).

Среди 100 больных на регулярном ГД обеих групп нарушения нутритивного статуса (использовался БИА + лабораторные методы) также выявляли достоверно чаще у больных с синдромом неадекватного диализа (Kt/V < 1,0; URR < 65%), хронического воспаления (инфицированный сосудистый доступ, оппортунистические инфекции, вирусносительство, гиперпродукция С-реактивного белка), при длительном использовании стандартного диализирующего раствора, содержащего уксусную кислоту (табл. 7) и развитии ВГПТ (рис. 7). У 12 больных диализ с использованием концентрата, содержащего уксусную кислоту, вызывал нестабильность гемодинамических показателей (интрадиализную гипотензию), тошноту, головную боль, анорексию.

Замена у всех 12 больных традиционного концентрата для ГД на концентрат, в котором вместо уксусной кислоты использовалась соляная кислота, позволило у всех этих больных исключить интрадиализную гипотензию и улучшить переносимость процедур ГД, нормализовать аппетит.

Таблица 6. Частота нарушений нутритивного статуса среди больных ХБП терминальной стадии в течение первого года лечения регулярным ГД в зависимости от используемой диеты на додиализном этапе (n=100)

Группы больных	Диеты/количество больных, абс.,%		
	МБД (0,6 г/кг/сут белка) + кетокислоты	МБД (0,6 г/кг/сут белка)	Без ограничения суточной квоты белка
1 группа (хронический ГН), n=93	7/39*	24/26	26/28
2 группа (нефрит при системных заболеваниях), n=7	0/0	0/0	7/7
Всего (n=100)	7/39-7% p<0,01	24/26-24%	33/35-33%

**Примечание:** \* первое число дроби – количество больных с нарушением нутритивного статуса, второе – количество больных в подгруппе

Таблица 7. Факторы риска нарушений нутритивного статуса у больных ХПН на регулярном ГД

Факторы	Больные с ХПН на диализе (n=100)	
	Показатель	
Синдром недодиализа: • Kt/V < 1,0 • URR < 65%	$\chi^2=6,41$ $\chi^2=3,59$	p < 0,01 p < 0,05
Диализный концентрат: • традиционный бикарбонатный • замена уксусной кислоты соляной в бикарбонатном концентрате (ацидосол)	$\chi^2=3,98$ $\chi^2=2,59$	p < 0,05 p = 0,7
Воспаление (С-реактивный белок > 8 мг/л или прокальцитонин > 10 нг/мл)	$\chi^2=3,11$	p < 0,05

### Выводы.

1. По данным множественного логистического регрессионного моделирования наиболее значимыми факторами риска нарушений нутритивного статуса у больных ХПН начальной и умеренной стадии являются низкая калорийность питания (< 33 ккал/кг/сут.) (Exp (B) = 6,2 (95% ДИ 2,25-16,8, p<0,001) и СКФ < 30 (мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>) (Exp (B)=1,07 (95% ДИ 1,0-1,13, p = 0,049), у больных 2 группы также высокая протеинурия (> 1,5 г/сут.) (Exp (B) = 2,05 (95% ДИ 1,2-2,5; p = 0,033) и продолжительность лечения кортикостероидами (период > 6 мес.) (Exp (B) = 2,01 (95% ДИ 1,0-2,13, p=0,035). Добавление к МБД (оптимально 0,6 г/кг/сут.) незаменимых кетокилот и высокоэнергетических питательных смесей обеспечивает профилактику развития нарушений нутритивного статуса у больных на додиализных стадиях ХПН.

2. При многофакторном анализе установлено, что с быстрым прогрессированием нутритивных нарушений у больных терминальной стадии ХПН ассоциированы депрессия и непереносимость бессолевой, пресной пищи ( $\chi^2=3,736$ , p < 0,05; синдром неадекватного гемодиализа (Kt/V < 1,0) ( $\chi^2=6,41$ , p < 0,01); гиперпродукция интактный паратгормон (иПТГ) (r = -575; p < 0,01); синдром непереносимости ацетата ( $\chi^2=3,98$ , p < 0,05); продолжительное лечение интермиттирующим low-flux-ГД (> 12 мес) ( $\chi^2=5,945$ , p=0,01).

### Литература:

1. Гельфанд Б.Р., Салтанов А.И. "Интенсивная терапия" Национальное руководство. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009, 1 т. стр.856-879
2. Смирнов А.В. Острое повреждение почек и острая почечная недостаточность: некоторые уроки международных инициатив // Нефрология. 2008. Том 12. №3. с 7-12.
3. Bellomo R, Kellum JA, Ronco C. Defining acute renal failure: physiological principles.//Intensive Care Med

- 2004, 30:33-37.
4. Bellomo R., Ronco C., Kellum J.A. et al. Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group // Crit. Care. – 2004. – V. 8. – R. 204–212.
  5. Bridget A. Scoville., Medication Dosing in Critically Ill Patients With Acute Kidney Injury Treated With Renal Replacement Therapy. // Am J Kidney Dis. 2013;61(3):490-500.
  6. Case J, Khan S, Khalid R, Khan A. Epidemiology of acute kidney injury in the intensive care unit. // Crit Care Res Pract. 2013; 479-483.
  7. Fieghen HE, Friedrich JO, Burns KE, et al.: The hemodynamic tolerability and feasibility of sustained low efficiency dialysis in the management of critically ill patients with acute kidney injury.// BMC Nephrol 2010, 11:32

## ВЫНУЖДЕННЫЕ И СПРОГРАММИРОВАННЫЕ РЕ И РЕ-РЕЛАПАРОТОМИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Туйбаев З.А.

Ошская городская клиническая больница. г.Ош

**Резюме:** После вынужденной релапаротомии летальность составила 31,6%, а после ре-релапаротомии - 80%. После спланированной релапаротомии летальность составила 14,8%, а после ре-релапаротомии – 25%.

**Ключевые слова:** перитонит, релапаротомия, причины, летальность.

Предложены много методов пролонгированной санации брюшной полости при послеоперационном перитоните (ПП), каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Среди них, несмотря на серьезные недостатки, программированная релапаротомия (РЛ), по мнению ряда авторов, является наиболее эффективным хирургическим методом санации брюшной полости при ПП.

**Цель работы:** Выполнить сравнительный анализ результатов вынужденных и спрограммированных релапаротомий (РЛ-1) и релапаротомий (РЛ-2).

**Материал и методы.** Клиническим материалом служили данные 91 больных, оперированных в Ошской городской клинической больницы г.Ош по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, осложненных ПП и у которых были выполнены вынужденные и спланированные РЛ-1 и РЛ-2. Больные были разделены на 2 клинические группы: контрольная – 48 (52,7%) больных, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-1; основная - 43 (47,3%) больных, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-2.

Для сопоставительной оценки результатов вынужденных и спланированных РЛ-

1 и РЛ-2 больные контрольной и основной группы были разделены на 2 подгруппы: 1-ая – 65 (71,4%) больных, у которых были выполнены вынужденные РЛ-1 и РЛ-2; 2-ая - 26 (28,6%) больных, у которых были выполнены спланированные РЛ-1 и РЛ-2.

Таблица 1. - Распределение больных по способу выполнения РЛ-1 и РЛ-2

Клиническая группа	Количество больных	
	абс	%
Контрольная	48	52,7
Основная	43	47,3
Итого:	91	100

Для количественной оценки тяжести состояния больных с послеоперационным перитонитом использована шкала АРАСНЕ II. Показатель АРАСНЕ II вычисляли посредством суммирования баллов, полученных при оценке физиологических параметров организма и их отклонений от нормы (А), возраста больных (Б) и наличия у них сопутствующей патологии (В): АРАСНЕ II = А+Б+В.

Состояние физиологических параметров организма представляет сумму баллов, полученных при анализе 4 физиологических (ЧСС, ЧД, ср.АД, температура тела) и

6 лабораторных (К, Na, креатинин, лейкоциты, нейтрофилы, гематокрит) показателей. Каждый показатель оценивали в диапазоне 1-4 баллов в зависимости от его отклонения от нормы в сторону уменьшения или увеличения.

Для вычисления вероятности летального исхода использовали следующую формулу:  $P_x = e(AW) / (1 + e(AW))$ , где  $P_x$  – вероятность летального исхода;  $AW$  – АРАСНЕ II  $x 0,146 + W_1 + W_2 + W_3$ ;  $W_1 = -3,517$  (неспецифический коэффициент);  $W_2 = +0,603$  (коэффициент для ургентной операции);  $W_3 = -0,203$  (диагностический коэффициент для внутрибрюшных инфекций).

**Результаты и их обсуждение.** Нами установлено, что в 60,5% случаев вынужденная РЛ выполнялась по поводу осложненной кишечной непроходимости, в 23,7% – осложненной язвенной болезни. Между тем, в структуре спланированной РЛ 34,9% составляют оперативные вмешательства по поводу осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выявлено, что вынужденные РЛ в 60,4% случаев выполнялись с лечебно-диагностической целью, а в 31,2% случаях только с лечебной целью. Между тем, РЛ-1 была спланирована исключительно с лечебно-диагностической целью в 55,8% случаях и только с лечебной целью в 34,9% случаях.

Результаты факторного анализа причин вынужденных и спланированных РЛ-1 и РЛ-2 показывают, что развитию послеоперационного перитонита способствовали в 37,5% случаях недостаточная санация и дренирование брюшной полости, а в 27% случаях недостаточная декомпрессия ЖКТ во время операции и в ранние сроки после операции.

В 21% случаях имело место недооценка хирургической ситуации, а в 16,6% случаев – при чрезмерной хирургической активности. В целом, объективные причины были у 79,1% больных. Между тем, трудно объяснить тот факт, что в 47,9% случаях исходно сложные в хирургическом плане больные были передоверены хирургам с недостаточным опытом оперативных

вмешательств.

Надо отметить, что в обеих группах больных в 26,8% случаев констатировано то, что хирурги имели недостаточный опыт повторных хирургических вмешательств. Если в 20% случаях причиной вынужденных РЛ-2 была незавершенность РЛ-1, то это было причиной спланированных РЛ в 74,4% случаях.

В 20% случаях причиной вынужденных РЛ-2 была неадекватная хирургическая тактика. При этом удельный вес неадекватной оценки хирургической ситуации во время РЛ-1 составляет 40%.

Факторный анализ показал, что недостаточный уровень клинического мышления врача, включая незнание стандартных диагностических и лечебных приемов отмечалось почти у 50% больных.

В 31,6% случаях имело место необъективная оценка клинической ситуации, когда хирург не смог логично осмыслить значение выявленных клинических данных и сформулировать правильный диагноз, а процент игнорирования мнения коллег и консультантов при принятии решений отмечается в 39,5% случаях.

К сожалению, недостатки организационного характера имелись практически в каждом случае повторной лапаротомии. Следует подчеркнуть, что у более 50% больных (57,9%) медицинскими работниками не соблюдались регламентированная система диагностики заболеваний и их лечения.

Нами установлено, что у 63,1% больных не было приемственности в диагностике и лечении, а в 26,3% случаях диагностические меры не были предприняты вообще. Тем не менее, установлено, что в 92,6% случаях объективные трудности были связаны с кратковременностью пребывания больного в стационаре.

Следует отметить, что в 36,9% случаях причинами РЛ являются не осмысленная хирургами незавершенность первой операции, а в 31,6% случаях незавершенность операции было обусловлено осложнениями во время операции в виде кровотечения, повреждения тканей и органов брюшной полости. Выявлено, что в 36,9% случаях хирурги были вынуждены свернуть опера-

цию в виду технических затруднений.

Нами установлено, что причиной вынужденной РЛ-2 в 30% случаев были спаечная кишечная непроходимость, а в 50% - образование внутрибрюшных гнойников. В 80% случаях отмечались различные осложнения сопутствующей патологии.

В 20% случаев имело место прогрессирование сопутствующей патологии. Спрогнозированная РЛ-2 в 12,6% случаях преследовала задачу по передислокации дренажных трубок в брюшной полости, а в 6,3% - профилактика спаечной болезни.

Вызывает законную озабоченность от факт, что в 50% случаях РЛ-2 была передоверена хирургам, выполнявшим РЛ-1 и по оценке рецензентов, не имеющих соответствующего опыта повторных оперативных вмешательств. К сожалению, практически у всех больных, подвергнутых РЛ-2 не были

устранены гемоциркуляторные и метаболические нарушения.

Особо следует отметить, что в более половине случаев РЛ-2 хирургами был выбран неадекватный доступ. К сожалению, у половины больных, подвергнутых вынужденной РЛ-2 имело место неадекватная санация брюшной полости при РЛ-1. Более того, в 80% случаях такой ситуации диагностика вялотекущего перитонита и кишечной непроходимости оказалось запоздалой.

Нами выявлено (см. рис.1. и 2.), что осложнения после вынужденной РЛ-1 возникают у более половины больных, тогда как после РЛ-2 – у более двух третей больных. Между тем, после спланированной РЛ-1 различного рода осложнения возникли у 25,9%, а после РЛ-2 осложнения возникли у 31,2% больных.

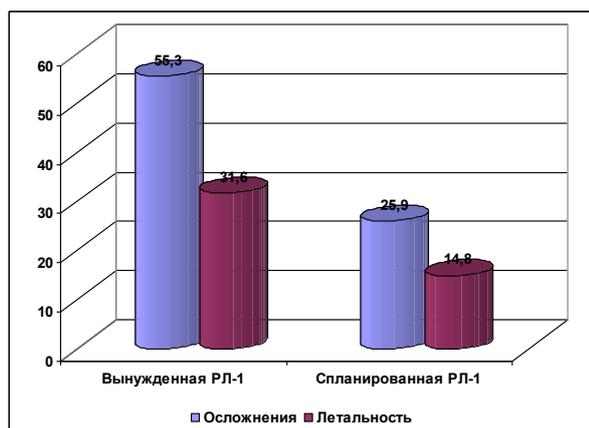


Рис. 1. Летальность и осложнения после вынужденной и спланированной РЛ-1

После вынужденной РЛ-1 летальность составила 31,6%, а после РЛ-2 – 80%. Между тем, после спланированной РЛ-1 летальность составила 14,8%, а после РЛ-2 – 25%. При некротичном и искусственном виде послеоперационного перитонита осложнения и летальность после вынужденных РЛ-1 и РЛ-2 наступает в 100% случаев.

При спланированной РЛ-2 наиболее высокий удельный вес осложнений и летальности после РЛ-1 и РЛ-2 отмечается при некротичном послеоперацион-

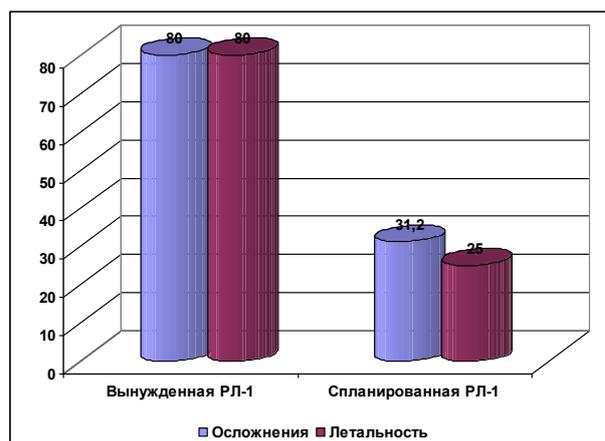


Рис. 2. Летальность и осложнения после вынужденной и спланированной РЛ-2

ном перитоните.

**Резюме:**

Осложнения после вынужденной РЛ-1 возникают у >1/2 больных, а после РЛ-2 – у >2/3 больных. После спланированной РЛ-1 осложнения возникли у 25,9%, а после РЛ-2 - у 31,2% больных. После вынужденной РЛ-1 летальность составила 31,6%, а после РЛ-2 - 80%. После спланированной РЛ-1 летальность составила 14,8%, а после РЛ-2 – 25%.

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Туйбаев З.А.

