ISSN 2226-3551

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

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

ҒЫЛЫМИ - ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛ

ВАЛЕОЛОГИЯ: ДЕНСАУЛЫҚ - АУРУ - САУЫҚТЫРУ
№4, 2020

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

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

Редакция алқасы:

Даленов Е.Д. – бас редактор
Абдулдаева А.А. – бас редактордың орынбасары
Ударцева Т.П. – ғылыми редакторы
Сливкина Н.В. – жауапты хатшы
Калин А.М. – техникалық редакторы

Редакциялық кеңес:

Азар Н. (США)
Апсалықов К.Н. (Семей)
Галицкий Ф.А. (Астана)
Жаксылыкова Г.А. (Астана)
Жанәділов Ш.Ж. (Астана)
Сейтембетов Т.С. (Астана)
Ізтілеуов М.К. (Актобе)
Илдербаев О.З. (Астана)
Имангазинов С.Б. (Павлодар)
Мырзаханов Н. (Астана)
Коман И.И. (Израиль)
Рақыпбеков Т.К. (Семей)
Кристофер Ж. Купер (АҚШ)
Роберт Дарофф (США)
Розенсон Р.И. (Астана)
Шастун С.А. (Россия)
Шайдаров М.З. (Астана)
Шарманов Т.Ш. (Алматы)
Шандор Г. (Венгрия)
Тулебаев Р.К. (Астана)
Тель Дина (США)

Біздің мекен жайымыз:
010000, Астана қ.,
Бейбітшілік көшесі, 49, 2 қабат 208 бөлме
Тел.(факс): 8(7172) 539534, 539571
www.valeologiya.jimdo.com
Баспадан шыққан мерзімі: 18.12.2020 ж.

ISSN 2226-3551

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

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

THE SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

VALEOLOGY: HEALTH – ILLNESS – RECOVERY
№4, 2020

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

Editorial board:

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

Editorial advice:

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

Address:
010000, Astana, 49 Beybitshilik str.,
Tel., fax: (7172) 53-95-34, 53-95-71
www.valeologiya.jimdo.com

ҒЫЛЫМИ ЕҢБЕКТЕРГЕ ШОЛУ ЖӘНЕ БАС МАҚАЛАЛАР

АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ӘБДІХАЛЫҚ Г.М.
ҚАНТ ДИАБЕТІ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АКУШЕРЛІК ЖӘНЕ ПЕРИНАТАЛДЫ НӘТИЖЕЛЕРІ **11**

АЯЗБЕКОВ А.К., НУРХАСИМОВА Р.Г., УТЕУЛИЕВ Е.С., ЗУЛПУХАРОВ А.Ж., ЖУНИСОВ Д.С.
ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ЖҮКТІЛІКТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ **15**

БАТЫРОВА Г.А., АБДИКАДИРОВА И.Т., УРГУШБАЕВА Г.М.
ТОПЫРАҚТЫҢ МИКРОЭЛЕМЕНТТЕРМЕН ЛАСТАНУЫ **19**

БЕКЕТОВА М.А., ИСКАКОВ С.С.
ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ БАУЫРІШІЛІК ХОЛЕСТАЗДЫҢ ПЕРИНАТАЛДЫ БОЛЖАМЫ **23**

БУЛЕШОВ М.А., ӘЛІПБЕКОВА С.Н.
ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ДАМУ ДЕҢГЕЙІН КЕШЕНДІ БАҒАЛАУ НЕГІЗІНДЕ ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ **30**

ДЖУНУСОВА Р.К., КУЛБАЕВА С.Н., АКБЕРДИЕВА Г.У., ЖАНДОСОВА К.А.
ФЕТОПЛАЦЕНТАРЛЫҚ ЖҮЙЕНІ ҚҰРСАҚІШІЛІК ЖҰҚТЫРУДЫҢ ЭХОГРАФИЯЛЫҚ МАРКЕРЛЕРІ **35**

ЖАРКИНБЕКОВА А.Ж.
КӨМІР ӨНДІРЕТІН ӨНЕРКӘСІП ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ҚАТЫСТЫ НОРМАТИВТІ-ҚҰҚЫҚТЫҚ ҚҰЖАТТАР МЕН ГИГИЕНАЛЫҚ ТАЛАПТАРҒА ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ **39**

НАБИЕВ Д.Е., МАЛТАБАРОВА Н.А., ЖУМАБАЕВ М.Б., АМАНГАЛИЕВ А.А.
ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДА МИОКАРД ИНФАРКТІСІНІҢ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАСЫНДА КОПЕПТИН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ **47**

ОРАЗОВА Ғ.Ұ., ЖҮСІПОВА Г.К., КЕРІМБАЕВА З.А., БЕИСБЕКОВА А.Қ., ШАЛАБАЕВА Д.С., КАЙРБЕКОВА А.М., АМАНОВА А.Д.
COVID-19 ЖӘНЕ АНТИБИОТИККЕ ТҰРАҚТЫЛЫҚ. АНТИБИОТИКТЕРДІ БАСҚАРУДЫҢ ҚОЛДАНЫСТАҒЫ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНА ШОЛУ **51**

РОЗЕНСОН Р.И., ТЁ А.В., ЖАГИПАРОВА Ж.К.
SARS-COV-2 ПАНДЕМИЯ КЕЗІНДЕГІ IGA ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МАҢЫЗЫ **57**

ОБЗОРЫ И ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

АХМЕДЬЯНОВА Г.У., ӘБДІХАЛЫҚ Г.М.
АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ **11**

АЯЗБЕКОВ А.К., НУРХАСИМОВА Р.Г., УТЕУЛИЕВ Е.С., ЗУЛПУХАРОВ А.Ж., ЖУНИСОВ Д.С.
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОС-ТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ **15**

БАТЫРОВА Г.А., АБДИКАДИРОВА И.Т., УРГУШБАЕВА Г.М.
ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПОЧВЫ МИКРОЭЛЕМЕНТАМИ **19**

БЕКЕТОВА М.А., ИСКАКОВ С.С.
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ БЕРЕМЕННЫХ **23**

БУЛЕШОВ М.А., ӘЛІПБЕКОВА С.Н.
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАСЕЛЕНИЯ **30**

ДЖУНУСОВА К.Р., КУЛБАЕВА С.Н., АКБЕРДИЕВА Г.У., ЖАНДОСОВА К.А.
ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ **35**

ЖАРКИНБЕКОВА А.Ж.
ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ, КАСАЮЩИХСЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ **39**

НАБИЕВ Д.Е., МАЛТАБАРОВА Н.А., ЖУМАБАЕВ М.Б., АМАНГАЛИЕВ А.А.
КОПЕПТИН В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ **47**

ОРАЗОВА Г.У., ЖУСУПОВА Г.К., КЕРИМБАЕВА З.А., БЕЙСБЕКОВА А.К., ШАЛАБАЕВА Д.С., КАЙРБЕКОВА А.М., АМАНОВА А.Д.
COVID-19 И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ. ОБЗОР СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОГРАММ УПРАВЛЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ **51**

РОЗЕНСОН Р.И., ТЁ А.В., ЖАГИПАРОВА Ж.К.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СЕЛЕКТИВНОГО ДЕФИЦИТА IgA В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ SARS-COV-2 **57**

ТЕМИРОВА М.М., ИСКАКОВ С.С.
ҚАСАҒА СҮЙЕГІНІҢ ДИСФУНКЦИЯСЫ: ДИАГНОСТИКАЛЫҚ КРИТЕРИЙЛЕР МЕН АКУШЕРЛІК ТАКТИКАҒА ШОЛУ **62**

ТЕМИРОВА М.М., ИСКАКОВ С.С.
ДИСФУНКЦИЯ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ: ОБЗОР ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ

МЕДИЦИНАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

МЕДИЦИНСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

АРЕНОВ А.В., АЙТЕНОВ Б.Т.
НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРЛЫҚ ДИСТОНИЯСЫ БАР АРНАЙЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТОПТАРДА ДЕНЕ ТӘРБИЕСІ ӘДІСТЕМЕСІНІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ **69**

АРЕНОВ А.В., АЙТЕНОВ Б.Т.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

АУБАКИРОВА Т.С., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., КУШМАГУЛОВА А.К., КОЖЕМЯКИНА Н.Н., КАПАНОВА С.Н.
ЖАСТАР ӨМІРІНДЕГІ ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ЖӘНЕ СПОРТТЫҢ ОРНЫ **72**

АУБАКИРОВА Т.С., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., КУШМАГУЛОВА А.К., КОЖЕМЯКИНА Н.Н., КАПАНОВА С.Н.
ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА В ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ

БУРУМБАЕВА М.Б., ТЕБЕНОВА Қ.С., МУСИНА А.А.
СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДА АЛКОГОЛЬДІ ТҰТЫНУ МӘСЕЛЕСІ **75**

БУРУМБАЕВА М.Б., ТЕБЕНОВА К.С., МУСИНА А.А.
ПРОБЛЕМА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

ХАМИДУЛЛИНА З.Г., МУСИНА А.А., АЛДАБЕКОВА Г.У., СМАГУЛОВА А.Ж.
АУРУХАНАНЫҢ АМБУСТРИЯЛЫҚ-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ БІРЛІГІНДЕ ИНТРАГОСПИТАЛЬДЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖҮЙЕСІН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЕРЕКШЕЛІГІ **81**

ХАМИДУЛЛИНА З.Г., МУСИНА А.А., АЛДАБЕКОВА Г.У., СМАГУЛОВА А.Ж.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСКО – ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ БЛОКЕ МНОГОПРО-ФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

ДАНБАЕВА Ж.С., ХАМИДУЛЛИНА З.Г., АЛДАБЕКОВА Г.У., ХАСЕНОВА А.Ж., САДВАКАСОВА М.А.
ШЖҚ «№3 КӨПСАЛАЛЫ ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНА» МКҚ ҚАБЫЛДАУ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ БӨЛІМІНІҢ ЖАҒДАЙЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРІНІҢ COVID-19-МЕН ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ҚАУІПСІЗДІГІН САҚТАУ ЖОЛЫ **84**

ДАНБАЕВА Ж.С., ХАМИДУЛЛИНА З.Г., АЛДАБЕКОВА Г.У., ХАСЕНОВА А.Ж., САДВАКАСОВА М.А.
МАРШРУТИЗАЦИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ COVID-19 В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКП НА ПХВ «МНОГОПРОФИЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №3»

ЕРКЕБАЕВА С.К., ДУЩАНОВА Г.А., ТУЗЕЛБАЕВ Н.К.
ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІ ЖАСТАН АСҚАН АДАМДАРДА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ **87**

ЕРКЕБАЕВА С.К., ДУЩАНОВА Г.А., ТУЗЕЛЬБАЕВ Н.К.
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ЖАНАЛИЕВА М.К., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., АРЕНОВ А.В., АУБАКИРОВА Т.С., КОЖЕМЯКИНА Н.Н.
СТУДЕНТ ЖАСТАРДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ **92**

ЖАНАЛИЕВА М.К., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., АРЕНОВ А.В., АУБАКИРОВА Т.С., КОЖЕМЯКИНА Н.Н.
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

КӨШЕРОВА П.А., КЕРИМКУЛОВА С.Ж., ТАРДЖИБАЕВА С.К.
АУЫЗ СУ ТҰТЫНУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ДЕНСАУЛЫҚҚА ТИГІЗЕТІН ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАРДЫ БАҒАЛАУ **94**

КӨШЕРОВА П.А., КЕРИМКУЛОВА С.Ж., ТАРДЖИБАЕВА С.К.
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННЫХ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ

МЕЙІРБЕКОВА Н.А., ӘМІРСЕЙТОВА Ф.Т., МЕНДЫГАРИНА К.И., ЖҮНІСӘЛІ Н.Қ., МУСИНА А.А., СҮЛЕЙМЕНОВА Р.К. COVID-19 ПАНДЕМИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ КІШІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ПЕРСОНАЛДЫҢ ЕҢБЕК ҚАУІПСІЗДІГІН БАҒАЛАУ	**97**	**МЕЙІРБЕКОВА Н.А., АМИРСЕИТОВА Ф.Т., МЕНДЫГАРИНА К.И., ЖУНИСАЛИ Н.К., МУСИНА А.А., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К.** ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ТРУДА МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19
ТІЛЕККАБЫЛОВА Ә., АБДУЛДАЕВА А. А. ҚАРАНТИНДІК ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ ӨМІР САЛТЫНА ӘСЕРІ	**101**	**ТЛЕККАБЫЛОВА А., АБДУЛДАЕВА А.А.** ВЛИЯНИЕ КАРАНТИННЫХ УСЛОВИЙ НА ОБРАЗ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ
ХАМИДУЛЛИНА З.Г., МУСИНА А.А., АЛДАБЕКОВА Г.У., ШАРИПОВА Х.К. CORONAVIRUS ИНФЕКЦИЯСЫ COVID-19: УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУ ЖҮРГІЗЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ҚАУІПСІЗДІГІ	**104**	**ХАМИДУЛЛИНА З.Г., МУСИНА А.А., АЛДАБЕКОВА Г.У., ШАРИПОВА Х.К.** КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19: ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ВЫПОЛНЯЮЩИХ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
ТӘЖІРИБЕЛІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНА МӘСЕЛЕЛЕРІ		**ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**
АЖИКУЛОВ Р.Н., ТҮСҮПЖАНОВ М.М., АСАНОВ Н.М., ҚАЗБЕКОВ А.Б. ТІЗЕ БУЫНЫНЫҢ ПОДАГРАЛЫҚ АРТРОПАТИЯСЫН ЕМДЕУ МАҚСАТЫНДАҒЫ САНАЦИЯЛЫҚ АРТРОСОКПИЯ ЖҮРГІЗУ	**108**	**АЖИКУЛОВ Р.Н., АСАНОВ Н.М., ТУСУПЖАНОВ М.М., КАЗБЕКОВ А.Б.** ЛЕЧЕБНАЯ САНАЦИОННАЯ АРТРОСКОПИЯ ПРИ ПОДАГРИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА
АЖИКУЛОВ Р.Н., АСАНОВ Н.М., ҚАЗБЕКОВ А.Б., ТҮСҮПЖАНОВ М.М. ОСТЕОАРТРОЗ НЕГІЗІНДЕ ШЕМІРШЕК ТІНДЕРІНІҢ АҚАУЛАРЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУДІҢ РЕПАРАТИВТІ ӘДІСТЕРІ	**101**	**АЖИКУЛОВ Р.Н., АСАНОВ Н.М., КАЗБЕКОВ А.Б, ТУСУПЖАНОВ М.М.** РЕПАРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ХРЯЩЕВЫХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ ОСТЕОАРТРОЗА
ДАНИЯРОВА Ш.Б.-П., ЕРКЕБАЕВА С.К., САРИЕВ А.К., БЕКБАНОВ Ч.А., ДИХАНБАЕВА Г.А. БАЛАЛАРДАҒЫ МИОГЕНДІК КОНТРАКТУЛАРДЫ ЕМДЕУДЕ КАРИПАИНДІ ҚОЛДАНУ	**116**	**ДАНИЯРОВА Ш.Б.-П., ЕРКЕБАЕВА С.К., САРИЕВ А.К., БЕКБАНОВ Ч.А., ДИХАНБАЕВА Г.А.** КАРИПАИН В ТЕРАПИИ МИОГЕННЫХ КОНТРАКТУР У ДЕТЕЙ
ДАНИЯРОВА А.Ж., САРКУЛОВА И.С., ЖАПАР М.А., УТЕПОВА Р.Я ЖАТЫР МОЙНЫ ДИСПЛАЗИЯСЫНЫҢ ИММУНОМОДУЛЯЦИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ	**119**	**ДАНИЯРОВА А.Ж., САРКУЛОВА И.С., ЖАПАР М.А., УТЕПОВА Р.Я.** ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ДИСПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ
ДЖУНУСОВА Р.К., КУЛБАЕВА С.Н., АКБЕРДИЕВА Г.У., САЛИМБАЕВА Б.Т. ҚАЛҚАНША БЕЗІНІҢ ПАТОЛОГИЯСЫН ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ ЭХОГРАФИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ	**113**	**ДЖУНУСОВА К.Р., КУЛБАЕВА С.Н., АКБЕРДИЕВА Г.У., САЛИМБАЕВА Б.Т.** ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ДОСАНОВ Б.А., ЛОЗОВОЙ В.М., ХМЫЗОВ С.А., ДОСАНОВА А.К., БАЙДУЛЛАЕВ Е.Ж., КЕНЖЕҚАНОВА Ж.Б. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА КЕЗДЕСЕТІН ЖЕТІЛМЕГЕН ОСТЕО-ГЕНЕЗДІ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ БАҒДАРЛАМАСЫ БАРЫСЫНДАҒЫ ТӘЖІРИБЕ, ПРОБЛЕМАЛАР ЖӘНЕ ДАМУ ПЕРСПЕКТИВАСЫ	**126**	**ДОСАНОВ Б.А., ЛОЗОВОЙ В.М., ХМЫЗОВ С.А., ДОСАНОВА А.К., БАЙДУЛЛАЕВ Е.Ж., КЕНЖЕКАНОВА Ж.Б.** ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРОГРАММЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН
ЕРКЕБАЕВА С.К., ДУЩАНОВА Г.А., ТУЗЕЛБАЕВ Н.К.	**129**	**ЕРКЕБАЕВА С.К., ДУЩАНОВА Г.А., ТУЗЕЛЬБАЕВ Н.К.**

ҚАЙТАЛАНҒАН ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТІҢ ДАМУЫН БОЛЖАМДЫ БАҒАЛАУ

ЖАПАЛАКОВ Б.А., ИСМАГУЛОВА Э.К., ЖЕЛЕЗНОВА В.В., ШАГАТАЕВА Б.А., ШЫНГАЛИЕВА Д.Б., АМИРАДИНОВА А.К. 133
МЕДИЦИНАДА АЗ КҮШТІ ТҰРАҚТЫ ЭЛЕКТР ТОҒЫН ҚОЛДАНУ

КАСЕНОВА А.С., ШИНАЛИЕВА Қ.А.
2 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДАҒЫ КОГНИТИВТІК ТАПШЫЛЫҚ 137

ЛИ С., РОЗЫБАКИЕВА З., АСИМОВ М., БАГИЯРОВА Ф. 141
КОПИНГ СТРАТЕГИЯ БАЗАСЫНДА ПСИХОТЕРАПИЯ ЖҮРГІЗУ. ҚАЗІРГІ ӘДІСТЕРДІ САЛЫСТЫРУ

МУРЗАБАЕВА М. Д
КАРДИОРИТМОГРАФИЯ ӘДІСІМЕН СТУДЕНТТЕРДЕГІ ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ ЖҰМЫСЫН БАҒАЛАУ 146

МҰХАНҚЫЗЫ Г., АЛИМОВА Т.А., КОРГАНБАЕВА З.С. 150
ҰРЫҚТЫҢ ГИПОКСИЯСЫ ЖӘНЕ ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕНІҢ АСФИКСИЯСЫ

НҰРМАҒАМБЕТОВА Д.М., БИЛЯЛОВА Г.Т., МАЛГАЖДАРОВА Б.С., ИСКАЛИЕВА С.С., СМАЙЛОВА Л.К. 156
ХОРИОАМНИОНИТ КЕЗІНДЕГІ НЕОНАТАЛЬДЫ КЕЗЕҢНІҢ АҒЫМЫ

ТОИНБАЕВА А.Д., ФАХРАДИЕВ И.Р., БУГУЕВА Р.Н. 163
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬДІ СӘУЛЕЛЕНДІРУ БАРЫСЫНДА АМИНОМЕТИЛБЕНЗОЙ ҚЫШҚЫЛЫНЫҢ РАДИОПРОТЕКТОРЛЫҚ ҚАСИЕТТЕРІНЕ ЖАҢА КӨЗҚАРАС

ШАЛАБАЕВА Д.С., ОРАЗОВА Г.У., МУСИНА А.А., КЕРІМБАЕВА З.А., КАЙРБЕКОВА А.М. 168
ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ ФОРМУЛЯРЛЫҚ ЖҮЙЕСІ: СҰРАҚТЫҢ ТАРИХЫ ЖӘНЕ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ

ТАҒАММЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУЛАР ЖӘНЕ ТАҒАМТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

МЕДУБАЕВА М.Д., ЛАТЫПОВА Н.А., КЕРИМКУЛОВА А.С. 173
АРТЕРИЯЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ӘР ТҮРЛІ ФОРМАЛАРЫ ЖӘНЕ АРТЫҚ ДЕНЕ САЛМАҒЫ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЖҮКТІЛІК ПЕН БОСАНУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

ЖАРКИНБЕКОВА А.Ж., АБДУЛДАЕВА А.А. 176
КӨМІР ӨНЕРКӘСІБІНДЕГІ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ТАМАҚТАНУ ЖАҒДАЙЫНА ӘДЕБИ ШОЛУ

ПРОГНОЗНАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ЖАПАЛАКОВ Б.А., ИСМАГУЛОВА Э.К., ЖЕЛЕЗНОВА В.В., ШАГАТАЕВА Б.А., ШЫНГАЛИЕВА Д.Б., АМИРАДИНОВА А.К. 133
ПРИМЕНЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА МАЛОЙ СИЛЫ В МЕДИЦИНЕ

КАСЕНОВА А.С., ШИНАЛИЕВА К.А.
КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 137

ЛИ С., РОЗЫБАКИЕВА З., АСИМОВ М., БАГИЯРОВА Ф. 141
ПСИХОТЕРАПИЯ НА БАЗЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ. СРАВНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ

МУРЗАБАЕВА М.Д.
ОЦЕНКА ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ МЕТОДОМ КАРДИОРИТМОГРАФИИ 146

МҰХАНҚЫЗЫ Г., АЛИМОВА Т.А., КОРГАНБАЕВА З.С. 150
ГИПОКСИЯ ПЛОДА И АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

НУРМАГАМБЕТОВА Д.М., БИЛЯЛОВА Г.Т., МАЛГАЖДАРОВА Б.С., ИСКАЛИЕВА С.С., СМАЙЛОВА Л.К. 156
ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ХОРИОАМНИОНИТЕ

ТОИНБАЕВА А.Д., ФАХРАДИЕВ И.Р., БУГУЕВА Р.Н. 163
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РАДИОПРОТЕКТОРНОЕ СВОЙСТВО АМИНОМЕТИЛ-БЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОБЛУЧЕНИИ

ШАЛАБАЕВА Д.С., ОРАЗОВА Г.У., МУСИНА А.А., КЕРИМБАЕВА З.А., КАЙРБЕКОВА А.М. 168
ФОРМУЛЯРНАЯ СИСТЕМА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА И МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

МЕДУБАЕВА М.Д., ЛАТЫПОВА Н.А., КЕРИМКУЛОВА А.С. 173
ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА ПРОГНОЗ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ЖАРКИНБЕКОВА А.Ж., АБДУЛДАЕВА А.А. 176
ОБЗОР ЛИТЕРАТУЫ НА СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АБДУЛДАЕВА А.А., ДОСЖАНОВА Г.Н., СЫЗДЫКОВА С.Ж., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., АВДЕЕВ А.В. 182
ҚАЗАҚСТАННЫҢ СОЛТҮСТІК АЙМАҒЫНДА ТҰРАТЫН АДАМДАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

АБДУЛДАЕВА А.А., ДОСЖАНОВА Г.Н., СЫЗДЫКОВА С.Ж., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., АВДЕЕВ А.В.
МЕДИКО – ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА

ЖАЗИТОВ К., ТУРГАМБАЕВА А.К., ТЕБЕНОВА К.С., НАКИПОВ Ж.Б. 190
COVID -19 ПАНДЕМИЯСЫ КЕЗЕҢІНДЕГІ АДАМНЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

ЖАЗИТОВ К., ТУРГАМБАЕВА А.К., ТЕБЕНОВА К.С., НАКИПОВ Ж.Б.
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID -19

ЖАСҰЛАН А., ТӨЛЕГЕНОВА А.М., ТЕБЕНОВА К.С. 193
АУЫЛДЫҚ ЖЕРЛЕР ДЕҢГЕЙІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕН АҚПАРАТТЫҚ ЖҮЙЕЛЕРДІ ЦИФРЛАНДЫРУ БОЙЫНША АҒЫМДАҒЫ АХУАЛДЫ ТАЛДАУ

ЖАСУЛАН А., ТУЛЕГЕНОВА А.М., ТЕБЕНОВА К.С.
АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ ПО ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ НА УРОВНЕ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

ЗУЛХАШ Н., ДУЙСЕКОВА С.Б., ТУРГАМБАЕВА А.К. 196
ЖАСТАР ЖҰМЫССЫЗДЫҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОР РЕТІНДЕ

ЗУЛХАШ Н., ДУЙСЕКОВА С.Б., ТУРГАМБАЕВА А.К.
МОЛОДЕЖНАЯ БЕЗРАБОТИЦА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

ИСКАКОВА Н.С., ХИСМЕТОВА З.А., МУКУШЕВА А.А. 201
АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ПРЕПАРАТТАРДЫ ҚОЛДАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ БОЙЫНША ХАЛЫҚТЫҢ АҚПАРАТТАНУЫ

ИСКАКОВА Н.С., ХИСМЕТОВА З.А., МУКУШЕВА А.А.
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ НАДЛЖЕЩЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

КАЛМЕНОВА П.Е., РАШИМБЕТОВА В.М., ТУЛЕПОВ Д.Т., ҚАЛДЫБЕКОВА А.А. 205
ҚАЗАҚСТАНДА МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК САҚТАНДЫРУДЫ ЕНГІЗУ МӘСЕЛЕСІ

КАЛМЕНОВА П.Е., РАШИМБЕТОВА В.М., ТУЛЕПОВ Д.Т. ҚАЛДЫБЕКОВА А.А.
ВОПРОС ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

КЕРИМБАЕВА З.А., ГИЗЕМАНН Т.К.М., ОРАЗОВА Г.У. 209
ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК ТИІМДІЛІГІН ТАЛДАУ

КЕРИМБАЕВА З.А., ГИЗЕМАНН Т.К.М., ОРАЗОВА Г.У.
АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

КЕРІМБАЕВА З.А., АХМАДИЕВА К.Е., ОРАЗОВА Ғ.Ұ., ТҰРМАХАНБЕТОВ Б.М. 214
АЙМАҚТЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КӨРСЕТУ ДЕҢГЕЙІНДЕГІ ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕК ЖАҒДАЙЫ

КЕРИМБАЕВА З.А., АХМАДИЕВА К.Е., ОРАЗОВА Ғ.Ұ., ТУРМАХАНБЕТОВ Б.М.
СОСТОЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕГИОНАЛЬНОГО НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

МАРАТОВА Д.М., САМАРОВА У.С., ХИСМЕТОВА З.А. 217
МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДЕГІ АҚПАРАТТЫҚ ЖҮЙЕЛЕРДІҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

МАРАТОВА Д.М., САМАРОВА У.С., ХИСМЕТОВА З.А.
ЗНАЧИМОСТЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

НАҚЫПОВ Ж., ДӘУЛЕТОВА Г., ИМАШПАЕВ Д., ҚАБДУНАСОВА Р., БЕЙСЕНОВА С., ТҰРҒАМБАЕВА А. 222
БОСҚЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ АСПЕКТІЛЕРІ

NAKIPOV ZH., DAULETOVA G., IMASHPAEV D., KABDUNASSOVA R., BEISENOVA S., TURGAMBAYEVA A.
PUBLIC HEALTH ASPECTS RELATED TO REFUGEE HEALTH

НАРМАНОВА О.Ж., АРИНГАЗИНА А.М., ТАГАЕВА Ж.А., МЕНДЫБАЕВ Е.С. 231
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ГЕМОДИАЛИЗ ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

НАРМАНОВА О.Ж., АРИНГАЗИНА А.М., ТАГАЕВА Ж.А., МЕНДЫБАЕВ Е.С.
СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИАЛИЗНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ОРАЛБАЕВ Н.А., ПЛИСКА Н.Н. 237
АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДАҒЫ ЖАЛПЫ ҚАН АНАЛИЗІНІҢ НЕГІЗГІ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІН АНЫҚТАУ

ОРАЛБАЕВ Н.А., ПЛИСКА Н.Н.
ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

РАХМЕТОВА Б.Т., ХАМИДУЛЛИНА Л.Б. 241
ИММУН ТАПШЫЛЫҒЫ ВИРУСЫН ЖҰҚТЫРҒАНДАРҒА АНТИРЕТРОВИРУСТЫҚ ТЕРАПИЯ КЕЗІНДЕ МЕЙІРБИКЕЛІК КҮТІМ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК ҚОЛДАУ

РАХМЕТОВА Б.Т., ХАМИДУЛЛИНА Л.Б.
СЕСТРИНСКИЙ УХОД И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА

РАХМЕТОВА Б.Т., ЖАМАКИНА А.Н. 249
COVID-19 НАУҚАСТАРЫНА КӨМЕК КӨРСЕТУГЕ ҚАТЫСҚАН КӨПБЕЙІНДІ ҚАЛАЛЫҚ БАЛАЛАР АУРУХАНАСЫНЫҢ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ КӘСІБИ КҮЙІП ҚАЛУЫ ЖӘНЕ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

РАХМЕТОВА Б.Т., ЖАМАКОВА А.Н.
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ, УЧАСТВОВАВШИХ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ COVID -19

САМАРОВА У.С., ХИСМЕТОВА З.А., Ә. ҚҰРМАШЕВА 247
АЛЫС-ЖАҚЫН ШЕТЕЛДЕРДЕГІ ЖӘНЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ПЕРСОНАЛМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

САМАРОВА У.С., ХИСМЕТОВА З.А., КУРМАШЕВА Ә.
КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДАЛЬНЕМ, БЛИЖНЕМ ЗАРУБЕЖЬЯХ И В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

САРУАРОВ Е.Ғ., НУСКАБАЕВА Г.О., ИДРИСОВ К.С., МУСИНА А.А. 254
ӨМІР СҮРУ САПАСЫН АНЫҚТАУДАҒЫ MOS SF-36 САУАЛНАМАСЫНЫҢ ЖАҺАНДЫҚ ДЕҢГЕЙДЕГІ ВАЛИДИЗАЦИЯСЫ

САРУАРОВ Е.Ғ., НУСКАБАЕВА Г.О., ИДРИСОВ К.С., МУСИНА А.А.
ВАЛИДИЗАЦИЯ ОПРОСНИКА ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ УРОВЕНЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ MOS SF-36 НА ГЛОБАЛЬНОМ УРОВНЕ

СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З., ИВАНОВА М.Б., АЙНАБЕКОВА Б.А., КАУЫЗБАЙ Ж.А., НУРГАЛИЕВА Н.К. 259
ҚАЗАҚСТАННЫҢ СОЛТҮСТІК ЖӘНЕ ОҢТҮСТІК ӨҢІРЛЕРІНІҢ МЕГАПОЛИСТЕРІНДЕГІ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ӨЛІМ КӨРСЕТКІШТЕРІ МЕН МАУСЫМДЫҚ ИНДЕКСІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУЫ

СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З., ИВАНОВА М.Б., АЙНАБЕКОВА Б.А., КАУЫЗБАЙ Ж.А., НУРГАЛИЕВА Н.К.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНДЕКСА СЕЗОННОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В МЕГАПОЛИСАХ СЕВЕРНОГО И ЮЖНОГО РЕГИОНОВ КАЗАХСТАНА

СЕРИКОВА-ЕСЕНГЕЛЬДИНА Д.С., ГОРЕМЫКИНА М.В., ХИСМЕТОВА З.А., ГЛУШКОВА Н.Е. 270
ОСТЕОАРТРОЗБЕН СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАР МЕНЕДЖМЕНТІНІҢ ФАРМАКОЭКОНОМИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

SERIKOVA-ESENGELDINA D.S., GOREMYKINA M.V., KHISMETOVA Z.A., GLUSHKOVA N.E.
PHARMACO-ECONOMIC FEATURES OF MANAGEMENT OF OSTEOARTHROSIS PATIENTS

СЕРИКОВА-ЕСЕНГЕЛЬДИНА Д.С., ГОРЕМЫКИНА М.В., ХИСМЕТОВА З.А., ЮРКОВСКАЯ О.А., ГЛУШКОВА Н.Е. 273
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ 2016-2018 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ТІЗЕ БУЫНЫ ОСТЕОАРТРОЗЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

СЕРИКОВА-ЕСЕНГЕЛЬДИНА Д.С., ГОРЕМЫКИНА М.В., ХИСМЕТОВА З.А., ЮРКОВСКАЯ О.А., ГЛУШКОВА Н.Е.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2016-2018 ГОДАХ

СМАИЛОВА Д.С., ХИСМЕТОВА З.А., ИСКАКОВА Н.С. 279
ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫНДА ЖАТЫР МОЙНЫ

СМАИЛОВА Д.С., ХИСМЕТОВА З.А., ИСКАКОВА Н.С.
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА

ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ТАРАЛУЫН ТАЛДАУ

СЫДЫҚОВА Б.Қ., СМАИЛОВА Д.С., ХИСМЕТОВА З.А. 282
ТӘЖІРІБИЕЛІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҮЙЫМДАРЫНДАҒЫ МЕЙІРБИКЕЛІК ҚҰЖАТТАМА

ТУРГАМБАЕВА А.К., ТУЛЕГЕНОВА А.М. 286
АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

ТУРГАМБАЕВА А.К., АКЕТАЕВА А.С., ОРДАБЕК Г.А. 292
АНАЛАР ӨЛІМІНІҢ АКУШЕРЛІК КӨМЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ ПЕРСОНАЛДАРЫ ТАРАПЫНАН СЕБЕБІН БАҒАЛАУ

ТУРЕБЕКОВА А.Г., БУРКИТБАЕВА А.Ж. 297
ЖЕДЕЛ ІШЕК ИНФЕКЦИЯСЫМЕН АУЫРҒАН БАЛАЛАРДЫҢ НҰР-СҰЛТАН ҚАЛАСЫНДАҒЫ 2019-2020 ЖЫЛДАРДАҒЫ КӨРСЕТКІШТЕРІ

ЧАЯКОВА А.М., AUŠRA BERŽANSKYTĖ 300
НҰР-СҰЛТАН Қ. 2016-2019ЖЖ. АРАЛЫ-ҒЫНДА ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМГЕ НӘТИЖЕСІЗ ШЫҒУЛАР ТЕНДЕНЦИЯЛАРЫН ТАЛДАУ

ШЕЙКИ МАТКИ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

СЫДЫҚОВА Б.Қ., СМАИЛОВА Д.С., ХИСМЕТОВА З.А. 282
СЕСТРИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

TURGAMBAEVA A.K., TULEGENOVA A.M. 286
MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF HEALTH STATE AND ORGANIZATION OF MEDICAL CARE TO THE RURAL POPULATION

ТУРГАМБАЕВА А.К., АКЕТАЕВА А.С., ОРДАБЕК Г.А. 292
ОЦЕНКА ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ СО СТОРОНЫ ПЕРСОНАЛА СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

ТУРЕБЕКОВА А.Г., БУРКИТБАЕВА А.Ж. 297
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЙ В Г. НУР-СУЛТАН ЗА ПЕРИОД 2019-2020 ГГ.

ЧАЯКОВА А.М, AUŠRA BERŽANSKYTĖ 300
АНАЛИЗ ТЕНДЕНЦИЙ В ОТНОШЕНИИ БЕЗРЕЗУЛЬТАТНЫХ ВЫЕЗДОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В г. НУР-СУЛТАН ЗА 2016-2019ГГ.

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

АМИРСЕИТОВА Ф.Т., ЖУНИСАЛИ Н.К., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., ШАКАНОВ Д.Р., БАГАЙ НАЗАРБАЙҰЛЫ 303
БАСТАУЫШ МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ЖАС ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ БАЛАЛАР МЕКТЕП ҰЖЫМЫНДА ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСТЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ

АУБАКИРОВА Т.С., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., КУШМАГУЛОВА А.К., КОЖЕМЯКИНА Н.Н., 306
ФИЗИКАЛЫҚ ДЕНЕ ЖЕТІЛДІРУ БОЙЫНША БІЛІМ БЕРУ САБАҚТАРЫНДА ИНТЕРАКТИВТІ ОҚЫТУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫН ПАЙДАЛАНУ

МӘРДЕНОВА Л.Е., КУАНЫШБАЕВА А.М., САЛТАБАЕВА У.Ш. 310
МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ЖӘНЕ КӘСІБИ БІЛІКТІЛІГІН ДАМЫТУДА ОНЛАЙН РЕСУРСТАРДЫҢ МАҢЫЗЫ

ӨТЕГЕНОВ Н.Ө. 315
СТУДЕНТТЕРДІҢ ФИЗИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІНЕ СӘЙКЕС АРНАЙЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БӨЛІМ САБАҚТАРЫНА ЖҮКТЕМЕ ҚАРҚЫНДЫЛЫҒЫ МЕН КӨЛЕМІН ОҢТАЙЛАНДЫРУ

СЫЗДЫҚОВА С.Ж., АРЕНОВ А.В., ЕСЕЕВА А.А., КУШМАГУЛОВА А.К. 319
ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ҚҰРАЛДАРЫ АРҚЫЛЫ

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

АМИРСЕИТОВА Ф.Т., ЖУНИСАЛИ Н.К., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., ШАКАНОВ Д.Р., БАГАЙ НАЗАРБАЙҰЛЫ 303
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ В ДЕТСКОМ ШКОЛЬНОМ КОЛЛЕКТИВЕ

АУБАКИРОВА Т.С., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., КУШМАГУЛОВА А.К., КОЖЕМЯКИНА Н.Н. 306
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

МӘРДЕНОВА Л.Е., КУАНЫШБАЕВА А.М., САЛТАБАЕВА У.Ш. 310
РОЛЬ ОНЛАЙН РЕСУРСОВ В РАЗВИТИИ ИННОВАЦИОННОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

ӨТЕГЕНОВ Н.Ө. 315
ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ И ОБЪЕМА НАГРУЗКИ ЗАНЯТИЯХ СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ УРОВНЮ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ

СЫЗДЫКОВА С.Ж., АРЕНОВ А.В., ЕСЕЕВА А.А, КУШМАГУЛОВА А.К. 319
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА

ОҚУШЫЛАРДЫҢ САЛУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ

ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ВАЛЕОЛОГИЯ

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ВАЛЕОЛОГИЯ

ПЯТОВ Е.А., БЕКАЕВ Е.А., ДАЛЕНОВ Е.Д., БАРАНОВСКАЯ Н.В., СЛИВКИНА Н.В., ТАРДЖИБАЕВА С.К., СЕРГАЗИНА С.М., БАЙКЕНОВА Г.Е. 323
ҚАЗАҚСТАННЫҢ ТҮРЛІ ТАБИҒИ-КЛИМАТТЫҚ ШАРТТАРЫНДА ТҰРҒАН БАЛАЛАРДЫҢ ШАШЫНЫҢ ХИМИЯЛЫҚ ҚҰРАМЫ. *Хабар 1.*

ПЯТОВ Е.А., БЕКАЕВ Е.А., ДАЛЕНОВ Е.Д., БАРАНОВСКАЯ Н.В., СЛИВКИНА Н.В., ТАРДЖИБАЕВА С.К., СЕРГАЗИНА С.М., БАЙКЕНОВА Г.Е.
ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ВОЛОС ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ КАЗАХСТАНА. *Сообщение 1.*

ТӘЖІРЕБЕДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАР ЖӘНЕ АҚПАРАТТЫҚ МӘЛІМЕТТЕР

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ СООБЩЕНИЯ

БЕГИМБЕКОВА Л.М., ДЕМЕУОВ А.А., ПАНАЕВ М.С., САРКУЛОВА И.С., АБДИКАРИМОВА Р.К., БИГЕЛЬДИЕВ А.К. 331
ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҒДАЙ: «ЖАТЫР МИОМАСЫ»

БЕГИМБЕКОВА Л.М., ДЕМЕУОВ А.А., ПАНАЕВ М.С., САРКУЛОВА И.С., АБДИКАРИМОВА Р.К, БИГЕЛЬДИЕВ А.К.
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: «МИОМА МАТКИ»

САРКУЛОВА И.С., УТЕПОВА Р.Я., БАРХЫБАЕВА Н.А., АБДИКАРИМОВА Р.К. 334
ПРАКТИКАДАН ЖАҒДАЙ: КӨПІРШІКТІ ТЫҒЫН

САРКУЛОВА И.С., УТЕПОВА Р.Я., БАРХЫБАЕВА Н.А., АБДИКАРИМОВА Р.К.
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

СМАГУЛОВА З.К., КОНКАЕВА М.Е., КУЛЖАНОВА Ш.А., ЦЕЧОЕВА Т.А., КАЛИН В.О., ТУРЕБАЕВА Г.О., АБИШЕВ М.Т., МОЗГОВАЯ М.В., ПШЕНБАЕВА А.С., БЕКТАСОВА Б.Б., БАЙЫРБЕКОВА Г.Б. 337
ҚАНТ ДИАБЕТІ МЕН БҮЙРЕК ПАТОЛОГИЯСЫ БАР ЖАҢА КОРОНАВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯСЫМЕН НАУҚАСТАНҒАН ЕМДЕЛУШІГЕ ВИРУСҚА ҚАРСЫ ЕМДІ ҚОЛДАНУ ЖАҒДАЙЫ

СМАГУЛОВА З.К., КОНКАЕВА М.Е., КУЛЖАНОВА Ш.А., ЦЕЧОЕВА Т.А., КАЛИН В.О., ТУРЕБАЕВА Г.О., АБИШЕВ М.Т., МОЗГОВАЯ М.В., ПШЕНБАЕВА А.С., БЕКТАСОВА Б.Б., БАЙЫРБЕКОВА Г.Б.
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ТКАЧЕВ В.А, ХУСАИНОВА Г.С, СУЛЕЙМЕНОВА Ш.Б, ОМИРТАЕВА Б.А, КУРМАНОВА Г.Б, АБДРАХМАНОВА Л.А, РАХИМБЕКОВА Г.К. 339
СӨОА ОРТАША ДӘРЕЖЕДЕГІ АУЫРЛЫҚ-ТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ТЕРАПИЯСЫНДА ТЕОТРОПИЯ БРОМИД ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ

ТКАЧЕВ В.А, ХУСАИНОВА Г.С, СУЛЕЙМЕНОВА Ш.Б, ОМИРТАЕВА Б.А, КУРМАНОВА Г.Б, АБДРАХМАНОВА Л.А, РАХИМБЕКОВА Г.К.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРОНХОРАСШИРЯЮ-ЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

УДК: 616.379-084.64:618.2/3

АХМЕДЬЯНОВА Г.У.[1], ӘБДІХАЛЫҚ Г.М.[2]
НАО «Медицинский университет Астана», кафедра акушерства и гинекологии №1

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аннотация:
К настоящему времени отчетливо прослеживается тенденция к увеличению числа беременных, больных сахарным диабетом. Проблема неблагоприятных исходов беременности у женщин страдающих сахарным диабетом остается актуальной. В данном литературном обзоре описаны акушерские и перинатальные исходы у беременных сахарным диабетом.
Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа, гестационный сахарный диабет.

АХМЕДЬЯНОВА Г.У.[1], ӘБДІХАЛЫҚ Г.М.[2]
КеАҚ «Астана медициналық университеті» №1 акушерия және гинекология кафедрасы

ҚАНТ ДИАБЕТІ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АКУШЕРЛІК ЖӘНЕ ПЕРИНАТАЛДЫ НӘТИЖЕЛЕРІ

Қазіргі уақытта қант диабетімен ауыратын жүкті әйелдер санының өсу тенденциясы айқын байқалады. Қант диабетімен ауыратын әйелдерде жүктіліктің қолайсыз нәтижелері мәселесі бүкіл әлемде өзекті. Берілген мақалада қант диабетімен ауыратын жүкті әйелдердің акушерлік және перинаталды нәтижелері сипатталған.
Кілтті сөздер: 1 типті қант диабеті, 2 типті қант диабеті, гестациалық қант диабеті.

AHMEDYANOVA G[1], ABDIKHALYK G[2]
NJSC «Astana Medical University»

OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANT WOMEN WITH DIABETES

To date, there is a clear trend towards an increase in the number of pregnant women with diabetes. The problem of adverse pregnancy outcomes in women with diabetes is relevant all over the world. This literature review describes obstetric and perinatal outcomes in pregnant women with diabetes.
Key words: type 1 diabetes, type 2 diabetes, gestational diabetes.

Введение. Сахарный диабет (СД) – это распространенное, хроническое заболевание, сопровождающееся нарушениями метаболизма и развитием системных сосудистых осложнений. В анамнезе у пациенток с СД наблюдается задержка овуляции, нарушение менструального цикла, позднее менархе и ранее менопауза. Установлено, что около 20% женщин репродуктивного возраста, больных СД не способны к самостоятельному зачатию. Бесплодие ассоциируется с более ранним началом сахарного диабета и высокой суточной дозой инсулина [1].

Беременность оказывает влияние на обмен веществ матери и плода - диабетогенное действие. По мере прогрессирования беременности отмечаются повышение инсулинорезистентности, резерв β-клеток поджелудочной железы.

Гестационный сахарный диабет (ГСД) возникает, когда β-клетки не могут поддерживать гликемию в пределах нормы. При родах, когда плацента, оказывающая основное антиинсулиновое действие, удаляется, гомеостаз глюкозы обычно восстанавливается. Однако у 20 % женщин развиваются гестационный диабет в зависимости от используемых диагностических критериев в изучаемой популяции. ГСД является сильным предиктором развития постоянного сахарного диабета в более позднем возрасте [2]

Сахарный диабет существовавший до беременности, как 1-го, так и 2-го типа, может вызывать нарушения оплодотворения, привести к изменениям в органогенезе, ограничению роста плода и к некоторым осложнениям со стороны матери, таким как ретинопатия и нефропатия. Гестационный диабет обычно приводит к макросомии плода [2,3,4].

Данные зарубежной литературы свидетельствуют о том, что гипергликемия во время беременности играет основную роль в развитии эндотелиальной дисфункции, оксидативного стресса, являющимися обязательными компонентами в развитии сосудистых осложнений и гипоксии тканей, в том числе и в системе мать-плацента-плод [5,6].

Несмотря на то, что во всем мире сахарный диабет (СД) 1 типа осложняет течение беременности в 0,3-0,8%, [7] представляет большой риск для беременной женщины и развивающегося плода. Отмечено, что активное консультирование до зачатия и интенсивный гликемический контроль на протяжении всей беременности приводит к снижению осложнений и пороков развития плода [8,9]. Достижения за последние годы в разработке рецептур инсулина и методов родоразрешения позволило увеличить число благоприятных акушерских исходов [10].

У женщин с СД в I триместре отмечается повышенная частота прерывания беременности [11] вследствие мутаций и возникновения пороков развития, несовместимых с жизнью [12]. Причиной этому безусловно является повышенная концентрация глюкозы в крови, которая обуславливает микроциркуляторные нарушения и поздние диабетические пороки [13]. Это обусловлено тем, что постоянный контроль до зачатия приводит своевременно к снижению риска потерь беременности [13,14].

По данным Williams et all., установлено, что у беременных с СД 1 типа и их новорожденных, чаще встречаются следующие акушерские и перинатальные исходы: кесарево сечение, преждевременные роды, преэклампсия, макросомия плода, неонатальный респираторный дистресс-синдром (РДС), высокий риск перинатальной смертности, а также поступление новорожденных в отделение интенсивной терапии после родоразрешения [15].

Одним из предикторов акушерских исходов является повышенный уровень гликозилированного гемоглобина (HbAlc), и уровней компонентов ренин-ангиотензиновой системы. Преэклампсия и гестационная гипертензия отмечены у 17% и 11% беременных соответственно. Беременные, у которых развилась преэклампсия, имели достоверно более высокие значения HbAlc и проренина до и во время беременности, по сравнению с беременными без преэклампсии [9]. Преэклампсия у женщин на фоне микроальбуминурии или диабетической нефропатии часто имеет тяжелое течение, раннее развитие с дальнейшим возникновением преждевременных родов до 34 недель [16].

Исследователями было показано, что риск преэклампсии у женщин с артериальной гипертензией достоверно снижается при проведении строгой антигипертензивной терапии. Интересным оказалось наблюдение того, что женщины с СД 2 типа, получавшие такую же терапию, также отмечали снижение риска развития прекламсии [17]. В этой связи в качестве профилактики неблагоприятных акушерских исходов у группы женщин с СД 1 и СД 2 типа, сопряженных с гипертензией, рекомендовано проведение антигипертензивной терапии. Учитывая сложность и опасность развития преэклампсии, авторы рекомендуют проведение круглосуточного мониторинга глюкозы беременным женщинам с СД 1 и 2 типов [18].

Среди беременных с предсуществующим сахарным диабетом худший исход беременности наблюдается в подгруппе женщин с диабетической нефропатией [19].

По данным литературных источников установлено, что преждевременные роды до 37 недель, произошли у 40% женщин на фоне раннее существующего сахарного диабета. В контрольной группе эти осложнения были в 4 раза меньше [20].

На основании литературных данных отмечено, что у женщин с наличием СД до беременности, имело место повышенный риск возникновения у плода ВПР в несколько раз выше, чем у женщин без СД [21]. Доказано, что риск развития ВПР при СД 2 типа выше, чем при СД 1 типа [22].

ВПР новорожденных при СД 2 типа у беременных держится на уровне 8-10% - это дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП), на фоне нефропатии, синдрома Дауна и сосудистых патологии. Кроме того прослеживается корреляция между ВПР и некачественным контролем сахара крови у женщин с СД [11,12] что приводит к увеличению риска развития ВПР на фоне диабетической ретинопатии или нефропатии беременных [23]. Данный повышенный риск ВПР объясняется тератогенным и фетотоксическим эффектом фармпрепаратов, применяемых женщинами в I триместре [1].

При СД 2 типа в условиях выраженной инсулинорезистентности возникают изменения физиологических адаптационных механизмов во время беременности, приводящие к различным акушерским и перинатальным осложнениям. Проведенные в последние годы исследования показали, что доминирующим клиническим синдромом является перинатальное поражение центральной нервной системы [24-28].

Для лечения ГСД обычно стараются придерживаться строгой диеты, однако если стандартная диетотерапия не позволяет постоянно поддерживать базовый уровень глюкозы, пациенткам рекомендуется инсулинотерапия, которая проводится на фоне обязательной диеты и физических упражнений.

Исследователи показали, что физическая активность, позитивно влияющая на работу сердечно-сосудистой системы, контролирует уровень глюкозы лучше, чем при отсутствии нагрузки [29-32].

Неблагоприятные исходы ГСД во время беременности в основном связаны с макросомией, вызванной гиперинсулинизмом плода в ответ на высокие уровни глюкозы, вызванные гипергликемией у матери. При СД 1 и 2 типах существует также риск пороков развития плода из-за тератогенного эффекта глюкозы и связанных с ней метаболических нарушений в критический период для органогенеза в начале беременности [33].

В многочисленных исследованиях отечественных и зарубежных авторов, проводивших рандомизированные клинические исследования по анализу перинатальных исходов беременности, среди испытуемых, в которых были беременные женщины не отягощенные: СД, с факторами риска ГСД и беременные женщины, у которых был установлен ГСД на основании проведенного теста толерантности к глюкозе. Были показаны значительные превышения частоты встречаемости перинатальных осложнений и смертности новорожденных. При этом, несмотря на различия перинатальных исходов при типах СД, исследователи сходятся во мнении абсолютного пагубного воздействия гипергликемии на сосудистую, нервную и дыхательную системы плода [34,35,36].

Так по данным С.И. Назаровой, частота ГСД у беременных женщин составила 15-17%, при этом факторами риска отмечены: возраст старше 30 лет, высокий ИМТ, осложненный акушерский анамнез и макросомия. Кроме того отмечено, что у женщин с ГСД в 35-43% родились дети с признаками диабетической фетопатии, у 2-6% - асфиксия новорождённых при рождении, у 10-15% новорождённых - дыхательные расстройства. В 2 группе - у женщин без признаков ГСД этих осложнении не наблюдалось. В то же время установлено, что задержка внутриутробного развития плода и врождённые пороки развития встречались практически в одинаковом количестве у беременных с ГСД и без него (около 5-7%). Нарушения мозгового кровотока новорожденных было в 3 раза выше в группе женщин с ГСД, чем без него. Внутриутробная инфекция была отмечена у новорождённых 1-й группы (23,3±4,9%), чем у 2-й группы (7,4±1,3%). Перинатальная смертность в группе с ГСД составила 27,4% [37]. Столь высокие показатели перинатальных осложнений у беременных женщин с ГСД были подтверждены и другими исследователями [38, 39].

Заключение. Таким образом, планирование семьи, оптимизация гликемического контроля у женщин с СД детородного возраста и диагностика ГСД во время беременности необходима для здоровья матери и плода. Проведенный обзор литературы показал, что большинство вышеуказанных осложнений возникает в результате гипергликемии. Лучшим методом лечения для предотвращения осложнений является поддержание уровня сахара в крови на нормальных показателях, правильном питании и в активном образе жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Гурьева, В.М. Осложнения беременности у женщин с сахарным диабетом и возможности их коррекции/ В.М. Гурьева, Ф.Ф. Бурумкулова, Т.С. Будыкина// Альманах клинической медицины. – 2015. – 37. – С. 24-31.*
2. *Negrato C.A. Adverse pregnancy outcomes in women with diabetes / Negrato C.A., Mattar R., Gomes M.B. // Diabetology & Metabolic Syndrome. 2012; 4: 41.*
3. *Dunne F.P. Atlantic dip: pregnancy outcomes for women with type 1 and type 2 diabetes / Dunne F.P., Avalos G., Durkan M., Mitchell Y., et al. // Irish Medical Journal. 2012; 105 (5): 6-9.*
4. *Ахмедьянова Г.У., Әбдіхалық Г.М. Различные типы сахарного диабета при беременности. Валеология-здоровье-болезнь-выздоровление. -2020. -№3. – С.15-19.*
5. *Riskin-Mashiah S. First-trimester fasting hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes / Riskin-Mashiah S., Younes G., Damti A., Auslender R. //Diabetes Care. 2009; 32 (9): 1639-1643.*
6. *Терехова А.Л. Оптимизация ведения больных с сахарным диабетом 2 типа в общетерапевтическом стационаре/Терехова А.Л.//Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата мед.наук. Москва. – 2015. – 34 с.*
7. *David R. McCance, Michael Maresh, David A. Sacks. A practical manual of diabetes in pregnancy // 2018 John Wiley & Sons Ltd. P.430.*
8. *Vargas, R. Type 1 Diabetes Mellitus and Pregnancy/ R. Vargas, J. T. Repke, S. H. Ural// Reviews in obstetrics and gynecology. – 2010. – 3(3). – P. 92-100.*
9. *Holmes, V.A. Diabetes and Pre-eclampsia Intervention Trial Study Group/ V.A. Holmes, I.S. Young, C.C. Patterson [et al] //Diabetes Care. – 2011. – 34(8). – P. 1683-1688. – doi: 10.2337 / dc11-0244*

10. Журавлева, Л. В. Особенности инсулинотерапии у больных сахарным диабетом 1 типа во время беременности / Л. В. Журавлева, Т. А. Рогачева// Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини, 2018, № 1. – 78-84. – https://dx.doi.org/10.15407/internalmed2018.01.078.
11. Wahabi, H.A. Pre-pregnancy care for women with pre-gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis/H.A. Wahabi, R.A. Alzeidan, S.A. Esmaeil//BMC Public Health.–2012.–12.– P.792.
12. Дедов, И.И. Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение: Клинические рекомендации (протокол)/И.И.Дедов, Г.Т.Сухих, О.С.Филиппов и др.–М.,2013.–18 с.
13. Sullivan S.D. Hypertension complicating diabetic pregnancies: patho-physiology, management, and controversies/S.D.Sullivan,J.G.Umans,R.Ratner//J.Clin Hypertens(Greenwich).–2011.–13(4).–P.275-284.
14. Sato, T. Pregnancy outcomes in women with type 1 and type 2 diabetes mellitus in a retrospective multi-institutional study in Japan /T. Sato, T. Sugiyama, M. Kurakata// Endocr J. – 2014. – 61(8). – P.759-764.
15. Williams, A. D.Obstetric and neonatal complications among women with autoimmune disease/ A. D. Williams,K. Grantz, I.Seeni// Journal of Autoimmunity. – 2019. – 103. – DOI: 10.1016/j.jaut.2019.05.015.
16. Ringholm, L. High concentration of prorenin in early pregnancy is associated with development of pre-eclampsia in women with type 1 diabetes / L. Ringholm, U. Pedersen-Bjergaard, B. Thorsteinsson [et al]// Diabetologia. – 2011. – 54. – P.1615-1619.
17. Damm, J.A. Diabetic nephropathy and microalbuminuria in pregnant women with type 1 and type 2 diabetes: prevalence, antihypertensive strategy, and pregnancy outcome / J.A. Damm, B. Asbjörnsdóttir, N.F. Callesen [et al]// Diabetes Care.-2013.-36. - P.3489-3494.
18. Murphy, H. R. Continuous glucose monitoring targets in type 1 diabetes pregnancy: every 5% time in range matters /H. R. Murphy //Diabetologia. – 2019. – Vol. 62. – P.1123-1128.
19. Klemetti, M.M. Obstetric and perinatal outcome in type 1 diabetes patients with diabetic nephropathy during 1988-2011/ M.M. Klemetti, H. Laivuori, M Tikkanen// Diabetologia. – 2015. – 58. – P. 678-686.
20. Colstrup, M. Pregnancy in women with type 1 diabetes: have the goals of St. Vincent declaration been met concerning foetal and neonatal complications? /M. Colstrup, E.R. Mathiesen, P. Damm [et al]. – Med. – 2013. – 26. – P.1682-1686.
21. Григорян, О.Р. Сахарный диабет и беременность /О.Р. Григорян, Е.В. Шереметьева, Е.Н. Андреева. – М.: Видар; 2011. – 145 с.
22. Vinceti, M. Risk of birth defects associated with maternal pregestational diabetes /M. Vinceti, C. Malagoli, K.J. Rothman [et al]// Eur J Epidemiol. -2014. –29(6). – P.411-418.
23. Higgins, L. E. Placental features of late adverse pregnancy outcome / L. E. Higgins, N. Ray de Castro, N. Nadeau [et al]// CLAIMS. – 2015. – 10. – e0129117.
24. Демидова И.Ю. Актуальные проблемы компенсации сахарного диабета при беременности / Демидова И.Ю., Арбатская Н.Ю., Мельникова Е.П. // Научно-практический медицинский журнал «Сахарный диабет». – 2009. – № 4. – С. 32-36.
25. Бабиянц А.Я. Значение измененной продукции эндотелийзависимых вазоактивных факторов в развитии перинатального поражения ЦНС у детей, рожденных женщинами с сахарным диабетом 1 типа / Бабиянц А.Я., Афонин А.А., Друккер Н.А.//Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования». – 2012. – № 3 – 8 с.
26.Аксенов А.Н. Особенности ранней постнатальной адаптации и ведения новорожденных, родившихся у матерей с гестационным сахарным диабетом / Аксенов А.Н., Бочарова И.И., Башакин Н.Ф., Троицкая М.В., Якубина А.А., Букина М.Ю., Бурумкулова Ф.Ф., Гурьева В.М. // Научно-практический медицинский журнал «Российский вестник акушера-гинеколога». – 2015. – № 4. – С. 75-80.
27. Teramo K.A. Obstetric problems in diabetic pregnancy - the role of fetal hypoxia / Teramo K.A. // Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2010; 24 (4): 663-671.
28. Гурьева В.М. • Бурумкулова Ф.Ф. • Петрухин В.А. • Морохотова Л.С. • Троицкая М.В. Акушерские и перинатальные исходы у беременных с сахарным диабетом 2-го типа// Альманах клинической медицины. 2015 Март; 37: 18–23.
29. Капустин, Р.В. Роль ожирения и избытка массы тела как фактора развития гестационного сахарного диабета: системат. обзор / Р.В. Капустин, О.Н. Аржанова, О.Н. Беспалова [и др.] // Журн. акушерства и жен. болезней.–2015.–№5.–С.87–95.–https://elibrary.ru/item.asp?id=25418279 .
30. Капустин, Р.В. Патологическая прибавка веса как фактор развития гестационного сахарного диабета: систематический обзор и мета-анализ / Р.В. Капустин, О.Н. Аржанова, О.Н. Беспалов [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 5. – С. 12–19.
31. Комаров Е.К. Роль диетотерапии и метформина в профилактике развития гестационного сахарного диабета и его осложнений у женщин с предиабетом/Е.К.Комаров, Т.А.Плужникова, Е.В.Никологорская и др.//Журнал акушерства и женских болезней.-2018.-Том 67,Выпуск 4.–С.13-18.

32. Попова, П.В. Параметры образа жизни и риск гестационного сахарного диабета: что можно изменить? / П.В. Попова, А.С. Ткачук, Я.А. Болотько [и др.] // Сахар. диабет. – 2017. – № 1. – С. 85–92. – https://elibrary.ru/item.asp?id=29116834 .
33. Baz, B. Endocrinology of pregnancy: gestational diabetes mellitus: definition, aetiological and clinical aspects /B. Baz, J.P. Riveline, J.F. Gautier//Eur J Endocrinol. – 2016. – 174. – P.43-51.
34. Federico, C. An Overview of Gestational Diabetes/|C. Federico, G. Pridjian// Nutritional and Therapeutic Interventions for Diabetes and Metabolic Syndrome (Second Edition). – 2018. – 532 p.
35. Савичева, А.М. Дифференцированный подход к срокам и методам родоразрешения пациенток с гестационным сахарным диабетом на инсулинотерапии / А.М. Савичева, О.В. Папышева, Л.Н. Есипова [и др.] // Лечащий врач. – 2018. – № 12. –С. 24–29.
36. Van Zyl H, Levitt NS. Pregnancy outcome in patients with pregestational and gestational diabetes attending Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa. S Afr Med J. 2018 Aug 28;108(9):772-776. doi: 10.7196/SAMJ.2018.v108i9.12992. PMID: 30182903.
37. Назарова, С.И. Акушерские и перинатальные исходы при гестационном сахарном диабете/ С.И. Назарова// Вестник Авиценны. – 2012. – № 1. – Р. 72-74.
38. Мочалова, М.Н. Оценка вероятности развития осложнений у беременных с гестационным сахарным диабетом / М.Н. Мочалова, Е.С. Ахметова, В.А. Мудров // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – № 2-2. – С. 57-63.
39. Зенкова, Е.В. Различия в течении беременности у пациенток с сахарным диабетом 2 типа и гестационным сахарным диабетом/Е.В.Зенкова, И.А.Бондарь//Сахарный диабет.–2017.–С.43-45.

Автор для корреспонденции: Әбдіхалық Г.М. - магистрант кафедры акушерства и гинекологии №1 НАО «Медицинский университет Астана», Нур-султан,Казакстан. Тел: +77013496266. Ул. Сарыарка 29/1 кв 35

VALEO

УДК: 618.3-008.6

АЯЗБЕКОВ А.К.[1], НУРХАСИМОВА Р.Г.[1], УТЕУЛИЕВ Е.С.[2], ЗУЛПУХАРОВ А.Ж.[1], ЖУНИСОВ Д.С.[1]
Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті. Түркістан қаласы[1]
Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті. Алматы қаласы[2]

ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ЖҮКТІЛІКТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

Аннотация:
Жасөспірімдер арасынағы жүктіліктің әлеуметтік аспектілері туралы заманауи зерттеу мәліметтеріне талдау жасалды оның ішінде мәселелердің пайда болуына ықпал ететін факторлар - жасөспірімдердің өсуі мен дамуын алдыңғы буынмен салыстырғанда жеделдеуі; жасөспірімдер арасындағы қатынастарды реттейтін ережелерді өзгерту; жасөспірімдер арасында жыныс сұрақтары туралы дұрыс көзқарас қалыптастыру бойынша медициналық-педагогикалық шаралар жүйесін өзгерту және т.б. Алғашқы жыныстық қатынастың негізгі сценарийлері және олардың нәтижелері қарастырылды: жасанды түсік (аборт), кәмелетке толмаған жасөспірімдердің ана болуы, ерте кезеңде некеге тұру, баладан бас тарту. Жас аналарды әлеуметтік қолдау мен қадағалау, сондай-ақ білім беру ұйымдарында жасөспірімдер арасындағы жүктіліктің алдын-алу шараларын ұйымдастыру саласындағы мемлекеттік қызметтің қажеттілігі дәлелденді.

Кілт сөздер: жасөспірімдер, жүктілік, әлеуметтік аспектілер.

АЯЗБЕКОВ А.К.[1], НУРХАСИМОВА Р.Г.[1], УТЕУЛИЕВ Е.С.[2], ЗУЛПУХАРОВ А.Ж.[1], ЖУНИСОВ Д.С.[1]
МКТУ имени Х.А.Ясави. Туркестан[1]
Казахстанский универсртитет непрервыного образования. Алматы[2]

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Проведен анализ данных современных исследований социальных аспектов беременности у подростков, в том числе факторов, способствующих возникновению проблем, способствующие возникновению проблемы - ускорение роста и развития подростков по сравнению с предшествующими

поколениями; изменить правила, регулирующие отношения между подростками; изменить систему медико-педагогических мероприятий по формированию у подростков правильного отношения к гендерным вопросам и др. основные сценарии первого полового акта и их результаты: аборт, материнство несовершеннолетних, ранний брак, отказ от ребенка. Доказана необходимость оказания государственных услуг в сфере социальной поддержки и присмотра молодых мам, а также организации профилактических мероприятий среди подростков в образовательных учреждениях.

Ключевые слова: подростковый возраст, беременность, социальные аспекты.

AYAZBEKOV[1] A.K., NURKHASIMOVA[1] R.G., UTEULIEV E.S.[2], ZULPUKAROV A.J.[1], ZHUNISOV D.S.[1]

International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yasavi. Turkestan[1]
Kazakh Medical University of continuing education. Almaty[2]

SOCIAL ASPECTS OF PREGNANCY AMONG ADOLESCENTS

The analysis of modern research data on the social aspects of pregnancy among adolescents, including the factors contributing to the emergence of problems contributing to the problem - faster growth and development of adolescents compared to previous generations; change the rules governing relationships between adolescents; change the system of medical and pedagogical measures to form the right attitude to gender issues among adolescents. The main scenarios of the first sexual intercourse and their results were considered: abortion, motherhood of minors, early marriage, child abandonment. The need for public services in the field of social support and supervision of young mothers, as well as the organization of preventive measures among adolescents in educational institutions has been proven.

Keywords: adolescence, pregnancy, social aspects.

Соңғы жылдары кәмелетке толмағандар жасөспірімдер арасында жүктілер саны жыныстық дебют жасының төмендеуіне, жасөспірімдердің жыныстық белсенділігінің жоғарылауына және олардың контрацепция мәдениетінің төмендеуіне байланысты көбейіп келеді [1]. Халықаралық отбасын жоспарлау федерациясының мәліметтері бойынша әлемде жыл сайын 15 миллионнан астам жасөспірімдегі жүктілік босанумен аяқталады [2]. Бұқаралық ақпарат құралдары мен білім беру мекемелері үнемі жасөспірімдер арасында білім беру бағдарламаларын жүргізіп келеді, соған қарамасатан бұл тақырыптың өзектілігі жылдан-жылға артып келеді.

Жасөспірімдер жүктілігінің әлеуметтік аспектілерін жүйелеу мақсатында қазіргі заманғы зерттеу мәліметтеріне талдау жасалды. Жасөспірім кезеңде жыныстық жетілу процесімен байланысты физиологиялық өзгерістер болады, олар жасөспірімнің жеке басының қалыптасуында маңызды рөл атқарады және өзін-өзі бағалау сезімімен өте тығыз байланысты. Осы жаста жыныстық қатынас мәселесі өте қарқынды талқыланып, ал жыныстық белсенділік тәжірибелік сипатта болады, өзінің дене функцияларын түсіну процесі жүреді бір және қарама-қарсы жыныстағы құрдастарымен өзара қарым-қатынастардың бірнеше нұсқалары талданады. Соңғы онжылдықтардағы зерттеулер жасөспірім қыздар арасында жыныстық бостандықтың артқанын көрсетті. Алайда, жыныстық бостандықтың жоғарылауы жыныстық жолмен берілетін аурулардың, жүктіліктің, түсік тастаулардың және некесіз туылған балалар санының артуымен қатар жүреді. Себебі, жыныстық белсенділіктің жоғарылауына қарамастан, жастардың көпшілігі контрацепцияның тиімді әдістерін үнемі және жауапкершілікпен қолдануды әлі толық білмейді деген сөз [18].

Алғашқы жыныстық қатынастың нәтижесі шамамен 20% жағдайда жоспарланбаған жүктілікке алып келеді [19]. Айта кету керек, жүктілік - бұл ең алдымен бүкіл ағзаға күш түсіру; босанған жасөспірім әйелдердің өлімі 20-25 жас аралығындағы ересек әйелдерге қарағанда үш есе жоғары [26]. Әдетте, жасөспірім қыздардан дене салмағы жеткіліксіз және патологияның барлық спектрі бар нәрестелер туылады [13, 19, 22, 23, 24].

Жасөспірімдердегі жүктілік әрдайым қиындықтар туғызады, себебі көбінесе қыздар физикалық және психологиялық тұрғыдан нәрестенің пайда болуына дайын емес, сондықтан олар көбінесе жасанды түсік жасату арқылы мәселені шешуге тырысады [17, 25]. Жасөспірімдерде жүктілікті жасанды түрде үзу ата-анасының (қамқоршысының) келісімімен жүзеге асырылады. Отбасы мен жас жүкті әйел қабылдаған жүктілікті үзу туралы шешім бірқатар мәселелер туғызады, олардың ішіндегі маңыздысы - болашақта ана болу қабілеті бұзылуының жоғары қаупі [12,21]; жасөспірімдер көбіне бұл отаның ауыр психикалық жарақат екенін айтып, сирек есіне алады. Жасөспірім қыздар үшін жасанды түсік жасату нәрестені дүниеге әкелу секілді эмоционалдық жағынан қиын болуы мүмкін. Сонымен қатар, жасөспірім қыздардың жартысында күйзеліс және психологиялық денсаулық жағдайындағы басқа да өзгерістер байқалады [8].

Көптеген жасөспірімдер гинекологтан кеңіс алуға ұялады, өйткені олар құпиясының ашылып қалуынан қорқады [3], психологиялық ерекшеліктері мен жүктілік белгілері туралы білімдерінің жеткіліксіздігінен жасөспірімдер дәрігерге кеш қаралады, сол себепті жүктілікті үзу туралы шешім тек арнайы медициналық нұсқаулар негізінде ғана қабылданады [1]. Көбінесе, тіпті жүктілік кезінде жас аналар туыстарының тарапынан теріс пікірлері мен көзқарастарына тап болып, зорлық-зомбылықтарын көреді. Сол себепті жасөспірім қыздар жүктілікті жасырады және оны сақтай отырып, медициналық мекемелерге де бармайды [8]. Жасөспірімдер денсаулығының нашарлауы экономикалық тұрақсыздық пен қоршаған ортаның ластану масштабының өсуінен ғана емес, сонымен қатар, зиянды әдеттер мен аурулардың кеңінен таралуынан, салауатты өмір салтын жеткіліксіз насихаттау мен жүзеге асырунан туындайды [4]. Отбасылық қарым-қатынастар жасөспірімдердің жеке тұлға болып қалыптасуына үлкен әсер ететіні белгілі. Қазіргі заманғы әлеуметтік-экономикалық дағдарыс жағдайында жасөспірімнің жеке тұлға болып қалыптасуына қажетті қоғамның моральдық, физикалық және этикалық құндылықтарын сақтау мен нығайту үшін отбасына ерекше рөл жүктелген [5]. Репродуктивті мінез-құлық мәселесі соңғы уақытта қоғамда әлеуметтік сипат алды. Жасөспірімдер денсаулығы бұзылуының себебі ретінде әлеуметтік-экономикалық факторлардың рөлі артты. Жасөспірімдердің мінез-құлықтарында, соның ішінде зиянды заттарды тұтыну, алкоголизм, темекі шегу секілді бейімделмеген мінез-құлықтар артып келеді. Жыныстық мінез-құлықтың қалыптасуы балалық шақтан басталады және негізінен жасөспірім кезеңде пайда болады. Жыныстық мінез-құлық нормалары тез өзгереді. Қоғамның түрлі салаларында болып жатқан әлеуметтік-мәдени өзгерістер, әсіресе, жастар арасындағы жыныстық қатынастардың айтарлықтай еркін түрде жүруіне әкелді. Артық салмақ, дұрыс тамақтанбау және тез дайындалатын тағамдарды көп мөлшерде тұтыну жасөспірім қыздардағы гинекологиялық аурулардың өсуіне әкеледі.

Айта кету керек, пайда болған жүктілікке байланысты жасөспірім қыз дәрігер көмегіне жүгінген кезде дәрігер жүктілікті тіркеуге, ата-анасының біріне (қамқоршысына), ішкі істер органдарына хабарлауы керек және мұнда құпиялылық пен оның маңызды қағидасы бұзылады [20].

Соңғы 10 жыл ішінде дені сау қыздардың үлесі 28,6-дан 6,3%-ға дейін төмендеді. Жасөспірім қыздардағы аурушаңдық деңгейі ер балаларға қарағанда 10-15%-ға жоғары [13]. Соматикалық патологияның жоғарылауы аясында жасөспірімдердегі репродуктивті жүйе аурушаңдығының артуы айтарлықтай байқалды, бұл болашақта репродуктивті функцияны жүзеге асырудың қолайсыз фонын тудырады. Соңғы 10 жылда жасөспірім қыздар арасында етеккір циклінің бұзылуы 3,5 есеге, қабыну ауруларының жиілігі 5,4 есеге өсті [14]. Бұл жағдай көбінесе жасөспірімдердің ортасында болып жатқан қолайсыз процестер мен тенденцияларға байланысты. Белсенді өмір позициясы жасөспірімдерді жаман әдеттерге - темекі шегуге, алкогольді ішуге және жыныстық белсенділіктің ерте басталуына әкеледі.

Әр жыл сайын жасөспірімдердің жыныстық белсенділігінің артуы, жыныстық белсенділіктің ерте басталуы, интимдік гигиенаға, оның ішінде жыныстық гигиенаға деген сауатсыз көзқарас қаламаған жүктілікке, босануға, жасанды түсік жасатуға, жыныстық жолмен берілетін инфекцияларын (ЖЖБИ) жұқтыруға, кіші жамбас қуысы ағзаларының қабыну ауруларына шалдықтырады [8-10]. Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар - бұл 15-тен 45 жасқа дейінгі әйелдер арасындағы репродуктивті денсаулықты жоғалту бойынша екінші орында. Жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың өсу қарқыны үлкен алаңдаушылық туғызады, олар әсіресе, жасөспірімдер мен жастар арасында өте жоғары [11].

Егер жүкті жасөспірім нәрестені дүниеге әкелемін деп шешсе, онда ол бала тәрбиелеу, материалдық қиындықтар, білім мен мамандық алу секілді көптеген мәселелерге тап болады [17]. Жасөспірім ана қоғамның тең құқылы мүшесі болу мүмкіндіктерінен айырылады, ол әлеуметтік оқшаулану жағдайына тап болады. Мектеп басшылығы босанған жасөспірім оқушының өміріне көп қатысып, араласуға ынта білдірмейді, мектеп қабырғасында жас ана айыптау мен кері көзқарастағы пікірлерге тап болады. Кәмелетке толмаған жасөспірім анаға жұмысқа орналасу және отбасын асырау үшін қажетті еңбек және кәсіптік дағдыларды игеру мүмкіндігі жоқ, ал кәмелетке толмаған жасөспірім ананы жұмысқа алғысы келетін жұмыс берушілер саны өте аз [11].

Қоғам қаншалықты прогрессивті болса да, жүкті жасөспірімдер мен некеде тұрмайтын, жас аналарға деген пікір арқашанда теріс болады. Олар көбінесе босанғаннан кейін балаларынан бас тартып, емханада бас тарту құжаттарын рәсімдемейді, өздерінің ата-аналық міндеттерін сезінбейді.

Қазіргі уақытта жасөспірім аналарды әлеуметтік қолдау және реттеу саласындағы мемлекеттік қызметті жетілдіру, бастапқы кезеңде мемлекет тарапынан қаржылық қолдау көрсету қажет. Әрине, білім беру ұйымдарындағы жасөспірімдер жүктілігінің алдын-алу және жасөспірімдерді осы мәселеге дұрыс көзқараспен тәрбиелеу жөніндегі шаралар жүйесін ескерусіз қалдыруға болмайды.

Сонымен, жасөспірімдер жүктілігінің әлеуметтік аспектілері арасында жасөспірімдердің жылдам өсуі мен дамуы, жасөспірім ұлдар мен жасөспірімдер қыздар арасындағы қарым-қатынастарды реттейтін нормалардың өзгеруі, гендерлік сұрақтар туралы жасөспірімдер арасында дұрыс пікір қалыптастыру бойынша медициналық-педагогикалық шаралардың жүйесін өзгерту сияқты мәселелердің туындауына

ықпал ететін факторларды атап өткен жөн. Алғашқы жыныстық қатынастың келесі түрлері ажыратылады: зорлық-зомбылық; инертті мінез-құлық; ерікті келісім; инновациялық мінез-құлық; алкоголизация немесе сыраға тәуелділік. Олардың арасында ең көп таралған сценарий - бұл сыраның әсерінен туындаған қатынас. Жыныстық қатынастардың салдары жүктілік болып табылады, оның нәтижесі жасөспірім қыздар үшін әлеуметтік жағынан да, медициналық жағынан да әрдайым қиындық туғызады: жасанды түсік, ерте ана болу, ерте тұрмысқа шығу, перзентханаларда баланы тастап кету, баладан бас тарту.

Жасөспірімдердің жүктілік мәселесі отбасындағы, мектептегі жыныстық, гигиеналық және репродуктивті денсаулық бойынша білім деңгейімен тығыз байланысты. Осыған байланысты білім беру мекемесінде жасөспірімдер жүктілігінің алдын-алуды ұйымдастыру, профилактикалық бағдарламаларға ата-аналарды, мұғалімдерді, әлеуметтік педагогтарды, медицина қызметкерлерін, психологтарды және басқа да мамандарды тарту қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Анализ проблемы раннего материнства в Казахстане/А.У. Хайрулина и др. 2010.URL:http://www.soros.kz/sites/default/files/LRP_rannee%20materinstvo_research_11-11-10_1.pdf.

2. Buschman N.A. et al Adolescent girls and their babies: achieving optimal birth weight. Gestational weight gain and pregnancy outcome in terms of gestation at delivery and infant birth weight: a comparison between adolescents under 16 and adult women [Child.Care Helth.Dev], no.2(2001),163-234.

3. Cowden A.S. Funkhouser E. Adolescent pregnancy, infant mortality for birth: Alabama residential live births, 1991-1994 [J. Adolesc. Health], no. 1 (2001): 37-45.

4. Н.В. Набатникова, А. Уразбагамбетов, В.М. Делягин Нарушения менструального цикла у девочек-подростков с увеличенным индексом массы тела и объемом яичников // Репродуктивное здоровье детей и подростков / 2016, №1. -14-18 стр

5. Уварова Е.В., Тарусин Д.И. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков. – М.: Триада – Х, 2009. – 232с

6. Maternal, newborn, child and adolescent health // Maternal, newborn, child and adolescent health URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/ topics/adolescence (дата обращения: 19.10.2017)

7. Что кроется за цифрами: Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности. / ВОЗ. 2003г. Том №1, глава №7. С.125-126

8. Внедрение цикла Анализа критических случаев в акушерской практике на уровне стационара. http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/publications/2016/conducting-a-maternal-near-miss-case-review-cycle-at-hospital-level-2016

9. Девушки-подростки, прервавшие первую беременность медицинским абортом — группа риска по нарушению репродуктивного здоровья / Трубин В. Б. [и др.] // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. — М., 2008. — С. 501-502.

10. Влияние продолжительности менструального цикла на течение беременности и родов у юных женщин/Печенки-на Н.С.[и др.]//Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя».-М.,2006.-С. 200.

11. Нагаев В. В., Толстов В. Г. Подростковая беременность и юное материнство: психосоциальные проблемы. — Сыктывкар: СыктГу, 2004. — 160 с.

12. Baldwin W. Adolescent pregnansy and childbearing: an overview//Semin. Perinatol.-1981.-Vol.5, № 1.- P.1-8.

13. ZiadehS. Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordan // Arch. Cynec. Obstet. — 2001. — Vol. 265, № 1. — P. 26-29.

14. Buschman N. A., Foster G., Vickers P. Adolescent girls and their babies: achieving optimal birth weight. Gestational weight gain and pregnancy outcome in terms of gestation at delivery and infant birth weight: a comparison between adolescent sunder 16 and adult women // Child Care Health Dev. — 2001. — Vol.27, № 2. — P. 163-171.

15. Кесарево сечение у юных женщин / Анохова Л. И. [и др.] // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 17.

16. РадзинскийВ. Е. Контрацепция у подростков // Гинекологическая эндокринология. — 2002. — Т. 4, № 6. — С. 255261.

17. Кравцова О.В., Долгих В.В., Лещенко О.Я. Медико-социальные аспекты здоровья девушек-подростков в городе и сельской местности // Материалы X юбилейного всероссийского научного форума «Мать и дитя». - М., 2009. - С. 497-498. [Kravtsova OV, DoLgikh VV, Leshchenko OY. Mediko-sotsiaL'nye aspekty zdorov'ya devushek-podrostkov v gorode i seL'skoy mestnosti. In: MateriaLy X yubiLey-nogo Vserossiyskogo nauchnogo foruma "Mat' i ditya". (Conference proceedings) Moscow; 2009. P. 497-498. (In Russ.)]

18. Михайлин Е.С. Беременность в подростковом возрасте: психологические особенности и акушерские осложнения // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2016. - № 3. - С. 80-84.

19. Chantrapanichkul P, Chawanpaiboon S. Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. Int J Gynaecol Obstet. 2013;120(2):160-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.08.024.
20. Armstrong B. Adolescent Pregnancy. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. New York: Columbia University Press; 2001.
22. Berlan ED, Holland-Hall C. Sexually transmitted infections in adolescents: advances in epidemiology, screening, and diagnosis. Adolesc.Med State Art Rev.2010;21(2):332-346.
23. Suwal A. Obstetric and perinatal outcome of teenage pregnancy. J Nepal Health Res Counc. 2012;10(1):52-56.
24. Upadhya KK, Ellen JM. Social disadvantage as a risk for first pregnancy among adolescent females in the United States. JAdolesc Health. 2011;49(5):538-541. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.04.011.
24. Smid M, Martins S, Whitaker AK, Gilliam M. Correlates of pregnancy before age 15 compared with pregnancy between the ages of 15 and 19 in the United States. Obstet Gynecol. 2014;123(3):578-583. doi: 10.1097/A0G.
25. Yozwiak JA. Postpartum Depression and Adolescent Mothers: A Review of Assessment and Treatment Approaches. J.Pediatr Adolesc Gynecol. 2010;23(3):172-8. doi: 10.1016/j.jpag.2009.09.003.
26. Rowlands S. Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. Best Pract.Res. Clin Obstet Gynaecol. 2010; 24(5):605-616. doi: 10.1016/j.bpobgyn. 2010.02.016.

Автор для корреспонденции: Аязбеков А.К. ассистент кафедры «Акушерства и гинекологии» МКТУ. имени Х.А. Ясави. г.Туркестан проспект Тауке Хан дом №54А, кв. №3 ardak1981_@mail.ru, тел +77022552404

VALEO

УДК: 630.114:631

БАТЫРОВА Г.А., АБДИКАДИРОВА И.Т., УРГУШБАЕВА Г.М.
НАО «Западно Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»

ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПОЧВЫ МИКРОЭЛЕМЕНТАМИ

Аннотация:
Обзорная статья написана в рамках выполнения научного проекта с грантовым финансированием Комитета науки Министерства образования и науки Республики Казахстан «Разработка онлайн-атласа «Элементный статус населения Западного региона Республики Казахстан»» (ИРН AP08855535).
Ключевые слова: микроэлементы, почва, экология

G. A. BATYROVA, I. T. ABDIKADOVA, G. M. URGUSHBAEVA
NJSC "West Kazakhstan Medical University named after Marat Ospanov"

SOIL CONTAMINATION WITH MICROELEMENTS

The review article was written as part of a scientific project with grant funding from the Science Committee of the Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan "Development of an online atlas" Elemental status of the population of the Western region of the Republic of Kazakhstan "(IRN AP08855535).
Key words: trace elements, soil, ecology

БАТЫРОВА Г. А., АБДИКАДИРОВА И.Т., УРГУШБАЕВА Г.М.
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті "КЕАҚ»

ТОПЫРАҚТЫҢ МИКРОЭЛЕМЕНТТЕРМЕН ЛАСТАНУЫ

Шолу мақаласы Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігі Ғылым Комитетінің гранттық қаржыландыруымен "Қазақстан Республикасының батыс өңірі халқының элементтік мәртебесі "онлайн-атласын әзірлеу" (ЖТН AP08855535) ғылыми жобасын орындау шеңберінде жазылған.
Түйінді сөздер: микроэлементтер, топырақ, экология

Микроэлементы попадают в окружающую среду в результате естественной и антропогенной деятельности и накапливаются в почве и овощах различными путями, что в конечном итоге влияет на здоровье человека, поэтому загрязнение почвы и овощей микроэлементами является одной из самых серьезных экологических проблем в развивающихся и промышленно развитых странах, так как основную часть рациона человека составляют овощи, которые содержат белки, углеводы, витамины и минералы, антиоксиданты и пищевые волокна [1].

Химические элементы поступают в организмы из геохимической среды, где их источником являются почвообразующие породы. За последние десятилетия накопились многочисленные данные о значении микроэлементов (МЭ) для нормального функционирования всех органов и систем организма человека, а также о роли микроэлементного дисбаланса практически при всех видах патологии [2].

Известно, что из 92 встречающихся в природе элементов периодической системы Д.И. Менделеева в организме человека обнаружен 81, причем первые 20 химических элементов составляют 99% от общего их содержания. Оставшийся 1% приходится на 15 эссенциальных (железо, йод, цинк, медь, кобальт, молибден, хром, никель, ванадий, селен, марганец, мышьяк, фтор, кремний, литий) и 4 условно эссенциальных (кадмий, свинец, олово, рубидий) микроэлемента. Несмотря на крайне низкое содержание микроэлементов в организме, значение их для нормального течения физиологических процессов трудно переоценить. Физиологическое значение микроэлементов в первую очередь обусловлено их ролью в составе ферментативных систем организма, оптимальное функционирование которых в большой степени зависит от поступления микроэлементов из окружающей среды. Недостаток, как и их избыток в среде обитания, может привести к заболеваниям, порой крайне тяжелым, в целом обозначаемым как микроэлементозы. Многие из таких болезней (не только человека, но также животных и растений) известны давно, но лишь относительно недавно были раскрыты механизмы их развития. На поступление микроэлементов в организм влияет не только их абсолютное содержание в окружающей среде и продуктах питания, но и соотношение их между собой и с другими химическими веществами. Нутритивный дисбаланс может как снижать, так и усиливать всасывание микроэлементов из просвета желудочно-кишечного тракта. Многие эссенциальные микроэлементы и их значение для человека изучены относительно хорошо; в наибольшей степени это относится к железу, йоду, цинку, селену и ряду других [2].

