

3 Миграян А.А. Теоретические аспекты формирования конкурентоспособных кластеров в странах с переходной экономикой // Вестник МГУ. – 2008. – №3. – С. 38-43

4 Четырбок Н.П. Кластерная политика как метод активизации инновационных процессов в регионах // Научно-инновационная политика в регионах Беларуси: Н 34 Материалы республиканской научно-практической конференции (Гродно, 19–20 октября 2005 г.). - Мн.: ГУ «БелИСА», 2005. – С. 100

5 Новиков С.В. Кластерные принципы в формировании специализированных хирургических отделений // Вестник хирургии им. Грекова. – 2009. – №2. – С. 3-5

ТҰЖЫРЫМ

А.Ж. ХАСЕНОВА

«Астана медициналық университеті», АҚ Астана қ.
**МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ-
ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРІНІҢ ИНТЕГРАЦИЯ-
СЫНА КЛАСТЕРЛІК ТӘСІЛДЕМЕ**

Емдік мекеме жұмысының клиникалық-экономикалық тиімділігі мен оның одан әрі тұрақты дамудың маңызды жағдайы оның ішкі ұйымдастыру, оның нарықтың пайда болған жаңа талаптарына нақты және жылдам жауап қайтару қабілеті және инновациялар тарапы есебінен жылдам бейімдуді іске асыру болып табылады. Жеке медицина мекемелер (жергілікті жүйелер сияқты) шеңберінде

бөлімшелердің жоғарғы ұйымдастырылуына талаптар, жылдамдық сияқты жалпы холдингпен (ғаламдық жүйе сияқты) салыстырғанда көбіне өседі.

Негізгі сөздер: кластер, ықпалдастық, клиникалық-диагностикалық қызметтер, медициналық ұйымды басқару.

SUMMARY

A.Zh. KHASENOVA

Astana Medical University JSC, Astana c.

**CLUSTERING APPROACH TO THE PROCESS
OF INTERGRATION OF HOSPITAL DIAGNOSTIC
DEPARTMENTS**

An important condition for clinical and cost-effectiveness of the medical establishment and the sustainability of its further development is its internal organization, its ability to quickly and accurately respond to new market requirements and implement rapid adaptation through innovative means. Requirements for the organization of high office under a separate medical institutions (local systems), as more mobile in comparison with a holding company (as a global system) is significantly increased. This process raises sharply the question of the development and implementation of innovation policy in the management of the cluster, which brings together multidisciplinary clinical hospital.

Key words: cluster, integration, clinical and diagnostic services, the management of the medical organization.

ОНКОЛОГИЯ

УДК 616.145.4+616.147.3)+089

С.Е. ЕРЕНГАЛИЕВ, Ю.В. ПЕТРЯНИН, Д.Б. ГЕБЕЛЬ

Медицинский Центр Компьютерной Диагностики Казахстан, г. Алматы

СОЧЕТАННАЯ КРИО-ЛАЗЕРНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ – НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ

В данной работе представлены материалы (200 случаев) по амбулаторному лечению гемангиом. Мы использовали криодеструкцию жидким азотом (134), лазерную деструкцию (40) и сочетанную крио-лазерную деструкцию (26). Установлено, что для полного устранения гемангиомы, как при криодеструкции, так и при лазерной деструкции необходимо несколько процедур. Количество процедур зависит не только от величины, но и от формы гемангиомы, которую обуславливает многофакторная патология.

Впервые описан феномен прилипания криоаппликатора к коже. Данный феномен характеризуется развитием увеличения глубины деструкции, возникающей у этих больных, несмотря на незначительную экспозицию (3 сек). Процесс заживления у них более затяжной, что обуславливает незрелость и келлоидноподобное изменение рубца.

Сочетанная крио-лазерная деструкция практически оказалась более действенной для лечения гемангиом. Устранение полифакторной патологии возможно только при условии многофакторного воздействия. Факт возможности устранения капиллярной гемангиомы после однократной криодеструкции только у 15% пациентов говорит о присутствии скрытых кавернозных изменений у оставшейся части больных, которым необходима повторная криодеструкция, а возможно и больше. Сочетанная крио-лазерная деструкция позволяет более эффективно воздействовать на многофакторную патологию.

Ключевые слова: капиллярная гемангиома, кавернозная гемангиома, комбинированная гемангиома, криодеструкция, лазерная деструкция, крио-лазерная деструкция.