Ошская городская клиническая больница г.Ош

*Основными причинами является позднее поступление больных с осложненными формами кишечной непроходимости, язвенная болезнь желудка и ДПК, холецистит. Недостаточное обследование больных до операции, задержка хирургического вмешательства, неадекватная коррекция нарушенных функций.*

**Ключевые слова:** перитонит, релапаротомия, причины, летальность.

**Resume:** *the main causes are later admission of the patients with complicated forms of intestinal obstruction, stomach ulcer and duodenum, cholecystitis, inadequate correction of disturbance functions.*

**Key words:** *peritonitis, relapatomy, causes, death rate.*

Число операций на органах брюшной полости составляет миллионы, в связи с чем, становится очевидной актуальность проблемы своевременной диагностики острых заболеваний органов брюшной полости, а также их осложнений. По данным НХЦ (М.Б. Исакова, 2007) среднегодовой показатель поздней госпитализации больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости за период 1999-2003 годы составил 42,4% (при остром аппендиците – 39,9, ущемленной грыже – 29%, острой кишечной непроходимости – 64,8%), что

существенно влияло на исход заболевания.

**Цель:** Проанализировать причины, определяющие развитие осложнений и летальности по ЛПУ Ошской области за период с 2006-2008 годы (табл.1).

**Результаты и обсуждения:** По нашим данным отмечается увеличение показателя поздней обращаемости населения за медицинской помощью от 36,5% (2006) до 45,5% (2008). В среднем, в 13,6% случаев допускаются диагностические ошибки на догоспитальном этапе, а на госпитальном этапе они составляют 7,1%.

Таблица 1. - Факторы, определяющие развитие осложнений и летальности в различные годы

Факторы	2006	2007	2008
Поздняя госпитализация по причине:			
-поздней обращаемости за медицинской помощью	36,5	38,3	45,5
-ошибки медицинских работников на догоспитальном этапе	12,2	16,1	11,4
-ошибки врачей при первичном осмотре в стационаре	6,6	8,8	6,5
-затягивание процесса установки точного диагноза и показания к операции	16,7	18,6	14,4
Отказ больных от операции	4,1	2,2	1,8
Неоправданная задержка операции в стационаре	30,1	38,2	36,8
Тактико-технические недостатки:			
-предоперационной подготовки	6,8	12,5	11,2
-хирургической тактики	28,4	23,5	28,8
-оперативной техники	6,6	8,9	12,3
-анестезиолого-реанимационного пособия	26,5	29,4	25,9
-ведения больных (консультации, консилиумы, обследования)	44,7	42,8	45,6
-медикаментозного лечения	35,5	36,7	28,7

В 16,8% случаях в хирургическом стационаре наблюдается затягивание процесса определения показаний к неотложным оперативным вмешательствам. Даже после необходимого уточнения диагноза и определения показаний к операции, к сожалению, время проведения операции неоправданно затягивалось в 36,2% случаях. Между тем, год от года удельный вес отказа больных от предложенной операции уменьшается, так если в 2006 году он составлял 4,1%, то в 2008 году – 1,8%.

Анализ показал, что на всех этапах стационарного ведения больных имеют место те или иные недостатки. В частности, в течение 2007-2008 годов недостатки предоперационной подготовки больных увеличились почти в 2 раза, составляя 12%, тогда как в 2006 году удельный вес этих просчетов составлял 6,6%.

Удельный вес недостатков в анесте-

зиолого-реанимационном пособии колебался в пределах 25,9-29,8%. В таких же пределах сохраняется удельный вес и тактических ошибок (23,8-28,8%). Необходимо отметить, что частота технических погрешностей при операциях в 2008 году увеличилась почти в 2 раза в сравнении с 2006 годом и в 1,5 раза – в сравнении с 2007 годом.

Настораживает то, что удельный вес недостатков в организации консилиумов, консультаций, обследований составляют 43,2%, а медикаментозного лечения 34,2%.

Мы провели факторный анализ причин вынужденных и спланированных РЛ-1. Клиническим материалом служили данные 48 больных, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости, у которых были выполнены вынужденные либо спланированные РЛ-1 в виду различных причин. Мужчин – 36 (94,7%), женщин – 12 (5,3%).

Таблица 2. - Распределение больных контрольной группы по полу и возрасту

Пол	Всего		Возраст		
	Абс. ч.	%	18-45	46-59	60-62
Муж.	36	94,7	16	18	2
Жен.	12	5,3	5	4	3
Всего	48	100,0	21 (43,7%)	22 (45,8%)	5 (10,4%)

Возраст больных, подвергнутых вынужденной РЛ колебался от 18 до 62 лет (табл.2), но наибольший удельный вес был у больных среднего возраста (45,8%), затем

молодого – 43,7%, а лица пожилого возраста составили 10,4%. В этой группе мы рассмотрели причины вынужденной релапаротомии (рис.1).

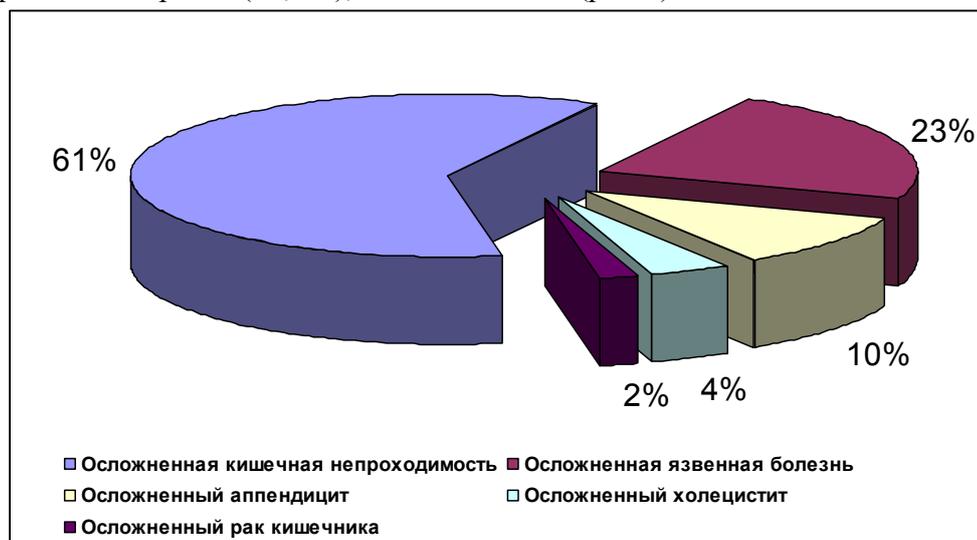


Рис. 1. Причины послеоперационного перитонита у больных, подвергнутых вынужденной РЛ.

Удельный вес осложненной кишечной непроходимости как причина послеоперационного перитонита составлял 61%. Среди причин на втором месте по удельному весу - осложненная язвенная болезнь (23%), а на третьем – острый деструктивный аппендицит (10%). Удельный вес острого деструктивного был меньше (4%), а осложненного рака толстого кишечника - 2%.

Следует отметить, что у всех 48 больных уже во время первого оперативного вмешательства был выявлен перитонит различной степени распространенности.

Развитию послеоперационного перитонита, а, следовательно, для определения показаний к вынужденной РЛ-1 способствовали следующие тактические операционные ошибки: недостаточная санация и дренирование брюшной полости в 37,5%,

недостаточно последовательное применение элементов дигестивной хирургии в 27,0%.

#### **Вывод:**

Многофакторный анализ причин вынужденных и спланированных РЛ показал, что основными причинами является позднее поступление больных с острыми хирургическими заболеваниями и в основном с осложненными формами таких заболеваний, как кишечная непроходимость, язвенная болезнь желудка и ДПК, холецистит.

Недостаточно комплексное обследование больных до операции приводило к задержке хирургического вмешательства, не в полном объеме проводилась коррекция нарушенных функций, не всегда избирался адекватный доступ.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**Акматалиев А.А.**

### **Национальный Госпиталь МЗКР**

Комплексное обследование проведено 50 пациентам со стенозами поясничного отдела позвоночника. Все обследованные нами больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 28(56,0%) человека со стенозом латерального канала; вторая группа представлена 22 (44,0%) больными с центральным стенозом. По половому составу группы незначительно отличались. В группе со стенозом латерального канала преобладали 18(64,2%) мужчины. В группе с центральным стенозом несколько больше 12(54,5%) было женщин. Средний возраст составил  $41,53 \pm 10,42$  лет в 1-ой группе, что достоверно меньше ( $P < 0,05$ ), чем во второй группе -  $46,01 \pm 10,49$  лет.

В неврологическом статусе до оперативного вмешательства в группе в целом преобладал синдром радикулопатии - у 38 (76,0%) человек. При латеральном стенозе у 23(82,1%) пациентов наблюдалась радикулопатия, у 4(14,3%) пациентов - радикулоишемия и у 1(3,6%) пациента - миелопа-

тия. Механизм радикуло- и/или радикуломиелоишемического синдрома заключается в нарушении кровотока по корешковой артерии, возможно вене, в результате их компрессии или спазма с развитием ишемии корешка и/или спинного мозга.

Одностороннее клиническое проявление СПК в наших наблюдениях было связано со сдавлением люмбальных корешков гипертрофированными дугоотростчатыми суставами, гипертрофированной, нередко оссифицированной желтой связкой, на фоне узкого бокового кармана, или межпозвонкового отверстия. При двусторонних проявлениях заболевания в качестве морфологического субстрата выступали в первую очередь врожденная узость ПК, гипертрофированные (оссифицированные) желтые связки, дужки, грыжи межпозвонкового диска или его секвестры, рубцы на фоне предыдущих оперативных вмешательств, блокад.

У пациентов с центральным стенозом преобладающим неврологическим син-

дромом также была радикулопатия у 16(72,7%) пациентов, радикулоишемия выявлена у 3 (13,6%) пациентов, миелопатия - у 2(9,1%) пациентов и люмбалгия - у 1(4,6%).

Среди всех обследованных у 12(24,0%) пациентов выявлены двигатель-

ные нарушения в виде парезов нижних конечностей (снижение силы в стопе от 1 до 4,5 баллов). В группе с латеральным стенозом двигательные нарушения выявлены у 5(17,85%) человек, сила в стопе в среднем была снижена до  $4,67 \pm 0,87$  баллов (таблица 1).

Таблица 1. - Частота неврологических расстройств в группах наблюдения до оперативного лечения.

	Латеральный стеноз (n=28)		Центральный стеноз (n=22)		Все (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чувствительные нарушения	25	89,2	19	86,36	44	88,0
Двигательные нарушения	5	17,85	7	31,8	12	24,0
Нарушения функции тазовых органов	1	3,5	2	9,1	3	6,0

В группе пациентов с центральным стенозом парезы нижних конечностей выявлены у 7(31,8%) человек, при этом сила в стопе в среднем была снижена до  $4,4 \pm 0,99$  баллов.

Среди всех обследованных нами пациентов чувствительные нарушения в виде гипестезии до операции наблюдались у 18(36,0%), парестезии у 9(18,0%), сочетание парестезии и гипестезии в 17(34,0%) случаях и анестезия в аногенитальной зоне у 1(2,0%). Нарушения функции тазовых органов по типу задержки выявлены у 3(6,0%) пациентов.

Так, в 1-ой группе наблюдались чувствительные расстройства в виде гипестезии у 9(32,1%) пациентов, парестезий у 4(14,2%) и сочетания парестезии и гипестезии у 12(42,85%) пациентов. У 1(3,5%) выявлены нарушения функций тазовых органов по типу задержки. В группе с центральным стенозом до оперативного лечения чувствительные нарушения выявлены у 19(86,36%) пациентов: в виде гипестезий 8(36,4%), парестезий 5(22,7%), сочетание парестезии и гипестезии 6(27,3%) и в 1(4,5%) случае - анестезия в аногенитальной зоне. При поступлении в стационар у 2(9,1%) пациентов наблюдались нарушения функции тазовых органов по типу задержки.

Анализ КТ и МРТ снимков показал, что причинами стенозирования являлись гипертрофия и оссификация желтой связки, спондилоартрозы с гипертрофией межпозвонковых суставов, оссифицированные

грыжи дисков на фоне врожденной узости позвоночного канала. На основании ретроспективного планиметрического анализа спондилограмм, КТ, МРТ томограмм и протоколов оперативных вмешательств мы обнаружили различные типы СПК. У наших пациентов одинаково часто выявлялись дегенеративные изменения на уровнях L5-S1 у 13(44%) и L4-5 у 12(42,85%) пациентов в первой группе, а во второй преобладал уровень L4-5 у 8(36,36%) пациентов. Во 2-ой группе чаще выявлялись многоуровневые дегенеративные поражения - у 7(31,8%), в то время как в 1-ой группе - в 2(7,14%) случаях.

Величина пролапса дисков по данным КТ и МРТ колебалась от 5,5 мм до 8,5 мм. В 1-ой группе она составила  $6,48 \pm 1,02$  мм, во 2-ой -  $7,12 \pm 1,38$  мм. Позвоночный канал был сужен до  $7,28 \pm 3,51$  мм у пациентов первой группы, а во 2-ой группе до  $6,28 \pm 2,30$  мм. Во 2-ой группе у 7(31,8%) стеноз сформировался на фоне гипертрофии желтой связки.

Расчеты площади ПК по результатам СКТ и МРТ проведены 50 пациентам. В группе с латеральным стенозом площадь ПК на измененном уровне в самом узком месте была  $102,75 \pm 55,41$  мм<sup>2</sup>. Степень сужения ПК при этом составила  $63,77 \pm 14,69$  %. В группе пациентов с центральным стенозом площадь ПК была  $65,97 \pm 43,32$  мм<sup>2</sup>, таким образом степень сужения ПК была  $69,5 \pm 16,92$ %. (таблица 2).

Таблица 2 - Критерии стеноза позвоночного канала в группах наблюдения

Критерии	Центральный стеноз (n=22)	Латеральный стеноз(n=28)	P
Размер грыжи (мм)	7,12±1,38	6,48±1,02	<b>0,1</b>
Канал сужен до (мм) (сагиттальный размер)	6,28±2,30	7,28±3,51	<b>0,1</b>
Поперечный размер			
Сабс. ПК (мм <sup>2</sup> )	65,97±43,32	102,75±55,41	<b>0,01</b>
Степень сужения ПК(%)	69,5± 16,92	63,77±14,69	<b>0,1</b>

У пациентов в группе с центральным стенозом относительная ( $p < 0,001$ ) и абсолютная ( $P < 0,01$ ) площадь ПК была достоверно меньше, чем у пациентов в группе с латеральным стенозом.

Измерение площади МПО и соответственно объема МПК в первой группе в большинстве случаев было невозможно, так как он плохо контрастировался на КТ и МРТ из-за сопутствующего спондилоартроза и остеофитов.

Между тем в группе пациентов с центральным стенозом площадь МПО по костному компоненту составила  $132,27 \pm 47,59$  мм<sup>2</sup>. Степень сужения МПО при этом составила  $47,83 \pm 17,93\%$ .

Расчитывался индекс Джоунс-Томсона, который во всех наблюдениях составил менее  $0,22 \pm 0,05$ .

Таким образом планиметрические исследования с применением программного обеспечения Makhaon Lite и/или eFilm Workstation позволяет получить

достоверные, т.е. более объемные данные о степени стеноза позвоночного канала и его вариантах.

#### **Выводы.**

- при СПК с центральным стенозом, чем у больных с латеральным стенозом отмечалась более грубая клинико-неврологическая симптоматика, почти с 2-х кратным преобладанием двигательных нарушений (17,85%-31,80%) и тазовых расстройств (3,5%-9,1%). При центральном стенозе почти втрое чаще встречались многоуровневые дегенеративные нарушения (7,14%-31,8% соответственно).