Потребление металлов с пищей через загрязненные овощи может вызвать различные хронические заболевания. Потребление пищи, загрязненный микроэлементами, может серьезно истощить некоторые важные питательные вещества в организме. Это истощение также является причиной снижения нарушений питания, иммунологической защиты, нарушений психосоциальных способностей, задержки внутриутробного развития и высокого риска развития рака желудочно-кишечного тракта [3].

Источники микроэлементов в почве и окружающей среде являются как природными, так и антропогенными. Природные источники включают извержение вулкана , выветривание горных пород и эрозию. Антропогенная деятельность - это, главным образом, ирригация сточных вод, внесение удобрений, пестицидов и шламов, промышленная деятельность, удаление твердых отходов, добыча полезных ископаемых, выплавка, выхлопные газы автомобилей, а также бытовое и сельскохозяйственное использование металлов и металлических соединений. Атмосферное осаждение, коррозия металла и испарение металла из водных ресурсов являются некоторыми другими факторами загрязнения микроэлементами [1].

Различные виды промышленной деятельности прямо или косвенно вносят вклад в загрязнение почвы в результате выброса промышленных стоков, твердых отходов и дыма [4].

Каждый промышленный вид деятельности обычно связан с некоторыми конкретными металлами в зависимости от продукта (производственного процесса). Цементная промышленность способствует высокому уровню содержания Cd, Cr, Cu, Pb и Zn в атмосфере, в то время как Ni, Co, Pb и Cu используются в качестве катализатора, модификаторов и осушителей [5]. Хром связан с кожевенной деятельностью, а Zn используется для агрохимического производства, такого как удобрения [6,7].

Свинец связан с деятельностью нефтеперерабатывающего завода, в то время как Ni связан с нефтехимическими выбросами. Показали внекорневое накопление Cd, сурьма (Sb), Zn и Pb со шпинатом и капустой рядом с плавильным заводом. Отмечается высокая концентрация Pb в томатах (1,968 мг / кг) и Cd в шпинате (1,40 мг/кг), собранных в промышленной зоне Дакка (Бангладеш) [8].

Основными источниками повышенных уровней Pb, Cd, Cu, Zn и Ni в верхних слоях обочин дорог является использование бензина[9]. Потребление моторного масла является причиной наибольшей эмиссии Cd, износ шин является наиболее важной эмиссией для Zn, а износ тормозов является наиболее важным источником эмиссии для Cu и Pb. Битумные и минеральные наполнители в асфальтовых дорожных покрытиях также содержат различные виды микроэлементов, включая Cu, Zn, Cd и Pb [10,11].

Академией наук Республики Башкортостан, установлена тесная взаимосвязь между микроэлементным статусом организма человека и зоны проживания, что позволило провести микроэлементное картирование Республики Башкортостан [2].

Российскими учеными было построены эколого–геохимические карты с выделением аномальных зон. Впервые для городской среды выполнена экологическая оценка состояния окружающей среды по геохимическим критериям на основе методики эколого-геохимического, эколого-геодинамического и медико-геоэкологического анализа. Установлено комплексное влияние геодинамики и техногенеза на формирование геохимических аномалий, установлена их связь с участками с повышенной заболеваемостью населения [2].

Взаимоотношения между почвой и здоровьем часто трудно вывести из-за множества присутствующих смешанных факторов. Тем не менее, недавнее научное понимание почвенных процессов и факторов, влияющих на здоровье человека, позволяет лучше понять воздействие почвы на наше здоровье [12].

Эпидемиологические исследования показали, что почти одна треть населения мира живет в йододефицитных регионах [13]. Более 50 млн. жителей Российской Федерации (РФ) страдают различными формами заболеваний щитовидной железы (ЩЖ). В структуре тиреопатий населения РФ йододефицитные заболевания (ЙДЗ) составляют 65 % у взрослых и 95 % у детей [14,15,16].

По результатам обследования почвенного покрова Российской Федерации в 2016 году отмечается загрязнение почв металлами и мышьяком на уровне 1 ПДК, 1 ОДК 3Ф и выше в зависимости от принятого критерия. Загрязнение почв обнаружено: алюминием – в городах Орск (к 4 и 7Ф), Самара (к 4, 6 и 6,5 Ф); железом – в Раменском районе Московской области (к 3 и 7 Ф); кадмием – в городах Дальнегорск (к 1 и 3 ОДК, п > 29) [17].

Во многих Европейских странах были успешно проведены исследования по применению геохимических карт для решения проблем здоровья и производства растений и животных, и в настоящее время карты используются для определения областей потенциального дефицита микроэлементов и избытка тяжелых металлов, особенно там, где проблемы могут иметь субклинический характер. Геохимические атласы по – прежнему предоставляют ценные источники многоэлементных данных для выбора районов при проведении продовольственных, водных и медицинских обследований и содержат полезную базовую информацию для эпидемиологических исследований [18].

Во многих районах Республики Казахстан из-за интенсивного освоения природных ресурсов, осуществляемое без учета экологических последствий, идет загрязнение земель и в т.ч. почвенного покрова. Основными источниками загрязнения являются выбросы в атмосферу, твердые и жидкие отходы предприятий промышленности, энергетики, военно-промышленного комплекса, хозяйственно-бытовые отходы, автотранспорт. Загрязнение почв тяжелыми металлами, особенно в окрестностях крупных городов и промышленных центров, стало одной из актуальных экологических проблем Казахстана. В промышленных регионах республики распространены значительные очаги антропогенных нарушений и загрязнений почвенного покрова. Значительная роль в загрязнении земель городов принадлежит автотранспорту, количество которого в последние годы значительно увеличилось. Очаги загрязнения почв от промышленных предприятий сформировались в окрестностях городов Усть-Каменогорска, Риддера, Жезказгана, Шымкента, Караганды. Здесь содержание в почве свинца, меди, цинка, кадмия значительно превышает предельно-допустимые концентрации (ПДК). РГП «Казгидромет» проводит отбор проб для определения загрязнения тяжелыми металлами почвы. В 2016 году производился отбор проб почвы весной и осенью в 39 населенных пунктах 14 областей республики и на территории месторождений Атырауской и Мангистауской области. Выбор точек был обусловлен наиболее полным охватом населенного пункта, с учетом загруженных автомагистралей, промышленных объектов, а также школ и рекреационных зон. При изучении загрязнения почв на урбанизированных территориях – пробы отбирались на 5 месторождениях Атырауской области, для определения содержания нефтепродуктов, меди, кадмия, свинца, цинка и хрома (6+), также, на 4 месторождениях Мангистауской области, для определения нефтепродуктов, меди, никеля, свинца, цинка, марганца и хрома (6+). Основными критериями качества являются значения предельно-допустимых концентраций (ПДК) загрязняющих веществ в почв. Превышения ПДК по кадмию, свинцу, меди, цинку и хрому в городах выявлены на границах санитарно-защитных зон крупных промышленных предприятий и в районах крупных автомагистралей [19].

Из исследованных 3 809 проб почвы на санитарно-химические показатели, в 2018 году, отклонения выявлены в 12 пробах или 0,3% (2017 г. - 0%) [20].

В 2019 году, исследования почвы на загрязнения, проведены в 102 населенных пунктах 14 областей республики и в городах Нур-Султан, Шымкент, Алматы. Пробы почвы отбирались в пяти точках населенного пункта весной 2019 года. Выбор точек был обусловлен наиболее полным охватом населенного пункта, с учетом загруженных автомагистралей, промышленных объектов, а также школ и рекреационных

зон. Также, при изучении загрязнения почв на урбанизированных территориях пробы отбирались на 5 месторождениях Атырауской области, для определения содержания нефтепродуктов, меди, кадмия, свинца, цинка и хрома и на 4 месторождениях Мангистауской области - нефтепродуктов, меди, никеля, свинца, цинка, марганца и хрома (6+). Превышения ПДК по кадмию, свинцу, меди, цинку и хрому в городах выявлены на границах санитарно-защитных зон крупных промышленных предприятий и в районах крупных автомагистралей [21].

Исследования почвы г. Актобе в 2014 и 2015 годах на содержание тяжелых металлов (Zn, Cu, Co, Ni, V, Pb) выявили превышение ПДК и Кларка городских почв [22,23, 24, 25].

В 2020 в почве территории г. Актобе выявлены элементы, превышающие ПДК и Кларк городских почв (Cu, Ni, Zn, Co, Cr, Cd, Fe) [26].

Имеющаяся в настоящее время информация не дает полного и достоверного представления о характере и уровне загрязнения всех земель Казахстана. Для получения полных и объективных данных по загрязнению земель и ликвидации существующего загрязнения необходимо проведение детальных эколого-геохимических исследований на всей территории республики с выработкой рекомендаций по ликвидации и стабилизации негативных воздействий на системной основе и с использованием новейших технологий.

Согласно данным Министерства здравоохранения РК, почва является одним из основных путей передачи ряда инфекционных заболеваний. Также почва может прямо или опосредованно оказывать токсическое, аллергенное, канцерогенное, мутагенное и другие виды воздействия на организм человека. Недостаток или избыток микроэлементов может вызывать эндемические заболевания [20].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Gupta, D.K., Chatterjee, S., Datta, S., Veer, V., Walther, C., 2014. Role of phosphate fertilizers in heavy metal uptake and detoxification of toxic metals. Chemosphere 108. P.134–144.

2. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Микроэлементы и микроэлементозы и их значение в детском возрасте // М.: Российский государственный медицинский университет.2008. С.91 -96.

3. Türkdogan, M.K., F. Kilicel, K. Kara, I. Tuncer and I. Uygan: Heavy metals in soil, vegetables and fruit in the endemic upper gastrointestinal cancer region of Turkey. Environ. Toxicol. Pharmacol., 13, 175–179 (2003)

4. Jiao, X., Teng, Y., Zhan, Y.,Wu, J., Lin, X., 2015. Soil heavy metal pollution and risk assessmentin Shenyang industrial district, Northeast China. PLoS One 10. P.1–9.

5. Jan, F.A., Ishaq,M., Ihsanullah, I., Asim, S.M., 2010.Multivariate statistical analysis of heavy metals pollution in industrial area and its comparison with relatively less polluted area: a case study from the City of Peshawar and district Dir Lower. J. Hazard.Mater. 176. P. 609–616.

6. DuongTrang, T.T., Byeong-Kyu, L., 2009. Partitioning and mobility behavior of metals in road dusts from national-scale industrial areas in Korea. Atmos. Environ. 43. P. 3502–3509.

7. Sun, C.Y., Liu, J.S., Wang, Y., Sun, L.Q., Yu, H.W., 2013. Multivariate and geostatistical analyses of the spatial distribution and sources of heavy metals in agricultural soil in Dehui, Northeast China. Chemosphere 92. P. 517–523.

8. Naser, H.M., Shil, N.C., Mahmud, N.U., Rashid, M.H., Hossain, K.M., 2009. Lead, cadmium, and nickel contents of vegetables grown in industrially polluted non-polluted areas of Bangladesh. Bangladesh J. Agric. Res. 34 (4).P. 545–554.

9. Pulles, T., Denier van der Gon, H., Appelman, W., Verheul, M., 2012. Emission factors for heavy metals from diesel and petrol used in European vehicles. Atmos. Environ. 61. P. 641–651.

10. Zhang, F., Yan, X., Zeng, C., Zhang, M., Shrestha, S., Devkota, L.P., Yao, T., 2012. Influence of traffic activity on heavy metal concentrations of roadside farmland soil in mountainous areas. Int. J. Environ. Res. Public Health 9. P.1715–1731.

11. Aktaruzzaman, M., Fakhruddin, A.N.M., Chowdhury, M.A.Z., Fardous, Z., Alam, M.K., 2013.Accumulation of heavy metals in soil and their transfer to leafy vegetables in the region of Dhaka Aricha highway, Savar, Bangladesh. Pak. J. Biol. Sci. 16 (7). P.332–338.

12. Oliva, S.R., Espinosa, A.J.F., 2007. Monitoring of heavy metals in topsoils, atmospheric particles and plant leaves to identify possible contamination sources. Microchem. J. 86. P.131–139.

13. Zimmermann M. B. Iodine deficiency // Endocrine Reviews. – 2009. – № 30. P. 376–408.

14. Brent G. A. Environmental exposures and autoimmune thyroid disease // Thyroid. – 2010. – № 20 (7). P. 755–761.

15. Герасимов Г. А. Как достичь цели устранения йододефицитных заболеваний в России: проблемы и решения:обзор // М., 2008. – С. 8–23.

16. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Трошина Е. А. и др. Дефицит йода – угроза здоровью и развитию детей России: пути решения проблемы: нац. Докл // М., 2006.С. 1–52.

17. Ежегодник. Загрязнение почв РФ токсикантами промышленного происхождения в 2016 году. – Обнинск. ФГБУ «ИПО «Тайфун» - 2017 год.
18. Gabarron, M., Faz, A., Acosta, J.A., 2017. Effect of different industrial activities on heavy metal concentrations and chemical distribution in topsoil and road dust. Environ.Earth Sci. 76. P. 129.
19. Национальный доклад о состоянии окружающей среды и об использовании природных ресурсов Республики Казахстан за 2016 год. С. 131-132.
20. Национальный доклад о состоянии окружающей среды и об использовании природных ресурсов Республики Казахстан за 2018 год. С. 129.
21. Информационный бюллетень "О состоянии окружающей среды Республики Казахстан", Министерство экологии, геологии и природных ресурсов РК, Департамент экологического мониторинга РГП "Казгидромет". Выпуск №1 (27), первое полугодие 2019 года. С.331
22. Kibatayeva K. M., Iztleuova M. K., Tazhigulovaba B. M., Sabyrakhmetova V. M., Urgushbayeva G. M., Kaldybayeva A. T., Turganbayeva A. U., Zhakana A. K., Madikhana Zh. Sh., Manukova V. G., Rabayeva F. A., Alpysbayeva G. K. The Content of Heavy Metals in the Soil in Aktobe City. International journal of environmental & science education 2016, vol. 11, No. 18, P. 11405-11414
23. Alekseenko, V.A.&Lavrov, N.P. (2012). Clarks of chemical elements of soils in residential landscapes. The methodology of research. Problems of biogeochemisty and geochemical ecology. 3, P.120-125.
24. Кибатаев К.М. Бердешева Г.А. Ургушбаева Г.М. Жакан А.К Мадихан Ж.Ш. Амантаева М.Р. Загрязнение почвы города Актобе тяжелыми металлами. "The Europe and the Turkic World: Science, Engineering and Technology": Materials of the V International Scientific-Practical Conference. In three volumes. Volume I – Ankara, Turkey: Regional Academy of Management, 2020. – С.-147-152.
25. Кибатаев К.М., Бердешева Г.А., Ургушбаева Г.М., Абдикадирова И.Т., Кандыгулова Г.Ж., Тажгарина К.Б. Химический состав микроэлементов в почве промышленного города. Ғылыми - практикалық журнал "Валеология: денсаулық - ауру-сауықтыру". Қазақстан Республикасының Валеология Академиясы, «Астана Медицина Университеті» КеАҚ, Тағамтану проблемалары институты. Астана қ. №2, 2020. - 38-45.
26. Кобенов И.А., Ургушбаева Г.М., Тажгарина К.Б. Микроэлементы в почве территории г. Актобе. «Наука и здоровье». Спец.выпуск. №6 (1). г. Семей. 2020. С- 72.

Автор для корреспонденции: Абдикадирова И.Т. - НАО «Западно Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,

VALEO

УДК: 618.3/.4-06:616.36-008.811.6

М.А. БЕКЕТОВА, С.С. ИСКАКОВ
НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Аннотация:

Внутрипеченочный холестаз (ВХБ) у беременных является наиболее распространенной болезнью печени во время беременности, так как его распространенность обуславливается этнической принадлежностью в зависимости от географического региона. По эпидемиологическим данным ВХБ наблюдается у 0,2-1% всех беременностей в европейских странах [1,2,3,4], до 5,6% в Соединенных Штатах и даже выше в странах Южной Америки. Регионы с самыми высокими показателями частоты считаются страны Скандинавии, Чили, Боливии, Индии и Пакистан [1,5,6]. Чаще всего он развивается во втором и третьем триместре беременности и связан с более высокой частотой неблагоприятных неонатальных исходов, таких как: преждевременные роды, респираторный дистресс-синдром новорожденных, околоплодные воды, окрашенные меконием, мертворождение. Этиология ВХБ у беременных недостаточно исследована, но, вероятно, является многофакторной с генетическим, экологическим и гормональным вкладом в развитие и тяжестью заболевания. До настоящего времени, дородовое ведение, а так же оптимальное время для родоразрешения остаются неясными. Не было показано ни одного метода мониторинга плода, который бы предполагал неблагоприятные перинатальные исходы или уменьшал бы их риск. Рекомендации различных национальных профессиональных обществ относительно сроков родов

осложненных ВХБ также расходятся. Королевский колледж акушерства и гинекологии не поддерживает плановое раннее родоразрешение этих беременностей [10], в то время как Американский колледж акушеров и гинекологов поддерживает активное ведение протоколов родов при ВХБ [11]. Этот обзор был направлен на оценку результатов этой рутинной индукции у беременных женщин с ВХБ и исходы у новорожденных

Ключевые слова: Внутрипеченочный холестаз, беременность, зуд, перинатальные исходы

М.А. БЕКЕТОВА, С.С. ИСКАКОВ
«Астана медицина университеті» ҚеАҚ, Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ БАУЫРІШІЛІК ХОЛЕСТАЗДЫҢ ПЕРИНАТАЛДЫ БОЛЖАМЫ

Жүкті әйелдердегі бауырішілік холестаз - жүктілік кезіндегі бауырдың ең көп кездесетін ауруы, оның таралуы географиялық және этникалық белгілерге байланысты анықталады. Эпидемиологиялық мәліметтерге сәйкес, жүкті әйелдердегі бауырішілік холестаз, Еуропадағы барлық жүктіліктің 0,2-1%, Америка Құрама Штаттарында 5,6%, және Оңтүстік Америкада одан да жоғары пайызды құрайды [1,2,3,4]. Ең жиі таралған аймақтарға: Скандинавия, Чили, Боливия, Үндістан және Пәкістан елдері жатады[1,5,6]. Көбінесе ол жүктіліктің екінші және үшінші триместрінде дамиды және жағымсыз неонатальды нәтижелерге жиі әкелетін паталогияға жатады. Мысалы: мерзімінен бұрын босану, жаңа туған нәрестелердегі респираторлық дисстрес синдромы, қағанақ суының мекониямен боялуы және өлі туылу. Жүкті әйелдердегі бауырішілік холестаздың этиологиясы толық зерттелмеген, бірақ бұл аурудың дамуы копфакторлы болып саналады. Мысалы генетикалық, экологиялық және гормоналды. Бүгінгі күнге дейін босанғанға дейінгі күтім, сондай-ақ босанудың оңтайлы уақыты әлі бір тұжырымға келген жоқ. Ұрықтың жағдайының қолайсыз перинаталды нәтижелерге әкелетін немесе олардың қаупін төмендететін бірде-бір әдісі көрсетілмеген. Әр түрлі ұлттық ұйымдардың босанудың оңтайлы уақытын белгілеуге келгенде, көзқарастары әр- түрлі. Корольдік акушерия және гинекология колледжі бұл патологияда жүктіліктің жоспарлы түрде мерзімінен бұрын босануын қолдамаса [10], ал Американдық акушерия және гинекологтар колледжі босану мерзімінің белсенді тактикасын ұсынады [11]. Бұл шолу бауырішілік холестазы бар жүкті әйелдердегі, индукцияның нәтижелері мен жаңа туған нәрестелердегі нәтижелерді бағалауға бағытталған.

Негізгі сөздер: Бауырішілік холестаз, жүктілік, қышыну, перинаталды нәтижелер

M.A. BEKETOVA, S.S. ISKAKOV
NJSC “Medical university of Astana”, Nur-Sultan c., Republic of Kazakhstan

PERINATAL PROGNOSIS FOR INTRAHEPATIC CHOLESTASIS OF PREGNANT WOMEN

Intrahepatic cholestasis (HCB) in pregnant women is the most common liver disease during pregnancy, as its prevalence is determined by ethnicity depending on the geographical region. According to epidemiological data, HCB is observed in 0.2-1% of all pregnancies in European countries [1,2,3,4], up to 5,6% in the United States and even higher in South America. Regions with the highest rates of frequency are considered the countries of Scandinavia, Chile, Bolivia, India and Pakistan [1,5,6]. Most often, it develops in the second and third trimester of pregnancy and is associated with a higher frequency of adverse neonatal outcomes, such as: premature birth, respiratory distress syndrome of newborns, amniotic fluid stained with meconium, stillbirth. The etiology of HCB in pregnant women is not well understood, but it is probably multifactorial with a genetic, environmental and hormonal contribution to the development and severity of the disease. To date, antenatal care, as well as the optimal time for delivery. Remains unclear: Not a single method of fetal monitoring has been shown that would suggest adverse perinatal outcomes or reduce their risk. The recommendations of various national professional societies regarding the delivery time for complicated HCB also differ. The Royal College of Obstetrics and Gynecology does not support the planned early delivery of these pregnancies [10], while the American College of Obstetrics and Gynecologists supports the active management of delivery protocols for HCB [11]. This review was aimed at evaluating the results of this routine induction in pregnant women with HCB and outcomes in newborns.

Keywords: Intrahepatic cholestasis, pregnancy, pruritus, perinatal outcomes

Введение: На сегодняшний день внутрипеченочный холестаз (ВХБ) при беременности, остается одной из основных проблем акушерства, приводя к повышению грозных осложнений таких, как антенатальная и интранатальная гибель плода, младенческая заболеваемость и смертность, а также к негативным отдаленным последствиям для ребёнка. ВХБ – болезнь печени, развивающееся в II либо III

триместре беременности, а также характеризующееся кожным зудом, повышением желчных кислот (ЖК) и печеночных трансаминаз в сыворотке крови.

Его распространенность варьирует в зависимости от этнической принадлежности и географического региона. По эпидемиологическим данным ВХБ встречается у 0,2-1% всех беременностей в европейских странах [1,2,3,4], до 5,6% в Соединенных Штатах и даже выше в странах Южной Америки. Регионы с самыми высокими показателями частоты считаются страны Скандинавии, Чили, Боливии, Индии и Пакистан [1,5,6]. Чаще всего ВХБ встречается у женщин с многоплодной беременностью, у первородящих старшего возраста, ЭКО беременностью, с вирусным гепатитом С и семейным анамнезом холестаза в период беременности.

ВХБ в первый раз был описан в литературе в 1883 г. как «рецидивирующая желтуха в период беременности», которая исчезала после родов. Повреждение часто называли «желтой язвой, идиопатической желтухой при беременности, гепатозом при беременности или гепатотоксемией при беременности» [7]. В 1967г. датский исследователь Фридлендер в первый раз заявил, что «у [icterusgravidarum] прогноз сравнительно лучше для матери, чем для новорождённого, что связано с высоким уровнем преждевременных родов» [8]. Спустя 10 лет финский исследователь Лаатикайнен в первый раз доложил о высоком повышении частоты мертворождения, дистресса плода, а также околоплодных вод, окрашенных меконием в небольшой финской когорте [8]. Только в последние 15 лет, благодаря большим когортным исследованиям, начали появляться достоверные сведения о негативных перинатальных исходах, связанных с холестазом [9].

Цель исследования: Изучить перинатальные исходы при внутрипеченочном холестазе беременных в мировой практике.

Источники данных: Medline, Embase, Scopus, Web of Sciences и Google Academy, подвергались поиску с января 2015г до июня 2020 года.

Методы выбора исследований: Включены рандомизированные, когортные, контролируемые или тематические исследования, в которых сообщалось о материнских и перинатальных исходах у женщин с внутрипеченочным холестазом. Включенными в исследование были контролируемые, когортные и популяционные исследования, а также рандомизированные контролируемые исследования, в которых участвовало не менее 30 человек, и в которых сообщалось о перинатальных исходах.

Этиология, клиника и диагностика внутрипеченочного холестаза: Этиология возникновения ВХБ неизвестна, хотя развитие данного заболевания объясняется мультифакторным фоном, включающий генетические (гены ABCB4, FXR, ABCC2), гормональные (эстрогены и прогестерон) факторы, а также факторы окружающей среды.

Внутри генетических факторов, немаловажная роль в патогенезе ВХБ отводится мутациям белка 3 (MDR3) с многочисленной медикаментозной устойчивостью к гепатобилиарному транспортному белку, участвующего в желчной секреции фосфолипидов [12,13]. Мутации MDR3 отмечаются приблизительно в 16% абсолютно всех случаев ВХБ.

Другим транспортным белком, содействующим развитию ВХБ, считается белок 2 (MRP2), сочетающийся с множественной лекарственной устойчивостью. Тем не менее, взаимосвязь между MRP2 и происхождением болезни была выявлена только в популяции южноамериканских женщин, но среди кавказской национальности практически никакой взаимосвязи не отмечалось [14]. Мутации также могут быть объединены с геном, кодирующий белок BSEP. Было представлено, что смена аминокислоты в расположении 444 приводит к уменьшению уровня белка BSEP (желчного насоса для экспорта желчной соли) и, как следствие, к лекарственному дефекту печени [15].

Участие половых стероидов в этиопатогенезе ВХБ у беременных, было подтверждено частотой ВХБ у женщин с многоплодной беременностью либо у пациентов, получавших оральные контрацептивы. Концентрации эстрогенов, прогестерона и их метаболитов повышаются в течение беременности и доходят пиковых значений в 3-ем триместре, а затем снижаются после родов, что совпадает с анамнезом ВХБ. Но точный патомеханизм вклада половых гормонов в формирование ВХБ до сих пор в полном объеме не объяснен [16].

Что касается факторов окружающей среды, исследователи обращают внимание на аспекты фактора питания, превышение эруковой кислоты из рапсового масла, недостаток селена или влияние пестицидов [17]. Основным и главным симптомом ВХБ считается кожный зуд, возникающий в 2-ой - 3-ем триместре беременности (как правило, в сроке после 30 недель). Появление зуда зачастую предшествует увеличению ЖК и в среднем начинается за 3 недели до постановки диагноза. Зуд не редко начинается на ладонях и подошвах, усугубляющийся в ночное время, что приводит к психологическому стрессу. Зуд улучшается при низких температурах, и в большинстве случаев в течение нескольких суток после родов. При физикальном обследовании можно выявить следы ссадин, но отсутствие первичных поражений кожи, что отличает холестаз от дерматоза беременности [18]. В исследованиях, проведенных Glantzetal. в период с

1999 по 2002 год более чем у 45 000 беременных женщин отмечалось зуд кожных покровов у 2,1%, из них ВХБ подтвержден у 1,5% [19].

Другие симптомы ВХБ могут включать: боль в правом верхнем квадранте, тошноту, плохой аппетит или недосыпание. Легкая желтуха появляется в 10-15% случаев, как правило в течение 4 недель после возникновения зуда. Может возникнуть стеаторея, нарушение всасывания жира, хотя это случается редко. В весьма исключительных вариантах, стеаторея может быть достаточно сильной, что приводит к нехватке витамина К и увеличению тромбопластинового времени [20].

MatanMor и его соавторы в своем исследований, пришли к выводу, что наиболее высокие показатели гестационного диабета и преэклампсии отмечались при беременностях, осложненных ВХБ [21]. В мета-анализе, опубликованном в 2020 г., Arafa и соавторы проинформировали о 2,8-кратном увеличенном риске гестационного диабета и 2,6-кратном увеличенном риске преэклампсии по сравнению с контрольной группой без ВХБ [22].

На международном уровне отсутствуют рекомендации в диагностических аспектах при ВХБ. Диагностическими критериями являются зуд кожных покровов и нарушение функции печени.

На сегодняшний день, более чувствительным биохимическим маркером, применяемым в диагностике ВХБ при беременности, считается уровень общих ЖК, который является первоначальным или единственным лабораторно-обнаруженным симптомом. У здоровых беременных женщин уровни ЖК незначительно выше, нежели у небеременных женщин. Практическое руководство Южной Австралии по материнскому и неонатальному сообществу требуют считать, при диагностике ЖК, пороговое значение - более 15 мкмоль/л, в свою очередь, Американский колледж гастроэнтерологов пороговым уровнем ЖК считает более 10 мкмоль/л. Множественные проспективные исследования оценивают риск осложнений для развития плода при концентрации ЖК свыше 40 мкмоль/л [14]. Также и исследования, проведенные Glantz и его соавторами, указывают, что негативные перинатальные исходы возрастают только после того, как ЖК достигают уровня 40 мкмоль / л [19]. В недавнем мета-анализе исследований Ovadia и его соавторы, расценивающих перинатальные исходы для женщин с ВХБ, было показано, что довольно высокие уровни ЖК в сыворотке крови значительно увеличивают риск мертворождения плода [23]. Но Sentilhes и соавторы предоставили случай гибели плода на 39 неделе беременности при более низком уровне ЖК [24]. С другой стороны, Castano и соавторы продемонстрировали, что высокая гиперхоланемия не всегда приводит к развитию ВХБ [25]. Повышению общего числа жирных кислот, в основном, сопутствует повышение активности аминотрансфераз, в частности аланинаминотрансферазы (АЛТ) [26].

Склонность ЖК агрегировать и действовать как эмульгирующие детергенты считается механизмом их токсичности. Накапливание ЖК в гепатоцитах вызывает гепатотоксичность и освобождение аминотрансфераз (также известных как трансаминазы), билирубина, гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) и щелочной фосфатазы в сыворотку крови. Приблизительно в 2–15 раз повышение активности АЛТ, достигающее более 1000 МЕ/л, отмечалось у 60–85% больных [26]. Тем не менее, референтный диапазон для ALT у беременных женщин все еще является спорным объектом. Постулируется необходимость снижения верхней границы контрольного диапазона, чтобы способствовать более точно идентифицировать беременных женщин с нарушениями функции печени, включая ВХБ. Kondrackieneetal. обнаружили предельные значения для ALT (31 МЕ /л) у женщин с ВХБ [27].В то время как у больных с ВХБ также прослеживается увеличение активности щелочной фосфатазы (АР). С другой стороны, не было найдено высокой активности гамма-глутамилтрансферазы при ВХБ. Трансаминазы при ВХБ увеличиваются в 2 раза, что превосходит верхний порог нормы и считается значимым дифференцирующим фактором от других заболеваний печени, которые могут возникнуть при беременности, такие как, вирусные гепатиты и преэклампсия [15].

Основа терапевтического лечения состоит в уменьшении материнских симптомов и вероятных осложнений для плода. Было проведено множество испытаний по оценке лекарств, используемых при лечении холестаза.

Урсодезоксихолевая кислота (УДХК) является методом выбора. УДХК рекомендована в шести национальных руководствах по лечению ВХБ у беременных [28]. Но в ходе испытания Chappell и соавторы выявили, что УДХК не эффективна в уменьшении неблагоприятных перинатальных исходов у беременных женщин с ВХБ. Хотя УДХК оказалась безопасной, не было выявлено клинически значимого влияния на симптомы материнского зуда. Она не снижает концентрацию ЖК в материнской крови. Таким образом, Chappell и соавторы предположили, что отсутствие доказательств полезности in vivo должно препятствовать дальнейшему рутинному клиническому применению УДХК, даже при отсутствии вреда, чтобы женщины не получали не доказанное лечение [29]. У 20% женщин с ВХБ развиваются послеродовые кровотечения из-за недостатка витамина К и нарушения синтеза витамин-К-зависимых факторов свертывания [30].

В послеродовом периоде у женщин, перенесших ВХБ повышен риск развития билиарной патологии (холецистита, билиарного сладжа, желчнокаменной болезни). Наиболее часто в послеродовом периоде встречаются воспалительные заболевания, в основном инфекции мочевыводящих путей. Существуют сведения о том, что приблизительно у 50% женщин с диагностированной инфекцией мочевыводящих путей страдали ВХБ. У пациенток, перенесших ВХБ, в дальнейшем существенно чаще развиваются гепатит С, стеатогепатит и панкреатит. Риск сочетанных поражений печени у этой категории пациенток наиболее высокий, нежели в обычной популяции. В шведском исследовании, в котором приняли участие более 11 000 женщин с ВХБ, было выявлено увеличение частоты рака печени и желчных путей, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы и болезни Крона по сравнению с контрольной группой без ВХБ [31].

При ведении беременных с ВХБ и определении метода родоразрешения необходимо отталкиваться из того факта, что состояние и возможность гибели плода напрямую зависят от тяжести болезни заболевания. В этой связи большая часть клиницистов во многих странах предпочитают выжидательную тактику родоразрешения с тщательным наблюдением за состоянием беременной, начиная с 34-й недели (еженедельный мониторинг уровня ЖК, трансаминаз, билирубина, ЩФ, ГГТП, а также иных показателей, определяющих функциональное состояние печени). Arthuis и соавторы, в своем проведенным 8-летнем исследовании, считают, что наилучшей тактикой ведения беременной при ВХБ является выжидательная с динамическим контролем за состоянием матери и плода. И считают, что оптимальным сроком родоразрешения является 38 недель беременности [32]. Королевский колледж акушеров и гинекологов при тяжелом течении ВХБ с биохимическими нарушениями рекомендуют родоразрешить беременную в сроке 37 недель [25]. FrankZ. и соавторы предложили свои сроки родоразрешения, согласно уровню ЖК: при уровне ЖК 40-100мкмоль/л- родоразрешение целесообразно провести в сроке 38-39 недель, а при уровне 100мкмоль/л и более – оптимальным сроком родоразрешения является 36 недель и более [33,34].

Из-за отсутствия рекомендаций, основанных на рандомизированных исследованиях, оптимальный срок родоразрешение пациенток с ВХБ в настоящий период не определен.

Роды через естественные родовые пути при ВХБ не противопоказаны. Кесарево сечение этой категории беременных может быть выполнено при угрожающем состоянии плода [35].

Перинатальный прогноз при внутрипеченочном холестазе беременных: ВХБ относится к высокому риску осложнений беременности. Объективных прогностических маркеров неблагоприятных исходов беременности, за исключением высокого уровня ЖК в сыворотке крови матери, превышающего 40 мкмоль/л, в настоящее время не существует.

Однако, определение уровня ЖК доступно не во всех лабораториях, что показывает на необходимость поиска иных информативных прогностических маркеров осложнений беременности у пациенток с ВХБ.

При исследовании перинатальных исходов принимались во внимание срок родов, способ родоразрешения, наличие признаков внутриутробной гипоксии плода, состояние плода на период рождения. В наблюдавшейся группе пациенток частота развития преждевременных родов составила 31,9%, внутриутробной гипоксии плода 29,9%, преэклампсии 23,7%, а необходимость в проведении кесарева сечения из-за развития осложнений беременности возникла в 40 (41,2%) случаях [35].

Было продемонстрировано, что ВХБ повышает риск спонтанных преждевременных родов. Germainetal. наблюдали, что желчные кислоты увеличивают экспрессию и чувствительность рецепторов окситоцина в мышцах матки, что приводит к увеличению частоты преждевременных родов у пациентов с ВХБ [36]. В 2019г. исследователи Ovadia и его сотрудники в своем мета-анализе, показали, что объединенное отношение шансов для спонтанных преждевременных родов составило 3,47. Учитывая новые рекомендации сравнительно сроков родов для ВХБ, неудивительно, что риск ятрогенных преждевременных родов высокий с отношением шансов 3,65 [23].

ВХБ может способствовать ухудшению состояния плода (гипоксия, недоношенность, низкий вес при рождении, патологии печени, развитие респираторного дистресс-синдрома в 10-44% случаев) или даже его гибели в 1-3% случаев [1;7]. Механизм токсического влияния холемии на плод до сих пор полностью непонятен [32]. Наиболее грозными осложнениями для плода, связанных с холестазом при беременности считается гибель плода. При отсутствии лечения смерть плода наступает приблизительно в 10% случаев, при проведении медикаментозной терапии в 0-2%. Взаимосвязь между высокими уровнями ЖК и мертворождением постоянно докладывается в литературе, но большая часть исследований на сегодняшний день не в состоянии проинформировать о частоте мертворождения. Риск мертворождения повышается у женщин с ВХБ, при концентрации желчных кислот в сыворотке крови выше 100 мкмоль/л [25]. В 2004 г. Glantz и его сотрудники первыми заявили о довольно значительной когорте для того, чтобы показать взаимосвязь между холестазом и неблагоприятными исходами у плода. В исследовании участвовали 505 шведских женщин с легким или тяжелым холестазом. Ученые выявили, что спонтанные преждевременные роды, асфиксия плода и околоплодные воды, окрашенные меконием возросли на 1–2%, на дополнительные

1 мкмоль/л ЖК в сыворотке крови [19]. В 2014 г.Джинес и соавторы показали взаимосвязь между холестазом и мертворождением в довольно большой когорте. В исследовании участвовали 713 британских женщин с тяжелым холестазом (ЖК ≥40 мкмоль/л). Ученые заключили, что соотношении шансов было равное 2,6 для мертворождения (10/664, 1,5% против 11/2205, 0,5%; отношение нескорректированных шансов - 3,05; а скорректированное отношение шансов 2,58 при доверительном интервале 95% (1,03–6,49) по сравнению с контрольной группой [37]. В 2019г. исследователи Ovadia провели мета-анализ для оценки перинатальных исходов у женщин с ВХБ и выявили, что весьма высокие уровни ЖК в сыворотке крови значительно увеличивают риск мертворождения. Общий коэффициент мертворождения у женщин с уровнем ЖК больше 100 мкмоль /л составил 3,44%, что в 12 раз превосходит фоновый риск мертворождении в популяции [23].

При ВХБ наблюдалась высокая частота респираторного дистресс-синдрома (RDS) 2,46. Частота RDS была в три раза выше среди новорожденных из группы пациентов с ВХБ. Zecca и соавторы, в своем исследовании показали, что риск развития РДС у новорожденных с ВХБ в 2,5 раза выше, чем у детей в контрольной группе (28,6% против 14%), независимо от уровня желчных кислот [38,39]. Частота госпитализации в отделения интенсивной терапии новорожденных, была примерно в три раза выше при ВХБ, чем в контрольной группе (p=0,018). Кроме того, неонатальная заболеваемость была выше в случаях ВХБ по сравнению с контрольной группой. Высокая неонатальная заболеваемость среди новорожденных объясняется гипотезой, о влиянии желчных кислот на легкое новорожденнего, которое может вызывать «желчно-кислую пневмонию» [31,38,39].

Околоплодные воды, окрашенные меконием – это еще одно осложнение, связанное с ВХБ. В 2019г. Ovadia и соавторы в своем мета-анализе выявили, что частота околоплодных вод, окрашенных меконием увеличилась с базового уровня ~ 11% до ~ 19% у беременных с ВХБ [23]. В 1996 г. в исследовании женщин в Южной Калифорнии, пассаж мекония был отмечен у 44% больных с холестазом [40].

Помимо этого, ВХБ приводит к нарушениям течения раннего неонатального периода.

Что касается развития осложнений в более поздние сроки при данной патологии, то некоторые авторы отмечают зависимость между наличием заболеваний печени и желчных путей у матери и состоянием здоровья ребенка. Дети, рожденные у женщин с хроническими болезнями печени и желчевыводящих путей, относились к группе часто болеющих с различными иммунными нарушениями. Эти дети должны находиться под пристальным диспансерным наблюдением участкового педиатра. У этих детей прослеживаются разнообразные заболевания органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. Таким детям присуще несколько симптомов, которые можно объединить в определенный симптомокомплекс - психоневрологические расстройства в виде отставания в интеллектуальном развитии, снижения слуха, отставания в физическом развитии - сниженные показатели массы тела и темпов роста. Степень этих поражений зависит от сроков возникновения, тяжести и длительности болезни у матери [31]. Кроме этого, хронические болезни печени матери обуславливают рождение потомства с нарушениями иммунитета и депрессией фагоцитарной активности мононуклеарных фагоцитов [31].

Вероятность внутрипеченочного холестаза беременности, повторяющегося во время последующей беременности, составляет около 60% [35].

Выводы: Таким образом, данные клинических и экспериментальных исследований свидетельствуют о довольно негативном влиянии ВХБ на течение беременности, а также на родившееся в таких условиях потомство.

Увеличение доли госпитализации в отделениях интенсивной терапии новорожденных и увеличения числа ятрогенных преждевременных родов, высокого риска мертворождения и антенатальной гибели плода, требует конкретизации и доработки в тактике ведения беременных с ВХБ.

Чрезвычайно важным представляется информирование пациентки о наличии у нее ВХБ для скринингового наблюдения при последующих беременностях.

ВХБ оказывает неблагоприятное влияние на развитие плода, и такие беременные заслуживают более тщательного наблюдения. Рождение детей при достижении зрелости может минимизировать риск неблагоприятных исходов. И хотя некоторые данные в научной литературе поддерживают практику выборного досрочного родоразрешения, оптимальные сроки родоразрешения еще не установлены.

ВХБ продолжает быть распространенным, грозным и недостаточно изученным осложнением беременности, для которого, безусловно, было бы оправдано продолжение исследований.

Прозрачность исследования: *Исследования не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.*

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях: *Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.*

Конфликт интересов: *Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Lee N. M., Brady C. W. Liver disease in pregnancy //World journal of gastroenterology: WJG. – 2009. – T. 15. – №. 8. – C. 897.

2. Floreani A., Gervasi M. T. New insights on intrahepatic cholestasis of pregnancy //Clinics in liver disease. – 2016. – T. 20. – №. 1. – C. 177-189.

3. Smith D. D., Rood K. M. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy //Clinical Obstetrics and Gynecology. – 2020. – T. 63. – №. 1. – C. 134-151.

4. Piechota J., Jelski W. Intrahepatic Cholestasis in Pregnancy: Review of the Literature //Journal of Clinical Medicine. – 2020. – T. 9. – №. 5. – C. 1361.

5. Lee R. H. et al. The prevalence of intrahepatic cholestasis of pregnancy in a primarily Latina Los Angeles population //Journal of perinatology. – 2006. – T. 26. – №. 9. – C. 527-532.

6. REYES H. et al. Prevalence of intrahepatic cholestasis of pregnancy in Chile //Annals of internal medicine. – 1978. – T. 88. – №. 4. – C. 487-493.

7. Geenes V., Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy //World journal of gastroenterology: WJG. – 2009. – T. 15. – №. 17. – C. 2049.

8. Friedlaender P., Osler M. Icterus and pregnancy //American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 1967. – T. 97. – №. 7. – C. 894-900.

9. Sjövall K., Sjövall J. Serum bile acid levels in pregnancy with pruritus (bii. e acids and steroids 158) //Clinica Chimica Acta. – 1966. – T. 13. – №. 2. – C. 207-211.

10. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists et al. Obstetric cholestasis//Green-top Guideline.–2011.–№.43.

11. Late-preterm M. I. Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. – 2019.

12. Jacquemin E., Cresteil D. Heterozygous non-sense mutation of the MDR3 gene in familial intrahepatic cholestasis of pregnancy //The Lancet. – 1999. – T. 353. – №. 9148. – C. 210-211.

13. Rosmorduc O., Poupon R. Low phospholipid associated cholelithiasis: association with mutation in the MDR3/ABCB4 gene //Orphanet journal of rare diseases. – 2007. – T. 2. – №. 1. – C. 1-6.

14. Kawakita T. et al. Predictors of adverse neonatal outcomes in intrahepatic cholestasis of pregnancy //American journal of obstetrics and gynecology. – 2015. – T. 213. – №. 4. – C. 570. e1-570. e8.

15. Poupon R. et al. Genotype-phenotype relationships in the low-phospholipid-associated cholelithiasis syndrome: a study of 156 consecutive patients //Hepatology. – 2013. – T. 58. – №. 3. – C. 1105-1110.

16. Geier A. et al. Regulation of basolateral organic anion transporters in ethinylestradiol-induced cholestasis in the rat //Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Biomembranes. – 2003. – T. 1609. – №. 1. – C. 87-94.

17. Dixon P. H., Williamson C. The pathophysiology of intrahepatic cholestasis of pregnancy //Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology. – 2016. – T. 40. – №. 2. – C. 141-153.

18. Lee R. H. et al. Pregnancy outcomes during an era of aggressive management for intrahepatic cholestasis of pregnancy //American journal of perinatology. – 2008. – T. 25. – №. 06. – C. 341-345.

19. Glantz A., Marschall H. U., Mattsson L. Å. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: relationships between bile acid levels and fetal complication rates //Hepatology. – 2004. – T. 40. – №. 2. – C. 467-474.

20. Kondrackiene J., Kupcinskas L. Intrahepatic cholestasis of pregnancy-current achievements and unsolved problems //World journal of gastroenterology: WJG. – 2008. – T. 14. – №. 38. – C. 5781.

21. Mor M. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy as a risk factor for preeclampsia //Archives of Gynecology and Obstetrics. – 2020. – T. 301. – №. 3. – C. 655-664.

22. Arafa A., Dong J. Y. Association between intrahepatic cholestasis of pregnancy and risk of gestational diabetes and preeclampsia: a systematic review and meta-analysis //Hypertension in Pregnancy. – 2020.–C.1-7.

23. Ovadia C. et al. Association of adverse perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy with biochemical markers: results of aggregate and individual patient data meta-analyses //The Lancet. – 2019. – T. 393. – №. 10174. – C. 899-909.

24. Sentilhes L. et al. Fetal death in a patient with intrahepatic cholestasis of pregnancy //Obstetrics & Gynecology. – 2006. – T. 107. – №. 2. – C. 458-460.

25. Castaño G. et al. Bile acid profiles by capillary electrophoresis in intrahepatic cholestasis of pregnancy //Clinical science. – 2006. – T. 110. – №. 4. – C. 459-465.

26. Prati D. et al. Updated definitions of healthy ranges for serum alanine aminotransferase levels //Annals of internal medicine. – 2002. – T. 137. – №. 1. – C. 1-10.

27. Kondrackiene J., Beuers U., Kupcinskas L. Efficacy and safety of ursodeoxycholic acid versus cholestyramine in intrahepatic cholestasis of pregnancy //Gastroenterology. –2005.–T.129.–№.3.– C.894-901.

28. Bicocca M. J., Sperling J. D., Chauhan S. P. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: review of six national and regional guidelines //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2018. – Т. 231. – С. 180-187.
29. Chappell L. C. et al. Ursodeoxycholic acid versus placebo in women with intrahepatic cholestasis of pregnancy (PITCHES): a randomised controlled trial //The Lancet. – 2019. – Т. 394. – №. 10201. – С. 849-860.
30. Glantz A. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: amelioration of pruritus by UDCA is associated with decreased progesterone disulphates in urine //Hepatology. – 2008. – Т. 47. – №. 2. – С. 544-551.
31. Marschall H. U. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated hepatobiliary disease: a population-based cohort study //Hepatology. – 2013. – Т. 58. – №. 4. – С. 1385-1391.
32. Arthuis C. et al. Perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis during pregnancy: An 8-year case-control study //Plos one. – 2020. – Т.15. – №. 2. – С. e0228213.
33. Frank Z. C. et al. Timing of Delivery in Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy With Total Bile Acids 40–99 μmol/L: A Decision Analysis [39N] //Obstetrics & Gynecology. – 2020. – Т. 135. – С. 156S.
34. Frank Z. C. et al. Timing of Delivery in Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy With Total Bile Acids≥ 100 μmol/L:A Decision Analysis [38N] //Obstetrics & Gynecology.–2020. –Т.135.– С.155S-156S.
35. Cerneţchi O., Cemortan M., Sagaidac I. Etiopatogenia complicaţiilor materno-fetale ale colestazei intrahepatice de sarcină //Buletin de Perinatologie. – 2019. – Т. 85. – №. 4. – С. 39-44.
36. Germain A. M. et al. Bile acids increase response and expression of human myometrial oxytocin receptor //American journal of obstetrics and gynecology. – 2003. – Т. 189. – №. 2. – С. 577-582.
37. Geenes V. et al. Association of severe intrahepatic cholestasis of pregnancy with adverse pregnancy outcomes: a prospective population-based case-control study //Hepatology.–2014.–Т.59.– №4.–С.1482-1491.
38. Zecca E. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and neonatal respiratory distress syndrome //Pediatrics. – 2006. – Т. 117. – №. 5. – С. 1669-1672.
39. Zecca E. et al. Bile acid-induced lung injury in newborn infants: a bronchoalveolar lavage fluid study //Pediatrics. – 2008. – Т. 121. – №. 1. – С. e146-e149.
40. Alsulyman O. M. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: perinatal outcome associated with expectant management //American journal of obstetrics and gynecology. – 1996. – Т. 175. – №. 4. – С. 957-960.

Автор для корреспонденции: Бекетова Макпал Аманбаевна, магистрант кафедры Акушерства и гинекологии №2 НАО “Медицинский Университет Астана», Специальность 7М10102- «Медицина». телефон: +7(771)3710186, e-mail: makpal.beketova0807@gmail.com

VALEO

ӘӨЖ: 614.1/2 (574.5)

БУЛЕШОВ М.А., ӘЛІПБЕКОВА С.Н.
[1]Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ДАМУ ДЕҢГЕЙІН КЕШЕНДІ БАҒАЛАУ НЕГІЗІНДЕ ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Аннотация:
Мақалада әдебиеттерге шолу жасау арқылы халықтың денсаулық жағдайын, әлеуметтік-экономикалық даму деңгейін кешенді бағалау бойынша еліміздің және шет мемлекеттердің тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерін бағалау мәселелеріне талдау жасалған.
Кілт сөздер: денсаулық көрсеткіштері, аурушаңдық, өлім-жітім, мүгедектік, кешенді бағалау.

[1]М.А.БУЛЕШОВ, [1]ӘЛІПБЕКОВА С.Н.
[1]Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмета Ясави

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НАСЕЛЕНИЯ

В статье проведен анализ вопросов оценки показателей здоровья населения страны и зарубежных государств по комплексной оценке состояния здоровья населения, уровня социально-экономического развития путем обзора литературы

Ключевые слова: показатели здоровья, заболеваемость, смертность, инвалидность, комплексная оценка.

[1]M.A.BULESHOV, [1]S.N.ALIPBEKOVA
[1]Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University

ASSESSMENT OF THE HEALTH STATUS OF THE POPULATION OF THE TURKESTAN REGION BASED ON A COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE HEALTH STATUS AND THE LEVEL OF SOCIO-ECONOMIC DEVELOPMENT OF THE POPULATION

The article analyzes the issues of assessing the health indicators of the population of the country and foreign countries for a comprehensive assessment of the health status of the population, the level of socio-economic development by reviewing the literature.

Key words: health indicators, morbidity, mortality, comprehensive assessment.

Кіріспе. Халықтың денсаулық жағдайы - қоғамдық дамудың маңызды көрсеткіштерінің бірі. Ол қоғамның экономикалық, еңбек және мәдени әлеуетін құрайды, елдің әлеуметтік-экономикалық және гигиеналық жағдайын сипаттайды. Сондықтан оның қалыптасу заңдылықтарын зерттеуге ерекше назар аудару керек [1]. Қазақстандағы мезгілсіз өлім деңгейі ДДҰ Еуропалық аймағындағы елдер арасында ең жоғары көрсеткішке ие; 2012 жылы бұл көрсеткіш 30 жастан 69 жасқа дейінгі 100000 тұрғынға шаққанда 648,31-ді құрады. 2013 жылы Қазақстанда мезгілсіз өлім салдарынан туындайтын өмірді жоғалтудың негізгі себептері жүректің ишемиялық ауруы, цереброваскулярлық бұзылулар және өзіне-өзі зиян келтіруден туындады(Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015). Инсульттен туындайтын өлім-жітім 1000 адамға шаққанда 1,08 құрайды, бұл Қазақстандағы жалпы өлім-жітімнің 26%-ын құрайды[2]. 2017 жылы орташа өмір сүру ұзақтығы 72,95 жасты құрады. Республикадағы мезгілсіз өлім деңгейіне келетін болсақ, бұл ДДСҰ-ның Еуропалық аймағында ең жоғары көрсеткіштердің бірі болып табылады. Қазақстандағы тұрғындар арасында өлім-жітімнің негізгі себептерінің бірі – жұқпалы емес аурулар болып табылады[3]. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі – «Саламатты Қазақстан» мембағдарламасы) іске асырылған кезеңде: күтілетін өмір сүру ұзақтығының 71,62 жасқа дейін өсуі (2010 жылы – 68,45 жас), халықтың жалпы өлім-жітімінің 15,3%-ға төмендеуі (2010 жылы – 1000 тұрғынға шаққанда 8,94, 2014 жылы – 7,57); Жалпы өлім-жітім құрылымында қан айналымы жүйесінің сырқаттары басты себеп болып табылады (22,3%). Екінші себебі қатерлі ісіктерден болатын өлім-жітім болып табылады (12,1%). Үшінші орында – жазатайым оқиғалардан, жарақаттар мен уланудан болатын өлім-жітім (11,3%) [4]. Тұрғындардың денсаулығын сақтау тұрғындардың өздерінің денсаулығына қамқорлық жасау, өмір салтын және қоршаған ортаны жақсартуға бағытталған тұрғындардың өздерінің белсенділігінсіз мүмкін емес. Өте жоғары өлім көрсеткіші мәселесі мемлекеттің ерекше бақылауына алынған арнайы шаралар жүйесі енгізілмесе оң шешімін табады деп күтуге болмайды. Атап айтқанда: ішімдік тұтынуды төмендету, балалар мен жасөспірімдерге медициналық-әлеуметтік көмек көрсету кеңселерін құру, суицидтің алдын алу құралы ретінде сенім телефондарын қолдау, онкологиялық ауруларды ерте анықтау бағдарламалары, ауыл тұрғындарына денсаулық сақтауды жақсарту, қауіпсіз еңбек жағдайларын қамтамасыз ету, жол-көлік оқиғаларының алдын алу [5]. Денсаулық көрсеткіштері денсаулық сақтау мекемелері қызметінің көлемі мен сипатын, медициналық, диагностикалық, профилактикалық және басқа шараларға арналған бюджеттік біртіндеп жақсартуға бағытталған медициналық-әлеуметтік және сақтандыру қорларының шығындарын анықтап қана қоймайды, сонымен қатар ұйымдастырушылық және құрылымдық-функционалдық қайта құрулар қажеттілігін көрсетеді [6]. Ресей Федерациясы аймақтарында халықтың денсаулық көрсеткіштері айтарлықтай ерекшеленеді. Перинатальдық және нәресте өлімінің көрсеткіштерінің айырмашылығы аймақтар бойынша сәйкесінше 3 және 4 есе [7]. Аурушаңдық, тұрғындардың денсаулық жағдайының негізгі көрсеткіштерінің бірі ретінде соңғы 5 жылда жалпы алғанда оның өзгеруінің оң тенденциясымен: Ресейде де, сондай-ақ Қазақстанда да тұрақтануымен сипатталады [8]. Өмірлік циклдың барлық кезеңдерінде - балалық шақтан бастап қартайғанға дейін – бүкіл әлем бойынша миллиардтаған адамдар инфекциялық емес аурулармен ауырады. Көптеген адамдар 4 инфекциялық емес аурулардан қайтыс болады – жүрек-қантамырлары аурулары, онкологиялық аурулар, созылмалы респираторлық аурулар және қант диабеті[9]. Аурудың жаһандық ауыртпалығы (ГББ) зерттеуіне сәйкес, Германиядағы күтілетін өмір сүру

ұзақтығы 1990 жылы 75,4 жастан 2010 жылы 80,2 жасқа дейін өсті. Аурудың жаһандық ауыртпалығы (ГББ) 2010ж. зерттеулері Германияда 2010 жылы өлім жиілігінің ең көп себебі жүректің ишемиялық ауруы (195 797 өлім) болғандығын көрсетті. 2010 жылы Германияда аурулар мен жарақаттардан 23,9 миллион (95% UI 22–26) миллион жыл дені сау өмір жоғалтылды, олардың 52,7%-ы ерлер. Аурудың жаһандық ауыртпалығы (ГББ) классификация жүйесінің екінші деңгейінде (аурулардың 21 негізгі тобы) аурулардың ең маңызды топтары жүрек-қан тамырлары аурулары (19,4%), қатерлі ісіктер (17,9%), сүйек-бұлшықет ауытқушылықтары 15,8%), сондай-ақ психикалық және мінез-құлық бұзылыстары (11,4%) болып табылады[10]. Украинадағы күтілетін өмір сүру ұзақтығы көрсеткіші Еуропалық аймақтан айырмашылығы теріс сипатында, соның салдарынан ол ортаеуропалық деңгейден 9 жылға, және орта әлемдік деңгейден 4 жылға төмен. Соңғы жылдары Украинада өлімнің негізгі себептері инфекциялық емес аурулар және жарақаттар болып табылады. Сондай-ақ елде АҚТҚ/ЖҚТБ және туберкулезден болатын өлім деңгейі айтарлықтай жоғары[11]. Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі Статистика комитетінің алдын-ала мәліметтері бойынша жалпы өлімнің 50%-дан астамын қанайналым жүйесі аурулары (ҚЖА, миокард инфарктісі), қатерлі ісік, жазатайым оқиғалар, жарақаттар мен уланулар құрайды. 2016 жылы ҚЖА-дан туындайтын өлім-жітім 100000 тұрғынға шаққанда 179,8-ді, 2015 жылы 207,7 –ні құрады. 2016 жылы жазатайым оқиғалар, жарақаттар және уланулардан туындайтын өлім-жітім 100000 тұрғынға шаққанда 3224,7 ні, 2015 жылы 3270,4-ті құрады[12]. 1990-2017 жылдар аралығында Польшада барлық себептер бойынша жас бойынша стандартталған өмір сүру ұзақтығы 46,0% -ға төмендеді (95% UI: 43,7-48,2), YLD көрсеткіштері 4,0% (4,2–) төмендеді. 4.9), DALY 31.7% (29.2-34.4). Польшада жүрек-қантамырлары аурулары, сонымен қатар жол-көлік жарақаттары, 1990 жылдан 2017 жылға дейін айтарлықтай төмендеді[13]. Италия. 1990-2017 жылдар аралығында жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын жас бойынша стандартталған өлім-жітім 53,7% -ға төмендеді (белгісіздік интервалы 95% -56,1-ден -51,4-ке дейін), қатерлі ісіктер 28,2% -ға дейін -32,3-тен -24. · 6), ал транспорттық жарақаттар - 62,1% (-64,6-дан -59,2 дейін) [14]. Еуропа мен Орталық Азияның көптеген елдерінде 1990-2010 жылдар аралығында жүректің ишемиялық ауруы, инсульт ауруларының жоғарылау себебінен денсаулықтың нашарлауы мен ересектер арасындағы өлім-жітім көрсеткіштерінің жоғарылауы байқалды. 2010 жылғы GBD зерттеулері әлемнің көп бөлігінде адамдардың ұзақ өмір сүре бастағандығын және жалпы алғанда тұрғындардың қартайғандығын анықтады[15]. Еуропа аймағында барлық нақты себептер бойынша өлім-жітім деңгейі (ерлер және әйелдер арасында және барлық жас топтары арасында) 1990 және 2009 жылдар аралығында төмендеді. 2009 жылы өлім-жітімнің ең көп таралған себебі – шамамен 80% оқиға – инфекциялық емес аурулар болды. Жиілігі бойынша келесі өлім-жітімнің себебі – қатерлі ісіктер; бұл барлық өлім-жітімнің 20%-ын құрайды, кейбір елдерде шамамен 5%-дан 30%-ға дейін. Үшінші негізгі топ – өлім-жітімнің сыртқы себептері (жарақаттар және уланулар), барлық өлім-жітімнің 8%-ын құрайды[16]. Аурулар құрылымын талдау бойынша ҚР қала тұрғындарының алғашқы аурушаңдығының негізгі себебі 2014ж. – тыныс алу жүйелерінің аурулары - барлық аурулардың 40,2%-ын (24116,6‰), жарақаттар мен уланулар - 6,8% (4539,7‰), зәр шығару жүйесінің аурулары - 6,5% (3873,4‰), асқорыту жүйесінің аурулары 6,3% (2371,2‰), тері және тері асты жасушалары аурулары - 5,4% (3812,0‰) құрады. Аталған 5 топ барлық аурулардың 65,2%-ын құраған. Тұрғындардың алғашқы аурушаңдық деңгейі қаралу мәліметтері бойынша 2012 жылдан 2014 жыл аралығында ҚР-да 10,4-17,8%-ды құрады[17]. Алматы қаласының барлық тұрғындарының жалпы аурушаңдығының құрылымын талдау көрсеткендей, бірінші рангілік орынды тыныс алу жүйесі аурулары белгілі уақыт аралығында орташа көрсеткіш 459,15±26,09‰ құрайды. Екінші рангілік орынды қан айналу жүйесі аурулары белгілі уақыт аралығында орташа көрсеткіш 1000 тұрғынға шаққанда 244,62±26,09 құрайды. Үшінші және төртінші рангілік орынды асқорыту жүйесінің аурулары (133,97±7,75‰–8,6%) және зәр шығару жүйесінің аурулары (131,51±13,51‰ – 8,5%) құрайды. Аурушаңдық деңгейі бойынша бесінші орынды жүйке жүйесінің аурулары интенсивті көрсеткіштері 1000 тұрғынға шаққанда 81,31±7,32 құрайды. Алтыншы орынды көз және оның қосалқы мүшелерінің аурулары 73,37±2,71‰-4,7% құрайды[18]. Қазақстанда өлім-жітімнің негізгі себептерінің бірі болып табылатын қан айналым жүйесі аурулары белсенді анықтау нәтижесінде 2014 жылы 100000 тұрғынға шаққанда 2394,7-ке, 2015 жылы 2429,7-ге дейін, 2016 жылы 12 айда 2413,0 –ді құрады. Жүргізілген жұмыстың нәтижесі қанайналым жүйесі ауруларынан туындайтын өлім-жітімнің 2014 жылы 207,2-ге, 2015 жылы 193,8-ге, 2016 жылы 12 айда 179,81-ге төмендеуі болып табылады[19]. 2013 жылдан 2016 жылға дейінгі көрсеткіштерді талдау бойынша жалпы Қазақстан Республикасында жоғары қан қысымымен сипатталатын тіркелген аурулардың 5% өсу динамикасы анықталды [20]. Өлім себептерінің құрылымы бойынша екінші орында қатерлі ісіктер құрайды. 2015 жылмен салыстырғанда қатерлі ісік ауруларының көрсеткіштерінің 2016 жылмен салыстырғанда 100 мың тұрғынға шаққанда 207,7-ден 199,1-ге (2014 жылы – 198,7) төмендеуі байқалады. Бұл көрсеткіштің ең жоғары деңгейі өнеркәсіп дамыған аймақтарда байқалады – бұл Солтүстік Қазақстан (337,8), Павлодар (302,3), Қостанай (299,8), Шығыс Қазақстан (297,5) облыстарында байқалады [21]. Елімізде онкологиялық патологиялардан туындайтын өлім көрсеткіші жалпы өлім арасында екінші

рангілік орынды алады. Қазақстан Республикасында жылда қатерлі ісік ауруынан орта есеппен алғанда 17000 адам көз жұмады, оның 42% еңбек жасындағы тұлғалар. Елімізде соңғы бес жылдың ішінде еңбек жасындағы тұлғалар арасында қатерлі ісіктермен ауыру оқиғалары жиі кездесуде [22]. Қатерлі ісік – әлеуметтік жағдайына қарамастан, тұрғындардың барлық топтарының денсаулық жағдайымен байланысты күрделі мәселе. 2018 жылы әлемде 18,1 миллион адам қатерлі ісікке шалдыққан және 9,6 миллион адам осы аурудан қайтыс болған. Қатерлі ісік 30-69 жас аралығындағы ересек тұрғындар арасында инфекциялық емес аурулардан туындайтын өлім-жітім себептерінің 30%-ын құрайды [23]. Қазақстанда аурушаңдық құрылымы, уақытша еңбекке жарамсыздық және өлім-жітім көрсеткіштері бойынша, сонымен қатар мүгедектікке шығу көрсеткіштері бойынша үшінші орынды жарақаттар құрайды. Жазатайым оқиғалардан және жарақаттардан туындайтын өлім-жітім 2014 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 87,6-дан 2015 жылы 77,52-ге төмендеді [24]. Ауыл тұрғындары арасындағы жарақаттану және улану оқиғалары, сыртқы себептердің өзге де әсерлерінен туындайтын өзгерістер денсаулық көрсеткіштеріне зияндылығын тигізуде. Жарақаттардан туындайтын өлім Қазақстан Республикасы тұрғындары арасында қалыптасқан өлім көрсеткішінде 2 – рангалық орынды иеленеді, ал еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында 1 рангалық орынды қамтып отыр[25]. Оңтүстік Қазақстан облысы тұрғындарының тірек-қозғалыс жүйесі аурулары бойынша 2010-2016 жылдар аралығында көрсеткіштің ең жоғары деңгейі 0-14 жастағы облыс балаларының арасында қалыптасқан болып шықты. Оның деңгейі 100000 адамға балап есептегенде 8096,1‰ ден 8218,9‰ дейінгі аралықта[26]. Күніне 14000-нан астам адам жарақаттан қайтыс болады. Жыл сайын 5 миллионнан астам адам жарақаттан қайтыс болады. Жарақаттар барлық жас топтарына әсер етеді, әсіресе жастар мен еңбекке қабілетті жастағы адамдарға әсер етеді. 15 жастан 29 жасқа дейінгі адамдар үшін жарақат алумен байланысты себептер өлім себептерінің алғашқы бес тобына кіреді[27]. Еңбекке қабілетті жастағы адамдар арасында өлім-жітімнің негізгі себебі – ҚЖА болып табылады, темекі шегу, тамақтану, гиподинамия сияқты қауіп факторлары зерттелген[28]. ҚЖА, қатерлі ісіктерді, туберкулезді, жарақаттарды және уланулардың алдын алу, ерте анықтау, диагностика және терапия ҚР тұрғындарының денсаулық көрсеткіштерін жақсартуға әсер етеді[29]. Зерттеушілер жеке адамның және қоғамның денсаулығына әсер ететін факторлардың құрылымын анықтайды. Аталған факторлар әр түрлі аурулардың пайда болу ықтималдығына, яғни денсаулығының нашарлау қаупінің деңгейіне әсер етуі мүмкін. Жеке адамның денсаулығына әсер ететін факторлардың негізгі топтары және олардың әсер ету дәрежесі (сарапшылардың пікірі бойынша). Факторлар тобы: өмір салты – 50%, қоршаған орта жағдайы – 20%, тұқым қуалаушылық – 15-20%, денсаулық сақтау – 10-15%[30]. Денсаулық сақтаудың жекелеген детерминанттарына жынысы, жасы, мектепке дейінгі білім беру және дамыту, тіл және сауаттылық, өмір салты, тұрғын үй мен жұмыс жағдайлары, кедейлік, тұрғылықты аумағы, азық-түлік қауіпсіздігі және салауатты тамақтануға қолжетімділік, әлеуметтік белсенділік, әлеуметтік қызметтерге, біріншілік медициналық көмек және медициналық қызметтерге қолжетімділік, медициналық сауаттылық, денсаулық сақтау жүйесінің деңгейі, көлік инфрақұрылымын дамыту, мүмкіндігі шектеулі адамдар үшін ортаның қолжетімдігі, қоршаған орта жағдайлары, мемлекеттік және аумақтық денсаулық сақтау саясаты, сонымен қатар кірістерді бөлу, БАҚ, қауіпсіздік кіреді[31]. Ресейде халық денсаулығы сапасының нашарлауын атап өту керек. Аталған жағдай гипертония, жүректің ишемиялық ауруы, стенокардия, миокард инфарктісі, онкологиялық патология, несеп-жыныс жүйесінің аурулары сияқты ауыр созылмалы аурулардың көбеюімен көрінеді[32]. ҚЖА мүгедектікке шығудың абсолютті көрсеткіші 2010 ж. - 250 (2011 ж. – 615), сәйкесінше, 2010 ж. мүгедектік көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 13,5 (2011 ж. – 33,3) құрады. ҚЖА таралу көрсеткіштері шетелдік және Ресей ғалымдарының статистикалық мәліметтерімен сәйкес келеді, тіпті жоғары көрсеткішті құрайды. Аталған жағдай Қазақстанда ҚЖА туындайтын аурушаңдық көрсеткіштерінің тұрақты түрде өсуін көрсетеді [33]. Қазақстанда мүгедектіктің негізгі себептері жалпы сипаттағы аурулар болып табылады. Сонымен қатар, статистикаға сәйкес, алғашқы мүгедектік құрылымында, бірінші кезекте - қанайналым жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектік 18,6%, екінші орында - қатерлі ісіктерден туындайтын мүгедектік 14,1%, үшінші орында - психикалық бұзылулардан туындайтын мүгедектік 12,1% және төртінші орында - жарақаттар 11,9% құрайды. Кәсіби аурулар және өндірістік жарақаттар елдегі мүгедектіктің 1,3%-ын құрайды [34].

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Н.Е.Порада. Общественное здоровье и здравоохранение. Минск «ИВЦ Минфина» 2017. С.3

2. Jill Farrington, Altynai Satylganova, Sylvie Stachenko, Juan Tello, Francesca Romana Pezzella, Anna Korotkova, Isabel Yordi Aguire, Anne Stæhr Johansen. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2018 г. с. 4-78

3. Zhanar Tyulyubayeva, Yerkezhan Kadessova, Kuanysh Alimbetov, Bibigul Bekibayeva. Epidemiological trends in noninfectious diseases in Kazakhstan. Journal of Health Development, Volume 3, Number 28 2018;3 (28):20-33.
4. Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы № 176 Жарлығымен БЕКІТІЛГЕН Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған «Денсаулық», Мемлекеттік бағдарламасы. Астана, 2016 жыл
5. Жиделева В.В.Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения в северных регионах: экономический аспект.Современные проблемы науки и образования.-2004.-№2-С.52-53.
6. Целоусова С.А., Молчанова Л.Ф., Вдовина Н.П., Муравьева М.М. Комплексная оценка состояния здоровья населения как основа разработки мероприятий по его улучшению на муниципальном уровне // Современные проблемы науки и образования. – 2012.–№3.; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=6346 (дата обращения: 01.06.2020).
7. Елена Потапчик Сергей Шишкин • Erica Richardson Alexandra Vacroux • Benoit Mathivet Российская Федерация Обзор системы здравоохранения, Лариса Попович • Системы здравоохранения: время перемен Том13 №7 2011.
8. С.И. Изаак. Состояние здоровья населения России и Казахстана. Массовая физическая культура и оздоровление населения. - 2017. с.44
9. Время выполнять обещания: Доклад независимой комиссии высокого уровня воз по неинфекционным заболеваниям [time to deliver: report of the who independent high-level commission on noncommunicable diseases].
10. Dietrich Plass, Dietrich Plass, Christa Scheidt-Nave, Hajo Zeeb, Alexander Krämer. Trends in Disease Burden in Germany. Dtsch Arztebl Int. 2014 Sep; 111(38): 629–638.
11. НП Гребняк. Здоровье неселения Украины в Глобальном измерении. - 2012, с. 128-134
12. Аналитический материал расширенной коллегии Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 2017 г. – Астана
13. Health in Poland has been improving since 1990; in 2017 Poland outperformed ... between 1990-2017 in comparison with other Central European countries: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.
14. Italy's health performance, 1990–2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017Articles| Volume 4, ISSUE 12, e645-e657, December 01, 2019
15. (Global Burden of Disease): порождение доказательств направление политики — региональное издание для Европы и Центральной Азии. Seattle, WA: IHME, 2013
16. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе Курс на благополучие 2012. WHO Library Cataloguing in Publication Data The European health report 2012 : charting the way to well-being.
17. Кенесариев У.И., Баялиева Р.А., Кенесарина М.И. Состояние здоровья населения крупного мегаполиса на примере города Алматы. КАЗНМУ, вестник. ч. №3-2016.
18. Омарова М.Н. Оракбай Л.Ж. Черепанова Л.Ю. Глубоковских Л.К. Актуальные проблемы и тенденции состояния здоровья населения города Алматы. Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №6.
19. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017 - 2021 годы [электронный ресурс] Режим доступа: http://www.mz.gov.kz/. Дата обращения: 18.08.2018 г.
20. К.К. Конысбаева, Т.Х. Хабиева, Е.С. Утеулиев, А.О. Мырзагулова, Л.А. Текебаева, М.А. Байгунов, В.Ш. Атарбаева, А.К. Сактапов, Н.Н. ИСК. Распространённость болезней системы кровообращения по Г. Алматы. MEDICINE (Almaty), №12 (186), 2017. с. 15-19.
21. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017 - 2021 годы [электронный ресурс] Режим доступа: http://www.mz.gov.kz/. Дата обращения: 18.08.2018 г.
22. Тажибаева К.Н. Шымкент қаласында еңбек ету жасындағы тұрғындар арасында қатерлі ісік ауруын ерте анықтаудың медициналық және ұйымдастырушылық технологияларын жетілдіру: дисс. ... фил.ғыл.докторы.: 6D110200 / – Түркістан, 2017. - 113 б.
23. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.p.13-32.
24. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017 - 2021 годы [электронный ресурс] Режим доступа: http://www.mz.gov.kz/. Дата обращения: 18.08.2018 г.
25. Абдрахманова З.Б. Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындар арасында әлеуметтік-экономикалық дағдарыс жағдайындағы өндірістен тыс жарақаттылықтың таралу заңдылықтары мен оның алдын алу шараларын жетілдірудің ғылыми негіздері (ОҚО мысалында): дисс. ... фил.ғыл.докторы.: 6D110200 / – Түркістан, 2018. - 92 б.
26. Әліпбекова С.Н. Тірек-қозғалыс аппараты зақымданған тұрғындардың медициналық-әлеуметтік мәселелері// Магистр атағын иеленуге арналған диссертация. Шымкент-2017. 55 б.

27.Injury deaths compared to other leading causes of mortality, world, 2012. Source: WHO Global Health Estimates, 2014.
28. Е.А. Аверченко. Охрана здоровья населения на региональном и муниципальном уровнях. №1 2013 (29)
29. Д.С. Есимов, Н.Б. Есимов, Н.Т. Измаилова. Анализ показателей здоровья населения республики казахстан за 2015 И 2016 ГОДЫ. Вестник КазНМУ №4-2018. с. 243-248.
30. И. С. Паутов. РИСКИ Ухудшения здоРовья И Их СоцИАЛьНые детеРМИНАНты. ВеСТНИК СаНКТ-ПеТерБУрГСКоГо УНИВерСИТеТа. С.152.
31. И.Я. Камалов, А.Н. Абдразакова, М.С. Абшайык, К.Р. Жалалова, Ж.М. Алиманова. Социальные и экномические детерминанты здоровья. неравенство в здоровье (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). Vestnik KazNMU №1-2019. Ст.638-641.
32. Н.В. Лазарева. Корреляция динамики заболеваемости населения в зависимости от влияния факторов внешней среды. корреляция динамики заболеваемости, 2015. С.87.
33. М.Г.Ногаева, С.А.Тулеутаева. Распространенность болезней системы кровообращения в Республике Казахстан. Medicine, №10,2014.с 15.
34. Т.А. Михайленко. Социальная защита инвалидов в современном казахстанском обществе//Вестник КазЭУ. – Алматы: 2014. - №2. – С. 264-269.



УДК: 616 2-056.54

Р.К.ДЖУНУСОВА, С.Н. КУЛБАЕВА, Г.У. АКБЕРДИЕВА, К.А.ЖАНДОСОВА
Акушерлік және гинекология кафедрасы,
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы

ФЕТОПЛАЦЕНТАРЛЫҚ ЖҮЙЕНІ ҚҰРСАҚІШІЛІК ЖҰҚТЫРУДЫҢ ЭХОГРАФИЯЛЫҚ МАРКЕРЛЕРІ

Аннотация:
Бұл мақалада соңғы жылдардағы әдеби мәліметтерге сәйкес ішілік инфекцияның өсуі туралы ақпарат берілген. Фетоплацентарлық жүйенің ультрадыбыстық маркерлеріне шолу жасалды-плацентаның, амниотикалық сұйықтықтың, ұрықтың ішілік инфекциясы. Фетоплацентарлық жүйені диагностикалық кешенді зерттеулердің көмегімен ғана ұрықтың функционалды жағдайын анықтауға және ұрық пен жаңа туған нәрестенің мүмкін болатын инфекциялық асқынуларын болжауға болады.
Маңызды сөздер: құрсақішілік инфекция, фетоплацентарлық жеткіліксіздік, фетоплацентарлық қан айналымы.

К.Р. ДЖУНУСОВА, С.Н. КУЛБАЕВА, Г.У. АКБЕРДИЕВА, К.А.ЖАНДОСОВА
Южно-Казахстанская медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии, г. Шымкент

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ

В данной статье предоставлена информация о росте внутриутробного инфицирования по литературным данным за последние годы. Дан обзор ультразвуковых маркеров фетоплацентарной системы – внутриутробного инфицирования плаценты, околоплодных вод, плода. Только с помощью диагностических комплексных исследований фетоплацентарной системы можно определить функциональное состояние плода и прогнозировать возможные инфекционные осложнения плода и новорожденного.
Ключевые слова: внутриутробная инфекция, фетоплацентарная недостаточность, фетоплацентарное кровообращение.

R.JUNUSOVA,S.KULBAYEVA,G.AKBERDIEVA, K. JANDOSSOVA
Department of obstetrics and gynecology, South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent

ECHOGRAPHIC MARKERS OF INTRAUTERINE INFESTATION OF THE FETOPLACENTAL SYSTEM

According to latest data the increase of antenatal infection is noticed. In article the view of ultrasound indexes of antenatal infection in fetoplacental system – placenta, amniotic water, fetus is carries out. Only complex ultrasound fetoplacental examination allow to determine fetal functional condition and to predict possible infectious complications of the fetus and newborn.

Key words: intrauterine infection, fetoplacental insufficiency, fetoplacental circulation.

Акушерлік практикадағы маңызды проблемалардың бірі-ұрық пен жаңа туған нәрестенің инфекциялық патологиясының прогрессивті өсуі. Жаңа туған нәрестелердің сырқаттанушылық құрылымында құрсақішілік инфекциялар (ҚИИ) босану кезінде гипоксия мен асфиксиядан кейін екінші орын алады [1].

ҚИИ көбінесе өлі туу мен ерте неонатальды өлім деңгейін құрайды [2,3]. Перинаталдық өлім құрылымында салыстырмалы салмағы 65,6% - ға жетеді [4].

Қазіргі уақытта ұрықтың ҰИИ тудыратын 2500-ден астам қоздырғыш бар, олардың саны толтырылуда [5,6]. Көбінесе вирустық-бактериалды, вирустық-вирустық сипаттағы аралас инфекция және олардың трихомонадтармен және Candida саңырауқұлақтарымен әртүрлі ассоциациялары диагноз қойылады [7-9].

Бұл инфекциялардың қоздырғыштары ұрық-плацентарлы жүйеге тікелей және жанама әсер етеді. Жүктіліктің ерте кезеңінде пайда болатын ұрық инфекциясының негізгі клиникалық көрінісі даму ақаулары болып табылады [10,11]. Жүктілік мерзімі ұлғайған сайын ұрықтың жұқпалы ауруының клиникалық көрінісінде гепатит, пневмония, менингит, энтероколит және басқа аурулар түріндегі классикалық жүйелік қабыну белгілері басым бола бастайды [12,13].

Патогендердің ұрық-плацентарлы жүйеге жанама әсері жүктіліктің асқынуына әкеледі, мысалы, түсік түсіру қаупі, ұрықтың ішілік гипоксиясы, ішілік дамудың кідірісі, нақты клиникалық белгілері жоқ метаболикалық бұзылулар[14,15]. Осыған байланысты оның диагностикасы қиын және зерттеу әдістерінің жиынтығын біріктіру нәтижесінде мүмкін болады[16].

Ультрадыбыстық диагностика әдісі қол жетімді, жоғары ақпараттық, инвазивті емес және ұрықтың, плацентаның, амнионның жағдайын эхографиялық бағалауға, ҚИИ қауіп тобындағы жүкті әйелдерде ұрық-плацентарлы кешеннің гемодинамикалық бұзылу дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді[17-19].

"Ана-плацента-ұрық" функционалдық жүйесін кешенді ультрадыбыстық зерттеу жалпы қабылданған әдістерге сәйкес жүргізіледі. Ұрықтың биофизикалық профилі келесі параметрлер бойынша бағаланады: тыныс алу және қозғалыс белсенділігі, ұрықтың тонусы, амниотикалық сұйықтықтың көлемі, плацента құрылымы, стрессіз тест. Мерзіміне жеткен жүктілік кезінде аналық-плацентарлы және ұрық-плацентарлы қан ағымының бұзылуының диагностикалық критерийлері:

- кіндік артериясындағы систолалық-диастолалық арақатынастың сандық мәндері-3,0 және одан жоғары;
- диастолалық қан ағымының нөлдік және теріс мәндері;
- жатыр артерияларындағы систоло-диастолалық қатынастың сандық мәндері-2,4 және одан жоғары;
- ұрықтың ортаңғы ми артериясындағы сандық мәндер-4,0-ден аз және 7,0-ден көп [16].

Жатыр-плацентарлы-ұрық гемодинамикасының бұзылу дәрежесін бағалау үшін А.Н. Стрижаковтың шкаласы қолданылады:

ІА дәрежесі-жатыр артерияларында қан ағымының оқшауланған бұзылуы;

ІБ дәрежесі-кіндік артерияларындағы қан ағымының оқшауланған бұзылуы;

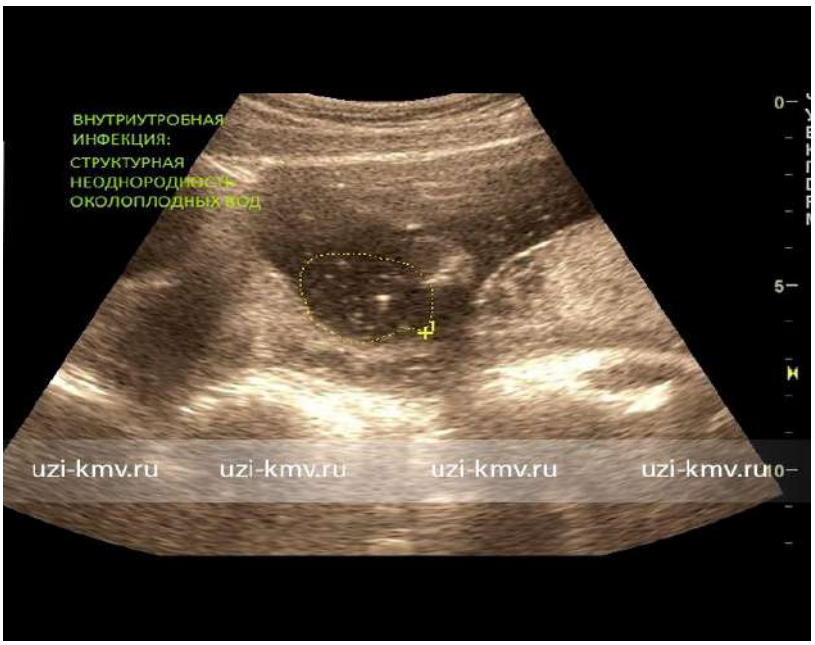
ІІ дәреже-жатыр артерияларында және кіндік артериясында қан ағымының аралас бұзылуы;

ІІІ дәреже-кіндік артериясындағы нөлдік немесе ретроградтық диастолалық компонентпен сипатталатын ұрық қан ағымының сыни бұзылуы.

Әдебиеттерге сәйкес, ұрықтың инфекциялық процесі неғұрлым айқын болса, кіндік артериясында және жатыр артерияларында тамыр резистенттігінің жоғарылауы жиі кездеседі. Ми қан ағымының жоғарылауы плацентарлы перфузияның төмендеу жағдайында ұрық айналымын орталықтандырудың көрінісі болып табылады. Ұрықтың миында ұзақ әсер ететін оттегі жетіспеушілігімен микроциркуляцияның бұзылуы орын алады, бұл мидың ісінуіне әкеледі. Ми тамырлары қысылады. Нәтижесінде олардың төзімділігі артады, ортаңғы ми артериясындағы қан ағымының жылдамдық қисықтарының спектрінің сипаты өзгереді – қан ағымының диастолалық компоненті нормативтік мәндерге дейін төмендейді.

Эхографиялық белгілердің жиынтығы 85-90% жағдайда ұрықтың ҚИИ күдіктенуіне мүмкіндік береді[17]. Жұқпалы процестің сатысына сүйене отырып, эхографиялық маркерлерді үш топқа бөлуге болады: амнионит, плацентит және ұрықтың нақты зақымдануы - инфекциялық фетопатиялар[18].

Амниониттің ультрадыбыстық маркерлеріне жатады: көпсулылық, азсулылық, қағанақ суындағы гиперэхогенды қосылымдар (ірі дисперсиялық, аз қозғалатын).



Амниотикалық сұйықтықтың қалыптан тыс мөлшері ұрықтың ҚИ типтік белгісі болып табылады. Көпсулылық 4,9%-дан (ананың инфекциялық және қабыну ауруларында) 67,2% - ға дейін (дәлелденген жатырішілік инфекциямен) кездеседі [14].

Көпсулылық себептерінің бірі - амнион функциясының бұзылуы-амниотикалық эпителиймен амниотикалық сұйықтықтың шамадан тыс өндірісі және олардың шығарылуының кідірісі. Ұрықтың суды жұтуының төмендеуі оның функционалды жағдайының бұзылуына және оның биофизикалық профилінің негізгі параметрлерінің нашарлауына байланысты болады [17].

Су аздығының даму механизмі толық зерттелген жоқ. Мүмкін, оттегі жетіспеушілігінің аясында жүктіліктің соңында амниотикалық сұйықтықты өндірудің негізгі көзі болып табылатын өкпе мен бүйректерді айналып өтіп, өмірлік маңызды мүшелерді қамтамасыз ету үшін қан ағымы қайта бөлінеді.

Ақ қан клеткалары бар конгломератта ажыратылған амниональды эпителиймен ұсынылған гиперехогендік суспензия ВУИ күмәнді маркері болып табылады [8].

Амниотикалық қуыста еркін орналасқан ұрықтың кішкентай бөліктерімен байланыссыз амниотикалық жіпшілер да амниониттің белгілері болып табылады [19].