Гемангиомы, с одной стороны, представляют собой выраженный косметический дефект, а с другой – чреваты развитием трофических изменений с изъязвлением и острым кровотечением. Вместе с тем, возможно даже злокачественное перерождение.

Клиника

Врожденные венозные дисплазии преимущественно поражают детей женского пола. Локализация процесса может быть самой разнообразной (голова, туловище, конечности, внутренние органы).

Клиническое течение, в основном, характеризуется медленным прогрессированием, которое может в любой момент перейти к быстро прогрессирующему росту с переходом на соседние органы [1, 4].

Капиллярные гемангиомы – это гладкие или бугристые возвышающиеся над кожей образования различной величины и формы. Их окраска колеблется от ярко-красной до синей, нередко они бывают коричневыми. Морфологически – это скопление расширенных тонкостенных капилляров, располагающихся в дерме.



Голова



Спина



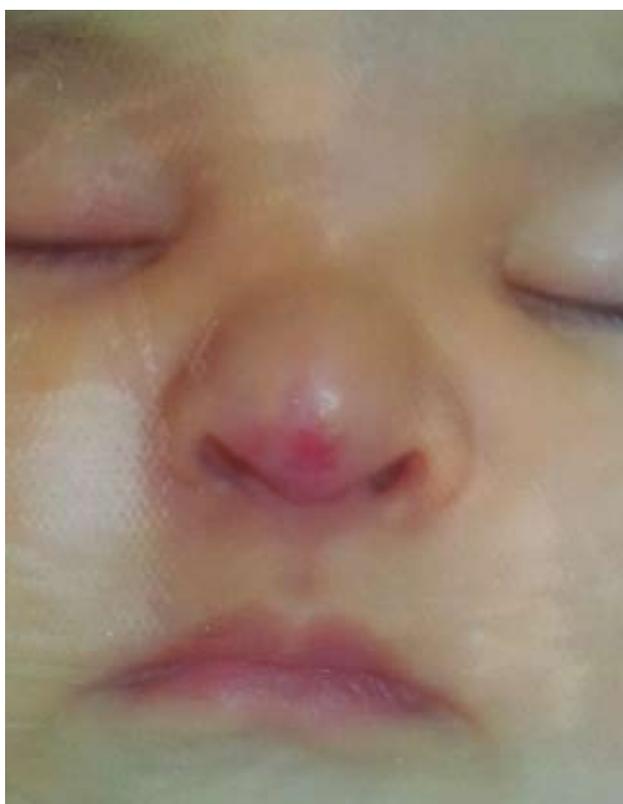
Мошонка



Стопа



Кисть



Нос

Фото 1 – Гемангиома у детей

Кавернозные гемангиомы – это несколько ограниченное опухолевидное образование, расположенное в подкожной клетчатке и нередко выступающее над уровнем кожи. Кожа над ней может быть истончена и иметь синюшную окраску. Морфологически это тонкостенные сосудистые полости губчатой структуры и различной локализации.

Комбинированные гемангиомы – это довольно распространенное опухолевидное образование кожи и подкожной клетчатки разветвленной формы. Кожа над ней также может быть истончена, имеет синюшную окраску и покрыта кавернозными гемангиомами. Наблюдается довольно выраженный венозный рисунок. Морфологически это конгломерат значительно расширенных тонкостенных сосудов венозного, артериального или промежуточного типа [1, 2].

Клинические данные опухолевидные образования не пульсируют, хотя все они имеют непосредственную связь с афферентными и эфферентными артериолами и венулами. По консистенции они чаще всего мягкие и быстро принимают прежний вид и форму. Однако иногда в глубине опухоли могут определяться мелкие и плотные образования (флеболиты). Вероятнее всего, это результат стагнации крови в этих довольно замкнутых полостях крови.

Материал

За 10 лет поликлинической практики к нам обратились 200 больных с гемангиомами. 65% из них были женского пола. Преимущественный возраст – 1-3 года. Наиболее частая локализация процесса была на голове (63 больных), туловище (45 больных) и конечности (67 больных). При этом на руке гемангиомы (41) встречались больше по сравнению с ногами (26). Преобладали небольшие гемангиомы, размером до 50-копеечной монеты. Большие гемангиомы чаще всего локализовались на руках (25) и голове (37) (фото 1).