- планиметрические исследования при КТ и МРТ с использованием программы Makhaon Lite и/или eFilm Workstation позволяют получить более убедительные данные о степени узости позвоночного канала, что в конечном итоге определяет выбор оптимального метода оперативного вмешательства.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗАМИ ПОЯСНИЧНОГО КАНАЛА ДО ЛЕЧЕНИЯ**

**Акматалиев А.А.**

**Национальный Госпиталь МЗКР**

*Комплексное обследование проведено 50 пациентам со стенозами поясничного отдела позвоночника. Все обследованные нами больные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 28 (56,0%) человека со стенозом латерального канала; вторая группа представлена 22 (44,0%) больными с центральным стенозом. По половому составу группы незначительно отличались. В группе со стенозом латерального канала преобладали 18 (64,2%) мужчины. В группе с центральным стенозом несколько больше 12 (54,5%) было женщин. Средний возраст составил  $41,53 \pm 10,42$  лет в 1-ой группе, что достоверно меньше ( $P < 0,05$ ), чем во второй группе -  $46,01 \pm 10,49$  лет.*

На момент поступления в стационар все обследованные нами пациенты имели

хронические боли в нижней части спины и конечностях и часто сочетающиеся с син-

дромом каудогенной перемежающейся хромоты разной степени выраженности. Анамнестически выявлялись клинические предвестники данного синдрома в виде: усиления болевого феномена или преходящих симптомов выпадения, возникновение боли, онемения и слабости в ногах при ходьбе, обусловленное преходящей ишемией спинного мозга вследствие ангиоспазма, венозной и ликворной гипертензии. Эта симптоматика регрессировала при остановке и наклоне вперед. Наблюдалось расширение зоны иррадиации боли и парестезий с захватом зон нескольких корешков, при продолжении нагрузки, например при разгибании, маршевой пробе. Боль приобретала вегетативный оттенок с жжением, ощущением распирания на фоне преходящих нарушений чувствительности, в виде онемения, зябкости, чувства ватности и усталости, тяжести, подгибания ног в коленных и голеностопных суставах и т.д.. При прекращении движения или принятии удобной, облегчающей позы эти явления несколько уменьшались, но не проходили полностью, последнее нередко свидетельствовало о наличии венозного стаза в позвоночном канале. Последнее находило подтверждение на операции в виде варикозного расширения эпидуральных вен. Боли нечетко локализованные, могут быть по типу дизестезий, распространяясь на всю конечность, характерна их связь с физической нагрузкой и уменьшение в покое лежа. При СПК нами использовались пробы с переразгибанием позвоночника. При наличии клиники стеноза корешкового канала дополнительно производится наклон в больную сторону. Во время фиксации позвоночника в положении переразгибания в течение примерно минуты появлялись боли, онемение, слабость в ногах. Использовались нагрузочные пробы (дозированная ходьба), велоэргометрия. У больных с поясничным стенозом при велоэргометрии не возникает симптоматики нейрогенной перемежающейся хромоты, так как тело находится в согнутом положении.

По интенсивности болевого синдрома по ВРШ у обследованных больных в целом средний балл в дооперационном периоде

составил  $6,57 \pm 2,21$ , в группе пациентов с латеральным стенозом -  $6,35 \pm 2,70$  и у больных с центральным типом стеноза -  $6,77 \pm 1,64$  (таблица 3.3). Однако статистической достоверной разницы между группами по интенсивности болевого синдрома по ВРШ до оперативного лечения выявлено не было. (P)

По степени тяжести проявления вертеброгенной боли по КБА (см. литобзор - карта болевого аудита) в дооперационном периоде преобладали пациенты с тяжелой (3 ст.) и крайне тяжелой степенью (4 ст.) болевого синдрома.

У 9 (18%) пациентов вертеброгенный болевой синдром был легкой (1 ст.) и средней степени выраженности (2 ст.)

В первой группе при исследовании по КБА преобладали пациенты с крайне тяжелой 11(39,3%) и тяжелой 9(32,1%) степенью выраженности вертеброгенной боли. У 6(21,4%) пациентов боль была средней степени выраженности, у 1(3,5%) пациента - легкой степени.

Во второй группе также доминировали пациенты 20(90,9%) с тяжелой степенью вертеброгенной боли по КБА. В этой группе не было пациентов с легкой степенью выраженности боли. У 9(9,1%) больных с центральным стенозом вертеброгенная боль носила среднюю степень выраженности. В группе больных с центральным стенозом чаще наблюдается вертеброгенная боль тяжелой и крайне тяжелой степени.

Нами была использована шкала PD (PainDetect) для определения степени выраженности невропатической боли. В дооперационном периоде в группе в целом средний балл составил  $13,66 \pm 7,05$ . У пациентов с центральным стенозом средний балл до операции был  $15,42 \pm 5,82$  баллов, что достоверно ( $p < 0,025$ ) больше, чем в группе с латеральным стенозом  $12,35 \pm 7,03$  баллов.

Следует отметить, что опросник DN4 давший средний балл  $3,67 \pm 1,51$ . Не позволил выявить достоверную разницу между анализируемыми группами, т.е. достоверность данной шкалы была менее значимо в данном исследовании (таблица 1).

Таблица 1 - Показатели болевого статуса при различных типах стенозов поясничного канала до оперативного лечения

Шкалы	1 группа с латеральным стенозом (n=28)	2 группа с центральным стенозом (n=22)	все пациенты (n=50)
ВРШ	6,35±2,7	6,77±1,64	6,57±2,21
КБА	53,77±16,33	57,11±17,24	55,66±16,79
DN4	3,5±1,53	4,1±1,55	3,67±1,51
PD	12,35±7,03	15,42±5,82*	13,66±7,05
ОО	24,4±14,33	27,8±9,0 *	25,53±12,26
Шкала Бека	10,77 ±3,86	14,08±3,81*	12,42±5,15

**Примечание:** \* различие достоверно ( $P < 0.025$ ) при межгрупповом сравнении показателей.

Среди всех обследованных больных 13(26,0%) могли передвигаться с помощью трости или были вынуждены лежать и передвигаться только по квартире в связи с болями в пояснице и конечностях. У 13(26%) больных синдром перемежающейся хромоты с выраженными болями в нижних конечностях возникал не более чем через 50 метров ходьбы, у 9(18%) пациента - через 100 метров, и у 15(30%) обследованных - при прохождении расстояния до 300 метров.

В группе пациентов с латеральным стенозом 13(46,4%) человек могли пройти расстояние до трехсот метров до возникновения болей в нижних конечностях. У 9(32,1%) пациентов синдром перемежающейся хромоты в выраженными болями в ногах возникал не более, чем через 50 метров ходьбы, у 3(10,7%) пациентов через 100 метров. Среди обследованных 3(10,2%) человек могли передвигаться с тростью или только по квартире.

В группе с центральным стенозом 9(40,9%) пациентов могли передвигаться с тростью или был вынужден лежать из-за боли в поясничной области и конечностях. У 2(9,09%) человек могли пройти расстояние до и более 300 метров, 5(22,7%) пациентов болевой синдром возникал через 50 метров ходьбы, только у 6(27,3%) через 100 метров.

В группе с центральным стенозом степень выраженности синдромом перемежающейся хромоты был более выражен, чем у больных с латеральным стенозом. При центральных стенозах дистанция при которой начинал проявляться этот синдром была короче,

выраженность болевого синдрома парестезии и преходящие тазовые расстройства были ярче.

По латерализации болевого синдрома в первой группе различий не выявлено, т.е. одинаково с обеих сторон. Во второй группе у 14(54,5%) больных т.е. чем у более половины больных боль носила двусторонний характер. У 6(27,3%) пациентов боль локализовалась в правой ноге, а у 4(18,2%) - в левой.

Опросник нарушения жизнедеятельности Освестри для определения степени трудоспособности и качества жизни больных при СПК выявил, что в дооперационном периоде у 24(48%) пациентов выявлены тяжелые нарушения функций. У 16(32%) пациентов - нарушения умеренной степени, у 9(18%) человек - легкие нарушения, только 1(2%) пациента - нарушений функций не было (таблица 2). В таблице приведены сводные данные по вышеуказанному опроснику. Как видно из таблицы 2, в группе с латеральным стенозом умеренные и легкие нарушения утраты трудоспособности были у 15(53,5%) больных и у 12(42,9%) пациентов выявлены тяжелые нарушения функций или функции были нарушены полностью. У пациентов с центральным стенозом наоборот преобладали больные с тяжелыми нарушениями 12(54,5%) человека, а у 10(45,5%), человек были умеренные и легкие нарушения утраты трудоспособности.

Среди всех обследованных пациентов по опроснику Освестри, трудоспособность и качество жизни до оперативного лечения были снижены в среднем до 25,53±12,26 баллов. В группе с центральным стенозом в дооперационном периоде среднее количе-

ство баллов составило  $27,8 \pm 9,0$  баллов и было значимо ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группе с латеральными стенозами ( $24,4 \pm 14,3$  баллов). Индекс инвалидизации в доопераци-

онном периоде у пациентов с центральным стенозом был  $53,07 \pm 19,84\%$ , что достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем у больных с латеральным стенозом  $47,10 \pm 23,53\%$ .

Таблица 2. - Показатели утраты трудоспособности и снижения качества жизни больных при различных типах стенозов поясничного канала до оперативного лечения

	Больные с латеральным стенозом (n = 28)	Больные с центральным стенозом (n = 22)	все пациенты (n=50)
Нет нарушений (0-4 балла)	1(3,5%)	0(0%)	1(2%)
Легкие нарушения (5-14 баллов)	4(14,2%)	4(18,2%)	8 (16,0%)
Умеренные (15-24 балла)	11(39,3%)	6(27,2%)	17(34,0%)
Тяжелые (25-34 балла)	5(17,85%)	7(31,8%)	12(24,0%)
Функция нарушена (> 34 баллов)	7(25%)	5(22,3)	12(24,0%)
Индекс инвалидизации (%)	$47,10 \pm 23,53$	$53,07 \pm 19,84^*$	$50,12 \pm 21,8$

Качество жизни у пациентов второй группы до оперативного лечения по опроснику Освестри достоверно было ниже ( $P < 0,05$ ), а процент инвалидизации выше, чем в первой группе.

Поскольку хронический болевой синдром часто сочетается с эмоциональными расстройствами, у больных со стенозами ПК нами исследована степень депрессии по шкале Бека у 21 больного. Обследованные пациенты в дооперационном периоде находились в состоянии субдепрессии, средний балл по шкале Бека составил  $12,5 \pm 0,5$ , что достоверно выше ( $P < 0,0001$ ), чем в группе сравнения  $4,2 \pm 1,9$ . Средний балл по шкале депрессии Бека в дооперационном периоде

был достоверно выше в группе с центральным стенозом  $14,1 \pm 3,8$  ( $P < 0,025$ ), чем с латеральным  $10,8 \pm 3,9$

Анализ состояния эмоционально-личностной сферы пациентов со стенозами позвоночного канала по шкале депрессии Бека показал, что у большинства выявлен невротический уровень депрессии (10-19 баллов), так в группе с центральным стенозом он был у 8(88,8%). В группе с латеральным стенозом преобладала 6(50%) легкая степень депрессивных нарушений. Согласно данной шкале, депрессия отсутствовала у 4(33,3%) человек в первой группе и только у 1(11,1%) пациента во второй (таблица 3).

Таблица 3 - Уровень депрессии по шкале Бека у пациентов в обеих группах до оперативного лечения

Баллы	Больные с латеральным стенозом (n=12)	Больные с центральным стенозом (n=9)
Отсутствие депрессии (0-9)	4(33,3%)	1(11,1%)
Легкая (10-15)	6(50%)	3(33,3%)
Умеренная (16-19)	2(16,7%)	5(55,5%)

Нами также проведена оценка когнитивных составляющих болевого ощущения с помощью опросника стратегий преодоления хронической боли. Данные показатель

тесно сопряжен с эмоционально-личностными нарушениями, что имеет важное значение в эффективности лечения больных с любой патологией (таблица 4).

Таблица 4 - Когнитивные составляющие болевого ощущения у пациентов со стенозами ПК в дооперационном периоде.

	«ориентированные на болезнь» неадаптивные	«ориентированные на здоровье» адаптивные
Больные с латеральным стенозом (n=12)	3(25%)	9(75%)
Больные с центральным стенозом(n=9)	4(44,4%)	5(55,5%)
Все пациенты (n=21)	7(33,3%)	14(66,7%)

Исследование когнитивных составляющих было изучено у этих же 21 больных. При этом установлено, что у 14(66,7%) пациентов преобладают «ориентированные на здоровье» адаптивные стратегии преодоления боли (самоубеждение, сохранение активности, выполнение упражнений), а у 7(33,3%) человек выявлены «ориентированные на болезнь» неадаптивные стратегии, такие как защита, отдых, обращение за помощью

Исследование показало, что в группе с латеральным стенозом преобладают пациенты с адаптивными стратегиями преодоления боли 9(75%) человека, а у пациентов с центральным стенозом в одинаковой мере присутствуют как адаптивные, так и неадаптивные стратегии (4(44,4%) и 5(55,5%). При сравнении в дооперационном периоде, по шкале депрессии Бека выявлена достоверная ( $P < 0,001$ ) разница между пациентами, «ориентированными на болезнь»  $15,3 \pm 2,76$  и «ориентированными на здоровье»  $10,6 \pm 3,93$ . Изучение эмоциональных и когнитивных расстройств со-

провожающих больных с СПК должно обязательно учитываться при планировании лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий. Что свою очередь должно предполагать использование рациональной психотерапии, при необходимости включения в арсенал консервативной терапии нейролептиков и/или антидепрессантов.

#### **Выводы.**

- из имеющегося большого реестра диагностических шкал, анкет и опросников, для определения клиничко-неврологического статуса, эмоционально-когнитивных нарушений и качества жизни больных СПК наиболее ценными является ВРШ, КБА, PD, ОО и шкала Бека.
- важной составляющей клинической симптоматики СПК является психо-эмоциональные и когнитивные расстройства, определяющие в конечном итоге качество жизни больного и перспективы послеоперационной реабилитационной терапии.

## МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМДЫН САПАТЫН ЖАНА НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛОО

**Кочкоров М.К.**

### **Кыргыз мамлекеттик медициналык даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту**

**Сапатты медициналык жардамдарды жакшыртуунун ыкмалары.**

Медициналык жардамдын сапатын башкарууда төмөнкүдөй ыкмалар колдонулат:

- медициналык жардамдын сапатын экспертизалоо;
- алынган маалыматтарды баалоо жана анализдөө, мониторинг жүргүзүү;
- бейтаптын канааттангандык же канааттанбагандык абалын иликтөө.

#### **Сапатты экспертизалоо.**

Милдеттүү медициналык камсыздандыруу системасынын негизинде калкка көрсөтүлгөн медициналык жардамдын сапатын экспертизалоо ММК фондунун жана анын аймактык башкаруусунун дарыгер-эксперттери тарабынан жүргүзүлөт. Сапатты экспертизалоонун планга ылайык жана пландан тышкары түрүн айрымалашат. Пландуу экспертиза дарыгер-эксперттер тарабынан кварталына 1 жолу, пландан тышкары экспертизалоо Саламаттык сактоо министрлигинин жана ММК фондунун жетекчилеринин тапшырмасы жана жарандардын кайрылуусунун негизинде жүргүзүлөт.

**Ооруканаларда көрсөтүлүүчү медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоо.**

Эксперттик балоодон жалпы жөнүнөн ооруканада дарыланып жаткан же дарыланып чыккан бейтаптардын 3% гана өтөт. Ооруканада милдеттүү түрдө медициналык экспертизалоодон өтүүчүлөр:

- өлүүмгө алып келген бардык учурлар;
- оорукана ичиндеги кабылдоолор жана инфекциялык учурлар;
- кайталанып жасалган хирургиялык операциялар;
- операциядан кийин пайда болгон кабылдоолор.

Милдеттүү медициналык камсыздандыруу системасында иштеген ооруканаларда көрсөтүлүүчү медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоодо медициналык жардамдын сапатын экспертизалоодо колдонулуучу ретроспекциялык жана кезектеги түрлөрү колдонулат.