Плацентиттің ультрадыбыстық маркерлеріне мыналар жатады: плацента қалыңдығының ұлғаюы (гестациялық нормамен салыстырғанда ісіну); плацентадағы кисталық қуыстардың пайда болуы немесе жалған кисталардың пайда болуы, олардың эхографиялық ерекшеліктері дұрыс емес пішін, кистаның шетінде гиперехогендік тәждің болуы, ішкі құрылымда сұйықтықтың турбулентті қозғалысының болмауы. Плацентиттің ультрадыбыстық көрінісі процестің сатысына байланысты. Плацентаның ісінуі көбінесе өтпелі сипатқа ие, аурудың өршу кезеңінде байқалады, шамамен 2-8 аптаға созылады [8,17]. Плацентадағы кері өзгерістер оның эхогенділігінің біртіндеп төмендеуімен, көрінеді. Плацентаның базальды мембранасының қалыңдауы ұзақ мерзімді инфекциялық процесс кезінде жүреді.

Ұрықтың инфекциялық зақымдануының эхографиялық маркерлері: пиелоэктазия, вентрикуломегалия, гепатомегалия, гидроперикардты кардиомегалия, ұрық миының перивентрикулярлық аймақтарының сызықтық гиперехогендік қосындылары және т.б. дәл осы маркерлер баланың туылуын болжау үшін өте маңызды. Қазіргі уақытта гипоксия мен инфекцияның зиянды әсеріне ең оттегіге тәуелді және ең сезімтал жүйке тіндері екендігі жалпыға белгілі. Гипоксия жүйке талшықтарының миелинизациясын кешіктіреді. Қан тамырлары дисплазиясының пайда болуын анықтайды, қан-ми барьердің жетілуін баяулатады, оның өткізгіштігінің ҚИ кезінде орталық жүйке жүйесінің органикалық патологиясының пайда болуындағы маңызды сәт болып табылады [15].

Маркерлердің практикалық қолданылуы олардың сезімталдығына, ерекшелігіне және дәлдігіне байланысты. Ұрықтың инфекциялық перинатальды зақымдануының ауырлығына байланысты параметрлердің ақпараттық маңызы айтарлықтай өзгереді. Ұрық-плацентарлы жүйенің функционалды жағдайын анықтау үшін барлық параметрлерді олардың ақпараттық маңыздылығын ескере отырып,

кешенді эхографиялық зерттеу қажет, бұл ұрық пен жаңа туған нәрестедегі инфекциялық асқынулардың ауырлығын болжауға мүмкіндік береді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. *Кан Н.Е., Орджоникидзе Н.В. Современные представления о внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. 2004. №6. с.3-5.*
2. *Григорьев К.И. Внутриутробные и неонатальные инфекции// Медицинская помощь. 2004.№5. с.7-15.*
3. *Чечнева М. А., Титченко Ю. П., Лысенко С. Н. Клиническое значение ультразвукового исследования околоплодных вод.// Российский вестник акушера-гинеколога. 2013;13(1): с.12-16*
4. *Демидов В.Н., Машинец Н.В. Пренатальное ультразвуковое исследование селезенки плода. // Журнал «Пренатальная диагностика», 2009, С. 302-305*
5. *Макаров О.В., Бахарева И.В., Таранец А.Н. Современные представления о внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. 2004. №1с.10-12.*
6. *Цхай В.Б.,Прахин Е.И.,Даценко А.В.Особенности перинатального периода при внутриутробном инфицировании//Российский вестник перинатологии и педиатрии.2002.№6.с.14-18.*
7. *Перинатальное акушерство: Учебное пособие для студентов мед ВУЗов // Под ред. Цхай И.Б. М.: Медицинская книга. 2003.с.263-411.*
8. *Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. М.: Медицина. 2003. с.424.*
9. *Сидорова И.С., Радзинский В.Е. Профилактика внутриутробной инфекции. Проект протокола. М.2006. с.43.*
10. *Шукюрова Ф.А. Ультразвуковые признаки внутриутробного инфицирования плода. Журнал «Фундаментальные исследования» – 2015. – № 1 (часть 10) – С. 2104-2107.*
10. *Ахундова Г.И., Шамхалова И.А. Эхографические и допплерометрические показатели в оценке течения беременности у женщин с угрозой выкидыша в ранние сроки. Журнал «Фундаментальные исследования.» – 2018.*
11. *Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Корнева Н.Ю. Внутриутробные инфекции: диагностика, лечение, профилактика// Лечащий врач.2005. №8. с.54-62.*
12. *Корнева М.Ю. Критерии диагностики врожденной инфекции и состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей.: Дисс…к.м.н. М.2005. с.150.*
13. *Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко И.А. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода// Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. №2. с.5-8.*
14. *Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюник И.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. М.2004. с.234.*
15. *Новикова О. Н., Ушакова Г. А.// Инфицированное плодное яйцо: исходы для матери и плода. Журнал «Вопросы гинекологии,акушерства и перинатологии.» 2010, №5,с. 47-54.*
16. *Кан Н.Е. Современные технологии в диагностике и прогнозировании ВУИ. М., 2005. с.254.*
17. *Оценка состояния плода. Кардиотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль: Учеб. пособие// Под ред. Воскресенского С.Л. Минск. Книжный дом, 2004, с.304.*
18. *Бойкова Ю.В. Клинические и эхографические аспекты патологии плаценты. М., 2005, с.154.*
19. *Агаева З.А. Комплексная оценка состояния системы «мать-плацента-плод» у беременных с высоким инфекционным индексом: Дисс…канд.мед.наук. Краснодар. 2003, с.154.*

Байланыстағы автор: Джунусова Раушан Кульбаевна – Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының акушерлік және гинекология кафедрасының ассистенті, тел.номері: +7 708 509 0606

VALEO

УДК: 616.89-02-058

ЖАРКИНБЕКОВА А.Ж.
НАО «Медицинский университет Астана», кафедра профилактической медицины и питания

ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ, КАСАЮЩИХСЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Экономическая деятельность многих стран развивается за счет добычи полезных ископаемых, соответственно, состояние здоровья горняков является важным показателем роста и развития человека, поскольку уголь как источник энергии остается основой повышенного уровня качества жизни. Следовательно, горнодобывающая промышленность является одной из отраслей, влияющих на состояние здоровья окружающей территории. [1]

Особое место при рассмотрении вопроса об увеличении производства занимает состояние здоровья и безопасность работников угледобывающей отрасли, одной из наиболее тревожных отраслей. [2]

Ключевые слова: работники угледобывающей промышленности, нормативные документы, состояние здоровья

ЖАРКИНБЕКОВА А.Ж.
КеАҚ «Астана медициналық университеті» профилактикалық медицина және тамақтану кафедрасы

КӨМІР ӨНДІРЕТІН ӨНЕРКӘСІП ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ҚАТЫСТЫ НОРМАТИВТІ-ҚҰҚЫҚТЫҚ ҚҰЖАТТАР МЕН ГИГИЕНАЛЫҚ ТАЛАПТАРҒА ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ

Көптеген елдердің экономикалық қызметі пайдалы қазбаларды өндіру арқылы дамуда, сәйкесінше, кеншілердің денсаулық жағдайы адам өсуі мен дамуының маңызды көрсеткіші болып табылады, өйткені көмір энергия көзі ретінде өмір сүру сапасының жоғарылау деңгейінің негізі болып қала береді. Демек, тау-кен өндірісі қоршаған аумақтың денсаулық жағдайына әсер ететін салалардың бірі болып табылады. [1]

Өндірісті ұлғайту туралы мәселені қарау кезінде үлкен алаңдаушылық тудыратын салалардың бірі, көмір өндіретін қызметкерлердің денсаулық жағдайы менқауіпсіздігі ерекше орын алады.[2]

Кілтті сөздер: көмір өндіретін өнеркәсіп орнының жұмысшылары, нормативті құжаттар, денсаулық жағдайы

ZHARKINBEKOVA A.Z.
NJSC «Astana Medical University»

ANALYSIS OF REGULATORY DOCUMENTS AND HYGIENE REQUIREMENTS RELATED TO THE HEALTH STATUS OF WORKERS OF THE COAL MINING INDUSTRY

The economic activity of many countries is developing through the extraction of minerals, and accordingly, the health status of miners is an important indicator of human growth and development, since coal as an energy source remains the basis for an increase in the level of quality of life. Consequently, mining is one of the industries that affects the health status of the surrounding territory. [1]

One of the areas of great concern when considering the issue of increasing production is the health status and safety of coal mining workers.[2]

Key words: workers of the coal mining industry, regulatory documents, health status

Кіріспе. Қазіргі уақытта көмір өндірумен айналысатын жұмысшылардың қызметі өте динамикалық. Өндіріс ортасы үнемі өзгерістерге бейім, соған байланысты жұмысшылардың өміріне улкен қауіп төндіретініне күмән жоқ. Пайдалы қазбаларды өндіруге байланысты кеншілердің денсаулық жағдайы ең ауыр зардаптарға ие. Жұмысшылар шахталардың сыртқы экологиялық жағдайынан зардап шегіп қана қоймай, өмір сүру сапасының төмендеуі байқалады.

Адамзаттың экологиялық факторлардың әсерінен дамитын аурулармен шардығуынан, физикалық және психикалық деформациялардан, дұрыс тамақтанбаудан, кәсіби қауіптерден, тау-кен өндірісі салдарынан созылмалы аурулардың тұрақты әсерінен зардап шегетініне қарамастан, көмір шахталары

қызмет атқаратынжұмысшылардың денсаулығына қауіп-қатері туралы "ғылыми" мәліметтерге қол жеткізуулкеналшақтық бар екенін көрсетеді.[3]

XXI ғасырда ғылым мен техниканың жаһандық жетістіктерге жетуіне байланысты өнеркәсіпте де кеңінен қолданылып жатыр. Бірақ осыған байланысты қолайсыз кәсіби факторлардың саны көбейіп, жұмысшылардың денсаулығына кері әсерініңөсуіне ықпал етуде. Кәсіби патологияда өзекті болып қала беретін мәселердің бірі және кәсіби аурулардың ішінде жетекші орын алатын - өкпе шаң ауруы. Өкпе шаң патологиясының негізгі түрі, бұл пневмокониоз және силикоз. Сонымен қатар,кең таралған және кеншліердің жиі шалдығатын сырқаттардың бірі бұлшаң бронхиті. Діріл тудыратын жабдықтар мен құралдар шу кәсіби ауруларының өсуіне әкеледі. Қызметтік кешенді механикаландыру және автоматтандырудің нәтижесінде еңбек өнімділігі артып, біліктілікті қажет етпейтін ауыр физикалық күш мөлшері азайды. Бірақ қызметтік процестер тірек-қимыл аппаратының физикалық жүктемесімен бірге жүретініжиі байқалады(салмақты көтеру және тасымалдау, ұзақ ыңғайсыз жұмыс позициясы, жиі жылдам қарқынмен орындалатын монотонды қозғалыстар және т. б.). Сондықтан кеншілердің денсаулығын сақтау мақсатында ережелер мен құқықтық нормаларға сүйене отырып жағдай жасап, кәсіби ауруларға шалдықпауына қарсы емдік-алдын алу іс шаларын жүргізу қажет.[4]

XX ғасырдың екінші жартысында Америка Құрама Штаттарында көмір өндірудің едәуір өсуі Ұлттық энергетикалық жоспарға сәйкес көмір өндірісі жұмысшыларының денсаулығы мен қауіпсіздігі көмір өндіруде көптеген қауіптерге ұшырады. Бұрын мұндай қауіптер ауыр болды, бұл көптеген жазатайым оқиғаларға және мүгедек жарақаттарға әкелді. Көмір өндірушілер арасында өкпенің созылмалы ауруларынан болатын мүгедектік пен өлім де шамадан тыс болды. 1969 жылы қабылданған көмір шахталарындағы жұмысшылардың денсаулығы мен қауіпсіздігі туралы Федералды заң кеншілердің денсаулығы мен қауіпсіздігі үшін қауіпті азайтуға шақырады, ол осы елде алғаш рет өкпенің созылмалы ауруының қаупін азайту үшін жұмыс орнында экологиялық бақылауды жүзеге асыруды бұйырды. Кеншілердің денсаулығы мен қауіпсіздігіне қауіп-қатерді азайту үшін қажетті алдын-алу шаралары қабылданды. Көмір өндірудің өсуіне байланысты ықтимал проблемалар болашақта одан да ауыр болмауы үшін қажетті бақылау шараларын жүзеге асыруды негіздеу үшін көмір өндіру кезіндегі еңбекті қорғау және қауіпсіздік техникасы аспектілері қарастырылды. Ұлттық еңбекті қорғау, Еңбекті қорғау және денсаулық сақтау институтының (NIOSH) қызметкерлері федералды үкіметтің қолдауымен көмір шахталарының денсаулығын зерттеу жөніндегі Консультативтік комитет, сондай-ақ Энергетика министрлігі, Еңбекті қорғау және шахтаның қауіпсіздігі басқармасы және қоршаған ортаны қорғау агенттігі АҚШ 1979 жылы көмір өндіретін жұмысшылардың еңбегін қорғау және еңбек гигиенасы туралы баяндама жасады. Баяндамаға енгізілген барлық мәліметтер 1969 жылы АҚШ-та қабылданған, 1977 жылы енгізілген тау-кен өндірісі жұмысшыларының қауіпсіздігі мен еңбек гигиенасы туралы федералды заңнан келтірілген.[5]

Осы Заңға сәйкес, тау-кен орындарында көмір өндіретін жұмысшылардың қауіпсіздігі мен еңбек гигиенасын бақылау жөніндегі федералды комиссия бар, оның негізгі функциясы қауіпсіздік шараларының сәйкестігін бақылау және заңнамалық деңгейде реттеу болып табылады. 115-тармақтың I бөлімінде тау-кен жұмыс орындарында тәжірибесі жоқ кеншілер, егер олар жер бетінде немесе жер астында жұмыс істейтін болса, кемінде 24 немесе 48 сағаттық оқудан өтуі тиіс деп көрсетілген. Мұндай дайындыққа өзін-өзі құтқару құрылғысын пайдалану, тыныс алу аппараттарын пайдалану, қауіпті тану, Төтенше жағдайлар, электрлік қауіптер, алғашқы көмек, айналып өту жаттығулары және денсаулық пен қауіпсіздік аспектілері кіреді. Сондай-ақ, барлық кеншілер кем дегенде сегіз сағат бойы 12 айда бір рет қайта даярлаудан өтеді. Төтенше жағдайлар кезінде кеншілерге әрбір жерасты көмірінде немесе басқа шахтада құтқару және қалпына келтіру жұмыстарымен айналысатын тау-кен құтқару командалары көмек көрсетуі тиіс. Кеншілер үшін еңбек жағдайларын қамтамасыз етуге қатысты II бөлімде (201b) — "аралық міндетті санитарлық нормалар" санитарлық нормалар қарастырылған, оның мақсаты әрбір жерасты көмір шахтасында шақтылардың атмосферасында шаңның жеткілікті еркін деммен жұту шоғырлануымен еңбек жағдайларымен қамтамасыз ету болып табылады, сондықтан әрбір шахтер осындай кезең ішінде немесе соңында өкпе ауруларынан, пневмокониоз немесе кез келген басқа кәсіби аурулардан қандай да бір мүгедектіксіз өзінің ересек еңбек өмірі бойы жер астында жұмыс істеуге мүмкіндік Көмір өндірілетін барлық көмір шахталарында федералды Заңның стандарттарына сәйкестігін бағалау үшін шахталардың атмосферасында ингаляциялық шаңның нақты үлгілері алынады. Көмір компаниясының әрбір басқарушысы әр ауысым ішінде шахтаның атмосферасындағы ауаның текше метріне 3,0 миллиграмм ингаляциялық шаңның орташа концентрациясын үздіксіз ұстап тұруы керек. Тау жыныстарында бұрғылау нәтижесінде пайда болатын шаң рұқсат етілген шаң ұстағыштардың көмегімен немесе судың немесе ылғалдандырғыш судың көмегімен немесе желдетудің көмегімен бақылануы керек. Денсаулық сақтау, білім беру және әлеуметтік қамсыздандыру министрі бекіткен тыныс алу жабдықтары қысқа уақыт ішінде газдан, шаңнан және түтіннен немесе тұманнан қауіпті ингаляцияға ұшыраған адамдарға берілуі керек. (30З-бөлім) барлық көмір шахталары уәкілетті өкіл бекіткен тәртіппен орнатылған және пайдаланылатын

механикалық желдету жабдығымен жарақтандырылуы және құрамында оттегінің кемінде 19,5 көлемдік пайызы, көміртегі қос тотығының 0,5 көлемдік пайызынан аспайтын ауа ағынымен желдетілуі және құрамында зиянды және улы газдар болмауы тиіс. Пунк 206 "Шу стандарттары" бөлімінде әрбір көмір шахтасында санитарлық нормаларға сәйкес барлық жерасты көмір шахталары үшін Шу әсерінің белгіленген ең жоғары деңгейлері бойынша шараларды сақтау талап етілетіндігі туралы мәліметтер ұсынылған.[6]

Баяндаманың соңында көмір өндіру саласы қызметкерлерінің денсаулығы мен қауіпсіздігі туралы Федералдық заңнан алынған барлық ақпараттық мәліметтерге байланысты шахтерлерді, сондай-ақ көмір өндіру қажеттілігін арттырудағы болашақ міндеттемелердің нәтижесінде еңбекті қорғау және қауіпсіздік техникасы бойынша мамандарды даярлау қажеттілігі бар. Көміршілерді кәсіптік даярлаудағы негізгі қажеттіліктердің қатарына мыналар жатады: (1) жұмысқа қабылданатын тәжірибесіз көміршілер үшін қауіпсіздік техникасы және еңбекті қорғау бойынша дайындық деңгейін арттыру (жақында шахталар туралы Федералдық заң қабылданды, 1977 жылғы еңбек қауіпсіздігі және еңбекті қорғау туралы заң мұндай дайындыққа қосымша ынталандыру береді); (2) көміршілердің жедел медициналық көмек технигі ретінде біліктілігін арттыру; (3) біліктілікті арттыру көміршілерді еңбекті қорғау және қауіпсіздік Еңбекті қорғау және қауіпсіздік техникасы бойынша мамандарды даярлаудағы негізгі қажеттіліктердің бірі көмірді өндіру мен кәдеге жаратудың барлық кезеңдерінде еңбекті қорғау және қауіпсіздік техникасы мәселелерін жақсы білетін жаңадан шығарылатын өнеркәсіптік гигиена бойынша мамандардың, дәрігерлердің, медбикелердің, тау-кен инженерлерінің және қауіпсіздік техникасы бойынша мамандардың біліктілігін арттыру болып табылады. Мұндай тәжірибесі бар жаңа түлектер өнеркәсіпте, Үкіметте және академияда жұмыс істеу үшін қажет болады. Сондай-ақ, медицина қызметкерлері мен қауіпсіздік техникасы саласындағы мамандардың біліктілігін арттыру қажет, олар бұл дағдыларды көмір өндірудің өсуіне байланысты еңбекті қорғау және қауіпсіздік мәселелерін анықтау және шешу үшін қолдана алады. NIOSH жаңа білім беру ресурстық орталықтары және 1977 жылғы шахталардағы еңбек қауіпсіздігі және еңбекті қорғау туралы Федералды заң көмір шахталарында еңбекті қорғау және еңбекті қорғау саласында кәсіби дайындыққа ынталандыру мен мүмкіндік береді. Көмір өндіруді ұлғайту кезінде еңбекті қорғау және қауіпсіздік техникасы аспектілеріне жасалған бұл шолу еңбекті қорғау және қауіпсіздік техникасы саласындағы тиімді профилактикалық шараларсыз мүгедектікке әкелетін жарақаттар мен өлімге әкелетін жазатайым оқиғалардың жұмысына байланысты кәсіптік аурулар түрінде қосымша шығынсыз қол жеткізуге болмайды деген тұжырымды растайды. Кеншілер өкпенің кәсіби ауруларынан да, жазатайым оқиғалардан да өлім-жітімнің жоғарылауын сезінеді. Сонымен қатар, жер асты көміршілері арасында асқазан обырынан өлу қаупі жоғары. Көмір өндіру кеншілердің денсаулығы мен қауіпсіздігіне үлкен қауіп төндіреді. Көмір өндірудегі еңбек қауіпсіздігі мен гигиенасының аспектілері болашақта көмір өндірудің өсуіне байланысты ықтимал проблемалар одан да үлкен проблемаларға айналмауы үшін қажетті бақылау шараларын қолдануды негіздеу үшін жақсы зерттелген. Көмір электр станцияларында көмірді пайдаланудың артуымен байланысты еңбек қауіпсіздігі мен денсаулық үшін қосымша тәуекелдер туындауы мүмкін екенін ұмытпаған жөн. Олар ең алдымен тыныс алу сипатына ие (көмір шаңы, SO, no, асбест), бірақ сонымен бірге Шу мен қауіпсіздікке қауіп төндіреді. [7]

Көмір өнеркәсібіндегі қауіпсіздік XX ғасырдың алғашқы онжылдықтарымен салыстырғанда едәуір жақсарды, бірақ статистика бойынша өлім, өлім және ауру әліде байқалады. 2008 жылы "көмір шахталарындағы еңбек қауіпсіздігі және еңбекті қорғау" баяндамасында сипатталған статистикалық зерттеулер жүргізілді, онда шахтерлердің өлімі және кәсіптік аурулардың аурушаңдығы бойынша деректер ұсынылды, онда 2005 жылы АҚШ-та қызметкерлер саны 23,1% рекордтық минимумға жеткенін көруге болады. Жеке секторда жұмыс істейтін адамдар арасындағы өлім-жітім коэффициенті 2006 жылы 100 000 қызметкерге 4,2-ні құрады. Алайда, көмір өндіру жарақатқа қарағанда ұзақ уақытқа созылған жасырын аурудың салдарынан мүгедектікке әкеледі. Бұл аурулардың ішіндегі ең бастысы-көмір өндірушілердің пневмокониозы, ол 1990 жылдан бастап екі есе қысқарғанына қарамастан, жылына 1000-ға жуық өлімге әкеледі. Өлім, әдетте, аурудың ұзақ дамуынан кейін пайда болады, бұл орташа есеппен бір жылдық ұзақ өмірдің жоғалуына әкеледі. Тыныс алудың бұзылуы және әлсіздік көбінесе өлімге әкеледі, оны көмір өндірумен тікелей байланысты деп санауға болмайды, өйткені ауру шахтер аурудың басқа салдарынан қайтыс болады.

2006 жылдың қаңтарында Батыс Вирджиниядағы шахтада жарылыс салдарынан 12 Шахтер өрт салдарынан көмір қышқыл газынан уланудан қайтыс болғаны анықталды. Бұл эпизод Еңбек, Денсаулық сақтау және әлеуметтік қызметтер, білім жөніндегі Кіші комитет Сенатының тың дауында талқыланған бір қатар қауіпсіздік мәселелерін көтерді. Осы он жылдықта АҚШ Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі "Ауруларды бақылау және алдын-алу қызметтері орталықтары" (CDC) 50 жасқа дейінгі жер асты кеншілері арасында көмір өндірушілердің пневмокониозының өршуі ерекше алаңдаушылық тудыратынын анықтады, өйткені олар алдын-алу шаралары күшіне енгеннен кейін көміршаңына ұшырады.

Көмір жұмысшыларының денсаулығы мен қауіпсіздігін сақтау туралы. "Ауруларды бақылау және алдын алу қызметі орталығы" үдемелі пневмокониоздың дамуын жалғастыру туралы түсініктеме берді: 1. Көмір шаңына қатысты белгіленген ережелердің жеткіліксіздігі. 2. Осы ережелерді сақтамау немесе жеткіліксіз сақтау. 3. Пайдалы қазбаларды өндіру тәжірибесіндегі өзгерістерді (мысалы, жұқа қабаттарды игеру) ескеру үшін аурудың алдын-алу саласындағы инновацияның болмауы көмірдің бай қорларының сарқылуынан туындайды. 4. Кеншілер жіберіп алған мүмкіндіктері ауруларды ерте анықтауға скринингтен өту және шаңның әсерін азайту бойынша шаралар қабылдау.

Жоғарыда аталған жағдайлар бойынша 2006 жылы шілде айында шахталарды жетілдіру және төтенше жағдайларға Жаңа ден қою туралы заң қабылданды (MINER, P.L.109-236). Оның негізгі тармақтарының арасында мыналарды бөліп көрсетуге болады: (2-бөлім). Шұғыл әрекет ету – барлық шахталарда апаттық жағдайдағы бақылау байланысы мен тыныс алуға жарамды ауа мен тіршілікті қамтамасыз ету желілеріне қатысты жоспар болуы керек және операторлар, құтқару топтары және төтенше жағдайларға жауап беру жөніндегі жергілікті қызметкерлер арасында үйлестіру рәсімдерін белгілейді. (4-бөлім) құтқару командалары-36-дан астам қызметкері бар әрбір шахтада әр ауысымда төтенше жағдайларға ден қою туралы жақсы білетін екі сертификатталған команда болуы керек. Соңғы ереже тыныс алу аппараттарының (автономды өзін-өзі құтқарғыштардың) болуын және сақталуын арттыруға, жерасты көмір шахталарында эвакуациялық бағыттағыштарды ("құтқару желілерін") орнатуға және қызмет көрсетуге қойылатын талаптарды, сондай-ақ барлық шахталардағы авариялар туралы дереу хабарлауды қамтиды. [8]

2007 жылы 60-шы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ассамблеясы кәсіптік қатерлердің алдын алу және көмір өнеркәсібі қызметкерлерінің еңбек жағдайларын жасау жөніндегі тиімді шараларға қарамастан елеулі проблемалар сақталып отырғанына алаңдаушылық білдірді. Сондықтан Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы еңбекшілердің денсаулығын қорғау жөніндегі жаһандық іс-қимыл жоспарын әзірледі (2008-2017 жылдар). Бұл жоспар барлық шешуге бағытталған денсаулық детерминанттары, соның ішінде кәсіби ортадағы аурулар мен жарақаттар, Әлеуметтік және жеке факторлар, медициналық қызметтерге қол жетімділік. 60-шы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ассамблеясы "WHA60.26 қарары"жаһандық іс-қимыл жоспарын мақұлдады. Бұл жоспар жұмысшылардың денсаулығын қорғау, көтермелеу және жақсарту бойынша келісілген іс-шаралар үшін жаңа саяси негіз береді. Онда кәсіби қауіптердің алдын алу, жұмыс орнында денсаулықты сақтау және нығайту, еңбек жағдайлары және қызметкерлердің денсаулық жағдайына денсаулық сақтау жүйесінің ден қою шараларын жетілдіру мәселелері қарастырылады. Жоспар жаһандық іс-әрекеттің келесі мақсаттарын анықтау арқылы еңбек гигиенасын Қоғамдық денсаулық сақтаумен байланыстырады: 1. Шахтерлердің денсаулығын қорғау саласында саяси құралдарды әзірлеу және жүзеге асыру; 2. Жұмыс орнында денсаулықты сақтау және нығайту. 3. Еңбекті қорғау қызметтерінің жұмысын және оларға қолжетімділікті жақсарту. 4. Іс жүзінде нақты деректерді беру және тарату. 5. Еңбекшілердің денсаулығын сақтау мәселелерін басқа стратегияларға енгізу.

Жоспар 2008-2017 жылдар аралығында ДДҰ қайраткерлерінің басшылығы мен кеншілердің денсаулығын сақтау саласындағы мемлекет мүшелері үшін әзірленді. Ол барлық жұмысшылардың денсаулығын жақсарту үшін саясатты, инфрақұрылымды, технологияны және серіктестікті дамытуға бағытталған. Осылайша, бұл жоспар бүкіл әлемдегі барлық жұмыс орындарында денсаулықты қорғаудың негізгі деңгейін қамтамасыз етуге ықпал етеді.

Зерттеулер 121 елде жүргізілді, нәтижесінде көптеген елдерде алдыңғы қатарлы еңбекті қорғау қызметтеріне қолдау көрсету үшін зерттеулер мен кадрлар даярлауды жүргізетін ұлттық ғылыми бөлімшелер бар екендігі анықталды, бірақ бұл мүмкіндіктерді елдер топтары бойынша бөлу біркелкі болмады. Зерттелген елдердің жартысында еңбекшілердің денсаулық жағдайының ұлттық профильдері негізінен академиялық мекемелердің қатысуымен Еңбек және денсаулық сақтау министрліктерімен жасалды. Сондай-ақ көптеген елдерде көмір өндіру өнеркәсібі қызметкерлерінің денсаулығын қорғау саласындағы зерттеулерді қолдау бағдарламалары жоқ және қызметкерлердің, әсіресе бұқаралық ақпарат құралдары мен қалың жұртшылық арасында денсаулық проблемалары туралы хабардарлықтың жеткіліксіздігі анықталды.

Қорытындылай келе, Денсаулық сақтау Ассамблеясы жұмысшылардың денсаулығына қатысты барлық ұлттық денсаулық сақтау бағдарламалары арасындағы ынтымақтастықты қамтамасыз етудің маңыздылығын атап өтті. Оларға Еңбекті қорғау, жұқпалы және созылмалы аурулар, денсаулықты нығайту, психикалық денсаулық, қоршаған ортаны қорғау және денсаулық сақтау жүйесін дамыту жатады. Бұдан басқа, мүше мемлекеттерге өнеркәсіптік қызмет нәтижесінде туындайтын жергілікті қоғамдастықтардың денсаулығы мен қоршаған орта проблемаларын шешу, еңбекшілердің денсаулығын сақтау мәселелерін тұрақты даму, Қоршаған ортаны қорғау және білім беру саясатына енгізу, науқастар мен жарақаттанған қызметкерлерді негізгі қоғамға қайта біріктіруді қамтамасыз ету үшін стратегиялар әзірлеу ұсынылды. [9]

Көмір өндірісі бойынша әлемдік көшбасшылардың бірі-Ресей. Оның жер қойнауында әлемдік көмір ресурстарының үштен бірі шоғырланған. Жер асты және ашық көмір өндіру көлемі мен кенжар жүктемесі,

негізінен, жоғары тиімді көмір өндіруді қамтамасыз ететін жетекші әлемдік өндірушілердің заманауи тау - кен шахталық жабдықтарын сатып алу және пайдалану есебінен өсті. [10]

Көмір өнеркәсібі кәсіпорындарындағы саланың техникалық қайта жабдықталуына қарамастан, "Ресей Федерациясындағы кәсіби аурудың жай-күйі туралы" ақпараттық жинаққа сәйкес кәсіби аурудың жоғары деңгейі анықталды. Қолайсыз жағдайларда, әсіресе жер асты жұмыстарын жүргізу кезінде жұмыс істейтіндердің үлесі үштен бір және одан да көп. Жұмысшылар әртүрлі деңгейдегі өндірістік қауіптердің көп факторлы әсеріне ұшырайды және, әрине, белгілі бір қызметкердің денсаулығы үшін кәсіби қауіптің нақты деңгейі бар. [11]

"Көмір өнеркәсібі жұмысшыларының еңбек жағдайларын, кәсіптік қатерін, кәсіптік сырқаттанушылығының жай-күйін және өндірістік жарақаттануының жай-күйін бағалау" деген бапта кәсіптік қатерлерді төмендету және жұмыскерлердің еңбек жағдайларын қалыпқа келтіру жөніндегі шараларды ғылыми негіздеу мақсатында көмір саласы кәсіпорындарындағы еңбек медицинасы проблемалары бойынша талдау жүргізілді және зерттеулер нәтижелері қорытылды.

Өндірістік факторларды бағалау жөніндегі гигиеналық зерттеулер материалдары көмір өндіру жөніндегі кәсіпорындарда жұмыс істейтіндердің еңбек жағдайлары гигиеналық нормативтерден жиі асып кетуімен сипатталатынын және шахтерлердің денсаулығы үшін жоғары кәсіптік қатерді айқындайтынын айғақтайды. Жер асты жұмыстарымен айналысатын жұмысшылардың негізгі кәсіби топтарын кешенді кәсіптік және психофизиологиялық зерттеулер көрсеткендей, барлық жұмыс ауысымында проходкалардағы жүктеме 91,0 %, бұрғылаушылар 96,6% және шамадан тыс физикалық белсенділік және жиі мәжбүрлі иррационалды жұмыс позалары проходкалардағы тірек-қозғалтқыш аппаратының шамадан тыс жүктелу жағдайын тудырады. Тау-кен жұмысшылары жүйке-бұлшықет аппараты мен жүрек-тамыр жүйесін реттеу механизмдерінің айтарлықтай кернеуін байқады, бұл жұмысшылардың жұмысының сипатына ғана емес, сонымен қатар нақты негізделген ұтымды жұмыс пен демалу режимдерінің болмауына байланысты болды. Жұмысы айтарлықтай жылу және физикалық белсенділікпен байланысты тау-кен жұмысшыларының арасында, әсіресе 20-30 және 40-50 жас топтарында қарқынды биологиялық қартаю байқалады. Бас ауруы, терлеу және шаршау байқалады, жүрек-тамыр патологиясынан өлім қаупі артады. Соңғы жылдары жұмыста кенеттен қайтыс болу мәселесі өте өзекті. Сонымен, Ресейдің тәуелсіз көмір жұмысшылар одағының мәліметтері бойынша көмір өндіру кезінде кенеттен қайтыс болғандардың саны жоғары болды және 2001 жылдан 2008 жылға дейін жылына 21-ден 43-ке дейін болды. 2008 жылы көмір кәсіпорындарында 64 адам қайтыс болды, ал 28 адам жұмыста кенеттен қайтыс болды.

Шу деңгейін бағалау кезінде технологиялық автокөлік жүргізушілерінің, экскаватор машинистерінің, бульдозер машинистерінің, бұрғылау қондырғылары машинистерінің жұмыс орындарындағы шудың орташа эквивалентті деңгейі гигиеналық нормативтерден асып кеткені анықталды. Көмір өнеркәсібі кәсіпорындарындағы қолайсыз еңбек жағдайлары кәсіби сырқаттанушылықтың жоғары деңгейін айқындайды. "Ресей Федерациясындағы кәсіби аурудың жай-күйі туралы" ақпараттық жинақтардың материалдарын талдау көмір өнеркәсібіндегі профилактикалық аурудың құрылымында жетекші орындар тыныс алу аурулары, діріл ауруы, сенсорлық есту қабілетінің жоғалуы, перифериялық жүйке жүйесі мен тірек-қимыл аппаратының аурулары болып табылады.функционалды шамадан тыс жүктеме. Көмір өнеркәсібінде кәсіптік аспектіде сырқаттанушылықты талдау саладағы барлық кәсіптік патологияның 70% - дан астамы жетекші мамандықтар-үңгілеушілер, машинистер, электр слесарь қызметкерлерінде анықталғанын көрсетті. Ашық тау-кен жұмыстарымен айналысатын жұмысшыларда кәсіптік аурулар (діріл ауруы, пневмокониоз) жағдайлары тіркеледі. Бұл ретте интерстициийлік форманың 1-сатысындағы пневмокониоз жұмыс карьерлерінде 20 жыл және одан көп өтілі болғанда анықталады. Олардың кәсіби шаң патологиясы баяу дамумен және салыстырмалы түрде жақсы ағыммен сипатталады. Кәсіби аурудың ең жоғары деңгейі тау-кен технологиялық жабдықтарының машинистерінде, бұрғылау қондырғыларының машинистерінде, технологиялық автокөлік жүргізушілерінде байқалады. Жұмыскерлердің кәсіби ауруларының құрылымында бірінші орында сүйек-бұлшықет жүйесі мен тірек-қимыл аппаратының аурулары (48,0 %), екінші орында нейросенсорлық құлақ мүкістігі (3,5 %), үшінші орында діріл ауруы (16,2 %); пневмокониоздардың үлесі кәсіби аурулардың 7,0% - ын құрайды. Жалпы сырқаттанушылық құрылымында жұмыс істейтіндердің барлық өндірістік кәсіби топтарында тыныс алу органдарының аурулары (42,1 %), өндіріспен байланысты жарақаттар мен уланулар (12,2%), жүйке жүйесінің аурулары (11,8%), сүйек-бұлшықет жүйесі (10,1%), қан айналымы жүйесі органдарының аурулары (5,3%) жетекші орын алады.

Барлық өндірістік-кәсіптік топтардағы еңбек өтілінің өсуімен медициналық көмекке жүгіну деңгейінің артуы, 20 жыл және одан да көп еңбек өтілі кезінде ең жоғары шамаға жетуі тіркеледі. Жұмысшылардың кәсіби аурушаңдығының артуымен қатар, көмір өнеркәсібі кәсіпорындары өндірістік жарақаттанудың жоғары деңгейіне ие. Жарақаттану себептері арасында (көмір шахталарында) газ (метан) және шаң жарылыстары (шамамен 5%) маңызды рөл атқарады. 2007 жылы бұл себептердің маңыздылығы

күрт өсті-8,9% дейін, бұл негізінен өндірістік тәртіптің төмендеуімен, сондай-ақ көмір шахталарының жалпы жағдайының нашарлауымен түсіндіріледі. Жарақаттану құрылымындағы елеулі үлесті шамамен 9% биіктіктен құлау құрайды. Тау-кен өндірісінің өте қауіпті факторлары-жарылыс және электр тогы.

Көмір өнеркәсібі кәсіпорындарында және жер асты жұмыстарын орындау кезінде барлық адамдар санитарлық-гигиеналық нормаларға жауап бермейтін жағдайларда жұмыс істейтіні анықталды. "Халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы туралы" № 52-ФЗ (1999), "өндірістегі жазатайым оқиғалардан және кәсіптік аурулардан міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы" № 125-ФЗ (1998) федералдық заңдардың ережелерін орындау мақсатында 2003 жылғы 1 шілдеден бастап әзірленді және қолданысқа енгізілді. [12]

Осылайша, шахтерлердің еңбек жағдайлары бойынша жоғарыда келтірілген материалдарды талдау негізінде денсаулыққа ықтимал зиян дәрежесі бойынша жоғары кәсіптік қауіп-қатермен жұмыс істейтін жұмысшылар еңбек қауіптілігі мен зияндылығының жоғары санатына жатқызылуы керек деп қорытынды жасауға болады. Жұмыс берушінің еңбек жағдайларын қалыпқа келтіру, кәсіптік аурулардың, өндірістік жарақаттанудың алдын алу және тәуекелдерді басқару жөніндегі шараларды жүргізуі міндетті түрде ГОСТ 12.0230-2007 "ЕҚСЖ. Еңбекті қорғауды басқару жүйелері. Жалпы талаптар". Алдын алу шараларының кешенін (қатерді басқаруды) қауіпті факторлардың деңгейін төмендетуге немесе жоюға немесе жұмыстың қауіпсіз жүйелерін енгізуге бағыттау; еңбек жағдайларын, қызметкерлердің денсаулық жағдайын ұдайы бақылау (алдын ала және мерзімді медициналық тексерулер, диспансерлік бақылау топтары, мақсатты медициналық тексерулер және т.б.); ЖҚҚ-ны үнемі қолдану және олардың пайдаланылуын бақылау қажет. Жұмыс беруші жұмыскерлерді денсаулығының бұзылу қаупі, қажетті қорғау және алдын алу шаралары туралы жүйелі түрде хабардар етуге, сондай-ақ саламатты өмір салтын насихаттау жөніндегі шаралар жүйесін (зиянды әдеттерге қарсы күрес, дене шынықтырумен және кәсіби бағдарланған спорт түрлерімен айналысу) және сауықтырудың басқа да шараларын әзірлеуге тиіс. Тәуекелді басқару жұмыс берушілердің, қызметкерлердің және басқа да мүдделі Тараптардың еңбек жағдайларын жақсартуда және қызметкерлердің денсаулығын сақтауда белсенді өзара іс-қимылын көздеуге тиіс. Осылайша, олардың кешенді әсерін ескере отырып, жұмыс ортасы факторларының әртүрлі сипаттамаларын зерттеуді талдау негізінде жерасты және ашық көмір өндірумен айналысатын жұмысшылардың негізгі және көмекші кәсіби топтарының жұмыс орындарындағы еңбек жағдайларына жалпы баға беріледі. Кеншілер арасында кәсіби сырқаттанушылық көрсеткіштері айтарлықтай жоғары деңгейлерді анықтайды. Ресей Федерациясының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің тапсырмасы бойынша зерттеу жұмыстарын орындау аясында 2011 жылғы 21 шілдеде N 102 бекітілген "көмір өндіру және қайта өңдеу және жұмыстарды ұйымдастыру бойынша қызметті жүзеге асыратын кәсіпорындарға қойылатын гигиеналық талаптар" санитарлық ережелерінің жобасы дайындалды. [13].

Санитариялық қағидалар шахталардағы, разрездердегі тау-кен қазбаларын жобалауға, салуға, жабдықтауға, орналастыруға және күтіп-ұстауға, қызметкерлерді санитариялық-тұрмыстық және медициналық-профилактикалық қамтамасыз етуге, қоршаған ортаның ластануының алдын алуға, сондай-ақ еңбек жағдайларының жай-күйін және сауықтыру іс-шараларының тиімділігін бақылауға қойылатын талаптарды белгілейді. Осы Ереженің сақталуын бақылауды мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалауды жүзеге асыруға уәкілетті органдар жүзеге асырады. Көмір өндірісі жұмысшыларының қауіпсіздігі мен еңбек гигиенасы туралы шетелдік заңдармен салыстырғанда, Ресей Федерациясының "көмір өндіру және қайта өңдеу және жұмыстарды ұйымдастыру бойынша қызметті жүзеге асыратын кәсіпорындарға қойылатын гигиеналық талаптар" Жарлығында XIII бөлімде "санитарлық-тұрмыстық қамтамасыз етуге, тамақтануға арналған Ауыз су режиміне қойылатын талаптар"көрсетілген. 13.8-кіші бөлімде. шешіну бөлмелерінде ауысымнан кейін сілтілі, жылу ылғал және майлы ингаляцияларды жүргізу үшін топтық ингаляторлар және микробқа қарсы және вирусқа қарсы белсенділігі бар эфир майларының буымен ауаны қанықтыру үшін аэрофитогенераторлар орнатылатыны атап өтілді. Тамақтануға қатысты 13.20.3-кіші бөлімде жерасты тамақтану пункттерін жұмыс орнынан 600 м-ден астам қашықтықта орналасқан разрездерде жұмыскерлердің қысқа мерзімді демалуына арналған үй-жайда тамақ ішуге арналған бөлмелер қосымша жабдықталатыны, онда Қол мен ыдыс жууға арналған құрылғылар көзделетіні атап өтілді. Және 13.22-кіші бөлімде. қыздыратын және салқындататын микроклимат жағдайында жұмыс істейтіндердің су теңгерімінің бұзылуының алдын алу үшін көзделген, қызметкерлер витаминдер, тұздар және микроэлементтер тапшылығын өтеу тиімділігін арттыру үшін күн сайын алуан түрлі газдалған немесе басқа да сусындармен (шай, кептірілген жемістерден жасалған отвардар және басқа да сусындар) қамтамасыз етіледі. XIV "қызметкерлерге медициналық-профилактикалық қызмет көрсетуге және медициналық қарап-тексерулерді жүргізуге қойылатын талаптар" бөлімінде 14.3-кіші бөлім. ұсынылған, көмірді жерасты өндіру кезінде әкімшілік-тұрмыстық комбинат құрамындағы Денсаулық сақтау пунктінен басқа, жерасты Денсаулық пунктін ұйымдастырады, оның үй-жайында қолданыстағы санитарлық нормалар мен ережелерге сәйкес микроклиматтық

жағдайлар сақталады. Жерасты Денсаулық сақтау пункттері алғашқы көмек көрсету үшін қажетті құралдармен, сондай-ақ шұғыл және кезек күттірмейтін нысандағы медициналық көмекпен қамтамасыз етеді. 14.6. Шахталардың және жерасты тау-кен жұмыстарына баратын барлық жұмыскерлерді медициналық персонал алғашқы көмек көрсетуге үйретеді және белгіленген тәртіппен берілетін су өткізбейтін қабықтағы жеке таңу пакеттерімен жабдықтайды. 14.7. Жерасты және ашық тау-кен жұмыстарында және көмірді байыту кезінде жұмыс істейтін қызметкерлер белгіленген тәртіппен алдын ала (жұмысқа орналасу кезінде) және міндетті мерзімдік және профилактикалық медициналық тексеруден өтеді. 14.8. Мерзімді медициналық тексерулер жүргізу нәтижелері бойынша емдеудің профилактикалық курстарын (ультракүлгін сәулелену, ингаляциялар, физиотерапиялық рәсімдер, витаминдік терапия, стресстің алдын алу үшін психологиялық жеңілдету) қоса алғанда, диспансерлік бақылау және медициналық-профилактикалық іс-шаралар жүргізу үшін өндірістік негізделген және кәсіптік аурулардың даму қаупі топтары қалыптастырылады. 14.9. Апаттардан немесе авариядан кейінгі жағдайлардан кейін барлық қызметкерлер Ресейдің Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі әр түрлі кәсіби қызмет түрлеріне бекіткен әдістемелерге сәйкес психологиялық стресстің салдарын жеңілдету үшін психологиялық оңалтудан өтуі керек.[14]

АҚШ және РФ сияқты ірі дамыған елдерде сипатталғандай, Қазақстанда көмір өндірудің үлкен прогресі бар екенін атап өтуге болады. Қазақстан Республикасының көмір өнеркәсібі қазіргі уақытта ел экономикасындағы негізгі энергия көзі болып табылады. Көмір Қазақстан экономикасында, әсіресе электр энергетикасында, ауыр және тау-кен өндіру өнеркәсібінде, сондай-ақ пайдалы қазбаларды өндірумен байланысты басқа да салаларда кеңінен қолданылады. [15].

Жер қойнауын пайдалану жөніндегі операцияларды лицензиялауға байланысты еңбекті қорғау және өнеркәсіптік қауіпсіздік мәселелері бойынша ішкі қауіпсіздік ережелері мен нормалары және ықтимал қатер қозғалады. Тау-кен өнеркәсібімен байланысты бірқатар тәуекелдер бар, соның ішінде суды пайдалану, топырақтың құлауы, қауіпті жабдықтар мен кәсіби аурулар. Еңбекті қорғау және өнеркәсіптік қауіпсіздік саласындағы проблемаларды шешудің неғұрлым пәрменді тәсілі тәуекелдерді бағалауға негізделген болып саналады, ол реттеуші органдар тарапынан қадағалауды және техникалық жаңғыртуды, сондай-ақ тәуекелді шектеу тәсілдерін анықтау мақсатында зерттеулер жүргізуді қамтуға тиіс. Бұған көбінесе ақпарат алмасу және оқыту шаралары кіреді – мысалы, Канаданың Онтарио провинциясында, онда тау-кен өнеркәсібіндегі еңбекті қорғау және өнеркәсіптік қауіпсіздік менеджментіне аналитикалық шолу аясында тау-кен кәсіпорындары қызметкерлерінің хабардарлығын арттыру ұсынылды. [16]

2007 жылғы 1 маусымнан бастап қолданысқа енген, ағымдағы жылғы мамырда қабылданған Қазақстан Республикасының Еңбек кодексі (Астана, Ақорда, 2007 жылғы 15 мамырдағы № 251-III) (бұдан әрі – ҚР ЕК) еңбекті қорғау саласындағы құқықтық негіздерді белгілейтін Қазақстан Республикасының Негізгі Заңы болып табылады.

ҚР ЕК 341 бапты қамтитын 40 тараудан тұрады (Ескі Еңбек туралы заңда 109 баптың тек 12 тарауы болған) және арнайы тараулар мен мақалаларда айтарлықтай нақты регламенттер алынған көптеген жаңалықтар бар. Еңбек заңнамасының негізгі принциптерінің қатарына, жалпыға мәлім Қағидалармен қатар, өндірістік қызмет нәтижелеріне қатысты қызметкердің өмірі мен денсаулығының басымдығы сияқты мәселелер енгізілгеніне назар аудару қажет.

Сондай-ақ қызметкер еңбек (қызметтік) міндеттерін атқарған кезде оның өмірі мен денсаулығына зиян келтіргені үшін жұмыс берушінің азаматтық-құқықтық жауапкершілігін міндетті сақтандыру саласында туындайтын қоғамдық қатынастарды реттеу және оның құқықтары мен бостандықтарын белгілеу мақсатында көзделген, 2005 жылғы ақпанда бірқатар заңға тәуелді нормативтік құқықтық актілермен "қызметкер еңбек (қызметтік) міндеттерін атқарған кезде оның өмірі мен денсаулығына зиян келтіргені үшін жұмыс берушінің азаматтық-құқықтық жауапкершілігін міндетті сақтандыру туралы" Қазақстан Республикасының Заңы қабылданды.[17.]

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 144-бабының 6-тармағына сәйкес "көмір өнеркәсібі объектілеріне қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" бекітілді, "еңбек, тұрмыстық қызмет көрсету, медициналық қамтамасыз ету және тамақтану жағдайларына қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" 8-тармағында көмір өнеркәсібі қызметкерлерінің еңбек жағдайлары мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету жөніндегі барлық нормалар мен шаралар көзделген. (114) көмір өнеркәсібі объектілерінде қауіпті және зиянды өндірістік факторлардың әсеріне ұшырайтын барлық жұмыс істейтіндер жеке қорғаныш құралдарымен қамтамасыз етіледі. ЖҚҚ еңбек қауіпсіздігі және еңбекті қорғау талаптарына сәйкес барлық жағдайларда қолданылады. (115) бет пен қолдың терісін зиянды заттардың түсуінен қорғау үшін, сондай-ақ ашық ауада жұмыс істеу кезінде, қан соратын жәндіктерден, аяздан және күн радиациясынан қорғау үшін қорғаныс құралдары (жақпа, пасталар, аэрозольдер) қолданылады. (121) терінің іріңді аурулары және аяқ-қолдың саңырауқұлақ аурулары бар науқастардың арнайы киімдері мен аяқ киімдері күнделікті

дезинфекцияланады. (123) жер үсті шахта асханаларын күтіп – ұстау және пайдалану, сондай-ақ тамақ өнімдерін аспаздық өңдеу және өткізу нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде 2015 жылғы 08 мамырда № 10982 болып тіркелген Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 19 наурыздағы № 234 "қоғамдық тамақтандыру объектілеріне қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар "санитариялық қағидаларын бекіту туралы" бұйрығына сәйкес жүргізіледі. (127) жұмыс орындарында қызметкерлерді сүтпен, құнарлылығы бойынша теңдестірілген емдік-профилактикалық тағаммен, витаминдермен және биологиялық активті микроэлементтермен қамтамасыз етеді. (128) кәсіпорындардың еңбек етушілеріне медициналық қызмет көрсетуді медициналық-санитариялық бөлімдер, емханалар мен ауруханалар жүзеге асырады. Олар цех қызметін және тәулік бойы жұмыс істейтін денсаулық сақтау пункттерінің желісін ұйымдастырады. (130) қолайсыз өндірістік факторлардың әсеріне байланысты өндірістер мен кәсіптерде жұмыс істейтін және жұмыс істейтін жұмысшылар мен инженерлік-техникалық қызметкерлер "міндетті медициналық тексерулер жүргізілетін зиянды өндірістік факторлардың, кәсіптердің Тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 28 ақпандағы № 175 бұйрығына сәйкес жұмысқа қабылдау кезінде алдын ала және мерзімді медициналық тексеруден өтеді", нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде 2015 жылғы 08 мамырда № 10987 және 2015 жылғы 24 ақпанда № 127 "міндетті медициналық қарап-тексерулерді жүргізу қағидаларын бекіту туралы" тіркелген, нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде 2015 жылғы 08 сәуірде № 10634 болып тіркелген. (131) жұмыс беруші жұмыс істеушіде кәсіптік ауру анықталған және расталған жағдайда, медициналық қорытынды негізінде қолайсыз өндірістік факторлардың әсеріне байланысты емес жұмысқа ауыстырылады.[18]

Қазақстанда еңбекті қорғау мәселелері өнеркәсіптік қауіпсіздік талаптарымен реттеледі. "Жер қойнауы және жер қойнауын пайдалану туралы" жаңа кодекс барлау, өндіру және жұмыстарды аяқтау кезеңдерінде өнеркәсіптік қауіпсіздік талаптарына сәйкестікті көздейді, жер қойнауын пайдаланушыларды зардаптарды жою барысында қауіпсіздікті қамтамасыз ету жөніндегі жоспарланған іс-шаралар туралы есеп беруге және жоспарларды қоршаған ортаны қорғау және өнеркәсіптік қауіпсіздік саласындағы уәкілетті органдармен келісуге міндеттейді. Алынған ақпаратқа сәйкес, соңғы бірнеше жылда "Қазмырыш" пен KAZ Minerals-ты қоса алғанда, көптеген тау-кен өнеркәсібі компанияларының жаңа технологиялар мен жабдықтарды енгізуінің арқасында өндірістегі апаттар саны азайды. Дегенмен, өнеркәсіптік қауіпсіздік саласындағы халықаралық стандарттар деңгейіне шығу үшін одан әрі шаралар, оның ішінде техникалық жаңғырту және өндірістік процестерді автоматтандыруды ұлғайту қажет. Бұдан басқа, мемлекеттік органдар мен жер қойнауын пайдаланушылар арасындағы белсенді ынтымақтастық, сондай-ақ заңнаманы одан әрі реформалау, атап айтқанда, қазіргі уақытта жүзеге асырылып жатқан өнеркәсіптік қауіпсіздіктің белгілі бір талаптарын қайта қарау қажет. [16]

Қорытынды. Қорытындылай келе, көмір өнеркәсібі қызметкерлерінің денсаулығы көптеген елдердің экономикалық жағдайын дамытуда үлкен маңызға ие. Көмір өндіру кәсібилікті, төзімділікті және мықты денсаулықты талап ететін, орны толмас және ауыр еңбектің бірі болып табылады. Жоғарыда айтылғандай, ауыр жұмыс жағдайында қызмет атқаратын көмір өнеркәсібімен айналысатын жұмысшылардың өміріне үлкен қауіп төнетіні айқын. Сондықтан, осы салада жұмыс істемейтін кеншілердің өмір сүру сапасын жақсарту және ұзарту үшін көптеген еңбек жағдайлары қамтамасыз етілуі керек.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Nutrition Of Coal Mine Workers (A Case Study Of Korba Coal Mines,Chhattisgarh) Dr.Kaveri Dabhadker, Dr. Renu Shrivastva, Dr. Aradhana Sharma. INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENTIFIC & TECHNOLOGY RESEARCH VOLUME 2, ISSUE 5, MAY 2013, C-278.

2. Occupational Safety and Health Implications of Increased Coal Utilization by Kenneth Bridbord, Joseph Costello,* John Gamble,* Dennis Groce,* Marilyn Hutchison,* William Jones,* James Merchant,* Carl Ortmeyer,* Robert Reger,* and William L. Wagner. Environmental Health Perspectives Vol. 33, pp. 285-302, 1979, Executive Summary, C-285.*

3. Nutrition Of Coal Mine Workers (A Case Study Of Korba Coal Mines,Chhattisgarh) Dr.Kaveri Dabhadker, Dr. Renu Shrivastva, Dr. Aradhana Sharma. INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENTIFIC & TECHNOLOGY RESEARCH VOLUME 2, ISSUE 5, MAY 2013, C-278.

4. И. Ф. Костюк, В. А. Капустник, в. п. Брыкалин, А. А. Калмыков "Кәсіби аурулар» Харьков: ХГМУ, 2007.С-5,6.]

5. Occupational Safety and Health Implications of Increased Coal Utilization by Kenneth Bridbord, Joseph Costello,* John Gamble,* Dennis Groce,* Marilyn Hutchison,* William Jones,* James Merchant,* Carl Ortmeyer,* Robert Reger,* and William L. Wagner. Environmental Health Perspectives Vol. 33, pp. 285-302, 1979, C – 285.*

6. FEDERALMINESAFETYANDHEALTHACTOF 1977. Be it enacted by the Senate and House of Representatives of the United States of America in Congress assembled, That this Act may be cited as the "Federal Mine Safety and Health Act of 1977". (30 U.S.C. 846) Enacted December 30, 1969, P.L. 91–173, title II, sec. 206, 83 Stat. 765. С – 34, 39, 46.
7. Occupational Safety and Health Implications of Increased Coal Utilization by Kenneth Bridbord, Joseph Costello,* John Gamble,* Dennis Groce,* Marilyn Hutchison,* William Jones,* James Merchant,* Carl Ortmeyer,* Robert Reger,* and William L. Wagner. Environmental Health Perspectives Vol. 33, pp. 285-302, 1979, С – 299-300.*
8. Coal Mine Safety and Health by Linda Levine. Congressional Research Service; Domestic Social Policy DivisionFollow, March 2008, Abstract C - 2, CRS-4, CRS-7, CRS-8.
9. WHO Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017): Baseline for Implementation Global Country Survey 2008/2009. Executive Summary and Survey FindingsGeneva, April 2013 С-3, 8-10.
10. https://miningwiki.ru/wiki. MiningWiki-свободная шахт1рская энциклопедия.
11.«О состоянии профессиональной заболеваемости в Российской Федерации» в 2008 г. Информационный сборник статей и аналит. мат. – М.; Федеральное гос. учрежд. здрав. «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора, 2009. С– 68.
12. Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников. Организационно-методические основы, принципы и критерии оценки: Руководство Р.2.2.1766-03.-М.: Федеральный Центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004. С–24.
13. "Көмір өнеркәсібі жұмысшыларының еңбек жағдайларын, кәсіби қатерін, кәсіби сырқаттанушылық жағдайын және өндірістік жарақаттану жағдайын бағалау" н. п. Головкова, А.Г. Чеботарев, Н.О. Каледина, Н.А. Хелковский-Сергеев, 2011 С – 11-13, 21-25, 37, 39.
14. РФ Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі 2011 жылғы 21 шілдеде N 102 бекіткен "көмір өндіру және қайта өңдеу және жұмыстарды ұйымдастыру жөніндегі қызметті жүзеге асыратын кәсіпорындарға қойылатын гигиеналық талаптар" санитариялық қағидаларының жобасын дайындады.
15. ҚР көмір өнеркәсібі 2018, С-4.
16. Қазақстандағы тау-кен өнеркәсібін реформалау: Инвестициялар, бәсекеге қабілеттілік, тұрақты даму. Повышение конкурентоспособности горной промышленности в Казахстане © ОЭСР 2018,С-42.
17. Қазақстан Республикасында еңбекті қорғау 2008, С-12.
18. 2015 жылғы 20 наурыздағы № 236" өнеркәсіп объектілеріне қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар".

УДК: 616.127-008.1:616-071

НАБИЕВ Д.Е., МАЛТАБАРОВА Н.А., ЖУМАБАЕВ М.Б., АМАНГАЛИЕВ А.А.
НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан

КОПЕПТИН В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Аннотация:
В литературном обзоре представлены результаты исследований, изучающих копептин в качестве биомаркера некрозам миокарда и возможность использования копептин как средство ранней диагностики и исключения инфаркта миокарда. Копептин демонстрирует реакцию эндогенного нейрогормонального стресса, происходит увеличение концетрации в крови уже в 1 час ИМ и уменьшается к 10 часу от начала индексного события. Отсутствие копептина и тропонина Т достоверно позволяет исключить ИМ. Уровень увеличения копептина имеет зависимость от размеров очага некроза миокарда и характеризует дальнейший прогноз заболевания: риск развития смерти и прогрессирования хронической сердечной недостаточности. Объектами исследования явились литературные источники по вопросам исследования копептина. Ключевой момент всех исследований состоит в том что остается недостаточно открытым и понятным тот конкретный период времени, в течении которого нужно определять копептин у пациентов с ОКС. Также,

выполненные по сей день работы еще не дали какой-либо информации о возможности применения копептина для лечения больных ИМ с целью улучшения прогноза. Актуальный вопрос остается открытым и требует дальнейших исследований.

Ключевые слова: Инфаркт миокарда, Копептин, Острый коронарный синдром.

НАБИЕВ Д.Е., МАЛТАБАРОВА Н.А., ЖУМАБАЕВ М.Б., АМАНГАЛИЕВ А.А.
«Астана Медицина Университеті» Ке АҚ, Нур-Султан

ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДА МИОКАРД ИНФАРКТІСІНІҢ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАСЫНДА КОПЕПТИН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Әдеби шолуда копептинді миокард некрозының биомаркері ретінде зерттейтін зерттеулердің нәтижелері және ерте диагноз қою және миокард инфарктісін болдырмау құралы ретінде копептин қолдану мүмкіндігі көрсетілген. Копептин эндогенді нейрогормональды стресстің реакциясын көрсетеді, 1 сағат МИ-де қан концентрациясының жоғарылауы байқалады және индекс оқиғасы басталғаннан бастап 10 сағатқа азаяды. Копептин мен Т тропониннің болмауы МІ-ді сенімді түрде жоққа шығара алады. Копептиннің жоғарылау деңгейі миокард некрозының фокус мөлшеріне байланысты және аурудың одан әрі болжамын сипаттайды: өлім қаупі және созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің өршуі. Зерттеу нысаны: Копептинді зерттеу туралы әдеби көздер.

Барлық зерттеулердің маңызды мәні мынада, ол ACS-мен ауыратын науқастарда копептинді анықтау қажет болатын нақты уақыт кезеңінде жеткіліксіз ашық және түсінікті болып қалады. Сондай-ақ, осы күнге дейін жүргізілген жұмыстар болжамды жақсарту мақсатында МИ-мен ауыратын науқастарды емдеу үшін копептинді қолдану мүмкіндігі туралы әлі ақпарат берген жоқ. Нақты сұрақ ашық болып қалады және қосымша зерттеуді қажет етеді.

Түйінді сөздер: Миокард инфарктісі, Копептин, Жіті коронарлық синдром.

NABIYEV D.E., MALTABAROVA N.A., ZHUMABAYEV M.B.,AMANGALIYEV A.A.
«Astana Medical University” NJSC, Nur-Sultan

COPEPTIN IN EARLY DIAGNOSIS OF MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

The literature review presents the results of studies examining copeptin as a biomarker of myocardial necrosis and the possibility of using copeptin as a means of early diagnosis and exclusion of myocardial infarction. Copeptin demonstrates the reaction of endogenous neurohormonal stress, there is an increase in blood concentration as early as 1 hour of MI and decreases by 10 hours from the beginning of the index event. The absence of copeptin and troponin T can reliably exclude MI. The level of increase in copeptin depends on the size of the focus of myocardial necrosis and characterizes the further prognosis of the disease: the risk of death and progression of chronic heart failure. Object of study: Literary sources on the research of copeptin.

The key point of all studies is that the specific period of time during which it is necessary to determine copeptin in patients with ACS remains insufficiently open and understandable. Also, the work performed to this day has not yet provided any information about the possibility of using copeptin for the treatment of patients with MI in order to improve the prognosis. The actual question remains open and requires further research.

Key words: Myocardial infarction, Copeptin, Acute coronary syndrome.

Актуальность: В литературном обзоре представлены результаты исследований, изучающих копептин в качестве биомаркера некрозам миокарда и возможность использования копептин как средство ранней диагностики и исключения инфаркта миокарда. Копептин демонстрирует реакцию эндогенного нейрогормонального стресса, происходит увеличение концетрации в крови уже в 1 час ИМ и уменьшается к 10 часу от начала индексного события. Отсутствие копептина и тропонина Т достоверно позволяет исключить ИМ. Уровень увеличения копептина имеет зависимость от размеров очага некроза миокарда и характеризует дальнейший прогноз заболевания: риск развития смерти и прогрессирования хронической сердечной недостаточности.

Острые коронарные синдромы (ОКС) является ведущей причиной госпитализации и смертности. По данным авторов [1-3], в первый час инфаркта миокарда (ИМ) умирают около 30% пациентов, в течение первых 4 часов — около 40%, и еще 10% на протяжении первого года после перенесенного заболевания. В связи с этим ранняя диагностика, своевременное и адекватное лечение больных с ОКС чрезвычайно важны.

Объект исследования: Литературные источники по вопросам исследования копептина.

Обсуждение: Неотложная помощь пациентам с подозрением на инфаркт миокарда является критически важной в борьбе за жизнь пациента, в нашем исследовании мы хотим представить новую возможность ранней диагностики инфаркта миокарда которая позволит быстрее верифицировать диагноз.

Среди пациентов с острым коронарным синдромом важным является выявление групп больных с некрозом миокарда, которые имеют повышенный риск развития осложнений и смерти. У этой группы больных показана наиболее агрессивная тактика лечения, включающая использование чрескожного коронарного вмешательства или аортокоронарного шунтирования. В настоящее время «золотым стандартом» в верификации некроза миокарда и, следовательно, инфаркта, является определение повышения уровня тропонина T или I. Это признано необходимым условием постановки диагноза острого инфаркта миокарда (ОИМ), наряду с одним из следующих факторов: боль в груди ишемического характера, наличие ЭКГ-признаков ишемии, уменьшение массы сократимого миокарда по данным методов визуализации. Однако, несмотря на широкое применение и высокую результативность использования тропонина в диагностике некроза миокарда у пациентов, поступающих с подозрением на острый коронарный синдром, значимыми недостатками измерения уровня тропонина остаются относительно позднее его повышение в крови после начала ИМ (через 3–6 ч от начала некроза), а также повышение его уровня, не связанное с ишемией миокарда, например, при сепсисе, септическом шоке, тромбоэмболии легочной артерии, субарахноидальных кровоизлияниях, тяжелой сердечной и почечной недостаточности и т. д., в связи с чем возникает необходимость более длительного наблюдения и последовательного тестирования на тропонин в динамике у пациентов с промежуточным или высоким клиническим индексом подозрения на ОКС, что может приводить к отсроченному по времени установлению диагноза и началу лечения, повышению развития осложнений и потенциальной летальности.

В связи с этим продолжается поиск дополнительных диагностических критериев ранних проявлений ИМ с целью оптимизации лечебной тактики и снижения летальных и нелетальных осложнений его течения. Одним из таких маркеров, на которые обращено внимание исследователей в последнее время, является копептин.

Диагностика ИМ в ранние сроки на практике может быть сложна в связи с тем, что ИМ нередко имеет атипичный характер, показатели кардиоспецифических маркеров некроза не превышают пороговые значения нормы, а данные электрокардиограммы (ЭКГ) в первые часы заболевания не всегда диагностически значимы, либо оценка показателей ЭКГ затруднена из-за изменений, имевшихся исходно (аневризма левого желудочка, блокады ножек пучка Гиса и др.). Поэтому возникла необходимость в дополнительных методах, которые позволяли бы диагностировать ИМ уже в первый час от начала индексного события.

Значения уровня копептина могут быть использованы в качестве диагностического маркера у пациентов с подозрением на ИМ в сочетании с другими биомаркерами, но, тем не менее, до настоящего времени потенциальная значимость копептина в ранней диагностике ИМ остается недостаточно изученной, что обусловливает необходимость проведения дальнейших исследований.

Копептин – состоящая из 39 аминокислот гликопептидная кислота, является С-концевой частью провазопрессина и выделяется совместно с АВП в эквимолярных концентрациях, отражает уровень эндогенного стресса в организме человека. Прямое определение содержания вазопрессина сегодня затруднительно, т. к. гормон в крови нестабилен, имеет короткий период полувыведения и 90% циркулирующего гормона связано с тромбоцитами [8]. Поэтому точная, воспроизводимая и надежная методика оценки содержания вазопрессина в крови на сегодня отсутствует. В клинике используют суррогатный маркер вазопрессина — копептин. Функции копептина в организме остаются недостаточно изученными. Копептин секретируется в эквимолярном вазопрессину количестве. В отличие от вазопрессина уровень копептина остается стабильным в крови несколько суток и поэтому более доступен для определения [9]. Однако будучи маркером нейрогормонального стресса, копептин не является специфичным для патологии сердечно-сосудистой системы.

Хотя копептин не выступает как кардио- специфический маркер, тем не менее возможно применение данного биомаркера в качестве диагностического метода ИМ, так как его концентрация увеличивается в крови в первые часы заболевания [9]. В ранних исследованиях отражено, что копептин значимо увеличивается в крови уже в 1-ый час ИМ и затем уменьшается в течении нескольких часов. К примеру, в исследовании Gu YL, et al. (2011) [10] у 145 больных ИМ определяли в динамике уровни в крови копептина, КК-МВ и Tn T. Установлено, что пик концентрации копептина зафиксирован сразу после появления симптомов ИМ и был равен 249 пмоль/л. Пиковые значения КК-МВ и Tn T зафиксировано намного позже и был равен 275 ед./л и 5,75 мкг/л. Уровень копептина уменьшался к 10-му часу от начала ИМ, а уровни КК-МВ и Tn T — намного позже. Степень увеличения копептина была значимо больше у больных ИМ с подъемом сег мента ST на ЭКГ, чем у пациентов с ИМ без подъема сегмента ST на ЭКГ. В

работах Ananth V, Beig J (2016) [11] выявлена связь между наличием копептина в крови и размером ИМ когда как площадь поражения миокарда определяли с помощью магнитно-резонансной томографии.

Оценка эффективности комбинированного применения 2-х биомаркеров — Tn и копептина в диагностике ИМ были рассмотрены в исследованиях Afzali D, et al. (2013) [12], Folli Ch, et al. (2013) [13], Sayed ZH, et al. (2014) [14]. Afzali D, et al. (2013) [12] включил в исследование 230 больных, поступивших в стационар с диагнозом ОКС. Tn I и копептин были определены при поступлении пациентов в стационар и дополнительно через 3-6 часов. ИМ диагностирован у 107 больных (ИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ у 24, без подъема сегмента ST на ЭКГ — у 83). Выявлено, что уро- вень копептина был значимо выше у больных ИМ в сравнении с пациентами, не имевшими ИМ (медиана 20,8 против 12,2 пмоль/л, P<0,0001). Уровни Tn I менее 0,04 нг/мл и копептина менее 14 пмоль/л обладали высокой отрицательной прогностической значимостью (97,3%) в отношении диагноза ИМ.

Похожие по результатам данные получены в обширном многоцентровом исследовании COPED-MIRRO (2014) [15]. В работу включали пациентов, поступающих в приемные отделения стационаров с диагнозом ОКС в первые 12 часов от начала симптомов заболевания с исходно ЭКГ без изменений и отрицательными значениями Tn. Второй забор крови на Tn был через 6 часов. Количество пациентов составило 1018. Отрицательное прогностическое значение копептина в диагностике ИМ составило 94,2% и было более высоким у больных старше 70 лет (95,1% и 92,6%, P<0,05), а при сроке заболевания менее 6 часов (97,8% и 93,9%, P<0,01). В заключении, авторы исследований резюмируют вывод, что отрицательное прогностическое значение обоих биомаркеров дает возможность достоверно исключить ИМ.

Заключение: Ключевой момент всех исследований состоит в том что остается недостаточно открытым и понятным тот конкретный период времени, в течении которого нужно определять копептин у пациентов с ОКС. Также, выполненные по сей день работы еще не дали какой-либо информации о возможности применения копептина для лечения больных ИМ с целью улучшения прогноза. Актуальный вопрос остается открытым и требует дальнейших исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Campbell r. Myocardial infarction: International guidelines. M.: 1997; 87 p. (In russ.) Кэмпбелл р. Международное руководство по инфаркту миокарда. М.: 1997; 87 с.

2. Chambless L, Keil U, dobson A, et al. Population versus clinical view of case fatality from acute coronary heart disease: results from WHo MoNICA 1985-1990. Circulation 1997; 96: 3849-59.

3. Kesov Pg, Shalaev SV. risk factors, clinical manifestations, and especially the treatment of acute coronary syndrome from the standpoint of the gender perspective. Meducal science and education of Ural 2015;16(2):164-8.

4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. third Universal definition of Myocardial Infarction. Circulation 2012; 126 (16): 2020-35.

5. Thygesen K, Mair J, giannitsis e, et al. How to Use High — Sensititity Cardiac troponins in Acute Cardiac Care. eur Heart J 2012; 33 (18): 2252-7.

6. Jobs A, thiele H. eSC guidelines 2015: Non-St-elevation acute coronary Syndrome. Herz 2015; 40(8)1027-33.

7. Preibisz JJ, Sealey Je, Laragh JH, et al. Plasma and platelet vasopressin in essential hypertension and congestive heart failure. Hypertension 1983; 5: 1129-38.

8. Kokorin VA, Luyson VA, Shaiduyk oY. Increased activity neurohumoral systems of myocardial infarction patients: prognostic importance. Scientific records sevics of Medicine. Pharmacy 2011; (105): 37-43.

9.Reichlin t, Hochholzer W, Stelzig C, et al. Incremental value of copeptin for rapid rule out of acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol 2009; 54 (1): 60-8.

10. Gu YL, Voors AA, Zijlstra F, et al. Comparison of the temporal release pattern of copeptin with conventional biomarkers in acute myocardial infarction. Clin res Cardiol 2011; 100 (12): 1069-76.

11. Ananth V, Beig Jr, tramboo N, et al. does plasma copeptin level at admission predict final infarct size in St — elevation myocardial infarction. International J of Cardiology 2016; 219: 326-30.

12. Afzali d,erren M,Pavenstadt H-J, et al.Impact of copeptin on diagnosis, risk stratification, and intermediate-term prognosis of acute coronary syndromes. Clin research in Cardiology2013;102:755-63.

13. Folli Ch, Consonni d, Spessot M, et al. diagnostic rolle of copeptin in patients presenting with chest pain in the emergency room. eur J of Internal Medicine 2013; 24 (2): 189-93.

14. Sayed ZH, Mahmoud HA, el Shall LY, et al. Impact of copeptin on diagnosis of acute coronary syndrome. egyptian J of Medical Human genetics 2014; 15 (3): 241-7.

15. Liorens P, Sanchez M, Herrero P, et al. the utility of copeptin in the emergency department for non — St - elevation myocardial infarction rapid rule out: CoPed-MIrro study. eur J emerg Med 2014; 21 (3): 220-9.

Автор для корресподенции: Набиев Дастан Ергалиевич - ассистент кафедры «Детской анестезиологии, интенсивной терапии и скорой неотложной помощи» - dastan.nabiev@mail.ru



УДК: 615.2.03; 614; 614.2; 614:33

ОРАЗОВА Ғ.Ұ.[1], ЖҮСІПОВА Г.К.[2], КЕРІМБАЕВА З.А.[3], БЕИСБЕКОВА А.Қ.[4], ШАЛАБАЕВА Д.С.[5], КАЙРБЕКОВА А.М.[6], АМАНОВА А.Д.[7]

[1] Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының доценті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

[2] Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығының Дәрілік заттарды ұтымды пайдалану орталығының жетекшісі,
Нұр-Сұлтан, Қазақстан

[3] Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және менеджмент кафедрасының профессоры, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

[4] С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университетінің Нутрициология кафедрасының доценті, Алматы, Қазақстан

[6] Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық сақтау мамандығы бойынша магистранты, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

[6] Астана медициналық университетінің 312 топ студенті,
Нұр-Сұлтан, Қазақстан

[7] Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының аға оқытушысы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

COVID-19 ЖӘНЕ АНТИБИОТИККЕ ТҰРАҚТЫЛЫҚ. АНТИБИОТИКТЕРДІ БАСҚАРУДЫҢ ҚОЛДАНЫСТАҒЫ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНА ШОЛУ

Түйіндеме:

COVID-19-пен ауыратын науқастарды емдеуде антимикробты препараттарды кең көлемде қолдану потенциалы осы инфекциядан болатын өлім-жітімнің өсуін қысқа мерзімді азайтып, антибиотикке тұрақтылық нәтижесінде болатын өлім-жітім көрсеткіштерінің ұзақ мерзімдік өсуіне алып келеді. Бұл жағдайдың теріс салдары денсаулық сақтау жүйесі мен экономика үшін ұзақ жылдарға созылады деп күтілуде. Сөзсіз, антибиотикке тұрақтылық мәселесі өз өзектілігін жоғалтпайды. Себебі бактериялардың антимикробты препараттарға тұрақтылығы өсуі адамзатқа туатын қатерді ұлғайтуда. Сондықтан мәселені шешу үшін жаңа зерттеулер мен кешенді мемлекеттік шаралар кеңінен әрі үздіксіз жүргізілуі керек.

Түйін сөздер: COVID-19, антибиотикке тұрақтылық, антибиотикті басқару.

ОРАЗОВА Г.У.[1], ЖУСУПОВА Г.К.[2], КЕРИМБАЕВА З.А.[3], БЕЙСБЕКОВА А.К. [4], ШАЛАБАЕВА Д.С.[5], КАЙРБЕКОВА А.М.[6], АМАНОВА А.Д.[7]

[1] Доцент кафедры общественного здоровья и гигиены Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан

[2] Руководитель Центра рационального использования лекарственных средств Республиканского центра развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

[3] Профессор кафедры общественного здоровья и менеджмента Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан

[4] Доцент кафедры нутрициологии Казахского национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

[4] Магистрант Медицинского университета Астана по специальности «Общественное здравоохранение», Нур-Султан, Казахстан

[6] Студент 312 группы Медицинского университета Астана,
Нур-Султан, Казахстан

[7] Старший преподаватель кафедры общественного здоровья и гигиены Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан

COVID-19 И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ. ОБЗОР СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОГРАММ УПРАВЛЕНИЯ АНТИБИОТИКАМИ

Потенциал широкого применения противомикробных препаратов при лечении больных COVID-19 приведет не только к кратковременному снижению смертности от этой инфекции, но и долгосрочному росту смертности в результате антибиотикорезистентности. Ожидается, что негативные последствия этой ситуации для системы здравоохранения и экономики стран мира сохранятся в течение долгих лет. Вопрос антибиотикорезистентности не теряет своей актуальности, так как повышение устойчивости бактерий к антибиотикам увеличивает риск для человечества. В этой связи, следует подчеркнуть, что новые исследования и комплексные государственные меры должны широко реализовываться на регулярной основе.

Ключевые слова: COVID-19, антибиотикорезистентность, управление антибиотиками.

ORAZOVA G.U.[1], ZHUSSUPOVA G.K.[2], KERIMBAYEVA Z.A.[3], BEISBEKOVA A.K.[4], SHALABAYEVA D.S.[5], KAIRBEKOVA A.M.[6], AMANOVA A.D. [7]

[1] Associate Professor of the Department of Public Health and Hygiene, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan

[2] Head of the Center for Rational Use of Medicines, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

[3] Professor of the Department of Public Health and Management, Nur-Sultan, Kazakhstan

[4] Associate Professor of the Department of Nutrition, Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

[5] Master student of the Astana Medical University, specialty "Public Health",
Nur-Sultan, Kazakhstan

[6] Student of 312 group of Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan

[7] Senior Lecturer of the Department of Public Health and Hygiene, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan

COVID-19 AND ANTIBIOTIC RESISTANCE. REVIEW OF EXISTING ANTIBIOTIC MANAGEMENT PROGRAMS

The potential for widespread use of antimicrobial drugs in the treatment of patients with COVID-19 will lead not only to a short-term decrease in mortality from this infection, but also to a long-term increase in mortality due to antibiotic resistance. It is expected that the negative consequences of this situation on the health care system and the economies of the countries of the world will persist for many years. The issue of antibiotic resistance does not lose its relevance, as increasing bacterial resistance to antibiotics increases the risk to humanity. In this regard, it should be emphasized that new research and comprehensive government measures should be widely implemented on a regular basis.

Key words: COVID-19, antibiotic resistance, antibiotic management.

Антибиотикке тұрақтылық (әрі қарай – АТ) мәселесінің өзектілігі жыл санап артып, денсаулық сақтау жүйесі мен тұрғындардың денсаулық жағдайына ғана емес, сонымен қатар, стационарлық емнің ұзақтығы мен өлім-жітім деңгейінің өсуі секілді ел экономикасына тікелей әсер ететін көрсеткіштерді өзгертуде. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы «Antimicrobial Stewardship» антимикробты бақылау бағдарламасының нәтижесінде 2050 жылға қарай әлемде антибиотиктерге сезімталдығы жойылған микроағзалар жылына 10 млн. адамның өліміне себепкер болады деп болжауда [1]. Ескере кетсек, бұл көрсеткіш онкологиялық аурулар мен қант диабетін қоса есептегендегі өлім-жітім көрсеткіштерінен де жоғары.

COVID-19 пандемиясы тез тарап, қоғамдық денсаулық пен денсаулық сақтау жүйесінің ресурстарын жұмсауда аса зор көлемде шығын әкелуде. Әлемнің көптеген елдері инфекцияның таралуы бойынша жағдайды тұрақтандыруға және COVID-19-пен ауырған науқастардың еміне түрлі контрәдістерін қолдана бастады [2,3].

Соңғы онжылдықта түрлі мемлекеттік және халықаралық ұйымдар АТ мәселесінің адамзат пен қоғамдық денсаулыққа тигізер зардабын бағалап, оның көлемі жағынан кең тарап келе жатқан шұғыл мәселе екендігін мойындағанымен, осы бағытты қаржыландырудың және халықаралық инициативалар мен келісім шарттардың көлемі жеткілікті болмады [4-6]. Ал COVID-19 пандемиясы осы мәселеге әлемнің денсаулық сақтау жүйесінің назарын аударуына себепкер болды.

Антимикробты препараттарға тұрақтылық – шешімін кейінге шегеруге болмайтын шұғыл мәселе. Себебі COVID-19 науқастарының жағдайын жылдам жақсартуға бағытталған белгілі бір іс-әрекеттердің соңынан АТ дамуының тез әрі алысқа апаратын қатеріне, болжам бойынша, қоғамды қазіргі жағдайдағы COVID-19 дағдарысының шекарасынан тыс ауыр нәтижеге алып келері хақ.

Мақсаты: Covid-19 пен антибиотикке тұрақтылық мәселелеріне және антибиотиктерді басқару бойынша қолданыстағы бағдарламаларға қатысты қолжетімді әдебиет көздеріне шолу жасап, екі мәселенің салдарын зерттеу.

Антибиотикке тұрақтылықтың дамуының себептеріне шолу: Микроағзалар кез-келген тірі ағза секілді қоршаған орта жағдайына тез дағдыланады. Ал антибиотиктерді орынды тағайындамау осы құбылысқа оң ықпал етеді. Бактериялардың тұрақты штаммдары геномның мутацияға ұшырауынан пайда болады. Химиотерапевтикалық қосылыстардың әсерінен оған сезімтал микроағзалар өліп, ал тұрақтылары сақталып қалып қана қоймай, олар қоршаған ортада көбейіп тарай бастайды. Осылайша бактериялар тұрақтылық қасиетіне ие болып, ол қасиетін жаңа ұрпақтарына да береді [7].

Антимикробты препараттарды орынсыз немесе дұрыс емес тағайындаудың себептері әр түрлі болуы мүмкін:

1. *Антимикробты препараттарды вирусты жұқпалар кезінде тағайындау* – ең кең тараған қате, осы жағдайда негізсіз тағайындау жиілігі 30-70% құрайды. Мұның себебі дұрыс емес/толық емес диагностика немесе науқастың тарапынан көрсетілген қысым болуы мүмкін. M. Ashworth және басқа авторлардың (2016) Англияда жалпы саны 982 999 амбулаторлық науқастың қатысуымен жүргізген зерттеуінің нәтижесі антимикробты препараттарды тағайындаудағы шектеулер (тағайындаулардың жалпы көлемі елдегі орташа көрсеткіштерден 25%-ға аз болғанда) науқастардың емге қанағаттану дәрежесінің төмендегенін көрсеткен [8]. Біз қолжетімді әдебиет көздерін шолу жасаған кезде еліміздеұқсас зерттеулердің нәтижелерін кездестірмедік.

2. *Антимикробты препараттарды таңдаудағы қателіктер* көп жағдайда фармакологиялық компаниялардың қысымы мен олардың бәсекелес препараттар туралы дәйексіз ақпарат беру арқылы жаңылыстыруының нәтижесінде орын алады. Қарастырылып отырған себептің жиі орын алуына себепкер тағы бір жағдай – дәрігерлердің, профессорлар мен доценттердің белгілі бір препаратты жарнамалау мақсатында «тапсырыспен дәрістер» оқуы.

3. *Дәрілік затты мөлшерлеудегі немесе емнің ұзақтығындағы қателіктер.* Бұған науқастарды өз еркімен емді тоқтатуы да жатады. Р.А. Тумгоеваның (2017) мәлімдеуінше дәрігерлердің 60% жуығы белгілі бір штаммға таңдалған антибиотиктің әсерлілігін растамай-ақ «сақтандыру» мақсатында тағайындаулар жасайды екен [9].

4. *Антибиотиктердің тұрғындардың оларды сатып алуы үшін қолжетімді болуы*. Бұл мәселе әлемнің Пәкістан, Аргентина, Үндістан секілді бірқатар елдерінде АТ өсуінің басты себебі болып келеді. Елімізде антибиотик препараттарын сатып алу тек арнайы рецепттермен ғана жүргізілуі нормативті-құқықтық құжат [10] арқылы реттелсе де, алайда, еліміздің кейбір өңірлеріндегі дәріханалар аталмыш препараттарды рецептсіз жіберетіні баршамызға аян. Бұл жағдай әсіресе COVID-19 пандемиясының бірінші толқыны кезінде кеңінен етек алды.

5. *Антибиотиктердің тағаммен ағзаға енуі*. Ауыл шаруашылығында адамдарды емдеуге қолданылатын антибиотиктер пайдалынады. Сонымен қатар, антибиотиктер тағамдарды консервілеуде де қолданылады [11].

Антибиотикке тұрақтылықтың таралу масштабы: Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы 2018 жылы АТ туралы келесідей мәлімдеме жасады [12]: әлемнің 22 елі бойынша жалпы саны 500 мың адамда антимикробты препараттарға тұрақтылық анықталған. Бұл мәліметке сүйенсек, бактериялардың тұрақтылығы 0%-ден 82% дейінгі диапазонда ауытқиды. Аталмыш ұйымның мәлімдемесі бойынша ең кең тараған тұрақты бактериялар - Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus және Streptococcus pneumoniae. Ұйымның микробтарға қарсы препараттарға тұрақтылықпен күресу департаментінің директоры Марк Спренгердің айтуынша, әлемде кең тараған және ең қауіпті кейбір инфекциялар медициналық препаратпен емдеуге көнбейді. Сонымен қатар, ең көп алаудаушылық тудыратын жәйт – патогендер мемлекеттік шекараларды таңдамайды [12]. Осы мәлімдеме бір жыл өткенде, әлемде COVID-19 пандемиясы тарағанда тағы бір рет расталғандай. Қазіргі таңда Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының антибактериалды препараттарға тұрақтылықты бақылаудың Жаһандық жүйесіне 52 ел тіркелген. Оның 25 елінің табыс деңгейі жоғары, 20 елде – орташа, ал 7 елде табыс деңгейі төмен болып келеді. Яғни, бұл көрсеткіш пандемияның таралуы орташа табысы кез-келген деңгейдегі елдерді қамтығанының айқын дәлелі болмақ.