Методика и результаты лечения

Криодеструкция жидким азотом была проведена 134 пациентам. Выполнялась криопроцедура при помощи специальной воронки, которая была оснащена набором аппликаторов различной формы и размера [3]. Подбор аппликаторов проводился индивидуально по размерам гемангиомы. Время экспозиции зависело от формы гемангиомы, для капиллярной (5-10 сек), для кавернозного (10-20 сек).

После криопроцедуры изменение от замороженного места проходило по стадиям. Вначале возникал отек данного места, затем образовывался волдырь. Далее отслоенная кожица превращалась в плотную корку. После отхождения последней на её месте образовывалась новая кожа. На все это уходило до 15-20 дней. В течение всего этого времени необходимо было обрабатывать рану по всем правилам асептики. Особое внимание требуют маленькие дети. Необходимо всегда иметь в виду, что они часто реагируют на процедуру повышением температуры. Поэтому целесообразно профилактическое применение антипиретиков в форме ректальных свеч. Не меньшего внимания требуют больные, которым криодеструкцию провели со стороны полости рта. Необходима постоянная санация полости рта (полоскание, обработка раны). Не менее важна при этом функция дыхания, нельзя допустить наличия любого препятствия (отек).

При условии полного соответствия размера гемангиомы и аппликатора однократная криодеструкция оказалась достаточной лишь у 15% пациентов. 45% пациентов потребовалась повторная криодеструкция, у 35% пациентов – три раза, а у 5% пациентов – четыре раза.

Соответственно увеличению размера гемангиомы увеличивается количество процедур криодеструкции, так



Фото 2 – Лицо после лечения

как процедурная площадь криодеструкции не должна превышать 5 см². Поэтому иногда требовалось до 15 процедур. Чаще всего это происходило при локализации гемангиомы на лице. По-видимому, это связано не только с размером и формой гемангиомы, но и с опасениями, связанными с увеличением времени экспозиции в данной области. Особенно над проекцией века.

При криодеструкции губ со стороны ротовой полости наблюдается феномен прилипания аппликатора. Это мы связывали с нежностью мягких тканей. Несомненно, мы при этом невольно сокращали время экспозиции. Однако, из 160 пациентов, подвергнутых криодеструкции, у одного пациента мы наблюдали такой же феномен прилипания аппликатора (0,6%) при проведении процедуры на коже лица. Несмотря на незначительное время экспозиции (3 сек), у пациента наблюдался выраженный отек мягких тканей, приведший к закрытию глаза (6 дней). Глубина деструкции также была довольно значительна. Толстая корка долго не отпадала. Заживление произошло только через 25 дней. Рубец был гиперемирован (фото 2).

Пациенту была дана рекомендация обработки рубца мазью цикатрикс (Испания). Больше больной за медицинской помощью не обращался.

Лазерная деструкция гемангиомы проводилась лазерным многофункциональным аппаратом «Мультилайн». Всего было подвергнуто лечению 40 пациентов. За одну процедуру обрабатывалась площадь, равная 3 см². На лице размер обрабатываемой площади был меньше по сравнению с туловищем.

Однократная лазерная деструкция была проведена 35% пациентов, двукратная – 45%, трехкратная – 20%. Результаты лазерной деструкции показали, что она более эффективна при капиллярной форме гемангиомы, которая не сочетается с кавернозными изменениями. При наличии кавернозных изменений сохраняется припухлость мягких тканей.

Сочетанная крио-лазерная деструкция была проведена 26 пациентам. Вначале проводилась криодеструкция. Каждая процедура проводилась отдельными участками (3 см²), не сливаясь друг с другом. На месте аппликации мы добивались наступления «полной просадки» мягких тканей. По краю места аппликации, вдоль по всей окружности, отмечался сохраненный капиллярный рисунок. Именно по этим местам мы применяли лазерную деструкцию. Так как для устранения данного дефекта жидким азотом требуется многократная обработка по всему краю, по принципу – контакт – экспозиция. Лазерная обработка идет по принципу смещаемого контакта (фото 3).