Ретроспекциялык экспертизалоо милдеттүү түрдө экспертизалоодон өткөрүлүүчү же рандомизирлөө жолу менен тандалган ооруканадагы бейтаптардын медициналык китепчеле-

рин (мындан ары - медициналык китепче) текшерүү жолу менен жүргүзүлөт.

Кезектеги экспертизалоодон дарыланып жаткан оорулуулардын 50% медициналык китепчеси өткөрүлөт, бул бейтаптарды изилдөөдө жана дарылоодо кетирилген кемчиликтерди убагында ондоого жана аларга көрсөтүлгөн медициналык жардамга канааттануу же канааттанбоо сезимдерин аныктоого шарт түзөт.

Сапатты экспертизалоо учурунда эксперт-дарыгерлер тарабынан кемчиликтер табылган болсо, ММК/у №2 формасында “Дарылануу учуру боюнча медициналык экспертизанын акты” түзүлөт, анын корутунду бөлүгүндө төмөнкүлөр көрсөтүлүшү зарыл:

- бейтаптын ооруканага жаткырылышынын негиздүүлүгү;
- жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн жана дарылоолордун клиникалык токтомдорго (клиникалык токтомдору бар ооруларда) дал келүүсү;
- дартты аныктоочу жана дарылоочу иш-чаралардын убагында жасалгандыгы жана алардын колдонулушунун негиздүүлүгү;
- бейтаптын ооруканада болуу убактысынын негиздүүлүгү;
- изилдөөнүн жана дарылоонун негизсиз ыкмаларын (так көрсөтүү) колдонуу же дартты аныктоодо жана дарылоодо кайсы бир зарыл болгон иш-чаралардын жүргүзүлбөшү;
- дартты аныктоодо кетирилген каталар;
- дарылоодо кетирилген каталар.

“Дарылануу учуру боюнча медициналык экспертизалык актысынын” негизинде ММК/о №2 формасында “Ооруканадагы медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоо” боюнча отчет түзүлөт. ММК/о №2 отчеттук формасы “Отчетту толтуруунун инструкциясына”, “Ооруканадагы медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоонун” талаптарына ылайык толтурулат. Аймактык башкаруунун директору ММК/Ф (мындан ары - АБ ММКФ), Бишкек шаарынын мэриясына караштуу ММК фондунун жана Саламаттык сактоо департаментинин (мындан ары - ССД жана ММКФ) директору тарабынан күбөлөндүрүлгөн №2 формасы аналитикалык маалым кат менен ММК фондуна тапшырылат.

Өлүмгө алып келген учурду экспертизалоонун жыйынтыгына ылайык АБ ММК фон-

дунун дарыгер-эксперти ММК/у №4 формасындагы “Өлүмгө алып келген учурду медициналык экспертизалоо актын” толтурат, анын корутунду бөлүгүндө төмөнкүлөр чагылдырылышы керек:

- өлүмдү четтетүү;
- ооруканага кеч жаткыруунун себептери;
- изилдөөдөгү кемчиликтер;
- дарылоодогу кемчиликтер;
- операциянын кеч жасалышынын себептери;
- өлүмгө алып келген негизги себеп;
- клиникалык жана патолого-анатомдук диагноздордун дал келбестиги;
- өлүккө патолого-анатомдук союу иш-чараларынын жасалбагандыгынын себеби.

“Өлүмгө алып келген учурду медициналык экспертизалоо актысынын” негизинде КС ММК/о №4 формасында “Ооруканадагы өлүмгө алып келген учурларды экспертизалоо” боюнча отчет жасалат. КС ММК/о №4 формасы “Отчетту толтуруунун инструкциясы”, “Ооруканадагы өлүмгө алып келген учурларды экспертизалоо” ылайык толтурулат. КС ММК/о №4 формасы АБ ММК фондунун жана ССД жана ММК фондунун директору тарабынан күбөлөндүрүлөт жана ММК фондуна барак түрүндө тапшырылат. ММК фондуна дарылоо мекемелери боюнча кошумча электрондук түрдө тапшырылат.

#### **ҮДТ/ҮМБ сапатын экспертизалоо.**

Биринчилик деңгээлдеги экспертизалоодон клиникалык токтом кабыл алынган ооруларды текшерүү аралыгында амбулатордук-поликлиникалык тейлөөнүн 0,5% аз эмес учуру өткөрүлөт. Мындан тышкары сапатты экспертизалоодон милдеттүү түрдө төмөнкү учурлар өткөрүлөт:

- үйдөн катталган өлүмдөр;
- мониторингге алынган оорулар боюнча майыптыкка биринчи жолу чыгуулар;
- мониторингге алынган оорулар боюнча ооруканада дарыланып чыккан бейтаптарга байкоо жүргүзүү;
- рак жана кургак учуктун өтүшүп кеткен түрлөрүн аныктоо;
- кош бойлуулуктагы кабылдоолор.

Диспансердик байкоо жана эмдөө схемасын текшерүү үчүн рандомизирленген түрдө тандалып алынган 5 жашка чейинки балдарды - амбулатордук бейтаптарды медициналык тейлөө милдеттүү түрдө кошумча экспертизалоодон өткөрөт.

Кемчилик аныкталган учурда дарыгер-эксперт ММК/У №1 формадагы “Амбулатордук бейтаптын медициналык картаң медициналык экспертизалоонун актысы” түзүлөт, анын негизинде “ҮДТ/ҮМБ медициналык жардамдын

сапатын экспертизалоо” боюнча КП ММК/о №1 формасында отчет түзүлөт. “Амбулатордук бейтаптын медициналык картасын медициналык экспертизалоо актысынын” жыйынтыгында дарыгер-эксперт төмөндөгүлөрдү баяндайт:

- жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн жана дарылоолордун клиникалык токтомо (клиникалык токтомдору бар ооруларда) дал келүүсү;
- дартты аныктоочу изилдөөлөрдүн жана сунушталган дары-дармектердин негиздүүлүгү жана убагында берилүүсү;
- ооруканага жаткыруу үчүн берилген жолдомо кагаздардын негиздүүлүгү;
- дартты аныктоодо кетирилген кемчиликтер;
- дарылоодо кетирилген кемчиликтер;
- диспансерлик топтогу оорулууларга жүргүзүлгөн көзөмөлдүн, анын ичинде балдардын календарлык эмделишинин жалпы кабыл алынган схемага дал келүүсү.

Үйүндө кайтыш болгондордун медициналык картасын экспертизалоодо “Үйүндө кайтыш болгон учурларды медициналык экспертизалоонун актысы” ММК/у №3 формасы толтурулат, анын жыйынтык бөлүгүндө төмөнкүлөр чагылдырылышы керек:

- өлүмгө алып келген негизги себеп;
- өлүмдү четтетүү;
- изилдөөдөгү кемчиликтер;
- дарылоодогу кемчиликтер;
- негизги жана патолого-анатомдук диагноздордогу, өлүм себептериндеги дал келбестиктер;
- өлүккө патолого-анатомдук союу иш-чараларынын жасалбагандыгынын себеби;
- өлгөндүгү тууралуу берилген маалым каттын негиздүүлүгү.

Бул актылардын негизинде “Үйүндө кайтыш болгон учурларды медициналык экспертизалоонун актысы” ММК/у №3 формасында отчет толтурулуп, ал АБ ММК фондунун жана ССД жана ММК фондунун директорлору тарабынан күбөлөндүрүлөт жана ММК фондуна барак түрүндө тапшырылат. Эгер ҮДТ өз алдынча юридикалык жак болуп саналса, ММК фондуна ҮДТ/ҮДБ боюнча кошумча электрондук түрдө тапшырылат.

Медициналык тейлөө жүргүзүүдө кемчиликтер катталбаса, “Ооруканадагы/амбулатордук бейтаптын медициналык картасын медициналык экспертизалоодо кемчиликтер катталбаган учурдагы акт” ММК/у №5 формасы толтурулат.

Медициналык экспертизанын актысы 2 данада толтурулат:

Биринчи медициналык мекемеде сакталат, экинчиси ММК фондунун аймактык башка-

руусуна жөнөтүлөт. Актылар ҮДТ/ҮМБ жетекчилери жана ооруканалардын бөлүм башчылары жана экспертиза жүргүзгөн АБ ММК фондунун дарыгер-эксперттери тарабынан кол коюлат.

Отчеттук формалар: №2 КС ММК/о, №4 КС ММК/о, №1 КП ММК/о, №3 КП ММК/О ММК фондуна айдын онуна карата квартал сайын берилет.

Мониторинг жүргүзүлгөн оорулар боюнча ММК фондунун буйругу менен бекитилген схема боюнча медициналык жардамдын сапаты кошумча экспертизалардан өткөрүлөт.

**Мониторинг жүргүзүү, анализдөө жана баалоо.**

Мониторинг жүргүзүү үчүн төмөнкүдөй индикаторлор колдонулат:

- оорукананын ишмердүүлүгүнүн индикаторлору;
- ҮДТ/ҮМБ ишмердүүлүгүнүн индикаторлору;
- уламалуулуктун индикаторлору;
- калктын ден соолугунун негизги көрсөткүчтөрү.

Оорукананын ишмердүүлүгүнүн индикаторлоруна төмөнкүлөр кирет:

- балдардын катуу кармаган жугуштуу оорулары.

Анализ ар тараптан жүргүзүлөт.

Анализ жасоо үчүн калктын ден соолугунун төмөндөгү негизги көрсөткүчтөрү каралат:

- жалпы оорулар, мониторинг жүргүзүлүүчү, кургак учук, онкологиялык оорулар;
- жалпы, мониторинг жүргүзүлүүчү, онкологиялык оорулардын жана кургак учуктун таралышы;
- майыптыкка биринчилик чыгуу;
- жалпы, энелердин жана 5 жашка чейинки балдардын өлүмү.

Анализдин жыйынтыктары көйгөйлөрдү четтетүү боюнча сунуштар медициналык тейлөөчүлөргө сунушталат.

**Бейтаптын канааттангандыгын иликтөө**

Бейтаптын канааттангандыгы изилдөөнүн төмөнкү жолдору менен аныкталат:

- калкка квалификациялуу медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгү;
- медициналык мекемеде дарыгерди тандоо мүмкүнчүлүгү;
- сапаттуу дары каражаттарына физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүктү камсыздоо;
- медициналык тейлөөнүн натыйжалуу системасын камсыздоо.

Бейтаптын канааттангандыгын иликтөө

такталган методикага ылайык жүргүзүлөт. Экспертиза учурунда бейтаптын көрсөтүлгөн медициналык жардамдын сапатына канааттангандыгын изилдөө үчүн дарыгер-эксперт ооруканадагы оорулуулардын 10%дан аз эмес бөлүгүн сурамжылоодон өткөрөт. ҮДТ/ҮМБ бейтаптардын көрсөтүлгөн медициналык тейлөөнүн сапатына канааттангандыгын билүү үчүн амбулатордук картасы медициналык экспертизага берилген пациенттердин 10%дан аз эмес бөлүгү сурамжылоодон өткөрүлөт.

**ММК фондунун аймактык башкаруусунун дарыгер-эксперттеринин укуктары жана милдеттери.**

Милдеттүү медициналык камсыздандыруу системасынын эксперт-дарыгери болуп, жогорку квалификациялуу, клиникалык иште 7 жылдан аз эмес эмгектенген, атайын даярданган өткөн, биринчи квалификацияга жана/же окумуштуулук даражага ээ дарыгер эмгектене алат. Эксперт-дарыгер медициналык экспертизаларды Кыргыз Республикасынын укуктук-ченемдик актыларына, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин буйруктарына, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Милдеттүү медициналык камсыздандыруу фондунун аталган Жобосуна ылайык иш жүргүзөт:

- оорукана ичиндеги кабылдоолор жана оорунун жугуулары;
- ооруканага негизсиз жаткырылгандардын үлүшү;
- 1 айдын ичинде бир эле кырдаалга байланыштуу бир нече жолу ооруканага жаткырылгандардын үлүшү;
- ооруну изилдөөдө жана дарылоодо кетирилген кемчиликтердин деңгээли;
- полипрогмазиянын деңгээли;
- өлүм-житимдердин саны;
- керебеттердин иштешти;
- оорунун керебетте жатуусунун орточо узактыгы;
- патолого-анатомиялык союулардын деңгээли;
- клиникалык жана патолого-анатомиялык диагноздордун дал келбестик деңгээли.

**ҮДТ/ҮМБ ишмердүүлүгүнүн индикаторлоруна төмөнкүлөр кирет:**

- мониторинг жүргүзүлүүчү оорулар боюнча пайда болгон кечиктирилгис абалдын деңгээли;
- мониторинг жүргүзүлүүчү оорулар боюнча ооруканага жаткырууга берилген жолдомо кагаздын деңгээли;
- оорусу боюнча биринчи жолу майып-

тыкка чыгуу;

-жатын моюнчасында эрозиясы бар аялдардын айыгуу деңгээли;

-кош бойлуулукта пренаталдык жардам көрсөтүү;

-төрөттөрдүн орточо аралыктары;

-ММКнын Кошумча программасынын мүмкүнчүлүктөрүн колдонуу.

- Мониторинг жүргүзүлүүчү оорулардын алдын алуу жана дарылоо үчүн “Камсыздандырылган жарандарды биринчилик деңгээлде дары каражаттары менен камсыздоо”;

- эмдөөнү камтуу;

- 5 жашка чейинки балдарда көзөмөл жүргүзүүнүн схемасына туура келүүсү;

- дарылоонун бекитилген клиникалык токтомдорго туура келүүсү;

-дарыгер көзөмөлгө албаган, үйүндө кайтыш болгондордун салыштырма салмагы;

-өтүшүп кеткен кургак учуктун жана рактын салыштырма салмагы.

**Медициналык жардам көрсөтүүнүн уламалуулук деңгээлинин индикаторлоруна төмөнкүлөр кирет:**

-мониторингге алынган оорулар боюнча кечиктирилгис абалдын пайда болуу деңгээли;

-мониторингге алынган оорулар боюнча ооруканага жаткырылууга берилген жолдомо кагаздардын саны;

-мониторингге алынган оорулар боюнча ооруканага жаткырылгандардын деңгээли;

-мониторингге алынган оорулар боюнча тез жардамдын чакырылуу кыймылы.

**ММК фонду төмөнкү ооруларга мониторинг жүргүзөт:**

-артериялык гипертензия;

-бронхиалдык астма;

-карындын жана он эки эли ичегинин жарасы;

- темир жетишпеген аз кандуулук;

- балдардагы курч респиратордук жугуштуу оорулар.

**Эксперт-дарыгер төмөнкүлөргө укуктуу:**

- медициналык мекемелердин жетекчилеринен тийиштүү медициналык документацияларды, мындан тышкары экспертизалоо учурунда отчеттуулуктун такталган формаларын талап кылуу;

- медициналык жардам көрсөтүүдөн каталар табылган учурда дарыгер-эксперт дарылоочу дарыгерден жана медперсоналдан түшүндүрмө талап кылуу, мындан тышкары бейтап менен маектешүү;

- дарылоочу мекемелердин жетекчилерине көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатын жакшыртуу, мекемелердин ишиндеги

кемчиликтерди четтетүү ж.б. маселелер боюнча сунуштарды киргизүү;

- айып пул салуу боюнча сунуштарды киргизүү;

- медициналык мекемелердеги клиникалык-патолого-анатомиялык конференцияларга катышуу;

- зарыл учурларда ММК фондунун АБ жетекчилерине медициналык экспертизалоону өткөрүү үчүн жогорку квалификациялуу адис-кеңешчилерди чакыруу тууралуу сунуштарды киргизүү;

- камсыздандырылган оорулуулардын суранычы менен соттук органдарга кайрылуу үчүн керектүү медициналык документацияларды даярдоого катышууга.

**Дарыгер-эксперттин милдеттери:**

- ҮДТ/ҮМБ медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоо;

- текшерүүнүн жыйынтыгы менен профилактикалык иш-чаралардагы көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатынын медициналык документацияда чагылдырылышынын дал келүүчүлүгүн анализдөө;

- көрсөтүлгөн медициналык жардамдын сапатын экспертизалоо боюнча ММК фондуна маалыматтарды толук кандуу, так өз убагында жана берүү;

- ыкмаларды билүү.