И.Кант атындағы Балтика Федералды институтында Е.Г. Мухинаның (2017) жетекшілігімен жүргізілген зерттеудің нәтижесінде микроағзалардың кейбір түрлерінің тұрақтылықта өте үлкен көрсеткіштерге ие болғаны белгілі болды:

- E.coli штаммының 70%-ы амоксициллинге, ал 66%-ы ципрофлоксацинге тұрақты;

- Staphylococcus aureus штаммының 99%-ы амоксициллинге, ал 95%-ы ципрофлоксацинге сезімтал емес;

- Staphylococcus epidermidis штаммының 89%-ы амоксициллинге, ал 84%-ы ципрофлоксацинге сезімтал емес;

- Klebsiella штаммының 47%-ы амоксициллинге, ал 47%-ы ципрофлоксацинге тұрақты [13].

Covid-19 және антибиотикке тұрақтылық: Аталған екі мәселе де бір-бірімен тығыз байланыста көрініс табуда. COVID-19 бар ауыр жағдайдағы науқастарға арнайы ем жоқ болғандықтан, қолдаушы терапия жеткіліксіз жағдайда, екіншілікті инфекция қосылғанда тіпті резервтегі антибиотиктер қолдану тенденциясы басым. Ескеретін жағдай, макролидтердің, хинолондар және хлорохин мен оның туындыларының әсері әлі дәлелденбеген, сондықтан зиян болуы да мүмкін [14]. Жалпы антибиотиктердің COVID-19 бар науқастардың жағдайын жақсарту мақсатында тағайындалуы үшін ресми зерттеу орталықтарында бірнеше антимикробты препараттардың әсерлілігін рандомизацияланған зерттеулер арқылы тексеру қажет. Ал бұл өз кезегінде АТ деңгейіне кері әсерін тигізеді. ClinicalTrials.gov сайтындағы маусым айындағы мәлімет бойынша COVID-19 туралы 211 жазбада «гидроксихлорохин», ал 93 жазбада «азитромицин» терминдері қолданылған. Осы зерттеулердің нәтижелері жарық көргенге дейін тек Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсыныстарына сүйеніп әзірленген клиникалық протоколдарға жүгінген жөн.

Жоғарыда атап кеткендей, пандемия АТ мәселесінің ауқымын, болжамын ашып берді. Келесі кестеде (кесте 1) COVID-19 пен АТ-тың салыстырмалы сипаттамасы ұсынылған.

Кесте 1 - COVID-19 пен антибиотикке тұрақтылықтың салыстырмалы сипаттамасы [15].

	COVID-19	**Антибиотикке тұрақтылық**
Сипаттамасы		
Әлем бойынша зардап шеккендердің саны	6,28 млн. (жыл сайын, нақты белгісіз) [a]	64,5 млн. (жыл сайын) [b]
Мәселе туралы белгілі деректер/білім	Өңделу үстінде	Нақтыланған
Таралуы	Жылдам	Біртіндеп
Бастапқы таралу механизмі	Адамнан емес, жаңа жолы	Адамдардағы, жануарлардағы және қоршаған ортадағы табиғи іріктеу
Іс-әрекетті өзгертуді талап етеді ме?		
Қолды жуу	Үнемі қажет	Үнемі қажет
Физикалық ара қашықтық	Жедел, мүмкін мерзімді түрде	Мүмкін
Саяхат жасауға шектеу	Жедел, мүмкін мерзімді түрде	Мүмкін
Карантин	Дәлелденген және күдік тудыратын жағдайларда	Дәлелденген және күдік тудыратын жағдайларда
Әсері/залалы		
Әлем бойынша өлім-жітім	379 000 (жыл сайын, белгісіз)	812 000 (жыл сайын) [c]
Экономикаға әсері/шығындар	Нақты белгісіз	$400 млрд [d]
Денсаулыққа қатысты кері әсері	Өсуде	Өсуде
Басқарудағы қажеттіліктер		
Екпе	Әзірлену үстінде	Әзірлеу мүмкін емес, тұрақты микробтар үшін
Ағымдағы шешім	Нақты уақыттағы таралу көрінісі	Мәселені сырттай бақылау
Жылдам диагностикалау	Қолжетімді, қосымша әзірленуде	Бірнеше тиімді тест қолжетімді (прокальцитонин, С-реактивті ақуыз)
Жаңа препараттар	Әзірленуде	Әзірлеу бойынша жұмыстар аз жүргізілуде
Басқару	Осы уақытта	Үнемі және халықаралық деңгейде
[a] Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының 2019 жылдың желтоқсаны мен 2019 жылдың 3-ші		

маусымы аралығындағы мәліметі бойынша [2].
[b] Әлем тұрғындарының 4,31% мен жылына 2,8 млн. АҚШ долларын негізге алып экстраполяцияланған [16].
[c] Әлем тұрғындарының 4,31% мен жылына 35000 АҚШ долларын негізге алып экстраполяцияланған [16].
[d] Бұл 80 триллион жалпы әлемдік өнімнің 0,5%-ын құрайды.

Мәселені шешу жолдары: Жағдайды шешу бойынша «жаңа антибиотиктерді ашу» жолы өз нәтижесіздігін дәлелдеген. Антибиотиктердің белгілі класы сонау 1987 жылы ашылған болатын. АҚШ инфекционисттері 2008 жылдан бері «антибиотикке дейінгі эраның» жақындап келе жатқанын айтып дабыл қағуда [17]. Ескере кететін жағдай, фармацевтикалық компаниялар үшін түбегейлі жаңа антибиотиктерді жасап шығару экономикалық тұрғыда тиімсіз. Себебі, бұл - кейін ақталмай қалуы ықтимал әрі аса ірі қаражат жұмсауды қажет ететін күрделі процесс. Демек, күн санап жиілеп келе жатқан АТ мәселесі емде жаңа препараттарды қолдануда ұстамдылық саясатын қолдауды меңзейді. Мамандар емде «ескі» препараттарды таңдап, «жаңа» препараттарды тұрақты бактерияларда қолдануды ұсынады. Бұл, әрине, ақылға қонымды стратегия, алайда жаңа антибиотиктердің қолданылуын шектейді. Осының нәтижесінде фармацептикалық компаниялар «жаңа» препараттардың дайындау өндірісіне инвестиция құюға ынталы болмайды.

Екінші шешім – жалпы антимикробты препараттарды тағайындауды шектеу де тиімсіз. Жоғарыда Англиялық зерттеудің мысалында келтірілгендей [8], бұл науқастардың наразылығын тудырып, науқастар мен медициналық қызметкерлердің арасында кикілжің тудыратын болғандықтан, дәрігерлер мұны қаламайды. Антимикробты препараттарды тағайындауды шектеуде науқастардың осы бағыттағы білімін және олардың медициналық қызметкерлерге деген сенімін арттыру үшін ақпараттандыру бойынша түрлі іс-шараларды кеңінен жүзеге асыру қажет [18,19].

Елімізде антибиотиктерге тұрақтылық туралы тұрғындардың ақпараттандырылу деңгейін анықтауға бағытталған зерттеулер жүргізіліп тұрады. Ең жаңа зерттеу ретінде Русланұлы К. және басқа авторлар тобының 2018 жылы Алматы қаласының 501 тұрғынының қатысуымен жүргізген сауалнамасының нәтижесінде респонденттердің 73,6%-ы антибиотиктермен суық тиюді және тұмауды емдеу қажет деп санаған, 52%-ы соңғы жарты жыл көлемінде антибиотик қабылдаса, олардың 26,4%-ы емді өздігінен, яғни, дәрігердің тағайындауынсыз алған [18].

Атап кететін жаңалық, соңғы жылдары антибактериалды емді бактериофагтарды қолдану арқылы жүргізу альтернативті жол ретінде қарқынды дамып келеді. Медицинада стафилококкты, стрептококкты, дизентериялық поливалентті, клебсиеллёздік, пиобактериофагтық және т.б. бактериофагтар қолданылуда. Бактериофагтар ДНК бөлшектерін тасымалдаушы векторлар ретінде гендік инженерияда да қолданылып жатыр [20-22].

Қазақстанда антибиотикке тұрақтылықпен күресуге бағытталған іс-шаралар туралы

Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдесіндегі №360-VI ҚРЗ «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексіне сәйкес ел аумағында антибиотиктерді дәрігердің рецептінсіз сатуға тыйым салынған [10]. Бақылауды Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің фармация Комитетінің аумақтық бөлімдері дәріханалық ұйымдарды тексеру арқылы жүзеге асырады. Министрлік үстіміздегі жылдан бастап медициналық ақпараттық жүйелерін қолданыстағы дәрілік заттармен қамтамасыз етудің ақпараттық жүйелеріне және СК-Фармацияның Бірегей ақпараттық фармацептикалық жүйесіне интеграциялау арқылы барлық рецептуралық дәрілік заттарды сатуды міндетті электрондық форматқа көшіруді жоспарлаған. Бұл диспансерлік науқастардың есебін жүргізіп, рецепт жазуды 100 пайыз қамтуға мүмкіндік береді.

Сонымен қатар елімізде Қазақстандық Ұлттық дәрілік формуляр жұмыс жасайды. Ұлттық дәрілік формуляр – клиникалық әсерлілігі дәлелденген дәрілік заттардың және орфанды (сирек) препараттардың тізімі. Аталмыш тізім тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі мен міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінің аясында дәрілік заттарды сатып алу мен медициналық ұйымдардың өз дәрілік формулярын құрастыруда негізгі әрі міндетті құрал болып табылады. Қазақстандық Ұлттық дәрілік формуляр - дәрігерлердің, денсаулық сақтау саласын басқарушылардың, фармацевттердің, мейіргерлердің және т.б. медициналық қызметкерлердің дәрілік заттарды таңдау мен дұрыс қолдануына арналған сенімді ақпараттық ресурс. Формулярды Денсаулық сақтау министрлігінің басшылығымен формулярлық комиссияның мүшелерінен және шетелдік сарапшылардан тұратын арнайы редакциялық топ құрастырған [23, 24].

Жоғарыда атап кеткендей, елімізде дәрілік заттарды, оның ішінде антибиотиктерді басқаруға бағытталған кешенді іс-шаралар жүргізілуде. Сонымен қатар, COVID-19 пандемиясының таралу жылдамдығына деген еліміздің денсаулық сақтау жүйесінің реакциясы АТ-пен күресуге бағытталған

инициативалардың да осы секілді жылдам жүзеге асыруға болатын дүние екендігін байқатты. Өз кезегінде COVID-19 пандемиясына деген реакция АТ таралуы жылдамдығын бәсеңдетуді зерттеу кезінде қол жеткізген тәжірибеге негізделуі тиіс.

Қорытынды: Осы мақалада қарастырылған COVID-19 пен антибиотикке тұрақтылық бойынша төтенше жағдайлар өзара байланысты. COVID-19-пен ауыратын науқастарды емдеуде антимикробты препараттарды кең көлемде қолдану потенциалы осы инфекциядан болатын өлім-жітімнің өсуін қысқа мерзімді азайтып, антибиотикке тұрақтылық нәтижесінде болатын өлім-жітім көрсеткіштерінің ұзақ мерзімдік өсуіне алып келеді. Бұл жағдайдың теріс салдары денсаулық сақтау жүйесі мен экономика үшін ұзақ жылдарға созылады деп күтілуде. Сөзсіз, антибиотикке тұрақтылық мәселесі өз өзектілігін жоғалтпайды. Себебі бактериялардың антимикробты препараттарға тұрақтылығы өсуі адамзатқа туатын қатерді ұлғайтуда. Сондықтан мәселені шешу үшін жаңа зерттеулер мен кешенді мемлекеттік шаралар кеңінен әрі үздіксіз жүргізілуі керек.

Біз өз зерттеулерімізде еліміздің медициналық ұйымдарында дәрілік заттардың, оның ішінде антибиотектердің орынды тағайындалуын және тұрғындардың антибиотикке тұрақтылық бойынша ақпараттандырылу дәрежесін тереңінен зерттеуді жоспарлаудамыз.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. *Antimicrobial Stewardship Programmes in health-care facilities in low- and middle-income countries. A WHO practical toolkit. World Health Organization, 2019: 71 p. ISBN 978-92-4-151548-1.*
2. *World Health Organization, 2020. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation-dashboard. Available at: https://covid19.who.int/. Accessed: 30 Sep. 2020*
3. *Driggin E., Madhavan M.V., Bikdeli B., Chuich T. et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers, and health systems during the COVID-19 pandemic. Journal of the American College of Cardiology, 2020. 75(18): 2352-2371.*
4. *Жусупова Г.К., Сквирская Г.П. Анализ назначения лекарственных средств на уровне первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан за период 2011-2015 годы // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – №. 11-12.- С. 30-35.*
5. *Смольянинова Д.С., Батищева Г.А., Медведева А.В. Антибиотикорезистентность как вызов мировому сообществу: взгляд клинического фармаколога//Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2020. – №. 7-3.- С. 53-55.*
6. *Podolsky S.H. The evolving response to antibiotic resistance (1945–2018). Palgrave Communications. 2018; 4(1): 1-8. doi:10.1057/s41599-018-0181-x*
7. *Супотницкий М.В. Механизмы развития резистентности к антибиотикам у бактерий // БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение. – 2011. – №. 2 (42).- С. 4-13.*
8. *Ashworth M., White P., Jongsma H., Schofield P., Armstrong D. Antibiotic prescribing and patient satisfaction in primary care in England: cross-sectional analysis of national patient survey data and prescribing data. British Journal of General Practice, 2016; 66 (642): e40-e46.*
9. *Тумгоева Р.А. Антибиотикорезистентность - угроза национальной безопасности //Аллея науки. – 2017. – Т. 3. – №. 13. – С. 25-29.*
10. *Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: утв. 7 июля 2020 года, № 360-VI.*
11. *Lipsitch M., Singer R.S., Levin B R. Antibiotics in agriculture: When is it time to close the barn door? // Proceedings of the National Academy of Sciences. – 2002. – Т. 99. – №. 9. – С. 5752-5754.*
12. *Global antimicrobial resistance surveillance system (GLASS) report:early implementation 2017-2018.World Health Organization, 2018, ISBN 978-92-4-151506.*
13. *Мухина Е.Г. Социальная проблема антибиотикорезистентности // Universium: Медицина и фармакология.- 2017.- №6.- Т. 40.- С.13-16.*
14. *Alhazzani W., Moller M.H., Arabi Y.M., et al. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with coronavirus disease 2019 (COVID19). Crit Care Med 2020; doi:10.1097/CCM.0000000000004363.*
15. *Robby Nieuwlaat, Lawrence Mbuagbaw, Dominik Mertz, et al. Coronavirus Disease 2019 and Antimicrobial Resistance: Parallel and Interacting Health Emergencies Clinical Infectious Diseases,2020:1-3. DOI: 10.1093/cid/ciaa773.*
16. *Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic resistance threats in the United States. Atlanta, GA: CDC; 2019.*
17. *Taiwo S.S. Antibiotic-resistant bugs in the 21st century: A public health challenge. World Journal of Clinical Infectious Diseases. 2011; 1(1): 11-16.*

18. Русланулы К., Уракова А. Д., Исраилова В. К. Информированность населения города Алматы об угрозе антибиотикорезистентности // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2018. – №. 3.-С. 297-301.
19. Еркоева А.С. Информированность населения по вопросам применения антибиотиков и антибиотикорезистентности // Научно-исследовательская работа обучающихся и молодых ученых. – 2018. – С. 546-549.
20. Бондаренко В.М. Клинический эффект и пути рационального использования лечебных бактериофагов в медицинской практике //Журнал инфектологии. –2014. – Т. 3. –№.3S. –С.15-19.
21. Асланов Б.И., Любимова А.В., Зуева Л.П. Бактериофаги как эффективные противоэпидемические средства для купирования вспышек внутрибольничных инфекций //Журнал инфектологии. – 2019. – Т. 11. – №. 1. – С. 65-70.
22. Знобищева Е.А., Морозова Н.Е., Ходорковский М.А., Северинов К.В. Модификация генома бактериофага T7 in vivo // Материалы XX Зимней молодежной школы ПИЯФ по биофизике и молекулярной биологии. – 2019. – С. 131-132.
23. Zhussupova G., Zhaldybaeva S., Ramazanova A., Utepova D. Assessment of drug use management good practices in inpatient medical organizations in Astana (Kazakhstan). In European Journal of Clinical Pharmacology, 2019; 75: 50.
24. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил проведения оценки рационального использования лекарственных средств, утв. 06.05.2019 г., № ҚР ДСМ-67.

Редактор мен байланысатын автор: Оразова Ғалия Ұзаққызы, Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының доценті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: galiyaorazova@gmail.com. Тел.: +77028790176

VALEO

УДК: 616-036.21

РОЗЕНСОН Р.И., ТЁ А.В., ЖАГИПАРОВА Ж.К.
НАО “Медицинский университет Астана”

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СЕЛЕКТИВНОГО ДЕФИЦИТА IgA В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ SARS-COV-2

Аннотация:
Селективный дефицит IgA – относительно распространённое заболевание, которое встречается с частотой от 1:200 до 1:500. С возрастом данное состояние приводит к инфекционным, аллергическими и аутоиммунными осложнениям. В условиях пандемии SARS-COV-2 следует упомянуть о важности вакцинации против данной инфекции, так как у некоторых пациентов с дефицитом IgA после заражения коронавирусной инфекцией развились аутоиммунные осложнения. Другой проблемой является возможный риск развития аллергических реакций у пациентов с дефицитом IgA после переливания плазмы, поэтому таким пациентам переливание плазмы даже при тяжелом течении SARS-COV-2 противопоказано.
Ключевые слова: SARS-COV-2, дефицит IgA, аутоиммунные заболевания, инфекции, аллергия

ROZENSON R.I., TYO A.V., ZHAGIPAROVA ZH.K.
NCJSC “Astana Medical University”

SELECTIVE IGA DEFICIENCY IN A TIME OF SARS-COV-2 PANDEMIC

Selective IgA deficiency is a relatively common type of disorder that may be present from 1:200 to 1:500 healthy persons. With aging some of them will develop either infectious or autoimmune or allergic complications. In a time of SARS-COV-2 pandemic it is important to mention the additional indication to hurry with anti-COVID vaccination, as in some of IgA deficient persons autoimmune problems were started. Another problem is a possible allergic reaction after plasma infusion to patient with IgA deficiency. So, these people are not in a list of plasma infusion even in a case of severe SARS-COV-2 infection.
Key words: SARS-COV-2, IgA deficiency, autoimmune diseases, infections, allergy

РОЗЕНСОН Р.И., ТЁ А.В., ЖАГИПАРОВА Ж.К.
“Астана медицина университеті” КеАҚ

SARS-COV-2 ПАНДЕМИЯ КЕЗІНДЕГІ IGA ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МАҢЫЗЫ

IgA таңдау тапшылығы кең таралған ауру болып, 1: 200-ден 1: 500-ге дейінгі жиілікте пайда болады. IgA таңдау тапшылығы бар науқастың жасы ұлғайған сайын бұл ауру инфекциялық, аллергиялық және аутоиммундық асқынуларға әкеледі. SARS-COV-2 пандемия кезінде кейбір IgA таңдау тапшылығы бар науқастарда аутоиммундық асқынулар дамыды, сондықтан бұл науқастарға осы инфекцияға қарсы вакцина жасау қажет. IgA таңдау тапшылығы бар науқастарда плазма құюдан кейін аллергиялық серпілістер пайда болуы мүмкін, сондықтан мұндай науқастарға SARS-COV-2 ауыр ағымы кезінде де плазма құю қарсы көрсетіледі.

Негізгі сөздер: SARS-COV-2, IgA таңдау тапшылығы, аутоиммундық, аллергиялық асқынулар, инфекция

Введение: В самом начале пандемии SARS-CoV-2 высказывались предположения о том, что, как и большинство инфекционных заболеваний, наиболее тяжело случаи коронавирусной инфекции должны протекать у пациентов с иммунодефицитом. Однако, в настоящее время, когда число инфицированных заболевших превысило 20 миллионов, а количество умерших достигло 1 миллиона, наблюдение за течением SARS-CoV-2 у больных показало появление неожиданных закономерностей. В связи с этим необходима переоценка имеющихся сведений о наиболее распространенных побочных реакциях проявления сочетанного течения SARS-CoV-2 и селективного дефицита IgA.

Так, известно, что в количественном соотношении более 70% всех поверхностных иммуноглобулинов организма составляют иммуноглобулины класса А (IgA), главная функция которых заключается в обеспечении местного иммунитета.[1] В секретах желудочно-кишечного и респираторного тракта данные антитела представлены в димерной форме, играя ключевую роль в создании первой линии защиты от инфекционных агентов. В сыворотке IgA присутствует в небольшом количестве (70-400 мг/дл), в основном в виде мономера. Недостаток IgA наблюдается при селективном дефиците IgA (СДIgA), а также при других иммунодефицитах, атаксии-телеангиэктазии, некоторых других гематологических заболеваниях. [2,3]

Селективный дефицит IgA является самым распространенным первичным иммунодефицитом, частота которого в разных популяциях колеблется от 1:200 до 1:500 человек. [4] Согласно определению Европейского общества первичных иммунодефицитов (ESID), диагноз СДIgA ставится при содержании сывороточного IgA менее 7 мг/дл у пациентов старше 4 лет с нормальным уровнем IgG и IgM, нормальной продукцией антител после плановой вакцинации, а также отсутствием вторичных причин формирования гипогаммаглобулинемии и дефектов в системе Т-лимфоцитов. [5] У большинства пациентов с СДIgA наблюдается бессимптомное течение. [6] Развитие ОВИН наблюдается лишь в некоторых случаях. [7] СДIgA выявляется у пациентов с рецидивирующими инфекциями, аллергическими, аутоиммунными и онкологическими заболеваниями, что представляет большой интерес для специалистов разных областей. [8,9] Очень важно подчеркнуть, что, так как у некоторых пациентов присутствуют антитела к IgA, то имеется повышенный риск развития побочных реакций на переливание крови и ее компонентов. [7]

Влияние СДIgA на частоту и тяжесть инфекционных заболеваний остается спорным. По данным Samantha Swain et al., у большинства пациентов наличие СДIgA не утяжеляло течение инфекций и не приводило к бо́льшему количеству рецидивов. Одной из причин является включение механизмов компенсации иммунодефицитного состояния в виде увеличения продукции секреторного IgM. [8] Однако, по данным Jason R Catanzaro et al., несмотря на компенсаторную выработку IgM слизистой кишечника, данные антитела не в состоянии восполнить специфические функции IgA, что приводит к дисбиотическим процессам в кишечнике и повышенному риску заболеваний желудочно-кишечного тракта. [10,11] Более того, по данным Tatsuo Inamine et al. нарушение микрофлоры в кишечнике вследствие дефицита IgA играет важную роль в патогенезе заболеваний печени. [12] IgA также играет ключевую роль в поддержании стабильной микробиоты орофарингеальной зоны и верхних дыхательных путей.[13] По данным Roos-Marijn Berbers et al., при дефиците IgA происходит увеличение количества бактерий в данных областях, наблюдается более тяжелое течение инфекций дыхательных путей, что отражается в более выраженных радиологических изменениях легких.[14] Кроме того, по данным Jelena Živković et al. СДIgA у детей приводит к значительному снижению функции легких и более частым инфекциям дыхательных путей, причем уровень дефицита IgA коррелирует с тяжестью течения инфекций. [15]

Связь СДIgA с инфекциями: При СДIgA наблюдается повышенный риск инфекций, в особенности верхних и нижних дыхательных путей. Так, при наличии 4 и более эпизодов синусита или отита, или 2 и более эпизодов пневмонии за один год следует заподозрить у пациента первичный иммунодефицит. [8] По данным Osama G Abdel-Naby Awad у пациентов с гуморальным иммунодефицитом (в том числе и СДIgA) значительно чаще наблюдались случаи рецидивирующего тонзиллита и риносинусита. [16]

Наиболее частыми возбудителями данных инфекций являются инкапсулированные бактерии, такие как Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenza [8,17]. Так же, как и при других первичных иммунодефицитах, рецидивирующие инфекции нижних дыхательных путей при СДIgA могут привести к развитию хронических заболеваний легких, особенно в виде бронхоэктатической болезни и других. Причем у пациентов с выявленной бронхоэктатической болезнью наблюдались значительно более низкие показатели IgA по сравнению с теми, у кого бронхоэктатическая болезнь отсутствовала. [8,18] По данным ретроспективного исследования Wei Wang et al., рецидивирующие инфекции являются самым распространенным проявлением СДIgA, так как они наблюдались в 85% случаев. Инфекции респираторного тракта зафиксированы у 86% пациентов в виде пневмонии, бронхита и др. У 31% пациентов наблюдались симптомы инфекций желудочно-кишечного тракта – тошнота, рвота, рецидивирующая абдоминальная боль, диарея, кровотечение и язвы. [19] Одним из основных возбудителей инфекций данной локализации, в особенности у детей, является *Giardia lamblia, вызывающая развитие хронической диареи, мальабсорбции и лимфоидной гиперплазии. [8,17,20]*

Стоит отдельно отметить влияние инфекций на течение СДIgA. Так, по данным Steffen Pfeuffer et al. у 35-летней пациентки с СДIgA данное состояние длительно оставалось не диагностированным ввиду бессимптомного течения. Выявить наличие СДIgA у этой больной удалось после ее заражения SARS-CoV-2 и развития одновременно двух аутоиммунных проявлений в виде тяжелого диабетического кетоацидоза как первого проявления сахарного диабета 1 типа, а также синдрома Гийена-Барре [21] Вместе с тем, своевременное лечение этих процессов специфическими препаратами позволило добиться их ремиссии. Авторы заключили, что наличие предсуществующего СДIgA явилось фактором не столько более тяжелого течения инфекционного процесса, сколько фактором, предполагавшим более легкую индукцию двух аутоиммунных процессов одновременно.

В отношении лечения инфекций у больных с СДIgA наиболее целесообразным подходом является использование антибиотиков. Более того, некоторые ученые полагают, что у пациентов с рецидивирующей инфекцией дыхательных путей и СДIgA следует рассмотреть возможность сезонного профилактического применения антибиотиков. [8] Не рекомендуется использовать препараты иммуноглобулинов при СДIgA во избежание реакции гиперчувствительности. [5] Также, в настоящее время не доказана эффективность заместительной терапии иммуноглобулинами при СДIgA, так как снижение частоты инфекций наблюдалось лишь у некоторых пациентов. Однако, данная терапия должна рассматриваться у пациентов при неэффективности профилактического использования антибиотиков. [8] По данным Paula F. Aarestrup et al., у 11-летней девочки с СДIgA, в анамнезе которой отмечались рецидивирующий отит, тонзиллит, пневмония, сопровождающиеся тяжелым аллергическим ринитом и астмой, в лечении была использована сублингвальная иммунотерапия, представляющая собой инактивированный экстракт цельноклеточных бактерий одновременно с Derp1-специфической терапией. В результате лечения наблюдалось достоверное снижение частоты инфекций респираторного тракта, а также возможность контроля течения ринита и астмы. Помимо этого, отмечалось 3х-кратное увеличение содержания сывороточного IgA. [23]

Пациентам с СДIgA рекомендуется получать пневмококковую и противогриппозную вакцины, однако, следует избегать применения живых аттенуированных вакцин. [8]

Связь СДIgA с аллергическими заболеваниями: По данным Gholamreza Azizi et al., среди первичных иммунодефицитов аллергические проявления чаще всего наблюдаются при СДIgA. [24] К ним относят аллергический риноконъюнктивит, астму, крапивницу, пищевую аллергию, атопический дерматит. Однако, стоит отметить, что вышеупомянутые проявления варьируются в зависимости от исследуемой популяции. [8] По данным исследования Flavio Augusto De Oliveira-Serra et al. в Испании среди пациентов с СДIgA основными клиническими проявлениями были аллергический риноконъюнктивит и астма. Кроме того, отмечался повышенный риск инфекций дыхательных путей. [25] По данным ретроспективного исследования Wei Wang et al., в Китае у пациентов с СДIgA аллергические проявления отмечались только в 17% случаев, причем основными из них были аллергические реакции на введение лекарственных средств (в основном – на пенициллин). Случаи ринита, астмы, пищевой аллергии, атопического дерматита не были выявлены. [18] Напротив, по данным Eli Magen et al., в Израиле среди пациентов с СДIgA чаще наблюдались аллергические проявления в виде атопического дерматита и крапивницы. [26] Эти результаты согласуются с данными турецкого исследования Celal Özcan et al., которые установили, что у пациентов с СДIgA чаще наблюдались клинические проявления астмы, аллергического ринита и экземы. При этом

астма чаще встречалась у пациентов с дефицитом IgA по сравнению с теми, у кого отмечался дефицит IgG [27,28].

Связь СДIgA с аутоиммунными заболеваниями: Аутоиммунные заболевания являются одними из самых значимых проявлений первичных иммунодефицитов, в особенности СДIgA. Среди пациентов с СДIgA их распространенность варьирует от 3 до 79% в зависимости от популяции, нозологии, а также возраста и пола (чаще болеют взрослые, лица женского пола). [8,29,30] По данным David D Odineal et al., чаще всего встречаются системная красная волчанка (СКВ), гипер-, гипотиреоидизм, сахарный диабет (СД) 1 типа, болезнь Крона, язвенный колит, ревматоидный артрит, ювенильный идиопатический артрит, анкилозирующий спондилит, витилиго. Также существует связь с целиакией, склеродермией, аутоиммунным гепатитом, иммунной тромбоцитопенией. [31] Кроме того, аутоиммунные заболевания у родственников первой линии пациентов с СДIgA встречаются чаще, что позволяет предполагать влияние генетического фактора на развитие данных проявлений при СДIgA. [8] По данным ретроспективного исследования Wei Wang et al., в Китае у 38% пациентов с СДIgA диагностировали аутоиммунные заболевания, что является гораздо более высоким показателем по сравнению с другими странами (Израиль – 20%, Бразилия – 19%, Турция – 17%, Испания – 11%). Среди аутоиммунных заболеваний СКВ было выявлено в 61% случаев, тиреоидит Хашимото в 15%, коллагенозы в 12%, гипотиреоидизм в 7%. Распространенность СКВ среди пациентов с СДIgA в Китае намного выше, чем в Бразилии, Испании и Израиле, что, по-видимому, связано с этнической принадлежностью. [18] По данным Styliani Giza et al., в Греции среди пациентов с СД 1 типа наблюдалась высокая встречаемость СДIgA (3%). [32]

По данным Gustavo Felício Alexandroni Linzmeyer et al., среди 281 пациента с СКВ СДIgA был обнаружен у 6% пациентов. У 30% пациентов было выявлено минимум еще одно аутоиммунное заболевание помимо СКВ, включая тиреоидит Хашимото и болезнь Шегрена. Таким образом, была выявлена отчетливая связь СДIgA с аутоиммунными заболеваниями. [33]

Отдельного рассмотрения заслуживает наличие у пациентов с СДIgA целиакии, так как данное заболевание у них диагностируется значительно чаще в сравнении с основной популяцией. В Италии среди 184 детей с подозрением на СДIgA у 14% была диагностирована целиакия. Возможно развитие целиакии при СДIgA связано с недостаточным связыванием глиадина и тканевой трансглутаминазы иммуноглобулином А, что ведет к аномальному распаду этих белков. Однако, следует проводить тщательное обследование для исключения идиопатической формы целиакии. [8,34,35]

Заключение: СДIgA является состоянием, которое предрасполагает одновременно к аутоиммунным, аллергическим и инфекционным осложнениям. Клинические проявления варьируют от бессимптомного течения до клинически выраженных и иногда опасных для жизни инфекционных, аллергических и аутоиммунных проявлений. Пациенты нуждаются в динамическом наблюдении, так как возможно развитие дополнительной симптоматики при манифестном СДIgA, а также развитие клинических проявлений при бессимптомном течении, что требует специфического лечения. Вследствие этого специалистам различных областей (иммунологи, аллергологи, пульмонологи, ЛОР-врачи и др.) следует обращать внимание на своевременную диагностику данного заболевания во время обследования и лечения пациентов с аллергией, рецидивирующими инфекциями и аутоиммунными заболеваниями.

Кроме того, следует особо подчеркнуть, что наличие СДIgA является существенным фактором риска обострения или формирования аутоиммунной патологии. В связи с этим наличие такого диагноза должно быть дополнительным фактором, обусловливающим необходимость неотложной антиковидной вакцинации. Наконец, при тяжелом течении SARS-CoV-2 одним из важных методов интенсивной терапии является введение плазмы переболевших. Однако, наличие установленного СДIgA не позволяет рекомендовать такое введение из-за высокого риска анафилактических реакций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Patrícia de Sousa-Pereira and Jenny M. Woof. IgA: Structure, Function, and Developability. Antibodies (Basel). 2019 Dec; 8(4): 57.

2. Yue Li, Liang Jin, and Tongxin Chen. The Effects of Secretory IgA in the Mucosal Immune System. Biomed Res Int. 2020; 2020: 2032057.

3. Yasser Bagheri, Roozbeh Sanaei et al. The Heterogeneous Pathogenesis of Selective Immunoglobulin A Deficiency. Int Arch Allergy Immunol 2019;179(3):231-246

4. Viviana Moschese, Loredana Chini. Follow-up and outcome of symptomatic partial or absolute IgA deficiency in children. Eur J Pediatr. 2019 Jan;178(1):51-60

5. Angel A. Justiz Vaillant, Ahmad Qurie. Immunodeficiency. StatPearls Publishing 2020 Jun.

6. European Society for Immunodeficiencies. 2019, Jan 22. ESID Registry--Working definitions for clinical diagnosis of PID.

7. Prashanth Rawla; Nancy Joseph. IgA Deficiency. StatPearls Publishing 2020 Jun.
8. Samantha Swain, Carlo Selmi et al. The clinical implications of selective IgA deficiency. J Transl Autoimmun. 2019 Dec; 2: 100025.
9. Junwu Zhang, Wanzhong Kong et al. The epidemiology and clinical feature of selective immunoglobulin a deficiency of Zhejiang Province in China. J Clin Lab Anal. 2020 Jul 26; e23440
10. Jason R Catanzaro Juliet, D Strauss et al. IgA-deficient humans exhibit gut microbiota dysbiosis despite secretion of compensatory IgM. Sci Rep. 2019; 9: 13574
11. Roos-Marijn Berbers Ingrid Aukje Franken et al. Immunoglobulin A and microbiota in primary immunodeficiency diseases. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2019 Dec;19(6):563-570
12. Tatsuo Inamine, Bernd Schnabl. Immunoglobulin A and liver diseases. J Gastroenterol 2018 Jun;53(6):691-700.
13. M H Koenen, J M van Montfrans et al. Immunoglobulin A deficiency in children, an undervalued clinical issue. Clin Immunol. 2019 Dec; 209:108293
14. Roos-Marijn Berbers, Firdaus A A Mohamed Hoesein et al. Low IgA Associated With Oropharyngeal Microbiota Changes and Lung Disease in Primary Antibody Deficiency. Front Immunol. 2020; 11: 1245
15. Jelena Živković, Marcel Lipej et al. Respiratory and allergic disorders in children with severe and partial immunoglobulin A immunodeficiency. Scand J Immunol. 2019 Dec; 90(6): e12828
16. Osama G Abdel-Naby Awad. Prevalence of humoral immunodeficiency in adult patients with recurrent tonsillitis. Am J Otolaryngol. Nov-Dec 2019;40(6):102275
17. Delphine Sterlin, Claire Fieschi et al. Immune/microbial interface perturbation in human IgA deficiency. Gut Microbes. 2019; 10(3): 429–433
18. Nasim Ramzi, Mahnaz Jamee et al. Bronchiectasis in common variable immunodeficiency: A systematic review and meta-analysis. Pediatr Pulmonol 2020 Feb; 55(2):292-299.
19. Wei Wang, Tianhao Yao et al. Selective immunoglobulin A deficiency (SIgAD) primarily leads to recurrent infections and autoimmune diseases: A retrospective study of Chinese patients in the past 40 years. Genes Dis. 2019 Oct 30;7(1):115-121
20. Mukesh Nasa, Smruti Ranjan Mishra et al. Common variable immunodeficiency syndrome with chronic diarrhea. BMJ Case Rep. 2019 Mar 31; 12(3): e228240.
21. Steffen Pfeuffer, Matthias Pawlowski et al. Autoimmunity complicating SARS-CoV-2 infection in selective IgA-deficiency. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. 2020 Nov; 7(6): e881
22. Jeroen D. Langereis, Michiel van der Flier et al. Limited Innovations After More Than 65 Years of Immunoglobulin Replacement Therapy: Potential of IgA- and IgM-Enriched Formulations to Prevent Bacterial Respiratory Tract Infections. Front Immunol. 2018; 9: 1925
23. Paula F. Aarestrup, Matheus F. Aarestrup et al.Prophylaxis of Upper Airway Infections in a Patient with Partial IgA Deficiency: Concurrent Use of Sublingual Immunotherapy with Inactivated Whole-Cell Bacterial Extract and Der p1. Case Rep Otolaryngol. 2020; 2020: 6313176
24. Gholamreza Azizi, Yasser Bagheri et al. The Clinical and Immunological Features of Patients with Primary Antibody Deficiencies. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. 2018;18(5):537-545
25. Flavio Augusto De Oliveira-Serra, Tainá Mosca et al. Clinical symptoms in IgA deficiency. Jan-Mar 2017;64(1):34-39.
26. Eli Magen, Atheer Masalha et al. Prevalence of dermatologic diseases among patients with selective immunoglobulin A deficiency. Allergy Asthma Proc.2017Jan1;38(1):70-77.
27. Mustafa Erkoçoğlu, Ayşe Metin et al. Allergic and autoimmune disorders in families with selective IgA deficiency.Turk J Med Sci. 2017 Apr 18;47(2):592-598
28. Celal Özcan, Ayşe Metin et al. Allergic diseases in children with primary immunodeficiencies. Turk J Pediatr. Jan-Feb 2014;56(1):41-7.
29. Cattalini M., Soliani M. et al. Sex differences in pediatric rheumatology. Clin. Rev. Allergy Immunol. 2019; 56:293–307.
30. Jaillon S., Berthenet K. Sexual dimorphism in innate immunity. Clin. Rev. Allergy Immunol. 2019; 56:308–321
31. David D Odineal, M Eric Gershwin et al. The Epidemiology and Clinical Manifestations of Autoimmunity in Selective IgA Deficiency. Clin Rev Allergy Immunol 2020 Feb;58(1):107-133.
32. Styliani Giza, Eleni Kotanidou et al. Prevalence of selective immunoglobulin A deficiency in Greek children and adolescents with type 1 diabetes. World J Pediatr. 2016 Nov;12(4):470-476.
33. Gustavo Felício Alexandroni Linzmeyer, Fabiane Karen Miyake et al. Serum immunoglobulin a deficiency and autoimmune comorbidities: a crossectional study in 281 patients with systemic lupus erythematosus. Rev Assoc Med Bras (1992). 2020 Jun; 66(6):752-756
34. Lougaris V., Sorlini A. et al. Clinical and laboratory features of 184 Italian pediatric patients affected with selective IgA deficiency (SIgAD): a longitudinal single-center study. J. Clin. Immunol. 2019; 39:470–475

35. Ida Judyta Malesza, Michał Malesza et al. Primary Humoral Immune Deficiencies: Overlooked Mimickers of Chronic Immune-Mediated Gastrointestinal Diseases in Adults. Int J Mol Sci. 2020 Aug; 21(15): 5223

Автор для корреспонденции: Тё Алина Владиславовна, НАО “Медицинский Университет Астана”, кафедра “Детские болезни №1”, эл.почта: alinatyo1812@gmail.com, тел.: +77054639143.



УДК: 618.5:616.718.19-009.7-07

М.М. ТЕМИРОВА, С.С. ИСКАКОВ
НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

ДИСФУНКЦИЯ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ: ОБЗОР ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ И АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ

Аннотация:
Дисфункция лобкового сочленения является одной из актуальных проблем в современном акушерстве. При данной патологии происходит чрезмерное растяжение лонного сочленения, проявляющееся болью в области лона. Расхождением лонного сочленения во время беременности и родов считается наличие симптомного диастаза шириной более 10 мм. Диастаз шириной более 14–25 мм прямо коррелирует с разрывами крестцово-подвздошных сочленений. Распространенность этой патологии составляет от 0,03 до 2,8%. В настоящее время нет единой акушерской тактики при дисфункции лонного сочленения, как и единых диагностических критериев.

Данная патология ухудшает качество жизни беременных, рожениц и родильниц. В международной научной практике недостаточно научных исследований по данной патологии, нет стандартных протоколов ведения беременных с дисфункцией лонного сочленения. Наиболее частая необоснованная акушерская тактика, на данный момент, это абдоминальное родоразрешение.

Ключевые слова: дисфункция лонного сочленения, беременность, родоразрешение, боль в области лона.

М.М. ТЕМИРОВА, С.С. ИСКАКОВ
«Астана медицина университеті» ҚеАҚ, Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы

ҚАСАҒА СҮЙЕГІНІҢ ДИСФУНКЦИЯСЫ: ДИАГНОСТИКАЛЫҚ КРИТЕРИЙЛЕР МЕН АКУШЕРЛІК ТАКТИКАҒА ШОЛУ

Қасаға буынының дисфункциясы- қазіргі уақытта акушерлік өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Бұл патологияда қасағаның біріккен бөлігі шамадан тыс созылып, ауырсыну пайда болады. Сегізкөз-мықын буындарының үзілуі, ені 14-25 мм диастаздың пайда болуына себепкер болып табылады. Бұл патологияның таралуы 0,03-тен 2,8% - ға дейінгі пайызды құрайды. Қазіргі уақытта, қасаға буынының дисфункциясы кезінде, бірыңғай диагностикалық критерий мен бірыңғай акушерлік тактика жоқ.

Бұл патология жүкті, босанатын және босанған әйелдердің өмір сүру сапасын нашарлатады. Халықаралық ғылыми практикада осы патология бойынша ғылыми зерттеулер жеткіліксіз, қасаға буынының дисфункциясы бар жүкті әйелдерді жүргізудің стандартты хаттамалары жоқ. Қазіргі уақытта кесір тілігі арқылы абдоминалды босандыру- негізсіз жиі кездесетін акушерлік тактика болып саналады.

Негізгі сөздер: қасаға буынының дисфункциясы, жүктілік, босандыру, қасаға аймағындағы ауырсыну.

M.M. TEMİROVA, S.S. ISKAKOV
NJSC “Medical university of Astana”, Nur-Sultan c., Republic of Kazakhstan

SYMPHYSİS PUBİS DYSFUNCTİON: OVERVİEW OF DİAGNOSTİC CRİTERİA AND OBSTETRİC TACTİCS

Pubic joint dysfunction is one of the most pressing problems in modern obstetrics. In this pathology, there is an excessive stretching of the pubic joint, which is manifested by pain in the area of the womb. Divergence of the pubic joint during pregnancy and childbirth is considered to be the presence of a symptomatic diastasis with a width of more than 10 mm. Diastasis with a width of more than 14-25 mm directly correlates with ruptures of the sacroiliac joints. The prevalence of this pathology ranges from 0.03 to 2.8 per cent. Currently, there is no single obstetric tactics for dysfunction of the pubic joint, as well as common diagnostic criteria.

This pathology worsens the quality of life of pregnant women, women in labor and women in childbirth. In international scientific practice, there is not enough scientific research on this pathology, there are no standard protocols for the management of pregnant women with pubic joint dysfunction. The most frequent unsubstantiated obstetric tactic, at the moment, is abdominal delivery.

Keywords: pubic dysfunction, pregnancy, delivery, pain in the area of the womb.

Введение: При беременности наблюдается умеренное размягчение сочленения таза и растяжение лонного сочленения (ЛС), это содействуют необходимому прохождению плода через кости таза. Однако, расхождение ЛС иногда сопровождается ухудшением качеством жизни пациенток. Наличие дисфункции лонного сочленения (ДЛС) может служить одним из факторов риска разрыва ЛС во время родов, в особенности при механических воздействиях и ряде оперативных вмешательств.

Проблема приемлемого выбора метода родоразрешения при ДЛС является актуальной в современном акушерстве. Поскольку частота данной патологии варьирует между 1 из 300 и 1 из 30000 беременностей [1], [2]. И такая большая вариация частоты ДЛС объясняется отсутствием четкой терминологии данного заболевания, патогенеза и единых диагностических критериев.

Клиническим проявлением ДЛС является появление боли в области ЛС, крестца, копчика, которое может усиливаться при разведении ног, ходьбе и нарушается походка. Также вследствии этого могут возникать признаки воспаления в области травмы – гиперемия кожи и отек окружающих тканей. Диагносцируют повреждения сочленения таза как при осмотре и пальпации области ЛС, так и с помощью ультразвукового исследования (УЗИ), рентгенографии и магнитно-резонансной томографии [3], [4].

ДЛС может быть обусловлена с ассоциативными факторами, включающих в себя крупный плод, узкий таз беременной, стремительные роды и быстрое опускание предлежащей части, эпидуральную анестезию и травму таза [5].

Не существует четких рекомендаций, единых протоколов по ведению беременных и родильниц с дисфункцией лонного сочленения.

Цель исследования: Изучить современные научные подходы к диагностическим критериям и акушерской тактике при дисфункции лонного сочленения.

Источники данных: В базах данных PubMed, PubMed Central, Google Scholar и eLibrary выполнен поиск публикаций по ключевым словам: pubic symphysis diastasis, symphysis pubis separation, symphysis rupture, perupartum pubic symphysis diastasis, perupartum complications pubic symphysis, pregnancy pubic symphysis complications, delivery symphysis pubis separation, disjonction pubienne, а также по их русским аналогам с января 2015 года до июня 2020 года.

Дисфункция лонного сочленения: По мнению научных исследователей – частота полного расхождения ЛС во время беременности и в процессе родов сравнительно небольшая [6]. И.Ф. Жорданиа до 1929 г. в мировой научной литературе нашел более 150 изложений разрывов и расхождений ЛС, большей частью произошедших при вагинальном оперативном родоразрешении, наличии узкого таза и бурной родовой деятельности [7]. В настоящее время, по данным разных авторов [8],[9], данный вид травматизации составляет от 1 на 300-600 беременностей до 1 на 30 000 беременностей. Несмотря на относительно невысокую частоту, разрыв ЛС остается грозным осложнением родового акта, а восстановление функции тазовых сочленений в послеродовом периоде занимает до 5 месяцев. Травма ЛС может сопровождаться разрывом одного из крестцово-подвздошных сочленений, повреждением клитора, уретры, мочевого пузыря, образованием подкожных кровоизлияний, нагноением и остеомиелитом [10], [11].

Известно, что выявленные факторы риска развития послеродовой дисфункции лонного сочленения включают в себя первородящих и многорожавших [12], [13]. Наложение акушерских щипцов в родах, а также рождение новорожденных с массой тела 4000г. и более являются возможной причиной послеродовой дисфункции лонного сочленения [12], [14]; также сообщается, что этиологическим фактором может служить и эпидуральная анальгезия, и дистоция плечиков, и применение приема Мак-Робертса [15]. Среди

возможных причин ДЛС в научной литературе обсуждается роль повышения релаксина [16], [17], хотя не все авторы с этим согласны [18]. Несмотря на то, что у женщин с ДЛС было выявлено повышение уровня сывороточного гормона релаксина, но прямая корреляция между повышенным уровнем гормона и увеличением частоты послеродового разрыва лонного сочленения не была доказана [19], [20], [21]. Равным образом, и в исследовании Kristiansson P. и соавторов не было выявлено корреляционной связи между концентрацией прогестерона и эстрадиола в сыворотке крови беременных с наличием тазовой боли [16]. В свою очередь была установлена связь тазовой боли с увеличением содержания коллагена I, II и V типов и протеогликанов [16], [22], [23].

Другие возможные причины или предрасполагающие факторы диастаза лобкового симфиза включают:

- Биомеханическое растяжение связок таза и связанный с ним гиперлордоз; анатомические изменения в области таза и «узкий таз»;
- Метаболические (кальциевые) и гормональные (релаксин и прогестерон) изменения приводят к слабости связок;
- Чрезвычайное расслабление сустава;
- Разрыв фиброзно-хрящевого диска во время родов;
- Сужение, склероз и дегенерация лобкового сустава;
- Мышечная слабость;
- Увеличение веса, связанное с беременностью;
- Затяжной или стремительный второй период родов [24], [25], [26].

Диагностические критерии дисфункции лонного сочленения: Для определения степени тяжести ДЛС, кроме степени выраженности болевого симптома, авторы включают в оценку – величину расхождения ЛС, а также выраженность анатомических изменений в ЛС и прилегающих лобковых костях [27], [28], [29].

У женщин вне беременности по данным УЗИ ширина ЛС составляет 3,11±0,6 мм, а у беременных по мере течения беременности она увеличивается и при доношенном сроке беременности равна 5,22±0,54 мм, после родов (4-5-е сутки) - 4,5±0,9 мм [27], [30].

Исторически предложенные Л.В. Ваниной (1954), Л.С. Персианиновым (1964), 3 степени расхождения лобковых костей при ДЛС: I степень - на 5-9 мм, II степень - на 10-20 мм, III степень - более 20,0 мм, подверглись пересмотру. В. Н. Серов, Е. В. Ананьев выявили, что расхождение ЛС более 13 мм не встречалась. Поэтому авторы, опираясь на данные УЗИ, рентгенопельвиметрии, МРТ и клинические проявления, предложили свою классификацию 3 степеней расхождения лонного сочленения: I степень - от 5 до 8 мм, II степень - от 8 до 10 мм, III степень - более 10 мм. По данным Серова В. Н. и Ананьева Е. В., частота ДЛС I степени составила 76,52% беременных, II степень - у 15,65% и III степень - у 7,82%. В дополнение, авторы подчеркнули, что степень тяжести ДЛС возрастает при увеличении срока беременности [27].

Основными факторами для определения степени тяжести дисфункции лонного сочленения является выраженность болевого симптома в лонном сочленении и величина расхождения ЛС. I степень тяжести ДЛС в сроке 37 недель беременности и более наблюдается в 53,05% , ДЛС II степени - в 36,52% и III степени - в 10,43% [31], [32].

K Björklund и соавторы [33] исследовали изменения лонного сочленения в течение родов у пациенток с тазовой болью и без клинических проявлений дисфункции. Увеличение ширины лонного сочленения во время родов в среднем составило 1,1 мм у женщин без тазовой боли и 2 мм — у женщин с тазовой болью во время данной беременности (p=0,02). Количество родов в анамнезе и предполагаемая масса плода не оказали статистически значимого влияния на увеличение расхождения ЛС [33], [34]. В дополнении, выявлена значительная обратная корреляция между возрастом женщины и степенью расширения лонного сочленения у первородящих в отличие от повторнородящих. Кроме того, можно считать доказанным влияние родового акта на расширение лонного сочленения у большинства, но не у всех женщин [33], [35], [36].

По мнению *Логутовой Л. С.*, проведенное исследование показало, что для диагностики состояния ЛС при беременности и своевременного оценивания его нарушения функции необходимо, помимо оценки ширины лобкового симфиза, еще и изучить его внутреннюю структуру. Изменения ЛС во время беременности характеризуются умеренным расширением и повышением относительной эхоплотности фиброзной части хрящевого диска. В исследовании также выявлен ряд отличительных особенностей строения ЛС у повторнобеременных женщин, возможно связанных с предыдущими родами. Клиническая симптоматика ДЛС во всех случаях сопровождается возникновением неоднородности структуры ЛС и участков сниженной эхогенности, выделенным в его структуре. Своевременность диагностики данных морфологических изменений и оценивания степени выраженности дадут возможность получить

обоснованную тактику ведения ДЛС и обеспечить благоприятный прогноз как для матери, так и для новорожденного [37], [38].

Поскольку этиология и патогенез ДЛС окончательно не установлены, лечение не во всех случаях является эффективным. Общеизвестно, что данное заболевание связано с беременностью, и поэтому лучшим методом терапии является родоразрешение. Целью терапии на современном этапе является улучшение качества жизни для беременных и родильниц.

Метод родоразрешения при ДЛС зависит от величины расхождения ЛС и выраженности болевого симптома, особенностей структуры ЛС, структуры лобковых костей, размеров таза, предполагаемой массы плода, предлежания и состояния плода, готовности родовых путей к родам, сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии, от эффективности проводимого лечения [27].

Согласно исследованию Логутовой Л. С. и соавторов, основными пунктами в диагностике ДЛС являются: проведение УЗИ и детальный анализ структуры ЛС всем беременным с болями с области ЛС и подтвержденным диагнозом ДЛС. Это позволит снизить необоснованное проведение кесарево сечения при ДЛС, а также может широко применяться для унификации подходов в клинических и научно-практических исследованиях. Структурные изменения ЛС по данным УЗИ, занимающие менее 50% от общей площади межлобкового фиброзно-хрящевого диска, не оказывают влияния на течение беременности, родов и не приводят к разрыву ЛС в родах. Но при 80% и более структурных изменений в ЛС естественное родоразрешение может повлечь за собой высокий риск разрыва ЛС [39].

Исследователи [39], [40], анализируя структуру ЛС, течение беременности и метод родоразрешения, утверждают, что структурные изменения, объемом менее 50% от общей поверхности межлобкового фиброзно-хрящевого диска, сопровождаются умеренными болями, болезненной пальпацией ЛС, но не приводят к значительным ограничениям движений в течение всей беременности и осложнениям процесса родов. Таким образом, такие изменения имеют низкий риск для естественного родоразрешения. Травмы, разрывы ЛС в исследовании не были отмечены, вне зависимости от массы новорожденных и сопутствующей патологии. В послеродовом периоде у пациенток отмечается длительное сохранение болевого симптома, тогда, как ухудшения общего состояния по сравнению с таковым в процессе беременности не отмечалось; хирургическая коррекция не требовалась. При 50 - 80% структурных изменений ЛС выбор метода родоразрешения осуществлялся по акушерским показаниям с учетом предполагаемой массы плода и сопутствующей патологии. По наблюдениям Логутовой Л.С., самопроизвольные роды в данной группе пациенток возможны, ДЛС не влияло на течение родов. При среднестатистической массе плода разрыва ЛС не отмечено. Для течения послеродового периода был характерен длительный болевой симптом, вне зависимости от естественного или абдоминального родоразрешения. У пациенток с 80% и более структурных изменений родоразрешение через естественные родовые пути было нецелесообразным, так как было сопряжено с высоким риском разрыва ЛС. В данной группе наблюдения 8 из 9 пациенткам была проведена операция кесарево сечение. В послеродовом периоде у всех сохранялся болевой симптом в течение 4-11 месяцев и пациентки вынуждены были обратиться за помощью к ортопеду и травматологу [39], [41].

Однако, существующие современные подходы к методам родоразрешения далеко не однозначны: одни авторы предлагают оптимальный метод родоразрешения – через естественные родовые пути для снижения материнских и перинатальных осложнений, другие считают, что приемлемым методом является абдоминальное родоразрешение, для предотвращения риска разрыва ЛС.

Естественное родоразрешение при дисфункции лонного сочленения. Авторами Jayaraman J.K. и соавторы [42] изучен разрыв лонного сочленения как редкое осложнение, которое следует учитывать при оценке женщин в послеродовом периоде, которые испытывают надлобковые, крестцово-подвздошные боли или боли в бедрах. Исследователи подтверждают, что нетравматический разрыв лобкового симфиза после естественного родоразрешения можно удовлетворительно лечить без какого-либо оперативного вмешательства или длительного постельного режима. Существует потребность в осведомленности среди медицинских работников о состоянии, поскольку это увеличило частоту рецидивов при последующих беременностях.

Chawla J.J. [43] и соавторы также рассмотрели разрыв лонного сочленения как редкое осложнение родов. Такое осложнение следует предполагать у каждой родильницы с ДЛС, которая жалуется на то, что во время родов что-то прослушивается в области лона, а после возникает мучительная боль в области ЛС, особенно во время нагрузки. Обнаружено, что аномально стремительная и затянувшаяся продолжительность родов, применение эпидуральной анестезии были связаны с этим осложнением. К тому же, с разрывом ЛС связаны различные факторы высокого риска, такие как первородящие, стремительные или затяжные роды, дистоция плечиков, прием Мак-Робертса и эпидуральная анестезия. Активные, спортивные занятия должны рассматриваться как фактор высокого риска для данной патологии. Авторы считают, что оценка МРТ в дополнение к обычной рентгенографии может добавить ценные подсказки к

диагностическому обследованию для определения оптимальной тактика ведения беременных с ДЛС акушерам-гинекологам и хирургам-ортопедам.

Естественное родоразрешение имеет ряд последствий, которое выражается в хронической боли в области лона во время движения или полового акта, возникающий в результате остаточного растяжения более 2,5 см. Оно встречается как после самопроизвольных родов, так и после операции кесарево сечения [44], [45].

Симфизиотомия, по ВОЗ является жизнесохраняющей операцией, которое проводится там, где операция кесарево сечение невыполнима [46]. Симфизиотомия должна сочетаться с операцией вакуум-экстракция плода там, где абдоминальное родоразрешение не может быть экстренно проведено. Преимущество симфизиотомии - отсутствие рубца на матке после кесарево сечения. Однако, существуют высокие риски повреждения уретры и мочевого пузыря, инфекций, длительные боли и затруднение при движении и нагрузке. Из чего можно заключить, операция симфизиотомия может быть проведена только в случае отсутствия альтернативы, безопасной для матери и ребенка [46]. Такой вид процедуры исторически запрещен, однако до настоящего времени используется в некоторых развивающихся странах в рутинной акушерской практике, который связан с дефицитом кадров, владеющих навыками проведения операции кесарево сечения, отсутствием условий для его проведения, и при этом сочетается с инвалидизацией и высокой материнской смертностью от кесарево сечения [47], [48].

И в заключении, естественное родоразрешение имеет ряд преимуществ: это соматическое здоровье, большая состоятельность психоэмоциональных реакций, и возможности социальной адаптации [49], [50]. Даже несмотря на возможный разрыв ЛС, согласно авторам Jayaraman J. K. и Chawla J.J., он является редким осложнением, и имеет очень хороший прогноз для большинства пациенток, так как в большинстве случаев ожидается полное выздоровление, без постоянной тазовой боли. Контрольные рентгенограммы в большинстве случаев показывают почти полное закрытие лобкового симфиза и полное исчезновение симптомов в течение 3 месяцев. Некоторым пациенткам потребовалась дополнительная физическая терапия на срок до 6 месяцев. Никаких значительных отдаленных последствий не было выявлено [27].

Абдоминальное родоразрешение при дисфункции лонного сочленения. Высокая частота осложнений ДЛС, усугубляющаяся его разрывом, патологии родов, послеродового периода, и в некоторых случаях инвалидизация, привело исследователей к приоритетному выбору абдоминального родоразрешения, с целью снижения этих осложнений. Снижение частоты абдоминального родоразрешения возможно при заблаговременным использованием, разработанного для данной патологии, индивидуального бандажа. Использование индивидуального бандажа в различные сроки гестации позволяет снизить количество абдоминального родоразрешения и тем самым улучшить качество жизни пациенток в послеродовом периоде [51].

По данным Логутовой Л.С. и соавторов родоразрешение пациенток было проведено в сроке доношенной беременности — 38—40 недель. Кесарево сечение было выполнено в 10% случаях. Показаниями к кесареву сечению служили наличие рубца на матке, первичная слабость родовой деятельности, интранатальная гипоксия плода, тазовое предлежание плода, повреждение тазового кольца в анамнезе. В 90% наблюдениях произошли роды через естественные родовые пути, течение родов которых прошло без осложнений. Масса новорожденных колебалась от 3100 до 3900 г. Ухудшения состояния ЛС ни в одном случае не отмечено. Несмотря на проведение кесарево сечения, болевой симптом сохранялся в течение 2—3 недель послеродового периода, которое позволяет усомниться в абсолютной необходимости проведения абдоминального родоразрешения [51]. Отмечено, что операция кесарево сечения повышает риск материнской и перинатальной смертности, послеоперационных инфекционно-воспалительных заболеваний и акушерских кровотечений [49].

Выводы: Результаты данных научных исследований показали что, проблема дисфункции лонного сочленения является актуальной в настоящее время. В силу нерешенности проблем консервативного подхода к ведению родов при ДЛС, сохраняющемуся болевому симптому после абдоминального родоразрешения, с той же продолжительностью боли, что и при естественном родоразрешении, - есть необходимость разработки стандартизации оптимального выбора метода родоразрешения при ДЛС, и ведения послеродового периода.

На данным момент существует потребность в разработке алгоритма родоразрешения при дисфункции лонного сочленения для улучшения акушерских и неонатальных исходов.

Прозрачность исследования: *Исследования не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.*

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях: *Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.*

Конфликт интересов: *Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Chawla J. J. et al. Pubic symphysis diastasis: a case series and literature review //Oman medical journal. – 2017. – Т. 32. – №. 6. – С. 510

2. Gutke A. et al. The severity and impact of pelvic girdle pain and low-back pain in pregnancy: a multinational study //Journal of women's health. – 2018. – Т. 27. – №. 4. – С. 510-517.

3. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. – 2007.

4. Mackenzie J., Murray E., Lusher J. Women's experiences of pregnancy related pelvic girdle pain: A systematic review //Midwifery. – 2018. – Т. 56. – С. 102-111.

5. Yoo J. J. et al. Incidence and risk factors of symptomatic peripartum diastasis of pubic symphysis //Journal of Korean medical science. -2014. -Т. 29. – №. 2. – С. 281-286.

6. Elden H. et al. Predictors and consequences of long-term pregnancy-related pelvic girdle pain: a longitudinal follow-up study //BMC musculoskeletal disorders. – 2016. – Т. 17. – №. 1. – С. 276.

7. Руководство по акушерству и гинекологии: патология родов и послеродового периода. Под ред. Л.С. Персианинова. Москва: Медицина. 1964; III: книга 2: 223-227. Rukovodstvo po akusherstvu i ginekologii: Patologiya rodov i poslerodovogo perioda. Guide to obstetrics and gynaecology: Pathology of labor and puerperal period]. Ed. by Persianinov LS. Moscow: Meditsina. 1964;3: kniga 2: 223-227. (In Russ.).

8. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JM, van Dieen JH, Wuisman PI, Östgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: terminology, clinical presentation, and prevalence. Eur Spine J. 2004;13:575-589.

9. Ray-Griffith S. L. et al. Chronic pain during pregnancy: a review of the literature //International journal of women's health. – 2018. – Т. 10. – С. 153.

10. Larsen EC, Wilken-Jensen C, Hansen A, Jensen DV, Johansen S, Minck H, Wormslev M, Davidsen M, Hansen TM. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy: prevalence and risk factors. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999;78:105-110.

11. Close C. et al. Women's experience of low back and/or pelvic pain (LBPP) during pregnancy //Midwifery. – 2016. – Т. 37. – С. 1-8.

12. Leadbetter RE, Mawer D, Lindow SW. Symphysis pubis dysfunction: a review of the literature. J Maternal-Fetal Neonatal Medicine. 2004;16:349–354.

13. Wuytack F. et al. Protocol for the development of a core outcome set for pelvic girdle pain, including methods for measuring the outcomes: the PGP-COS study //BMC medical research methodology. – 2018. – Т. 18. – №. 1. – С. 158.

14. Close C. et al. A pilot randomised controlled trial (RCT) investigating the effectiveness of reflexology for managing pregnancy low back and/or pelvic pain //Complementary Therapies in Clinical Practice. – 2016. – Т. 23. – С. 117-124.

15. Depledge J, McNair PJ, Keal-Smith C, Williams M. Management of symphysis pubis dysfunction during pregnancy using exercise and pelvic support belts. Physical Therapy. 2005;85(12):1290–1300.

16. Kristiansson P., Svardsudd K., von Schoultz B. Reproductive hormones and amino terminal propertide of type III procollagen in serum as early markers of pelvic pain during late pregnancy. Am J Obstet Gynec 1999; 180: 1: 128-134.

17. Acharya R. S. et al. Prevalence and severity of low back-and pelvic girdle pain in pregnant Nepalese women //BMC pregnancy and childbirth. – 2019.-Т. 19.–№. 1. -С. 247.

18. Marnach M.L., Ramin K.D., Ramsey P.S. et al. Characterisation of the relationship between joint laxity and maternal hormones in pregnancy. Obstet Gynec 2003; 101: 331.

19. Borg-Stein J, Dugan SA. Musculoskeletal disorders of pregnancy, delivery and postpartum. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2007;18(3):459–476.

20. Wuytack F. et al. Prognostic factors for pregnancy-related pelvic girdle pain, a systematic review //Midwifery. – 2018. – Т. 66. – С. 70-78.

21. Kesikburun S. et al. Musculoskeletal pain and symptoms in pregnancy: a descriptive study //Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease. – 2018. – Т. 10. – №. 12. – С. 229-234.

22. Pinheiro M.C., Moraes S.G., Battuhner C.N. et al. Histochemical and ultrastructural study of collagen fibers in mouse public symphysis during late pregnancy. Mireon 2004; 35: 8: 685-693.

23. Urraca-Gesto M. A. et al. Diastasis of Symphysis Pubis and Labor: a Systematic Review //Journal of Rehabilitation Research and Development, 2015, vol. 52, num. 6, p. 629-640. – 2020.

24. Seidman AJ, Siccardi MA. Postpartum Pubic Symphysis Diastasis. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2019.

25. Robinson P. S. et al. The association between pregnancy, pelvic girdle pain and health-related quality of life–a comparison of two instruments //Journal of patient-reported outcomes.–2018.–Т. 2.–№.1.–С.45.

26. Agten C. A. et al. MR imaging of pubic symphysis after uncomplicated vaginal delivery and planned caesarean delivery in the first postpartum week //Clinical imaging. – 2019. – T. 56. – C. 58-62.
27. Серов В. Н., Ананьев Е. В. Оценка степени тяжести дисфункции лонного сочленения и выбор метода родоразрешения //Российский вестник акушера-гинеколога. –2011.–Т.11.– №. 3. –С.45-48.
28. Aydın S. et al. Assessment of postpartum symphysis pubis distention with 3D ultrasonography: a novel method //Clinical Imaging. – 2016.-Т. 40. – №. 2. –С. 185-190.
29. Sarıkaya E., Yılmaz S., Okumuş M. Pregnancy-Related Pelvic Girdle Pain //Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine. – 2016. – Т. 20. – №. 2. – С. 122-125.
30. Seidman A. et al. Traumatic Pelvic Ring Injury following Childbirth with Complete Pubic Symphysis Diastasis //Case Reports in Orthopedics. – 2019. – Т. 2019.
31. Hezel J.P.D.Musculoskeletal pain in pregnancy//Medical Problems During Pregnancy.–2017.–С. 139-153.
32. Wuytack F.,O'Donovan M. Outcomes and outcomes measurements used in intervention studies of pelvic girdle pain and lumbopelvic pain: a systematic review //Chiropractic & manual therapies.–2019.– Т.27.– №.1.–С. 62.
33. Björklund K, Bergström S, Nordström ML, Ulmsten U. Symphyseal distention in relation to serum relaxin levels and pelvic pain in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000;79:4:269-275.
34. Palvia V. et al. Severe Pubic Symphysis Diastasis Managed Conservatively: A Case Report and Review //Case Reports in Clinical Medicine. – 2017. – Т. 6. – №. 04. – С. 120.
35. Петрушин А. Л., Прялухина А. В. Расхождение лонного сочленения при беременности и родах (обзор литературы) //Травматология и ортопедия России. – 2018. – Т. 24. – №. 3.
36. Ji X. et al. Postpartum radiographic changes in pelvic morphology and its relation with symptoms of pregnancy-related symphysis pain //Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology. – 2018. – Т. 45. – №. 5. – С. 665-670.
37. Логутова Л.С. и др. Ультразвуковая диагностика состояния лонного сочленения у женщин //Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2015. – №. 3. – С. 63-67.
38. Носкова О.В. и др. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИМФИЗИОПАТИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ //Вестник гигиены и эпидемиологии№ 2 2018. –2020. –Т. 24. –№.1.– С. 64-66.
39. Логутова Л.С. и др. Возможности прогнозирования риска родоразрешения через естественные родовые пути у женщин с симфизиопатией //Российский вестник акушера-гинеколога.–2016.– Т.15.– №.3. – С. 31-37.
40. Voon H. Y. et al. Sonographic Diagnosis of Pregnancy-associated Symphysis Pubis Diastasis //BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY. – 2018. – Т. 125. – С. 181-181.
41. El-Zibdeh A., Frise C. 188. Pubic symphysis osteomyelitis: A case report //Pregnancy Hypertension. – 2018. – Т. 13. – С. S94.
42. Jayaraman J. K., Ganapathy P., Indira N. Post-Partum Diastasis of the Pubic Symphysis: Report of a Rare Case //Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. – 2015. – Т. 9. – №. 9. – С. QD09.
43. Chawla J. J. et al. Symphysis diastasis: a case series and literature review //Oman medical journal. – 2017. – Т. 32. – №. 6. – С. 510.
44. Seidman A. J., Siccardi M. A. Postpartum Pubic Symphysis Diastasis. – 2019.
45. Patel N. H., Aiarao B. B., Shah B. A rare case of accidental symphysiotomy (syphysis pubis fracture) during vaginal delivery //Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research. – 2017. – Т. 4. – №. 4. – С. 455-457.
46. World Health Organization et al. Integrated management of pregnancy and childirth—managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors //Geneva: WHO. – 2000.
47. Anderson J, Hampton RM, Lugo J. Postoperative care of symphysiotomy performed for severe shoulder dystocia with fetal demise. Case Rep Womens Health. 2017 Apr;14:6-7.
48. Плотников И. А. и др. Лечение акушерских разрывов лобкового симфиза и дисфункции лонного сочленения //Экстренная и неотложная медицинская помощь–XXI век.–2017.–С.219-220.
49. Краснопольский В. И., Логутова Л. С. Современная концепция родоразрешения и перинатальная смертность // Медицинский совет. - 2014. - №. 9.
50. Saunders M. R. Separated at birth: A journey through Diastasis Symphysis Pubis. – 2016.
51. Баринов С. В., Резник Л. Б., Демченко С. Г. Тактика ведения беременных с дисфункцией лонного сочленения с использованием комбинированного бандажа //Мать и дитя в Кузбассе. – 2011. – №. 2.

Автор для корреспонденции: Темирова Меруерт Мейрамовна, магистрант кафедры Акушерства и гинекологии №2, НАО "Медицинский Университет Астана», Специальность 7М10102- «Медицина». Телефон: +7(707)0417700, E-mail: temirova.meruyert@gmail.com

VALEO

УДК: 615.285:616.12-008.331.4

A.V. ARENOV, B.T. AITENOV
«Astana Medical University» NJSC, Department of Sports Medicine, Rehabilitation and Physical Culture
State-owned public enterprise with the rights of economic management «City polyclinic №5», Nur-Sultan

PHYSICAL EDUCATION EFFECTIVE METHODS IN SPECIAL MEDICAL GROUPS WITH NEUROCIRCULATORY DYSTONIA ACCORDING TO THE HYPOTONIC TYPE

Summary:
This article shows the effectiveness of the influence of physical training of a cyclic nature on the course of neurocirculatory dystonia in a hypotonic manner in students of a medical university, based on the assessment of changes in hemodynamic parameters.

А.В. АРЕНОВ, Б.Т. АЙТЕНОВ
НАО «Медицинский университет Астана»
Кафедра «Спортивной медицины, реабилиталогии и физической культуры»,
ГКП на ПХВ Городская поликлиника №5, Казахстан, г. Нур-Султан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ГРУППАХ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

В настоящей статье показана эффективность влияния физических тренировок циклического характера на течение нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу у студенток медицинского университета, на основании оценки изменении показателей гемодинамики.

Ключевые слова: нейроциркуляторная дистония , гипотонический тип, гемодинамика, физические тренировки циклического характера .

А.В. АРЕНОВ, Б.Т. АЙТЕНОВ
КеАҚ «Астана медицина университеті»
«Спорттық медицина, оңалту жане дене шыныктыру» кафедрасы
Нұр-Султан қаласының әкімдігінің «№5 қалалық емханасы» ШЖҚ МКК

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРЛЫҚ ДИСТОНИЯСЫ БАР АРНАЙЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТОПТАРДА ДЕНЕ ТӘРБИЕСІ ӘДІСТЕМЕСІНІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Осы мақалада гемодинамика көрсеткіштерінің өзгеруін бағалау негізінде медициналық университет студенттерінде гипотониялық тип бойныша нейроциркуляторлық дистония ағымында циклдық сипаттағы физикалық жаттығулардың әсер ету тиімділігі көрсетілді.

Introduction. Healthy lifestyle expresses a person's focus on strengthening and developing personal and public health, implements the most valuable type of disease prevention - primary prevention that prevents their occurrence, and contributes to meeting the vital need for active motor activity. In modern conditions of development in the Republic, the issue of strengthening the spiritual and physical health of citizens, the formation of a healthy lifestyle is of particular importance. The basis for the formation of a healthy lifestyle is the motivational attitude of this person to realize their social, physical, intellectual and mental abilities and capabilities. Physical Culture is a part of social culture that implements the processes of assimilation and reproduction of social experience by a person. In recent years as the younger generation is characterized by a negative change that could lead to critical deterioration of health associated with the nature of the educational process and deterioration of health. The reasons lie in the inability of students to take care of their own health. One of the most important tasks of modern education is the formation of a value attitude to a healthy lifestyle among the younger generation, this is the task of the education system , because a person spends a significant part of his life in educational institutions from childhood [7,11,13]. A healthy lifestyle helps us fulfill our goals and objectives, successfully implement our plans, cope with difficulties, and if necessary, with enormous overloads. Strong health, supported and strengthened

by the person himself, will allow him to live a long and full of joy life. These tips are to a certain extent suitable for every conscious person who has decided to take the path of recovery and put their lives in order. To implement this task, the following solutions are proposed for the formation of social norms of a healthy lifestyle: identifying the causes that hinder a healthy lifestyle [4,12]. In the system of higher medical education, the idea is not only to obtain specialized medical education, but also to justify the formation of a culture of saving the health of students - future doctors. It should be noted that at present, our Department with a course of physical culture provides students with a health-saving education to a certain extent. This is due to the program of the discipline "Physical culture", which is aimed at solving educational, educational and health problems.

Autonomic dysfunction manifested in dysregulation of the cardiovascular , respiratory and other body systems can be an integral part of a number of disease as: hypertension, endocrine disorders, etc. the Powerful factor of formation of culture of healthy lifestyle is students ' independent work on their own recovery [1,3,6]. The discrepancy between the severity of complaints and the scarcity of information in an objective study is considered typical for neurocirculatory dystonia, heart pain, lability of pulse and blood pressure, autonomic dysfunction, respiratory and asthenic - neurotic syndromes, anxiety, etc. In clinical practice, there is a mixed version of the course of the disease with a tendency to hypotonic or spastic reactions, and from this the method of health-improving classes in special medical groups is built [2,5,9,10]. It is used for physical exercises with static tension in combination with dynamic and breathing exercises, as well as massage aimed at increasing vascular tone. With hypotension with a tendency to spastic reactions, exercises for relaxation of the respiratory and dynamic nature are more used. The disease occurs more often at a young age, mainly in girls, in whom it is detected more often 2-3 times more often than in men. Prevalence of neurocirculatory dystonia in the structure of general morbidity at NJSC "Astana medical University" is from 4.08 to 9.8 %. Poor physical fitness of 1st year students is reflected in the implementation of the physical education program [8, 14].

The task of a physical education teacher and a rehabilitation doctor is to analyze the effectiveness of the influence of cyclical physical training on the functional state of individual organs and systems of the body. Program and methodological support of physical culture and health classes in special medical groups, taking into account the individual and age characteristics of students. In this regard, it is relevant to select physical exercises for the dynamics of the functional state with neurocirculatory dystonia by hypotonic type based on the assessment of the cardiovascular system.

Objective: to determine the effect of the effectiveness of cyclical exercise on the characteristics of the cardiovascular system response in students with neurocirculatory dystonia of the hypotonic type in special medical groups.

Materials and methods: the research was conducted on the clinical basis of the Department, under the supervision of the sports medicine office were 419 students of 1-2 courses, faculties of public health and management, General medicine, dentistry and nursing, from a special medical group with diagnoses: scoliosis 1-2 degrees, spinal osteochondrosis and neurocirculatory dystonia of the hypotonic type, etc. Was analyzed the dynamics of clinical course of hypotonic neurocirculatory dystonia in 24 female students. In this aspect, the study of the state of health is a determining factor, which in turn is of paramount importance in the timely prevention of cardiovascular diseases and the level of health of female students . The effectiveness of physical culture and health classes in special medical groups was determined by comparing the results of the main group and the comparison group, while taking into account the dynamics of the clinical manifestation of the disease and the restoration of normal blood pressure indicators.

All the students underwent a thorough medical examination, aged 18 to 20 years, studies were conducted in the period 2017 - 2019 school year, the main indicators introduced in medical-control card of athlete and sportsman and consisted of assessment of physical development, functional state of the cardiovascular and respiratory systems. Survey of students was carried out twice in the 1st semester in the 1st year, and 4 semester 2 course in therapeutic physical training room and classrooms of the Department. The main indicators in dynamics were entered in the patient's chart in the physical therapy room: diagnosis upon admission to the physical therapy room - a brief history of treatment, complaints, main clinical indicators and the course of the disease. The functional state of the cardiovascular and respiratory system consisted of an assessment of the main indicators of pulse, blood pressure and respiration before and after exercise, and at 5 minutes of recovery. The following anthropometric data were studied: height, weight, chest circumference (inhale-exhale, pause, excursion), spirometry, hand dynamometry (table 1). observation groups were formed depending on the functional state of the respiratory and cardiovascular systems.

Table 1-Female students of medical groups physical development indicators.

Indicators	Semester #1.		Semester #4.	
	The main group	The test group	The main group	The test group
Height in centimeters	172,0±0.5	172,0±0.7	172,8±0,4	172,1±1,2

Body weight in kilograms	62,1±0,5	59,7±0,6	61,1±0,7	62,0±1,1
Chest organs inhale in centimeters	93,0±0,4	93,2±0,5	98,7±0,6	94,3±0,8
Chest organs exhale in centimeters	85,4±0,4	85,7±0,5	90,2±0,6	86,7±0,8
Diaphragmatic excursion in centimeters	7,6±0,1	7,5±0,2	8,5±0,1	8,2±0,1
Chest organs in the state of rest	89,0±0,2	88,0±0,3	90,0±0,3	89,0±0,2
Hand dynamometry	30,2±0.4	30,5±0.4	37,2±0,2	36,4±0,2
Vital capacity	4,24±0,04	4,56±0,06	5,04±0,02	4,96±0,04

Physical culture and health-improving classes in special medical groups of students aged 18-20 years were held once a week for two pairs, for 50 minutes . The cyclic physical loads were not applied in the test group (n=12), and in the main group (n=12), a specially designed rehabilitation and wellness complex was additionally performed. Cyclical physical exercises (running, walking, Cycling, skating, swimming) differ in the repeatability of the phases underlying each cycle, and the close connection of each cycle with the next and previous ones. The student core group in each training session for 35-40 minutes, performed cyclic exercise (running, walking) on the development of muscle strength of the upper and lower limbs, and additionally, in preparation for the main part of the lesson, worked on fitness complex: an exercise bike, treadmill, stepper and elliptical trainer. Training on simulators aimed at developing strength, dexterity, and endurance.

Research result: As can be seen from table 2, the main indicators of hemodynamics, including heart rate, arterial systolic and diastolic pressure at rest immediately after exercise, and at 5 minutes of recovery were noted in both observation groups, but more pronounced in the main group. The positive dynamics was noted in both groups of observation, under the influence of exercise and training the cyclical nature of the main group from 33.2% of students decreased heart rate at rest, workload, and recovery period (from 80.4 ± 0 to 71.7 ± of 1.38 with 143,2 ± 1.4 to 131,8±1.7 from 126,2 ± 1,1 to 81.4 ±1.1 what is made up 7.38%, 16.8% and 51% respectively), in the test group, the heart rate decreased in 15.4% as follows, the heart rate at rest 78.2±1 to 76.29±2.1, the heart rate from 131.1±1.1 to 93.2±3.0, respectively, which was 1.06% and 22.86%, respectively, the heart rate in the load state, on the contrary, increased from 136.7±2.5 to 152.3±2.5.

Table 2-Main indicators of the cardiovascular system in dynamics

Indicators	Semester #1.		Semester #4.	
	The main group	The test group	The main group	The test group
The heart rate, the number of beats per minute in the state of rest.	80,4 ± 0	78,2±1,1	71,7 ± 1,38	76,9±2,0
The heart rate during the performing the physical exercise, the number of beats per minute.	143,2 ± 1,4	136,7±2,4	131,8±1,7	152,3±2,4
The heart rate after 5 minutes rest, the number of beats.	126,2 ± 1,1	131,1±1,6	81,4 ±1,1	93,2±1,1
Blood pressure in the state of rest, mm Hg.	90,8±0,8	88,6±1,0	115,5±1,0	89,2±1,1
	60,6±0,5	62,1±0,6	73,2±0,4	62,3±1,0
Blood pressure during the performing the physical exercise, mm Hg.	127,9±1,1	128,6±1,8	137,5±1,4	135,1±2,2
	81,0±0,8	80,8±1,2	87,4±1,6	93,3±2,0
Blood pressure after 5 minutes rest, mm Hg.	115,1±0,9	120,2±1,3	115,2±1,3	123,1±2,2
	69,8±0,5	72,4±0,7	67,2±1,0	69,2±1,0

Thus, the functional state of students with neurocirculatory dystonia of the hypotonic type was stable in the main group, which indicated a positive effect of a cyclical nature.

Conclusion:

1. When using physical exercises and simulators of a cyclical nature, physical culture and health classes help to increase the functional capabilities of organs and systems.

2. Increases the adaptive capacity of the body, contribute to the normalization of the balance between the processes of excitation and inhibition.

3. Taking into account the specifics, the developed individual complexes of physical activity during the entire training cycle contribute to improving physical health, optimal restructuring of the cardiovascular system.

REFERENCES:

1. L.L. Artamonova Therapeutic and adaptive health-improving physical culture / L. L. Artamonova, O. P. Panfilov, V. V. Borisova. – Moscow city.: Vlados Publishing House, 2014. - 400 pp.
2. V.V. Anikin, A. A. Kurochkin, S. M. Kushner Neurocirculatory dystonia in adolescents: Methodological guide. Tver 2001.
3. L.K. Antonova Rehabilitation of adolescents aged 12-15 years with a hypertensive form of neurocirculatory dystonia using dosed static-dynamic loads // Russian journal of cardiology. 2003, no. 2, pp. 35-37.
4. S.V. Babina Formation of competence of professional self-development of University students: abstract for the dissertation of the Candidate of Pedagogical Sciences. – Moscow city., 2009. - 29 pp.
5. A.P. Weersink, M. N. Zhaslyk, K. I. Zasyadko Physical rehabilitation of women with hypertensive disease on the basis of gymnastics. Health issues. - 2016. - no. 2. - pp. 98-107. DOI: 10.7256/2453-8914.2016.2.21455
6. V.N. Grigorieva Use of kinesotherapy in the treatment of children with vegetative-vascular dystonia: Method. Recommendations. Saint Petersburg, 1996.
7. Ye.D. Dalenov, M. Z. Formation of a healthy lifestyle and the logic of preventive medicine / / Medical journal of Astana. - 2011. - No. 6. - pp. 68-69.
8. Yu.P Denisenko Strategy of long-term adaptation to physical loads and their influence on the effectiveness of sports activities // Theory and practice of physical culture, 2012, no. 8, pp.29-36.
9. V.A. Yepifanov (ed.) Medical rehabilitation: A guide for doctors, Moscow: Medpress-inform, 2005, 328 pp.
10. Ye. Ivanova Medical rehabilitation in Russia. Prospect of development. Consilium Medicum. 2016;13: pp.9-13
11. S.V., Mikhailova, L. M. Iranina, S. I. Volkov, N. In. Busarova. Assessment of the health of students.// Health and education in the XXI century. – 2016. – Vol. 18. - No. 2 Pp. 495 – 496.
12. N.V. Slivkina N. Prenosological diagnostics in the assessment of health status of adolescents and youth - Astana, 2014. - 112 pp.
13. Zh.K. Salikov., K. S. Muskunov, N. I. Sabanbayev the Role of civil and patriotic education in the system of higher education of the Republic of Kazakhstan // Modern high-tech technologies. - 2015. - No. 12-4. pp. 737-741.
14. Ye.M. Yanchik Program and methodological support of health-improving classes in special medical groups of schoolgirls 10-14 years aged: abstract for the dissertation of the Candidate of Pedagogical Sciences, Tyumen, 2002, p. 24.

Автор для корреспонденции: Аренов В. – НАО «Астана медицина университеті», 87086415183

VALEO

УДК: 796+372.879.6

АУБАКИРОВА Т.С., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., КУШМАГУЛОВА А.К., КОЖЕМЯКИНА Н.Н., КАПАНОВА С.Н.
НАО «Медицинский университет Астана»

ФИЗКУЛЬТУРЫ И СПОРТА В ЖИЗНИ МОЛОДЕЖИ

Аннотация:

Одной из непременных составляющих здорового образа жизни является высокая двигательная активность. Можно с уверенностью говорить о том, что в профессиональной подготовке будущих специалистов значительную роль играет физическая культура как комплексное средство физического, интеллектуального, нравственного, эстетического развития. Целью статьи является обоснование эффективности использования физических упражнений со студентами в процессе физической культуры. Физкультуры и спорта укрепляет здоровье, повышает уровень физической подготовленности и функциональной тренированности студентов, формирует у них основные двигательные умения и навыков, подготавливает к будущей профессиональной деятельности, прививает потребности в здоровом образе жизни и в самостоятельных занятиях физическими упражнениями, повышение уровня двигательной активности.

Ключевые слова: здорового образа жизни, двигательная активность, физические упражнения, физкультуры и спорта.

АУБАКИРОВА Т.С., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., КУШМАГУЛОВА А.К., КОЖЕМЯКИНА Н.Н., КАПАНОВА С.Н.
КеАҚ «Астана медицина университеті»

ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ЖӘНЕ СПОРТ ЖАСТАР ӨМІРІНДЕ

Салауатты өмір салтының маңызды компоненттерінің бірі - жоғары физикалық белсенділік. Дене шынықтыру болашақ мамандарды кәсіби даярлауда физикалық, интеллектуалдық, адамгершілік, эстетикалық дамудың күрделі құралы ретінде маңызды рөл атқарады десек қателеспейміз. Мақаланың мақсаты - студенттермен дене шынықтыру жаттығуларын дене шынықтыру процесінде қолданудың тиімділігін негіздеу. Дене шынықтыру мен спорт денсаулықты нығайтады, оқушылардың дене дайындығы мен функционалдық дайындығының деңгейін жоғарылатады, олардың негізгі моторикасы мен дағдыларын қалыптастырады, оларды болашақ кәсіби іс-әрекетке дайындайды, салауатты өмір салты мен дербес дене жаттығуларына қажеттіліктерді енгізеді, физикалық белсенділіктің деңгейін жоғарылатады.