Фото 3 – Пациентка А.:

а) до лечения, б) после 1 года лечения, в) результат лечения

Выводы

Сочетанная крио-лазерная деструкция при гемангиоме оказалась наиболее действенным средством для купирования основных факторов её проявления. Практическая значимость его обусловлена, прежде всего, возможностью амбулаторного лечения, и дешевизна по сравнению с оперативным лечением. Вместе с тем,

это позволяет также уменьшить угрозу поражения кожи, которая может возникнуть при условии многократного локального использования как жидкого азота, так и особенно лазера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Покровский А.В. Клиническая ангиология. – М.: Медицина, 1979. – 367 с.
 2 Пашенко Ю.В., Винчарук В.П., Пашенко К.Ю. Гемангиомы у детей. Современные тенденции и перспективные направления лечения // Медицина неотложных состояний. – 2011. – №6 (37)
 3 Буторина А.В., Шафранов В.В. Современное лечение гемангиом у детей // Педиатрия. – 2013
 4 Kappert A. Lehrbuch und Atlas der Angiologie. 1989. – 455 с.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

С.Е. ЕРЕНҒАЛИЕВ, Ю.В. ПЕТРЯНИН, Д.Б. ГЕБЕЛЬ

Қазақстан Компьютерлік Диагностикалық Медицина орталығы, Алматы қ.

ҰШТАСҚАН КРИО-ЛАЗЕРЛІК ДЕСТРУКЦИЯ. ГЕМАНГИОМАЛАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ЖАҢА ТӘСІЛІ

Аталған жұмыста гемангиомаларды амбулаториялық емдеу жөніндегі материалдар (200 жағдай) ұсынылған. Біз криодеструкцияны сұйық азотпен (134), лазерлік деструкцияны (40) және ұштасқан крио-лазерлік деструкцияны (26) пайдаландық. Криодеструкция мен лазерлік деструкция кезіндегідей гемангиоманы толық жою үшін бірнеше емшара қажет екендігі анықталған. Емшаралар саны гемангиоманың шамасы ғана емес, сонымен бірге пішініне де байланысты болады, ол көпфакторлы патологиямен байланысты.

Криоаппликаторды теріге жапсыру құбылысы тұңғыш сипатталды. Бұл құбылыс болмашы экспозициясына (3 сек) қарамастан бұл ауруларда туындайтын деструкцияның тереңдігінің ұлғайып, дамуымен сипатталады. Олардың жазылу процесі созылмалы, бұл пісіп жетілмеуімен және тыртықтың келлойдтік-ұқсас өзгеруімен байланысты.

Ұштасқан крио-лазерлік деструкция гемангиоманы емдеудің аса дәйекті дерлік болып шықты. Полифакторлық патологияны жою тек қана көп факторлы әсер жағдайында ықтимал. Бір мәрте криодеструкциядан кейін емделушілердің тек 15% ғана капиллярлық гемангиоманы жою мүмкіндігі фактісі науқастардың қалған бөлігінде жасырын каверноздық өзгерістердің бар екенін көрсетеді, оларға қайталама крио-деструкция, мүмкіндігінше көбірек қажет. Ұштасқан крио-лазерлік деструкция көп факторлы патологияға аса тиімді әсер етуге жәрдемдеседі.

Негізгі сөздер: *капиллярлық гемангиома, каверноздық гемангиома, біріктірілген гемангиома, криодеструкция, лазерлік деструкция, крио-лазерлік деструкция.*

SUMMARY

S.E. ERENGALIEV, Y.V. PETRYANIN, D.B. GEBEL

Medicine centre of computer diagnostic, Almaty c.

THE COMBINED CRYO – LASER DESTRUCTION. THE NEW APPROACH IN THE TREATMENT OF HEMANGIOMAS

This work contains material (200 cases) for outpatient treatment of hemangiomas. We used: cryosurgery with liquid nitrogen (134), the laser destruction (40) and combination cryogenic destruction with laser destruction (26). It was found that for complete elimination of hemangiomas, as in cryosurgery so in laser destruction need several procedures. The number of treatments depends not only on the magnitude but also on the shape of hemangioma, which causes multifactorial pathology.

First described the phenomenon of sticking of cryo applicator to the skin. This phenomenon is characterized by

the development of increased depth of degradation that occurs in these patients, despite the small exposure time (3 sec). The healing process they have more protracted, that causes immaturity and keloid-like change of the rumen.

Combined cryo-laser destruction practically proved more effective in the treatment of hemangiomas. Eliminating multifactorial disease is only possible if the multivariate action. The fact of the possibility of eliminating capillary hemangioma

after a single cryoablation only 15% of patients indicates the presence of hidden cavernous changes in the rest of the patients who require repeated cryosurgery, and possibly longer. Combined cryo-laser destruction allows more effectively influence the multifactorial pathology.