Мамлекеттин эл аралык рейтингинин индикаторлорунун бири болуп, медициналык тейлөөнүн сапатын жакшыртуу маселеси комплекстүү- системалуу милдет катары саналган саламаттыкты сактоону өркүндөтүү деңгээли саналат. Республикадагы саламаттыкты сактоону башкаруу системасы негизинен административдик ыкмага негизделген, бул айрым медициналык мекеменин деңгээлинде эле эмес, жалпы аталган тармактын натыйжасыздыгын аныктайт. Ошондуктан бардык деңгээлдеги башкаруу системасын реформалоо бүгүнкү күндөгү орчундуу маселелерден болуп саналат. Бирок, азыркы учурда медицинада сапат менеджментинин системасын ишке ашыруу өтө тез өнүгүп жаткан медициналык тейлөөнүн базарынын агымынан жана медициналык тейлөөгө сапаттык кепилдиктердин зарылдыгын талап кылган, такай өсүп жаткан мүдөөлөрдөн байкаларлык калып баратат. Саламаттык сактоо системасында жүргүзүлгөн реформалар, калкка көрсөтүлгөн медициналык жана фармацевтикалык жардамдын жеткиликтүүлүгүн камсыздоону жакшыртуу, медициналык тейлөөнү жабдуучу жана сатып алуу учуларга бөлүү медициналык жардамдын сапатын башкаруу ыкмаларын жакшыртууну талап кылат.

### **Медициналык жардамдын сапатын башкаруунун принциптери:**

- такай жүргүзүлгөн медициналык жардамдын сапатын экспертизалоонун негизинде жүргүзүү;

- медициналык тейлөөнүн көлөмүн жана сапатын баалоо, мониторинг жүргүзүү;

- колдонулган ресурстардын рационалдуулугун жана натыйжалуулугун баалоо;

- келип чыккан жыйынтыктарды анализдөө;

-оорулууларга медициналык жардам көрсөтүүдөгү маселелерди аныктоо;

- көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатын жакшыртуу боюнча чараларды кабыл алуу.

### **2. Сапатты жакшыртуунун ыкмалары.**

Медициналык жардамдын сапатын башкарууда төмөнкү ыкмалар пайдаланылат:

-медициналык жардамдын сапатын экспертизалоо;

-алынган маалыматтарды баалоо, анализдөө жана мониторинг жүргүзүү;

-бейтаптын канааттангандыгын иликтөө.

#### **2.1.Сапатты экспертизалоо.**

ММК системасында калкка көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатын экспертизалоо. ММК фондунун жана анын аймактык башкаруусунун дарыгер-эксперттери тарабынан жүргүзүлөт. Сапатты экспертизалоо планга ылайык жана пландан тышкары деп бөлүнөт. Пландуу экспертиза кварталына 1 жолудан кем эмес, ал эми пландан тышкаркылар.Саламаттык сактоо министрлигинин жана ММК фондунун көрсөтмөсү менен жана жарандардын кайрылуусунун негизинде өткөрүлөт.

#### **2.1.1. Ооруканалардагы медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоо**

Эксперттик баалоодон жалпы жөнүнөн ооруканада дарыланып жаткандардын жана айыгып чыккандардын 3% кем эмеси бөлүгү өткөрүлөт.

#### **Ооруканаларда көрсөтүлүүчү медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоо**

Эксперттик баалоодон жалпы жөнүнөн ооруканада дарыланып жаткан же дарыланып чыккан бейтаптардын 3% гана өтөт.

Ооруканада милдеттүү түрдө медициналык экспертизалоодон өтүүчүлөр:

- өлүмгө алып келген бардык учурлар;
- оорукана ичиндеги кабылдоолор жана инфекциялык кырдаалдар;

- кайталанып жасалган хирургиялык операциялар;

- операциядан кийин пайда болгон оор кырдаалдар.

Милдеттүү медициналык камсызданды-

руу системасына кирген ооруканаларда көрсөтүлүүчү медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоодо медициналык жардамдын сапатын экспертизалоодо колдонулуучу ретроспекциялык жана кезектеги түрлөрү колдонулат.

Ретроспекциялык экспертизалоо милдеттүү түрдө экспертизалоодон өткөрүлүүчү же рандомизирлөө жолу менен тандалган ооруканадагы бейтаптардын медициналык китепчелерин (мындан ары - медициналык китепче) текшерүү жолу менен жүргүзүлөт.

Кезектеги экспертизалоодон дарыланып жаткан оорулуулардын 50% медициналык китепчеси өткөрүлөт, бул бейтаптарды изилдөөдө жана дарылоодо кетирилген кемчиликтерди убагында ондоого жана аларга көрсөтүлгөн медициналык жардамга канааттануу же канааттанбоо сезимдерин аныктоого шарт түзөт.

Сапатты экспертизалоо учурунда эксперт-дарыгерлер тарабынан кемчиликтер табылган болсо, ММК/У№2 формада “Дарылануу учуру боюнча медициналык экспертизалоо боюнча акт” түзүлөт, анын корутунду бөлүгүндө төмөнкүлөр көрсөтүлүшү зарыл:

- бейтаптын ооруканага жаткырылышынын негиздүүлүгү;

- жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн жана дарылоолордун клиникалык токтомдорго (клиникалык токтомдору бар ооруларда) дал келүүсү;

- дартты аныктоочу жана дарылоочу-иш-чаралардын убагында жасалгандыгы жана алардын колдонулушунун негиздүүлүгү;

- бейтаптын ооруканада болуу убактысынын негиздүүлүгү;

- изилдөөнүн жана дарылоонун негизсиз ыкмаларын (так көрсөтүү) колдонуу же дартты аныктоодо жана дарылоодо кайсы бир зарыл болгон иш-чаралардын жүргүзүлбөшү;

- дартты аныктоодо кетирилген каталар;

- дарылоодо кетирилген каталар;

“Дарылануу учуру боюнча медициналык экспертизанын актысынын” негизинде ММК/о №2 формасында “Ооруканадагы медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоо” боюнча отчет түзүлөт. ММК/о №2 отчеттук формасы “Отчетту толтуруунун инструкциясына”, “Ооруканадагы медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоонун” талаптарына ылайык толтурулат. Аймактык башкаруунун директору ММК/О (мындан ары - АБ ММКФ), Бишкек шаарынын мэриясына караштуу ММК фондунун жана Саламаттык сактоо департаментинин (мындан ары - ССД жана ММКФ) директору тарабынан күбөлөндүрүлгөн №2 формасы аналитикалык маалым кат менен ММК фондуна тапшырылат. Өлүмгө алып келген учурду экс-

пертизалоонун жыйынтыгына ылайык АБ ММК фондунун эксперт- дарыгери ММК/у №4 формасында “Өлүмгө алып келген учурду медициналык экспертизалоо актын” толтурат, анын корутунду бөлүгүндө төмөнкүлөр чагылдырылышы керек:

- өлүмдү четтетүү;
- ооруканага кеч жаткыруунун себептери;
- изилдөөдөгү кемчиликтер;
- дарылоодогу кемчиликтер;
- операциянын кеч жасалышынын себептери;

-өлүмгө алып келген негизги себеп;

-клиникалык жана патолого-анатомдук диагноздордун дал келбестиги;

-өлүктү патолого-анатомдук союу иш-чараларынын жасалбагандыгынын себеби.

“Өлүмгө алып келген учурду медициналык экспертизалоо актысынын” негизинде КС ММК/о №4 формасында “Ооруканадагы өлүмгө алып келген учурларды экспертизалоо” боюнча отчет жасалат. КС ММК/о №4 формасы “Отчетту толтуруунун инструкциясына”, “Ооруканадагы өлүмгө алып келген учурларды экспертизалоого” ылайык толтурулат. КС ММК/о №4 формасы АБ ММК фондунун жана ССД жана ММК фондунун директору тарабынан күбөлөндүрүлөт жана ММК фондуна барак түрүндө тапшырылат. ММК фондуна дарылоо мекемелери боюнча кошумча электрондук түрдө тапшырылат.

#### **ҮДТ/ҮМБ сапатын экспертизалоо**

Биринчилик деңгээлдеги экспертизалоодон клиникалык токтом кабыл алынган ооруларды текшерүү аралыгында амбулатордук-поликлиникалык тейлөөнүн 0,5% аз эмес учуру өткөрүлөт. Мындан тышкары сапатты экспертизалоодон милдеттүү түрдө төмөнкү учурлар өткөрүлөт:

- үйүнөн катталган өлүмдөр;
- мониторингге алынган оорулар боюнча майыптыкка биринчи жолу чыгуулар;
- мониторингге алынган оорулар боюнча ооруканада дарыланып чыккан бейтаптарга байкоо жүргүзүү;
- рак жана кургак учуктун өтүшүп кеткен түрлөрүн аныктоо;
- кош бойлуулуктагы кабылдоолор.

Диспансердик байкоо жана эмдөө схемасын текшерүү үчүн рандомизирленген түрдө тандалып алынган 5 жашка чейинки балдарды -амбулатордук бейтаптарды медициналык тейлөө милдеттүү түрдө кошумча экспертизалоодон өткөрөт. Кемчилик аныкталган учурда эксперт-дарыгер ММК/У №1 формадагы “Амбулатордук бейтаптын медициналык картаны медициналык экспертизалоо актын” түзөт,

анын негизинде “ҮДТ/ҮМБ медициналык жардамдын сапатын экспертизалоо” боюнча КП ММК/о №1 формасында отчет түзүлөт. “Амбулатордук бейтаптын медициналык картасын медициналык экспертизалоо актысынын” жыйынтыгында эксперт-дарыгер төмөндөгүлөрдү баяндайт:

-жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн жана дарылоолордун клиникалык токтомго (клиникалык токтомдору бар ооруларда) дал келүүсү;

-дартты аныктоочу изилдөөлөрдүн жана сунушталган дары-дармектердин негиздүүлүгү жана убагында берилүүсү;

-ооруканага жаткыруу үчүн берилген жолдомо кагаздардын негиздүүлүгү;

-дартты аныктоодо кетирилген кемчиликтер;

-дарылоодо кетирилген кемчиликтер;

-диспансерлик топтогу оорулууларга жүргүзүлгөн көзөмөлдүн, анын ичинде балдардын календарлык эмделишинин жалпы кабыл алынган схемага дал келүүсү.

Үйүндө кайтыш болгондордун медициналык картасын экспертизалоодо “Үйүндө кайтыш болгон учурларды медициналык экспертизалоонун актысы” ММК/У №3 формасында толтурулат, анын жыйынтык бөлүгүндө төмөнкүлөр чагылдырылышы керек:

-өлүмгө алып келген негизги себеп;

-өлүмдү четтетүү;

-изилдөөдөгү кемчиликтер;

-дарылоодогу кемчиликтер;

-негизги жана патолого-анатомиялык диагноздордогу, өлүм себептериндеги дал келбестиктер;

- өлүктү патолого-анатомдук союу иш-чараларынын жасалбагандыгынын себеби;

-өлгөндүгү тууралуу берилген маалым каттын негиздүүлүгү.

Бул актылардын негизинде “Үйүндө кайтыш болгон учурларды медициналык экспертизалоонун актысы” ММК/У №3 формасында отчет толтурулуп, ал АБ ММК фондунун жана ССД жана ММК фондунун директору тарабынан күбөлөндүрүлөт жана ММК фондуна барак түрүндө тапшырылат. Эгер ҮДТ өз алдынча юридикалык жак болуп саналса, ММК фондуна ҮДТ/ҮДБ боюнча кошумча электрондук түрдө тапшырылат.

Медициналык тейлөө жүргүзүүдө кемчиликтер катталбаса, “Ооруканадагы/амбулатордук бейтаптын медициналык картасын медициналык экспертизалоодо кемчиликтер катталбаган учурдагы акты” ММК/У №5 формасы толтурулат.

Медициналык экспертизанын актысы 2 даанада толтурулат:

Бири медициналык мекемеде сакталат, экинчиси ММК фондунун аймактык башкаруусуна жөнөтүлөт. Актыларга ҮДТ/ҮМБ жетекчилери жана ооруканалардын бөлүм башчылары жана экспертиза жүргүзгөн АБ ММК фондунун эксперт-дарыгерлери тарабынан кол коюлат.

Отчеттук формалар: №2 КС ММК/о, №4 КС ММК/о, №1 КП ММК/о, №3 КП ММК/о ММК фондуна айдын онуна карата квартал сайын берилет.

Мониторинг жүргүзүлгөн оорулар боюнча ММК фондунун буйругу менен бекитилген схема боюнча медициналык жардамдын сапаты кошумча экспертизалоодон өткөрүлөт.

**Мониторинг жүргүзүү, анализдөө жана баалоо.**

Мониторинг жүргүзүү үчүн төмөнкүдөй индикаторлор колдонулат:

- оорукананын ишмердүүлүгүнүн индикаторлору;
- ҮДТ/ҮДТ ишмердүүлүгүнүн индикаторлору;
- уламалуулуктун индикаторлору;
- калктын ден соолугунун негизги көрсөткүчтөрү.

Оорукананын ишмердүүлүгүнүн индикаторлоруна төмөнкүлөр кирет:

- балдардын катуу кармаган жугуштуу оорулары.

Анализ ар тараптан жүргүзүлөт. Анализ жасоо үчүн калктын ден соолугунун төмөндөгү негизги көрсөткүчтөрү колдонулат:

- жалпы оорулар, мониторинг жүргүзүлүүчү, кургак учук, онкологиялык оорулар;
- жалпы, мониторинг жүргүзүлүүчү, онкологиялык жана кургак учуктун таралышы;
- майыптыкка биринчилик чыгуу;
- жалпы, энелердин жана 5 жашка чейинки балдардын өлүмү.

Анализдин жыйынтыктары көйгөйлөрдү четтетүү боюнча сунуштар менен медициналык тейлөөчүлөргө сунушталат.

**Бейтаптын канааттангандыгын иликтөө.**

Бейтаптын канааттангандыгы же канааттанбагандыгы изилдөөнүн төмөнкү жолдору менен аныкталат:

- калкка квалификациялуу медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгү;
- медициналык мекемеде дарыгерди тандоо мүмкүнчүлүгү;
- сапаттуу дары каражаттарына физикалык жана экономикалык жеткиликтүүлүктү камсыздоо;
- медициналык тейлөөнүн натыйжалуу

системасын камсыздоо.

Бейтаптын канааттангандыгын иликтөө такталган методикага ылайык жүргүзүлөт. Экспертиза учурунда бейтапка көрсөтүлгөн медициналык жардамдын сапатына канааттангандыгын изилдөө үчүн эксперт-дарыгер ооруканадагы оорулуулардын 10% дан аз эмес бөлүгүн сурамжылоодон өткөрөт.

ҮДТ/ҮМБ бейтаптардын көрсөтүлгөн медициналык тейлөөнүн сапатына канааттангандыгын билүү үчүн амбулатордук картасы медициналык экспертизага берилген пациенттердин 10%дан аз эмес бөлүгү сурамжылоодон өткөрүлөт.

**ММК фондунун аймактык башкаруусунун эксперт-дарыгеринин укуктары жана милдеттери.**

Милдеттүү медициналык камсыздандыруу системасынын эксперт-дарыгери болуп, жогорку квалификациялуу, клиникалык иште 7 жылдан аз эмес эмгектенген, атайын даярданган өткөн, биринчи квалификацияга жана/же окумуштуулук даражага ээ дарыгер эмгектене алат. Эксперт-дарыгер медициналык экспертизалоону Кыргыз Республикасынын укуктук-ченемдик актыларына, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин буйруктарына, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Милдеттүү медициналык камсыздандыруу фондусунун аталган Жобосуна ылайык иш жүргүзөт.