AUBAKIROVA T.S., IMAMALIYEVA G.N., KUSHMAGULOVA A.K., KOZHEMYAKINA N.N., KAPANOVA S.N.
Astana medical university

PHYSICAL EDUCATION AND SPORT IN THE LIFE OF YOUTH

One of the essential components of a healthy lifestyle is high physical activity. It is safe to say that physical culture plays a significant role in the professional training of future specialists as a complex means of physical, intellectual, moral, aesthetic development. The purpose of the article is to substantiate the effectiveness of the use of physical exercises with students in the process of physical culture. Physical education and sports strengthens health, increases the level of physical fitness and functional fitness of students, forms their basic motor skills and abilities, prepares them for future professional activities, instills needs for a healthy lifestyle and independent physical exercises, increasing the level of physical activity.

Введение. В настоящее время, пожалуй, любому грамотному человеку известно, как сохранить здоровье. Борьба факторами риска, предупреждение перенапряжения нервной системы необременительны, реально доступны каждому и высокоэффективны. В них важную роль играют физкультура, правильное питание, рационально и разумно построенный режим жизни, режим труда и отдыха. Причем конечной цели можно достичь только при комплексном соблюдении всех рекомендованных правил и систематическом, на протяжении всей жизни, выполнении профилактических мероприятий, считает доктор медицинских наук Д. Аронов. В первую очередь к ним относится полный отказ от вредных привычек. Вникните в смысл этих слов: «вредная привычка». Они означают, что человек осознанно и регулярно наносит себе вред. В самом деле, сейчас даже заядлым курильщикам известно, как влияет курение на их организм. Однако до поры до времени привычка оказывается сильнее доводов разума. А вот люди, уже приобретшие сердечнососудистые заболевания, охотно бросают курить сами. К сожалению, к правильному решению их подталкивает начавшаяся болезнь.

Цель обучения. Выполнение физических упражнений вызывает потоки нервных импульсов от работающих мышц и суставов и приводит центральную нервную систему в активное, деятельное состояние. Соответственно активизируется работа внутренних органов, что обеспечивает человеку высокую работоспособность и дает ему ощутимый прилив бодрости. Многие упражнения способствуют профилактике и лечению хронических расстройств внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

Методы обучения. Физическое развитие рассматривается в двух значениях: как процесс изменения морфологических и функциональных свойств организма человека в течение его жизни; как результат этого процесса, характеризующийся следующими показателями: рост, вес, жизненная емкость легких и прочими антропометрическими данными, а также степенью развития физических качеств (сила, выносливость, ловкость итд).

Физическая подготовка - физическое воспитание, направленное на подготовку человека к определенному роду деятельности (водолаза, пожарного, летчика и т д). Физическая подготовленность результат физической подготовки к определенному роду деятельности. Характеризуется по уровню развития ведущего для данной деятельности качеств (выносливости, силы, ловкости, гибкости, быстроты) и степени овладения ведущими навыками (высокая, средняя, низкая). Часто качества и навыки оцениваются совместно. Физическое совершенство - исторически обусловлены уровень здоровья всестороннего развития физических способностей людей, соответствующий требованиям человеческой деятельности в условиях

производства, военного дела и других сферах общественного труда, обеспечивающий на долгие годы высокую работоспособность человека. Физическое совершенство человека предполагает гармонично развитое тело, высокий уровень развития физических качеств, владение прикладными навыками (плаванье, ходьба на лыжах) и знаниями по физической культуре, здорового образа жизни, умение играть в спортивные игры, танцевать. Основным средством физического совершенствования являются физические упражнения.

Многократно повторяемые физические упражнения с соблюдением правильной дозировки и методической последовательности приводят к совершенствованию форм и функций организма человека, укрепляют здоровье, формируют и совершенствуют двигательные навыки, содействуют духовному развитию. Физические упражнения применяют также в профилактических и лечебных целях. В сочетании с мерами личной и общественной гигиены, рациональным режимом учебы, работы, отдыха, сна, питания; использованием естественных факторов природы солнечными и воздушными ваннами, обтиранием водой, купанием и др. физические упражнения — один из факторов здорового образа жизни и высокой работоспособности.

Занятие физическими упражнениями оказывают влияние на психические процессы. Они развивают чувство равновесие, зрительные ощущения. Познаются скорость, направление движений. Физические упражнения развивают восприятие окружающей действительности, пространства, времени. В процессе систематического выполнения физических упражнений накапливаются представления о быстроте движений, силе, ловкости, волевом усилии, пространственных ощущениях. Физические упражнения способствуют развитию воображения, мышления и других форм высшей психической деятельности человека. Процесс творческого воображения, например, имеет место в сложной комбинационной игре. Организованные коллективные занятия физическими упражнениями важный фактор развития не только физических способностей, но и морально волевых качеств. Физические упражнения всегда связанны с проявлениями воли и служат одним из основных средств ее совершенствования. Сознательное и активное отношение к занятиям, соблюдение порядка выполнения упражнений и правил поведения в коллективе, участие в командных играх и соревнованиях способствует воспитанию дисциплины, организованности, чувства коллективизма, чувства чести и долга, развитию инициативности. При систематических занятиях физическими упражнениями воспитываются организованность, аккуратность, подтянутость, правильная осанка, красивая походка, соблюдение правил личной и общественной гигиены, установленных правил, норм поведения.

Современные физические упражнения весьма многообразны. Наряду с двигательными действиями, заимствованные из трудовой и боевой практики, быта, современные физические упражнения включают двигательные действия, специально созданные в целях физического развития человека. В практике физического воспитания исторически сложились физические упражнения в виде игр, гимнастике, спорта и туризма. Основными качествами, характеризующими физическое развитие человека, являются сила, быстрота, ловкость, гибкость и выносливость, Совершенствование каждого из этих качеств способствует укреплению здоровья, но далеко не в одинаковой мере. Тяжелоатлетические упражнения делают сильным, тренировки в беге на короткие дистанции помогают стать быстрым, применение гимнастических и акробатических упражнений влияют на развитие ловкости и гибкости. Ученые пришли к выводу, что для эффективного оздоровления, профилактики респираторных болезней необходимо тренировать и совершенствовать в первую очередь самое ценное в оздоровительном планефизическое качество — выносливость, которая в сочетании с закаливанием и другими компонентами здорового образа жизни обеспечит надежный щит против многих болезней. Достигнуть высокого уровня выносливости можно, используя упражнения циклического характера, т.е. достаточно длительные, равномерные, повторяющиеся нагрузки к циклическим упражнениям относятся бег, скандинавская ходьба, плавание, бег на льгжах, езда на велосипеде, а также, с определенными оговорками, такие виды спорта, как баскетбол, теннис, ручной мяч, футбол и др. Научные исследования и практика во многих странах мира убедительно доказали первенствующее оздоровительное влияние скандинавской ходьбы на здоровье людей всех возрастов. Доказано, что движение улучшает кровоток во всех внутренних органах, включая мозг, что особенно ценно, так как обеспечивает энергетическую базу для совершенствования мозговой регуляции и психической деятельности. После систематических занятий. В состоянии нервной системы наблюдаются заметные положительные изменения. Улучшаются зрение и слух, преобладает положительное эмоциональное состояние, возрастает объем легких, значительно повышаются мыслительные возможности и лучше запоминается полученная информация. Практически исчезают головные боли, улучшается сон, увеличивается умственная и физическая работоспособность. Все это обусловлено возрастанием в тканях мозга особых веществ нейропептидов, составляющих биохимическую основу психической деятельности. Ответ организма на повышенную потребность в кислороде называется тренировочным эффектом или позитивными физическими сдвигами. Вот некоторые такие сдвиги: общий объем крови возрастает

настолько, что улучшается возможность транспорта кислорода, и поэтому человек проявляет большую выносливость при напряженной физической нагрузке; объем легких увеличивается; сердечная мышца укрепляется, лучше обеспечивается кровью; повышается содержание липопротеинов высокой плотности, отношение общего количества холестерина снижается, что уменьшает риск развития атеросклероза; укрепляется костная система; аэробика помогает справиться с физическими и эмоциональными стрессами; повышается работоспособность; аэробика - реальный путь к похудению или поддержанию веса в норме. Выбор индивидуальной программы физической нагрузки необходим для того, чтобы упражнения доставляли удовольствие, чтобы сердце стало здоровым, а тело сильным. Физические упражнения улучшают настроение, повышают мышечный тонус, поддерживают гибкость позвоночника и помогают предотвратить болезни.

Вывод: обобщая результаты проведённых исследований, можно сделать вывод о том, что физическая культура и спорт является непременным условием здоровья и успешной учебной деятельности студентов. Физическая культура и спорт, являясь составной частью культуры общества, не есть просто совокупность физических качеств и двигательных способностей. Они предполагают и обязательное наличие определенных знаний, потребностей и интересов, норм и правил поведения, умений и навыков. Главное же - воспитание убежденности и привычки к систематическим занятиям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Холодов Ж.К., Кузнецов В.С. Теория и методика физического воспитания и спорта: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений, 2-е издание. -М.: Издательский цепр «Академия», 2016.
2. Горская Г.Б. Психологическое обеспечение многолетней подготовки спортсменов, Краснодар, 2015.
3. Джамтаров Т.Т., Румянцева В.И. Лидерство в спорте. – М., 2017.

VALEO

УДК: 616.9-036.2

БУРУМБАЕВА М.Б.[1], ТЕБЕНОВА К.С. [2], МУСИНА А.А. [1]
[1]–НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан
[2] - НАО «Карагандинский университет им. Е.А. Букетова», Караганда, Казахстан

ПРОБЛЕМА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Аннотация:
В статье представлены результаты исследования распространенности и факторов риска употребления алкогольных напитков среди студентов-медиков.

Ключевые слова: алкоголизация, студенты, распространенность, факторы риска.

БУРУМБАЕВА М.Б.[1], ТЕБЕНОВА Қ.С. [2], МУСИНА А.А.[1]
1 - «Астана медицина университеті» КЕАҚ, Нұр-Сұлтан, Қазақстан
2 - «Е.А. Букетов атындағы Қарағанды университеті» КЕАҚ, Қарағанды, Қазақстан

СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДА АЛКОГОЛЬДІ ТҰТЫНУ МӘСЕЛЕСІ

Мақалада медициналық студенттер арасында алкогольді тұтынудың таралуы мен қауіпті факторларын зерттеу нәтижелері келтірілген.

Түйін сөздер: алкоголизация, студенттер, таралуы, қауіп факторлары.

BURUMBAYEVA M.B. [1], TEBENOVA K.S. [2], A. A. MUSSINA [1]
[1] – NJSC "Astana Medical University", Nur-Sultan, Kazakhstan
[2] - NJSC "Karaganda University named after E.A. Buketov", Karaganda, Kazakhstan

THE PROBLEM OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG STUDENTS

The article presents the results of a study of the prevalence and risk factors of alcohol consumption among medical students.

Key words: alcoholism, students, prevalence, risk factors.

Актуальность. По данным Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, в Казахстане 45,4% населения употребляют алкоголь 1–2 раза в месяц. При этом распространенность употребления алкоголя среди молодежи в возрасте 20–29 лет составляет 64,4%, 15–17 лет – около 37% [1].

Согласно исследованию 2017 г, проведенному среди студентов г. Алматы, из 617 студентов (около 7% от их общего числа в городе, проживающих у себя дома, в общежитии и на съемных квартирах) более 30% признались в употреблении алкоголя, а 8% из них делают это ежедневно. При этом 11 % опрошенных выпивают алкоголь раз в неделю или чаще. Около 40% употребляют алкоголь средней крепости, такие как вино, пиво и т.п., а 20% -крепкие [2].

Важно отметить, что употребление алкоголя среди студентов колледжей также является серьезной проблемой для здоровья. Данные опроса показывают, что 40% студентов колледжей сообщают о потреблении пяти или более алкогольных напитков не реже одного раза в месяц [3]. Студенты часто употребляют алкоголь безответственно, особенно если они считают, что употребление алкоголя является неотъемлемой частью учебы. Люди, которые придерживаются этой точки зрения, принимают свой переходный статус, признают, что у них относительно мало ролевых обязательств, и, таким образом, рассматривают годы учебы как временные рамки для выпивки [4]. Также студенты сообщают, что наиболее частой причиной употребления алкоголя являются социальные мотивы [5].

Цель исследования. Изучить распространенность и факторы риска алкоголизации среди студентов-медиков.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в НАО «Медицинском университете Астана» среди студентов 3-5 курса. Предметом являлось выявление распространенности и факторов риска употребления алкогольных напитков. Характеристика исследуемых: общее количество студентов составило 128, из которых 3 курс составил 52 человека: юношей 30 и девушек 22, 4 курс составил 45 человек: юношей 20 и девушек 25, 5 курс составил 31 человек: юношей 12 и девушек 19. В процессе выполнения работы использованы следующие методы исследования: анкетный опрос – анкета «Алкоголь» и статистический анализ с учетом группировки изучаемого контингента по полу и курсу. Анкета-интервью «Алкоголь» состояла из 17 вопросов, которые имели от 2 до 10 вариантов ответов. Все ответы респондентов кодировались и вносились в программу Excel. Полученные данные подвергались обработке с вычислением процентных соотношений, средних величин и стандартных отклонений.

Результаты и обсуждение. Характеристика алкоголизации среди студентов 3-5 курса имело различия. Согласно таблице 1 среди 3 курса количество впервые употребивших алкоголь в возрасте 12-16 лет девушек составило 9%, а на 4 курсе данный показатель был выше в 2 раза и составил 20%,тогда как на 5 курсе показатель составил 22% . Юношей 3го курса данного возрастного диапазона составило 27% на 4 и 5 курсе данный показатель был выше на 8 % и составил 35%

Таблица 1. Процентное соотношение начала употребления алкогольных напитков среди студентов 3-5 курса

Курс	Пол	Общ кол-во	12-16 лет		16-18 лет		19-22 года	
			абс. кол-во	%	абс.кол-во	%	абс.кол-во	%
3	ж	22	2	9 %	9	41 %	11	50 %
	м	30	8	27 %	12	40 %	10	33 %
4	ж	25	5	20 %	8	32 %	12	48 %
	м	20	7	35 %	9	43 %	4	22 %
5	ж	19	4	22 %	7	36 %	8	42 %
	м	12	4	35 %	5	39 %	3	26 %

Количество впервые употребивших алкоголь в возрасте 16-18 лет среди девушек 3 курса составило 41%, на 4 курсе показатель был ниже 9 % и составил 32%, тогда как на 5 курсе данный показатель был равен 36%. Среди юношей данного возрастного промежутка впервые употребивших алкоголь показатель 3 курса составил 40%, на 4 курса показатель был выше на 3 % и составил 43%, на 5 курсе данные составили

39%. Среди девушек 5 курса впервые употребивших алкоголь возрасте 19-22 лет составило 42%, а на 4 курсе данный показатель был выше на 4% и составил 46% и на 3 курсе данные показали 50%.

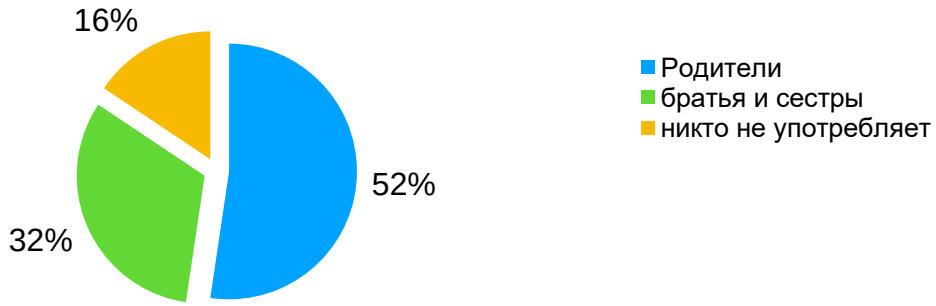
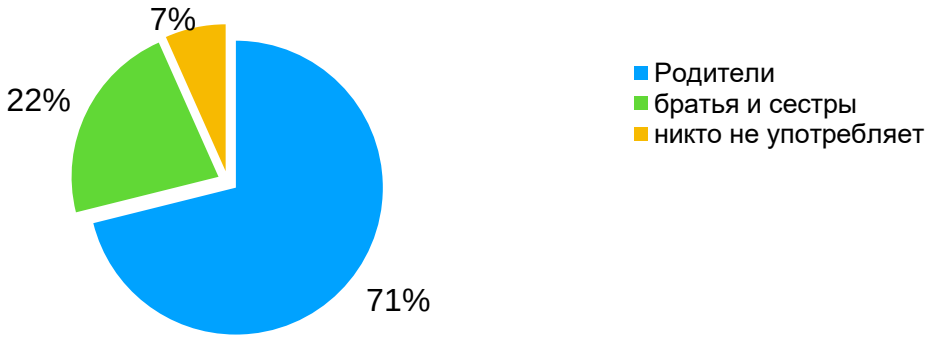


Рисунок 1. Употребление алкоголя в семье среди студентов 3 курса.

У юношей, впервые употребивших алкоголь в возрасте 19-22 лет у 4 курса данный показатель составляет 22%, среди 5 курса показатель был выше на 4% и составил 26%, а на 3 курсе данные составили 33 %.

Согласно рисунку 1 наибольшее количество респондентов 3 курса отметили вариант ответа «употребляют родители» который составил 52%, на втором месте отметили вариант «употребляют братья и сестры» который составил 32% и ниже отметили респонденты вариант «никто не употребляет» который равен 16%. Следуя результатам можно сделать вывод о том, что родители могут быть примером для своих



детей.

Рисунок 2. Употребление алкоголя в семье среди студентов 4 курса

Наибольшее количество респондентов 4 курса отметили вариант ответа «употребляют родители» который составил 71%, на втором месте отметили вариант «употребляют братья и сестры», который составил 22% и ниже отметили респонденты вариант «никто не употребляет» который равен 7%. Вывод в том, что родители могут быть примером для своих детей.

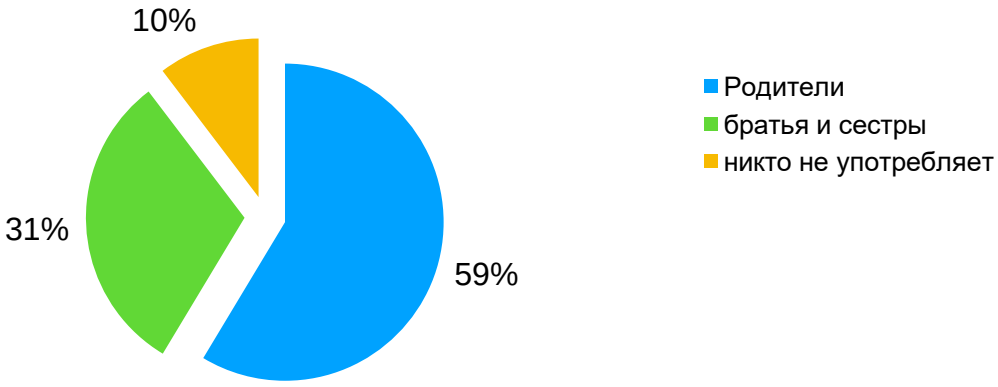


Рисунок 3. Употребление алкоголя в семье среди студентов 5 курса

Как видно на рисунке 3 студенты 5 курса также отметили, что в семье употребляют алкоголь родители 59%, братья и сестры 31%, и никто не употребляет 10%. Согласно рисунку 4 показано то, что среди студентов, принявших участие в анкетировании, были схожие результаты. Так, на 3 курсе 74% и на 4 курсе 71% систематически употребляют алкоголь.

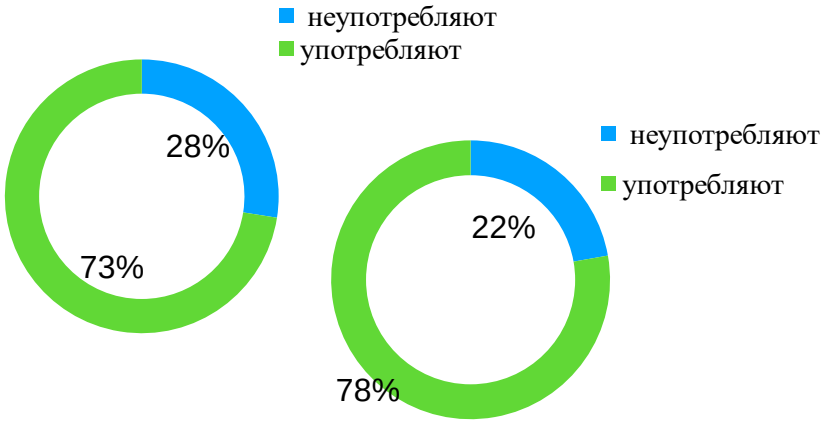


Рисунок 4. Употребление алкоголя студентами 3-4 курса

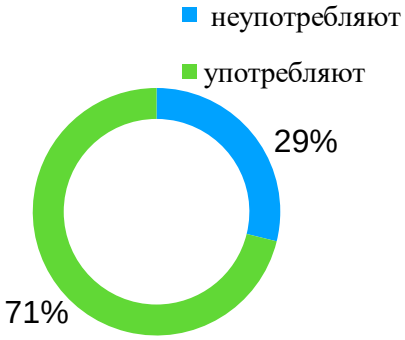


Рисунок 5. Употребление алкоголя студентами 5 курса.

Согласно рисунку 5 употребление алкоголя студентами 5 курса составляет 78%, что по сравнению с 4 и 3 курсом выше на 7% и 5%.

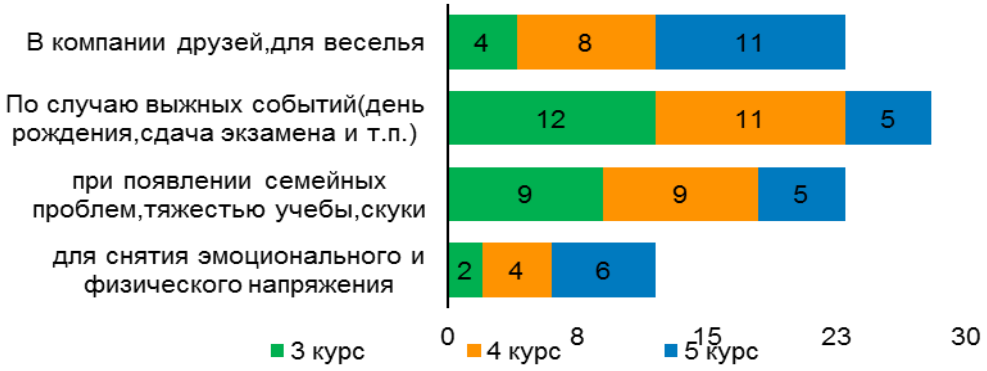


Рисунок 6. Причины, влияющие на потребление алкогольных напитков.

Согласно рисунку 6, причинами употребления алкогольных напитков у девушек 3 курса в большей степени указаны факторы такие как: важные события (день рождения, сдача экзамена) у юношей такие факторы как: нахождение в компании друзей, и для общего веселья). 4 курс девушки поставили наивысший бал таким факторам: появление личных проблем (тяжесть учебы и семейные неурядицы), юноши указали

факторы: нахождение в компании друзей и для собственного веселья, 5 курс девушки и юноши указали основным фактором снятие эмоционального и физического напряжения.

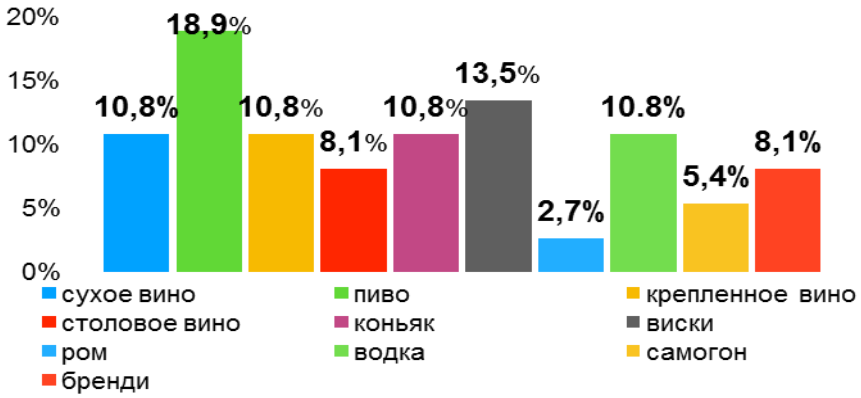


Рисунок 7. Предпочтения в алкогольных напитках у студентов 3 курс

Согласно рисунку 7, мы видим предпочтения алкогольных напитков у студентов 3 курса, наибольшее количество 18% выбрало пиво, 13% выбрали виски, равное количество разделилось между такими напитками как: сухое вино, крепленное вино, коньяк и водкой по 11%, столовое вино и бренди получили одинаковые баллы по 8%, самогон употребляют 5% студентов и наименьшее количество выбрали ром. Таким образом можно предположить о том, что студенты 3 курса чаще употребляют те алкогольные напитки, которые имеют наибольшую популярность в сфере рекламы.

Рисунок 8 наглядно демонстрирует, что по сравнению с 3 курсом студенты 4 курса употребляют чаще такие напитки, как пиво- 31%, водка -16% и ром-9,4%. Но, в тоже время, предпочитают меньше такие напитки как: крепленное вино и столовое вино по 6,3%, коньяк и виски 9,4%, бренди 6,3%.

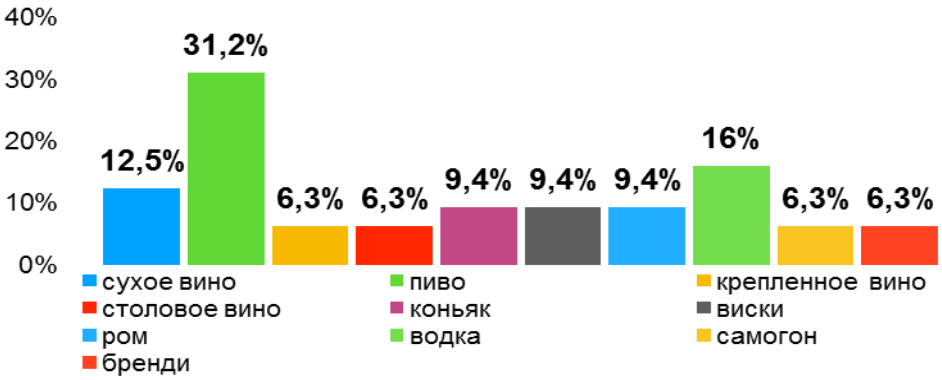


Рисунок 8. Предпочтения в алкогольных напитках у студентов 4 курса.

Согласно рисунку 9 мы видим, что студенты 5 курса употребляют сухое вино 10%, пиво 15%, крепленное вино 7%, столовое вино, ром и коньяк 10%, виски 7%,водка 15%, самогон 4%, бренди 7%.

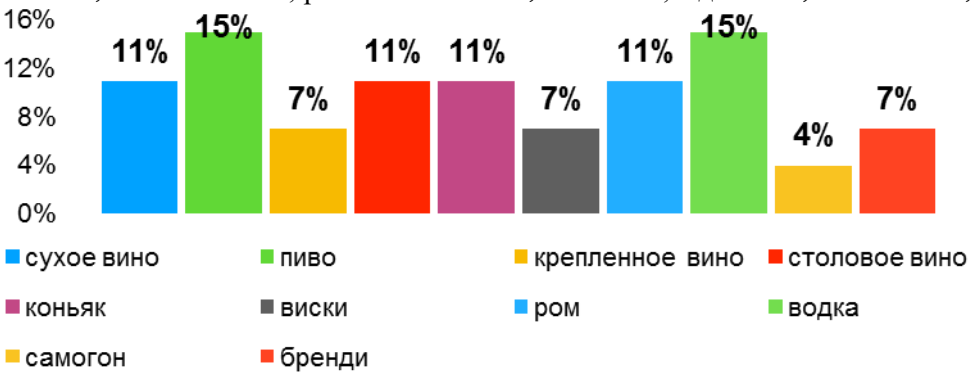


Рисунок 9. Предпочтения в алкогольных напитках у студентов 5 курса.

По сравнению с 3-4 курсом студенты 5 курса употребляют алкогольные напитки независимо от их популярности и реклам, но большинство отдают предпочтение более крепким напиткам.

Сухое вино употребляют независимо от полового признака на 3-4 курсе, на 5 курсе девушки чаще предпочитают в 7,4% чем юноши 3,7% (таблица 3). Пиво на 3-5 курсе юноши употребляют чаще девушек, показатели на 3-4 курсе были примерно схожими, лишь на 5 курсе юноши предпочитают в 11%, а девушки в 3,7%. Крепленное вино студенты употребляют независимо от пола и возраста, данные были одинаковыми. Столовое вино студенты 5 курса употребляют чаще чем на 3 и 4 курсах. Студенты 5 курса предпочитают коньяк в 7,4% у юношей и 3,7% у девушек, данный показатель выше чем показатель студентов 3-4 курса.

Таблица 3. Количество употребления алкогольных напитков среди студентов 3-5 курсов.

Пол	3 курс, абс.	%	4 курс, абс.	%	5 курс, абс.	%	Напитки
М	2	5,5 %	2	6,3 %	1	3,7 %	Сухое вино
Ж	2	5,5 %	2	6,3 %	2	7,4 %	
М	8	21,6 %	7	21,8 %	3	11,1 %	Пиво
Ж	3	8,1 %	3	9,4 %	1	3,7 %	
М	2	5,5 %	1	3,1 %	1	3,7 %	Крепленное вино
Ж	2	5,5 %	1	3,1 %	1	3,7 %	
М	2	5,5 %	1	3,1 %	2	7,4 %	Столовое вино
Ж	1	2,7 %	1	3,1 %	1	3,7 %	
М	2	5,5 %	2	6,3 %	2	7,4 %	Коньяк
Ж	1	2,7 %	1	3,1 %	1	3,7 %	
М	2	5,5 %	3	9,4 %	2	7,4 %	Виски
Ж	1	-	0	-	1	3,7 %	
М	3	8,1 %	2	6,3 %	2	7,4 %	Ром
Ж	0	-	1	3,1 %	1	3,7 %	
М	5	13,5 %	4	12,5 %	3	11,1 %	Водка
Ж	1	2,7 %	1	3,1 %	1	3,7 %	
М	2	5,5 %	1	3,1 %	1	3,7 %	Самогон
Ж	0	-	1	3,1 %	0	-	
М	1	2,7 %	1	3,1 %	1	3,7 %	Бренди
Ж	1	2,7 %	1	3,1 %	2	7,4 %	

Юноши 4 курса употребляют виски в 9,4% чаще чем юноши 3 и 5курса. Ром юноши 3 курса выбирают в 8,1% данный показатель выше чем у юношей 4-5 курса, данные у девушек 4-5 курса одинаковые. Юноши 3 курса употребляют водку в 13,5 % чаще чем респонденты 4-5 курса. У девушек данные схожие. Юноши 3 курса употребляют самогон в 5,5 % чаще чем респонденты 4-5 курса, у девушек данный напиток практически не употребляют. Употребление бренди не имело различий по полу на 3-4 курсе, лишь на 5 курсе юноши предпочитают чаще в 7,4%.

Заключение. Среди студентов 3-5 курса распространенность употребления алкогольных напитков была схожей и составила 74% на 3 курсе, 71% на 4 курсе и 78% среди студентов 5 курса. Студенты старших курсов чаще отдают предпочтения более крепким алкогольным напиткам. Факторами риска алкоголизации среди студентов медиков обозначены: ранее начало употребления алкоголя, социальное положение и употребление алкоголя членами семьи или друзей, в частности среди девушек 3 курса употребление по важным событиям, а у юношей влияние среды и окружения, тогда как у девушек 4 курса –

проблемы в учебе и семье. Девушки и юноши 5 курса в качестве фактора риска указали пребывание в эмоциональном и физическом напряжении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шалыгина Светлана Васильевна «Алкоголизм: медицинские и социальные аспекты» //Медицинский журнал "Старшая медицинская сестра". - Астана.-2016.
2. Общественный фонд «Аман-саулык»//Результаты социологического исследования по фáкторам риска среди студентов ВУЗов.- Алматы.- 2017.
3. Allison K Labbe , Stephen A Maisto. Alcohol expectancy challenges for college students: a narrative review//Clin Psychol Rev. - 2011 Jun; 31(4):673-83.
4. Lizabeth A Crawford , Katherine B Novak , Rasitha R Jayasekare. Volunteerism, Alcohol Beliefs, and First-Year College Students' Drinking Behaviors: Implications for Prevention// J Prim Prev. 2019;40(4):429-448
5. Wesley Oliver , Grant McGuffey , Salisa C Westrick, et al. Alcohol use behaviors among pharmacy students Am J Pharm Educ. – 2014, 12;78(2):30.

Автор для корреспонденции: Бурумбаева Меруерт Болатхановна – магистр медицинских наук, старший преподаватель кафедры ОЗ и гигиены, meruyert.amu@mail.ru



ХАМИДУЛЛИНА З.Г.[1], МУСИНА А.А.[2], АЛДАБЕКОВА Г.У.[1], СМАГУЛОВА А.Ж.[1]
ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница№3», Нур-Султан, Казахстан[1]
НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан[2]

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСКО – ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ БЛОКЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Аннотация:
В статье представлены основные направления работы по профилактике внутрибольничной инфекции акушерско –гинекологического блока больницы, направленные на своевременное выявление, проведение необходимых противоэпидемиологических мероприятии по предотвращению осложнений эпидемиологической ситуации.

Ключевые слова: внутрибольничная инфекция, внутриутробная инфекция, заболевание, медицинский работник, санитарно-дезинфекционный режим.

ХАМИДУЛЛИНА З.Г.[1], МУСИНА А.А.[2], АЛДАБЕКОВА Г.У.[1], СМАГУЛОВА А.Ж.[1]
ШЖҚ «№ 3 көпсалалы қалалық аурухана» МКҚ[1]
ҰАО «Астана медициналық университеті», Нұр-Сұлтан, Қазақстан[2]

АУРУХАНАНЫҢ АМБУСТРИЯЛЫҚ-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ БІРЛІГІНДЕ ИНТРАГОСПИТАЛЬДЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖҮЙЕСІН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЕРЕКШЕЛІГІ

Мақалада ауруханың акушерлік-гинекологиялық блогының аурухана ішілік инфекциясының алдын-алу бойынша эпидемиологиялық жағдайдың асқынуын болдырмау үшін қажетті эпидемиологиялық шараларды уақтылы анықтауға және жүзеге асыруға бағытталған негізгі жұмыс бағыттары көрсетілген.

Түйінді сөздер: ауруханаішілік инфекция, жатырішілік инфекция, ауру, медициналық қызметкер, санитарлық-дезинфекциялық режим.

KHAMIDULLINA Z.G.[1], MUSSINA A.A.,[2] ALDABEKOVA G.Y.[1], SMAGULOVA A.ZH.[1]
Unitary enterprise "Municipal multihospital No. 3", Nur-Sultan, Kazakhstan[1]
NJSC "Astana Medical University ", Nur-Sultan, Kazakhstan[2]

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES AND SPECIFICITY OF THE ORGANIZATION OF THE SYSTEM FOR PREVENTION OF INTRAHOSPITAL INFECTION IN THE OBSTETRIC-GYNECOLOGICAL UNIT OF THE MULTIDISCIPLINE HOSPITAL

The article presents the main directions of work on the prevention of nosocomial infection of the obstetric-gynecological block of the hospital, aimed at timely detection and implementation of the necessary anti-epidemiological measures to prevent complications of the epidemiological situation.

Key words: nosocomial infection, intrauterine infection, disease, medical worker, sanitary and disinfection regimen.

Проблема внутрибольничной инфекции (ВБИ) в последние годы приобрела исключительно важное значение для всех стран мира, актуальность этой группы инфекций обусловливают, с одной стороны, высокий уровень заболеваемости, летальности, социально-экономического и морального ущерба, наносимого здоровью пациентов, а также медицинского персонала, которое значимую роль играют гемоконтактные вирусные гепатиты B, C, D.

Целью работы был анализ мероприятий, принятых в многопрофильной больнице для профилактики ВБИ.

Материалы и методы исследования. Анализировались материалы по соблюдению санитарно-технического состояния стационара, организация и процедура работы в отделениях.

Детально проводился анализ за первое полугодие 2020г случаи регистрации осложнений эпидемиологической ситуации, такие как изменение заболеваемости ВБИ новорожденных, рост заболеваемости родильниц, рост частоты развития ВБИ после хирургических пособий в родах, изменение в структуре заболеваемости по локализации патологического процесса, появление случаев с множественной локализацией, изменение этиологической структуры заболеваемости, выделение преимущественно одного вида возбудителя, изменение в соотношении легких и тяжелых форм.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что в ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница№3» все мероприятия разработаны согласно требованиям и нормативно правовым документам, утвержденных МЗ РК. Так, выделены риски способствующие осложнению эпидемиологической обстановки, которые сгруппированы на две группы факторов. Одна из них связана с санитарно-техническим состоянием стационара, другая — с организацией работы и контингентом лиц, поступающих на роды.

К первой группе относятся недостаточное материально-техническое оснащение оборудованием, инструментарием, перевязочным материалом, лекарственными средствами; недостаточный набор и площади помещений, перекрест технологических потоков; нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции; аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебой в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении; перебои в поставке белья, дезинфицирующих средств и т.д. Вторая группа предпосылок включает перегрузку стационара; нарушение цикличности заполнения палат; несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары.

Так, за первое полугодие 2020г в родильном доме произошло 4238 родов, из них операцией кесарево сечения прошло 1009 (23,8%) родов. За этот период внутрибольничной инфекции среди родильниц, среди новорожденных не было зарегистрировано. Отмечается снижение гнойного мастита в сравнений 2019 годом.

Данное снижение связано: в результате раннего прикладывания к груди, ранним и исключительно грудным вскармливанием.

За 9 месяцев 2020г переведенных в другие лечебные учреждения в послеоперационном периоде ГСИ среди родильниц не было. Одной из наиболее распространенных форм гнойно–воспалительных заболеваний в послеродовом периоде является эндометрит. Частота его после самопроизвольных родов составляет 2–5%, после кесарева сечения – 10–20%, по некоторым данным – до 50%.

Из 100 послеродовых эндометритов 80 сопряжены с операцией кесарева сечения. За 6 месяцев 2020г зарегистрировано 5 случая ГСИ среди родильниц, при эпидемиологическом расследовании выяснено: неблагоприятные социально бытовые условия и нарушение личной гигиены, эндогенная инфекция вовремя беременности, которые не прошли адекватное лечение соматических, инфекционных заболеваний на до госпитального этапа, в анамнезе у женщин- бактериальный вагинит, ИППП, многоводие, зеленные околоплодные воды при родах, гистоанализах гнойные децидуиты.

Согласно №19 от 15.01.13г «Об утверждении правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях» пункт 11: подлежат учету как ВБИ по данной медицинской организации, если

проявились в течение 14 суток после выписки. С учетом вышеизложенного членами КИК осложнения зарегистрированы как гнойно- септическим заболеванием послеродового периода, но не ВБИ.

За первое полугодие 2020г проведено 6 заседании комитета инфекционного контроля, по каждому гнойно септическому осложнению среди родильниц проведены разбор инфекционного случая, протоколы КИК имеются. По случаям ГСИ операционные бригады разные, по родильным палатам и в послеродовом периоде находились в разных палатах, между собой не связываются.

На постоянной основе проводятся противоэпидемиологические мероприятия в отделениях, где находились родильницы ГСИ (дезинфекционные работы: генеральная обработка 6% перекисью водорода с отбором смывов по внешней среде, пробы воздуха) и на носительство патогенного стафилококка.

Процедура выявления случая эпидемиологического неблагополучия включает меры по рассмотрению случая на заседании комитета инфекционного контроля, где решаются задачи: изучения циркуляции микроорганизмов и этиологической структуры гнойно-септической инфекции у новорождённого и роженицы, эффективность применения антисептиков и дезинфицирующих средств на основе четвертичных аммониевых соединений, альдегидов, катионных поверхностно-активных веществ и спиртов, обсуждается система мер по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий. Оперативно разрабатывается план противоэпидемиологических мероприятий и принимаются меры по устранению нарушения. Усиливается весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий многопрофильной больницы.

Как правило, рост числа тяжелых форм свидетельствует, о существенном недоучете легких форм или возникшем эпидемиологическом неблагополучии, а именно: преобладание одной из клинических форм в структуре ВБИ новорожденных или родильниц, появление генерализованных форм; возникновение случаев заболеваний и более, связанных между собой; рост заболеваемости гнойно-воспалительными и другими инфекциями среди медицинского персонала; возрастание числа диагнозов внутриутробной инфекции.

Чаще всего факторы повышающие риск передачи инфекции от матери ребенку во время родов являются: преждевременные роды, длительный безводный период, повышение накануне родов температуры тела, хориоамнионит, бактериурия. Анализ отчетности показал, что регулярное проведение скрининговых обследований беременных с последующей антибиотикотерапией инфицированных способствовало снижению частоты заболевания новорожденных в 20 раз, при этом смертность снизилась до 10% вследствие совершенствования системы лечения новорожденных. Показаниями, чаще всего к проведению специфической диагностики инфекции в стационаре служили: плановое обследование беременных; преждевременные роды или нарушение целостности плодных оболочек; проявление у детей клинических нарушений.

Таким образом рост ВБИ связан с созданием крупных больничных комплексов, бурным развитием реанимационной техники, новых видов терапевтического и диагностического оборудования, применением новейших препаратов, обладающих иммунодепрессивными свойствами, то есть с причинами, усиливающими угрозу распространения инфекций среди больных и персонала лечебных учреждений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 19 Об утверждении «Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях» от 15 января 2013 год.

2. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 4-е изд.- с 96

3. Козлов Р.С. Клиническое значение резистентности грамположительных бактерий // Инфекции в хирургии. — 2009.

4. Нозокомиальная пневмония у взрослых / под ред. А.Г. Чучалина, Б.Р. Гельфанда. — М.: Рос. респираторное об-во, 2009.- с 160

5. Покровский В.И., Акимкин В.Г., Брико Н.И., Брусина Е.Б. и др. Внутрибольничные инфекции: новые горизонты профилактики//Гигиена и санитария. -2011. -№1. – с. 92-96.

Автор для корреспонденции: Мусина А.А. – НАО «Медицинский университет Астана», aiman_m-a@mail.ru

VALEO

ДАНБАЕВА Ж.С.[1], ХАМИДУЛЛИНА З.Г.[1], АЛДАБЕКОВА Г.У.[1], ХАСЕНОВА А.Ж.,[2] САДВАКАСОВА М.А.[1]
ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница№3, Нур-Султан, Казахстан[1]
НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан[2]

МАРШРУТИЗАЦИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ COVID-19 В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКП НА ПХВ «МНОГОПРОФИЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА№3»

Аннотация:
В статье представлен алгоритм действия приемного отделения при поступлении пациента с подозрением на коронавирусную инфекцию covid-19 и с выявленным covid-19. Все пациенты с ОРВИ, неблагоприятным эпидемиологическим анамнезом, клиническими признаками пневмонии и др., рассматриваются как потенциально инфицированные, независимо от проведенного ранее тестирования, их прием и дальнейшая маршрутизация должны быть проведены в соответствии с общими принципами работы с больными инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.
Ключевые слова: короновирусная инфекция COVID-19, приемно-диагностического отделения, инфекционная безопасность, зонирование на «грязную» и «чистую» зоны.

ДАНБАЕВА Ж.С[1], ХАМИДУЛЛИНА З.Г[1], АЛДАБЕКОВА Г.У.,[1] ХАСЕНОВА А.Ж.[2], САДВАКАСОВА М.А.[1]
ШЖҚ «№ 3 Көпсалалы қалалық аурухана» МКҚ, Нұр-Сұлтан, Қазақстан[1]
ҰАО «Астана медициналық университеті», Нұр-Сұлтан, Қазақстан[2]

ШЖҚ «№ 3 КӨПСАЛАЛЫ ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНА» МКҚ ҚАБЫЛДАУ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ БӨЛІМІНІҢ ЖАҒДАЙЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРІНІҢ COVID-19-МЕН ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ҚАУІПСІЗДІГІН САҚТАУ ЖОЛЫ

Мақалада қабылдау бөлімшесінің ковид-19 коронавирустық инфекциясы бар күдікті және ковид-19 анықталған пациентті қабылдау кезіндегі әрекеттерінің алгоритмі келтірілген. ЖРВИ-мен, қолайсыз эпидемиологиялық анамнезімен, өкпенің қабынуының клиникалық белгілерімен және т.б барлық науқастар, мүмкін, бұрын өткізілген тексерулерге қарамастан, жұқтырылуы мүмкін деп саналады, оларды қабылдау және одан әрі бағыттау басқаларға қауіп төндіретін жұқпалы аурулары бар науқастармен жұмыс істеудің жалпы қағидаларына сәйкес жүргізілуі керек.
Түйінді сөздер: коронавирустық инфекция COVID-19, қабылдау-диагностикалық бөлім, инфекциялық қауіпсіздік, «лас» және «таза» аймақтарға бөлу.

DANBAEVA ZH.S[1], KHAMIDULLINA Z.G[1], ALDABEKOVA G.U.[1], KHASSENOVA A.ZH[2]., SADVAKASOVA M.A.[1]
Unitary enterprise "Municipal multihospital No. 3", Nur-Sultan, Kazakhstan[1]
NpJsc " Astana Medical University ", Nur-Sultan, Kazakhstan[2]

ROUTE ALGORHYTHM AS A TOOL OF INFECTIOUS SAFETY OF MEDICAL WORKERS DURING COVID-19 PANDEMICS IN ADMISSION AND DIAGNOSTIC DEPARTMENT OF "MULTIDISCIPLINE CITY HOSPITAL №3"

The article presents an algorithm of the admission department's actions upon admission of a patient with suspected covid-19 coronavirus infection and with identified covid-19. All patients with ARVI, unfavorable epidemiological history, clinical signs of pneumonia, etc., are considered potentially infected, regardless of previous testing, their admission and further routing should be carried out in accordance with the general principles of working with patients with infectious diseases that pose a danger to others
Key words: coronavirus infection COVID-19, reception and diagnostic department, infectious safety, zoning into "dirty" and "clean" zones.

Приемное отделение – это отдельная структура многопрофильной больницы, которое является основной единицей при оказании всех видов медицинской помощи [1]. В соответствии с международными стандартами сегодня в приемно-диагностическом отделении ГКП на ПХВ «Многопрофильной городской

больницы№3» созданы все условия для бесперебойного круглосуточного приема пациентов: смотровой кабинет для обследования пациенток в критическом состоянии, совмещенным с кабинетом функциональной диагностики, с аппаратом КТГ, палатами кратковременного пребывания и палатами дневного стационара. Структурой приемно-диагностического отделения акушерско-гинекологического блока ГКП на ПХВ «Многопрофильной городской больницы№3» является оказания качественной медицинской помощи, сокращения времени пребывания пациентки, оптимизации работы персонала отделения. Состав отделения состоит: заведующий отделения, врач высшей квалификационной категории, общий стаж работы более 30 лет; старшая акушерка высшая квалификационная категория, общий стаж более 30 лет и акушерок 8 человек: с высшей категорией – 1 (11.1 % со старшей акушеркой), с первой категорией –1, со второй категорией – 2 (22.2 %), имеют сертификаты –5 (55,5%), младший медицинский персонал – 6 человек, оператор – 1, категорийность сотрудников ПДО -100%. По территориальному распределению оказывает перинатальную помощь: клинико-диагностическое отделение «ПЦ №3»; ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1», ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №2», ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №3», ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5», СВА « Кировская», АО МЦ « МУА», АО «ЦДБ», ЦСЗ «Достык», ТОО «ЦСЗ№5», ТОО «СанТоты», медицинские организации негосударственной формы собственности, имеющих лицензию на оказание амбулаторной помощи по специальности «Акушерство и гинекология» с физиологическим течением беременности подлежат госпитализации в родовспомогательный организации по месту жительства. В ходе реализации международной аккредитации ПДО были поставлены следующие задачи: обеспечение своевременного, полного и обоснованного первичного обследования; оказание квалификационной помощи беременным женщинам, роженицам и гинекологическим больным согласно современным достижениям медицинской науки и практики; разработаны индикаторы, позволяющие проводить оценку эффективности организации работы приемного отделения в лечебных учреждениях, оказывающих экстренную и неотложную медицинскую помощь. На этапе ПДО проводится дифференциальная диагностика, КТГ мониторинг, УЗИ, консультация узкими специалистами, с целью уточнения диагноза, что говорит об улучшении качества оказания помощи беременным. Среди критериев оценки качества медицинских услуг наиболее значимыми, является: уровень врачебной квалификации и высокий профессионализм, внимательное отношение к пациенткам, полнота и быстрота выполнения лечебно-диагностических мероприятий, показатели времени пребывания больного в приемном отделении, расхождение предварительных и клинических диагнозов, повторное обращение больных с последующей госпитализацией, удовлетворенность больных оказанной помощью.

На сегодняшний день в целях организации санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению возникновения угрозы распространения COVID-19 в ПДО осуществлен: зонирование, разделение потоков «чистая зона» и «грязная зона», правила инфекционной безопасности и порядок работы медицинского персонала, защита персонала, использование средств индивидуальной защиты, в том числе масок и антисептиков и дезинфекция, также приготовлен помещений, в которых будут находиться инфицированные пациенты с симптомами, не исключающими заболевания COVID-19 и их маршруты внутри роддома [2].

Разработана схема маршрутизации медработников ГКП на ПХВ «Многопрофильной городской больницы№3» с учетом инфекционной опасности на «грязную» и «чистую» зоны. Зонирование и режим работы сотрудников ГКП на ПХВ «Многопрофильной городской больницы№3» осуществляется с соблюдением требований, предъявляемым к организации родовспоможения для плановой госпитализации и по экстренным показаниям пациентов, в том числе с клиническими признаками, не исключающими короновирусную инфекцию COVID-19 [3].

Схема маршрутизации медработников ГКП на ПХВ «Многопрофильной городской больницы№3» с учетом инфекционной опасности разделены на «грязную» и «чистую» зоны, согласно *приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан № 78 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению возникновения угрозы распространения коронавирусной инфекции» от 5 июля 2020 года.* Организован на входе с соответствующими указателями в фильтр на территории и в здании больницы. При выявлении пациента с признаками, схожими с COVID-19, изолируются в специально выделенную палату.

Режим работы сотрудников приемно-диагностическое отделение (далее ПДО) относится к «грязной» зоне, так как непосредственно задействованы в оказании медицинской помощи, не исключающими короновирусную инфекцию COVID-19. Сотрудники ПДО, обеспечивающий уход за беременными женщинами COVID-19, определены приказом директора больницы. Врач эпидемиолог является ответственным лицом за соблюдение мер безопасности- масочный режим, гигиена рук, своевременная смена средства индивидуальной защиты (далее - СИЗ), противоэпидемического режима в отделении, которое также тщательно проверяет правильность одевания средств защиты, и на выходе наблюдает за

правильностью их снятия, объясняются знаками перед входом персонала в грязную зону. Ежедневно врачом эпидемиологом проводится инструктаж по вопросам инфекционного контроля при уходе и лечении больного COVID-19, с отметкой в журнале об инструктаже и личной подписью медицинского персонала. [2,3].

В ПДО к «чистой» зоне относятся: служебный вход для сотрудников в чистую зону; помещение выдачи и хранения противочумных костюмов; раздевалка; санитарный узел; гигиенический душ.

В чистую зону медработники входят через служебный вход, которое находится в здание правого крыла, со стороны поста охраны, медицинские работники спускаются в цокольный этаж через лестницу в гардероб для верхней одежды, затем проходят в специальное помещение где получают и одевают многоразовые противочумные костюмы, после этого по лестнице поднимаются на первый этаж в ПДО через чистую зону, проходят на «фильтр» на свое рабочее место.

Все поступающие беременные и роженицы проходят через «фильтр» проходят осмотр на наличие симптомов респираторных заболеваний, проводится термометрия, опрос на наличие контакта с приехавшими из-за рубежа, в том числе у членов семьи, каждого пациента рассматривают как потенциально инфицированного источника инфекции COVID-19. При выявлении беременных женщин с симптомами ОРВИ и гриппа, не исключающими COVID-19, сухой кашель, повышенная температура, затруднение дыхания, одышка, изолируют в изолятор, который находится на первом этаже этого здания, с отдельным входом в изолятор, через улицу [3].

В приемно-диагностическое отделение в целях контроля соблюдения режима медицинскими работниками ведется принцип 3В: видеонаблюдение, вентиляция и визуализация. Видеонаблюдение: передвижение по отделениям, ношение СИЗ, обработка рук антисептиками. В ГКП на ПХВ «Многопрофильной городской больницы№3» при поступлении беременных с вышеуказанными симптомами, изолируют в специальную палату №107, которое находится в «грязной» зоне, а именно на первом этаже здании.

При осмотре пациента с изолятора, весь медицинский персонал: врачи, средний и младший медицинские сотрудники используют ПЧК, при поступлении беременных с вышеуказанными симптомами, не исключающими короновирусную инфекцию COVID-19, осуществляется по схеме маршрутизации, которое опознавательными знаками четко указаны «чистые» и «грязные» зоны, имеются наличие системы визуализации знаков и навигационных указателей. Помещение выдачи и хранение ПЧК находится в цокольном этаже здании, правого крыла, возле гардероба для ночных смен: получают и расписываются в журнале получение ПЧК; снимают медицинскую рабочую спец.одежду-пижаму; одевают чистое ПЧК; затем по лестничной клетке поднимаются на первый этаж, где находится изолятор.

При выходе из шлюза изолятора снимают в промаркированный емкость «Для использованного ПЧК» защитные очки; верхний слой, медицинский халат; медицинскую шапку и косынку. Утилизируют в медицинские отходы класса «В»: медицинскую маску; одноразовые перчатки.

Проводят обработку обуви (сапоги) дезинфицирующим средством, в пижаме спускаются по лестнице к помещению для ПЧК, где снимают внутренний слой рубашку и брюки в емкость для использованного ПЧК, надевают свою медицинскую спец одежду, которое носят в рабочее время в отделении роддома. Сотрудники строго соблюдают гигиену рук, после каждой процедуры при одевании и снятии ПЧК обрабатывают руки кожным антисептиком, при входе и выходе «грязной» зоны имеются настенные дозаторы [6].

В ГКП на ПХВ «Многопрофильной городской больницы№3» персонал обеспечен достаточным количеством СИЗ и дезинфицирующих средств с учетом количества перемещения персонала между «чистой» и «грязной» зонами. Вход и нахождение пациентов, а также персонала в помещениях чистой зоны в отработанных СИЗ не осуществляется. Административный, технический и вспомогательный персонал не заходит в «грязные» зоны без ПЧК.

В «грязной» зоне не используются мобильные телефоны, наручные часы, украшения и другие личные вещи. Ежедневно до смены и после смены проводится медицинское наблюдение за состоянием здоровья всех сотрудников с ежедневным опросом и измерением температуры тела с регистрацией в журнале наблюдения ответственным медицинским работником отделения [4]. При появлении респираторных симптомов или повышения температуры у сотрудника, ответственный медицинский работник оповещает руководителя отделении, сотрудник немедленно изолируется, проходит лабораторное обследование на COVID-19. При положительном результате направляется на лечение, при отрицательном результате приступает к работе при отсутствии клинических проявлении респираторной инфекции. Так как медицинские работники ПДО входят в группу с повышенным риском заражения COVID-19, ежемесячно проходят тестирование на COVID-19. Данное мероприятие позволит избежать возможного заражения медицинских работников, предупредить внутрибольничное распространение инфекции персоналом, а также ее распространение среди населения [5].

В ГКП на ПХВ «Многопрофильной городской больницы №3» строго соблюдаются требование дезинфекционного режима обработка поверхностей не реже трех раз в день, влажная уборка с применением дезинфекционных средств, проветривание и иных противоэпидемических и профилактических мер.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Jos H Verbeek, Blair Rajamaki, Sharea Ijaz, Riitta Sauni, Elaine Toomey, " Personal Protective Equipment for Preventing Highly Infectious Diseases Due to Exposure to Contaminated Body Fluids in Healthcare Staff," Cochrane Database Syst Rev, 2020 May 15;5:CD0116.*
2. *Приказ МЗ РК №96 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» от 12.08.2020г.*
3. *Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 78 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению возникновения угрозы распространения коронавирусной инфекции» от 5 июля 2020 года*
4. *МЗ РК Протокол №102 Клинический протокол диагностики и лечения «коронавирусная инфекция – COVID-19» от «29» июня 2020 года.*
5. *Постановление МЗ РК КККБТУ ГГСВ №44 г. Нур-Султан «О дальнейшем усилении мер по предупреждению заболеваний коронавирусной инфекцией среди населения Республики Казахстан» от 2 июля 2020года.*
6. *Приказом Председателя Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «23» апреля 2013 года № 111 Методические рекомендации по обработке рук сотрудников медицинских организаций Республики Казахстан.*



УДК: 616.8-005

ЕРКЕБАЕВА С.К., ДУЩАНОВА Г.А., ТУЗЕЛЬБАЕВ Н.К.
Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан
Международный Казахско-Турецкий университет, Шымкент, Казахстан

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация:
В статье приведены результаты изучения особенностей медико-социальных факторов риска цереброваскулярных заболеваний выявленных при опросе 2351 респондентов старше трудоспособного возраста в открытой популяции Южного Казахстана. У респондентов старше трудоспособного возраста с цереброваскулярными заболеваниями выявлены неудовлетворительные социальная активность и качество жизни, значительное количество сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые, цереброваскулярные, заболевания, факторы риска, респонденты.

ЕРКЕБАЕВА С.К., ДУЩАНОВА Г.А., ТУЗЕЛБАЕВ Н.К.
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан
Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Шымкент, Қазақстан

ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІ ЖАСТАН АСҚАН АДАМДАРДА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Мақалада Оңтүстік Қазақстанның ашық популяциясында еңбекке қабілетті жастан асқан 2351 респондентке сауалнама жүргізу кезінде анықталған цереброваскулярлық аурулардың медициналық-әлеуметтік қауіп факторларының ерекшеліктерін зерттеу нәтижелері келтірілген. Цереброваскулярлық

аурулары бар еңбекке қабілетті жастан асқан респонденттерде қанағаттанарлықсыз әлеуметтік белсенділік пен өмір сүру сапасы мен қатар жүретін аурулардың едәуір саны анықталды.

Түйінді сөздер: жүрек-қан тамырлары, цереброваскулярлық, аурулар, қауіп факторлары, респонденттер.

YERKEBAYEVA S. K., DUCHANOVA G. A., TUSELBAYEV N. K.
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan
International Kazakh-Turkish university, Shymkent, Kazakhstan

MEDICAL AND SOCIAL RISK FACTORS FOR CEREBROVASCULAR DISEASES IN PERSONS OLDER THAN WORKING AGE

The article presents the results of a study of the features of medical and social risk factors for cerebrovascular diseases identified during the survey of 2351 respondents older than working age in the open population of southern Kazakhstan. In respondents older than working age with cerebrovascular diseases, unsatisfactory social activity and quality of life and a significant number of concomitant diseases were found.

Key words: cardiovascular, cerebrovascular, diseases, risk factors, respondents.

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от ССЗ. По оценкам экспертов ВОЗ, в 2016 году от ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. 85% этих смертей произошло в результате сердечного приступа и инсульта. Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Из 17 миллионов случаев смерти от неинфекционных заболеваний в возрасте до 70 лет 82% случаев приходятся на страны с низким и средним уровнем дохода, а причиной 37% являются ССЗ. Большинство сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить путем принятия мер в отношении таких факторов риска, таких как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности и вредное употребления алкоголя, с помощью стратегий, охватывающих все население. Люди, страдающие ССЗ или подвергающиеся высокому риску таких заболеваний (в связи с наличием одного или нескольких факторов риска, таких как повышенное кровяное давление, диабет, гиперлипидемия, или уже развившегося заболевания), н нуждаются в раннем выявлении и оказании помощи путем консультирования и, при необходимости, приема лекарственных средств [1].

Согласно статистике, 46% пациентов, перенесших инсульт, умирают в первый месяц, только 10% выживших остаются трудоспособными, 53% пациентов, перенесших инсульт, являются инвалидами, нуждающимися в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить, у 30% развивается психоорганический синдром [2]. Сердечно-сосудистые болезни у лиц пожилого и старческого возраста являются важной и сложной проблемой. Важность ее предопределяется тем, что в структуре заболеваемости сердечно-сосудистые болезни занимают первое место, у людей пожилого возраста они протекают тяжелее, чаще ведут к смертельным исходам, причем в каждом следующем пятилетии возраста показатель смертности на 100 тыс. населения увеличивается в 2-2,5 раза [3].

Излагаемый далее материал основан на результатах исследования выборки сформированной из 2351 человек и включала пожилых респондентов. Для определения основных эпидемиологических характеристик цереброваскулярных заболеваний и их факторов риска была использована специально разработанная анкета, обсужденная и утвержденная научным советом вуза. Исследование осуществлялось по унифицированной программе на территории Южного Казахстана в открытой популяции лиц старше трудоспособного возраста [4]

Наиболее распространенными формами цереброваскулярных заболеваний у лиц старшего возраста явились хронические ($p<0,05$). Среди которых преобладала первая стадия хронической ишемии мозга, выявленная в 61, 0 %, вторая - 28,0% случаев ($p<0,01$), и в 11,0 % случаев выявлена III стадия ($p<0,021$).

У 51 респондента обнаружены острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК): инсульты или транзиторные ишемические атаки (ТИА), среди них мужчин было 25, женщин-26. Подавляющее большинство респондентов с цереброваскулярными заболеваниями были в возрасте от 60 до 74 лет: среди лиц мужского пола они составляли 80%, у женщин 82%.

Основными факторами риска сердечно-сосудистых болезней и инсульта являются неправильное питание, физическая инертность, употребление табака и вредное употребление алкоголя. Воздействие поведенческих факторов риска на человека может проявляться в виде повышения кровяного давления, повышения уровня глюкозы в крови, повышения уровня липидов в крови, а также избыточной массы тела и ожирения. Оценка этих «промежуточных факторов риска» может проводиться в учреждениях первичной

медико-санитарной помощи, и они могут указывать на повышенный риск развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и других осложнений [5]. Существует также целый ряд факторов, влияющих на развитие сосудистых заболеваний, являющихся отражением основных движущих сил, приводящих к социальным, экономическим и культурным изменениям — это глобализация, урбанизация и старение населения [6]. Так, в нашем исследовании, проведенном у лиц старшего возраста, большая часть респондентов с ОНМК были городские жители (рисунок 1).

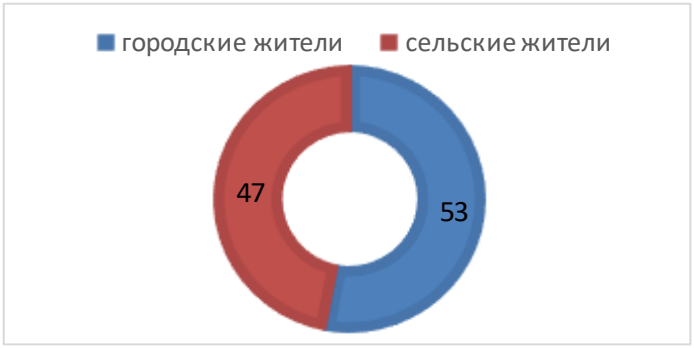


Рисунок 1. Распределение респондентов с ОНМК по месту проживания.

Одиночество, социальная изоляция и дискриминация – это важные социальные детерминанты и факторы риска нездоровья людей пожилого возраста. Они оказывают негативное влияние на все аспекты здоровья и благополучия, включая психическое здоровье, риск жестокого обращения и риск срочной госпитализации при предотвратимых состояниях, таких как обезвоживание организма или недостаточность питания. Во всех странах пожилые женщины подвергаются более высокому риску социальной изоляции по сравнению с пожилыми мужчинами [5].

Изучение социальной активности опрошенных респондентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения свидетельствует, что только небольшая часть (18%) респондентов считает свою социальную активность хорошей. Следует отметить, что 25% респондентов считает свою социальную активность плохой (рисунок 2).

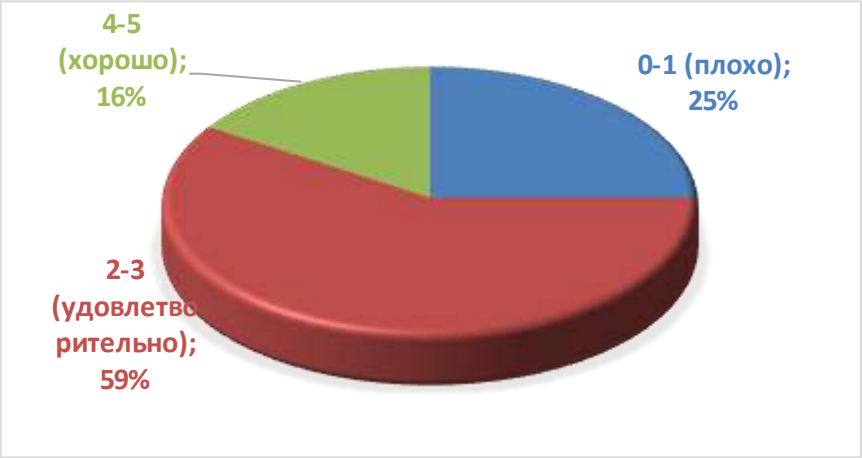


Рисунок 2. Социальная активность респондентов с ОНМК.

Такие же тенденции наблюдались при оценке качества жизни респондентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, только лишь небольшая часть из них оценила качество жизни как хорошее (рисунок 3).

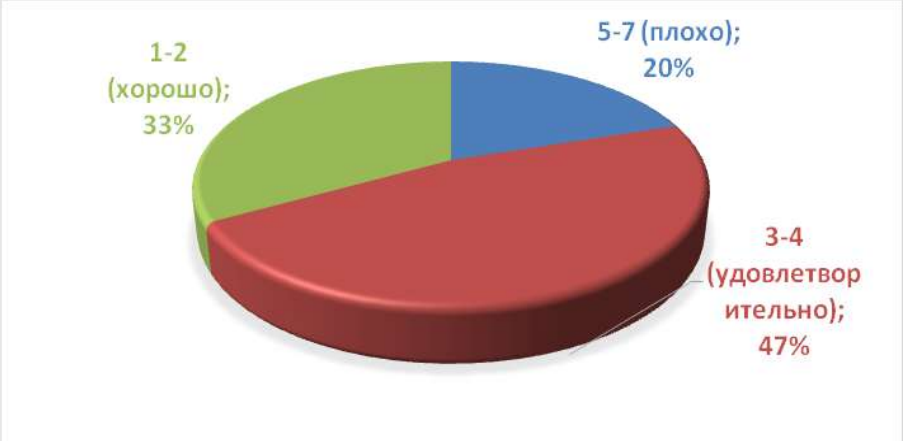


Рисунок 3. Оценка качества жизни респондентов с ОНМК.

Существенное значение имеет то, что сердечно-сосудистые заболевания у пожилых пациентов развивается на фоне уже имеющихся органических и функциональных изменений сердца и сосудов возрастного характера [6]. Происходящие с возрастом происходит ряд физиологических и морфологических изменений, нарушают функции сердца и сосудов, и впоследствии приводят к увеличению риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний. Специфика ведения пожилых пациентов с сосудистыми заболеваниями включает, наряду с терапией основного заболевания, и лечение сопутствующих заболеваний и состояний, способствующих провоцированию ишемии мозга. В нашем наблюдении лица пожилого возраста, имеющие цереброваскулярное заболевание довольно часто обращались в лечебные учреждения. При этом 39% из них обращались 3-4 раза в год, 24%респондентов обращались в лечебные учреждения более 4-х раз (рисунок 4).

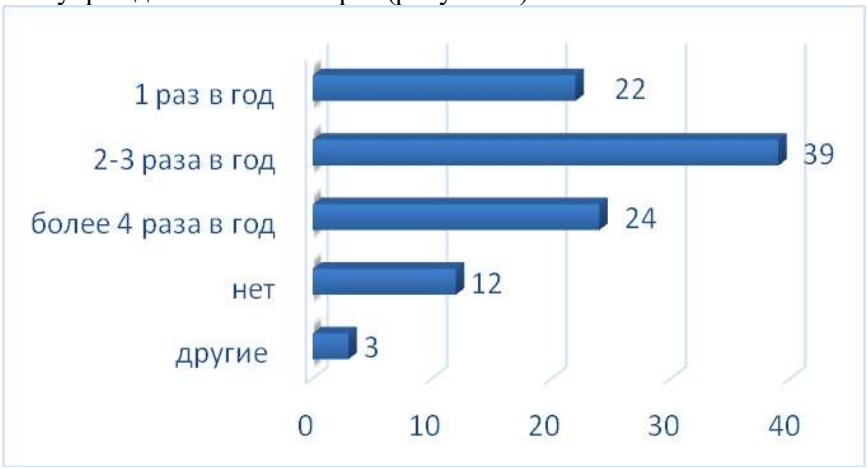


Рисунок 4. Количество обращений в лечебные учреждения респондентов с ОНМК

Характерным для этого возраста является то, что симптомы сосудистого заболевания мозга у таких больных протекают с симптоматикой сочетанного поражения других органов и систем. Это относится в первую очередь к сонным артериям и сосудам нижних конечностей. У больных пожилого возраста ИБС часто сочетается с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, атеросклеротическим поражением клапанов сердца н различными степенями диастолической или систолической дисфункции (недостаточности) ЛЖ. Все перечисленные заболевания способствуют атипичному течению ишемической патологии. [7]. Сопутствующие заболевания, такие как анемия, тахиаритмия, гипертиреоз, заболевания щитовидной железы. гипогликемия, гипертония, патология клапанов аорты, гипоксия, хирургическое вмешательство и сепсис могут усилить симптомы сердечно-сосудистых заболеваний или инсульта и инфаркта миокарда у пожилых людей. Клиницист всегда должен подозревать скрытое сердечно-сосудистое заболевание и его осложнения при лечении пожилых, особенно при отсутствии эффекта от терапии других состояний. Большинство респондентов пожилого возраста с ОНМК при опросе сообщили о наличии 3 сопутствующих заболеваний, при этом наблюдалось преобладание их у женщин. Провоцировать возникновение острых нарушений кровообращения головного мозга у пожилых и старых людей могут изменения атмосферного давления, обильная еда с жировой нагрузкой, вызывающая алиментарную гиперлипидемию и активацию свертывающей системы крови, психоэмоциональное перенапряжение и

стрессовые ситуации. Наряду с этим необходимо отметить, что наибольшее количество сопутствующих заболеваний при болезнях системы кровообращения (рисунок 5).



Рисунок 5. Сопутствующие заболевания при ОНМК у респондентов.

В заключение следует отметить, что за последние годы достигнут значительный прогресс в понимании патогенеза и проявлений сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе, нарушений мозгового кровообращения, своеобразия проявлений у лиц пожилого возраста и, что особенно важно, в повышении эффективности лечения. Но проблема этих патологических процессов еще далека от разрешения, и нужна интенсификация научных исследований, эпидемиологических и клинических наблюдений, поиск новых возможностей воздействия на модифицируемые факторы риска, методик применения их и контроля эффективности**.**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сердечно-сосудистые заболевания.ВОЗ.17 мая 2017г. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

2. Варакин Ю.Я. Профилактика кардио- и цереброваскулярных заболеваний. Теория и реальность / Ю.Я. Варакин, Е.И. Ощепкова, Е.В. Енедовская /Кардионеврология: сб. ст. и тез. II Нац. конгресса. — М.: МАИ-Принт, 2012. — С. 47-49.

3. Гасилин В.С.Особенности лечения хронической ишемической болезни сердца у лиц пожилого и старческого возраста Регулярные выпуски «РМЖ» №1 от 04.01.2001 стр. 44.

4. Возрастные категории людей по годам в России и мире. Таблица группы по ВОЗ 2020 https://healthperfect.ru/vozrastnye-kategorii-lyudey.html.

5. Факторы риска ухудшения здоровья пожилых людей. Европейский доклад по предупреждению жестокого обращения с пожилыми людьми ЕРБ ВОЗ, 2011 г)..

6.Tuzelbayev N., Duchshanova G., Mustapayeva G., Yermakhanova Zh. Medical and social risk factors for cardiovascular disease among elderly and old people // National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology, ISSN:2320-4672, 2017.Vol.7. Iss.12.-P.8.: -P. 1377-13842..

7.Мелентьев А.С., Гасилин В.С., Гусев Е.И. и др. Гериатрические аспекты внутренних болезней. М., 1995; 259.

VALEO

UDC: 613:378.172

ZHANALIYEVA MARINA[1], IMAMALIYEVA GULNORA[2], ARENOV ALEXANDR[2], AUBAKIROVA TAMARA[2], KOZHEMYAKINA NADEZHDA[2]

[1]Candidate of Medical sciences, professor of the department of human anatomy, NJSC «Medical University of Astana»

[2]Senior Lecturer, sports Medicine and Rehabilitation Department, NJSC «Medical University of Astana»

FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE AMONG STUDENTS

Summary:
This article discusses the basics of the formation of a healthy life style of student youth.

ЖАНАЛИЕВА М.К.[1], ИМАМАЛИЕВА Г.Н.[2], АРЕНОВ А.В.[2], АУБАКИРОВА Т.С.[2], КОЖЕМЯКИНА Н.Н.
[1]Адам анатомиясы кафедрасының профессоры, «Астана медицина университеті» КеАҚ,
[2]Реабилитология және спорт медицинасы кафедрасының аға оқытушысы, НАО « Медицинский университет Астана»

СТУДЕНТ ЖАСТАРДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Бұл мақалада студент жастарының салауатты өмір салтының қалыптастыру негіздері қарастырылады.

ЖАНАЛИЕВА М.К.[1], ИМАМАЛИЕВА Г.Н.[2], АРЕНОВ А.В.[2], АУБАКИРОВА Т.С.[2], КОЖЕМЯКИНА Н.Н.
[1]Профессор кафедры анатомии человека, НАО«Медицинский университет Астана»,
[2]Старший преподаватель кафедры реабитологии и спортивной медицины , Н АО « Медицинский университет Астана»

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

В данной статье расматриваются основы здорового образа жизни студентов.

Introduction: The problem of forming and preserving the health of the younger generation is one of the main ones in any society.

The concept of "health" is defined as a normal psychosomatic state of a person, reflecting his full physical, mental and social well-being, ensuring the full performance of labor, social and biological functions.

Health is a natural, absolute and permanent life value that occupies the top step on the hierarchical ladder of values, as well as in the system of such categories of human existence as values and ideals, harmony, beauty, meaning and happiness of life, creative work, program and rhythm of life. As the population's well-being increases and its natural primary needs are met, the relative value of health increases more and more.

There are three levels of health value: biological-initial health, which implies self-regulation of the body, harmony of physiological processes and maximum adaptation; social-health as a measure of social activity of an individual's active attitude to the world; personal (psychological) – health as a denial of the disease in the sense of overcoming it.

The health of students is largely determined by their lifestyle. Increased attention to it is shown at the level of public consciousness, in the sphere of culture, education, and upbringing. A student's lifestyle can be defined as a specific way of integrating their needs and related activities. The structure of the way of life is expressed in the relations of subordination and coordination in which different types of life activities are located.

The state of health of students largely depends on their lifestyle. In this regard, increased attention is paid to the organization of a healthy lifestyle of students. A healthy lifestyle reflects the generalized typical structure of students ' life forms, which is characterized by the unity and expediency of the processes of self-organization and self-discipline, self-regulation and self-development, aimed at strengthening the adaptive capabilities of the body, full self-realization of their essential forces, abilities in general cultural and professional development, and life in general.

A healthy lifestyle creates a social microenvironment for the individual in which there are real prerequisites for high creative dedication, efficiency, labor, educational and social activity, psychological comfort, the most fully revealed psychophysiological potential of the individual, actualized the process of self-improvement. In the conditions of a healthy lifestyle, responsibility for health is formed in the student as a part of general cultural development, which is manifested in the unity of style features of behavior, the ability to build oneself as a person in accordance with their own ideas about a full-fledged spiritual, moral and physical life.

The content of a healthy lifestyle of students reflects the result of the spread of individual or group style of behavior, communication, organization of life, fixed in the form of samples to the level of traditional. The main elements of a healthy lifestyle are:

- compliance with the work and rest regime;
- compliance with the diet and sleep;
- compliance with hygiene requirements;
- organization of individual appropriate mode of motor activity;

- giving up bad habits;
- culture of interpersonal communication;
- meaningful leisure.

By organizing their life activities, the individual brings order to it, using some stable structural components. This can be a certain mode, when a student, for example, regularly eats at the same time, goes to bed, and exercises. uses hardening procedures. The sequence of life forms can also be stable.

In our understanding, physical education focused on the priority of health is physical education, during which students form a conscious, valuable attitude to their health, as well as the need for a healthy lifestyle and lifestyle. This provision is the defining content of physical education of health-improving orientation.

The formation of a value attitude to health involves the formation of all its components. Moreover, the formation of each component cannot occur in isolation from the formation of others, since they are all closely interrelated and aimed at achieving a single goal. It is impossible to imagine the formation of a cognitive or behavioral component without volitional control. Similarly, the emotional component is formed in close unity with the behavioral and cognitive components. Despite this, the formation of each component has its own specific tasks, tools, and methods.

The cognitive component is formed by students obtaining relevant knowledge. The main task that is crucial in the process of obtaining this knowledge is the formation of a healthy lifestyle Outlook. The development of the intellectual potential of physical culture should be combined with the education of students ' cognitive activity, mastering the methods of searching for and using the necessary information, mastering the methods of analyzing actions performed on the basis of a meaningful attitude to the activity performed.

Purpose of the research: Formation of a healthy lifestyle among students

The materials and methods: Our research and experimental work, the following methods were used to train students to materials self-monitor their health:

- for the evaluation of the respiratory system: test of Rosenthal;

-to assess the functional state of the cardiovascular system: orthostatic test, measurement of heart rate and blood pressure;

- to assess the level of physical performance: the Cooper test.

The main task in forming the emotional component of the value attitude to health is the constant preservation of students ' value orientation to health and a healthy lifestyle in the process of physical culture and health activities.

Conclusions: After analyzing the work performed, we have formulated approaches and methodological principles recommended for organizing and conducting the process of physical education with a health-improving orientation:

1. Implementation of a personal-activity approach in the organization and conduct of the process of physical education, focused on the priority of students ' health, since physical education is simply not feasible outside of activity.

2. The implementation of physical education through active learning-transforming the position of individual students, which is formed by engaging him in creative, constructive, value-oriented fitness activities on establishing and improving their psychophysical condition and formation needs of healthy lifestyle.

3. Humanization of the process of physical education by making the transition from a strict normative method of assessing students ' motor readiness to the method of progressive psychophysical development.

4. Democratization of the process of physical education, due to the freedom of choice of forms, means and methods of physical culture and health activities.

5. Giving a worldview character to the process of forming the cognitive component of physical education.

6. Application of the most effective techniques based on the unity of mental and physical influences, psychotechnical techniques based on the unity of mental and physical influences, psychotechnical techniques, mental training, and other innovative health technologies.

7. Implementation of the principles of unity and integrity in the process of formation of cognitive, emotional, behavioral and volitional components of the value attitude to the health of students.

8. Introduction of innovative methods for creating non-standard, creative, creative thinking among students in the process of physical culture classes.

LITERATURE:

1. Tatarnikova L. G. Pedagogical valeology. SPB., 1995-352s.
2. Gadzhieva I.M. Fundamentals of self-improvement: self-awareness Training.-Yekaterinburg,1998-142s.
3. Dinaka K. Movement, breathing, psychophysical training. - M., 1982-143s.

ӘӨЖ: 613.31:577.118:005:334

КӨШЕРОВА П.А., КЕРИМКУЛОВА С.Ж., ТАРДЖИБАЕВА С.К.
«Астана Медицина Университеті» КеАҚ

АУЫЗ СУ ТҰТЫНУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ДЕНСАУЛЫҚҚА ТИГІЗЕТІН ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАРДЫ БАҒАЛАУ

Аннотация:
Таза және қауіпсіз ауыз суға деген мүмкіншілік адамның негізгі сұраныстарының бірі. Есептеулер бойынша дамушы елдерде шамамен 1 млрд. адам ауыз суға толық жете алмай отыр. Жалпы адамзаттың 20% таза ауыз суға тапшы болып отыр. Адамның санасының өсуінің нәтижесінде судың жетіспеуі су дағдарысына алып келуде. Қазіргі уақытта шамамен 2 млрд. адам канализациясы бар жағдайға қол жеткізе алмай отыр, 5 млн. адам, оның ішінде 2-3 млн. балалар, жыл сайын таза судың жетіспеуіне байланысты әртүрлі аурулардан өлуде. Қаладағы су құбырларынан басқа сулар табиғи ресурстарға жатады және қоғамдық меншікке қарайды. Су ресурстарын қолдану, оны ары қарай дамыту мен оны қолдануға бақылау жасау тек ұлттық мүдде тұрғысынан ғана емес, халықаралық бірлестік дамытуды талап етеді.
Кілтті сөздер: ауыз су, тұрғындар, судың химиялық талдауы, тығыздық, микроэлементтер.

КӨШЕРОВА П.А., КЕРИМКУЛОВА С.Ж., ТАРДЖИБАЕВА С.К.
«Астана медицина университеті» КеАҚ

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННЫХ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ

Питьевая вода — химический состав и органолептические свойства природных вод, являющихся безопасными для организма человека. Здоровье человека напрямую зависит от качества питьевой воды. В связи с этим предъявляются санитарные требования к питьевой воде.
Ключевые слова: питьевая вода, химической анализ воды, плотность, микроэлемент.

KOSHEROVA P., KERIMKULOVA S., TARDJIBAYEVA S.
“Astana medical university” NJSC

ASSESSMENT OF HEALTH RISK FACTORS ASSOCIATED WITH DRINKING WATER CONSUMPTION

Drinking water - chemical composition and organoleptic properties of natural waters, which are safe for the human body. Human health directly depends on the quality of drinking water. In this regard, requirements are imposed on drinking water, sanitary.
Key words: drinking water, chemical analysis of water, density, trace element.

Кіріспе. Ауыз су-жер бетіндегі барлық тіршіліктің көзі. Еріткіштің ерекше қасиетіне ие, оның құрамында макро - және микроэлементтер бар, олардың маңызды рөлі адам денсаулығы үшін дәлелденген. Ауыз судың физиологиялық пайдалылығы оның химиялық құрамымен, дәлірек айтқанда, биологиялық белсенді макро - және микроэлементтердің (кальций, магний, натрий, хлоридтер, гидрокарбонаттар, йод, фтор және басқалар) деңгейімен анықталады. Халықтың аурушаңдығы, белгілі бір аурулардың аумақтық таралуы және ауыз суды тұтыну сапасы арасында байланыс орнатылды.

Ауыз судың сапасы әр елде оның физикалық-химиялық көрсеткіштері, микробиологиялық қасиеттері, сондай-ақ улы заттардың құрамы нормативтік тұрғыдан реттеледі. 2002 жылы Ресей ғалымдары ыдыстарға құйылған суды ішуге арналған нормативтік құжатқа химиялық құрамы бойынша ауыз судың физиологиялық толыққандылық өлшемдерін енгізді [1]. Құжатта ауыз су саласындағы биологиялық белсенді элементтердің оңтайлы концентрациясы, судың жалпы қаттылығы, минералдануы туралы мәліметтер келтірілген, бұл ағзаның су ортасының электролиттік тепе-теңдігін қалпына келтіруге және сақтауға және органдардың қалыпты жұмыс істеуіне ықпал етеді.

Ауыз судың сапасы адам денсаулығын анықтайтын мемкеттік деңгейдегі негізгі факторлардың бірі ретінде анықталады, ал оның қауіпсіздігі оны сақтаудың негізгі міндеттерінің бірі болып табылады. Бүгінгі күні Қазақстан Республикасында Денсаулық сақтау кодексінің негізінде ауыз суға қойылатын негізгі санитарлық-гигиеналық талаптар әзірленді, оларды бақылаудың сапасы мен әдістерін анықтайды. Әр түрлі факторларға байланысты: климаттық-географиялық, антропогендік, экологиялық мәселелер әсерінен ауыз судың көрсеткіштері өзгеруі мүмкін және оны үнемі бақылау мен оны жақсарту шаралары ең өзекті болып табылады.

ДДҰ мәліметтері бойынша әлемдегі аурулардың 80% -ы сапасыз ауыз сумен байланысты, сондықтан кейбір елдерде жүргізілген зерттеулерде индустрияландырумен байланысты аймақтардағы макро- және микроэлементтердің деңгейі олардың жинақталуына немесе төмендеуіне қарай өзгереді, сол арқылы ағзада патологиялық өзгерістер тудырады [2]. Ресей Федерациясында судың химиялық құрамын және «Ресейдің су карталарында» көрсетілген кейбір аурулардың пайда болу қаупін зерттеу бойынша көптеген ғылыми зерттеулер жүргізілді.[3] Сонымен, ауыз судың физико-химиялық қасиеттерін зерттеу кезінде темірдің, фтордың, минералдануы мен ауыз судың кермектігінің концентрациясы ШРЕК-нан асып, жалпы аурушаңдық деңгейінің жоғарылауын, тірек-қимыл аппараты мен зәр шығару-репродуктивтік жүйелерінің, тұрғындардың ас қорыту ағзаларының ауруларын тудыратындығы анықталды. [4] Құрамында стронций, темір, ауыз судың кермектігінің жоғары индикаторы, бронх демікпесінің, бронхопульмониялық аурулардың, риниттің өршуінің жоғарылауы арасында тікелей байланыс орнатылған. [5] Әр түрлі географиялық ерекшеліктерге байланысты әр аймақтағы ауыз судың минералды құрамының өзіндік ерекшеліктері бар, олардың өзгеруі белгілі бір аурулардың таралуына тікелей әсер етеді, сондықтан Zn, Co, Cu, Mn, Pb концентрациясының топырақта және табиғи суларда жоғарылауы немесе төмендеуі кезінде олардың саны ішкі секреция бездері мен жүйке жүйесі ауруларының жиілігі артып келеді [6]. Халық арасында уролития ауруының жоғарылау қаупі бар өңірлерде эпидемиологиялық зерттеулер жүргізген кезде судың минералдануы, қаттылығы және түсі сияқты параметрлері оңтайлы деңгейден жоғары екендігі анықталды, бұл уролития түзілуіндегі қосымша қауіп факторлары болып саналады [7].

Қазіргі уақытта халықты толыққанды және сапалы ауыз сумен қамтамасыз ету мәселесі тамақтанудаағза үшін пайдалы минералды макро - және микроэлементтерді судан шығаруға ықпал ететін бөтелкедегі ауыз суларды, сүзгілерді жаппай қолданумен күрделене түсуде.