Key words: Capillary hemangioma, cavernous hemangioma, combined hemangioma, cryosurgery, laser destruction, cryo-laser destruction.

УДК 618.146-002.189-071.1-055.26

А.К. ИСМАИЛОВА

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

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО, РЕПРОДУКТИВНОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Лейкоплакия шейки матки (ЛШМ) чаще встречается у представительниц рабочих профессий и студенток, реже – у женщин, занятых домашней работой, в качестве метода планирования деторождения женщины с ЛШМ использовали аборт – каждая вторая женщина делала хирургическое прерывание беременности, пациентки со сложной формой ЛШМ (26,6%) в два раза чаще используют гормональную контрацепцию, три раза реже внутриматочную контрацепцию. 43% женщин с ЛШМ имеют вирус папилломы человека высокой онкогенности. ВПЧ, ВПГ и кондиломатоз чаще встречаются у женщин со сложной формой лейкоплакии.

Ключевые слова: лейкоплакия шейки матки, контрацептивный анамнез, репродуктивный анамнез, аборт, ВПЧ, ВПГ, кондиломатоз.

Общеизвестным является тот факт, что на протяжении многих лет такое заболевание шейки матки, как лейкоплакия, является фоном, на котором возможно развитие рака шейки матки. Лейкоплакия шейки матки (ЛШМ) в настоящее время занимает особое место в структуре заболеваний шейки матки, так как всё ещё остаётся спорным вопрос о ее патогенезе, доброкачественности или злокачественности течения [6, 7, 12, 13]. В последние годы высказано предположение о вирусной природе лейкоплакии шейки матки. Имеется большое число эпидемиологических и молекулярно-биологических данных, свидетельствующих о том, что ВПЧ, передающееся половым путем, является основой возникновения дисплазии и рака шейки матки [2, 5, 10, 11].

По современным данным, ЛШМ является полиэтиологическим заболеванием и в основе его лежит множество предрасполагающих факторов: перенесенные инфекционные заболевания, нарушения иммунного статуса, гормонального гомеостаза, травматические воздействия на шейку матки во время родов, абортов, неправильное и неадекватное лечение патологии шейки матки и многие другие [4, 8, 9]. В Кыргызской Республике до настоящего времени отсутствуют исследования особенностей течения различных форм лейкоплакии шейки матки и факторов риска её формирования.

Цель исследования – изучить особенности социального, репродуктивного и гинекологического анамнеза у женщин с различными формами лейкоплакии шейки матки для определения факторов риска её формирования.

Материал и методы

Для реализации поставленной цели за период 2007-2013 гг. прошли обследование в МЦ «STRONG» 4020 пациенток от 16 до 55 лет (средний возраст составил $35 \pm 15,9$ года). После углубленного обследования, согласно представленному протоколу, лейкоплакия шейки матки была выявлена у 172 (6,4%) женщин из 2690 пациенток с различной патологией шейки матки. Информированное

согласие было получено у всех пациенток. Все женщины были жительницами различных областей Кыргызской Республики. В работе использовались следующие методы исследования: изучение медицинских карт, исследование анамнеза болезни и репродуктивно-гинекологического анамнеза, гинекологическое исследование, клинико-лабораторные исследования, кольпоскопия (простая и расширенная), цитологическое и гистологическое исследования. Так же все женщины были обследованы на наличие БППП по 12 показателям. Клиническая форма лейкоплакии была верифицирована на основании морфологических критериев. Согласно используемым критериям женщины были подразделены на две клинические группы: 108/100% пациенток с простой формой, 64/100% – со сложной формой лейкоплакии.

Результаты исследования

В наших исследованиях мы проанализировали социальный статус пациенток с ЛШМ. Из приведенной таблицы 1, становится очевидным, что ЛШМ чаще встречается у представительниц рабочих профессий и студенток, при-

Таблица 1 – Социальный статус женщин с ЛШМ

Социальный статус	ЛШМ простая, N=108/100%	ЛШМ сложная, N=64/100%
Студентки	22/20,3	12/18,8
Рабочие	27/25,0*	7/10,9
Служащие	13/12,0*	18/28,1
Частные предприниматели	25/23,1*	18/28,1
Домашние хозяйки	18/16,7	8/12,5
Пенсионерки	3/2,7	1/1,6
Примечание: достоверность различий между группами: * P<0,05		