**Эксперт-дарыгер төмөнкүлөргө укуктуу:**

- медициналык мекемелердин жетекчилеринен тийиштүү медициналык документацияларды, мындан тышкары экспертизалоо учурунда отчеттуулуктун такталган формаларын талап кылуу;
- медициналык жардам көрсөтүүдөн каталар табылган учурда дарыгер-эксперт дарылоочу дарыгерден жана медперсоналдан түшүндүрмө талап кылууга, мындан тышкары бейтап менен маектешүү;
- дарылоочу мекемелердин жетекчилерине көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатын жакшыртуу, мекемелердин ишиндеги кемчиликтерди четтетүү ж.б. маселелер боюнча сунуштарды киргизүү;
- айып пул салуу боюнча сунуштарды киргизүү;
- медициналык мекемелердеги клиникалык-патолого-анатомиялык конференцияларга катышуу;
- зарыл учурларда ММК фондунун АБ жетекчилерине медициналык экспертизалоону өткөрүү үчүн жогорку квалификациялуу адис-

кеңешчилерди чакыруу тууралуу сунуштарды киргизүү;

-камсыздандырылган оорулуулардын суранычы менен соттук органдарга кайрылуу үчүн керектүү медициналык документацияларды даярдоого катышуу.

#### **Дарыгер-эксперттин милдеттери:**

-ҮДТ/ҮМБ медициналык тейлөөнүн сапатын экспертизалоо;

-текшерүүнүн жыйынтыгы менен профилактикалык иш-чаралардагы көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатынын медициналык документацияда чагылдырылышынын дал келүүчүлүгүн анализдөө;

-көрсөтүлгөн медициналык жардамдын сапатын экспертизалоо боюнча так маалыматтарды ММК фондуна толук кандуу жана өз убагында берүү;

-ыкмаларды билүү.

#### **Медициналык жардамдын сапатын текшерүүнү уюштуруу.**

Сапат - бул объекттин такталган жана божомолдонгон керектөөлөрдү канааттандыруу жөндөмдүүлүгүнө тийиштүү мүнөздөмөлөрүнүн жыйындысы. Медициналык жардамдын сапаты - оорулуунун (калктын) керектөөсүнө, анын күтүлгөн жыйынтыктарына, заманбап медициналык илим жана технологиялардын деңгээлине көрсөтүлгөн медициналык жардамдын дал келүүсүн аныктаган мүнөздөмөлөрдүн жыйындысы. Медициналык жардамдын сапаты - бейтаптар күткөн жыйынтыктарга жана технологиялык стандарттарга дал келүүчүлүк гана эмес, ошондой эле анын медициналык жардамда керектелишин аныктоого жардам берүүчү тейлөө мүнөздөмөлөрүнүн жыйындысы. Сапат тууралуу түшүнүктөргө киргизилген өзгөрүүлөр менен катар сапатты башкаруунун концептуалдуу модели да өзгөрдү. Бүгүнкү күндө төмөнкү концептуалдуу моделдер жалпы кабыл алынган:

- Сапатты текшерүү сапатка болгон талаптарды аткарууда колдонулуучу оперативдүү мүнөздөгү иш-аракеттердин түрлөрү жана ыкмалары;

- Сапатты камсыздоо сапаттык системанын чегинде, мындан тышкары сапаттык талаптарды аткаруу үчүн объектиге керектүү ишенимдүүлүктү жаратуу үчүн зарыл болгон жана такталган, пландуу жана системалуу түрдө ишке ашырылуучу иш-аракеттердин түрлөрү;

- Сапатты үзгүлтүксүз жогорулатуу - бул мекемелер жана анын керектөөчүлөрү үчүн бирдей керектүү пайда көздөгөн иш-аракеттердин жана процесстердин натыйжалуу

улугун жакшыртуу максатында мекемелерде кабыл алынган иш-чаралар.

Процестеги ченемдик милдеттерди чечүү мекемени текшерүүнү ичине камтыйт. Текшерүү - бул мекеменин максаттарын ишке ашыруучу процесс.

Медициналык ишмердүүлүктү, анын көлөмүн, сапатын текшерүүнүн бир нече түрү бар. Процести башкаруунун этаптарына (убактылуу мүнөздөмө) ылайык текшерүүнүн төмөнкүдөй түрлөрү бар: алдын ала текшерүү, кезектеги текшерүү жана жыйынтыктоочу текшерүү.

Алдын ала текшерүү иш башталганга чейин белгилүү эреже, токтомдорду иштеп чыгууну өз ичине камтыйт. Ал мекеменин негизги 3 катмарын: персонал, материалдар, каржыны ичине камтыйт. Алдын ала текшерүү пресоналдын деңгээлинде ишке кабыл алуу, кошумча окутуу, кезектеги квалификацияны жогорулатуу боюнча ойлонуп табылган ситеманы ишке ашыруунун камтыйт. Колдонулган ресурстарды алдын ала текшерүү мекеменин келип түшкөн материалдардын жана аларга жүргүзүлгөн текшерүүлөрдүн жана сапаттык стандарттардын дал келүүсүн аныктайт. Акчалай чыгымдардын лимитин аныктаган бюджет келечекте керектелүүчү каражаттардын көлөмүнө кепилдик берүүсү зарыл.

Кезектеги текшерүү тикелей иштин жүрүшүндө жүрөт. Текшерүүнүн бул түрү тескери байланыш келип чыккан маселелерди тез чечүү үчүн колдонулат.

Жыйынтыктоочу текшерүү иш аяктагандан кийин жасалат да, анын жаралуу учурундагы көйгөйлөрдүн аныкталышына таасир этүүгө мүмкүндүк бербейт. Бирок, жыйынтыктоочу текшерүүнүн 2 негизги милдети бар: жаңы маселенин алдын алууну пландаштырууга таасир этүү жана мотивацияны калыптандыруу. Сапатты үгүлтүксүз жогорулатуу концепциясынын өзгөчөлүгү болуп, процесстин бардык этаптары туура жүргүзүлгөн учурда жыйынтыктоочу текшерүүнүн керексиз деп табылышы саналат. Бирок, адамдын тиричилик аракети, ден соолугу жана коопсуздугун камсыздоо менен тыгыз байланышкан ишмердүүлүк жаатында жыйынтыктоочу текшерүү өтө керектүү жана максат багыттуу болуп саналат. Текшерүүнүн түрүнө карабастан, процессте дайыма ишмердүүлүктүн 3 түрү бекитилген: стандартты түзүү жана реалдуу жыйынтыктарга карай талаптарды, критерийлерди иштеп чыгуу;

Иштелип чыгарылган стандарт жана критерийлерди реалдуу жыйынтыктар менен са-

лыштыруу;

Текшерүүнүн жыйынтыгы менен зарыл иш-аракеттер тууралуу чечим кабыл алуу. Текшерүүнүн жыйынтыгына карай жооп катары администрациянын иш-аракети төмөнкүдөй болушу мүмкүн: иштин уюштурулушуна өзгөртүүлөрдү киргизүү; стандарттарды өзгөртүү; системага кийлигишпөө.

Натыйжалуу текшерүү милдеттүү:

Стратегиялык багытта масы болуу керек, б.а. мекеменин приоритетин чагылдырууга тийиш. Жыйынтыкка, б.а. чындыгында жакшыртылуучу ишмердүүлүктүн аспектилерине багытталууга тийиш. Адекваттуу болуусу керек (текшерүүнүн мүнөзү текшерилүүчү ишмердүүлүктүн түрүнө дал келүүсү зарыл, мисалы дарылоонун сапатын оорулуулар кабыл алган дарылардын санына жараша текшерүүгө болбойт). Өз убагында болуусу керек, б.а. текшерүүлөрдүн аралыгы такталышы зарыл. Ийкемдүү, жөнөкөй жана сарамжал болуусу керек. Практикада медициналык ишмердүүлүктүн жана медициналык жардамдын сапатын текшерүүнүн башка түрлөрү да колдонулуп жүрөт.

Медициналык жардамдын сапатын башкаруу системасынын катышуучуларына жараша текшерүүнү төмөнкүдөй класстарга бөлүүгө болот:

Мамлекеттик текшерүү;

Профессионалдык текшерүү: ички (ведомстволук), сырткы (ведомстводон сырткары), көз карандысыз (анын ичинде аудитордук);

Коомдук текшерүү;

Бейтаптын текшерүүсү.

Керектөөчүнүн укугун коргоочу коомдун текшерүүсү;

Камсыздандыруучу компаниялардын текшерүүсү;

Конституциялык текшерүү.

Медициналык тейлөөнү өндүрүүчүлөр тарабынан текшерүү төмөнкүдөй бөлүштүрүлөт:

оорунун алдын алуу жана дарылоо мекемелериндеги ички текшерүү;

саламаттык сактоону башкаруучу органдардын кызматтык адамдарын жана түзүлүшүн текшерүү;

профессионалдык медициналык ассоциацияларын текшерүү;

лицензиялык аккредитациялык комиссияларды жана комитеттерди ж.б. текшерүү;

жогоруда айтылгандай, укуктук-ченемдик документтерде текшерүүнүн 2 түрү каралат: медициналык жардамды ведомстводон тышкары жана ведомстволук текшерүү;

текшерүүнүн кайсы түрү болбосун жүргүзүлгөндө, сапат жана көлөм бааланат.

Текшерүүнүн объектиси болуп төмөнкүлөр эсептелет: медициналык жардам, оорулуунун жана медициналык кызматкердин мамилеси, мындан тышкары оорулуунун системанын башка субъектилери менен катышы.

Текшерүү системасынын субъектилери (катышуучулары) болуп саналат: лицензиялык-аккредитациялык комиссиялар (ЛАК), Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун Аймактык фондулары, камсыздандыруучу медициналык мекемелер, саламаттыкты сактоону башкаруучу органдар, оорунун алдын алуучу жана дарылоочу мекемелер.

**Медициналык жардамдын сапатын баалоонун жолдору анын жетишкендиктеринин ыкмалары катары**

Лицензиялоо жана аккредитациялоо. Дарылоо жана оорунун алдын алуучу мекемелерди лицензиялоо жана аккредитациялоо иштери “РФ жарандарын медициналык камсыздандыруу тууралуу” мыйзамдын чыгышы менен башталган. Лицензия - белгилүү бир медициналык мекеме же юридикалык тараптан берилген, ишмердүүлүктүн жана тейлөөнүн белгилүү бир түрүн жүргүзүүгө уруксат берген юридикалык (мамлекеттик) уруксат берүү. Лицензиялоонун негизги максаты - мекемелердин жана жеке адамдардын ресурстук-профессионалдык (медициналык персонал, материалдык-техникалык жабдылышы, каржылоо) камсыздоо иш-аракеттердин түрүн, милдеттерин аткаруусунун адекваттуулугун жана мүмкүнчүлүгүн аныктоо. Лицензиялоону тийиштүү деңгээлдеги жеткиликтүү аткаруу бийлиги тарабынан түзүлгөн лицензиялык комиссия жүргүзөт. Комиссиянын курамына саламаттыкты сактоону башкаруу органдарынын, медициналык профессионалдык мекемелердин, жогорку медициналык окуу жайлардын, мындан тышкары саламаттык сактоо системасындагы медициналык мекемелердин ар кыл тармактарынын башкы адистери кирет. Дарылоо жана оорунун алдын алуучу мекемелерди лицензиялоодо комиссия адистик тармагына жана багытына жараша эксперттик топторду түзөт. Бүгүнкү күндө лицензиялоонун укуктук жана уюштуруучулук технологиялары иштелип чыккан.

Аккредитация - такталган стандарттардын негизинде уюштуруучулук процесстердин сапатын жана алардын тышкы структуралар (инспекциялар) тарабынан ишке ашырылышын баалоо системасы. Аккредитациялоонун негизги максаты - мекемелердеги уюштуруучулук жана технологиялык процесстердин такталган стандарттарга жооп беришин аныктоо, мекемелердин ишмердүүлүгүн жакшыртуусуна көмөктөшүү жана тийиштүү сунуштамаларды

берүү. Аккредитациялоонун биринчи жаңы үлгүлөрүндө (АКШ) негизинен уюштуруу процесстери клиникалык практиканын сапатын камсыздоочу негизги элемент катары каралган. Мисалы, дарыгер жана хирургдардын штатын чектөө максатында, госпиталда иштөө укугуна ээ дарыгер жана хирургдардын уюмун түзүү, кесипкөй дарыгерлердин ишин жөнгө салуучу саясатты, жоболорду жана эрежелерди тактоо. 1980-1990- жылдары процесстин жыйынтыктары, алардын келип чыгуу себептери тууралуу ар кыл көз караштар жаралып, жыйынтыкка басым жасалып, жаңы стандарттар киргизилген. Медициналык жардамдын сапатын үзгүлтүксүз жогорулатуу талабын киргизүү менен аккредитациялоо системасы сапатты баалоо ыкмаларын бейтапка көңүл бурууну (кепилдиктер, бейтаптын укугу, процесстердин жана жыйынтыктардын өз ара байланыштары) күчөтүү жаатына бурган. Мекемелерди аккредитациялоонун акыркы сунуштамалары: мекеменин ички милдеттерине азыраак көңүл буруу; бейтаптарды тейлөөнүн комплекстүү системасын иштеп чыгууга умтулуу, өзгөрүүлөрдү клиникалык практиканы, саламаттык сактоо системасынын уюштуруучулук түзүлүшүн, клиникалык практиканын салымын эсепке алуу менен жүргүзүү. Россиянын кээ бир аймактарында дарылоо-оорунун алдын алуу мекемелеринин ишмердүүлүгүн баалоонун бирдиктүү тажрыйбасы бар. Мисалы, Курган облусунда борбордук райондук ооруканаларын лицензиялоонун жана аккредитациялоонун жыйынтыктарынын негизинде комплекстүү баалоонун, натыйжалуулуктун жана баалоо шкалаларына туура келүүчү (эң жакшыдан канааттандырарлык эмеске чейин) 5 деңгээл аныкталган. Бирдиктүү технологиялык стандарт колдонулат. Мамлекеттик жана муниципалдык медициналык мекемелерди аккредитациялоонун калыптанган системасы лицензиялоо сыяктуу эле сапат системасынын түзүлүштүк-ресурстук компонентине багытталган. Өзүн-өзү баалоо - медициналык жардамдын сапатын жакшыртуучу ыкмалардын бири.

#### **Принциптер жана өзүн өзү баалоо**

Өзүн-өзү баалоо процесси бул төмөнкү позицияларды системалуу түрдө карап чыгуу процесси:

-биз эмнеге жетишттик?

-кийинки жакшыртуу үчүн кандай мүмкүнчүлүктөр бар?

-биз жасаган нерселер менен жетишүү керек болгон жыйынтыктардын кандай байланышы бар?

Эл аралык практика өзүн-өзү баалоо ме-

кемелер үчүн төмөнкүдөй артыкчылыктарды жаратарын көрсөттү:

- өзүнүн ишмердүүлүгүн жана анын жыйынтыктарын баалоодо көптөгөн өлкөлөрдө кеңири колдонулган бирдиктүү критерийлердин комплексин колдонуу;

- ишмердүүлүктү жакшыртуудагы системалуу мамиле;

- айрым жетекчилердин же кызматкерлердин жекече кабылдоолоруна эмес, фактыларга негизделген объективдүү баалоого ээ болуу;

- белгилүү кырдаалда бүтүндөй мекеме, анын айрым бөлүмдөрү жана ар бир кызматкердин бирдиктүү концептуалдуу базага жана биринчи кезекте негизги багыттарга тийиштүү иш-аракеттери боюнча макулдашылган түшүнүк;

- сапатты жалпы башкаруунун принциптеринин негизинде персоналдарды окутуу;

- мекеменин күнүмдүк иш-аракетине сапатты башкаруунун алдыңкы ыкмаларын жана ар кыл демилгелерди киргизүү;

- жакшыртууга мүмкүн болгон процесстерди ачыкка чыгаруу жана анализдөө;

- алдыңкы өзүн-өзү баалоодон бери пайда болгон өзгөрүүлөрдү иликтөө;

- мекеменин алдыңкы бөлүмдөрүнүн же башка мекемелердин мыкты тажрыйбаларын жайылтуу мүмкүнчүлүгү;

Сапатты жакшыртуу боюнча дарылоо жана оорунун алдын алуучу мекемелердин ишмердүүлүгүн өзүн-өзү баалоо боюнча мекемелердин үлгүсү катары РФ Өкмөтүнүн сапатты жакшыртуу боюнча сыйлыгы үчүн өлкөдө жыл сайын өткөрүлүүчү, ИСО-9000 текшерүүгө алынган субъектти баалоону камтыган, мекеменин жетекчисинин ролун, сапат жаатындагы пландаштыруулар, технологиялык процесстерди жана алардын ишке ашуусун башкаруулар, каражаттарды туура пайдалануу, мекеменин коомго тийгизген таасири жана негизгиси, мекеменин иштеринин жыйынтыктары эсептелет. Ар бир критерий үчүн анын түзүүчүлөрү иштелип чыккан. Мисалы, “Ишти уюштуруудагы жетекчинин ролу” аттуу критерийдин түзүүчүлөрү төмөнкүлөр:

- жетекчилик өзүнүн сапаттык маданиятын кантип жана канчалык деңгээлде таңуулайт?