Құрамы табиғи су нысандарынан алынатын сулардың құрамына сәйкес келмейтін сүзілген ауыз суды жаппай тұтыну халықтың жай-күйіне әсер етеді, бұл халықтың денсаулығының сырқаттанушылық деңгейі, өлім-жітім деңгейі, өмір сүру ұзақтығы сияқты көрсеткіштеріне әсер етеді [8,9]. Сонымен қатар, Қазақстан Республикасында халық пайдаланатын әртүрлі дәрежедегі сүзуден кейін ауыз судың физикалық-химиялық сапасын бағалау бойынша ғылыми деректер жоқ, сондықтан ауыз судың сапасын зерттеу өзекті болып табылады.

Қазақстан Республикасында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы ең алдымен ауыз судың сапасымен және халықты сумен жабдықтау жағдайымен айқындалады. Табиғи құбылыстар, техникалық авариялық жағдайлар сияқты әртүрлі сыртқы факторлардың әсері ауыз судың сапасын нашарлатуы мүмкін. Осыған байланысты, мемлекеттік ведомстволық уәкілетті органдар су көзінен және су тарту орындарынан сынамалар алу, сумен жабдықтау және шаруашылық - тұрмыстық мақсаттар үшін су пайдалану жолымен судың сапасына өндірістік бақылауды үздіксіз жүзеге асырады.

Ауыз судың сапасы Қазақстан Республикасының мынадай нормативтік құжаттарымен регламенттеледі:

1. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI Қазақстан Республикасының кодексімен бекітілген

2. 2003 жылғы 9 шілдедегі Қазақстан Республикасының Су кодексі

3. ТРЕАЭС 044/2017.

4. 2015 жылғы 16 наурызда бекітілген" № 209 су көздеріне, шаруашылық-ауыз су мақсаттары үшін су жинау орындарына, шаруашылық-ауыз сумен жабдықтауға және суды мәдени-тұрмыстық пайдалану орындарына және су объектілерінің қауіпсіздігіне қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар".

Зертхана алынған су сынамаларының нәтижелері гигиеналық нормативтерге сәйкес келмеген жағдайда Қазақстан Республикасы халқының санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесін дереу хабардар етеді және оларды жою бойынша шаралар қабылданады. Үй шаруашылықтарында пайдаланылатын ауыз су сапасының негізгі көрсеткіштері "су көздеріне, шаруашылық-ауыз су мақсаттары үшін су жинау орындарына, шаруашылық-ауыз сумен жабдықтауға және суды мәдени-тұрмыстық пайдалану орындарына және № 209 су объектілерінің қауіпсіздігіне қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар"санитариялық қағидаларында қатаң регламенттелген.

Су сапасының көресеткіштері адам денсаулығына сапасыз судың кері әсер ету қаупін анықтауға мүмкіндік береді, сонымен қатар ауыз судың санитарлық сұранысына және нормаларға сай келу деңгейін сипаттайды. Судың көрсеткіштері ауыз судың қаншалықты химиялық заттармен ластанғанын және микробиологиялық организмдермен және осының нәтижесінде қосымша терең зерттеуді және қарсы шараларды қолдануды талап ететін, ахуалды алдын ала ескерту механизмі ретінде қызмет етеді.

Сонымен, ауыз судың физико-химиялық қасиеттері халықтың денсаулығын қалыптастырудың маңызды факторларының бірі болып табылады және осы мәселені зерттеу Қазақстан Республикасы тұрғындарының арасында созылмалы аурулардың алғашқы профилактикасы шараларын жетілдіруге көмектеседі.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. *Nutrients in Drinking Water. Water, Sanitation and Health Protection and the Human Environment. World Health Organization. Geneva. -2005..-196 p*
2. *ТОЛМАЧЕВА Наталия Викентьевна Автореферат диссертации по теме "Эколого-физиологическое обоснование оптимальных уровней макро- и микроэлементов в питьевой воде и пищевых рациона Москва 2011 Работа выполнена на кафедре профилактической медицины медицинского факультета ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова»*
3. *Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к водоисточникам, местам водозабора для хозяйственно-питьевых целей, хозяйственно-питьевому водоснабжению и местам культурно-бытового водопользования и безопасности водных объектов" от 16 марта 2015 года № 209.Влияние состава воды на здоровье населения различных субъекто Российской федерации каменецкая д.м.1, Попова А.А.*
4. *Скударнов С.Е, Куркатов С.В. Неинфекционная заболеваемость населения и риски для здоровья в связи с качеством питьевой воды Гигиена и санитария номер 6, 2011 г стр30-32*
5. *Бержец В.М., Хлгатян С.В, Федерова В.А., Ломовцев А.Э. и др. Качество питьевой воды и аллергические заболевания у населения тульской области Иммунопатология, аллергология, инфектология. №3, 2002, стр 62-66.*
6. *Абусуев С.А., Яхиев М.А., Салихов Ш.К. и др. Влияние концентрации микроэлементов в почвах и природных водах равнинной зоны Дагестана на распространение заболеваний нервной и эндокринной системы человек. Вестник Дагестанского научного центра РАН № 59, 2015 г. Стр. 5-10*
7. *1 фгбоу во саратовский гму им. в.и. Разумовского Минздравароссии материалы VI Всероссийской недели науки с международным участием "WeekofRussianScience - 2017", посвященной "Всемирному дню здоровья" (часть 3: 78-я студенческая межрегиональная научно-практическая конференция "Молодые ученые - здравоохранению") номер 6 стр 1135.*
8. *СанПиН 2.1.4.1116-02 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в емкости. Контроль качества» - М; Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России. 2002. -27 с.*
9. *СанПиН 2.1.4.1116-02 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в емкости. Контроль качества. Санитарно-эпидемиологические правили и нормативы».*
10. *Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к водоисточникам, местам водозабора для хозяйственно-питьевых целей, хозяйственно-питьевому водоснабжению и местам культурно-бытового водопользования и безопасности водных обьектов». Утверждены приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан 16 марта 2015 года №209.*
11. *ТЗ ЕАЭС 044\2017 «О безопасности упакованной питьевой воды, включая природную минеральную воду».*
12. *Ауыз сумен жабдықтаудың баламасыз көздері болып табылатын ерекше маңызды топтық және оқшау сумен жабдықтау жүйелерінен ауыз су беру жөніндегі көрсетілетін қызметтер құнын субсидиялау қағидалары. №161, 28 ақпан 2015 ж.*
13. *Тарджибаева С.К., Фазыл М.Б., Бекаев Е.А., Пятов Е.А. Физико-химическая оценка качества питьевой воды, используемой в домовладениях Есильского района города Астана//iScience- Актуальные научные исследования современном мире.- Переяслав- Хмельницкий, 2019. Вып3 (47), ч.2- С. 65-69.*

Автор для корреспонденции: Керимкулова С.Ж. - КеАҚ«АМУ», профилактикалық медицина и нутрициология кафедрасы, Kerimkulova.s@amu.kz, 87024818123

VALEO

УДК:614.8.084

МЕЙІРБЕКОВА Н.А.[1], АМИРСЕИТОВА Ф.Т.[1], МЕНДЫГАРИНА К.И.[2], ЖУНИСАЛИ Н.К.[1], МУСИНА А.А.[1], СУЛЕЙМЕНОВА Р.К.[1]
НАО «Медицинский университет Астана»
НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет им. М Оспанова»

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ТРУДА МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Аннотация:
Пандемия Covid-19 лишний раз подтвердила центральную роль охраны труда в защите работающих и их близких. Кризис чреват не только безработицей и неполной занятостью: он также влияет на условия и оплату труда, и доступность социальной защиты медицинских работников. Во время эпидемии работники могут подвергаться риску заражения инфекцией в ходе выполнения своей работы. Медицинские работники являются первой линией сдерживания вируса и, следовательно, им нужны средства индивидуальной защиты для выполнения своей работы. Защита медицинского персонала во время пандемии должна быть приоритетом для правительств и общества. Высокий процент медицинского персонала, инфицированного коронавирусом, является тревожным фактом. И так произошло не в одной, а во многих странах, столкнувшихся с этим заболеванием.
Ключевые слова: пандемия COVID-19; медицинский персонал; гигиена труда; условия и безопасность труда.

МЕЙІРБЕКОВА Н.А.[1], ӘМІРСЕЙТОВА Ф.Т.[1], МЕНДЫГАРИНА К.И.[2], ЖҮНІСӘЛІ Н.Қ. [1], МУСИНА А.А. [1], СҮЛЕЙМЕНОВА Р.К. [1]
«Астана медициналық университеті» КЕАҚ
М.Оспанова атындағы «Батыс Қазақстан медициналық университеті»КеАҚ

COVID-19 ПАНДЕМИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ КІШІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ПЕРСОНАЛДЫҢ ЕҢБЕК ҚАУІПСІЗДІГІН БАҒАЛАУ

Ковид-19 пандемиясы еңбек қауіпсіздігі мен еңбекті қорғаудың жұмысшылар мен олардың жақындарын қорғаудағы маңызды рөлін тағы да растады. Дағдарыс тек жұмыссыздық пен жұмыссыздыққа толы емес: бұл еңбек жағдайлары мен жалақыларға, медициналық қызметкерлердің әлеуметтік қорғалуына қол жетімді. Эпидемия кезінде жұмысшылар жұмыс барысында инфекцияны жұқтыру қаупіне ұшырауы мүмкін. Денсаулық сақтау қызметкерлері вирусты болдырмаудың бірінші жолы болып табылады, сондықтан өз жұмысын орындау үшін жеке қорғаныс құралдары қажет. Пандемия кезінде медициналық персоналды қорғау үкіметтер мен қоғамның басымдығы болуы керек. Коронавирусты жұқтырған медициналық персоналдың жоғары пайызы алаңдатады. Бұл бірде емес, көптеген елдерде осындай ауруға тап болды.
Кілттік сөздер: COVID-19 пандемиясы; медициналық персонал; еңбек гигиенасы; еңбек шарттары мен қауіпсіздігі.

MEYIRBEKOVA N.A.[1], AMIRSEITOVA F.T.[1], MENDYGARINA K.I. [2], JUNISALI N.K.[1], MUSINA A.A.[1], SULEIMENOVA R.K. [1]
NJSC "Astana Medical University"
NJSC "West Kazakhstan Medical University named after M.Ospanova "

ASSESSMENT OF THE LABOR SAFETY OF JUNIOR MEDICAL PERSONNEL DURING THE COVID-19 PANDEMIC

The Covid-19 pandemic further reaffirmed the central role of health and safety in protecting workers and their loved ones. The crisis is fraught not only with unemployment and underemployment: it also affects working conditions and wages, and the availability of social protection for medical workers. During an epidemic, workers may be at risk of contracting infection in the course of their work. Health care workers are the first line of

containment for the virus and therefore need personal protective equipment to do their job. Protecting medical personnel during a pandemic should be a priority for governments and society. The high percentage of medical personnel infected with the coronavirus is alarming. And this happened not in one, but in many countries facing this disease.

Key words: COVID-19 pandemic; medical staff; occupational health; working conditions and safety.

Бороться с влиянием эпидемии, обеспечивать охрану здоровья и непрерывное оказание медицинских услуг как во время эпидемии, так и после ее завершения невозможно без мощной системы здравоохранения. Эпидемии и пандемии подвергают такие системы огромной нагрузке и стрессу. Меры преодоления чрезвычайной ситуации требуют кадров, самоотдачи и материального обеспечения. Кроме того, медицинские учреждения, в частности, изоляторы могут стать очагами передачи заболевания и при отсутствии надлежащих санитарно-профилактических мер привести к заражению множества людей. Младшие медицинские работники, работающие на переднем крае борьбы с эпидемией, сами могут заразиться и умереть.

В период вспышки заболевания специалисты в области охраны труда играют ключевую роль в деле обеспечения работников и их руководства достоверной информацией, необходимой для понимания симптомов заболевания и индивидуальных мер предосторожности (таких как правила поведения во время кашля (чихания), мытье рук, самоизоляция в случае болезни и т.д.). Они должны помочь работодателям оценить риски определить опасные факторы инфекционного и неинфекционного характера и оценить соответствующие риски; принять меры противодействия и профилактики; осуществить их мониторинг и контроль, а также разработать или актуализовать план профилактики, сдерживания распространения инфекции, минимизации заражения и восстановления нормальной деятельности.

Правительство Казахстана, центральные и местные исполнительные органы власти, в большей мере органы здравоохранения принимают целый ряд оперативных мер в целях минимизации риска распространения COVID-19 и сокращения заболеваемости. Среди мер - закрытие государственных границ, введение обязательного карантина, ограничение свободы передвижения, запрет проведения массовых мероприятий, а также изоляция городов, районов, территорий пригородов. Все это привело к масштабным изменениям в привычном порядке жизни и экономической деятельности.

Также правительство выделяет группы риска заражения и распространения COVID-19.

1. Группа очень высокого риска: врачи, средние и младшие медработники инфекционных стационаров, включая отделения реанимации и других стационаров, определённых для оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусом. Размер надбавки не превышает 20-кратной минимальной зарплаты.

2. Группа высокого риска:

- врачи, средние и младшие медработники провизорных стационаров;
- врачи и фельдшеры скорой медицинской помощи, в том числе при амбулаторно-поликлинических организациях;
- врачи и средние медработники санитарной авиации в случае их привлечения.

3. Группа среднего риска:

- врачи, средние и младшие медработники карантинных стационаров;
- водители бригад скорой медицинской помощи;
- специалисты лабораторий;
- работники санитарно-эпидемиологической службы, непосредственно участвующие в проведении противоэпидемических мероприятий;
- работники приёмных отделений экстренных стационаров и организаций первичной медико-санитарной помощи, определённых к приёму пациентов с ОРВИ, пневмонией и забору биологического материала, связанных с противоэпидемическими мероприятиями;
- работники здравоохранения, обеспечивающие карантинный режим на блокпостах.

Защита младшего медицинского работника от риска заражения во время эпидемии.

Младшие медицинские работники активно участвуют в осуществлении мер противодействия вспышке заболевания, которые могут заразиться от контакта с инфицированными пациентами и своими коллегами; биологическими жидкостями, выделяемыми инфицированными пациентами; медицинским оборудованием, средствами индивидуальной защиты (СИЗ) в случае их неправильного использования, очистки или дезинфекции; окружающей средой, не подвергнувшейся надлежащей очистке или дезинфекции; прачечным оборудованием, посудой, столовыми приборами и медицинскими отходами, не подвергнувшимися надлежащей очистке или утилизации (ВОЗ, 2020е). В условиях нынешней пандемии Covid-19 медицинский персонал в таких странах, как Италия и Китай, составил примерно 20% всех тех, чей диагноз подтвердился (The Lancet, 2020).

Меры во избежание или для минимизации риска заражения медицинских сестер могут быть разными в зависимости от характера инфекционного заболевания и способов его передачи. В условиях пандемии Covid-19 для сокращения риска заражения медицинских сестер могут быть приняты такие меры, как:

♣ *Меры противодействия физического и технического характера*, направленные на минимизацию распространения патогенов и заражения поверхностей и предметов. Это включает обеспечение достаточного пространства в целях увеличения физического расстояния между медицинскими работниками и пациентами, а также выделения изоляторов с хорошей системой вентиляции для пациентов с подтвержденным диагнозом или подозрениями на заражение Covid-19 (ВОЗ, 2020f).

♣ *Меры административного характера, направленные на предотвращение опасного поведения*. Это включает выделение достаточных средств на реализацию мер профилактики и противодействия инфекции (ППИ), таких как обеспечение соответствующей инфраструктуры, разработка четкой политики ППИ, упрощение порядка проведения лабораторных тестов, надлежащая фильтрация и размещение пациентов, обеспечение адекватного соотношения между численностью пациентов и медицинского персонала, а также обучение персонала (ВОЗ, 2020f). Другая необходимая мера административного характера касается мер контроля и надзора за состоянием здоровья тех, кому угрожает опасность заражения, для обнаружения на ранней стадии любого неблагоприятного воздействия профессиональных опасных факторов, когда вылечиться от заболевания проще (например, путем измерения температуры работников, выявления других ранних симптомов инфекционного заболевания).

♣ *Надлежащие СИЗ*. Это включает в себя отбор надлежащих СИЗ и обучение тому, как их надевать, снимать и утилизировать (ВОЗ, 2020f).

Высокий риск. Когда персонал контактирует с пациентом, у которого подтвержден Covid-19 или есть подозрение на него. В этих случаях следует использовать защитную маску, защиту для глаз **от брызг или капель**, перчатки и халат, устойчивый к проникновению вируса.

• **Умеренный риск.** Когда контакт с пациентами **с подозрением на заражение коронавирусом** не был тесным.

• **Последний уровень – низкая вероятность воздействия**. Относится к медперсоналу, который не имеет прямых контактов с пациентами. Также говорят о низком риске, если контакты происходят на расстоянии двух метров и более либо с принятием мер, препятствующих контакту.

В последних двух случаях OISS **рекомендует тщательное мытье рук, а также использование хирургических масок.** Они предназначены для предотвращения загрязнения рабочей среды во время хирургических процедур. Но также могут защитить и от капель биологических жидкостей.

Рекомендуется информационная, тренинговая и психологическая поддержка медработников для выполнения ими повседневной работы. А также необходимость гарантировать поддержку семьям медицинского персонала, которые умерли при выполнении своих обязанностей.

Работа медицинского персонала не во всех странах оценивается социально и экономически так, как она того заслуживает. Пандемия COVID-19 подчеркнула важную роль медицинских работников в обществе. По этой причине правительства некоторых стран уже назначили дополнительные выплаты медперсоналу во время пандемии. Данная мера (осуществленная в ряде стан) направлена на защиту медработников от нехватки материальных ресурсов. Кроме того, это является признанием того, **насколько важен данный сектор профессионалов для борьбы с пандемией.**

Предотвращение стресса, психологических рисков младшего медицинского персонала.

В чрезвычайной ситуации люди реагируют на стресс по-разному. Психологические признаки стресса могут включать в себя растущее беспокойство, плохое настроение, низкую мотивацию, депрессивные мысли. В период вспышки заболевания, подобного Covid-19, все медицинские работники подвергаются огромному стрессу, что может иметь серьезные последствия для психического здоровья. Одним источником стресса может стать долгосрочные последствия контакта с людьми, зараженными вирусом, а также страх заразиться на работе, а затем заразить своих близких (IASC, 2020). В период вспышки заболевания, подобного Covid-19, повышенному стрессу подвергаются младшие медицинские работники вследствие строгих мер и процедур ОТ, призванных предотвратить возможность их заражения, например, из-за физической нагрузки, вызываемой тяжелым защитным снаряжением, физической изоляции и т.д. (IASC, 2020). Это может усугубиться вследствие возможного сокращения персонала по причине заболевания или помещения в карантин. Многие из таких работников выполняют работу, и без того предполагающую относительно высокий уровень стресса. В период вспышки заболевания им часто приходится работать дольше, чем обычная 40-часовая рабочая неделя, и без перерыва между сменам. Высокая нагрузка и сокращенное время отдыха могут увеличивать усталость и стресс, негативно влияя на их личную жизнь, что может иметь пагубные последствия для психического здоровья. При этом усталость и стресс могут вызвать повышенный риск травматизма и несчастных случаев (МОТ, 2016).

В период текущей пандемии Covid-19 социальная стигматизация и дискриминационное поведение наблюдались в отношении людей определенного этнического происхождения и национальности, а также тех, кто, как считалось, имели контакт с носителями вируса (ВОЗ, ЮНИСЕФ и МФОКК, 2020). Люди, работающие в сферах и профессиях, подверженных высокой опасности заражения, как медицинские сестры и врачи, могут стать объектом стигматизации и дискриминации, что приводит к их исключению из сообщества и росту связанного с этим насилия и преследований.

Заключение: Пандемия COVID-19 увеличила потенциальные риски младших медицинсих работников, особенно учитывая недифференцированный характер нашей популяции пациентов, однако в полностью укомплектованном отделении с соответствующим оборудованием и подготовкой риски остаются относительно небольшими, и в противном случае следует ожидать, что в противном случае здоровые врачи неотложной помощи (в возрасте до определенного возраста) будут в полной мере участвовать в деятельности по уходу за пациентами в своем отделении неотложной помощи. Медсестры с любым общепризнанным повышенным риском причинения вреда (например, пожилой возраст, иммунодефицит) должны иметь возможность отказаться от непосредственного ухода за пациентами из-за их более высокого риска неблагоприятного исхода, если они заболели COVID-19, но им должно быть разрешено продолжать обеспечение ухода, если они захотят. Другие запросы на отказ от прямого ухода за пациентами должны оцениваться на индивидуальной основе. Такая оценка должна включать в себя запрос, доступность ресурсов врача, возможность обобщения (т.е. могут ли быть учтены все другие подобные запросы) и в какой степени — это приспособление увеличит риск коллег, которые продолжают оказывать непосредственную помощь. Соответствующие меры реагирования на нехватку средств индивидуальной защиты должны быть сосредоточены на институциональных и государственных обязанностях, а не на прекращении ухода за пациентами. Необходимо четко сформулировать взаимную ответственность учреждений и правительств перед врачами неотложной помощи, работающими в условиях пандемии, и принять твердое обязательство по их выполнению. К ним относятся: Обеспечение адекватных СИЗ. Установление четких политик и процедур в случае возникновения нехватки СИЗ (это должно включать определение приоритетов ресурсов для зон высокого риска и определение приемлемых альтернатив идеальным СИЗ).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Безопасность жизнедеятельности/Под ред. Э.А. Арустамова. – М., 2000.*
2. *Куренной А.М. Правовое регулирование охраны труда//Практический журнал для руководителей и менеджеров, №7 – 2001.*
3. *Белов С.В., Морозова Л.Л., Сивков В.П. Безопасность жизнедеятельности. – М.: Высшая школа, 2001.*
4. *Шевченко Н.Г. Основы безопасности жизнедеятельности. – М.: Инфра-М, 2004.*
5. *Алексеев В.С., Мурадова Е.О., Давыдова И.С. Безопасность жизнедеятельности в вопросах и ответах. – М.: ТК Велби, 2006. – 208 с*
6. *Арустамов Э.А. Безопасность жизнедеятельности. -М.: Дашков и К., 2003. - с. 395.*
7. *Зотов Б.И., Курдюмов В.И. Безопасность жизнедеятельности на производстве. – М.: КолосС, 2003. – 432 с.*
8. *Учебник: Глотова И. Г., Дзугаев В. К. Заболеваемость среднего медицинского персонала по данным социологических опросов // Главный врач. 2003. № 6. С. 21–23.*
9. *Проблемы медицины при возможных авариях на объектах химической промышленности [Текст]: метод. пособие для студ. вузов / А. Д. Калоев, О. В. Лобозова, О. Г. Киреева [и др.]. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2013. - 31 с. - (Каф. безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф + ЭБ).- (дополнит.).*
10. *Сидоров, П. И. Медицина катастроф [Текст] : учеб. пособие / П. И. Сидоров, И. Г. Мосягин, А. С. Сарычев. - 3-е изд., стер. - М. : Академия, 2013. – 320 с. : (дополнит.)*
11. *Книга : Солонинкина Л.Ф. Критерии оценки деятельности медицинского персонала (окончание) / Л.Ф. Солонинкина // Главная медицинская сестра: N 3 2008*
12. *Книга: Колосовская Е. Н. Обеспечение безопасности пациентов ведущая стратегия развития мирового здравоохранения.// Главная медицинская сест- ра No 11 2007г.*
13. *Brooks, S.K. et al. 2020. "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence." The Lancet, 395 (10227), 912.*
14. *Акопов. В.И. Правовое обеспечение медицинской деятельности: Учебник и практикум / В.И. Акопов - М.: Юрайт, 2016. - 288 с.*
15. *Бутова Т.Г. Оценка качества медицинских услуг в современных условиях: проблемы и пути решения /Т.Г. Бутова//Электронный научный журнал Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 6.*

16.Двойников С.И Менеджмент в сестринском деле 2006г. 512с.
17.Кайланич Г.А. Оценка качества стационарной медицинской помощи на основании формализованного интервью населения города орла//Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 2.
18.Касимовская Н.А., Организация сестринской службы. Учебник./Н.А Касимовская - М.: Медицинское информационное агентство, 2015. - 440 с.
19.Кучеренко В.З Роль сестринского персонала в реформировании здравоохранения// сестринское дело 2008 № 3 28с.
20.Гусева Н.М. Логистический подход к управлению медицинскими организациями. / Н. М .Гусева - М.: Palmarium Academic Publishing, 2012. - 176 с.
21.Левчук И. П. Медицина катастроф. Курс лекций: учеб. пособие / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. – М.: ЭОТАР-Медиа, 2013. – 240 с.

Автор для корреспонденции: Амирсеитова Фарида Толебековна - магистр медицинских наук, старший преподаватель НАО «Медицинский университет Астана», тел.: 87087063151, e-mail: Amirseitova.f@amu.kz

УДК: 616.98-036-07-08:578

ТЛЕККАБЫЛОВА АЙГЕРИМ[1], АБДУЛДАЕВА А.А.[2]
[1]студент 4 курса, НАО «Медицинский университет Астана»
[2]научный руководитель, НАО «Медицинский университет Астана»

ВЛИЯНИЕ КАРАНТИННЫХ УСЛОВИЙ НА ОБРАЗ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Аннотация:
Разные карантинные меры следует оценивать по-разному. Нам известно, что карантин как крайняя мера изоляции действительно может привести к нарушениям в человеческой психике, в том числе и у абсолютно нормальных людей. Долгосрочные исследования показывают, что и спустя долгое время после снятия карантина вероятность нарушений, связанных со страхами, расстройством сна или посттравматическими нагрузками, остается повышенной. Причем пол и возраст пациентов в данном случае не имеют значения. Именно поэтому к таким мерам следует прибегать только когда они неизбежны и всегда ограничивать их по времени.
Ключевые слова: короновирусная инфекция COVID-19, здоровый образ жизни.

ТІЛЕКҚАБЫЛОВА ӘЙГЕРІМ, АБДУЛДАЕВА А. А.
«Астана медицина университеті» КеАҚ

КАРАНТИНДІК ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ ӨМІР САЛТЫНА ӘСЕРІ

Әр түрлі карантиндік шараларды әр түрлі бағалау керек. Біз карантиннің оқшауланудың төтенше шарасы ретінде адам психикасының бұзылуына, оның ішінде қалыпты адамдарға да өзгеріс әкелуі мүмкін екенін білеміз. Ұзақ мерзімді зерттеулер карантин жойылғаннан кейін ұзақ уақыт өткен соң қорқынышпен, ұйқының бұзылуымен немесе жарақаттан кейінгі жүктемелермен байланысты бұзылулардың ықтималдығы жоғарылағанын көрсетеді. Сонымен қатар, бұл жағдайда пациенттердің жынысы мен жасы маңызды емес. Сондықтан мұндай шараларға олар сөзсіз жүгіну керек және оларды әрдайым уақыт бойынша шектеу керек.
Кілтті сөздер: короновирусты инфекция COVID-19, салауатты өмір салты.

TLEKKABYLOVA AIGERIM, ABDULDAYEVA A.A.
NJSC "Astana Medical University"

INFLUENCE OF QUARANTINE CONDITIONS ON LIFESTYLE OF THE POPULATION

Different quarantine measures should be evaluated differently. We know that quarantine as an extreme measure of isolation can really lead to disorders in the human psyche, including in absolutely normal people. Long-term studies show that even long after the quarantine is lifted, the probability of disorders associated with fears, sleep disorders or post-traumatic stress remains increased. Moreover, the gender and age of patients in this case do not matter. That is why such measures should be resorted to only when they are unavoidable and always limit them in time.

Keywords: coronavirus infection COVID-19, Healthy lifestyle.

Введение: Здоровый образ жизни — это индивидуальная система поведения человека, обеспечивающая ему физическое, душевное и социальное благополучие в реальной окружающей среде (природной, техногенной и социальной) и активное долголетие. Здоровый образ жизни создает наилучшие условия для нормального течения физиологических и психических процессов, что снижает вероятность различных заболеваний и увеличивает продолжительность жизни человека. Здоровый образ жизни помогает нам выполнять наши цели и задачи, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придётся, то и с колоссальными перегрузками. Крепкое здоровье, поддерживаемое и укрепляемое самим человеком, позволит ему прожить долгую и полную радостей жизнь. Здоровый образ жизни включает в себя следующие основные элементы: режим труда и отдыха, искоренение вредных привычек, оптимальный двигательный режим, личную гигиену, закаливание, рациональное питание и т.п. [1] А карантинные условия внесли существенные изменения в образ жизни населения. Одной из наиболее значительных мер общественного здравоохранения, реализованных во время пандемии COVID-19, были длительные периоды ``изоляции", когда целым группам населения было рекомендовано оставаться в своих домохозяйствах, кроме сбора необходимых материалов, ухода за другими или физических упражнений. Все чаще звучат призывы понять влияние этой изоляции и последующего закрытия школ на психическое здоровье и благополучие детей и молодежи во время пандемии COVID-19. По мере того, как меры изоляции начинают ослабевать, нам требуется понимание того, что дети и молодые люди пережили в период изоляции1, а также то, как можно наилучшим образом поддержать детей и молодых людей, чтобы они вернулись к нормальной жизни или к `` новой нормальной жизни". ближайшие месяцы и годы [2].

На фоне пандемии коронавируса COVID-19-2 все больше стран прибегают к таким радикальным мерам, как комендантский час или запрет на выход из дома для людей, находящихся в группе повышенного риска. О том, как влияют карантинные меры на психическое здоровье человека, и способны ли социальные СМИ заменить живое общение в период домашней изоляции, DW побеседовала с профессором Манфредом Шпитцером (Manfred Spitzer) - главврачом психиатрического и психотерапевтического отделения университетской клиники Ульма и автором книги "Одиночество как нераспознанный недуг: болезненно, заразно, смертельно". (Манфред Шпитцер - главврач отделения психиатрии и психотерапии университетской клиники Ульма)[3].

В условиях, когда страны принимают более жесткие меры, чтобы сдержать распространение коронавирусной инфекции COVID-19, самоизоляция и перерыв в работе коммерческих структур могут повлиять на характер и режим питания. Дома вынуждены оставаться не только люди, у которых наблюдаются острые симптомы респираторного заболевания, но и те, кто здоров. В ряде стран ограничивается деятельность предприятий общественного питания и кулинарий, торгующих навынос, и некоторые свежие продукты становятся менее доступными.

Правильное питание чрезвычайно важно для здоровья, особенно в то время, когда резервы иммунной системы необходимы для борьбы с инфекцией. Ограниченная доступность свежих продуктов может сократить возможности для полезного и разнообразного питания. Кроме того, результатом такого ограничения может стать рост потребления продуктов, прошедших технологическую обработку, зачастую характеризующихся повышенным содержанием жиров, сахара и соли. Однако даже если количество и выбор ингредиентов ограничены, можно продолжать питаться с пользой для здоровья.

Для поддержания оптимального состояния здоровья важно сохранять физическую активность. Чтобы, оставаясь дома в период карантина, здоровые люди могли сохранять необходимый уровень физической активности, Европейское региональное бюро ВОЗ разработало методические рекомендации, где предлагаются полезные советы и примеры упражнений, которые можно выполнять в условиях ограниченного пространства [4].

Поскольку в Европейском регионе ВОЗ подтверждаются новые случаи коронавируса COVID-19, граждан просят оставаться в режиме домашнего карантина. В ряде стран фитнес-центры и другие точки, где предполагается активная двигательная деятельность, временно закрыты. Пребывание дома в течение длительного периода времени может серьезно осложнить поддержание физической активности. Сидячий образ жизни и низкий уровень физической активности могут оказать негативное влияние на здоровье, благополучие и качество жизни. Пребывание в карантинном режиме также может вызвать дополнительный

стресс и поставить под угрозу психическое здоровье граждан. Физические упражнения и техники расслабления помогут сохранить спокойствие и защитить ваше здоровье в течение этого времени.

ВОЗ рекомендует 150 минут умеренной физической активности или 75 минут интенсивной физической активности в неделю или сочетание умеренной и интенсивной физической активности. Следование этим рекомендациям возможно в домашних условиях с учетом отсутствия специального оборудования и ограниченного пространства. Ниже предлагаются способы поддержания активной физической формы и сокращения сидячего образа жизни в условиях домашнего карантина: **Делайте короткие активные перерывы в течение дня**. Короткие разминки являются дополнением к рекомендациям выше в отношении продолжительности физической активности в течение недели. Вы можете взять за основу предложенные ниже упражнения для поддержания физической активности каждый день. Танцы, игры с детьми и выполнение домашних обязанностей, таких как уборка дома и уход за садом, также позволяют оставаться физически активными в домашних условиях. **Используйте онлайн ресурсы.** Воспользуйтесь преимуществом онлайн-ресурсов, предлагающих комплекс физических упражнений. Многие из них находятся в бесплатном доступе на YouTube. В отсутствие опыта выполнения подобных упражнений, будьте осторожны и примите во внимание свои ограничения. **Ходите**. Даже в небольших помещениях хождение по периметру или марш на месте могут помочь вам оставаться активными. Если вам звонят, стойте или ходите по дому, во время разговора, а не сидите. Если вы решили выйти на улицу, чтобы прогуляться или заняться спортом, убедитесь, что вы находитесь на расстоянии не менее 1 метра от других людей. **Проводите время в стоячем положении**. Сократите время, проводимое в сидячем положении, и по возможности отдавайте предпочтение положению стоя. В идеале в каждый отдельный период старайтесь оставаться не более 30 минут в сидячем положении и положении лежа. Рассмотрите возможность использования стола на высоких ножках, позволяющего работать в положении стоя, или используйте в качестве подставок книги или другие приспособления. Во время отдыха в сидячем положении отдавайте предпочтение умственным видам деятельности, таким как чтение, настольные игры и пазлы. [5]

Заключение: Пандемия COVID-19 началась из Ухани, Китай, и распространилась по миру со скоростью лесного пожара. Полная изоляция, принятая для предотвращения распространения COVID 19, привела к изменениям в повседневном графике жизни, уровне ежедневной физической активности, изменениях в расписании повседневной жизни, уровне ежедневной физической активности, уровне умственной активности, уровне приема пищи, продолжительности сна; Ограниченная физическая активность, неограниченное время перед экраном и нарушение циркадного ритма в сочетании с минимальным воздействием солнечного света - основной детерминант нашего циркадного ритма и неустойчивый режим питания, имеют серьезные последствия для нашего здоровья и благополучия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. https://gp16.medkhv.ru/index.php/medinfo/32-zdorovyj-obraz-zhizni-i-ego-sostavlyayushchie
2. https://www.mentalhealth.org.uk/publications/impacts-lockdown-mental-health-children-and-young-people
3. Книга "Одиночество как нераспознанный недуг" (Манфред Шпитцер - главврач отделения психиатрии и психотерапии университетской клиники Ульма).
4. https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/noncommunicable-diseases/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine
5. https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/noncommunicable-diseases/stay-physically-active-during-self-quarantine

Автор для корреспонденции: Тлеккабылова Айгерим – студент 4 курса факультета общественного здоровья и менеджмента, НАО «Медицинский университет Астана».

VALEO

ХАМИДУЛЛИНА З.Г.[1], МУСИНА А.А.[2], АЛДАБЕКОВА Г.У.[1], ШАРИПОВА Х.К.[1]
ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница№3», Нур-Султан, Казахстан[1]
НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан[2]

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19: ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ВЫПОЛНЯЮЩИХ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Аннотация:
В настоящем обзоре освещены мероприятия, внедрение которых в кабинеты и рабочему месту врача ультразвуковых исследований (УЗИ) необходимы для предотвращения дальнейшего распространения инфекции COVID-19. Медицинские работники, выполняющие ультразвуковые исследования ежедневно сталкиваются с высоким риском распространения респираторных заболеваний, способных передаваться воздушно-капельным путем.
Ключевые слова: коронавирусная инфекция, медицинский работник, ультразвуковое диагностическое исследование, средства индивидуальной защиты.

ХАМИДУЛЛИНА З.Г.[1], МУСИНА А.А.[2], АЛДАБЕКОВА Г.У.[2], ШАРИПОВА Х.К.[1]
ШЖҚ «№ 3 көпсалалы қалалық аурухана» МКҚ, Нұр-Сұлтан, Қазақстан[1]
ҰАО «Астана медициналық университеті», Нұр-Сұлтан, Қазақстан[2]

CORONAVIRUS ИНФЕКЦИЯСЫ COVID-19: УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУ ЖҮРГІЗЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ҚАУІПСІЗДІГІ

Бұл шолуда COVID-19 инфекциясының одан әрі таралуын болдырмау үшін дәрігерлердің кеңселерінде және ультрадыбыстық зерттеулердің жұмыс орнында (ультрадыбыстық) орындалуы қажет шаралар атап көрсетілген. Ультрадыбыстық зерттеулер жүргізетін медициналық мамандар ауа-тамшы жолымен таралуы мүмкін респираторлық аурулардың таралу қаупі жоғары.
Түйінді сөздер: коронавирустық инфекция, медициналық қызметкер, ультрадыбыстық диагностикалық зерттеулер, жеке қорғаныс құралдары.

KHAMIDULLINA Z.G.[1], MUSINA A.A.[2], ALDABEKOVA G.U.[2], SHARIPOVA H.K.[1]
Unitary enterprise "Municipal multihospital No. 3", Nur-Sultan, Kazakhstan[1]
NJSC "Astana Medical University", Nur-Sultan, Kazakhstan[2]

CORONAVIRUS INFECTION COVID-19: INFECTIOUS SAFETY OF MEDICAL WORKERS PERFORMING ULTRASONIC RESEARCH

This review highlights the measures, the implementation of which in the doctor's offices and workplace of ultrasound examinations (ultrasound) is necessary to prevent the further spread of COVID-19 infection. Medical professionals performing ultrasound examinations face a high daily risk of spreading respiratory diseases that can be transmitted by airborne droplets.
Key words: coronavirus infection, medical worker, ultrasound diagnostic tests, personal protective equipment.

История появления новой коронавирусной инфекции берет свое начало с декабря 2019 г. Сейчас накоплено уже немало данных об этом заболевании, в том числе установлено, что основной и самой быстро достижимой целью на пути инфекции являются альвеолярные клетки типа II (AT2), что и определяет развитие пневмонии [1,2].

Характерными клиническими проявлениями COVID-19 являются: кашель (80%), повышение температуры тела (90%), общая слабость и утомляемость (44%), одышка в покое и ее усиление при физической активности (55%), а также чувство тяжести и заложенности в грудной клетке (20%) [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, большая часть пациентов, около 80%, переносят инфекцию в легких и/или бессимптомных формах, около 15% – в среднетяжелой и тяжелой форме и 5% пациентов оказываются в критическом состоянии [3]. Ряд классических методов исследований становится недоступен, именно поэтому авторы не рекомендуют проведение аускультации легких в связи с высоким риском контаминации [4,5]. С целью поиска и исключения COVID-пневмонии, а также ее осложнений, применяют лучевые методы диагностики, такие как рентгенография органов грудной клетки (Rg ОГК), компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) и УЗИ легких [6].

Ультразвуковое диагностические исследования и лечебные манипуляции должны рассматриваться как процедуры высокого риска передачи инфекции, даже если медицинский персонал отделения непосредственно не вовлечен в проведение исследований и манипуляций у пациентов с COVID-19 [7]. Поскольку особенностью большинства процедур является близкое расстояние между пациентом и медицинским персоналом, в случаях проведения процедур пациентам с инфекционными заболеваниями дыхательных путей, распространяющимися воздушно-капельным путём, существует высокий риск заражения врача ультразвуковых исследований.

Целью работы был анализ средств индивидуальной защиты персонала, участвующих на этапе УЗИ-диагностики и факторы риска заражения персонала COVID- 19.

Материалы и методы исследования. Анализировались Постановления Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан, клинические протоколы по COVID- 19 на предмет рекомендаций по мерам безопасности персонала, участвующих в обслуживании пациентов [8].

Изучались разработанные стандарты и положения ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №3» г.Нур-Султан по обеспечению инфекционной безопасности медработников, участвующих в УЗИ- диагностики. Также была проведена оценка видов средств индивидуальной защиты (СИЗ), которые применяли в клинике для защиты персонала, работающих в УЗИ кабинете.

Результаты и их обсуждение. Ведение пациентов в период вспышки COVID-19 требовало использование протокола сортировки для стратификации риска COVID-19, используя такие вопросы как: была ли у Вас температура (> 37,5°C), кашель, боль в горле или проблемы с дыханием за последние 14 дней? был ли у вас в семье случай заражения, близкий контакт с потенциально возможным или подтвержденным носителем COVID-19? вы приехали из районов повышенного риска заражения COVID-19? на основании этого предварительного опроса пациенты могут быть классифицированы на группы низкого, среднего и высокого риска, которые требуют применения различных мероприятий по профилактике распространения инфекции.

Основные виды СИЗ, которые использовали в клинике представлены в таблице, согласно руководству по профилактике распространения COVID-19, УЗИ специалисты осуществляют работу с средствами индивидуальной защиты включающих комплект уровня защиты №3, т.е. максимальный.

Таблица - Перечень СИЗ медработников учачтвующих в УЗИ диагностике многопрофильной городской больницы №3.

№	профессия	Вид СИЗ	модификация	Кратность выдачи
1.	Специалисты УЗИ кабинета	комплекты СИЗ, обеспечивающее уровень защиты №3, максимальный:	➢ медицинская шапочка одноразовая ➢ фильтрующий респиратор с принудительной подачей воздуха (PAPR) ➢ одноразовый водостойкий защитный халат с косынкой, ➢ нитриловые/латексные перчатки 2 пары, ➢ сапоги;	каждые 4 часа

Процесс соблюдения мер безопасности включал и дезинфекционные мероприятия: генеральная уборка по типу заключительной, дезинфицирующим раствором при вирусной этиологии Фармдезин-амино 0,25%, орошение с экспозицией на 30 минут, кварцевание 30 минут и проветривание 15 минут.

Дезинфекция УЗИ оборудования должны обрабатываться в соответствии с установленными стандартами. Для обработки использовались сертифицированные средства, обладающие бактерицидным, микобактерицидным, фунгицидным, а также вирулицидным действием. В этой связи обучение и дополнительный инструктаж медицинского персонала, осуществляющего обработку УЗИ оборудования, является важным мероприятием в борьбе с распространением вирусных инфекций.

Клиника разработала правила, алгоритмы и схема оповещения при выявлении больного с подозрением на короновирусную инфекцию карантинные и особо опасные инфекции (КиООИ). С сотрудниками была проведена санитарно-просветительная и разъяснительная работа с полным охватом всех сотрудников, по технике инфекционной безопасности, по соблюдению противоэпидемического режима с проведением практических занятий, по правилам эпидемиологической и биологической безопасности, по профилактике коронавирусной инфекции COVID-19, соблюдение рекомендаций по использованию и утилизации средств индивидуальной защиты при коронавирусной инфекции - COVID-19; инструкция по проведению профилактических дезинфекционных мероприятий в целях предупреждения распространения COVID-19; инфекционная безопасность медицинского персонала по профилактике и

предупреждению распространения COVID-19, по вопросам эпидемиологии, клинических проявлений, диагностики COVID-19; зонирование и режим работы в целях предотвращения заражения медицинских работников COVID-19 с учетом инфекционной опасности на «грязную» и «чистую» зоны.

Важным была обработка помещений, которое включало очистку всех поверхностей от загрязнений и биопленки с последующей дезинфекцией в соответствии с утвержденными стандартами.

Процедура УЗИ диагностики требует соблюдения всех защитных мер, начиная с организации мер безопасности в медучреждении, но и мер профилактики и защиты пациентов и персонала.

Известно, что коронавирус стабилен в кале и моче не менее 1–2 дней, поэтому все поверхности являются потенциальным источником заражения. В этой связи в случае проведения процедуры пациентам со средним или высоким риском инфицирования COVID-19 все поверхности помещения, которые касаются руками (например, тумбочки, перила кровати), оборудование и пол следует рассматривать как потенциально загрязненные и были тщательно дезинфицированы по завершению каждого проведенного исследования.

Огромное значение имеет тщательное соблюдение регламентированных правил, направленных на инфекционную безопасность, поскольку только максимально ответственный подход к профилактике распространения вируса, а также общие усилия, прилагаемые каждым врачом без исключения, позволят создать прочный барьер против коронавирусной инфекции.

Практика показала, что риск инфицирования медицинского персонала существует не только при проведении УЗИ процедур, но и в период инкубационного периода у бессимптомных пациентов.

Инфицирование работника УЗИ диагностики возможно при неправильном использовании медицинских (или хирургических, или лицевых) масок, которые неплотно прилегают, которые в силу своей конструкции не фильтрует воздух и не задерживает мелкие частицы, которые могут передаваться при кашле, чихании или некоторых медицинских процедурах, и, соответственно, не способна обеспечить полную защиту от микроорганизмов и других загрязнений.

В этом плане, защита органов дыхания эффективнее при использовании респираторов, которые предохраняют человека от потенциально опасных частиц, появляющихся в рабочей среде. Респираторы N95/FFP2/FFP3 обеспечивают плотное прилегание к лицу, а края респиратора предназначены для формирования изолированного пространства вокруг носа и рта, что обеспечивает эффективную фильтрацию микрочастиц (до 0,3 микрон) (рисунок).

ВОЗ рекомендует защиту органов дыхания сотрудников медицинских учреждений с использованием стандартной медицинской маски. Это означает, что весь персонал, даже не имеющий непосредственно тесного контакта с пациентами (ответственные за дезинфекцию УЗИ аппарата и т.д.), должен постоянно носить медицинскую маску во время пребывания в больнице.





Рисунок - Комплект СИЗ УЗИ врача.

Всему персоналу подразделения следует соблюдать стандартные меры предосторожности для профилактики распространения инфекции. Рекомендуется поддержание разумной дистанции с пациентом в течение всех процедур, проводимых до начала вмешательства (под информированного согласия, регистрация показателей жизненно важных функций, инструктирование пациента, и т.д).

Необходимо в обязательном порядке обрабатывать руки с антибактериальным мылом, кожным антисептиком до и после всех взаимодействий с пациентом, контактом с потенциальными источниками инфекций, а также перед надеванием и снятием СИЗ, включая перчатки. Важно также соблюдение требований по одеванию и снятию СИЗ, так как удаление СИЗ после проведения манипуляций является ключевой и важной частью всей процедуры и требует тщательного проведения для предотвращения заражения, поскольку СИЗ могут быть контаминированы инфекционными агентами.

Таким образом, обеспечение безопасности процедур УЗИ диагностики требует соблюдения комплекса мероприятий, включающих дезинфекцию помещений и оборудования, технику инфекционной безопасности и противоэпидемического режима, с укомплектацией всего медперсонала средствами индивидуальной защиты по требуемому перечню и кратности их замены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Версия № 6 от 28.04.2020. https://base.garant.ru/73964533.*
2. *Клинические рекомендации. «Внебольничная пневмония». 2018. http://spulmo.ru/obrazovatelnye-resursy/federalnye-klinicheskie-rekomend atsii/*
3. *World Health Organisation. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report. 2020. https://www.who.int/emergencies/ diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports*
4. *Ong S. W. X., Tan Y. K., Chia P. Y. et al. Air, surface, environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient // J. Am. Med.l Association. – 2020. – Vol. 323, № 16. – P. 1610–1612.,*
5. *World Health Organization. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected Interim guidance. 2020. https://apps.who. int/iris/handle/10665/331495.*
6. *Старостин Д.О., Кузовлев А.Н. Роль ультразвукового исследования легких при COVID-19\\ Messenger of Anesthesiology and Resuscitation, Vol.17, No.4, 2020.- с.23-30.*
7. *Chen Y, Liu Q, Guo D., " Emerging coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis.," Journal of Medical Virology, p. 92(4):418-423, 2020.*
8. *Протокол №102 Клинический протокол диагностики и лечения коронавирусная инфекция COVID-19 от «29» июня 2020г.*

Автор для корреспонденции: Мусина А. – профессор, НАО «Медицинский университет Астана», aiman_m-a@mail.ru

VALEO

УДК: 616.728.3-018.598-089

Р.Н. АЖИКУЛОВ, Н.М. АСАНОВ, М.М. ТУСУПЖАНОВ, А.Б. КАЗБЕКОВ
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
НИИ травматологии и ортопедии

ЛЕЧЕБНАЯ САНАЦИОННАЯ АРТРОСКОПИЯ ПРИ ПОДАГРИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Аннотация:

В статье представлены оперативные методы лечения повреждений хрящевых тканей коленного сустава, повреждение менисков, блокады сустава, синовит. Авторами рассматриваются современные артроскопической методы оперативного лечения повреждений суставного хряща, менисков при споутсвующей подагрической артропатией.

В основу работы положены результаты хирургического лечения больных в отделении артроскопии и спортивной травмы Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (НИИТО), которым в период с 2017 по 2019 год была выполнена артроскопия коленных суставов с такими диагнозами, как: повреждение менисков, механического припядстия, нарушение фукнции суставов, синовит, блокада сустава, остеоартроз коленных суставов 1-3 степеней. При артроскопии коленных суставов интероперационно определялись признаки подагрической артропатии.

Артроскопический метод лечение при подагрической артропатии является высоко эффективной , снимает болевой синдром, замедляет дальнейшее разрушение хрящевых тканей, приостанавливает увеличение дефекта хряща и прогрессирование воспалительного процесса внутрисуставных структур, удаляет значительную часть кристаллов моноурата натрия (МУН).

Ключевые слова: синовит, подагрическая артропатия, остеоартроз, коленный сустав, хрящевые ткани, блокада сустава, повреждение мениска.

Р.Н.АЖИКУЛОВ, М.М.ТҮСҮПЖАНОВ, Н.М.АСАНОВ, А.Б.ҚАЗБЕКОВ
Травматология және ортопедия ғылыми зерттеу институты

ТІЗЕ БУЫНЫНЫҢ ПОДАГРАЛЫҚ АРТРОПАТИЯСЫН ЕМДЕУ МАҚСАТЫНДАҒЫ САНАЦИЯЛЫҚ АРТРОСОКПИЯ ЖҮРГІЗУ

Мақалада тізе буыны шеміршек тіндерінің зақымдануы, мениск зақымдануы, буынның блокадасы, синовит емдеудің жедел әдістері келтірілген. Авторлар буын шеміршектерінің жараларын, хирургиялық емдеудің заманауи артроскопиялық әдістерін, қосалқы подагралық артропатиясымен бірге жургендегі емді қарастырады.

Жұмыстың негізіне Травматология және ортопедия ғылыми-зерттеу институтының (ТОҒЗИ) «Артроскопия және спорт жарақаттары» бөлімшесінде науқастарды хирургиялық емдеу нәтижелері алынды. Бөлімшеде 2017-2019 жылдар аралығында келесі диагноздар: шеміршектің зақымдануы, синовит, тізе буындарының 1-3 дәрежелі остеоартрозы; әр түрлі уақыт аралығында болған буынішілік құрылымдардың дегенеративті-дистрофиялық өзгерістері, мениск зақымы, буын блокадасы, синовит болуы бойынша тізе буындарының артроскопиясы жасалған. Тізе буындарының артроскопиясы подагра артропатиясының белгілерін интероперативті түрде анықтады. Подагра артропатиясын емдеудің артроскопиялық әдісі өте тиімді, ауырсынуды жеңілдетеді, шеміршекті тіндердің одан әрі жойылуын бәсеңдетеді, шеміршек ақауларының көбеюін және буын ішілік құрылымдардың қабыну процесінің дамуын тоқтатады, натрий монураты кристалдарының (MUN) едәуір бөлігін алып тастайды.

Түйінді сөздер: подагра, артрит, синовит, тізе буыны артроскопиясы, мениск зақымы, буын блокадасы.

AZHIKULOV R.N., M.M. TUSSUPZHANOV, N.M. ASSANOV, A.B. KAZBEKOV
Scientific-Research Institute of Traumatology and Orthopedics

THERAPEUTIC DEBRIDEMENT ARTHROSCOPY FOR GOUTY ARTHROPATHY KNEE JOINT

The article presents surgical methods for the treatment of damage to the cartilaginous tissues of the knee joint, damage to the menisci, blockade of the joint, synovitis. The authors consider modern arthroscopic methods of surgical treatment of injuries of the articular cartilage, menisci with sputtering gouty arthropathy.

The work is based on the results of surgical treatment of patients in the Department of Arthroscopy and Sports Trauma of the Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics (NIITO), which in the period from 2017 to 2019 underwent arthroscopy of the knee joints with such diagnoses as: damage to the menisci, mechanical obstruction, violation of the function of the joints, synovitis, joint blockade, osteoarthritis of the knee joints of 1-3 degrees;

Arthroscopy of the knee joints interoperatively determined the signs of gouty arthropathy. The arthroscopic method of treatment for gouty arthropathy is highly effective, relieves pain, slows down further destruction of cartilage tissues, stops an increase in cartilage defect and progression of the inflammatory process of intra-articular structures, removes a significant part of sodium monourate crystals (SUN).

Key words: synovitis, gouty arthropathy, osteoarthritis, knee joint, cartilage tissue, joint blockade, meniscus injury.

Артроскопия является не только диагностическим, но и важным лечебным методом, при котором можно определить ту или иную тактику дальнейшего лечения пациента. Артроскопическая ревизия коленного сустава при дегенеративно-дистрофических и хронических воспалительных заболеваниях позволяет уменьшить степень болевого синдрома и воспалении мягких тканях в суставах, снижению риска осложнений в послеоперационном периоде [1,2].

Метод артроскопического оперативного лечения достаточно широко применяется клинической практике в травматологии и артрологии. Отличительной особенностью этого метода являются малоинвазивность, высокая информативность диагностики в 90-100% позволяет уточнить область поражения, характеризовать патологию внутрисуставных структур и повреждения капсульно-связочного аппарата и установления характера и степени сопутствующих внутрисуставных повреждений [3,4,5].

Принципы оперативного вмешательства на фоне дегенеративно-дистрофических и воспалительных заболеваниях коленного сустава заключается в следующем: экономный дебридмент сустава, включающий удаление нестабильных элементов сустава (поврежденные мениски, элементы передней крестообразной связки, хондромные тела, свободные края дефектов хряща), резекцию жирового тела при ее гиперплазии, рассечение утолщенных, склерозированных синовиальных складок. Дебридмент сустава выполняется кусачками, артроскопическими скальпелями, рашпилями, ротационным ножом артрошейвером. Заканчивается артроскопия обильным промыванием сустава жидкостной средой в объеме не менее 5 литров. Результаты артроскопического дебридмента коленного сустава варьируют в широких пределах от эффективности вмешательств к положительным [5,6,7,8,9].

У пациентов с подагрической артропатией применение артрошейверной установки и ВАПр система позволяет не только активно промыть полость сустава несколькими литрами жидкости, но и удалить значительную часть кристаллов моноурата натрия (МУН) [10,11].

Целью нашего исследования было изучение эффективности артроскопической санации у пациентов с подагрической артропатией коленного сустава.

Материал и методы: Нами с 2014 по 2019гг. в отделение артроскопии и спортивной травмы были выполнены артроскопические санации коленного сустава по поводу подагрической артропатии у 26 пациентов, в 17 случаях диагноз подагры был поставлен артроскопически при клиническом диагнозе остеоартрозе и моносиновита неясного генеза.

Из них 10 мужчин,16 женщин. Возрасты больных были от 16 до 59 лет. Пациенты в возрасте до 45 лет - 3, старше 45 лет - 13. Длительности заболевания больных от 3-4 месяцев до 10 лет, получивших амбулаторное - консервативное лечение с кратковременным положительным эффектом.

Все больные лечились медикаментозной терапией (НПВП, обезболивающие, сосудистые препараты, хондропротектры и базисные лечения для остеоартроза, синовита). Показаниям артроскопии коленного сустава на фоне дегенеративно-дистрофических изменениях и воспалений служили – в анамнезе длительное заболевании синовитом, остеоартрозом, незначительные нарушения функции сустава, воспалительные заболевания и болевой синдром, не поддающийся на медикаментозном лечении, повреждение мениска, остеоартроза 1-2ст изменения в виде - неравномерность повреждения хрящевой ткани различных зон сустава, изношенность суставных поверхностей, ворсинчатое разрастание синовиальной оболочки.

Во время артроскопической ревизии полости сустава при подагре были отложения уратов, которые на синовиальной оболочке и суставном хряще располагаются диффузно в виде мелкоточечных бляшек ярко-белого цвета, выступающих над поверхностью (рис1).

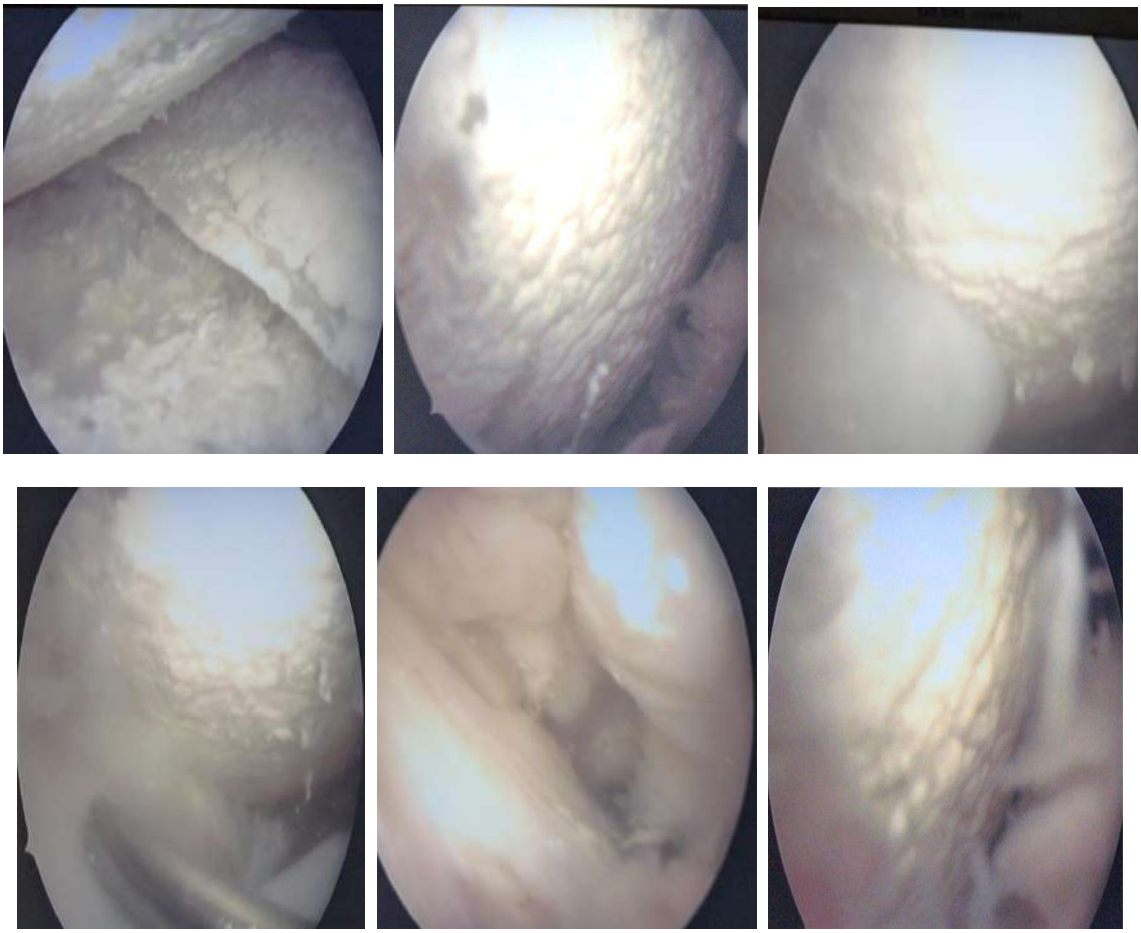


Рисунок 1. Артроскопическая картина при подагре (отложения кристаллов мочевой кислоты по всей суставной поверхности коленого сустава)

По длительности заболевания уратов, могут практически сплошным слоем покрывать суставную поверхность, а также могут располагаться в краевых отделах менисков. Отложения уратов имеют довольно мягкую консистенцию и не проникают в глубь суставного хряща, что определил методику выполняемой лечебной артроскопии при данном заболевании. Также конгломераты кристаллов уратов могут достигать сравнительно больших размеров и располагаться в полости сустава в виде свободных внутрисуставных тел. Оперативное вмешательство завершалось промыванием сустава физиологическим раствором и наложением кожных швов на артроскопические доступы.

В послеоперационном периоде больным после ходьбы на костылях с дозированной опорой разрешалась до 4-5 суток, а тем, у кого выраженные воспалительные процессы хряща в виде набухания, разволокнении и трещины, доходящие до субхондральных костей, с дозированной опорой разрешалась до 21-22 суток. С целью предупреждения гипотрофии мышц и развития контрактуры со 2-го дня проводилось изометрическое сокращение четырехглавой мышцы бедра, а с 5-7 дня активные движения в коленном суставе. Средний срок стационарного лечения составил 7-10 дней.

Результаты исследования и их обсуждение: В наших исследованиях изменения синовиальной оболочки были выраженной без ворсинковой гиперплазией, иногда затрудняющей визуализацию и еще отмечалась насыщенная гиперемия с не выраженными сосудистым рисунком. Суставной хрящ, если не поражен возрастными или посттравматическими дегенеративными изменениями или тотальную хондропатию, одинаково выраженную на участках, несущих отложения и свободных от последних. Отмечались с увеличением продолжительности заболевания увеличивается площадь отложений на суставном хряще, в то время как вид отложений на синовиальной оболочке остается постоянным мелкоточечным. Хорошие исходы получены у 16 больных (%), удовлетворительные – у 8 (%), неудовлетворительный – у 1 (%), (сохранялся болевой синдром, ограничение объема движений в коленном суставе, остеофиты).

Заключение. На основании наших наблюдений мы предполагаем, что подагрическое поражение способствует дегенерации суставного хряща, но не является ее определяющим фактором, степень хондропатии не определяется длительностью заболевания. Механизмом накопления уратов в суставе

посредством фильтрации мочевой кислоты из крови при образовании синовиальной жидкости, это трудно объясняется. По-видимому, отложения уратов на синовиальной оболочке являются процессом постоянным и динамическим, в то время как суставной хрящ' конечная стадия внутрисуставного движения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Козел, Н.П. К вопросу о расширении показаний для артроскопии у больных с посттравматическим гонартрозом 1-2 ст. [Текст]/ Н.П. Козел, В.А. Мальчевский // Вестник новых медицинских технологий. – 2009. – № 2. – С. 78-84.*
2. *Краснов, А.Ф. К вопросу о нестабильности коленного сустава [Текст]/ А.Ф. Краснов, А.П. Чернов, Г.П. Котельников // Современная медицина. – 1989. – № 12. – С. 108-112.*
3. *Филиппов, О.П. Артроскопия при внутренних повреждениях коленного сустава [Текст]/ О.П. Филиппов, М.А. Малыгина // Повреждения коленного сустава: Материалы городского семинара. – М., 1996. – С. 27-32.*
4. *Бадокин, В.В. Значение воспаления в развитии и течении остеоартроза [Текст]/ В.В. Бадокин // Consilium medicus. –2009. – № 11. – С. 91-95.*
5. *Раймагамбетов, Е.К. Способ хирургического лечения остеоартроза коленного сустава [Текст]/ Е.К.Раймагамбетов // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные аспекты неспецифических воспалительных заболеваний суставов». – Хмельницкий, 2007. – С. 256-258.*
6. *Горячев, А.Н. Клиника, диагностика и оперативное лечение деформирующего артроза коленных суставов : Метод. рекомендации / А.Н.Горячев, В.А. Драчевский. – М., 1984. – 12 с.*
7. *Rand, J. Role of arthroscopy in osteoarthritis of the knee / J. Rand // Arthtoscopy. – 1991. – Vol. 7. – P.: 358-363.*
8. *A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee [Text]/ [J.A. Moseley, K. O'Malley, N.Petersenet al.] // New Engl. J. Med. – 2002. – Vol. 347. – P. 81-88.*
9. *Long-term follow-up [Text]/ [J. Timoney, J.Kneisl, R.Barrack et al.] // Orthop. Review. – 1990. – Vol. 19. – P.: 371-373.*
10. *Garcı´a, A.J. Chondrocyte phenotypes on different extracellular matrix monolayers [Text]/ A.J. Garcı´a, M.E. Levenston // Biomaterials.– 2004. – Vol. 25. – P.:5929.*
11. *Watanabe, M. Atlas of arthroscopy [Text]/ M.Watanabe, S.Takeda, H. Ikeuchi. – Springer, Heidelberg. – 1979. – 284 p.*

VALEO

УДК: 616.728.3-018.598-089

АЖИКУЛОВ Р.Н., АСАНОВ Н.М., КАЗБЕКОВ А.Б., ТУСУПЖАНОВ М.М.
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

РЕПАРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ХРЯЩЕВЫХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ ОСТЕОАРТРОЗА

Аннотация:

В статье представлены оперативные методы лечения повреждений хрящевых тканей коленного сустава. Авторами рассматриваются современные артроскопической методы оперативного лечения повреждений суставного хряща вне зависимости от характера и давности повреждений.

В основу работы положены результаты хирургического лечения больных в отделении артроскопии и спортивной травмы Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (НИИТО), которым в период с 2017 по 2019 год была выполнена артроскопия коленных суставов с такими диагнозами, как: повреждение менисков, синовит, остеоартроз коленных суставов 1-3 степеней; наличие изолированных и диффузных дефектов хрящевых тканей мыщелков бедренной и большеберцовой костей, вызванных дегенеративно–дистрофическими изменениями внутрисуставных структур различной давности. Применение туннелизации субхондральной кости при дефектах суставного хряща, когда мозаичная пластика противопоказана, при наличии выраженных ночных болей, болей в покое по ходу бедренной и большеберцовой костей не только снимает болевой

синдром, но и замедляет дальнейшее разрушение хрящевых тканей, приостанавливает увеличение дефекта хряща и прогрессирование воспалительного процесса внутрисуставных структур.

Ключевые слова: остеоартроз, коленный сустав, остеоартрит, хрящевые ткани.

Р.Н.АЖИКУЛОВ, Н.М. АСАНОВ, А.Б. ҚАЗБЕКОВ, М.М. ТҮСҮПЖАНОВ
Травматология және ортопедия ғылыми зерттеу институты.

ОСТЕОАРТРОЗ НЕГІЗІНДЕ ШЕМІРШЕК ТІНДЕРІНІҢ АҚАУЛАРЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУДІҢ РЕПАРАТИВТІ ӘДІСТЕРІ

Мақалада тізе буыны шеміршек тіндерінің зақымдануын емдеудің жедел әдістері келтірілген. Авторлар зақымданудың сипаты мен ұзақтығына қарамастан, буын шеміршегінің зақымдануын хирургиялық емдеудің заманауи артроскопиялық әдістерін қарастырады.

Жұмыстың негізіне Травматология және ортопедия ғылыми-зерттеу институтының (ТОҒЗИ) «Артроскопия және спорт жарақаттары» бөлімшесінде науқастарды хирургиялық емдеу нәтижелері алынды. Бөлімшеде 2017-2019 жылдар аралығында келесі диагноздар: шеміршектің зақымдануы, синовит, тізе буындарының 1-3 дәрежелі остеоартрозы; әр түрлі уақыт аралығында болған буынішілік құрылымдардың дегенеративті-дистрофиялық өзгерістерінен туындаған жамбас және асықты жілік сүйектерінің шеміршек тіндерінің оқшауланған және диффузды ақауларының болуы бойынша тізе буындарының артроскопиясы жасалған. Мозаикалық пластика қарсы болып табылатын буын шеміршегі ақауларында, қатты түнгі ауырсыну, демалу кезінде жамбас және асықты жілік сүйектер бойымен ауырсыну кезінде субхондральды тунелизацияны қолдану ауырсыну синдромын жеңілдетіп қана қоймайды, сонымен қатар шеміршек тіндерінің одан әрі бұзылуын баяулатады, шеміршек ақауының ұлғаюын және буынішілік құрылымдардың қабыну процесінің дамуын тоқтатады, ауырсыну синдромын жеңілдетеді.

Кілт сөздер: остеоартроз, тізе буыны, остеоартрит, теміршек тіндері.

AZHIKULOV R.N., N.M. ASANOV, A.B. KAZBEKOV, M.M. TYSYPZHANOV
Scientific-Research Institute of Traumatology and Orthopedics.

REPARATIVE METHODS OF RESTORATION OF CARTILAGE TISSUE DEFECTS ON THE BACKGROUND OF OSTEOARTHRITIS

The article presents surgical methods for the treatment of knee cartilage injuries. The authors considers modern arthroscopic methods of surgical treatment of articular cartilage damage, regardless of the nature and duration of the damage.

The work is based on the results of surgical treatment of patients in the Department of arthroscopy and sports injury of the Scientific-Research Institute of Traumatology and Orthopedics (SRITO), who in the period from 2017 to 2019 underwent arthroscopy of the knee joints with such diagnoses as: meniscus damage, synovitis, osteoarthritis of the knee joints of 1-3 degrees; the presence of isolated and diffuse defects in the cartilage tissues of the femoral and tibial condyles caused by degenerative-dystrophic changes in intra–articular structures various years ago. When articular cartilage defects, in which the mosaic is contraindicated plastic, in the presence of significant night pain, pain at rest in the course of the femur and tibia application of tunnelization subchondral bone not only relieves pain, but further slows down the destruction of cartilage, stops the increase of the defect of cartilage and progression of the inflammatory process the intra-articular structures, relieves pain.

Key words: osteoarthrosis, knee joint, osteoarthritis, meniscus, cartilaginous tissue

Введение. Восстановление целостности поврежденного суставного хряща остается одной из сложных и до конца не решенных проблем в травматологии и ортопедии. Травма редко является причиной изолированных локальных дефектов суставного хряща. В большинстве случаев внутрисуставные переломы, травматические вывихи, нестабильность сустава и даже минимальная травма с явлением синовита ведут к повреждениям хрящевых тканей [1].

Как известно, в нормальных суставах хрящ обеспечивает гладкую несущую поверхность, позволяющую суставу свободно двигаться. Поскольку в хрящевой ткани нет сосудов и мало клеток, непроникающие дефекты хряща плохо восстанавливаются, потому что не происходит мобилизации хондроцитов в непосредственной близости от места повреждения и недоступны клетки-предшественники из костного мозга. Поэтому, после повреждения, хрящ лишен способности нормально регенерировать, что в конечном итоге может привести к его дегенерации и развитию остеоартрита [2].

Частота остеоартроза увеличивается с возрастом, до 50-летнего возраста заболеваниее преобладают у мужчин, после 50 лет чаще наблюдается у женщин[3,4], у мужчин молодом и среднем возрасте это связано: интенсивная спортивная активность, профессиональная патология, дорожно - транспортным травматизм, травмы, микротравмы, последствия травмыъ, курение; у женщин:- постменопаузальный синдром, применение гормональной заместительной терапии, пожилой возраст, низкая минеральная плотность костной ткани, слабость тонус мышц конечностей, низкое потребление витамина С и D, вялотекущий синовит.

Ведущим фактором прогрессирующей деструкции суставного хряща являются хондротоксические протеины, высвобождаемые (продуцируемые) синовиальной мембраной при ее воспалении. Процесс усугубляется функциональными нарушениями на фоне болевого синдрома и ограничением перфузии [5,6].

В случаях первичного распространенного остеоартроза, изолированное лечение дефектов хряща будет иметь минимальный успех. Повреждения, распространяющиеся до субхондральной кости, обычно заживают, как воспалительные процессы [7,8], однако для выхода в дефект мезенхимальных стволовых клеток необходимо обнажение субхондральной кости[9].

Мезенхимальная стимуляция у больных с тяжелыми степенями артроза не выполняется из-за выраженных изменений в смежных с суставом участках костной ткани. Выполняется лишь внесуставная перфорация субхондральных отделов большеберцовой кости [10]. При этом ряд авторов [Y.H. Hsu, W.Y. Chen, H.C. Lin [et al.], указывают на возможность ухудшения состояния сустава после операции, причем подобное осложнение встречается в 6-7% случаев [11], но может достигать 13% [12], поэтому вмешательство должно применяться с особой осторожностью.

Применяющиеся хирургические методы, направленные на стимуляцию регенерации хрящевой ткани в поврежденном суставе, такие, как множественные микроперфорации суставной поверхности, абразия и микропереломы, могут обеспечить уменьшение внутрикостного давления, снижение болевого синдрома, избавляя больных от ночных болей и болей в покое [13] но, не могут обеспечить полного и устойчивого излечения осложнений [14].

Микроперфорации, микропереломы и артрошейвирование субхондральной пластины вокруг дефекта хрящевой ткани стимулирует образование хрящевых тканей, это происходит за счет миграции примитивных мезенхимальных клеток из поврежденных субхондральных кровеносных сосудов на поверхности кости с их последующей дифференциацией в хондробласты и хондриты [13]. Эти клетки обладают способностью к дифференцировке в хрящ и поверхность субхондральной кости покрывает фиброзная ткань. Дефект заполняется фиброзной тканью, которая обладает наименьшими мета-болическими и биомеханическими свойствами в сравнении с гиалиновым хрящом. Фиброзный хрящ не способен противостоять механическим нагрузкам, возникающих в зонах контакта суставных поверхностей, и со временем подвергается дегенеративным изменениям [15] но, замедляют дальнейшего разрушения хрящевых тканей, приостанавливает увеличение дефекта хряща и прогрессирование воспалительного процесса внутрисуставных структур, снимают болевого синдрома.

Цель исследования – изучение эффективности репаративных медов лечение и привлечь внимание к проблеме восстановление дефектов хрящевых тканей оперативного лечения упациентов среднего и молодого возраста с остеоартрозом коленного сустава.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты хирургического лечения больных в отделении артроскопии и спортивной травмы Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (НИИТО), которым в период с 2017 по 2019 год была выполнена артроскопия коленных суставов с такими диагнозами, как: повреждение менисков, синовит, остеоартроз коленных суставов 1-2 степеней; наличие изолированных и диффузных дефектов хрящевой ткани мыщелков бедренной и большеберцовой костей, вызванных дегенеративно–дистрофическими изменениями внутрисуставных структур различной давности.

В наше исследование были включены 60 (100%) пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями внутрисуставных структур (повреждение мениска, синовит, остеоартроз 1-3степении, за исключением пациентов с травматическими повреждениями капсульно-связочного аппарата без остеоартроза (повреждение крестообразных, медиальной и латеральной боковых связок, капсулы) коленного сустава.

Возраст пациентов варьировал от 40 до 68 лет, 35-45 лет – 28 (46,7%), 46-60 лет – 25(41,6%), старше 61 лет – 7 (11,7%) пациентов. Средний возраст пациентов составил 41,3±1,2 лет. Среди них, мужчин – 36 (60,0%), женщин – 24 (40,0%).

Соотношение лиц женского и мужского пола составило 1:1,5. Преобладание доли мужчин объясняется молодым возрастом. Это связано с тем, что мужчины молодого возраста активно занимаются тяжелым физическим трудом (строительные, сельскохозяйственные работы, управление тяжелых транспортным средством, интенсивные занятия спортом).

Причиной обращения за медицинской помощью являлись наличие болевого синдрома, нарушение функции сустава, наличие синовита, отсутствие эффективности консервативного лечения. В анамнезе 39 (61,5%) пациентов имела место травма коленного сустава, 21 (38,5%) пациентов отрицали травму сустава, появление боли не связывали с какими- либо причинами.

Показания к репаративным методам восстановления хряща:

В ходе выполнения работы, для абразивной хондропластики, микроперфорации и микропереломы больных с локальным дефектом хрящевой ткани на фоне гонартроза нами

выставлялись следующие показания:- средний и молодой возраст пациентов;

- возможность исключения осевой нагрузки в течение 6-8 недели после операции.

- наличие подвижных, разволокненных, лоскутно отслаивающихся суставных хрящей, которые могут вызвать блокировку сустава или являться источником образования хондромных тел;

- сглаживание краев обширных дефектов с целью приостановления дальнейшего разрушения хряща;

- наличие дефекта хряща, если имеются противопоказания к мозаичной хондропластике;

- наличие сильных болей в ночное время и болей в покое по ходу бедренной и большеберцовой костей.

Оперативное лечение.

Мы выполняли абразивную хондропластику во время артроскопии коленного сустава. Резекцию грубо разволокненной и лоскутное отслаивающейся хрящевой ткани производили при помощи артрошейвера, кусачками. При этом экономно удаляли патологически измененные хрящевые ткани, максимально сохраняли плотно покрывающие субхондральную кость. Обработку субхондральной кости в области дефекта проводили при помощи артрошейвера до появления капиллярного кровотечения.

Для микроперфорации или микропереломов субхондральной кости мыщелков бедренной и большеберцовой костей применяли спицу Кришнера с диаметром 2-3 мм или шило (хирургической инструмент, представляющий собой заостренный стержень с ручкой для безмолоткового долбления костей) под артроскопическим контролем, формировали отверстия в зоне дефекта хряща, размер отверстия со спицей Кришнера составлял 3-5 мм, при этом спицу вводили в кость на глубину 3-4 см или до появления кровотечения; при работе шилом размер отверстий составлял до 6-7 мм, расстояние между отверстиями до 2-3мм, использовалась ударная методика, электродрель не использовалась из-за риска формирования ожога хрящевой и костной тканей.

Иммобилизация коленного сустава в послеоперационном периоде не проводилась. В послеоперационном периоде пациенты пользовались костылями. Осевая нагрузка была исключена на срок до 6-8 недель. Дозированная нагрузка оперированной конечности массой тела разрешалась с 6 недели, а полная нагрузка – с 8-й недели.

Комплекс лечебной гимнастики был направлен на тренировку мышц нижней конечности, восстановление и укрепление четырехглавой мышцы бедра и проводился всем больным с первых суток после операции под контролем методистов.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивались по шкале ВАШ, получивших оперативное лечение, наблюдалось снижение болевого синдрома с 10 баллов до 3 баллов после 1-2 месяца, причем наибольший эффект с уменьшением оценки по ВАШ на 3 балла был достигнут через 4-5 недель с момента операции.

Оценка результатов лечения пациентов по шкале Лекена, в послеоперационном периоде получены положительные результаты лечения, свидетельствующие о снижении болевого синдрома и улучшению функциональных возможностей коленного сустава. Положительная динамика показателей связана с уменьшением выраженности ночных болей и в покое по ходу бедренной и большеберцовой костей, остановкой дальнейшего разрушения хрящевой ткани и заполнением дефекта хряща фиброзной тканью.

Клинический пример. Пациентка С., 49 лет, поступила в нашу клинику с диагнозом: Повреждение медиального мениска, остеоартроз правого коленного сустава 2-3 ст., Жалобы на боль в течение 5-7 лет, появившиеся без видимых причин, факт травмы не отрицает. При пальпации отмечалась болезненность в проекции мыщелков бедренной и большеберцовой костей, компрессионные тесты на повреждение менисков были положительными. Движения в суставе в полном объеме, отмечалась боль при ходьбе. Выполнена ЯМРТ коленного сустава. Выявлены повреждение медиального мениска, явления остеоартроза, дефект хрящевой ткани медиального мыщелка бедра

Во время проведения артроскопии правого коленного сустава, диагноз, выставленный при ЯМРТ, подтвержден. Произведена операция 12.05.19 г. – арстроскопическая резекция медиального мениска, мезенхимальная стимуляция субхондральной кости медиального мыщелка бедренной кости. Под артроскопическим контролем проведена микроперфорация зоны дефекта хряща, на глубину 3-4 см или до появления кровотечения (рис. 1 а, б, в).

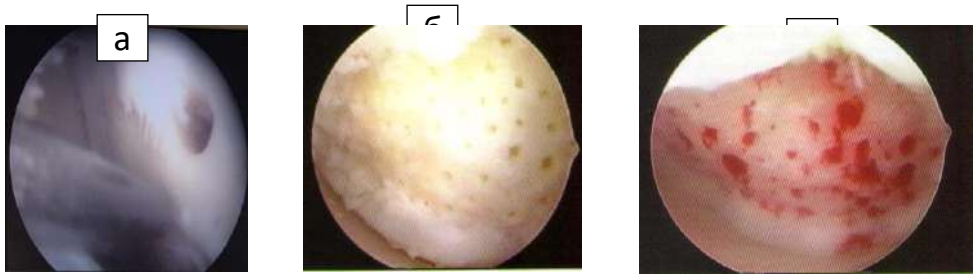


Рисунок 1. Артроскопическая картина микроперфорации в зоне дефекта хряща мыщелка бедра: а – формирование отверстий в зоне дефекта хряща; б – после формирование в зоне дефекта хряща мыщелка бедра; в – появление кровотечения из сформированных отверстий.

Заключение. Таким образом, при дефекте суставного хряща, при которых противопоказана мозаичная пластика, при наличии выраженных ночных болей, болей в покое по ходу бедренной и большеберцовой костей, применение туннелизации субхондральной кости не только снимает болевой синдром, но и замедляют дальнейшего разрушения хрящевых тканей, приостанавливает увеличение дефекта хряща и прогрессирование воспалительного процесса внутрисуставных структур, снимают болевого синдрома, естественно улучшает качество жизни пациентов. В послеоперационном периоде дает возможность вести больного без внешней иммобилизации и начать раннюю разработку коленного сустава.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Болобошко, К.Б. Современные тенденции в диагностике и лечении дефектов суставного хряща / К.Б. Болобошко, А.Н. Толстик // Новости хирургии. – 2009. – № 2. – Том 17. – С. 130-135.

2. Неверов, В.А. Опыт лечения гонартроза методом артроскопической санации сустава / В.А. Неверов, И.В. Ланкин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – Т. 169. – № 4. – С. 86-89.

3. Миронов, С.П. Хирургическая артроскопия коленного сустава у спортсменов / С.П. Миронов, М.П. Лисицын // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. – Сб. науч. трудов к 70-летию ЦИТО. – М., 1991. – С. 65-71.

4.Челнокова, Н.В. Артроскопия в диагностике и лечении свежих повреждений коленного сустава : автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.01.15 / Н.В. Челнокова. – Москва, 2011. – 19 с.

5.Ветриэл, В.Ш. Артроскопические методы лечения повреждений сумочно-связочного аппарата коленного сустава в остром периоде : автореф. дис. ... канд. мед.наук:14.00.22/В.Ш. Ветрилэ.– Москва, 2002. –22 с.

6. Peris P, Llena J, Moya F, Vilalta C, Macule F, Munoz-Gomez J. 1992;58:471–498.

7. Barrie HJ. The pathogenesis and significance of meniscal cysts. J Bone Joint Surg Br 1979; 61:184–9.

8. Autologous chondrocyte implanation compared with micro fracture in the knee : A randomized trial / [G. Knutsen et al.] // The Journal of Bone Joint Surgery. – 2004. – Vol. 86-A. – P.: 455-464.

9. Outcomes of mi его fracture for traumatic chondral defects of the knee : Average 11-year follow-up / [J. R. Steadman et al.] //Arthroscopy.–2003. – Vol.19. – P.: 477-484.

10. Analysis of Tibio femoral Cartilage Deformation in the Posterior Cruciate Ligament-Deficient Knee / [S. K. Van de Velde et al.] // The Journal of Bone Joint Surgery. –2009. –Vol.91-A. –N 1. –P.:167-175.

11. The effects of taping on scapular kinematics and muscle performance in baseball players with shoulder impingement syndrome/ Y.H. Hsu, W.Y. Chen, H.C. Lin [et al.]//J Electromyogr Kinesiol.–2009.–Vol.13.–P.:15-27.

12. Тутельян, С.К. Анатомо-функциональная оценка состояния нижних конечностей при остеоартрозе коленного и тазобедренного суставов : автореф. дис. ... канд. мед. наук :14.01.15 / С.К. Тутельян. – Москва, 1992. – 24 с.

13. Берглезов, М.А. Остеоартроз (этиология,патогенез) / М.А. Берглезов, Т.М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2006. – № 4. – С. 79-86.

14. Aderinto, J. Lateral release for patellofemeral arthritis / J. Aderinto, A.G. Cobb // Arthroscopy: rhe journal of arthroscopic and raleted surgeru. – 2002. – № 18. – P.: 64-68.

15. Fulkerson, J.P. Patellofermoral Pain Disordes: evaluation and management / J.P. Fulkerson // Journal of the American academy of orthropaedic surgeons. – 1994. – № 2. – P.: 124-132.

VALEO

УДК: 616 -009.12

ДАНИЯРОВА Ш.Б.-П., ЕРКЕБАЕВА С.К., САРИЕВ А.К., БЕКБАНОВ Ч.А., ДИХАНБАЕВА Г.А.
Оңтүстік – Қазақстан медициналық академия, Шымкент, Қазақстан.
"Неврология ғылыми орталығы" федералдық мемлекеттік бюджеттік мекемесі, клиникалық фармакокинетика зертханасы, Мәскеу, Ресей
Бейімделген спорт және спорттық сауықтыру орталығы
"Бірегей чемпион», Шымкент, Қазақстан.
Қ. А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Түркістан, Қазақстан

БАЛАЛАРДАҒЫ МИОГЕНДІК КОНТРАКТУЛАРДЫ ЕМДЕУДЕ КАРИПАИНДІ ҚОЛДАНУ

Түйіндеме:
Церебралды сал ауруы бар балалардағы қозғалыс бұзылыстарын қалпына келтірудің тиімділігі қазіргі таңдағы балалар неврологиясының өзекті мәселелерінің бірі болып табылады. Қозғалыс бұзылыстарының қайталама сипаты көбінесе баланың өсуі мен дамуы процесінде қалыптасады, ал уақтылы кешенді емдеу оңалту процесінің динамикасына оң әсер етеді, орындалу реттілігі оңалтудың тиімділігін арттырады.
Түйінді сөздер: оңалту, қозғалыс бұзылыстары, физиопроцедуралар, балалардың церебралды сал ауруы.

ДАНИЯРОВА Ш.Б.-П., ЕРКЕБАЕВА С.К., САРИЕВ А.К., БЕКБАНОВ Ч.А., ДИХАНБАЕВА Г.А.
Южно-Казахстанская Медицинская Академия, Шымкент, Казахстан
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный центр неврологии», лаборатория клинической фармакокинетики, Москва, Россия
Центр адаптивного спорта и спортивного оздоровления «Уникальный чемпион», Шымкент, Казахстан
Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А.Ясави, Туркестан, Казахстан

КАРИПАИН В ТЕРАПИИ МИОГЕННЫХ КОНТРАКТУР У ДЕТЕЙ

Эффективность восстановления двигательных нарушений у детей с ДЦП одна из актуальных проблем современной детской неврологии. Вторичный характер двигательных нарушений чаще всего формируется в процессе роста и развития ребенка, и своевременное комплексное лечение оказывает положительное влияние на динамику реабилитационного процесса, последовательность выполнения увеличивает эффективность реабилитации.
Ключевые слова: реабилитация, двигательные нарушения, физиопроцедуры, детский церебральный паралич.