- жетекчилик персоналга көмөк көрсөтүү, каражат бөлүү аркылуу сапатты жакшыртуу процессине кантип жана канчалык деңгээлде катышат?

- жетекчилик керектөөчүлөр, жабдуучулар жана башка мекемелер менен иш жүргүзүүгө кантип жана канчалык деңгээлде

катышат?

- жетекчилик персоналдын аракетин жана жетишкендигин кантип жана канчалык деңгээлде баалайт жана сыйлайт?

Медициналык жардамдын сапатын ички (ведомстволук) жана тышкы (ведомстводон сырткары) текшерүүнү уюштуруу жана өткөрүү: ыкмалар жана аларды колдонуу, көрсөткүчтөр. Саламаттык сактоо системасында дарылоо жана дартты аныктоочу медико-профилактикалык процесстердин стандарттарын аткарууну ички (ведомстволук) текшерүү ишке ашырылып жаткан медициналык технологиялардын жана алардын жыйынтыктарын баалоого жана анализдөөгө багытталган.

Ички ведомстволук текшерүү - медициналык жардам көрсөтүү учурунда кетирилген дарыгерлик каталар жана кемчиликтерди аныкталган кырдаалда жеке тараптарга жана мекемелерге уюштуруучулук, пайда болгон жана башкаруучулук таасир этүүчүлүк чараларын жеталарга жана кемчиликтерге жол бербөө жана алардын алдын алуу иштерин пландаштырууну карайт. КМП ички ведомстволук текшерүү системасы көп кырдаалдуу мүнөзгө ээ: федералдуу, аймактык, мекемелик. Медициналык жардамдын сапатын ички ведомстволук текшерүүнү жөнгө салуучу негизги укуктук-ченемдик документтер болуп, РФ Саламаттык сактоо министрлигинин (1995-жылдын 13-январындагы №5; 1996-жылдын 24-октябрындагы №336/77; 1998-жылдын 11-декабрындагы №36) буйруктары саналат. Медициналык жардамдын сапатын ведомстволук текшерүү саламаттык сактоону башкаруучу органдардын жана дарылоо жана оорунун алдын алуучу мекемелердин кызматтык адамдары, клиникалык-эксперттик комиссиялар жана саламаттык сактоо системасынын штаттык жана штаттан тышкаркы адистеринин жардамы аркылуу ишке ашат. РФтин Саламаттык сактоо министрлигинин буйругуна ылайык, ЛПУнун деңгээлинде медициналык жардамдын сапатын экспертизалар жетектөөчү бөлүмдөрдүн (эксперттанын биринчи баскычы), мекеменин жетекчисинин клиникалык-эксперттик иштери, дарылоо иштери, амбулатордук-поликлиникалык жардам (эксперттанын экинчилик баскычы) боюнча орун басарларынын, мекеменин клиникалык-эксперттик комиссиясынын (эксперттанын үчүнчүлүк баскычы) милдети болуп саналат. Көптөгөн ооруканаларда бир нече клиникалык-эксперттик комиссиялар түзүлөт: убактылуу эмгекке жарамсыздыкты экспертизалар, дарылоочу-текшерүүчү ко-

миссия, өлүм-житимдерди иликтөөчү комиссия, оорукана ичиндеги инфекцияларды изилдөөчү комиссия ж.б. Медициналык жардам көрсөтүүнүн технологиялык процессин экспертизалар учурда беттештирүүчү экспертиза да өткөрүлүшү мүмкүн.

Милдеттүү эксперттик текшерүүгө тийиштүү:

- өлүмгө алып барган учурлар;
- эмгекке жарамдуу куракта оорукана ичинде майыптыкка чыгуу;
- жыл аралыгында бир эле ооруга байланыштуу кайталап ооруканага жаткырылган учурлар;
- диагноздор дал келбеген учурлар;
- оорулуулардын жана алардын туугандарынын даттануулары коштолгон учурлар.

Медициналык жардам көрсөтүүнүн башка бардык учурлары эксперттик баалоодо бирдей мүмкүнчүлүккө ээ болуусу зарыл, бул “кокустан” тандоочу статистикалык ыкмаларды камсыздайт. Бир айдын аралыгында оорукана бөлүмдөрүнүн башчысы 50% учурду, квартал ичинде башчынын орун басары 30 -50 учурду экспертизадан өткөрөт. Жыйынтыкталган учурларда клиникалык-эксперттик иштер боюнча орун басар квартал ичинде 30-50 экспертиза жасайт.

Сапатты текшерүүнү ишке ашыруучу кызмат адамдарынын ишинин көлөмү жана аны уюштуруу, мындан тышкары клиникалык-эксперттик комиссиялар аталган Жобого ылайык аныкталышы керек. КМПнын конкреттүү ооруну экспертизалар стандарттарга салыштырып карайт, эреже катары унификацияланган топтомду жана дартты аныктоочу жана дарылоочу иш-чаралардын көлөмүн, мындан тышкары нозологиялык формадагы ооруларды дарылоонун жыйынтыктары жана мөөнөттөрүнө коюлган талаптарды камтыйт. КМПны экспертизалар негизги роль стандарттарды аткаруудан башка да ошол гана учурга мүнөздүү бардык өзгөчөлүктөрдү эске алган эксперттин жыйынтыгына таандык. Дарылоо диагностикалык процессти экспертизалар оорукана эксперт милдеттүү түрдө диагностикалык иш-чаралардын толуктугун жана өз убагында жасалгандыгын, диагноз коюунун тактыгын жана тууралыгын баалайт, кемчиликтерди жана анын себептерин аныктайт, ачыкка чыгарылган кемчиликтерди жоюу жана алардын алдын алуу боюнча сунуштарды даярдайт. Ар бир эксперттик баалоодо стационардык жана амбулатордук ооруну экспертизалар баалоонун картасы толтурулат. Медициналык жар-

дамдын сапатын баалоонун автоматташтырылган технологиялар жана “Дарылоо жана оорунун алдын алуучу мекемелердин эксперттик ишмердүүлүгү” аттуу программа бар. Эксперттик учурларды кайрадан иштеп чыгуунун натыйжасында медициналык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун мүнөздөөчү көрсөткүчтөр келип чыкты. Дарылоочу жана оорунун алдын алуучу мекемелерде медициналык жардамдын сапатын текшерүү эртең мененки конференцияларда күнүмдүк тез башкаруу, бөлүм башчынын оорулууларды кыдыруусу, адистерге кеңеш берүүдө медициналык документтерди киргизүүнү текшерүү жолу менен ишке ашат. Дарыгердик каталарды, диагноз коюудагы дал келбестиктерди талдоо үчүн өлүмгө алып барган учурларды иликтөөчү комиссиянын, инфекциялык комиссиянын ж.б. дарылоочу-текшерүүчү комиссиялар боюнча так уюштурмалар керек жана алар буйруктарда, чечимдерде жана көрсөтмөлөрдө чагылдырылышы зарыл. Дарылоочу-оорунун алдын алуучу мекемелердеги кызматтык адамдардын жана клиникалык-эксперттик комиссиянын жаңы шарттарда өзгөрүшүнө байланышкан маселелерди изилдөө менен, А.П.Голубаева, И.Г.Черников (1999) комиссиянын ишинин өтө көптүгүн, башкаруучулук милдеттердин көбөйгөндүгүн (документтер менен иштөө, текшерүү, тышкы структуралар менен ишмердүүлүгүн координациялоо) белгилешет. Натыйжа катары, текшерүү жүргүзүүдө дарылоо дартты аныктоо процессин экспертизалоодо өзүнүн сапаты төмөндөйт. Ашыкча жүктөмдөрдүн факторлорунун арасында бөлүм башчылар, башкы дарыгердин клиникалык-эксперттик иштер боюнча орун басарлары дарылоо мекемелеринин дарыгерлер жана медайымдар менен толук камсыздалбагандыгын, ошондой эле укуктук-ченемдик документтердин көптүгү жана эскичилдик функцияларды аткаруунун практикаланышын белгилешет. Бөлүм башчылардын, башкы дарыгердин клиникалык-эксперттик иштер (КЭИ) боюнча орун басарларынын ишмердүүлүгүнүн уюштуруучулук, методикалык, кесиптик жана психологиялык аспектилерине жүргүзүлгөн изилдөөлөр алардын ишмердүүлүгүн жакшыртуу боюнча иш-чаралардын комплексин иштеп чыгууга, оптималдуу жүктөмдөр боюнча сунуштарды берүүгө мүмкүндүк түзөт, бул медициналык жардамдын сапатын ички текшерүүнүн натыйжалуулугун жогорулатууга шарт түзөт.

Медициналык жардам көрсөтүүнүн башка бардык учурлары эксперттик баалоодо бирдей мүмкүнчүлүккө ээ болуусу зарыл, бул

“кокустан” тандоочу статистикалык ыкмаларды камсыздайт. Бир айдын аралыгында оорукана бөлүмдөрүнүн башчысы 50% учурду, квартал ичинде башчынын орун басары 30-50 учурду экспертизадан өткөрөт. Жыйынтыкталган учурларда клиникалык-эксперттик иштер боюнча орун басар квартал ичинде 30-50 экспертиза жасайт. КМПнын конкреттүү оорулууну экспертизалоо стандарттарга салыштырып карайт, эреже катары унификацияланган топтомду жана дартты аныктоочу жана дарылоочу иш-чаралардын көлөмүн, мындан тышкары нозологиялык формадагы ооруларды дарылоонун жыйынтыктары жана мөөнөттөрүнө коюлган талаптарды камтыйт. КМПны экспертизалоодо негизги роль стандарттарды аткаруудан башка да ошол гана учурга мүнөздүү бардык өзгөчөлүктөрдү эске алган эксперттин жыйынтыгына таандык.

Дарылоо-диагностикалык процессти экспертизалоочу эксперт милдеттүү түрдө диагностикалык иш-чаралардын толуктугун жана өз убагында жасалгандыгын, диагноз коюунун тактыгын жана тууралыгын баалайт, кемчиликтерди жана анын себептерин аныктайт, ачыкка чыгарылган кемчиликтерди жоюу жана алардын алдын алуу боюнча сунуштарды даярдайт. Ар бир эксперттик баалоодо стационардык жана амбулатордук оорулууну эксперттик баалоонун картасы толтурулат. Медициналык жардамдын сапатын баалоонун автоматташтырылган технологиялар жана “Дарылоо жана оорунун алдын алуучу мекемелердин эксперттик ишмердүүлүгү” аттуу программа бар. Эксперттик учурларды кайрадан иштеп чыгуунун натыйжасында медициналык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун мүнөздөөчү көрсөткүчтөр келип чыкты.

Дарылоочу жана оорунун алдын алуучу мекемелерде медициналык жардамдын сапатын текшерүү эртең мененки конференцияларда күнүмдүк тез башкаруу, бөлүм башчынын оорулууларды кыдыруусу, адистерге кеңеш берүүдө медициналык документтерди киргизүүнү текшерүү жолу менен ишке ашат. Дарыгердик каталарды, диагноз коюудагы дал келбестиктерди талдоо үчүн өлүмгө алып барган учурларды иликтөөчү комиссиянын, инфекциялык комиссиянын ж.б. дарылоочу-текшерүүчү комиссиялар боюнча так уюштурмалар керек жана алар буйруктарда, чечимдерде жана көрсөтмөлөрдө чагылдырылышы зарыл. Дарылоочу-оорунун алдын алуучу мекемелердеги кызматтык адамдардын жана клиникалык-эксперттик комиссиянын жаңы шарттарда өзгөрүшүнө байланышкан маселелерди изилдөө менен, А.П.Голубаева, И.Г.Черников

(1999) комиссиянын ишинин өтө көптүгүн, башкаруучулук милдеттердин көбөйгөндүгүн (документтер менен иштөө, текшерүү, тышкы структуралар менен ишмердүүлүгүн координациялоо) белгилешет. Натыйжа катары, текшерүү жүргүзүүдө дарылоо, дартты аныктоо процессин экспертизалоодо өзүнүн сапаты төмөндөйт. Ашыкча жүктөмдөрдүн факторлорунун арасында бөлүм башчылар, башкы дарыгердин клиникалык-эксперттик иштер боюнча орун басарлары дарылоо мекемелеринин дарыгерлер жана медайымдар менен менен толук камсыздалбагандыгын, ошондой эле укуктук-ченемдик документтердин көптүгүн жана эскичилдик функцияларды аткаруунун практикаланышын белгилешет. Бөлүм башчылардын, башкы дарыгердин клиникалык-эксперттик иштер (КЭИ) боюнча орун басарларынын ишмердүүлүгүнүн уюштуруучулук, методикалык, кесиптик жана психологиялык аспектилерине жүргүзүлгөн изилдөөлөр алардын ишмердүүлүгүн жакшыртуу боюнча иш-чаралардын комплексин иштеп чыгууга, оптималдуу жүктөмдөр боюнча сунуштарды берүүгө мүмкүндүк түзөт, бул медициналык жардамдын сапатын ички текшерүүнүн натыйжалуулугун жогорулатууга шарт түзөт.

Медициналык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун баалоо - уюштуруу иштериндеги кемчиликтерди гана эле эмес, ошондой эле белгилүү деңгээлде анын деңгээлин жогорулатуучу иш-чараларды аныктоонун жолу.

Медициналык жардамдын сапатын жана натыйжалуулугун баалоо системасы үзгүлтүксүз иштеши керек, бул башкаруу үчүн зарыл маалыматты тез алууга жардам берет. Ошону менен катар сапатты жана натыйжалуулукту баалоодон аларды жакшыртууга өтүүнүн негизги фактору болуп, персоналдын билимин үзгүлтүксүз жакшыртуу саналат. Дисциплинардык же жазалоочу иш-чаралар КМПны жакшыртуучу каражаттардын ичинен натыйжасы аз, эң акыркы аракет болуп саналат.

Бардык кызмат адамдары бул системаны ишке ашырууда механикалык түрдө эмес, чыгармачыл түрдө мамиле кылуусу зарыл. Бул системаны ишке ашырууда жана адаптациялоодо зарыл болсо, тигил же бул оңдоо-түзөөлөр киргизилиши мүмкүн. Мисалы, ооруканаларык мекемелерде ишти уюштуруунун бардык формалары ишке ашырылышы керек; конференциялар, кеңешменин отурумдары, план, отчет ж.б. талкуулоо. Мисалы, ири көп тармактуу ооруканаларда конференциянын төмөнкүдөй түрлөрүн өткөрсө болот:

- эртең мененки дарыгерлик конференциялар;

- терапевт же башка адистердин жума сайын өткөрүлүүчү конференциялары;

- илимий-практикалык конференциялар;

- клиникалык-анатомиялык конференциялар;

- клиникалык талаш-тартыштар д.у.с.