DANIYAROVA SH.B.-P., YERKEBAYEVA S.K., SARIEV A.K., BEKMANOV C.A., DIKANBAEVA G. A.
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan
Federal state budgetary institution "Scientific center of neurology", laboratory of clinical pharmacokinetics, Moscow, Russia
Center for adaptive sports and sports improvement "Unique champion", Shymkent, Kazakhstan
International Kazakh-Turkish University named after H. A. Yasavi, Turkestan, Kazakhstan

CARIPAIN IN THE TREATMENT OF MYOGENIC CONTRACTURES IN CHILDREN

The effectiveness of motor disorders recovery in children with cerebral palsy is one of the most urgent problems of modern pediatric neurology. Secondary motor disorders are most often formed during the child's growth and development, and timely comprehensive treatment has a positive impact on the dynamics of the rehabilitation process, the sequence of implementation increases the effectiveness of rehabilitation.
Keywords: rehabilitation, motor disorders, physiotherapy, cerebral palsy.

Кіріспе. Церебралды сал ауруы бар балалардағы қозғалыс бұзылыстары бастапқы сипатқа ие және бұлшықет-тоникалық бұзылулармен байланысты, қозғалыс бұзылыстарының екіншілік сипаты баланың өсуі мен дамуы процесінде көбінесе моторлы-вегетативті сәйкессіздік аясында қалыптасады және контрактуралармен, деформациялармен және патологиялық қалыптармен сипатталады.

Қимыл функциясын қалпына келтірудің тиімділігі көбінесе ортопедиялық алдын-алу нәтижелеріне және контрактуралар мен деформацияларды ерте жоюға байланысты.

Мақсаты. БЦП диагнозы бар балаларда контрактуралар аймағына электрофорез жүргізу кезінде карипаиннің тиімділігін бағалау.

Әдістер мен материалдар. Зерттеуге қатысушылар: Зерттеуге 3-10 жас аралығындағы спастика аясындағы контрактуралар кезіндегі спастикалық дилогиясы бар 21 науқас қатысты. Науқастар өздігінен, бір қолға немесе екі қолға да сүйеу арқылы және тірекпен қозғалады. Олардың бастапқы қозғалыс үлгісі тізе буындарындағы жіліншіктің флексиясының ауытқуымен сипатталды (n = 21). Анықтамалық топты сау құрдастар құрады (n = 20, 7 ұл және 5 қыз).

Қосу критерийлері:

- К.А. Семеноваңың 1972 жылы КСРО Денсаулық сақтау министрлігі бекіткен церебральды сал ауруының формалары мен сатыларының жұмыс классификациясына сәйкес спастикалық диплегия түріндегі церебральды сал ауруының диагнозының критерийлеріне сәйкестігі;
- үлкен мотор функцияларын жіктеу жүйесі бойынша моториканың бастапқы жалпы деңгейі GMFCS — IV-ден төмен емес;
- науқастың ақыл-ой деңгейі қалпына келтіру процесіне белсенді қатысу үшін жеткілікті, ең алдымен әдіскердің нұсқауларын дұрыс орындау мүмкіндігі болуы керек;

Шегеру критерийлері:

- физиотерапияны қолдануға қарсы көрсетілімдердің болуы;
- анамнезінде фибротомия, ортопедиялық-хирургиялық және денервациялық нейрохирургиялық араласулардың болуы;
- имплантацияланған созылмалы эпидуральды электродтардың немесе баклофен сорғысының болуы;
- зерттеуге қосудан 1 ай бұрын ботулинді токсин препараттарын енгізу;

Пациенттердің бұл таңдауы бірнеше факторларға байланысты болды. Біріншіден, спастикалық диплегия — БЦП ең көп таралған түрі. Екіншіден, орташа ауырлықтағы аурудың барысы (GMFCS-I, GMFCS-II, GMFCS-III) церебральды сал ауруының осы түріне тән патологиялық қимыл стереотипінің қалыптасуымен сипатталады. Үшіншіден, аурудың ауыр ағымында жеке бұлшықет топтарының ерікті қозғалғыштығы мен серпімділігінің айтарлықтай ауырлығы антагонистік бұлшықеттердің белсенді қарсыласуының дамуына кедергі келтіруі мүмкін.

Зерттеу тобының 5 адамы (n = 21) өздігінен қозғалады (GMFCS-I, GMFCS-II), 11 — қолмен немесе таяқ тіреуімен (GMFCS-III), 5 адам - моторлы қозғалыс құралдарының көмегімен, өздігінен қозғалысы шектеулі (GMFCS-IV). Барлық науқастар стандартты ем алды: массаж, физиотерапия жаттығулары. Қосымша физиотерапиялық емге тек бұлшық - сіңір контрактуралары ғана ұшырады. Бұл әдісті қолданудың тиімділігін бағалау ретінде клиникалық және зертханалық зерттеулер қолданылды. Әдістің тиімділігінің клиникалық критерийлері контрактуралар саласындағы қозғалыстардың шектеулерін азайту болды.

Препаратты қолдану схемасы - физиотерапия курсы тағайындалды:

- "Карипаин" кремі бар фонофорез, балаларға-15 емшара;
- "Карипаинмен" электрофорез (ерітіндіге 1-2 тамшы димексид қосу керек), процедуралар саны фонофорез схемасына сәйкес келеді.

Кезең бойы "Карипаин" кремі жеңіл массажбен аппликация түрінде қолданылды. Карипаин оң полюстен электрофорез әдісімен енгізілді.

Препарат туралы ақпарат. Карипаин кең спектрлі протеолитикалық белсенділігімен сипатталады. Препараттың құрамына үш протеолитикалық фермент (попаин, химопапаин, протеиназа) және муколитикалық фермент – лизоцим кіреді, олардың белсенді орталықтарында сульфгидрил топтары бар. "Карипаин" препараттарының негізгі белсенді ингредиенті – папаин - протеолитикалық фермент, монотиолды цистеинді эндопротеин, папайя жемістерінің (қауын ағашы) сүт шырынынан алынған, некротикалық және дегенеративті өзгерген құрылымдардың лизисіне, тірек-қимыл аппаратының тіндеріндегі репаративті өзгерістерге ықпал ететін буындар мен омыртқааралық дискілердің тіндеріне селективті әсер етеді. "Карипаин плюс" құрамына ферменттер – папаин, лизоцим, бромелайн, коллагеназа, протеиназа және көмекші заттар тобы кіреді. "Карипаин плюс" пен алдыңғы буын препараттарының арасындағы негізгі айырмашылық оның құрамында белгілі бір концентрацияда екі ферменттің – коллагеназа мен бромелайнның болуы болып табылады. Бромелайн тобы-бромелайн тобы-Ananas comosus (Ананас) алынған сульфогидрил протеолитикалық ферменттер тобы. Бромелайнның негізгі компоненті-сульфогидрил протеолитикалық фракциясы. Бромелайн құрамында пероксидаза, қышқыл фосфатаза, протеаза ингибиторларының бірнеше сорттары және органикалық байланысқан кальций бар. Бромелайн айқын қабынуға қарсы, қабынуға қарсы және бактерияға қарсы қасиеттерге ие, атеросклероздың алдын алады, жараларды емдеуді тездетеді, сонымен қатар шеміршек тініне жағымды әсер етеді. Коллагеназа-

Камчатка крабының панкреасынан алынған фермент. Коллагеназа дәнекер тінінің негізгі компоненті-коллагенге селективті әсер етеді. Өміршең бұлшықеттерге, түйіршікті тіндерге және эпителийге фермент әсер етпейді. Коллагеназа келоидты тыртықтарды, контрактураларды, тыртықтарды, әртүрлі этиологиядағы жараларды ферментативті тазарту үшін қолданылады.

Емдік дене шынықтыру және кинезотерапия әдістерін қолдану. Жаттығулар жиынтығы мен жаттығу терапиясы әдістері жеке таңдалды. Сабақтар оңалту курсы бойы өткізілді. Балалар 3 топқа бөлінді: 1) қимыл-қозғалыс қауіпсіздігі; 2) қозғалыс белсенділігі өрескел шектеумен; 3) ауыр, айқын қозғалыс бұзылыстарымен. Тірек-қимыл аппараты бұзылған балаларды оңалту кезінде дене жаттығуларын, массаж, физиотерапия және басқа да оңалту іс-шараларын біріктіріп қолдану үшін циклограмма жасалды. Төменгі аяқтың үлкен буындарындағы қозғалыс амплитудасы талданды: жамбас, тізе және білек, мәліметтер 1-кестеде келтірілген.

Зерттелетін буындардағы бұрыштардың мәндері үшін патологиялық локомоция таңдалған нүктелеріндегі қалыпты траекториядан модуль бойынша ауытқуларының қосындысы есептелді. Бұл сома ауытқу коэффициенті деп аталды — Kd

$$K_d = \sum_{i=1}^{n} |M_i - N_i| ,$$

мұндағы Mi және Ni — сәйкесінше патологиялық және қалыпты профилінің талданатын нүктесіндегі бұрыш мәндерінің орташа мәні. Kd мәні неғұрлым төмен болса, соғұрлым патологиялық локомоция бұрыштық қозғалыстарының кинематикалық профильдері анықтамалық траекторияларға жақындайды. "Карипаин плюс" жергілікті электрофоретикалық енгізуді қолдану курсына дейін және одан кейін аяқ буындарының тректориясын девиациялаудың орташа коэфициенттері (Kd) (N=21; 62 аяқ-қолдар).

Таблица 1 - Спастикалық диплегиясы бар науқастардың бір курсқа дейінгі және одан кейінгі төменгі аяқ буындарындағы қозғалыс ам плитудасы (p<0,05)

Буындағы қозғалыс амплитудасы	Емдеуге дейін, градус	Бір емдеу курсынан кейін, градус
Оң жақ жамбас буынындағы қозғалыс амплитудасы (n=21)	39,08±8,11	46,31±8,83
Сол жақ жамбас буынындағы қозғалыс амплитудасы (n=21)	38,76±8,63	46,03±8,52
Оң жақ тізе буынындағы қозғалыс амплитудасы (n=13) *	45,10±13,70	53,37±13,86
Сол жақ тізе буынындағы қозғалыс амплитудасы (n=13) *	45,04±12,71	53,26±13,08
Оң жақ тобық буынындағы қозғалыс амплитудасы (n=21)	24,63±8,24	32,58±9,89
Сол жақ тобық буынындағы қозғалыс амплитудасы (n=21)	25,54±9,17	32,99±8,75

** Талдаудан тіреу кезеңінде сирақ рекурвациясы бар науқастар алынып тасталды (8 адам)*

Емдеу курсынан кейін спастикалық диплегиясы бар науқастардың төменгі аяқтарының үлкен буындарындағы қозғалыс амплитудасының жоғарылауы серпімділіктің төмендеуін және еркін бұлшықет белсенділігінің жақсаруын көрсетеді.

Нәтижелері. Жүргізілген емнің әсері 8-12 процедурадан кейін көрінді. Оң динамика массаж шаралары кезінде ауырсыну синдромының төмендеуімен, па..ссивті қозғалыстар көлемінің 15º дейін, белсенді қозғалыстар көлемі 10º дейін жоғарылауымен байқалды. Карапаинмен емдеудің жанама әсерлері анықталған жоқ.

Қорытындылар. Оңалту шараларын кешенді жүргізу церебральды сал ауруы бар балалардағы контрактураларды емдеу үшін карапаинмен электрофорезді қолдана отырып, оның кинезиотерапиямен үйлесуі оңалту процесінің динамикасына оң әсер етеді, орындау реттілігін сақтау оңалту 5тиімділігін арттырды. 95% жағдайда стато-моторлық функцияларының жақсаруы, бұлшықет тонусының, күшінің қалыпқа келтірілуі түрінде оң динамика байқалды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. *Krigger KW. Cerebral palsy: an overview. Am Fam Physician. 2006 Jan 1;73(1):91-100. PMID: 16417071.*
2. *Bagriantsev SN, Gracheva EO, Gallagher PG. Piezo proteins: regulators of mechanosensation and other cellular processes. J Biol Chem. 2014 Nov 14;289(46):31673-81. doi: 10.1074/jbc.R114.612697. Epub 2014 Oct 10. PMID: 25305018; PMCID: PMC4231648.*

3. *Mathewson MA, Lieber RL. Pathophysiology of muscle contractures in cerebral palsy. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2015 Feb;26(1):57-67. doi: 10.1016/j.pmr.2014.09.005. PMID: 25479779; PMCID: PMC4258234.*
4. *Chan G, Miller F. Assessment and treatment of children with cerebral palsy. Orthop Clin North Am. 2014 Jul;45(3):313-25. doi: 10.1016/j.ocl.2014.03.003. PMID: 24975760.*
5. *van der Krogt MM, Bar-On L, Kindt T, Desloovere K, Harlaar J. Neuro-musculoskeletal simulation of instrumented contracture and spasticity assessment in children with cerebral palsy. J Neuroeng Rehabil. 2016 Jul 16;13(1):64. doi: 10.1186/s12984-016-0170-5. PMID: 27423898; PMCID: PMC4947289.*
6. *Wood KS, Daluiski A. Management of Joint Contractures in the Spastic Upper Extremity. Hand Clin. 2018 Nov;34(4):517-528. doi: 10.1016/j.hcl.2018.06.011. PMID: 30286966.*
7. *Lieber RL, Fridén J. Muscle contracture and passive mechanics in cerebral palsy. J Appl Physiol (1985). 2019 May 1;126(5):1492-1501. doi: 10.1152/japplphysiol.00278.2018. Epub 2018 Dec 20. PMID: 30571285; PMCID: PMC6589815.*
8. *Клочкова О.А., Куренков А.Л., Кенис В.М. Формирование контрактур при спастических формах детского церебрального паралича: вопросы патогенеза // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2018. – Т. 6. – Вып. 1. – С. 58–66. doi: 10.17816/PTORS6158-66*
9. *В.В.Голдаев, И.С.Потапова, А.А.Дударева, С.Г.Дьяков, А.А.Климов, М.О.Рязанцева, А.И. Метальников, Ж.Н.Радимова, И.Н.Ключникова, О.В.Резанцева Опыт применения «КАРИПАИНА» в детской травматологии и ортопедии//Поликлиника, 2008 - номер: 2-1–С.84-85*
10. *Королев А.А. Формирование контрактур при постинсультных парезах // INTERNATIONAL JOURNAL OF APPLIED AND FUNDAMENTAL RESEARCH №4, 2012 –Материалы конференций.*

Автор для корреспонденции: Даниярова Шолпан Бахт-Полатовна - ЮКМА, кафедра неврологии, психиатрии и психологии, daniyarova.sholpan@mail.ru, +77785811123

VALEO

УДК: 618:146

ДАНИЯРОВА А.Ж., САРКУЛОВА И.С., ЖАПАР М.А., УТЕПОВА Р.Я.
Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмета Ясави
Шымкентский медицинский институт

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ДИСПЛАЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Аннотация:
Согласно современной статистике распространенность злокачественных заболеваний женской половой сферы неуклонно возрастает. В наше время среди генитальных болезней шейки матки а именно дисплазия покровного эпителия находится в центре внимания почти всех гинекоголов мира. Развитие и возникновение нефизиологического состояния экзогенной части шейки матки является продолжительным процессом, и у которого многое достаточно не изучены
Ключовые слова: шейки матки, иммунная система, эффективность

ДАНИЯРОВА А. Ж., САРКУЛОВА И. С., ЖАПАР М.А., УТЕПОВА Р.Я
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
Шымкент медициналық институты

ЖАТЫР МОЙНЫ ДИСПЛАЗИЯСЫНЫҢ ИММУНОМОДУЛЯЦИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Қазіргі статистикаға сәйкес, әйел жыныс мүшелерінің қатерлі ауруларының таралуы тұрақты өсуде. Қазіргі уақытта жатыр мойнының жыныстық аурулары арасында, атап айтқанда, эпителийдің дисплазиясы әлемдегі барлық гинекологтардың назарында. Жатыр мойнының экзогендік бөлігінің физиологиялық емес жағдайының дамуы мен пайда болуы ұзақ процесс болып табылады және көп зерттелмеген
Кілт сөздер: жатыр мойны, иммундық жүйе, тиімділік

DANIYAROVA A. ZH., SARKULOVA I. S., JAPAR M. A., R. YA. UTEPOVA
International Kazakh-Turkish University named after Khoja Ahmet Yasavi
Shymkent medical Institute

EFFICIENCY of IMMUNOMODULATORY AND ANTIVIRAL therapy of CERVICAL DYSPLASIA

According to modern statistics, the prevalence of malignant diseases of the female genital area is steadily increasing. Nowadays, among the genital diseases of the cervix, namely, epithelial dysplasia, is the focus of attention of almost all gynecologists in the world. The development and occurrence of a non-physiological condition of the exogenous part of the cervix is a long process, and many things are not sufficiently studied

Keywords: cervix, immune system, efficiency

Актуальность: По современным представлениям, в развитие предраковых заболеваний и злокачественных образований шейки матки играют значимую роль связь клеточных элементов с факторами окружающей среды и ежемесячные изменения в плоском эпителии, наследственные факторы а также состояние иммунной системы и возрастная динамика регресса клеток[1,2,3,4] В ряде исследований указана связь между состоянием клеток шейки матки и микрофлоры влагалища, а также с дисгормональным гомеостазом, влияние инфекционного фактора, а также вирусныее поражениея в этиопатогенезе болезни шейки матки. К тому же активно обсуждаются роль иммунной системы в развитии злокачественных процессов шейки матки. Нельзя не отметить состояния локального иммунитета[5,6,7]. Во всех исследованиях по этому вопросу не совпадают с мнениями друг друга авторов, но отмечается что понижение клеточно-гуморального иммунитета влияет на переход с преинвазивного рака на инвазивный, а также есть прямая зависимостьь показателей местного иммунитета с тяжестию заболевания

Цель исследования: изучить эффективность иммуномодулирующей терапии, дисплазий шейки матки с помощью фармако-экономический анализа.

Материалы и методы обследовании: Фармако-экономический анализ проведен на основании 548 амбулаторных карт больных дисплазией шейки матки. Изучалась частота применения лекарственных средств в медикаментозной терапии дисплазии шейки матки. Проведен VEN-анализ, ABC-анализ медикаментозных назначений, дана оценка клинической эффективности проводимой медикаментозной терапии.

Для обоснования эффективности иммуномодулирующей и противовирусной терапии при дисплазии шейки матки изучались анамнестические, лабораторные и клинические данные 214 пациенток дисплазией шейки матки, были разделены на две группы в зависимости от проводимой медикаментозной терапии. Проведен анализ «затраты/эффективность» для иммуномодулирующей и противовирусной терапии дисплазии шейки матки, изучена сравнительная клиническая эффективность методов лечения в ближайший отдаленный период (18 месяца) после лечения.

Диагноз дисплазии шейки матки устанавливался путем расширенной кольпоскопии, подтверждался с помощью цитологического исследования соскоба с патологически измененного участка эпителия шейки матки и морфологического исследования взятого биоптата.

Результаты и их обсуждение: Фармако-экономический анализ проведен на основании 548 амбулаторных карт больных дисплазией шейки матки. Изучалась частота медикаментозных назначений в терапии дисплазии шейки матки. Проведен VEN-анализ, ABC-анализ медикаментозных назначений, дана оценка клинической эффективности проводимой медикаментозной терапии.

Изучение применения иммуномодулирующей и противовирусной терапии в группах по степени тяжести диспластических явлений эпителиального слоя выявило следующую картину. Иммуномодулирующая и противовирусная терапия применялись у 27 пациенток с легкой степенью дисплазии, что составляет в среднем 12,7% случаев, у 86 пациенток с умеренной степенью дисплазии.

Изучение распространенности факторов риска развития предраков шейки матки выявило распространенность разнообразных количественных сочетаний факторов заболевания, не зависимых от тяжести заболевания и друг от друга.

Наиболее часто встречаемым фактором риска заболевания были факторы, связанные с образом жизни и отношения к своему здоровью.

Курение и наследственная отягощенность были часто встречаемым фактором развития болезни.

Часто встречаемые воспалительные процессы в органах малого таза до 28 % случаев, нарушение менструального цикла в 21% случаев с соответствующими последствиями состояния здоровья играют немаловажную роль в развитии предопухолевых процессов.

Для диагностики заболеваний матки использовался общепринятый алгоритм, включающий цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки, расширенную кольпоскопию,

гистологическое исследование биоптатом шейки матки (по показаниям), а также исследование соскоба из цервикального канала методом ПЦР.

Все женщины состоят на диспансерном учете по указанным заболеваниям, наблюдаются в динамике лечения

Результаты клинической эффективности оценивались в ближайшие 6, 12, 18 месяца после операции указана ниже в таблице -11.

Таблица 1 - Динамика регресса дисплазии шейки матки в зависимости от иммуномодулирующей и противовирусной терапии

группы			1 группа (116 больных)		2 группа (98 больных)	
Показатели заболеваемости			1 степень (n-69)-%	2 степень (n-47)	1 степень (n-45)	2 степень (n-53)
1	Регресс заболевания	6 мес	58-84	24-51	42-93	48-91
		12 мес	54-78	20-43%	43-96	46-88
		18 мес	58 -84%	33-71%	45-100%	48-91%
2	Без изменений	6 мес	11-16	23-49	3-7	5-9
		12 мес	12-18	25-53	2-4	5-9
		18 мес	4-6%	12-26%	-	5-9
3	Ухудшение	6 мес	-	-	-	-
		12 мес	3-4	2-4	-	2-3
		18 мес	7-10	2-4	-	-

В 1 группе больных с дисплазией шейки матки после проведенной противовоспалительной терапии регресс заболевания в среднем составил в среднем 66 % случаев. Об этом свидетельствуют табличные данные, полученные при осмотре женщин с дисплазией шейки матки через 6 месяцев в 71% случаев, через 12 месяцев 63% случаев и 63% случаев через 18 месяцев после деструкции.

Во 2 группе пациенток с дисплазией шейки матки, получавших в комплексе иммуномодулирующие и противовирусные препараты стойкая регрессия заболевания в наблюдаемый период после деструкции наблюдалась в среднем в 95% случаях, что выше показателя регрессии первой группы на 16%.

У пациенток второй группы с легкой и умеренной степенью поражения эпителиального слоя шейки матки отмечается стойкое снижение площади поражения. Особенно явно отмечается снижение случаев без изменений клинической картины заболевания по сравнению с пациентками первой группы с 16-49% случаев до 7-9% случаев, что свидетельствует об эффективности иммуномодулирующей и противовирусной терапии.

Среди пациенток, получавших стандартную противовоспалительную и противомикробную терапию в зависимости от степени тяжести дисплазии наблюдается уменьшение площади поражения эпителиального слоя гениталий у 58 пациенток с легкой степенью и 24 пациенток со второй степенью поражения шейки матки.

Наблюдение за состоянием эпителиального покрова шейки матки через 6 месяцев после лечения дисплазии показало стойкое уменьшение патологических процессов у 61 пациенток и у 32 пациенток с умеренной степенью поражения шейки матки.

У пациенток второй группы, принимавших иммуномодулирующую и противовирусную терапию, наблюдается существенное снижение показателей болезни. Уменьшение площади поражения и уменьшение выраженности воспаления наблюдается у 42 и 44 пациенток с первой степенью поражения, 48 и 51 пациенток второй степени поражения соответственно. В целом об эффективности проведенной терапии можно судить по отсутствию случаев рецидива заболевания у обоих групп на момент обследования. Тем не менее следует отметить наличие воспалительных процессов, связанных в основном с наличием инфекционных реагентов, провоцирующих фоновое заболевание. Наблюдение за репродуктивным состоянием здоровья пациенток с дисплазией шейки матки пролеченных 12 месяцев назад показало, достаточно высокую эффективность проведенного лечения.

Так в первой группе больных получивших противовоспалительную терапию отмечено дальнейшее заживление эпителиального слоя у 54 и 19 женщин с легкой и умеренной степенью дисплазии.

У 66 пациенток с легкой степенью дисплазии и у 32 пациенток с умеренной степенью дисплазии отмечены зарастания ранее пораженных участков. Однако у 20 пациенток первой группы наблюдается воспаление покрова шейки матки и влагалища, из них у 5 больных зарегистрирован рецидив заболевания. В группе пациенток с дисплазией шейки матки, получавшей иммуномодулирующую и противовирусную терапию, отмечено уменьшение площади поражения у 91 женщин. Воспалительные процессы присутствуют у 10 пациенток. У 2 пациенток наблюдается явления рецидива заболевания.

Анамнестические данные и опрос пациенток обоих групп выявило среди групп женщин, обратившихся дополнительно, т.е. вне графика осмотра к гинекологу.

Из 116 пациенток первой группы дополнительную консультацию получили 36 пациенток, что составило 31% больных, причем 64% составляют больные с умеренной степенью дисплазии. Из 98 пациенток второй группы дополнительно обратились к гинекологу 24 больных, при этом 66% составляю пациентки с умеренной степенью дисплазии. Обследование исследуемых групп через 18 месяца после лечения дисплазии шейки матки показало, что у пациенток первой группы рецидив заболевания обнаружен у 15 женщин – у 6 женщин с легкой степенью дисплазии и у 9 женщин с умеренной степенью дисплазии.

Во второй группе пациенток рецидив заболевания наблюдался у 8 пациенток – у 2 пациенток с легкой степенью, у 5 с умеренной степенью и дисплазии. Дополнительную консультацию гинеколога получили 38 пациенток первой группы и 25 пациенток второй группы, что составляет 32,8% и 24,5% соответственно. Койлоцитоз обнаружен у 15 женщин первой группы и 6 женщин второй группы. Вирус папилломы человека обнаружен у 11 больных первой группы и у 5 больных второй группы. У пациенток второй группы с легкой и умеренной степенью поражения эпителиального слоя шейки матки отмечается стойкое снижение площади поражения. Особенно явно отмечается снижение случаев без изменений клинической картины заболевания по сравнению с пациентками первой группы с 16-49% случаев до 7-9% случаев, что свидетельствует об эффективности иммуномодулирующей и противовирусной терапии. Наблюдение за динамикой развития болезни через 12 месяцев после деструкции показало, что у большинства больных легкой и умеренной степенью дисплазии сохраняется стойкая тенденция к выздоровлению и составляет 96% и 88% случаев.

Согласно результатам гинекологического осмотра и цитологических показателей, у 2 пациенток с умеренной дисплазией после комплексного лечения зарегистрировано снижение площади поражения до легкой степени. Также у одной пациентки с выраженной степенью дисплазии зарегистрировано снижение зоны поражения до умеренной степени поражения эпителия шейки матки.

Через 18 месяцев положительная динамика отмечается еще у одной пациентки с переходом из умеренной в легкую степень дисплазии шейки матки.

Заключение: Оценка эффективности стандартной противовоспалительной терапии на основе случаев повторных обращений к гинекологу и регрессии заболевания в 79% случаев, а терапия стандартной терапий включительно иммуномодулирующей и противовирусной терапий вызывает регресс заболеваний в 95% случаев, что показало достаточную эффективность проводимой терапии. Сравнительное изучение эффективности иммуномодулирующей и противовирусной терапий в комплексном лечении дисплазии шейки матки повышает расходную часть медикаментозных трат на 86% от средней стандартной терапии и повышает эффективность лечения на 16% по сравнению со стандартной терапией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Злокачественные новообразования в Беларуси / С.М. Поляков [и др.]; под ред. И.В. Малаховой, И.В. Залуцкого. - Минск: РНПЦ М.Т., 2009. - 205 с.

2. Максимов, С.Я. Комбинированное лечение рака шейки матки / С.Я. Максимов, К.Д. Гусейнов // Практическая онкология. - 2002. - Т. 3, № 3. - С. 200-210.

3. Малярская, М.М. Проблема генитального герпеса в гинекологии и акушерстве / М.М. Малярская // Литобзор. - М., 1997 [Электронный ресурс]. - 1997. - Режим доступа: http://www.med2000.ru/perevod/ article261.htm. Дата доступа: 13.07.2007.

4. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека / под ред. С.В. Петрова, Н.Г. Райхмана. Казань, 2000. - 287 с.

5. Histologocal typing of female genital tract tumors. WHO / R.E.Scally [et al.] - Berlin: Heidelberg, 1994. 6. Кондриков, Н.И. Патология матки: иллюстрир. рук-во / Н.И. Кондриков. - М.: Практ. мед., 2008. - 334 с.

7. Кератоакантома. Клиника, диагностика, лечение, трансформация в рак / В.А. Молочков [и др.]. - М.: Бином, 2006. - 176 с.

Автор для корреспонденции: Саркулова Ирода Сабиржановна - Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмета Ясави, Шымкентский медицинский институт, Кафедра Акушерство гинекология,E-mail: iroda_8822@mail.ru 87787771773, Преподаватель

VALEO

УДК: 616 2-056.54

Р.К.ДЖУНУСОВА, С.Н. КУЛБАЕВА, Г.У. АКБЕРДИЕВА, Б.Т.САЛИМБАЕВА
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы

ҚАЛҚАНША БЕЗІНІҢ ПАТОЛОГИЯСЫН ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ ЭХОГРАФИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ

Аннотация:
Эндокринді патологияда қалқанша без аурулары (ҚБ) жер шарының халқы бойынша екінші орын алады, эндемиялық ошақтарда бұл көрсеткіш 50% - дан асады. Бұл мақалада диффузды гиперплазияның негізгі ультрадыбыстық белгілері-диффузды уытты зоб, соңғы жылдардағы әдеби мәліметтерге сәйкес созылмалы аутоиммунды тиреоидит туралы ақпарат берілген. Диффузды токсикалық зобтың ультрадыбыстық маркерлеріне, созылмалы аутоиммунды тиреоидитке шолу жасалады. Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу арқылы жоғарыда аталған қалқанша безінің ауруларын анықтауға болады.
Түйінді сөздер: диффузды уытты зоб, созылмалы аутоиммунды тиреоидит.

К.Р.ДЖУНУСОВА, С.Н.КУЛБАЕВА, Г.У. АКБЕРДИЕВА, Б.Т. САЛИМБАЕВА
Южно-Казахстанская медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии, г. Шымкент

ЭХОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В данной статье предоставлена информация об основных ультразвуковых признаках диффузной гиперплазии-диффузного токсического зоба, хронического аутоиммунного тиреоидита по литературным данным за последние годы. Дан обзор ультразвуковых маркеров диффузного токсического зоба, хронического аутоиммунного тиреоидита. С помощью ультразвуковых исследований можно определить вышеуказанные заболевания щитовидной железы.
Ключевые слова: диффузный токсический зоб, хронический аутоиммунный тиреоидит.

R.JUNUSOVA,S.KULBAYEVA,G.AKBERDIEVA, B.SALIMBAYEVA
Department of obstetrics and gynecology, South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent

This article provides information about the main ultrasound signs of diffuse hyperplasia-diffuse toxic goiter, chronic autoimmune thyroiditis according to literature data in recent years. Ultrasound markers of diffuse toxic goiter and chronic autoimmune thyroiditis are reviewed. With the help of ultrasound examinations of the thyroid gland, the above-mentioned thyroid diseases can be determined.
Key words: diffuse toxic goiter, chronic autoimmune thyroiditis.

Эндокринді патологияда қалқанша без аурулары (ҚБ) жер шарының халқы бойынша екінші орын алады, эндемиялық ошақтарда бұл көрсеткіш 50% - дан асады[1-3].

Тиреоидты патологияның едәуір таралуы, қауіп факторларының көбеюі есебінен аурулар санының жаппай өсуі, қатерсіз түзілімдердің қатерлі трансформациясының жоғары ықтималдығы, патогномониялық белгілердің болмауына байланысты ерте сатылардағы диагностиканың күрделілігі проблемаға ерекше өткірлік пен маңыздылық береді [4.5].

Диффузды гиперплазияның негізгі ультрадыбыстық белгілері :

- ҚБ көлемінің ұлғаюы (әр түрлі дәрежедегі айқындылық);
- паренхиманың орташа эхогенділігі;
- ұсақ түйіршікті біртекті эхоструктурасы ;
- ҚБ айқын тегіс контурлары;
- ҚБ ұлкен өлшемінде жақын маңдағы тамырларды бейнелеуде қан тамырларының төмен және бүйірден ығысуына байланысты қиындықтар туындауы мүмкін;
- жеткілікті симметрия және олардың орналасуының біркелкілігі кезінде ҚБ паренхиматозды тамырлар санының артуы;
- интрапаренхималық қан ағымын талдау кезінде түс пикселдерінің орташа тығыздығының жоғарылауы (15% - дан астам).

Диффузды уытты зобтың негізгі ультрадыбыстық белгілері:

- ҚБ көлемінің ұлғаюы (көбінесе барлық бөлімдердің біркелкі ұлғаюы);

- диффузды сипаттағы ӨБ эхогенділігінің төмендеуі;
- біртекті емес ҚБ эхоструктурасы, құрылымның лобелдік жоғарылауы;
- мойынның тамыр түйіндерінің төмен және бүйірінен ығысуы;
-ҚБ айқын паренхиматозды гиперваскуляризация, симметриялы тамырлық сүрет;
- ҚБ паренхимасының құрылымындағы түсті пикселдердің орташа тығыздығы (15% - дан астам).

Тиреоидиттер ҚБ ауруларының жартысынан көбін құрайды [1-3].

Жеделдеу тиреоидитті алғаш рет 1905 жылы де Кервен сипаттаған. Жеделдеу тиреоидитпен ауыру патологиясы бар пациенттердің жалпы құрылымында 0,16-0,36% құрайды, көбінесе бұл 20-50 жастағы науқастар, 5:1 қатынасында әйелдер басым[1-3].

Ауру ҚБ тіннің қабыну процестерінің дамуымен және тиреоидты паренхимадағы деструктивті өзгерістермен сипатталады.

Алғаш рет 1912 жылы Хашимото сипаттаған аутоиммунды тиреоидит ересектердің 6-11% - ында кездеседі, диффузды уытты емес зоб құрылымында аурулардың үлесі 20-60% құрайды[4]. Популяциядағы созылмалы аутоиммунды тиреиодиттің клиникалық айқын формаларының жиілігі шамамен 1% құрайды, ересектер арасында – 1000 адамға 3-45. Ауру әйелдердің саны ерлер санынан 4-8 есе асады, аурушаңдықтың шыңы 40-60 жасқа келеді[1,2,4,5].

Жеделдеу тиреоидиттің негізгі ультрадыбыстық белгілері:

- ҚБ көлемінің ұлғаюы;
- тиреоидты паренхиманың эхогенділігінің диффузды төмендеуі;
- біртекті емес ҚБ эхоструктурасы, құрылымның бөліктігінің жоғарылауы;
- ҚБ құрылымында әртүрлі көлемдегі және нысандағы гипоэхогенді учаскелердің болуы ;
- ассимметриялылық және олардың біркелкі орналаспауы кезінде зақымдану аймағында ҚБ паренхиматозды тамырлар санының төмендеуі;
- паренхималық қан ағымын талдау кезінде ҚБ паренхимасы құрылымындағы түсті пикселдердің орташа тығыздығы төмен (5% - дан кем ;
- жедел кезеңде мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы.

Созылмалы аутоиммунды тиреодит (САТ) - аутоиммундық ауру. САТ кезінде гипотиреоздың патогенезінде иммундық қабыну процесінде жұмыс істейтін тіннің біртіндеп жойылуына үлкен мән беріледі. САТ кезінде ҚБ функциясының бұзылуы болмаған жағдайда көп жағдайда емдеу талап етілмейді. САТ-ң негізгі нәтижесін- гипотиреозды диагностикалау маңызды. Гипотиреоз-эндокриндік жүйенің жиі кездесетін ауруларының бірі. Кейбір зерттеулерге сәйкес, субклиникалық гипотиреоздың таралуы 10-12% жетеді[12].

Гипотиреоздың диагнозы қарапайым және нақты. Бұл тиреотропты гормон (TSH) және еркін тироксин (Т4) деңгейінің анықтамасы, ал TSH оқшауланған жоғарылауын анықтау субклиникалық гипотиреозды, ал TSH деңгейінің бір уақытта жоғарылауын және Т4 деңгейінің төмендеуін айқын гипотиреозды көрсетеді. Бұл зерттеуді жүргізу үшін көрсеткіштерді анықтау айтарлықтай үлкен мәселе болып табылады, өйткені гипотиреоздың клиникалық көрінісі ерекше емес екендігі белгілі.

Созылмалы аутоиммунды тиреоидиттің негізгі ультрадыбыстық белгілері:

- ҚБ көлемінің ұлғаюы (алдыңғы жақтың мөлшері мен бөліктердің енінің артуымен), аурудың атрофиялық нұсқасында ҚБ мөлшері төмендеуі немесе қалыпты шектерде қалуы мүмкін, жоғарылаудың үлкен дәрежесінде жақын орналасқан тамырларды олардың төмен және бүйірден жылжуына байланысты визуализацияда қиындықтар туындауы мүмкін ;
- ҚБ паренхимасының эхогенділігінің әр түрлі дәрежедегі біркелкі емес төмендеуі;
- әр түрлі диаметрдегі гипоэхогендік учаскелерге байланысты паренхиманың гетерогенді эхоқұрылымы (ұсақтан үлкен түйіршіктерге дейін);
- артериялық қан ағымының басым болуымен айқын диффузды паренхиматозды гиперваскуляризация, көбінесе ассимметриялық тамыр үлгісі, атрофиялық фазада паренхиманың учаскелерін гиповаскуляризациялау мүмкін;
- интрапаренхималық қан ағымын талдау кезінде түс пикселдерінің орташа тығыздығының жоғарылауы (15% - дан астам).

Созылмалы аутоиммунды тиреоидит көбінесе кисталардың, аденоманің, қатерлі ісіктің дамуымен біріктіріледі, олар визуалды суретте ҚБ түйіндік (фокальды) түзілімдерімен ұсынылған[7]. Түйіндерде нақты анықталған капсула болуы мүмкін және оларды қоршаған диффузды өзгертілген паренхимадан, оның ішінде оқшауланған тамырлау жүйесінен ажыратын басқа ультрадыбыстық белгілер кешенімен сипатталуы мүмкін [8].Псевдо-түйіндер деп аталатын түзілімдерді нақты капсуласыз визуализациялау мүмкін, олар қоршаған тін ұлпасынан ерекшеленбейді және көбінесе түйінге еліктейтін паренхиманың жергілікті гипертрофиясы болып табылады.

Профилактикалық скринингтік зерттеу, ҚБ диффузиялық патологиясын нақтылау және динамикалық мониторинг кезінде ең ақпараттық кешенді ультрадыбыстық зерттеу. Доплерографиялық әдістерді қолдану, 3D,4D фокустық патологияның кез-келген түрінде органның қалыпты және ішінара ретростеральды орналасуында ақпараттық болып табылады, қалқанша безінің ауруларын диагностикалауда күнделікті ультрадыбыстық зерттеудің ақпараттылығын арттырады. Ультрадыбыстық әдіс ҚБ орналасуын толық бағалауға, оның пішінін, өлшемдерін, шекаралары мен контурларын, ішкі эхоструктурасын сипаттауға, қажет болған жағдайда фокальды патологияны саралауға, бүкіл бездің де, оның жеке аймақтарының да тамырлануын сипаттауға мүмкіндік береді.қоршаған тіндер, мойынның лимфа түйіндерінің жағдайы, қоршаған органдар мен тіндер. Импульсті толқындық доплерография кезінде жылдамдық параметрлерінің өзгеруінде және қарастырылған кезде тиреоидты артериялардағы жалпы перифериялық кедергі индекстерінде ешқандай заңдылық анықталмады. Диффузиялық патологияны саралау кезінде интрапаренхималық қан ағымының критерийлерін, мысалы, лобтың құрылымындағы паренхималық тамырлардың саны және түс пикселдерінің орташа тығыздығы (түс пикселдерімен алынған екі өлшемді кескіннің ауданын бүкіл кескіннің жалпы ауданына қатынасы [5].

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Харченко В.П., Котляров П.М., Могутов М.С. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы: М.Видар,2007,232с.

2. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика./ под ред. Митькова В.В.М:Видар, 2005, 698с.

3. Пинский С.Б., Калинин А.П.,Белобородов В.А. Диагностика заболеваний щитовидной железы. М. Медицина, 2005.192с.

4. Цыб А.Ф., Паршин В.С., Нестайко Г.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. М.Медицина, 1997, 332с.

5. Харченко В.П., Котляров П.М., Сметанина Л.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы: М. Стром, 1999,115с.

6. Касаткина Э.П., Шилин Д.Е., Пыков М.И. УЗИ щитовидной железы для детей и подростков. М.Видар,1999,51с.

7. Вагапова В.Р. Разработка и внедрение в клиническую практику новых алгоритмов диагностики аутоиммунного тиреоидита: Автореф…канд.дис.д.м.н.Казань, 2007,29с.

8. Трофимова Е.Ю., Стручкова Т.Я., Паршин В.С. Методика и протокол ультразвукового исследования щитовидной железы// Визуализация в клинике.2002.№20.57-59с.

9. Герасимова Г.А., Трошина Е.А.Дифференциальная диагностика и выбор метода лечения при узловом зобе // Проблемы эндокринологии.1998.Т.44.№5.с.35-41.

10.Пащевский С.А., Бубнов А.Н., Трунин Е.Н. Ультразвуковая семиотика узловых образований щитовидной железы //Материалы 4-го Всерос.конгресса эндокринологов.СПб., 2001.251с.

11.Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Некоторые методологические аспекты комплексного ультразвукового исследования щитовидной железы: Методическое пособие. М., 2007. 44с.

12.Miller M.G., Pan C., Barsel U.S. The prevalence of subclinical hypothyreoidism in adults wits low-normal blood thyroxine levels// N.Y.State G Med. 1990.V.90.P.542-544

13.Ladenson P.W., Singer P.A., Ain K.B. American Thyroid Assotiation guidelines for detection of thyroid dysfunction // Arch.Intern.Med.2000.V/160.P.1573-1575.

14.Фадеев В.В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение.М.:Видар, 2005.240 с.

Автор для корреспонденции: Джунусова Раушан Кульбаевна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии АО ЮКМА, тел номер +7 708 509 0606.

VALEO

ДОСАНОВ Б.А.[1], ЛОЗОВОЙ В.М.[2], ХМЫЗОВ С.А.[3], ДОСАНОВА А.К.[4], БАЙДУЛЛАЕВ Е.Ж. [5], КЕНЖЕКАНОВА Ж.Б. [6].

[1,2,4,5,6] Кафедра детской хирургии НАО Медицинский университет Астана, г.Нур-Султан, Республика Казахстан.

[3] Институт патологии позвоночника и суставов имени профессора М.И.Ситенко АМН Украины, г.Харьков, Украина.

ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРОГРАММЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Аннотация:

Цель исследования: Обсуждение процесса внедрения программы диагностики и лечения несовершенного остеогенеза у детей в Республике Казахстан.

Материалы и методы: В данной статье описан опыт внедрения протокола диагностики и лечения редкой патологии опорно-двигательного аппарата, сопровождающегося врожденным остеопорозом, а также обсуждаются актуальные проблемы и перспективы развития программы диагностики и лечения несовершенного остеогенеза у детей в Республике Казахстан.

Результаты: Внесены изменения в действующий клинический протокол диагностики и лечения несовершенного остеогенеза у детей, создан Центр компетенция на базе АО «Национальный научный центр материнства и детства» г.Нур-Султан, обучен медицинский персонал принципам проведения бифосфонатной терапии у детей, зарегистрированы металлоконструкции для хирургической коррекции несовершенного остеогенеза у детей, создано Общественное Объединение «Пациентов с редкими заболеваниями костей».

Выводы. В реализации программы оказания специализированной медицинской помощи детям с несовершенным остеогенезом в Республике Казахстан имеются значительные достижения. Имеются проблемы в реализации генетической диагностики, реабилитации и психосоциальной поддержки пациентов с несовершенным остеогенезом у детей.

ДОСАНОВ Б.А[1]., ЛОЗОВОЙ В.М.[2], ХМЫЗОВ С.А.[3], ДОСАНОВА А.К.[4], БАЙДУЛЛАЕВ Е.Ж.[5], КЕНЖЕҚАНОВА Ж.Б.[6]

КеАҚ «Астана медицина университеті» Балалар хирургиясы кафедрасы,
Қазақстан Республикасы, Нұр-Сұлтан қаласы. dosanovb@mail.ru
Украина МҒА профессор М.И.Ситенко атындағы Омыртқа және буындар патологиясы институты. Харьков қаласы, Украина.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДА КЕЗДЕСЕТІН ЖЕТІЛМЕГЕН ОСТЕОГЕНЕЗДІ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ БАҒДАРЛАМАСЫ БАРЫСЫНДАҒЫ ТӘЖІРИБЕ, ПРОБЛЕМАЛАР ЖӘНЕ ДАМУ ПЕРСПЕКТИВАСЫ

Мақсаты. Қазақстан Республикасындағы балаларда жетілмеген остеогенезді диагностикалау және емдеу бағдарламасын енгізу процесін талқылау.

Материалдар мен әдістер. Бұл мақалада туа біткен остеопорозбен бірге жүретін тірек-қимыл аппаратының сирек патологиясын диагностикалау мен емдеу хаттамасын іске асыру тәжірибесі сипатталған, сондай-ақ Қазақстан Республикасында балаларда жетілмеген остеогенезді диагностикалау мен емдеу бағдарламасын дамытудың өзекті мәселелері мен перспективалары талқыланады.

Нәтижелері. Балалардағы жетілмеген остеогенезді диагностикалау мен емдеудің қолданыстағы клиникалық хаттамасына өзгерістер енгізілді, Нұр-Сұлтан қаласындағы "Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы" АҚ базасында құзыреттілік орталығы құрылды, медициналық персонал балаларда бифосфонат терапиясын жүргізу принциптеріне оқытылды, балаларда жетілмеген остеогенезді хирургиялық түзетуге арналған металл конструкциялары тіркелді, "Сирек кездесетін сүйек аурулары бар пациенттер" қоғамдық бірлестігі құрылды.

Қорытынды. Қазақстан Республикасында жетілмеген остеогенезі бар балаларға мамандандырылған медициналық көмек көрсету бағдарламасын іске асыруда елеулі жетістіктер бар. Балалардағы жетілмеген остеогенезі бар пациенттерді генетикалық диагностикалау, оңалту шаралары және психоәлеуметтік қолдауды іске асыруда проблемалар бар.

DOSSANOV B.A.[1], LOZOVOY V.M[2]., KHMYZOV S.A[3]., DOSSANOVA A.K[4]., BAIDULLAYEV E.J[5]., KENZHEKANOVA ZH.B[6].

Department of Pediatric Surgery, JSC Medical University Astana,
Nur-Sultan, Republic of Kazakhstan
Institute of Spine and Joint Pathology named after Professor M.I. Sitenko, AMS of Ukraine, Kharkov, Ukraine.

EXPERIENCE, PROBLEMS AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF THE PROGRAM OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OSTEOGENESIS IMPERFECTA IN CHILDREN IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Purpose. Discussion the process implementation of the program for the diagnosis and treatment of the osteogenesis imperfecta in children in the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods. This article describes the experience of implementing a Protocol for the diagnosis and treatment of rare diseases of the musculoskeletal system accompanied by congenital osteoporosis, and also discusses current problems and prospects for the development of the program for the diagnosis and treatment of osteogenesis imperfecta in children in the Republic of Kazakhstan.

Results. Changes were made to the current clinical Protocol for the diagnosis and treatment of osteogenesis imperfecta in children, a Competence Center was created on the basis of JSC "National research center for motherhood and childhood" in Nur-Sultan, medical personnell were trained in the principles of biphosphonate therapy in children, metal structures for surgical correction of osteogenesis imperfecta in children were registered, and a Public Association "Patients with rare bone diseases" was created.

Conclusions. There are significant achievements in the implementation of the program of specialized medical care for children with osteogenesis imperfecta in the Republic of Kazakhstan. There are problems in the implementation of genetic diagnostics, rehabilitation and psychosocial support for patients with osteogenesis imperfecta in children.

Введение. Несовершенный остеогенез (НО) - это редкое заболевание, характеризующееся хрупкостью костей, рецидивирующими переломами с вторичными деформациями, ранней глухотой, голубоватыми склерами и несовершенным дентиногенезом. НО связан с мутациями в генах коллагена типа 1 или в генах, ответственных за синтез белка коллагена типа 1 [1,2,3]. Изменение коллагеновых волокон является центральной точкой его патофизиологии. Его частота колеблется в пределах 6 - 7: 100 000 человек, а в Казахстане по нашим оценкам около 80 детей с таким диагнозом [1].

Цель. Обсуждение процесса внедрения программы диагностики и лечения редких орфанных заболевании опорно-двигательного аппарата у детей, в частности Несовершенного остеогенеза (ОИ) в Республике Казахстан. Реализация этой программы сопровождалась определенными трудностями, особенно в отношении организации централизации данной категории пациентов, особенностях применения и обеспечения лекарственными препаратами и комплектующих металлоизделии к хирургическому лечению данных заболевании.

Материалы и методы. Лечение НО основано на междисциплинарном подходе - клинико-хирургической и физиотерапевтической реабилитации. На международном уровне основные изменения в его терапии начали намечаться в 1987 году с первого доклада о преимуществах бисфосфонатов [1], а в 1998 году, после публикации исследований с участием большого числа пациентов, этот тип препарата назван «Препаратом выбора» в лекарственной терапии НО [2,3,4. Бисфосфонаты представляют собой лекарственные средства, фармакологическим эффектом которых является ингибирование костной резорбции. Основным клиническим эффектом их применения является снижение количества переломов и болей в костях.

В Казахстане проблемой несовершенного остеогенеза у детей заинтересовались рамках научного изыскания впервые в 2015 году на кафедре детской хирургии НАО «Медицинский университет Астана». По результатам исследования были внесены рекомендации в клинический протокол диагностики и лечения несовершенного остеогенеза у детей (Протокол №11 от 29.09.2016 г) [6].

Собственно бифосфонаты также ранее были зарегистрированы в Казахстане, но их применение ограничивались у детей ограничением в инструкции препаратов этой группы: противопоказание к использованию до 18 лет. Однако на основании письменного согласия родителей пациентов бифосфонатная терапия эпизодически проводилась в Таразской областной больнице, в одной их частных клиник г.Нурсултан, ряд пациентов до 2017 года получали лечение в рамках благотворительной помощи Российского фонда помощи «Русфонд» бесплатно. Но после завершения программы финансирования пациентов из ближнего зарубежья, дети остались без должной медицинской помощи «один на один» со своей проблемой.

В 2016 году АО «Национальный научный центр материнства и детства» г.Астана была приглашена д.м.н., педиатр высшей категории, генетик - эндокринолог, ведущий специалист Центра врожденной

патологии GMS Россия, г.Москва Белова Н.А. В рамках проведенного данного мастер класса доктора центра ознакомлены принципам диагностики и лечения НО, редких орфанных заболевании, сочетанным с нарушением роста и развития у детей. Однако системного последовательного подхода в организации лечения данной патологии добиться не удалось, также как и создания мультидисциплинарной команды.

В Международном протоколе лечения, НО после применения бифосфонатной терапии по результатам денситометрии детям показано установка внутрикостных телескопических эндокорректоров [5]. На сегодняшний день лидером в изготовлении специальных телеспопических систем являются производители Канады и Украины. В нашей стране так же принимались попытки проведения хирургического лечения детей с несовершенным остеогенезом с целью восстановления опороспособности конечностей и самообслуживания, но частота осложнений от использования неадекватных металлоконструкций свела на нет весь энтузиазм хирургов-ортопедов.

По инициативе родителей данной категории детей предложена идея создания компетентного центра оказания медицинской помощи по опыту ближнего и дальнего зарубежья. Поэтому в 2018 году группой ученых Медицинского Университета Астана (г.Нур-Султан) в Национальном Центре Государственной Научно-технической экспертизы «НЦГНТЭ» зарегистрирована Инициативная Научно-Исследовательская работа на тему: «Прикладное исследование наследственных и системных заболеваний хрящевой и костной ткани у детей» за №0118РКИ0601 от 15.11.2018, сроком на 5 лет, с созданием центра компетенции на базе ГДБ №2 г.Нурсултан.

В рамках данной работы на основании данных официальных источников, а также скрининговых обследований составлен электронный реестр пациентов с несовершенным остеогенезом, где пациенты клинически распределены по группам согласно классификации Sillence et al [1]. С 17 по 20 марта 2019 г на основании договора о научно-практическом сотрудничестве № 23-124-18-349 от 25.09.2018 г. между Институтом патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И.Ситенко г.Харьков (Украина) и НАО «Медицинский Университет Астана» (Республика Казахстан) проведен Научно-практический мастер класса на тему: «Современные подходы к диагностике и лечению врожденных системных заболеваний скелета с нарушением роста хрящевой и костной ткани у детей». Для проведения данного мероприятия приглашены видные ученые АМН Украины д.м.н., профессор Хмызов С.А., к.м.н., Пашенко А.В., в результате совместными усилиями полностью пересмотрен алгоритм диагностики и лечения несовершенного остеогенеза у детей согласно Международному Монреальскому протоколу (2017 г.), сформирована мультидисциплинарная группа специалистов детского профиля, в РЦРЗ подана заявка на пересмотр протокола диагностики и лечения.

Однако в работе проекта возникли трудности, которые носили организационный характер. На базе «ГКП на ПХВ «Городская детская больница №2 г.Астаны» с июля 2019 года возрастные ограничения в аннотации препарата, отсутствие статуса Республиканкой клиники не позволили внедрить бифосфонатную терапию. Отказ в госпитализации детей привел к нарастанию социального напряжения среди мам детей – инвалидов данной группы. Несколько публикаций в социальных сетях, направленные письма министру здравоохранения, с освещением проблемы инициировали в сентябре 2019 года селекторное совещание с участием руководителей Научных центров педиатрии и детской хирургии, региональных управлений здравоохранения на базе Национального научного центра материнства и детства. Центром компетенции по лечению и диагностике НО в виду статуса научно-исследовательского центра с достаточной материальной базой назначен Национальный научный центр материнства и детства.

13 сентября 2019 года на заседании Центральной комиссии по биоэтике Министерства Здравоохранения Республики Казахстан, принято решение, что назначение препарата является компетенцией врача (в соответствии с клиническим протоколом и нормативно-правовыми актами МЗ РК) и зоной ответственности пациента и его законных представителей. Таким образом, лечение несовершенного остеогенеза возможно проводить только при подписании информированного согласия одного из родителей и/или законного представителя на лечение лекарственным препаратом, безопасность которого не доказана производителем у детей до 18 лет.

Надо отметить, что и в работе Центра компетенций несовершенного остеогенеза по сегодняшний день отмечаются пробелы, носящие больше организационный характер. По опыте лечения зарубежных стран и международному протоколу лечение данной категории пациентов обязательно должно быть командное, руководить которой должно заинтересованное лицо как в научном, так и в практическом плане. Системный анализ по лечению каждого пациента, консилиумы, кратность и ежегодная доза введения препаратов, контрольная денситометрия, показания к переходу на хирургический этап, полноэкзомное геномное секвенирование с целью определение генетического типа заболевания по классификации Sillence et al должны лечь в основу организации лечения детей с НО.

Вместе с тем, в 2020 году официально прошла регистрацию и начала свою работу Общественное Объединение «Пациентов с редкими заболеваниями костей». В планах данного Объединения создание

«Центра диагностики и лечения редких заболевании костей», где будет оказана высокоспециализированная медицинская помощь в рамках диагностики и лечения пациентов с редко встречающимися системными нарушениями роста хрящевой и костной ткани у детей. Задачи Центра включают в себя амбулаторные консилиумы в составе индивидуально подобранной команды специалистов для определения стратегии ведения пациента с тяжелой патологией, комплексная диагностика, включая генетические исследования и исследования на нарушения обмена веществ, возможность стационарного и амбулаторного обследования, хирургическое лечение по мировым стандартам, подбор терапии, оптимальной физической реабилитации и педагогической коррекции, психологическая и юридическая поддержка семей, возможность лечения пациентов ближнего и дальнего зарубежья, сотрудничество с ведущими клиниками и учеными России, Украины, Белоруссии, США, Германии, онлайн-консультации иностранных специалистов.

Заключение. В вопросах оказания юридической, консервативной и высокоспециализированной хирургической помощи детям с врожденным остеопорозом проделана большая работа, постепенно мы приближаемся к Международным стандартам. Есть большие перспективы в развитии хирургического лечения детей с НО, создание опороспособности пациента, снижения переломов, в генетической диагностике заболевания, создание команды реабилитологов и специалистов для оказания психосоциальной поддержки семей с пациентами с несовершенным остеогенезом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Baljet B. Aspects of the history of osteogenesis imperfecta (Vrolik's syndrome) Ann Anat.2002;184:1–7.*
2. *Bauze RV, Smith R, Francis MJO. A new look at osteogenesis imperfecta. A clinical, radiological and biochemical study of forty-two patients. J Bone Joint Surg. 1975;57B:2.*
3. *Byers P, Cole W. Osteogenesis imperfecta. In: Royce PM, Steinmann B, editors. Connective tissue and its heritable disorders. New York, NY: Wiley-Liss; 2002. pp. 385–430.*
4. *Alcausin MB, Ault J, Briody J, Pacey V, Mcquade M, Bridge C, Engelbert RHH, Sillence DO, Munns CF. Intravenous pamidronate treatment in children with moderate-to-severe osteogenesis imperfecta started under three years of age. Horm Res Paediatr. 2013;79:333–340.*
5. *Forlino A, Cabral WA, Barnes AM, Marini JC. New perspectives on osteogenesis imperfecta. Nat Rev Endocrinol. 2011;7:540–557.*
6. *Клинический протокол диагностики и лечения несовершенного остеогенеза у детей. Протокол № (Протокол №11 от 29.09.2016 г).*

Автор для корреспонденции: **Досанов Б.А.** - кафедра детской хирургии НАО Медицинский университет Астана, г.Нур-Султан, Республика Казахстан dosanovb@mail.ru

VALEO

УДК: 616.8-005

ЕРКЕБАЕВА С.К., ДУЩАНОВА Г.А., ТУЗЕЛЬБАЕВ Н.К.
Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан
Международный Казахско-Турецкий университет, Шымкент, Казахстан

ПРОГНОЗНАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Аннотация:

Вторичная профилактика ишемического инсульта одна из актуальных проблем современной неврологии, которая приобретает все больше социальный характер. В работе был проведен комплексный анализ факторов риска 52 больных с первичным (контрольная группа) и 49 больных с повторным ишемическим инсультом, сопоставимых по полу и возрасту и по патогенетическому типу. Выявлено, что вероятность развития повторного ишемического инсульта по механизму первого в большей степени зависит от наличия характерных факторов риска. Оптимизация прогноза повторного инсульта предполагает обязательность модификации образа жизни, непрерывное многокомпонентное лечение, необходимость просветительской работы с родственниками и должна проводится совместно со специалистами других профилей.

Ключевые слова: инсульт, ишемический, профилактика, вторичная, фактор риска.

ЕРКЕБАЕВА С.К., ДУЩАНОВА Г. А., ТУЗЕЛБАЕВ Н. К.
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан
Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Шымкент, Қазақстан

ҚАЙТАЛАНҒАН ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТІҢ ДАМУЫН БОЛЖАМДЫ БАҒАЛАУ

Ишемиялық инсульттің қайталама алдын-алу қазіргі заманғы неврологияның өзекті мәселелерінің бірі болып табылады, ол барған сайын әлеуметтік сипатқа ие болады. Жұмыста бастапқы (бақылау тобы) 52 науқастың және қайталама ишемиялық инсультпен ауыратын 49 науқастың жынысы мен жасына және патогенетикалық типіне байланысты қауіп факторларына кешенді талдау жүргізілді. Бірінші механизм бойынша қайталанатын ишемиялық инсульттің даму ықтималдығы көбінесе тән қауіп факторларының болуына байланысты екендігі анықталды. Қайталанған инсульттің болжамын оңтайландыру міндетті түрде өмір салтын өзгертуді, үздіксіз көп компонентті емдеуді, туыстарымен білім беру жұмыстарын қажет етеді және басқа профильдердің мамандарымен бірге жүргізілуі керек.

Түйінді сөздер: инсульт, ишемиялық, алдын-алу, қайталама, қауіп факторы.

YERKEBAYEVA S. K., DUCHANOVA G. A., TUSELBAYEV N. K.
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan
International Kazakh-Turkish university, Shymkent, Kazakhstan

PREDICTIVE ASSESSMENT OF THE DEVELOPMENT OF RECURRENT ISCHEMIC STROKE

Secondary prevention of ischemic stroke is one of the urgent problems of modern neurology, which is becoming increasingly social in nature. A comprehensive analysis of risk factors was performed in 52 patients with primary (control group) and 49 patients with recurrent ischemic stroke, comparable by gender, age, and pathogenetic type. It was found that the probability of developing a second ischemic stroke by the mechanism of the first one depends more on the presence of characteristic risk factors. Optimization of the prognosis of recurrent stroke requires lifestyle modification, continuous multi-component treatment, the need for educational work with relatives, and should be carried out jointly with specialists of other profiles.

Keywords: stroke, ischemic, prevention, secondary, risk factor.

Введение. Вторичная профилактика ишемического инсульта у больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ) или транзиторную ишемическую атаку (ТИА) – одна из актуальных проблем современной неврологии, которая на сегодняшний день перестает быть чисто медицинской и приобретает все больше социальный характер [1,3]. Необходимо отметить высокие достижения в последние десятилетия в лечении и реабилитации инсультаприведшим к снижению летальности и инвалидизации после перенесенного инсульта, что заострило проблему актуальности профилактики уже повторного инсульта, распространенность которого с каждым годом растет [4]. В настоящее время разработаны международные рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта [5–7]. В этих рекомендациях отмечается, что риск инсульта увеличивается почти в 10 раз у лиц, перенесших ИИ и ТИА, при этом данный риск максимален в ранние сроки с момента заболевания, поэтому профилактика должна начинаться как можно раньше после развития ИИ или ТИА и в большинстве случаев проводиться в течение всей оставшейся жизни. Вторичная профилактика инсульта должна проводится больным, у которых имеются в анамнезе сосудистые ишемические эпизоды (ТИА, ИБС с приступами стенокардии, ИИ).

Цель исследования. Прогнозная оценка факторов риска повторного ишемического инсульта на основе их комплексного анализа.

Материал и методы. Былпроведен комплексный анализфакторов риска 52 больных с эпизодом впервые возникшего острого нарушения мозгового кровообращения ишемического характера (контрольная группа) и 49 больных с повторным ишемическим инсультом, сопоставимых по полу и возрасту, а также по патогенетическому типу инсультов. Более 80% больных были старше 70 лет. Средний возраст больных составил 76,98$\pm$0,78 года (от 60 до 86 года). В периоде наблюдения умерло 48 (47,1%) больных.

Результаты и обсуждение. Преимущественно повторный ишемический инсульт развился в бассейне левой средней мозговой артерии (рис.1)

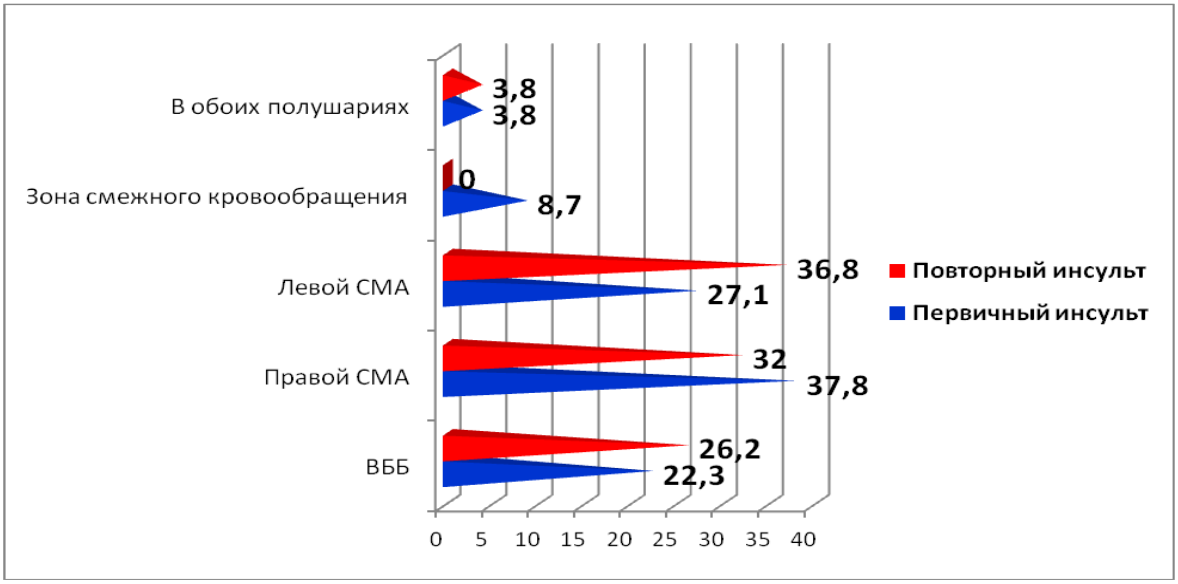


Рис.1.Сосудистый бассейн инсульта

Анализ по патогенетическому подтипу выявил, что повторный инсульт развивался большей частью у пациентов с атеротромботическим характером инсульта (рис.2)

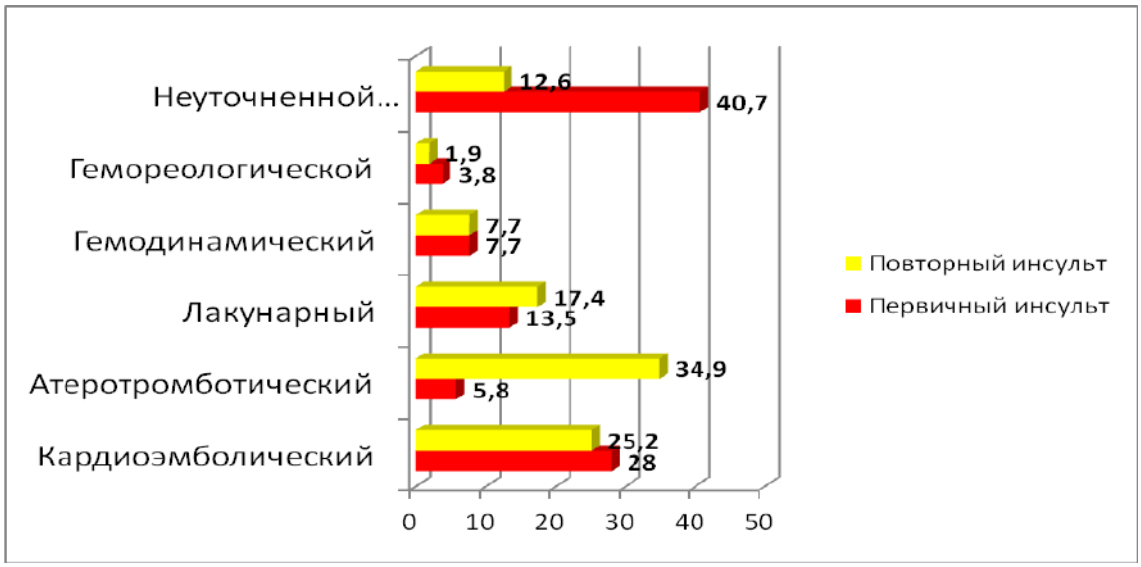


Рис.2 Патогенетический подтип инсульта

Сравнительный анализ инвалидизациив результате впервые возникшего и повторного инсульта показал возрастание количества пациентов с признаками более тяжелой степени инвалидизации, что соответствует ранее проведенным исследованиям [8], Если после первичного инсульта17,1% больных не имели остаточных явлений и не было больных с глубокой степенью инвалидизации, то после повторного инсульта 38,8% пациентов стали нуждаться в постоянном уходе, остальные имели различные степениинвалидизации. Помимо нарастания тяжести двигательных расстройств, после повторного инсульта значительно увеличиласьдоля психических и когнитивных нарушений с проявлениями сосудистой деменции, которая вызывается за счет увеличения объема, пораженной мозговой ткани в результате повторного инсульта. У 42,5 % пациентов после повторного инсульта отмечено появление синдрома паркинсонизма, что потребовало назначение специализированных препаратов. Возникновение этого симптомокомплекса возможно обусловлено как непосредственным поражением подкорковых ядер, так и нарушением корково-подкорковых интрацеребральных связей, в результате развития феномена разобщения. (disconnectionsyndrome).

Анализ факторов способствующих возникновению мозговых инсультов ставит один из важных вопросов: каковы различия больных с повторным инсультом - от больных, которые перенесли только перв ы й и н сульт в такой же возрастной категории». Вся сопутствующая патология нами была разделена на кардиальную, сосудистую и соматическую с учетом данных лабораторно- инструментальных методов исследований.

Немаловажными фактором явилось выявленное удлинение сроков госпитализации больных с повторным инсультом (17,2±1 - у больных с первым инсультом и 22,1±0,9 суток при повторном инсульте); что обуславливалось болеемедленным и осложненным течением повторного инсульта.Анализ кардиальной патологии показал, что все больные обеих групп имели кардиальную патологию (ИБС в сочетании- с различными видами нарушения ритма, и проводимости), треть больных, перенесла инфаркт миокарда (ИМ). Достоверные различия обнаружены в выраженности проявления ИБС и наличии фибрилляции предсердий (ФП).

Среди сосудистых факторов у больных с повторным инсультом выявлена достоверно - высокая распространенность облитерирующего атеросклероза варикозной болезни нижних конечностей, сахарного диабета 2 типа, что может свидетельствовать о многофакторном поражении сосудистого русла. Развитие варикозной болезни нижних конечностей: может быть обусловлено тем, что; после перенесенного инсульта резко снижается - физическая: нагрузка, приводящему к венозному застою; появляются условия дальнейшего прогрессирования заболевания; Надо отмстить, что у больных обеих групп с высокой частотой: встречается АГ, недостаточность кровообращении, последнее более выражено в группе больных с повторным инсультом. Анализ сопутствующей соматической патологии показал высокую встречаемость у больных с повторным инсультом остеоартроза, хронического холецистита и ожирения что может быть следствием ограничения двигательного режима и объема движений и суставах на фоне изменения мышечного тонуса, уменьшения проприорецептивной импульсации, выключения регуляторных моторно-висцеральных рефлексов.

Как свидетельствуют данные проведенного исследования наименее благоприятным прогнозом; в плане развития раннего рецидива инсульта явились первичный атеротромботический, гемодинанамический и инсульт неуточненной этиологии (рис.2). Наибольшая вероятность развития повторного ИИ схожего патогенетического типа с первым характерна для лакунарного (71,4% -совпадений) и кардиоэмболического типов инсульта. Для лакунарного инсульта, факторами раннего повтора стали уровень артериального давления на фоне коморбидных заболеваний - АГ, СД, ожирение, облитерирующий атеросклероз. Факторами, влияющими на вероятность совпадения патогенетического механизма первичного и повторного инсультов являлись кардиопатология для кардиоэмболического инсульта, повышение уровня артериального давления для больных с повторными лакунарными инсультами. Наличие выраженного атеросклеротического процесса, влияющего на гемодинамику прогрессировало, со временем, приводило к повторным атеротромботическим инсультам. того для пациентов с повторным атеротромботическим инсультом было характерно ожирение, курение, повышенный уровень холестерина на фоне атеросклеротического поражения магистральных артерий головы и шеи. Для развития повторного кардиоэмболического инсульта причиной стали заболевания ведущие к нарушению кровообращения миокарда с формированием микротромбов - перенесенный ОИМ, появление нарушения ритма и проводимости. Для развития лакунарных инсультов наиболее значимым явился уровень артериального давления при наличии заболеваний, имеющим я своем звене патогенеза - микроангиопатию.

Заключение. На основании результатов проведенной работыхочется выделить ряд моментов, которые дают возможность для разработки мероприятий по вторичной профилактике инсульта.Оптимизация прогноза повторного инсульта предполагает, чтобы всех пациентов, особенно с очень высоким риском, как можно раньше информировать об обязательности модификации образа жизни, непрерывного многокомпонентного лечения, о негативных последствиях нарушения рекомендаций. Важное значение приобретает необходимость просветительской работы с родственниками. В связи с этим необходимо отметить, что патологический процесс, ведущий к инсульту развивается и потенцируется нарастающим с возрастом функциональной недостаточностью систем и органов.В этих случаях первостепенной задачейстановитсямедикаментозная и другие виды коррекции и поддержание функционирования различных систем и органов. Таким образомвторичная профилактика инсульта - задача не только невролога, онадолжна проводится совместно со специалистами других профилей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Скворцова В.И., Губский Л.В., Стаховская Л.В. и др. Ише- мический инсульт. В кн.: Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., ред. Неврология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-МЕДИА; 2009: 592—615.

2. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. М.: МИА; 2012. 288с.

3.Kondybayeva A., Akimniyazova A., Kamenova S., Duchshanova G., Aisina D., Goncharova A., Ivashchenko A. "Prediction of miRNA interaction with mRNA of stroke candidate genes", Springer International Publishing, журнал Neurological SciencesNeurological Sciences, 1-10, 2019/11/30

4. Duchshanova G.A., Mustapaeva G.A., Zulfikarova E.T. Analysis of development primary and repeated ischemic stroke.//National Journal of Neurology
(Scientific-practical journal), Azerbaijan, Baku, №2(8) 201. 70-77
5. Sacco R.l., Adams R., Albers G. et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: A Statement for healthcare Professionals from the American heart Association/American Stroke Association council on Stroke: co-Sponsored by the council on cardio- vascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. Stroke. 2006; 37: 577–617.
6. European Stroke organisation (ESO) executive committee; ESO Writing committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. Cerebrovasc. Dis. 2008; 25:457—507.
7. FurieK.l., KasnerS.e., Adams R.J. et al. Guidelines for the pre- vention of stroke in patients with Stroke or transient ischemic at- tack A guideline for healthcare professionals from the American heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011; 42: 227—76.
8.Кадыков. А.С., Черникова Л.А. ,.Шведков В.В., Миклош М.Жизнь после инсульта. Руководство по реабилитации больных, перенесших инсульт2002. 46 с.

Автор для корреспонденции: Еркебаева Салтанат Калдыбековна - и.о доцента кафедры неврологии, психиатрии и психологии, Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, 87012221676, erkebaevasaltanat@mail.ru



УДК: 616.281 – 002.2

Б.А.ЖАПАЛАКОВ, Э.К. ИСМАГУЛОВА, В.В. ЖЕЛЕЗНОВА, Б.А. ШАГАТАЕВА, Д.Б. ШЫНГАЛИЕВА, А.К. АМИРАДИНОВА
«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті» КеАҚ

МЕДИЦИНАДА АЗ КҮШТІ ТҰРАҚТЫ ЭЛЕКТР ТОҒЫН ҚОЛДАНУ

Аннотация:
Тіндердегі органикалық емес иондардың термодинамикалық концентрациясының жоғарылауына байланысты тұрақты электр тоғы (ТЭТ): трофикалық және энергетикалық үрдістерді белсендіріп, лейкоциттердің фагоцитарлық белсенділігін арттырып , тіндердің қорғаныс қасиетін күшейтіп, антидене өнімдерінің және ретикулярлы жүйесінің қызметін белсендіруге ықпал жасайды.
Көптеген авторлардың зерттеу тұжырымы бойынша тұрақты электр тоғын вазомоторлы және аллергиялық ринит, сальпингит, аденоидит, созылмалы тонзиллит және полипозды риносинуситті емдеуде аз күшті тұрақты электр тоғын қолдану тиімді екенін көрсетеді.
Түйінді сөздер: аз күшті тұрақты электр тоғы, электрод, аппарат.

Б.А.ЖАПАЛАКОВ, Э.К. ИСМАГУЛОВА, В.В. ЖЕЛЕЗНОВА , Б.А. ШАГАТАЕВА, Д.Б. ШЫНГАЛИЕВА , А.К. АМИРАДИНОВА.
НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

ПРИМЕНЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА МАЛОЙ СИЛЫ В МЕДИЦИНЕ

Стимулирующее действие постоянного электрического тока, обусловленное увеличением термодинамической концентрации неорганических ионов в тканях, заключается в активизации трофических и энергетических процессов, увеличении фагоцитарной активности лейкоцитов, повышении защитных свойств тканей, усилении выработки антител и активации ретикулярной системы. Авторами изучена эффективность постоянного электротока малой силы при лечении вазомоторного и аллергического ринитов, аденоидита, сальпингита, тонзиллита и полипозного риносинусита.
Ключевые слова: постоянный электрический ток малой силы, электрод, аппарат.

B.A. ZHAPALAKOV, E.K. ISMAGULOVA, V.V. ZHELEZNOVA, B.A. SHAGATAYEVA, D.B. SHYNGALIYEVA, A.K. AMIRADINOVA
West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University

THE APPLICATION OF DIRECT ELECTRIC CURRENT OF LOW INTENSITY IN MEDICINE

The stimulatory effect of direct electric current due to the increase in the thermodynamic concentration of inorganic ions in tissues is to enhance energy and trophic processes, increasing the phagocytic activity of leukocytes, increase the protective properties of the tissues, enhancing the production of antibodies and the activation of the reticular system. The authors studied the effectiveness of DC electric current of low power in the treatment of vasomotor and allergic rhinitis, adenoiditis, salpingitis, tonsillitis and polypoid rhinosinusitis.

Keywords: constant electric current of low power, electrode, apparatus.

Қазіргі уақытта физиотерапия әдістеріне деген қызығушылық арта түсуде, бұл аталған емдеу тәсілі үлкен қолданысқа ие, себебі физиотерапия саласында көбінесе емдеу дәрі-дәрмексіз жүргізіледі. Медициналық практикада тұрақты электр тоғы кеңінен пайдаланады.

Тұрақты электр тоғы ағзадағы аса қажетті процестердің тұрақты тітіркендіргіші және қуаттандырғыш көзі [1]. Гальваникалық токтың ықпал ету әсері әртүрлі, оның нервті-рефлекторлы және арнайы реакциялардан, организмнің жалпы жүйесінде жауап ретінде жергілікті және жалпы өзгерістер пайда болып, әртүрлі реакциялар қалыптасады [2]. Токтың әсерінен организмде күрделі биохимиялық және биофизикалық үрдістер жүріп, емдік әсері бар физиологиялық реакциялар туындайды. Тұрақты электр тоғының биологиялық механизм әсерінде иондық коньюктураның алатын рөлі ерекше, тіндегі ионның сандық және сапалық қарым – қатынасынан оның арнайы механизмі пайда болады [3]. Тұрақты электр тоғының қуаттандырушы әсерін тіндегі бейорганикалық иондардың термодинамикалық концентрациясының өсуімен, трофикалық және энергетикалық процестердің, лейкоциттердің фагоцитарлық қызметінің артуымен, тіндердің қорғаныс қасиеттерінің жоғарылауымен, ретикулярлы жүйенің және антидене өндірілуінің күшеюімен түсіндіріледі [4].

Тұрақты электр тоғы нерв жүйесінің шеттік рецепторлеріне әсер ете отырып, жүйке жүйесінің қызметін жақсартады. В. С. Улащиктің пікірі бойынша тұрақты электр тоғының емдік қасиеті, оның жергілікті /локальды/ және әлсіз көрсеткіш күшіне негізделген [5].

Бұдан басқа, эксперименталды зерттеудің нәтижелері аз қарқынды ток тіндердің метаболизмін және функционалдық белсенділігін күшейтеді, оның сыртқы ортадағы факторларға төзімділігін және ағзаның реактивтілігін артырады, бұл физиотерапиялық практикада токтың аз күшін қолданудың нәтижелі және тиімді екенін дәлелдейді [6].

Жоғарыда аталған тұрақты электр тоғының өлшем бірлігі миллиампер болып есептеледі. Тұрақты электр тоғының бұл түрі физиотерапияда кеңінен қолданылады. Алайда, тұрақты электр тоғының миллиамперметр өлшем бірлігінің мүмкіндіктер шегі шектеулі. Сондықтан қазіргі уақытта зерттеушілерді қызықтыруда микроамперметр шкаласымен өлшенетін тұрақты электр тогы. Оның тірі ағзаға әсері өте аз зерттелген. Адам мен жануарлар ағзасындағы биологиялық құбылыс, кернеуі мен күші аз токтарымен сәйкес жүретіні белгілі. Мүшелер мен жанды тіндерде дамитын әртүрлі патологиялық процестер кезінде биотоктардың қасиеті өзгереді. Мүшеге немесе жанды тінге әлсіз күш пен кернеулі микротоқпен әсер етіп, токтың сол параметріне сәйкес биологиялық процестің түзілісінен, науқастың ағзалары мен тіндеріндегі патологиялық үрдісті ретке келтіреті нәтижені ала аламыз [7].

Көптеген отандық және шетелдік зерттеушілердің ғылыми жұмыстары биологиялық резонансты зерттеуге негізделген, яғни физикалық параметрінің емдік әсер ету факторлары бағытталған , науқас организмдегі биологиялық ритмге немесе жүйелердің, мүшелердің, тіндердің функционалдық ырғағына /ритміне/ [8].

Хирургияда аз күшті тұрақты электр тогын К.Ж.Аскангалиев (1994), Б.А.Турекеев (1994), Р.И.Закиржанов (1996), оториноларингологияда–В.П. Григорьев (2005) нәтижелі пайдаланған [9,10,11].

Көптеген авторлардың тәжірибелік және клиникалық зерттеулері аз күшті тұрақты электр тоғының қабынуға қарсы және қан тамырларына оң мәнді әсер ететіндігін, оданда басқа дәнекер тіндерінде оттегінің құрамын жоғарылататыны дәлелденген [12].

1957 жылы жапондық ғалымдар Fucada E және Yasuda J әлсіз тұрақты электр тогы сынған сүйектердің бітісуін жеделдететінін анықтаған [13].

Brighton C et al. тұрақты электр тоғының сүйек тінінің регенерациясына оң мәнді әсерін, сүйек тініндегі сілтілі ортада оттегінің төмендеуімен түсіндіреді. Friedeh-berg Z.et.al тәжірибе жүзінде электр тоғының аз күші 5-20 мкА остеогенез процессін жеделдететін, ал күші 50-100 мкА ток сүйек тіндерінде деструктивті әсер ететінін дәлелдеді [14].

Ж.М. Сиджанов және басқа авторлардың эксперименталдық жұмыстарында катод электроды қабыну үрдісін күшейтетінін анықтаған. Бұл кезде грануляциялық тінінің өсуі жеделдеп, регенерацияны тездетеді. Оң мәнді электрод жарақаттағы қабыну процесін азайтып, грануляциялық тінінің өсуін тежейді [15]. Авторлар жарақат процесінің фазаларына байланысты тұрақты электр тогы полюстерінің орындарын алмастыру арқылы, жара және жазылмайтын жарақаттардағы жұмсақ тіндердегі репаративті процессті реттеуге болатынын анықтаған.

Көптеген клиникалық және эксперименталдық жұмыстар аз күшті тұрақты электр тоғының жалған буындарды, ұзаққа созылған жазылмайтын трофикалық жараларды және сыныктарды емдеуде оның жоғары нәтижелі емдік әсері бар екенін тұжырымдады [16].

Оториноларингологияда аз күшті тұрақты электр тоғын қолданудың пионері Ақтөбе медициналық институтының ЛОР клиникасы болды (В. П. Григорьев 1979). Алғашқысында созылмалы іріңді ортаңғы отитті жануарларға қалыптастырылған да ТЭТ аз күші пайданылған (В. П. Григорьев1979), одан да басқа емізікше тәрізді өсіндінің трепанациялық жарақаттарын емдеуге қолданылды (В.П. Григорьев 1981,1983). Жоғарыда келтірілген мәліметтер әртүрлі ЛОР ауруларын тұрақты электр тоғымен емдеуге себепкер болды. 1980 жылдан бастап алғаш рет клиникалық тәжірибеде ЛОР мүшелері патологияларын емдеуде аз күшті тұрақты электр тоғын қолдану бойынша ғылыми жұмыстар жүргізілді [17,18].

Ақтөбе медицина институтының ЛОР кафедрасында жануарлардың кілегей және клегей астылық қабығындағы морфологиялық өзгерістер, электр тоғының күшіне, ұзақтығына байланысты екенін эксперименталды зерттеу әдістері арқылы дәлелденді. Жануарларға жүргізілген күші 20 мкА, ұзақтықтағы 10 минут тұрақты электр тоғының морфологиясына әсер ету кезінде стромадағы қан тамырлары тарылатыны (спазмын) анықталды, бұл реографиялық зерттеулердің көрсеткішімен сәйкес келеді. Әсер ету ұзақтығын 20 минут болса, қан тамырларында паретикалық өзгерістер болады. Ток күшін 30-40 мкА дейін өсірсе строма ісінеді, кей жағдайларда кілегей қабығында күю пайда болады [19,20].

Жүргізілген эксперименталдық зерттеулер аталған физикалық фактор қабынуды жоюға, микроциркуляцияны, жыбыр эпителийдің транспорттық қызметін және кілегей қабықтың резорбтивті қызметіне қолайлы әсер ететінін айқындады. Б.А. Жапалақовтың (2003) зерттеуі, созылмалы тонзилитте күші 20 мкА, ұзақтықтағы 10 минут тұрақты электр тоғы имундық жүйеге оң мәнді әсер етіп, қанның құрамындағы IgA, IgM, IgG және сілекейдегі SIgA иммуноглобулин деңгейін қалыпқа келтіретінін дәлелдеді. Алынған ғылыми нәтижелердің негізінде М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университетінің оториноларингология, офтальмология кафедрасында ЛОР ауруларын емдеудің тәсілі ұсынылды [21,22]:

1. Вазомоторлы және аллергиялық риниттерді емдеу әдісі (В. П. Григорьев. Патент №912172; В.П. Григорьев., В.В. Железнова, Авторлық куәлік № 1657197, 23.06.1991ж). Белсенді электрод (анод) мұрын қуысына енгізіледі және қажетті рефлексогенді аймаққа орналастырылады, әсер ету тоқтың күші 20 мкА, ұзақтығы 10 минут. Емдеу курсы 10-12 сеанс. 89 науқастарда емдеу жүргізілді. Олардың 64-де сауығу анықталды.

2. Мұрын полипінің емдеу әдісі (В.П.Григорьев.,В. В. Железнова. Авторлық куәлік №1715324, 01.11.1991). Арнайы конструкциядағы стерилді электрод полиптың орналасуына байланысты ортаңғы немесе жоғарғы мұрын жолына енгізіледі. Электродтың белсенді /анод/ бөлігі полиптың беткейіне орналастырылды. Токтың күші 15-20 мкА. Процедура ұзақтығы 10 минут. Емдеу курсы 10-12 процедура. Емдеу 25 науқасқа жүргізілді. Полиптың толықтай жойылуы және мұрыннан тыныс алу қалпына келді12 сырқатта, ал 8-нде тек полиптың көлемі кішірейді, 5 науқаста нәтижесіз, яғни полиптың мөлшері аз дәрежеде кішірейді.