Кеңешмелер натыйжалуу (өзгөчө оперативдүү планда) роль ойнойт, мисалы:

- администрациялык мекемелердеги жума сайын өткөрүлүүчү кеңешмелер;

- бөлүм башчылардын жума сайын өткөрүүчү кеңешмелери;

- улуу (кичүү) айымдардын ж.б. жума сайын өткөрүүчү кеңешмелери;

Дарылоочу-оорунун алдын алуучу мекемелерде медициналык жардамдын сапатын камсыздоодогу негизги милдет обходдорго жана күзөттөргө таандык.

Бөлүмдөрдүн обходу административдик жана клиникалык болуп бөлүнөт. Дарылоочу-оорунун алдын алуучу мекемелерде административдик күзөттөр кечки сааттарда, майрам жана эс алуу күндөрү, бөлүм башчылардын кечки сааттардагы күзөтү, башкы дарыгердин орун басарларынын жана башкы адистердин эс алуу жана майрам күндөрүндөгү күзөтү уюштурулат.

Клиникалык-эксперттик комиссия (КЭК) өз түзүлүшүнүн чегин ажыратат.

-дарылоочу-текшерүүчү комиссия;

Дарылоочу-оорунун алдын алуучу мекемелердин көрсөткүчтөрү

Амбулатордук-поликлиникалык мекемелерде төмөнкү көрсөткүчтөр колдонулат, иштеп чыгуунун негизинде тандалма түрүндө текшерилет. Көрсөткүчтөрдү эсептөө үчүн эксперттик же статистикалык ыкма колдонулат.

-поликлиникалык диагноздордогу дал келбестиктердин көптүгү.

Бул дарылоочу врач жана эксперт-дарыгерлер койгон диагноздордун дал келбестигинин көптүгү.

- дартты аныктоо, дарылоо, калыбына келтирүү, оорунун алдын алууда кетирилген кемчиликтердин көптүгү. Кызмат адамдарынын жана комиссиялардын эксперттик чечимдеринин негизинде такталат. Айрым учурларда дарыгерлик каталардын жыштыгы текшерүүдөн өткөн 100 эксперттик учурга туура келет. Технологиялык процесстин сапатын интегралдуу баалоо коэффициенти (дарылоочу- дартты аныктоочу, профилактикалык). Медициналык жардамдын сапатын текшерүү процессинде дарылоо сапатынын деңгээлин интегралдуу баалоо аны түзүүчү компоненттерди эсепке алуу менен жүргүзүлөт жана ишмердүүлүктүн акыркы жыйынтыгына - дарылоо аяктагандан

кийинки бейтаптын ден соолугунун абалына басым жасалат. Эксперттик жыйынтык атайын баалоочу шкалаларды колдонуу менен жасалат. Көптөгөн поликлиникаларда КМПнын баалоо системасы кемчилик, каталардын көрсөткүчтөрүн, кургак учуктун, онкологиялык оорулардын кеч аныкталган учурларын, поликлиникадагы дарыгерлердин көзөмөлүндө болбогон, 70 жаштан ашкан адамдардын үйүндө кайтыш болгон учурларын, негиздүү даттанууларды, санитардык-эпидемиологиялык режимдин сакталбаган учурларын камтыган, акыркы жыйынтыктардын үлгүсүнө негизделип жүргүзүлөт. Сапаттын жана көлөмдүн көрсөткүчтөрү; жыл ичинде бир жашоочунун орточо кайрылуусунун саны; ооруканага кайталап жаткыруулардын коэффициенти; дарыгердин кызматтык милдеттери; кайрылуунун максатына ылайык жыйынтыкталган учурлардын түзүлүшү; нозологиялык өлчөмдө бөлүм боюнча айрым дарыгерлердин көзөмөл жүргүзүүлөрүнүн түзүлүшү; күндүзгү стационарларга айрым бөлүмдөр боюнча госпиталдаштыруунун деңгээли; пландык тартипте жана тез жардам аркылуу ооруканага жаткырылгандардын саны; бир нече жыл аралыгында тейленүүчү калктын ден соолугунун көрсөткүчтөрүнүн кыймылы; 1000 адамга карай калктын оору көрсөткүчтөрү; жалпы өлүмдөрдүн саны, тейленүүчү райондогу үйүндө өлгөн адамдардын саны, майыптыктын көрсөткүчтөрү. Бул көрсөткүчтөр статистикалык ыкманын негизинде эсептелет.

-медициналык натыйжалуулуктун деңгээли же дарылоо сапатынын деңгээли (ДСД).

Көрсөткүч жетишилген жыйынтыктын экспертизадан өткөн (пайыз менен) учурлардын санына болгон катышы катары каралат.

-медициналык ишмердүүлүктүн (медициналык тейлөө) (пайыз менен) көлөмүнүн планга катыштык коэффициенти. Көрсөткүч медико-экономикалык анализдин жыйынтыгына да, ошондой эле статистикалык отчеттуулуктун маалыматтарына карата да эсептелет.

-медициналык тейлөөнүн сапатына канааттанбаган адамдардын үлүшү.

Көрсөткүчтөр социологиялык сурамжылоолордун же анкеттөөнүн натыйжасында чыгарылат.

Ооруканалык мекемелердеги көп колдонуучу медициналык жардамдын сапаттарынын көрсөткүчтөрү:

-ооруканадагы оорулуунун дарылануусунун орточо узактыгы;

-клиникалык жана патологиялык диагноздордун дал келбестиктердин көптүгү (ста-

ционардан дарыланып чыккан статистикалык картанын маалыматтары каралат);

-жалпы жана операциядан кийинки өлүмгө алып барган учурлар (статистикалык маалыматтар);

-медициналык технологиялардан четтөөлөрдүн көптүгү, дарыгерлердин каталарынын көптүгү: изилдөөнүн, дартты аныктоонун, дарылоо этабынын, калыбына келтирүүнүн (стандарттарга салыштырмалуу же эксперттик баалоонун негизинде гана);

-дарылоонун сапатынын деңгээли (эксперттик баалоого кабылган учурдун санына жараша жетишкен жыйынтыктардын катышы);

-дарылоодон кийинки кабылдоолордун көптүгү статистикалык маалыматтардун же эксперттик ыкма аркылуу эсептелет;

-медициналык жардамдын сапатына нааразы болгондордун бейтаптардын пайыздык көрсөткүчү суроо-жооптун жана анкеттөөнүн негизинде аныкталат;

- жазуу түрүндө катталган даттануулардын көптүгү дарыланып чыккан 100 оорулууга карай эсептелет.

Жогоруда эсептелген көрсөткүчтөрдөн сырткары сапаттык көрсөткүчтөр жана ооруканалык жардам көрсөтүүчү мекемелер, бөлүмдөрдөн которулуу пайызы, бөлүмгө негизсиз жаткырылгандардын пайызы ж.б. деп аталуучу бир топ көрсөткүчтөрдүн катары бар. Дарылоочу-оорунун алдын алуучу мекемелерде колдонулуучу медициналык жардамдын сапатынын жана көлөмүнүн көрсөткүчтөрүн жалпы жонунан төмөнкүдөй топторго бөлүштүрүүгө болот:

Дарылоо-оорунун алдын алуучу процесстердин жыйынтыгынын көрсөткүчтөрү:

-дарылоонун деңгээли;

-кабылдоолордун көптүгү, өлүмдүн саны, толук айыгуунун деңгээли, инвалидизация ж.б.;

-медициналык технологияларды, дарыгерлик каталарды четке кагуу көрсөткүчтөрү;

-медициналык жардамга канааттануунун көрсөткүчтөрү.

Пайдалануу деңгээли боюнча көрсөтүлгөн медициналык жардамдын сапатын баалоо үчүн:

-дарыгерлер тарабынан;

-бөлүмдөр тарабынан;

-дарылоочу-оорунун алдын алуучу мекемелер тарабынан;

-регионалдык, аймактык деңгээлде.

Коюлган максат, милдеттерге жараша колдонулуучу көрсөткүчтөрдү баалоо:

-медицина кызматкерлерди материалдык, моралдык (комплекттүү) стимулдаштыруу үчүн;

-аймактагы жана мекемедеги медициналык жардамдын сапатын үзгүлтүксүз жалпылап жакшыртуунун стратегиясын иштеп чыгуу үчүн;

-текшерүүнүн түрлөрүн пландаштыруу жана уюштуруу үчүн;

-дарыгерлер тарабынан (бөлүмдөр, мекемелер) көрсөтүлүүчү медициналык жардамдын сапатын жакшыртуу боюнча конкреттүү иш-чараларды иштеп чыгуу.

#### **Илимий булактардын тизмени**

1. Голубаева А. П., Черников И. Г. Экспертиза ЛПУ 1999 г. М.
2. Бокчубаев Э. Т., Абылов Б. А., Сыдыков А. С., Кочкоров М., и др. авт. Современные методологические основы и механизмы системы управления качеством мед. помощи КР. -2012 г. Б.
3. Кочкоров М., Сыдыков А. С., Деятельность здравоохранения по охране здоровья населения 2013 г. Б.
4. Кочкоров М., Бокчубаев Э. Т., и др. авторы. Система обязательного медицинского страхования в КР 2013 г. Б.
5. Кешикбаева А. А., Кочкоров М., Калиев М. Т. Экспертиза качества медицинских услуг .2011 г. Б.
6. Жэналиев М. Дарттапма. -2007 г. Б.
7. Жарчысы. №2. 2014 г. КММА. И. К. Ахунбаев атындагы.
8. Элдик журнал Замандаш №10. Октябрь 2008 ж.

**«ПРАЙС – РЕЛИЗ»  
научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века».**

**Основные требования к публикациям:**

1.Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, экспертным заключением и иметь визу научного руководителя.

2.Статья должна быть напечатана на одной стороне листа, электронным набором шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14; интервал 1,5). В редакцию необходимо присылать 1 экземпляр статьи и электронную версию на дискете.

3.Вначале пишут: ученое звание и степень, инициалы и фамилию авторов, название статьи, учреждения, из которого она вышла (количество авторов – не более 5 человек).

4.Статью должны подписать все авторы, необходимо указать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адрес (с шестизначным почтовым индексом) и телефон.

5.Объем статьи не должен превышать 8 страниц, число рисунков – не более 2

6.Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясное, без длинных введений и повторений.

7.Сокращение слов не допускается, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. В статьях должна быть использована система единиц СИ.

8.Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название, их заголовки точно соответствовать содержанию граф. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и соответствовать цифрам в тексте.

9.Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, чертежи, диаграммы) – не более 2.

10.Фотографии должны быть контрастными, рисунки – четкими, чертежи – выполнены тушью. На обороте каждой иллюстрации ставятся номер рисунка, фамилия автора и пометка «верх» и «низ». Фотографии, микрофотографии, рентгенограммы необходимо присылать в 2 экземплярах размером 6x9 (5x8) см. Графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями. Рентгенограммы следует

присылать со схемой.

11.Список литературы должен быть напечатан через 1,5 интервала, колонкой, каждый источник – с новой строки под порядковым номером. В списке перечисляются все авторы, которые цитируются в тексте, в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные). В списке должны быть обязательно приведены: по книгам – фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам, научным трудам – фамилия автора и его инициалы, название журнала, сборника, научного труда, год, номер и страницы от – до. В список литературы не включаются неопубликованные работы и ссылка на учебники. За правильность приведенных в литературных списках данных ответственность несут авторы.

Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках с номерами в соответствии с пристатейным списком литературы. Упоминаемые в статье авторы должны быть приведены обязательно с инициалами, на них необходимо указать в списке литературы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции.

12.Редакция может вернуть статью автору с замечаниями для доработки. Датой поступления статьи считается день получения от автора окончательно подготовленной к печати статьи.

13.Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

14.Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал или сборник, присылать нельзя.

15.Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

**Юридический адрес редакции:** 720068,  
г.Бишкек, ул. Боконбаева 144 а, Тел. (0-312)  
624678; факс: (0-312) 301016  
[www.chubakov.fmc.kg](http://www.chubakov.fmc.kg)

**РЕДАКЦИЯ**

## СОДЕРЖАНИЕ

№№	Авторы, название статьи	стр.
1.	<b>Абдраимов Т.Д., Аралбаева А.Р.</b> КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В СТАЦИОНАРАХ ЧУЙСКОЙ ОБЛАСТИ	3
2.	<b>Абдраимов Т.Д.</b> ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	10
3.	<b>Жапаров К.А., Рысбаева А.Ж.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ К ВРАЧАМ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА	14
4.	<b>Жапаров К. А., Рысбаева А.Ж.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ЦЕНТРЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ	20
5.	<b>Сыдыков А.С., Алимова З.М., Темирбердиев Ж.С., Сыдыкова А.А., Кочкоров М.К</b> РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ В РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА.	25
6.	<b>Абдыжалиева А.С.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ПРОБЛЕМАМ ЛЕГОЧНОГО ЗДОРОВЬЯ	28
7.	<b>Чубаков Т.Ч., Ыбыкеева Э.О., Азимова А.А., Токтобаева М.Р.</b> ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	31
8.	<b>Турдубаева Г.Т.</b> ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ (ЭЭГ) КАРТИНА БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	35
9.	<b>Ходжамуродов А.К.</b> ДАННЫЕ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ШКОЛЬНИКОВ г. ХОРОГ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	39
10.	<b>Ходжамуродов А.К.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ШКОЛЬНИКОВ г. ХОРОГ ГОРНО-БАДАХШАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН	44
11.	<b>Курмангазина С.С.</b> ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРИ КАРИЕСЕ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	49
12.	<b>Курмангазина С.С.</b> КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРСОДЕРЖАЩЕГО ПРЕПАРАТА VIFLUORID В ПРОФИЛАКТИКЕ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЗУБОВ	54
13.	<b>Мусаева Н.А.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСЕ С ОЗОНИРОВАННЫМИ РАСТВОРАМИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ	59

14.	<b>Сулайманов С.Б.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	64
15.	<b>Мусаев У.С.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	67
16.	<b>Мусаев А.И., Оморов Р.А., Имашев У.Д., Мусаев У.С., Максут уулу Эрлан</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	70
17.	<b>Токтогулов О.Ж.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКОЙ	73
18.	<b>Токтогулов О.Ж.</b> РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ	75
19.	<b>Сарсенбаев Е.Ж., Сейсембаев М.А., Мадьяров В.М., Медеубеков У.Ш.</b> ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ТУЧНЫХ БОЛЬНЫХ	78
20.	<b>Усупбаев А.Ч., Каратаев М.М., Мурзалиев М.Т.</b> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ	83
21.	<b>Мурзалиев А.Д.</b> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ ПРИ ЭНДОТОКСЕМИИ	87
22.	<b>Мурзалиев А.Д., Жолдошбеков Е.Ж.</b> ОЗОНОТЕРАПИЯ В УРОЛОГИИ	91
23.	<b>Гусейнов Х.М., Бабаев Ф.Г.</b> АНАЛИЗ ПРИЧИН ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	94
24.	<b>Бабаев Ф.Г., Гусейнов Х.М.</b> ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	98
25.	<b>Туйбаев З.А.</b> ВЫНУЖДЕННЫЕ И СПРОГРАММИРОВАННЫЕ РЕ И РЕ-РЕЛАПАРОТОМИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ	103
26.	<b>Туйбаев З.А.</b> АНАЛИЗ ПРИЧИН ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	106
27.	<b>Акматалиев А.А.</b> КЛИНИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	108
28.	<b>Акматалиев А.А.</b> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОЗАМИ ПОЯСНИЧНОГО КАНАЛА ДО ЛЕЧЕНИЯ	110
29.	<b>Кочкоров М.К.</b> МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМДЫН САПАТЫН ЖАНА НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛОО	115
30.	«ПРАЙС – РЕЛИЗ» научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века»...	130

Отпечатано из готовых диапозитивов в дизайн-студии «Илим - Басмасы»

Ул. Полярная 11.

Печать офсетная. Формат бумаги 60x90/8.

Объем 17 п.л. Тираж 250 экз.