3. Созылмалы тонзиллитті емдеу әдісі (В. П. Григорьев., Б. А. Жапалаков. Патент №30611, 11.01.1999 ж.). Созылмалы тонзиллит кезінде 10% лидокаин ерітіндісімен жергілікті аппликациялық анестезиядан кейін арнайы конструкциядағы электродты (анод) таңдай бадамшасының беткейіне орналастырылады. Емдеу курсы 10-15 процедура, ток күші 20 мкА, емдеу ұзақтығы 10-15 минут. 108 науқасқа емдеу жүргізілді, 6 айдан кейін 62 науқаста оң нәтиже байқалды. Бір жылдан соң бұл көрсеткіш 56 науқаста сақталды.

4. Созылмалы аденоидитті емдеу әдісі (В. П. Григорьев., В. В. Железнова. Патент №31879,12.07.2000ж). Созылмалы аденоидит кезінде электродтың белсенді (анод) бөлігі мұрын-жұтқыншақ бадамшасының беткейіне орналастырылады. Ток күші 20 мкА, ұзақтығы 15 минут. Емдеу курсы 5-12 процедура. 108 науқаста емдеу жүргізілді, тұрақты оң нәтиже (мұрынмен тыныс алудың жақсаруы) 89 науқаста байқалды.

5. Есту түтігінің созылмалы қабынуының емдеу әдісі (В.П.Григорьев., В. В. Железнова. Патент №44786, 02.02.2004ж). Арнайы конструкциядағы стерилді электрод жалпы мұрын жолы арқылы мұрын жұтқыншаққа енгізіледі, электродтың белсенді (анод) бөлігін есту түтігінің сағасына орналастырылады.

Ток күші 15-20 мкА, ұзақтығы 10 минут күніне бір реттен. Емдеу курсы 10-13 сеанс. 113 науқас емделді, оның 89-да оң нәтиже анықталды (құлақта шудың басылуы, есту қабілетінің жақсаруы).

6. Полипозды риносинуситті емдеу әдісі. (Б.А. Жапалаков., Э.К.Исмагулова., В.В. Железнова. Патент № 26575, 25.12.2012ж.) Токтың күші 20 мкА. Процедура ұзақтығы 10 минут. Емдеу курсы 10-12 процедура. Емдеу 68 науқаста жүргізілді. 1 жылдан кейін аз күшті ТЭТ мен кешенді емдеу жүргізілген 40 пациенттің 1 де (2,5%) рецидив байқалса, дәстүрлі емдеу тәсілімен емделген 28 науқастың 1 де (3,5%) аурудың қайталанғаны анықталды. Одан әрі науқастарды бақылау кезінде 5 жыл ішінде негізгі топта 3 (7,5%) рецидив, бақылау тобында 3 (10,7%) рецидив анықталды.

Қорытынды: жоғарыда көрсетілген мәліметтердің негізінде аз күшті тұрақты электр тоғы ЛОР мүшелері ауруларын емдеуде тиімді екендігін көрсетеді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. *В.С. Улащик /Физиотерапия // Универсальная медицинская энциклопедия -Минск : Книжный дом, 2008. - 640 с.*
2. *В.С Улащик., И.В. Лукомский.Общая физиотерапия: Учебник. 3-е изд. Минск: Книжный дом; 2008. - 512 с*
3. *В.С. Улащик /Современные представления о методах биорегулируемой физиотерапии // Физиотерапевт. 2009. № 1. С. 55-63.*
4. *В.С. Улащик /Электрофорез лекарственных веществ// Руководство для специалистов. Минск: Беларуская навука; 2010. - 404с.*
5. *В.С. Улащик.От фармакотерапии к физиофармакотерапии //Медицинские новости 2013.№1.С.11-16.*
6. *В.С. Улащик /Физиотерапия: перспективы развития в первой половине XXI века//Здравоохранение (Минск). 2018. № 1. С. 6-15.*
7. *В.С. Улащик /Большой справочник физиотерапевта //- Минск : Интерпрессервис, Книжный Дом, 2012. - 640 с.*
8. *В.С. Улащик /О новых направлениях использования лечебных физических факторов // Физиотерапевт. - 2010. - № 3. - С. 12-22.*
9. *К.Ж. Аскангалиев /Сравнительная оценка и тактика выбора активных методов лечения гнойных ран и полостей.// Автореф.канд.мед.наук. – Актобе 1994, С 16.*
10. *Б.А. Турекеев / Применение малых доз постоянного электрического тока в лечении аппендикулярных инфильтратов и воспалительных осложнений.//Автореф.канд.мед.наук. – Актобе 1994, С.18*
11. *Р.И. Закиржанов /Применение малых доз постоянного электрического тока в комплексном лечении гнойных ран мягких тканей//Автореф.канд.мед.наук. – Актобе 1996, С.17*
12. *Clark CC1, Wang W, Brighton CT. /Up-regulation of expression of selected genes in human bone cells with specific capacitively coupled electric fields.// Jourmal of orthopeadic research. 2014 Jul;32(7):894-903*
13. *Miyamoto H, Sawaji Y, Iwaki T, Masaoka T, Fukada E, Date M, Yamamoto K. /Intermittent pulsed electromagnetic field stimulation activates the mTOR pathway and stimulates the proliferation of osteoblast-like cells.// Bioelectromagnetics. 2019 Sep;40(6):412-421.*
14. *Brighton C, Wang W, Clark C./The effect of electrical fields on gene and protein expression in human osteoarthritic cartilage explants.//The journal of Bone and Joint surgery. 2008 Apr;90(4):833-48.*
15. *Н.И. Хвисюк., Ж.М. Сиджанов., Ж.М.Карылганов и др./Стимуляция остеорепарации постоянным током малой величины // Ортопедия, травматология и протезирование. 1991. № 1. С.43 - 46.*
16. *С.Ж. Исаев /Профилактика хирургической инфекции у больных с открытыми переломами конечностей// Диссертация – Оренбург 2005, С 111.*
17. *В.П Григорьев., В.В Железнова. /Состояние некоторых физиологических функций слизистой оболочки полости носа до и после воздействия постоянным электрическим током малой силы. // Российская ринология 2005, № 2, С 18-19.*
18. *В.В. Железнова. /Влияние постоянного электрического тока малой силы на состояние микроциркуляторного русла у больных хроническим воспалением слуховой трубы// Медицинский журнал Западного Казахстана 2011, №1, (29).*
19. *В.В Железнова., Б.А Жапалаков., А.К Исергужина., С.М Бекназарова., А.А Наштаева., А.Б Утепова. /Современные возможности консервативной терапии слуховых дисфункций.// Российская ринология 2011, 19 (2), С 81-82*
20. *Э.К Исмагулова., Б.А Жапалаков., В.В. Железнова., Б.А Шагатаева /К вопросу о комплексном лечении полипозного риносинусита// Евразийский Союз Ученых 2015, 10-1 С (19)*
21. *Б.А Жапалаков., В.В Железнова., Э.К Исмагулова /Современные взгляды на проблему полипозного риносинусита// Медицинский журнал Западного Казахстана 2015, №4, С (48)*

22. Б.А Жапалаков., В.В Железнова., Э.К Исмагулова /Лечение полипозного риносинусита и профилактика рецидива заболевания с применением постоянного электрического тока малой силы// Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae 2015, 21-2, С 42-43.

Автор для корреспонденции: Жапалаков Басир Айдарханович – к.м.н., профессор кафедры оториноларингологии, НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова» , моб.тел.: 8-705-238-39-67,
e-mail: zhapalakov58@mail.ru

VALEO

УДК:616.899:616.379-008

А.С. КАСЕНОВА, К.А. ШИНАЛИЕВА
НАО «Медицинский Университет Астана», Кафедра неврологии, г.Нур-Султан.
Клиника «Сенім», г.Нур-Султан. Казахстан

КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Аннотация:
В данной статье представлены результаты нейропсихологического обследования 59 пациентов среднего возраста, с клинически и лабораторно подтвержденным диагнозом сахарный диабет 2 типа. Средний возраст обследованных составил 54,42 ± 5,25 лет. Когнитивные функции головного мозга по результатам нейропсихологического тестирования были снижены у пациентов с СД 2 типа среднего возраста по сравнению с группой контроля и характеризовались замедлением темпа интеллектуальной деятельности, уменьшением беглости речи, снижением концентрации внимания, нарушениями памяти динамического характера. В целом пациенты среднего возраста с сахарным диабетом 2 типа сохранили ориентацию в пространстве и времени.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 тип, когнитивный дефицит, тест МоСА

А.С. КАСЕНОВА, Қ. А. ШИНАЛИЕВА

2 ТИПТІ ДИАБЕТ ҚАНТ ДИАБЕТІМЕН АУРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КОГНИТИВТІК ТАПШЫЛЫҒЫ

Бұл мақалада клиникалық және зертханалық расталған 2 типті қант диабеті диагнозы бар орта жастағы 59 науқасқа жүргізілген нейропсихологиялық зерттеу нәтижелері көрсетілген. Зерттелгендердің орташа жасы 54,42 ± 5,25 жасты құрады. Нейропсихологиялық тестілеудің нәтижелері бойынша мидың когнитивті функциялары орта жастағы 2 типті қант диабетімен ауыратын науқастарда бақылау тобымен салыстырғанда төмендеді және интеллектуалды белсенділік деңгейінің бәсеңдеуімен, сөйлеу мәнерінің төмендеуімен, зейіннің төмендеуімен және динамикалық сипаттағы есте сақтау қабілетінің төмендеуімен сипатталды. Жалпы, екінші типті қант диабеті бар орта жастағы науқастар кеңістіктегі және уақыттағы бағдарын сақтап қалды.

Кілтті сөздер: 2 типті қант диабеті, когнитивтік тапшылық, тест МоСА

A.S. KASSENOVA, K.A. SHINALYIEVA

COGNITIVE DEFICIENCY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

This article presents the results of a neuropsychological examination of 59 middle-aged patients with a clinically and laboratory-confirmed diagnosis of type 2 diabetes mellitus. The average age of the surveyed was 54.42 ± 5.25 years. According to the results of neuropsychological testing, cognitive functions of the brain were reduced in middle-aged type 2 diabetic patients in the control group and were characterized by a slowdown in the rate of intellectual activity, decreased speech fluency, decreased attention, and dynamic memory impairments. In general, middle-aged patients with type 2 diabetes mellitus retained orientation in positioning and timing.

Key notes: type 2 diabetes mellitus, cognitive deficit, test MoCA

Актуальность: Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) - это хроническое нарушение обмена веществ, вызванное дефицитом инсулина [1,2]. СД 2 типа — одно из самых частых хронических заболеваний человека, поражающее до 10% населения. Риск развития деменции у пациентов с СД повышается в среднем в 1,6 раза, при этом риск развития сосудистой деменции возрастает в 2–2,6 раза, а риск развития болезни Альцгеймера (БА) — примерно в 1,5 раза, независимо от возраста начала СД[3]. По мнению исследователей, патофизиология когнитивных нарушений при диабете 2 типа основана на изменении структурно-функциональных процессов в головном мозге, происходящем в процессе более ускоренного естественного старения. У больных сахарным диабетом наблюдается снижение скорости психомоторных реакций, страдают управляющие функции, снижается словесная память, снижается скорость обработки.

Некоторые исследования показывают, что дефицит когнитивных функций связан с плохим гликемическим контролем. У больных диабетом, которые достигают и поддерживают нормальный гликемический контроль, диабет типа 2 лишь незначительно влияет на когнитивные функции до 70 лет [4]. Тем не менее, раннее начало диабета 2 типа, отклоняемый от нормы контроль гликемии и наличие микро- и макро- сосудистые заболевания могут взаимодействовать, вызывая ранний когнитивный дефицит [5].

Материал и методы: Обследовано 59 пациентов от 45 до 59 лет (средний возраст, Рекомендации ВОЗ, 2017) с клинически и лабораторно подтвержденным сахарным диабетом 2 типа. В исследование были включены участники обоих полов, проживающих в городе Нур-Султан, с разными национальными и этническими происхождениями, чтобы убедиться в равномерности распределения групп для исследования. Контрольную группу составили 59 человек без сахарного диабета 2 типа, сопоставимые по половому и возрастному признакам, наличию сопутствующих заболеваний.

Для изучения когнитивной сферы нами проведено нейропсихологическое тестирование по шкале MoCA (Монреальская шкала оценки когнитивных функций). Монреальская шкала оценки когнитивных функций была разработана как средство быстрой оценки при умеренной когнитивной дисфункции. Она оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Время для проведения MoCA составляет примерно 10 минут. Максимально возможное количество баллов - 30; 26 баллов и более считается нормальным.

Статистический анализ. Статистическая обработка данных результатов проведенного исследования производилось программой SpSS Statistics 10. Качественные характеристики описывались абсолютными и относительными (%) значениями. Количественные характеристики были представлены в виде среднего арифметического ± стандартная ошибка (M ± m). Статистическая значимость различий между группами была определена методом Манна-Уитни. Для сравнения значимости различий исходов нами было применено критерий хи 2 (χ^2) с поправкой Йейтса.

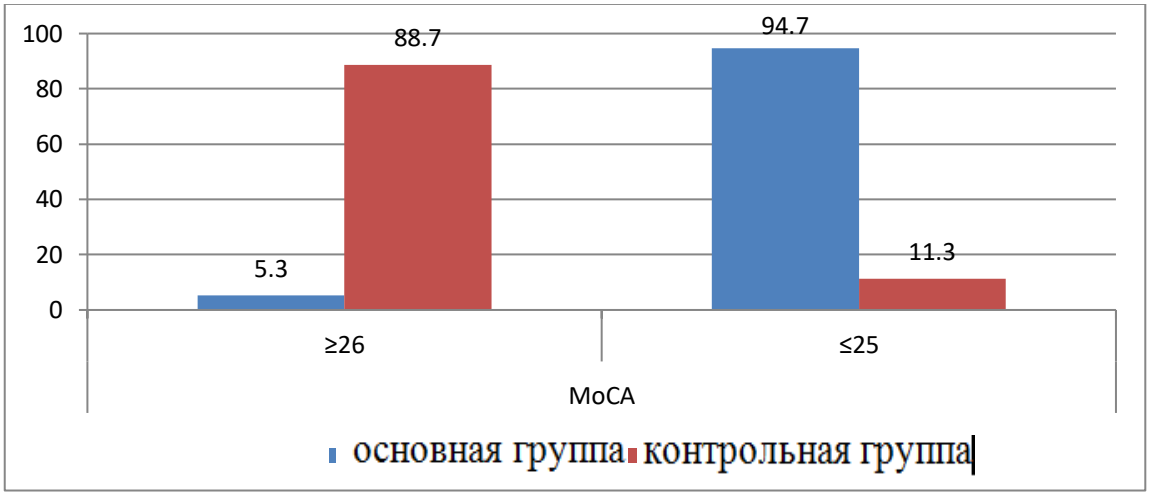
Резуьтаты: Общая характеристика исследуемой группы больных сахарным диабетом 2 типа представлена в таблице:

Характеристика	**No. (%) or means ±SD**
Количество пациентов	59
Возраст	54,99±4,705
Пол (женщины/мужчины)	89/47 (61,1/38,9%)
Продолжительность диабета	9,73±7,292
HbA1c (%)	9,64±2,72

Контрольную группу составили 59 человек без диабета 2 типа (71 женщин (72,6%)). Средний возраст обследованных составил 54,42 ± 5,25 лет.

Характеристики	**Главная группа** No. (%) or (Me, 25, 75%)	**Контрольная группа** No. (%) or (Me, 25, 75%)	**Критерий U**
Колчество пациентов	59	59	-
MoCA (N – 26-30)	21,50 [20,00; 24,00]	29,0 [28,00; 30,00]	0,000* (p<0,001)
Зрительно-конструктивные навыки (n – 5)	4,0 [2,0;5,0]	5,0 [4,0;5,0]	0,082 (p>0,05)

Оптико-пространственная деятельность (n -3)	3,0 [3,0; 3,0]	3,0 [3,0; 3,0]	0,082 (p>0,05)
Память (n – 6)	5,0 [3,00;5,0]	6,0 [5,0;6,0]	0,000* (p<0,001)
Внимание (n – 3)	1,0 [1,0;2,0]	3,0 [3,0; 3,0]	0,000* (p<0,001)
Речь (n – 2)	1,0 [1,0;2,0]	2,0 [2,0;2,0]	0,000* (p<0,001)
Абстрактное мышление (n – 5)	2,0 [2,0;4,0]	5,0 [4,0;5,0]	0,000* (p<0,001)
Ориентация в пространстве (n – 6)	6,0 [6,0; 6,0]	6,0 [6,0; 6,0]	0,059 (p>0,05)



На рисунке 1 представлены обобщенные результаты исследования когнитивной сферы: как видно, у пациентов с СД 2 типа среднего возраста когнитивные функции снижены и соответствуют уровню умеренных когнитивных нарушений (УКН) в 88,7% случаев.

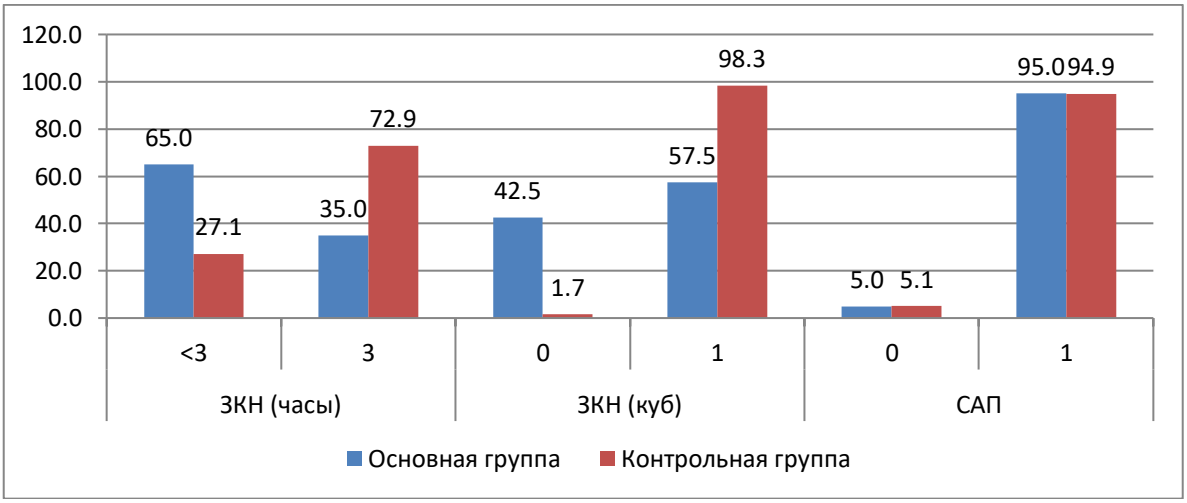


Рисунок 2- Результаты МоСА – теста по рубрикам Зрительно-конструктивные и исполнительные навыки у обследуемых лиц основной и контрольной групп (%)

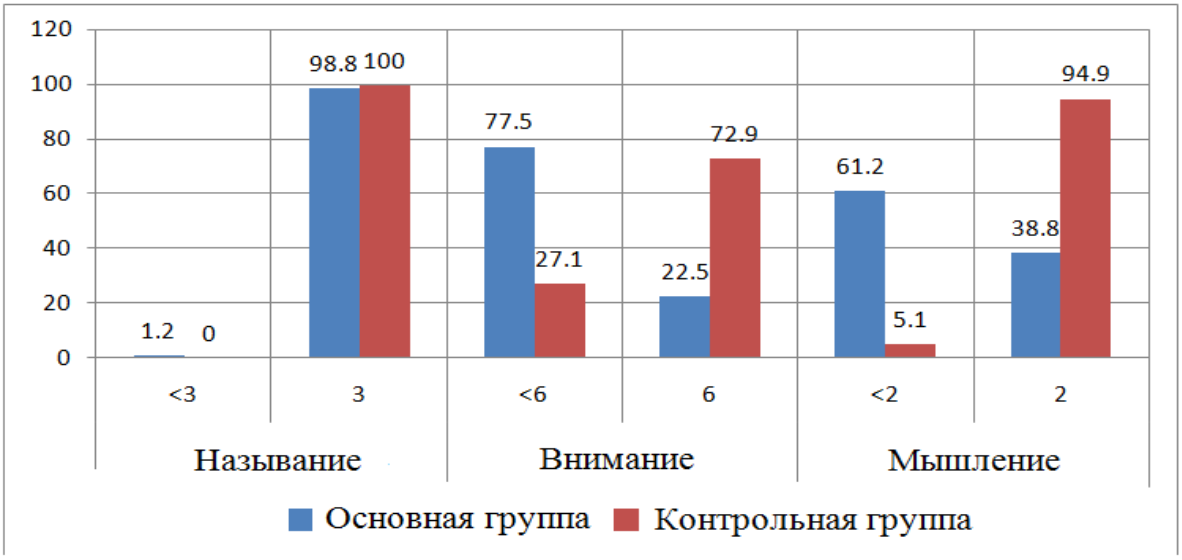


Рисунок 3 - Результаты МоСА – теста по рубрикам «называние», «внимание», «мышление» у обследуемых лиц основной и контрольной групп (%)

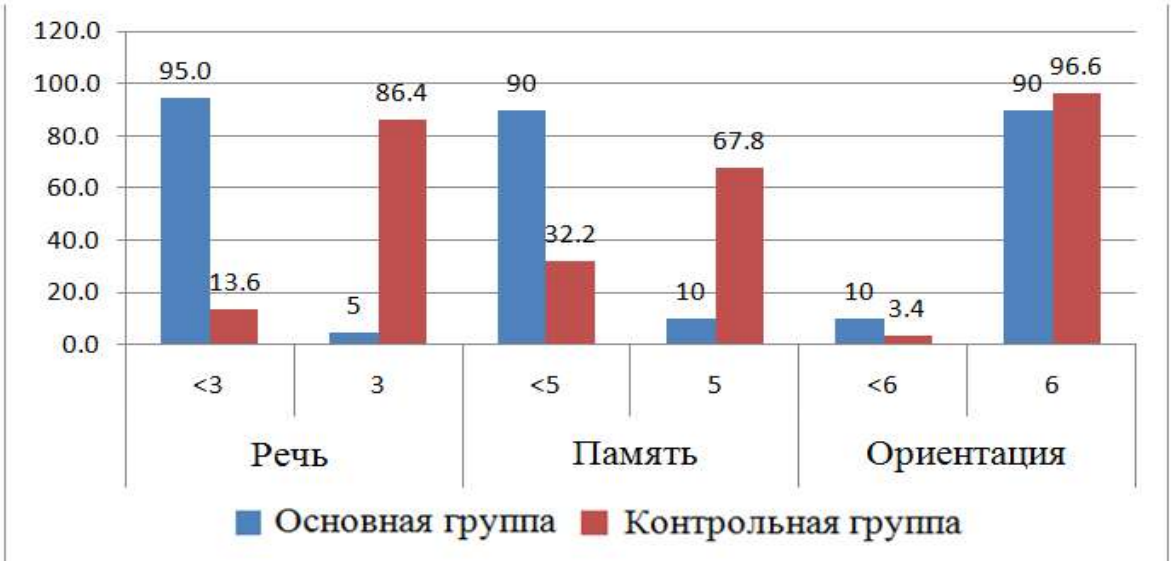


Рисунок 4 - Результаты МоСА – теста по рубрикам «речь», «память», «ориентация» у обследуемых лиц основной и контрольной групп (%)

Обсуждение: Нами выявлены статистически значимые различия в оценке исходов у пациентов с СД 2 типа и лиц без СД 2 типа по результатам следующих тестов: теста «рисование часов» (χ^2=18,014; p<0,001), теста «куб» (χ^2=27,884; p<0,001). Нами не выявлены статистически значимые различия в оценке исходов результатов теста «создание альтернирующего пути» (χ^2=0,137;p>0,05).

Нами выявлены статистически значимые различия в оценке исходов у пациентов с СД 2 типа и лиц без СД 2 типа по результатам следующих тестов: теста «внимание» (χ^2=32,894;p<0,001) и «мышление» (χ^2=43,380;p<0,001). Нами не выявлены статистически значимые различия в оценке исходов результатов теста «называние предметов» у пациентов среднего возраста (Основная группа и контрольная группа) (χ^2=0,024;p>0,05).

Оценивая результаты теста «речь», мы установили статистически значимые различия в оценке исходов у пациентов с СД 2 типа и лиц без СД 2 типа среднего возраста (основная и контрольная группы) (χ^2=90,813;p<0,001). Оценивая результаты теста «память», нами установлены статистически значимые различия в оценке исходов (χ^2=47,650;p<0,001). Нами не были установлены статистически значимые различия в оценке исходов теста «ориентация» (χ^2=1,342;p<0,001). Установленные при СД 2 типа когнитивные нарушения, по всей видимости, отражают расстройства регуляции произвольной деятельности, свидетельствующие преимущественно о дисфункции передних отделов коры головного мозга.

Выводы:

1. Когнитивные функции головного мозга по результатам нейропсихологического тестирования были снижены у 88,7% пациентов с СД 2 типа среднего возраста и соответствовали критериям УКН.
2. Когнитивные нарушения у пациентов с СД 2 типа характеризуются замедлением темпа интеллектуальной деятельности, уменьшением беглости речи, снижением концентрации внимания, нарушениями памяти динамического характера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Institute of Medicine. Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem. Washington, DC: The National Academies Press; 2006. Available from:https://www.iom.edu//media/Files/Report%20Files/2006/Sleep Disorders and sleep deprivation. [Last accessed on 2014 Dec 23].

2. Bing-Qian Z, Li XM, Wang D, Yu XF. Sleep quality and its impact on glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus// Int J Nurs Sci 2014;1: 260-5.

3.Левин О.С., Чимагомедова А.Ш. Когнитивные нарушения при сахарном диабете//ПСИХИАТРИЯ. 2018;1(77):51-59.

4.Е.Н.Маджидова, Д.Д. Усманова, Х.Х. Хажибакиев. Пациенты с диабетической энцефалопатией при сахарном диабете 2 типа// "International Scientific and Practical Conference "WORLD SCIENCE" *2017. № July (5). С. 39–42.*

5. Gregg EW, Brown AM 2003 Cognitive and physical disabilities and agingrelated complications of diabetes// Clin Diabetes 21:113–118.

Автор для корреспонденции: Шиналиева К.А., докторант 2 года обучения кафедры неврологии НАО «Медицинский университет Астана», 8-775-850-50-25, shinalievak@mail.ru

VALEO

УДК: 614.2

ЛИ С.[1], РОЗЫБАКИЕВА З., АСИМОВ М.[1], БАГИЯРОВА Ф.[1]

[1] Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова.

ПСИХОТЕРАПИЯ НА БАЗЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ. СРАВНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ

Аннотация:

Стресс, как положительный, так и отрицательный, является частью семейной и трудовой жизни. Некоторые ситуации как в рабочей среде, так и в семейной жизни настолько экстремальны, что вызывают возникновение дискомфорта. Данные ситуации требуют определенной коррекции. Эти меры могут быть предприняты пациентом самостоятельно, что связано с личными способностями преодолевать стресс, а так же могут исходить со стороны психотерапевта. Только путем целостного изучения взаимосвязей стресс-фактора и способностей к преодолению кризисных ситуаций можно определить тактику психологического вмешательства. В данной работе дано описание копинг-стратегий и описаны методы борьбы со стрессом на основе адаптивных копинг-стратегий при помощи кратковременной психотерапии.

Цель: Изучить имеющуюся литературу по копинг-стратегиям, определить методы краткосрочной психотерапии на основе копинг-стратегии и сравнить их эффективность в отношении стресса.

Материалы и методы: Был проведен поиск по базам данных PubMed, MedLine, Cochrain, Elibrary.ru и выбраны статьи, содержащие ключевые слова: Копинг-стратегия, стресс, психотравма, психотерапия. Поиск проводился без ограничений по языку. Из методов краткосрочной психотерапии были выбраны самые современные и проведен их анализ.

Результаты: Согласно проведенному обзору научной литературы метод можно считать подходящим для формирования копинг-стратегии в отношении стресса.

Ключевые слова: «здоровье врача», «Эмоциональное выгорание», «заболеваемость врачей».

ЛИ С.[1], РОЗЫБАКИЕВА З., АСИМОВ М.[1], БАГИЯРОВА Ф.[1]

[1] Қазақ ұлттық медициналық университеті. С.Д. Асфендияров.

КОПИНГ СТРАТЕГИЯ БАЗАСЫНДА ПСИХОТЕРАПИЯ ЖҮРГІЗУ. ҚАЗІРГІ ӘДІСТЕРДІ САЛЫСТЫРУ

Жағымды да, жағымсыз да күйзеліс отбасылық және жұмыс өмірінің бір бөлігі болып табылады. Кейбір жағдайлар, жұмыс ортасында да, отбасылық өмірде де тым қолайсыздықты туғызады. Бұл жағдайлар біраз түзетуді қажет етеді. Бұл шараларды науқас дербес қабылдауы мүмкін, бұл стрессті жеңудің жеке қабілеттерімен байланысты, сонымен қатар психотерапевт тарапынан да болуы мүмкін. Тек стресс факторы мен дағдарыстық жағдайларды жеңу қабілеттілігі арасындағы байланысты кешенді зерттеу арқылы ғана психологиялық араласудың тактикасын анықтауға болады. Бұл жұмыста қысқа мерзімді психотерапияны қолдану арқылы адаптивті күрес стратегияларына негізделген стрессті жеңу стратегиялары сипатталған.

Мақсат: Жеңілдікке қарсы күрес стратегиялары туралы қолда бар әдебиеттерді қарап шығыңыз, қысқа мерзімді психотерапияға қарсы күрес стратегияларын анықтаңыз және олардың стресстегі тиімділігін салыстырыңыз.

Материалдар мен тәсілдер: PubMed, MedLine, Cochrain, Elibrary.ru деректер базаларында іздеу жүргізілді және кілт сөздері бар мақалалар таңдалды: жеңу стратегиясы, стресс, психотравма, психотерапия. Іздеу тілдік шектеусіз жүргізілді. Қысқа мерзімді психотерапияның ең заманауи әдістері таңдалып, талданды.

Нәтижелер: Ғылыми әдебиеттерге шолу бойынша әдісті стресске қарсы тұру стратегиясын қалыптастыруға қолайлы деп санауға болады.

Түйінді сөздер: «дәрігердің денсаулығы», «эмоционалдық қажу», «дәрігерлердің аурушаңдығы».

LEE S[1], ROZYBAKIEVA Z[1]., ASIMOV M[1]., BAGIYAROVA F.[1]
[1]Kazakh National Medical University named after S. D. Asfendiyarov.

PSYCHOTHERAPY BASED ON COPING STRATEGY. COMPARISON OF MODERN METHODS

Stress, both positive and negative, is part of family and work life. Some situations in both the work environment and family life are so extreme that they cause discomfort. These situations require some correction. These measures can be taken by the patient independently, which is associated with personal abilities to overcome stress, and can also come from the side of the psychotherapist. Only through a holistic study of the relationship between the stress factor and the ability to overcome crisis situations can the tactics of psychological intervention be determined. This paper describes coping strategies and describes methods of dealing with stress based on adaptive coping strategies using short-term psychotherapy.

Purpose: Review the available coping strategy literature, identify coping strategies for short-term psychotherapy, and compare their effectiveness against stress.

Materials and methods: A search was carried out in the databases PubMed, MedLine, Cochrain, Elibrary.ru and articles containing the keywords: coping strategy, stress, psychotrauma, psychotherapy were selected. The search was conducted without language restrictions. The most modern methods of short-term psychotherapy were selected and analyzed.

Results: According to a review of the scientific literature, the method can be considered suitable for the formation of coping strategies in relation to stress.

Key words: "doctor's health", "Emotional burnout", "doctors' morbidity".

Введение: Поведение в кризисных ситуациях впервые рассмотрел А. Маслоу, и также предложил термин – копинг (от англ. соре – совладать, преодолевать). Самая первая классификация копинг-стратегий принадлежит основоположникам Р. Лазарусу и С. Фолкману, которые показали, что копинг-стратегии – это модели преодоления трудностей , возникающих в социальной среде. По этой классификации копинг-стратегии делятся на две группы:

1) проблемно фокусированные стратегии
2) эмоционально фокусированные.

В 1966 г. Р. Лазарус в своей книге «Психологический стресс и процесс совладания с ним» дал описание возможных стратегий преодоления стрессовых ситуаций [1]. Будь копинг-поведение осознанно или нет, его содержание включает в себя когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии. Так, Моос и Шеффер с соавторами [2] в проблемно фокусированных стратегиях отмечают содержание когнитивных (фокусировка на оценке, изменение отношения, способа видения проблемы) и поведенческих (стратегия изменения, преодоления проблемы) типов действия.

Также копинг-стратегии можно разделить на адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные. Адаптивными стратегиями в поведенческой сфере считается сотрудничество, альтруизм, неадаптивными – отрицание, изоляцию. В когнитивной сфере в качестве адаптивных стратегий выделяют анализ трудностей, поиск выхода из проблемных ситуаций, в качестве неадаптивных – отказ от преодоления трудностей, связанный с низкой оценкой собственных ресурсов и возможностей. В эмоциональной сфере адаптивными стратегиями считаются оптимизм, уверенность в наличии выхода из любой ситуации, неадаптивными – безысходность, самообвинение.

Что касается самого термина «копинг» - его можно объяснить как цикличный процесс, который состоит из ряда составляющих: сначала происходит восприятие изменений, затем когнитивная обработка информации, выражающаяся в оценке ее и возможных последствий, а только после преодоление. В целом, активное, целенаправленное поведение, при котором пациенты сами решают проблему. Авторы так же выделяют, что пассивное отношение к проблеме, самообвинение является неблагоприятными проявлениями. Ситуации, приводящие к развитию стресса, возникают в различных сферах жизнедеятельности человека. Особенно сильно стрессу подвержены работники медицинской службы.

По данным Seys. и соавторов по частоте развития стресса на первом месте находятся хирурги и медицинские сестры. [3,4,5]

Эмоциональный дистресс-синдром авторы сравнивают с симптомами посттравматического расстройства. Согласно опросам, медицинские работники использовали различные стратегии управления стрессом после инцидентов - обращались за поддержкой к коллегам, обсуждали инцидент с пациентами и родственниками пациентов и вносили изменения в свою практику. [6]

В недавнем исследовании, проведенном в США, было показано, что многие работники испытывали стресс. Несмотря на то, что большинство мед.работников регулярно участвовали в мероприятиях по управлению стрессом, многие сообщили о том, что не в состоянии самостоятельно справиться со стрессом.

В настоящее время множество авторов во всех областях медицины считают, что методы краткосрочной психотерапии могут иметь успех для решения кризисных ситуаций, возникающих у специалистов различного профиля, а частности у медработников.

Краткосрочные методы психотерапии имеют свои преимущества - сфокусированность на основных проблемах, четкая постановка цели, структурированность, терапевтический прагматизм, экономичность и высокая результативность в работе – именно то, что наиболее востребовано при оказании психотерапевтической помощи в современных условиях. [7]

Краткосрочные методы психотерапии относятся к поддерживающим, основной целью которых является не выяснение скрытых мотивов, а преодоление актуальных жизненных проблем пациентов, включая коррекцию их дисфункционального поведения и/или мышления. Все это предполагает, что такого рода терапия ограничена во времени, а максимальное количество психотерапевтических сессий не превышает 20 [8]. Были рассмотрены наиболее современные методы краткосрочной терапии для определения оптимального метод формирования надежной копинг стратегии в отношении стресса у специалистов различного профиля, в частности медицинских работников.

Методы краткосрочной психотерапии.

1. Гипнотерапия.

Гипноз определяется как «вызванное самовнушением, воздействием гипнотизёра или возникшее спонтанно временное состояние сознания, характеризующееся резкой фокусировкой внимания и высокой подверженностью внушению» [9]. Гипнотерапия это «использование гипноза в лечении соматического или психологического расстройства» Гипнотизируемость определяется «способностью человека испытывать предполагаемые изменения в физиологии, ощущениях, мыслях или поведении во время гипноза». [9,10,11]

В последние годы стало популярным проведение гипнотерапии в отношении пациентов, испытывающих хронический стресс.

Многие авторы также подтверждают, что гипноз дает значительный эффект именно в отношении снижения симптомов выгорания, тревоги и депрессии. В исследовании Кардена и соавторов были изучены две группы со стрессом. Причем одна группа дополнительно получала гипнотерапию, где и отмечалось значительное улучшение в сравнении с группой без гипнотерапии. [12]

Гипноз, как метод лечения тревоги и / или боли, используется также в онкологии. Несмотря на длительное использование, этот метод не подвергался обширным клиническим испытаниям, особенно при лечении депрессии у тяжелобольных пациентов. Тем не менее, есть данные, что гипноз эффективен при лечении тревоги и других симптомов при тяжелых хронических заболеваниях [13].

В паллиативной помощи гипноз рекомендуется в качестве дополнительной терапии для уменьшения боли, облегчения симптомов и улучшения качества жизни [14]. Поскольку усилия паллиативной помощи направлены на то, чтобы помочь пациентам избавиться от физических и психологических симптомов, таких как боль, беспокойство и депрессия, гипноз хорошо подходит для этой цели. В частности, при

распространенном раке и проведении паллиативной помощи гипноз позволяет - уменьшить ежедневную фоновую боль и интенсивность симптомов, улучшить качество жизни многих пациентов [15]. Хотя физиологические и нейропсихологические механизмы того, как гипноз управляет биологическими и эмоциональными реакциями, до конца не изучены, недавние исследования изображений мозга ясно продемонстрировали, что гипноз влияет на все области коры и нейрофизиологические процессы, лежащие в основе боли и эмоциональной регуляции. Из этого можно сделать вывод, что гипноз может выступать как эффективный способ краткосрочной психотерапии у пациентов со стрессом.

Однако, существуют мнения, что гипноз не позволяет в должной мере снизить действие стресса [16]. Эту же информацию подтверждают Stanton и соавторы. Они сообщают, что гипноз позволяет только добиться максимальной релаксации на короткое время, но не уменьшить действие стресса на пациента[17].

В целом, роль гипноза в снижении стресса необходимо более тщательно исследовать. Необходимо обратить внимание на следующие аспекты:

1) Разработать стандартизированные или полустандартизированных (допускающих индивидуализацию) гипнотерапевтических вмешательств вместе с заинтересованными сторонами (например, терапевтами, пациентами).

2) Использование стандартизированных критериев оценки предполагаемого стресса, качества жизни и других показателей.

3. Поведенческая психотерапия. Поведенческая психотерапия — на данный момент одно из основных направлений современной психотерапии, опирающийся на положения поведенческой психологии. Есть данные, что 70% психотерапевтов в США использует как основной вид терапии именно поведенческую [18]. По данным Британской ассоциации поведенческой и когнитивной психотерапии, «когнитивная и поведенческая психотерапия - это целый ряд методов лечения, основанных на концепциях и принципах человеческих эмоций и поведения. Они включают в себя широкий спектр методов к лечению эмоциональных расстройств.

1) Рациональная Эмоциональная Поведенческая Терапия (REBT): Этот тип ПТ сосредоточен на выявлении и изменении иррациональных убеждений. Процесс РЭПТ включает в себя выявление лежащих в основе иррациональных убеждений, активное оспаривание этих убеждений и, наконец, обучение распознаванию и изменению этих моделей мышления.

2) Когнитивная терапия. Эта форма терапии основана на выявлении и изменении неточных или искаженных моделей мышления, эмоциональных реакций и поведения.

3) Мультимодальная терапия: эта форма ПТ предполагает, что психологические проблемы должны решаться путем рассмотрения различных, но взаимосвязанных модальностей, а именно - поведения, аффекта, ощущений, образов, познания и межличностных факторов.

Эти методы позволяют создать стратегию поведения против стресс фактора.

В течение многих лет поведенческая психотерапия была рекомендуемым методом лечения синдрома хронической усталости [19,20]. Однако, мнения по поводу эффективности методов поведенческой психотерапии неоднозначны. Есть данные о том, что при наблюдении за пациентами, получавшими лечение синдрома хронической усталости в течении года показали, что 20 % пациентов отмечают ухудшение или же отсутствие эффекта [20].

Целью поведенческой психотерапии является - выявление реальных и эмоциональных ситуаций, влияющих на пациента и с помощью психодраматических методов исследовать определить стресс-фактор и найти подходящую копинг-стратегию.

Позитивная психотерапия: На данный момент это один из широко применяемых методов современной краткосрочной психотерапии, который был одобрен в 1996 году Европейской ассоциацией психотерапии, а в 2008 году Всемирным советом психотерапии. Согласно данным, позитивная психотерапия может использоваться практически при всех поведенческих расстройствах и в любых терапевтических форматах (при работе с отдельными субъектами, супружеской парой или семьей). Подчеркивается, что узость фокусировки (нацеленность на решение) особенно ценна при оказании помощи людям с проблемами адаптации. Имеются указания на эффективность позитивной психотерапии даже при хронических психических расстройствах

С точки зрения позитивной психотерапии, одной из самых важных данных природы человека являются его способности — как врождённые («базовые способности»), так и сформировавшиеся в процессе развития личности («актуальные способности»).

Позитивная психотерапия является кросскультурным методом, интегрирующим в себе, с одной стороны, элементы Восточной медицины, а с другой — рациональную системность и научность Запада. Позитивная психотерапия основана на транскультуральных исследованиях более 20 культур и является современным подходом к человеку, который преследует в основном следующие цели:

- лечение (психотерапевтический аспект),

• воспитание и профилактику (педагогический аспект),
• развитие межкультурального сознания (транскультурально-социальный аспект),
• взаимодействие и интеграцию различных психотерапевтических направлений (междисциплинарный аспект).

По данным авторов, основные преимущества позитивной психотерапии – краткосрочность, при терапии не больше 50 сеансов, также пациенту отводится основная роль, что позволяет создать надежную стретегию в управлении стрессом .

Заключение: Значение гипнотрапии в управлении стрессом необходимо более тщательно исследовать. Особенно требуют внимания следующие аспекты:

1) Разработка стандартизированных или полустандартизированных (допускающих индивидуализацию) гипнотерапевтических вмешательств вместе с заинтересованными сторонами (например, терапевтами, пациентами).

2) Внедрение стандартизированных критериев оценки предполагаемого стресса, качества жизни и других показателей.

Точно так же и метод позитивной психотерапии нуждается в более подробном изучении. На данный момент данный метод недостаточно хорошо изучен, в виду чего в поисковых базах по запросу «Позитивная психотерапия» недостаточно материала для оценки эффективности метода в формировании копинг стратегии в отношении стресса. Необходимо провести рандомизированные и нерамдомизированные исследования с введением стандартизированной оценки эффективности психотерапии.

Поведенческая психотерапия, в отличии от психоанализа, не обладает такой глубиной. Однако, многими авторами считается, что для достижения результата такой глубины не требуется. ПП требовательна к самому психотерапевту, так как при ее проведении необходимо выстроить беседу таким образом, чтобы клиент сам обнаружил нестыковки в своих позициях. В случае обнаружения пациентов неправильной стратегии преодоления стресса и нахождения верной копинг-стратегии, терапия считается успешной.

Согласно проведенному обзору научной литературы метод можно считать подходящим для формирования копинг-стратегии в отношении стресса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Lazarus RS, Folkman S. Stress, /Appraisal and Coping./ New York: Springer Publishing Company; 1984.*
2. *Ebata, A., & Moos, T. / Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents / Journal of Applied Developmental Psychology*
3. *Seys D, AW Wu, Van Gerven E,* et al */ Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Eval Health Prof 2013; 36: 135–162.*
4. *Pinto A, Faiz O, Bicknell C, Vincent C. Surgical complications and their implications for surgeons' well-being. Br J Surg 2013; 100: 1748–1755.*
5. *Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. /Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. /Qual Saf Health Care 2010; 19: e43.*
6. *Balogun JA, Bramall AN, Bernstein M. /How surgical trainees handle catastrophic errors: a qualitative study./ J Surg Educ 2015; 72: 1179–1184.*
7. *Ахола Т., Фурман Б. /Краткосрочная позитивная психотерапия – СПб.: /Изд-во «Речь» 2000.–220 с.*
8. *Elkins GR, Barabasz AF et all./. Advancing research and practice: the revised APA division 30 definition of hypnosis. /Am J Clin Hypn. 2015;57(4):378–385*
9. *Hammond DC./ Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. /Expert rev Neurother. 2010;10(2):263–273. doi: 10.1586/ern.09.140.*
10. *Barling NR, Raine SJ./ Some effects of hypnosis on negative affect and immune system response. J Clin Exp Hypn. 2005;33(2):160–177.*
11. *Kiecolt-Glaser JK, Glaser R et al./ Modulation of cellular immunity in medical students. /J Behav med. 1986; 9(1):5–21.*
12. *Cardena E, Svensson C, Hejdstrom F./ Hypnotic tape intervention ameliorates stress: a randomized, control study./ Int J Clin exp Hypn. 2013;61(2):125–145. doi: 10.1080/00207144.2013.753820.*
13. *Brugnoli MP/. Clinical hypnosis and relaxation in surgery room, critical care and emergency, for pain and anxiety relief./ Anesthesia & and Critical Care: Open Access 2014;1:00018.*
14. *Delgado-Guay MO, Parsons HA, Li Z, et al./ Symptom distress, interventions, and outcomes of intensive care unit cancer patients referred to a palliative care consult team. /Cancer 2009;115:437-45.).*

15. Brugnoli MP./ Clinical hypnosis in pain therapy and palliative care: a handbook of techniques for improving the patient's physical and psychological well-being./ Charles C Thomas, Illinois, 2014.
16. Kiecolt-Glaser JK, Marucha PTet all./. Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress./ J Consult Clin Psychol. 2001;69(4):674–682. doi: 10.1037/0022-006X.69.4.674.
17. Stanton HE./ Hypnosis and rational-emotive therapy--a de-stressing combination: a brief communication. Int J Clin exp Hypn. 1989;37(2):95–99. doi: 10.1080/00207148908410538.
*18. **Vink M**, **Vink-Niese A**/ Cognitive behavioural therapy for myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome is not effective. Re-analysis of a Cochrane review. **Health Psychol Open.** 2019 May 2*
19. Cláudio Jerônimo da SilvaI;/ Ana Maria SerraIIRev. Bras. Psiquiatr. vol.26 suppl.1 São Paulo May 2004
*20. По данным вебсайта **http://www.positum.org***

Автор для корреспонденции: Фазылов Тимур, **timson1193@mail.ru**, Лаборатория экспериментальной Медицины Им. Б.Атчабарова.

УДК: 612.172

МУРЗАБАЕВА М.Д.
НАО СКГУ им.М.Козыбаева

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ МЕТОДОМ КАРДИОРИТМОГРАФИИ

Аннотация:
В условиях учебной нагрузки при обследовании сердечно-сосудистой системы у студентов преобладало сбалансированное вегетативное обеспечение.
Проблема повышения функциональных возможностей организма в условиях увеличения учебной нагрузки при различной специализации студентов представляется весьма актуальной. Цель работы: Исследовать и оценить состояние сердечно-сосудистой системы у молодых девушек методом кардиоритмографии.
Методы и материалы исследования. В данном исследовании принимало участие 20 девушек 22-23-х лет. Исследование проводилось при использовании диагностической системы «Валента». Статистическую обработку результатов эксперимента проводили при помощи приложения Microsoft Excel, входящего в пакет Microsoft Office. У 80% исследуемых преобладал нормотонический тип регуляции, у 5% исследуемых наблюдалось сохранение вагосимпатического баланса с умеренным усилением симпатического влияния на регуляцию сердечного ритма, у 5% - значительное усиление симпатического влияния; у 5% было выявлено усиление парасимпатического влияния и у 5% - значительное усиление парасимпатического влияния. Проведённый анализ показал, что у студентов с парасимпатикотонией, по сравнению с двумя другими группами значение ПАРС достоверно больше и равно 6 баллам ($p \leq 0,05$). Это свидетельствует о выраженном функциональном напряжении регуляторных систем, которое связано с активной мобилизацией защитных механизмов.
Ключевые слова: функциональные резервы, кардиоритмография.

MURZABAEVA M.D.
NAO NKSU named after M. Kozybayev

THE EVALUATION OF THE FUNCTION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN STUDENTS BY CARDIOTOCOGRAPHY

A study of 20 students aged 22-23 years using the diagnostic system "Valenta" in the conditions of academic load was conducted . During the examination of the cardiovascular system, the girls ' balanced vegetative support prevailed.
The problem of increasing the functional capabilities of the body in the conditions of increasing the academic load for various specializations of students is very relevant. Objective: to study and evaluate the state of the cardiovascular system in young girls using cardiorhythmography. Research methods and materials. This study

involved 20 girls aged 22-23 years. The study was conducted using the diagnostic system "Valenta". Statistical processing of the experiment results was performed using the Microsoft Excel application included in the Microsoft Office package. In 80% of the subjects, the normotonic type of regulation prevailed, in 5% of the subjects, the vagosympathetic balance was preserved with a moderate increase in sympathetic influence on the regulation of heart rate, in 5% - a significant increase in sympathetic influence; 5% had increased parasympathetic influence and 5% had a significant increase in parasympathetic influence. The analysis showed that in students with parasympathicotonia, compared with the other two groups, the PARS value is significantly higher and equal to 6 points ($p \leq 0.05$). This indicates a pronounced functional stress of regulatory systems, which is associated with the active mobilization of protective mechanisms.

Key word: functional reserves, cardiorhythmography.

МУРЗАБАЕВА М. Д
СҚМУ КЕАҚМ. Қозыбаев Атындағы

КАРДИОРИТМОГРАФИЯ ӘДІСІМЕН СТУДЕНТТЕРДЕГІ ЖҮРЕК-ТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ ЖҰМЫСЫН БАҒАЛАУ

Оқу жүктемесі жағдайында "Валент" диагностикалық жүйесін қолдана отырып, 22-23 жастағы 20 студентке зерттеу жүргізілді. Қыздардың жүрек-тамыр жүйесін тексеру кезінде теңгерімді вегетативті қамтамасыз ету басым болды.

Студенттердің әртүрлі мамандануымен оқу жүктемесінің артуы жағдайында ағзаның функционалдығын арттыру мәселесі өте өзекті болып көрінеді. Мақсаты: Кардиоритмография әдісімен жас қыздардағы жүрек-тамыр жүйесінің жағдайын зерттеу және бағалау.

Зерттеу әдістері мен материалдары. Бұл зерттеуге 22-23 жастағы 20 қыз қатысты. Зерттеу "Валент" диагностикалық жүйесін пайдалану кезінде жүргізілді. Эксперимент нәтижелерін статистикалық өңдеу Microsoft Office пакетіне кіретін Microsoft Excel қосымшасының көмегімен жүргізілді. Зерттелгендердің 80% - ында реттеудің нормотоникалық түрі басым болды, зерттелгендердің 5% - ында жүрек ырғағының реттелуіне симпатикалық әсердің орташа күшеюімен вагосимпатикалық тепе-теңдіктің сақталуы байқалды, 5% - да симпатикалық әсердің айтарлықтай жоғарылауы байқалды; 5% - да парасимпатикалық әсердің күшеюі және 5% - да парасимпатикалық әсердің айтарлықтай өсуі байқалды. Талдау көрсеткендей, парасимпатикотониясы бар студенттер басқа екі топпен салыстырғанда парсылардың мәні сенімді және 6 баллға тең ($p \leq 0,05$). Бұл қорғаныс тетіктерін белсенді жұмылдырумен байланысты реттеуші жүйелердің айқын функционалды кернеуін көрсетеді.

Түйінді сөздер: функционалдық резервтер, кардиоритмография.

Актуальность. Проблема повышения функциональных возможностей организма в условиях увеличения учебной нагрузки у студентов представляется весьма актуальной. Научные основы охраны здоровья и повышения работоспособности студентов заключается в выяснении, где и на каких этапах обучения в ВУЗе появляются факторы риска и насколько здоровье студентов детерминировано довузовским периодом жизни. Эффективность получения профессиональных и интеллектуальных знаний в ВУЗах зависит от многих факторов, в том числе от функционального состояния организма и отношения самих студентов к формированию здорового образа жизни. [1,2,3]. Студенчество на современном этапе является наиболее социально активной и мобильной группой, которая в значительной мере определяет будущее государства. [5,6,7]. Молодые специалисты должны быть не только хорошо подготовленными по специализации, но и быть физически развитыми, выносливыми, психологически устойчивыми и способными решать самые сложные профессиональные задачи. [8,9,10]

Низкая физическая активность, особенно в сочетании с появлением инновационных форм обучения и нервным перенапряжением, наблюдающаяся среди студентов, ведёт к изменениям функционального уровня и нормальных соотношений регуляторных систем организма, рассогласованию механизмов регуляции вегетативных функций, которые проявляются в виде снижения работоспособности, повышения утомляемости, к снижению адаптационных возможностей и в целом ухудшению здоровья. [11,12,13]

Цель работы: Исследовать и оценить состояние сердечно-сосудистой системы у молодых девушек методом кардиоритмографии.

Методы и материалы исследования. В данном исследовании принимало участие 20 девушек 22-23-х лет. Исследование проводилось при использовании диагностической системы «Валента». Статистическую обработку результатов эксперимента проводили при помощи приложения Microsoft Excel, входящего в пакет Microsoft Office. Для анализа данных использовались следующие статистические

показатели: среднее арифметическое (M), стандартная ошибка (m), уровень надёжности (p) и взаимная корреляция признаков.

Компьютерная диагностическая система "Валента" предназначена для выполнения исследований функциональной диагностики. Обеспечивает комплексный подход к проведению исследований. Кардиоритмографическое исследование является на сегодня одним из наиболее простых и, в то же время, показательных методов для оценки функциональных регуляторов организма, для выявления и классификации нарушений сердечного ритма. [14,15]

Результатом компьютерного анализа являются:

- Функция вариации ритма отфильтрованная трех диапазонах частот.
- Гистограмма распределения RR-интервалов, вариационная пульсограмма, скаттерограмма и статистические характеристики, включая показатели по Баевскому.
- Диаграмма спектрального распределения.
- Заключение о характере аритмии и влиянии симпатического или парасимпатического отделов ВНС на регуляцию синусового ритма по Жемаитите.
- Математические характеристики (статистические, волновые, комбинированные и дифференциальные).

В рамках поликардиографического исследования предоставляется техническая возможность для проведения фазового анализа сердечных циклов с расчетом всех фактических и должных величин.

Автоматическая интерпретация включает в себя:

- общие сведения об основном ритме;
- характер зарегистрированных нарушений ритма;
- оценку вагосимпатического баланса.

Обсуждение результатов. Определение типов вегетативной регуляции и вычисление показателя активности регуляторных систем (ПАРС). Корреляционная ритмография (КРГ) применялась для определения типа вегетативной регуляции сердечного ритма и также для определения статистических, волновых характеристик и показателей по Баевскому, необходимых для вычисления показателя активности регуляторных систем (ПАРС).[16,17] У 80% исследуемых преобладал нормотонический тип регуляции, у 5% исследуемых наблюдалось сохранение вагосимпатического баланса с умеренным усилением симпатического влияния на регуляцию сердечного ритма, у 5% - значительное усиление симпатического влияния; у 5% было выявлено усиление парасимпатического влияния и у 5% - значительное усиление парасимпатического влияния. При разделении исследумых на группы в зависимости от значений индекса напряжения регуляторных систем (ИН) парасимпатикотония была обнаружена у 11 девушек (ИН меньше 50 условных единиц) – 55%, нормотония у 7 человек (ИН 50-150 условных единиц) – 35%, симпатикотония у 2 студентов (ИН больше 150 условных единиц) – 10%.

Проведённый анализ показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) показал, что частота пульса (ЧП), отражающая общее состояние не только сердечно-сосудистой системы, но и всего организма в целом, наиболее высокая в группе с симпатикотоническим типом регуляции и составляет 78,5±3,5. Этот показатель группы превышает данные нормотоников на 11% ($p \leq 0,005$) и парасимпатикотоников на 13,5% ($p \leq 0,02$). (Среднее значение частоты пульса для данной возрастно-половой группы должно составлять 65 – 75 уд. в мин. Превышение данного предела у симпатикотоников означает, что организм затрачивает больше усилий для поддержания нормального равновесия с окружающей средой. Это может быть связано либо с индивидуальными особенностями регуляции сердца, либо с предшествующим воздействием на организм определенных факторов (например, эмоциональный стресс или физическая нагрузка), или это результат внутренней перестройки сердечно-сосудистой системы на более высокий или более низкий уровень функционирования в связи с изменившимися потребностями организма (например, после перенесенного заболевания). Значения среднего квадратического отклонения (СКО), который является чрезвычайно чувствительным показателем состояния механизмов регуляции, максимальны у лиц с парасимпатической регуляцией и больше на 38% ($p \leq 0,005$) по сравнению с группой нормотоников, и на 58,8% ($p \leq 0,02$) группы симпатикотоников. Нормальные значения СКО 40-80 мс. Рост или уменьшение СКО могут быть связаны как с автономным контуром регуляции, так и с центральным. Как правило, рост СКО указывает на усиление автономной регуляции, т.е. влияния дыхания на ритм сердца, что чаще всего наблюдается во сне. Уменьшение СКО обычно связывают с усилением симпатической регуляции, которая подавляет активность автономного контура. Значения СКО, 0,085±0,004, сек группы с парасимпатикотонией говорят об автономной регуляции, т.е. о влиянии дыхания на ритм сердца, что не является нормой. Значения 0,035±0,005 сек. говорят о повышенной симпатической регуляции, что подавляет активность автономного контура. Индекс напряжения регуляторных систем (ИН) характеризует активность механизмов симпатической регуляции, состояние центрального контура. Этот показатель вычисляется на основании анализа графика распределения кардиоинтервалов – гистограммы. В норме ИН колеблется в пределах 50 -

150 условных единиц, он очень чувствителен к усилению тонуса симпатической нервной системы. В группе исследуемых нормотония наблюдается лишь у 35% (68,52±7,35). Основные показатели вариабельности сердечного ритма (ВСР), используемые для вычисления ПАРС. Показатель мощности вазомоторных волн (МВ-1), характеризует состояние системы регуляции сосудистого тонуса. Мощность медленных волн 1-го порядка определяет активность вазомоторного центра. Обычно в норме процентная доля вазомоторных волн составляет от 15 до 35-40%. Относительные значения компонента данного спектра у преобладающей части студентов (90%) находились в пределах, свидетельствующих о снижение активности симпатического звена вегетативной регуляции.

Мощность медленных волн 2-го порядка (МВ-2) характеризует влияние высших вегетативных центров на сердечно-сосудистый подкорковый центр и может использоваться как надежный маркер степени связи автономных (сегментарных) уровней регуляции кровообращения с надсегментарными, в том числе с гипофизарно-гипоталамическим и корковым уровнем. В норме мощность МВ-2 составляет 15-30% суммарной мощности спектра. Значения данного спектра у большинства девушек (73%) находились в нормальных пределах. Таким образом у 80% исследуемых, с преобладанием нормотонического типа регуляции, значения ПАРС находились в пределах 5-6 баллов, что свидетельствует о выраженном функциональном напряжении регуляторных систем, которое связано с активной мобилизацией защитных механизмов, в том числе повышением активности симпатико-адреналовой системы и системы гипофиз-надпочечники. [18,19,20]. У 5% исследуемых наблюдалось сохранение вагосимпатического баланса с умеренным усилением симпатического влияния на регуляцию сердечного ритма и у 5% - значительное усиление симпатического влияния, ПАРС в данных группах составил 1-2 балла, что свидетельствует об оптимальном уровне напряжения регуляторных систем. У 5% наблюдалось умеренное усиление парасимпатического влияния и у 5% - значительное усиление парасимпатического влияния. В последних группах значение ПАРС (3-4 балла) соответствовало состоянию умеренного напряжения механизмов регуляции, когда для адаптации к условиям окружающей среды организму требуются дополнительные функциональные резервы. Такие состояния возникают в процессе адаптации к трудовой деятельности, при эмоциональном стрессе или при воздействии неблагоприятных экологических факторов. [21,22]. При разделении исследуемых на группы в зависимости от значений индекса напряжения регуляторных систем (ИН) парасимпатикотония – 55%, нормотония – 35%, симпатикотония – 10%. Проведённый анализ показал, что у студентов с парасимпатикотонией, по сравнению с двумя другими группами значение ПАРС достоверно больше и равно 6 баллам ($p \leq 0,05$). Это свидетельствует о выраженном функциональном напряжении регуляторных систем, которое связано с активной мобилизацией защитных механизмов, что подтверждается литературными данными: 4,73 против 3,14 и 3,07. [23,24,25]. У студентов с нормотонией значение ПАРС находится в пределах 4 баллов, что свидетельствует об умеренном функциональном напряжении. И у самой малочисленной группы студентов с симпатикотонией значение ПАРС составили 1 балл, что соответствует оптимальному уровню напряжения регуляторных систем. Р.М.Баевский (1979) показал, что у лиц с большими функциональными возможностями системы кровообращения и дыхания в условиях покоя обнаруживалось малое количество сильных положительных связей, что, по мнению автора, является благоприятным фактором, снижающим инертность функциональной системы при срочных рабочих перестройках ее структуры. [2]

Таким образом, у обследованных в условиях учебной нагрузки преобладало сбалансированное вегетативное обеспечение. У части девушек, при сопоставлении полученных результатов с литературными данными наблюдается преобладание парасимпатического звена вегетативной регуляции, которое сопровождается выраженным напряжением механизмов регуляции вегетативных функций. [8] Наибольшее количество корреляционных связей наблюдается при парасимпатикотонии, когда значение ПАРС находится на уровне выраженного функционального напряжения и нормотонии, при значении ПАРС, соответствующему умеренному напряжению механизмов регуляции и при отрицательных значениях коэффициента корреляции между ЧСС и частотой дыхания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Воскресенский А.Д., Вентцель М.Д. Статистический анализ сердечного ритма и показателей гемодинамики в физиологических исследованиях. М.: Наука.1974. С.221.

2. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М., 1979. 280 с.

3. Амосов Н.И., Бендет Г.А. Физическая активность и сердце. Киев, 1989. 216 с.

4. Белов В.И. Энциклопедия здоровья. М.: Медицина, 1993. 400 с.

5. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. М., 1990. 208 с.

6. Заболоцких И.Б., Илюхина В.А. Физиологические основы различной стрессорной устойчивости здорового и больного человека. Краснодар, 1995. 99с.

7. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья. М., 1994. 134 с.
8. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. - М.: Медицина, 1997. - 235 с.
9. Земцовский Э.В. Спортивная кардиология. - СПб.: Гиппократ, 1995. - 448 с.
10. АВ.Никулина,Козлов В.А.,Шуканов А.А Кардиоритмография как метод функциональной диагностики сердца (Обзор литературы) //Сибирское медицинское обозрение.2013г.-выпуск 2.-С.44-49
11. Вариабельность сердечного ритма у лыжников-гонщиков Республики Коми 15-18 лет: возрастные и половые различия //Журнал мед-биологических исследований. 2019г.т.7 №2 С.151-160
12.Аверьянова И.В., Максимов А.Л.Показатели сердечно-сосудистой системы у юношей г.Магадана с различными типами конституции //Вестник Мордовского Университета.-2017г.-Т.3.-С.398-406
13. Аль-Шамари Мохаммед Ясим Исмаел .Особенности регуляции сердечного ритма у первокурсников разных этнических групп с учетом структуры мощности суммарного спектра 2019г. //Ульяновский медико-биологический журнал.-2019г.-№3.С.114-122.
14. И.В.Аверьянова, А.Л.Максимов. Особенности сердечно-сосудистой системы и вариабельности кардиоритма у юношей Магаданской области с различными типами гемодинамики. //Вестник Томского Государственного университитета.Биология.2017.№40.С.132-149
15.Изменчивость вариабельности сердечного ритма как отражение реализации физиологических механизмов адаптации организма.//Человек. Спорт. Медицина. 2017.№4 С.14-20
16.Ратовская О.Ю, Никулина С.Ю., Матюшин Г.В. и др. Применение суточного мониторирования артериального давления и кардиоритмографии для дифференциальной диагностики гипертонической болезни 1стадии и нейроциркуляторной дистонии //Сибирский медицинский журнал\Томск.-2010.-Т.25.№4.вып.-С.102-105
17. Похачевский А.Л., Глушков С.А., Фомичев А.В., Воробьев А.Н Изменчивость кардиоритмограммы при непредельных физических нагрузках//Ученые записи университета им. Лесгафта.2014г.С.122-127
18.Александрова Л.А., Карпенко Ю.Д., Моторова О.В. Гендерные особенности вариабельности сердечного ритма и вегетативного индекса у студентов в межсессионный период//Вариабельность сердечного ритма: теоретические и прикладные аспекты: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием.-Чебоксары: Изд-во ЧГПУ. 2014.-С6.
19.В.Р.Сафронова, Е.Ю.шаламова. Показатели вариабельности сердечного ритма студентов Северного медицинского вуза при экзаменационном стрессе. Экология человека.2013г.№8.С.11-15
20.Бабунец И.В., Мириджанян Э.М., Мшаех Ю.А. Азбука вариабельности сердечного ритма.Ставрополь .2011, 112
21. Похачевский А.Л., Михайлов В.М.,Груздев А.А. Функциональное состояние и адаптационные резервы организма. Вестник Новгородского Государственного университета.2016. Т.35. С.11
22.Михайлов Н.А.,Дмитриев А.А., Функциональная ассимметрия и вариабельность сердечного ритма у школьников//Современные проблемы науки и образования.-2011.-№5.-С.1-8
23.Г.Н.Ходырев, А.Д.Ноздрачев, С.Д.ДмитриеваС.В. , Хлыбова. Вариабельность сердечного ритма у женщин на различных этапах репродуктивного процесса. Вестник СПбГУ .-2013.-Выпуск3.-С.70
24. Дмитриев Д.А., Карпенко Ю.Д.,Особенности вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы при относительном покое и стрессе// вариабельность сердечного ритма:теоретические и прикладные аспекты: Материалы международной научно-практической конференции с международным участием.-Чебоксары: изд-воЧПГУ.2014г. С49.

Автор для корреспонденции: Мурзабаева Мадина Далбаевна - СКГУ преподаватель кафедра «Клинические дисциплины», телефон 87771897011, 87773362750, электронная почта: murzabayevam@inbox/ru

VALEO

ОӘК: 616 - 001.8 - 053.2

Г.МҰХАНҚЫЗЫ[1], Т.А.АЛИМОВА[2], З.С.КОРГАНБАЕВА[3]
[1]Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент медицина институты, Шымкент қ.

ҰРЫҚТЫҢ ГИПОКСИЯСЫ ЖӘНЕ ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕНІҢ АСФИКСИЯСЫ

Аннотация:

Ұрық гипоксиясы перинаталды өлімнің негізгі себептерінің бірі болып табылады. Мақалада ұрық гипоксиясының этиологиясы, клиникалық көріністері және диагностикалық әдістері қарастырылады.Ұрық гипоксиясы болған кезде жүкті әйелдерді басқару тактикасы. Жіктеу ұсынылған. Апгар шкаласы бойынша бағалауға байланысты нәрестенің асфиксиясының ауырлығы. Клиникалық тұрғыда жаңа туған нәрестенің көріністері мен тактикасы асфиксияның ауырлығымен анықталады.

Түйінді сөздер: ұрық гипоксиясы, нәрестенің асфиксиясы, ұрық өсуінің тежелу синдромы, плацентарлық жеткіліксіздік.

Г.МҰХАНҚЫЗЫ[1], Т.А.АЛИМОВА[2], З.С.КОРГАНБАЕВА[3]

[1]Международный казахско-турецкий университет имени Х. А. Ясави, шымкентский медицинский институт, г. Шымкент

ГИПОКСИЯ ПЛОДА И АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Гипоксия плода является одной из основных причин перинатальной смерти. В статье рассматриваются этиология, клинические проявления и методы диагностики гипоксии плода.Тактика ведения беременных при наличии гипоксии плода. Предложена классификация. Тяжесть асфиксии новорожденного в зависимости от оценки по шкале Апгар. Клинически проявления и тактика новорожденного определяются тяжестью асфиксии.

Ключевые слова: гипоксия плода, асфиксия новорожденного, синдром задержки роста плода, плацентарная недостаточность.

G. MUKHANKYZY[1], T. A. ALIMOVA[2], Z.S.KORGANBAEVA[3]

[1] International Kazakh-Turkish University named after H. A. Yasavi, Shymkent medical Institute, Shymkent

FETAL HYPOXIA AND ASPHYXIA OF THE NEWBORN

Fetal hypoxia is one of the main causes of perinatal death. The article discusses the etiology, clinical manifestations and diagnostic methods of fetal hypoxia.Tactics of managing pregnant women in the presence of fetal hypoxia. The classification is presented. The severity of infant asphyxia depends on the assessment on the Apgar scale. Clinically, the manifestations and tactics of a newborn are determined by the severity of asphyxia.

Key words: fetal hypoxia, infant asphyxia, fetal growth retardation syndrome, placental insufficiency.

Перинаталдық өлім-жітім себептерінің құрылымында 1-ші орын (50% дейін) шала туылу, 2 – ші орында-ұрық гипоксиясы, одан кейін ақаулар мен инфекциялар. Абсолютті жиілікте перинаталды өлімнің ең көп таралған себебі құрсақішілік гипоксия болып табылады. Ұрыққа оттегінің жеткіліксіз түсуі оның өмірлік белсенділігін бұзады және ауыр жағдайларда ұрықтың өліміне әкелуі мүмкін. Төменде ұрық гипоксиясының механизмдері, оның диагнозы және жүргізу тактикасы қарастырылған.Ұрық гипоксиясының дамуы аналық және ұрықтық фактор кешенімен байланысты.

Жалпы, ұрықтың оксигенациясына келесі факторлар әсер етеді.Олар:

1) сыртқы орта:
- атмосферадағы оттегінің мөлшері;

2) анафакторлары:
- гемоглобин концентрациясы және оның оттегіге қанығуы;
- жүрек-қантамыр жүйесінің жұмысы;
- өкпе функциясы;

3) плацентарлы факторлар:
- кіндік және жатырлық қан ағымының жылдамдығы;
- емізікшелердің эпителийінің диффузиялық бетінің ауданы;
- емізікшелердің диффузиялық мембранасының қалыңдығы;
- диффузиялық шунттар;

4) ұрықтық факторлары:
- гемоглобиннің концентрациясы және басым түрі жүректің лақтыру және қан ағымының таралуы ;

Ұрықта оны гипоксиядан қорғайтын механизмдер жиынтығы бар. Оларға мыналар жатады:
- гемоглобиннің жоғары концентрациясы;
- ұрық гемоглобинінің оттегіне жоғары жақындығы;

- қан ағымының жоғары жылдамдығы;
- плацентаның перфузия көлемі ұрықтың қажеттілігінен жоғары;
- ұрық ағзаларының перфузия жылдамдығы оттегіге қажетті қажеттіліктен жоғары;
- анаэробты гликолиз мүмкіндігі.

Даму деңгейіне сәйкес гипоксия, гемикалық, циркуляторлы және тіндік гипоксияға бөлінеді. Гипоксиялық гипоксиямен ұрық анадан жеткілікті мөлшерде оттегі алмайды, мүмкін бұл ананың гипоксиясымен (өкпе патологиясы, жүрек-тамыр жүйесі, қан аурулары, темекі шегу және т.б.) және плацента патологиясымен байланысты

Гемиялық гипоксияның себебі-ұрықтың қанымен оттегінің байланысуының бұзылуы (гемоглобинопатия, ұрықтың гемолитикалық ауруы және т.б.).

Қан айналымы гипоксиясы плацента деңгейінен "төмен" қан айналымы бұзылғанда дамиды (кіндік қысылуы, ұрықтың жүрек ақауы және т.б.). Тіндік гипоксия ұрықтың ферменттік жүйелеріндегі әртүрлі бұзылулар кезінде, ұрық қанындағы оттегінің қалыпты концентрациясына және тиісті перфузияға қарамастан дамидыоттегі тіндерге сіңбейді [1]. Ағым бойынша ұрықтың жедел және созылмалы гипоксиясы бөлінеді. Ерекше жағдай-созылмалы гипоксияның өршуі. Ұрық гипоксиясының ең маңызды себептері-плацентарлы жеткіліксіздік, ұрықтың ақаулары, кіндік қысылуы және ана гипоксиясы. Барлық осы жағдайларда ұрыққа құрсақішілік көмектесу мүмкін емес, бірақ ұрықтың жағдайын тиісті бақылау және уақытылы босануға рұқсаттама баланың өмірі мен денсаулығын сақтай алады. Төменде біз негізгі ұрықішілік гипоксиясының даму нұсқаларыныңпатогенетикалық факторларын қарастырамыз. Сонымен, ұрықтың созылмалы гипоксиясының негізгі себебі-созылмалы плацентарлы жеткіліксіздік.Созылмалы плацентарлы жеткіліксіздік ұрыққа оттегі мен қоректік заттардың берілуінің біртіндеп төмендеуімен сипатталады. Қоректік заттардың өтуі плацентарлы жетіспеушілікпен бұзылған алғашқы функция болып табылады, бұл ұрықтың өсуінің артта қалуына әкеледі. Содан кейін гипоксияның дамуымен плацентаның тыныс алу функциясының төмендеуі байқалады. Тұрақты гипоксия ұрықты анаэробты метаболизмге өтуіне ықпал етеді, бұл өз кезегінде ұрық ацидозының дамуына әкеледі.Осылайша, созылмалы плацентарлы жеткіліксіздіктің ең маңызды клиникалық көрінісі ұрықтың өсуінің тежелуі болып табылады.

Ұрықтың қалыпты өсуімен жасуша массасының біртіндеп жиналуы және жасуша көлемінің ұлғаюы жүзеге асырылады. Жүктіліктің 16-шы аптасына дейін эмбрионның дамуы жасушалар санының тез өсуімен сипатталады, 16-шы аптадан 32-ші аптаға дейін гиперплазия және гипертрофия процестері бір уақытта жүреді. 32-ші аптадан кейін ұрықтың өсуі тек жасушалардың гипертрофиясына байланысты болады, дәл осы кезеңде ұрық денесінде май мен гликогеннің негізгі жинақталуы жүреді. Ұрық массасының өсу жылдамдығы 15 аптада шамамен 5 г/аптаны, 24 аптада 15-20 г/аптаны және 34 аптада 30-35 г / аптаны құрайды. Жүктіліктің 34-ші аптасынан кейін ұрық аптасына 200-250 г қосады. Ауқымды популяциялық зерттеулер нәтижесінде жүктіліктің әртүрлі кезеңдерінде ұрық массасының нормативтік кестелері құрылды. Қыздардың массасы ұлдардың массасынан біршама аз екендігі белгілі болды, сонымен қатар ұрықтың орташа салмағы әртүрлі нәсілдік және Ұлттық топтарда өзгереді [2]. Теңіз деңгейінен жоғары аймақта тұру, соншалықты аз салмақты балалар туады [3]. Құрсақішілік өсудің тежелуі деп ұрықтың мөлшерінің жүктіліктің нақты мерзіміне сәйкес келмеуі түсініледі. Балада ұрықтың өсуінің тежелу синдромының болуының бастапқы критерийі дене салмағының және/немесе өсудің осы гестациялық Жас үшін қалыпты параметрлермен салыстырғанда 2 стандартты ауытқуға азаюы болып табылады және 10 процентильден жоғары немесе төмен. Мұндай шекара кездейсоқ таңдалмады. Туылған кезде салмағы бар балалардаосы кезең үшін 10-процентильден төмен неонатальды өлім қаупі едәуір артады. Мысалы, салмағы 10 процентильден төмен 38 аптада туылған балаларда нәресте кезінде өлу ықтималдығы шамамен 1% құрайды, ал қалыпты салмағы бар балалар үшін – 0,2%. Әр түрлі мәліметтер бойынша, өсудің тежелуімен барлық балалардың 3-тен 10% - на дейін туылады. ҰӨТС-мен туылған балалардың жартысынан көбі дені сау болып табылады және олардың өмірі мен денсаулығына туу кезіндегі салмағы әсер етпейді, бірақ перинаталды ауру мен өлім өсу қарқынының жоғарылауымен экспоненциалды түрде артады. Осыған байланысты ҰӨТС– ны ұрық үшін қауіпті едәуір дәрежеде сипаттайтын және сондықтан жүргізу тактикасын айқындайтын дәрежелер бойынша бөлу әдетке айналған: I дәрежелі ҰӨТС – ұрықтың массасы нормативтік көрсеткіштерден гестациялық мерзімнің 2-3 аптасында, II дәрежелі ҰӨТС – 4-5 аптада, III дәрежелі ҰӨТС-6 апта және одан да көп кезеңде артта қалады. Кейбір ғалымдар сәйкесінше 10, 5 және 3-ші процентильдердің шекараларын қарастыруды ұсынады, бірақ бұл жіктеулер арасындағы айырмашылық маңызды емес.

10-шы қайта қарау ауруларының халықаралық жіктемесіне сәйкес ұрықтың баяу өсуіне және тамақтанбауына байланысты патологияның терминологиялық белгілерін біріздендіру үшін, біздің ойымызша, " ҰӨТС-асимметриялық формасы" терминін қолданған жөн (жүктіліктің орташа кезеңіне қатысты ұрықтың ішінің мөлшерін азайту (осы гестациялық кезең үшін 2 аптадан астам немесе 10-дан аз мөлшерде).), қалған өлшемдер физиологиялық норма шегінде) ұрықтың осы гестациялық жасына (P05.0)

қатысты "салмағы аз". "ҰӨТС- симметриялық нысаны" терминімен (жүктіліктің осы кезеңі үшін орташа көрсеткіштермен салыстырғанда ұрық денесінің барлық мөлшеріңпропорционалдыазаюы)осы гестациялық Жас үшін ұрықтың шағын мөлшерін (P05.1), ал "ұрық гипотрофиясы" терминімен– тамақтанужеткіліксіздігін (P05.2) белгілеу керек. Осылайша, ҰӨТС-ның даму себептері мынадай:

1) жүктіліктің әртүрліасқынуларына немесе соматикалық патологияға байланысты метаболикалық бұзылулар;

2) туа біткен ауытқулар немесе құрсақішілік инфекция

3) ұрықтың өсу гормондарыныңжеткіліксіздігі немесе олардың рецепторларының патологиясы [4]. Бұл патологияның патогенезінің негізгі буыны-трофобласт инвазиясының бұзылуы және нәтижесінде плацентаныңперфузиясының жеткіліксіз көлемі. Осыған байланысты плацентарлы жеткіліксіздікті және ҰӨТС емдеу мүмкін емес [5]. Біздің қолымызда ұрықтың жағдайын тиісті бақылау және нашарлаған кезде уақтылы босандыру болып табылады [6]. Ұрықтың жағдайын тұрақтандырудағы рөлі және оның өмірлік қызметін сақтау соматикалық патологиялармен жүктілік патологиясының орнын толтыра алады [7]. Созылмалы плацентарлы жеткіліксіздіктің екінші маңызды көрінісі-су тапшылығы. Ұрыққа қоректік заттар мен оттегінің азаюы негізінен амниотикалық сұйықтықты құрайтын зәрдің түзілуі мен шығарылуының төмендеуіне әкеледі деп саналады.Ұрықтың созылмалы гипоксиясының маңызды клиникалық көрінісі оның мотор белсенділігінің бұзылуы болып табылады. Қалыпты кестеге қатысты ұрықтың қозғалу санының азаюы немесе 1 сағат ішінде 3 рет қозғалудан аз болуы қосымша аспаптық тексеру жүргізуді қажет етеді.

Созылмалы плацентарлы жеткіліксіздік диагностикасы негізінен ультрадыбыстық зерттеу (УДЗ) нәтижелеріне сүйенеді, дегенмен бұл патологияны сыртқы акушерлік тексеру кезінде де күдіктенуге болады (жатыр түбінің тұру биіктігінің шұғыл нормадан артта қалуы, динамикада жатыр түбінің биіктігінің өсуінің болмауы) [8]. УДЗ нәтижелері бойынша ұрықтың мөлшері мен амниотикалық сұйықтықтың мөлшерін жоғары сенімділікпен бағалауға болады. Ұрықтың функционалдық жағдайы кардиотокография (КТГ) және ұрықтың биофизикалық профилі деректерін бағалауға мүмкіндік береді. Ана-плацента-ұрық жүйесіндегі гемодинамиканың жағдайы доплерометрияның көмегімен тіркелген қан ағымының қисықтарын сипаттайды. Созылмалы плацентарлы жеткіліксіздігі бар пациенттерді жүргізу тактикасы ҰӨТС дәрежесіне, гестация мерзіміне және ұрықтың жай-күйін өтеу дәрежесіне байланысты болады. I дәрежелі ҰӨТС кезінде тактика күту болып табылады, бұл ретте бақылау УДЗ 2 аптадан кейін динамикада жүргізілуі тиіс. Босану көрсеткіштері - бұл ұрықтың динамикада өсуінің болмауы, судың аздығы, сондай-ақ КТГ және доплерометрия бойынша ұрықтың функционалды жағдайының нашарлауы. II дәрежелі ҰӨТС кезінде тұрақты динамикалық бақылаумен стационарлық емдеу талап етіледі және ұрықтың жағдайы (күнделікті КТГ жүргізу, амниотикалық сұйықтықтың мөлшерін бағалау және әр 3 күн сайын доплерометрияны орындау). III дәрежелі ұрықтың өсуінің тежелу синдромы босанудың көрсеткіші болып табылады және мұндай ұрықтың компенсаторлық мүмкіндіктері өте төмен болғандықтан, кесарь тілігі оңтайлы әдіс болып табылады.

Жедел ұрық гипоксиясы: Кейбір ғалымдар ұрықтың оттегінің күрт төмендеуіне немесе тоқтатылуына реакциясын сипаттайтын "ұрықтың жедел гипоксиясы "терминін" күйзеліс" терминімен алмастыруды ұсынады, өйткені барлық жағдайларда пренатальды диагностика әдістерімен анықталған ұрықтың жедел азаптары ұрықтың қанындағы оттегінің төмендеуімен және ацидозбен бірге жүреді. Сонымен қатар, қазіргі уақытта " асфиксия " термині бар ол босану кезінде оттегі жетіспеушілігін бастан өткерген жаңа туған нәрестенің жағдайын білдіреді.

Жүктілік кезіндегі жедел ұрық гипоксиясының себебі көбінесе плацентаның бөлінуі немесе оның бір бөлігінің тромбозы болып табылады. Ұрықтың едәуір компенсаторлық мүмкіндіктеріне, сондай-ақ қалыпты плацентарлы қан ағымының шамадан тыс болуына байланысты ұрықтағы гипоксия белгілері плацентаның 1/3 функциясы жоғалған кезде ғана пайда болады.Сонымен қатар, плацентаның жартысынан көбінде қан айналымының тоқтатылуы ұрықтың өліміне әкеледі. Босану кезінде жедел гипоксияның негізгі себептері-кіндік патологиясы (су аз болған кезде немесе оралған кезде қылқынуы, кіндік түйіні, кіндік тамырларының мембраналық байланысы бар жыртылуы, кіндік ілмектерінің пролапсы және т. б.), плацентаның бөлінуі, сондай-ақ жатыр-плацентарлы қан ағымының терең бұзылуы жатырдың гипертониялық дисфункциясымен (босану акт дискоординациясы, тым күшті босану акты , жатырдың тетанусы). Жүктілік кезіндегі жедел ұрық гипоксиясының диагностикасы ең алдымен функционалды диагностика әдістеріне негізделген (ультрадыбыстық, КТГ, ұрықтың биофизикалық профилі, доплерометрия). Босану кезінде гипоксия негізінен ұрықтың ырғағын тіркеу кезінде анықталады (аускультативті немесе КТГ мониторингі кезінде). КТГ-дағы ұрық гипоксиясының белгілеріне брадикардия, ырғақ өзгергіштігінің төмендеуі (монотонды, дыбыссыз ырғақ) және децелерация (кеш, ауыспалы, сондай-ақ ауыр (1 мин.60-тан астам) және ұзақ (1 мин. астам) жиырылуларға қарамастан) жатады [9]. Ұрық гипоксиясын диагностикалаудың сенімді әдісі-ұрықтың алдыңғы бөлігінен капиллярлық

қанды талдау арқылы қышқылдық-негіздік күйін анықтау. Әдетте капиллярлық қанның pH мөлшері 7,35–7,45 аралығында болады. PH 7,20–7,35 дейін төмендеуі ацидоз жеңіл екенін көрсетеді және 30 минуттан кейін қайта талдауды қажет етеді.pH 7,2-ден аз төмендеуі ұрықтың гипоксиясын көрсетеді, бұл ацидозға әкеледі.

1903 жылы J. Whitridge Williams (әлемге әйгілі акушерлік оқулықтың авторы) алғаш рет меконийдің амниотикалық сұйықтыққа шығуы гипоксия фонында анальды сфинктердің релаксациясының нәтижесі екенін атап өтті. Бұл жағдайда судың мекониалды бояуы фактісі ұрықтың жағдайымен нақты байланыс жоқ [10]. Алайда, гипоксия аясында ұрықта патологиялық тыныс алу қозғалыстары пайда болуы мүмкін, егер суда меконий болса,ол ауыр асқынудың дамуына әкелуі мүмкін – мекониалды аспирация синдромы. Сондықтан амниотикалық сұйықтықта меконий болған кезде босануды жоғары қауіп тобына жатқызу және ұрықтың азапты белгілері пайда болған кезде кесарь операциясына көрсеткіштерді көбейту қажет.Сонымен қатар, босану барысындағы сары судың мекониймен араласуын жедел гипоксия белгісі деп тану керек[11]. Егер босанудың басында (судың төгілуі немесе ерте амниотомия кезінде) амниотикалық сұйықтық мекониймен боялған болса мекониалды аспирация қаупін азайту үшін амниоинфузия жүргізуге болады. Бұл процедура барысында жатыр мойны арқылы икемді катетердің көмегімен амниотикалық қуысқа 800-1000 мл стерильді жылы физиологиялық ерітінді (натрий хлориді) енгізіледі, бұл амниотикалық сұйықтықтағы меконий концентрациясын төмендетеді.Босануда құрсақішілік гипоксия белгілері пайда болған пациенттерді бірінші кезеңде жүргізу тактикасы, егер ол жүргізілген болса, босандыруды тоқтату болып табылады (шамадан тыс жатыр белсенділігі мен окситоцинді көктамыр ішіне енгізу аясында жатыр-плацентарлы қан ағымы айтарлықтай бұзылуы мүмкін). Науқасты бір жағына немесе екінші жағына бұру керек: мұндай манипуляциялар кейбір жағдайларда ұрықты кіндік ілмектерінен ауытқып, олардың қысылуын тоқтатады.Егер ұрықтың гипоксиясының себебі анадағы қан қысымының төмендеуінен болса, инфузиялық терапия оң әсер етуі мүмкін, мысалы, эпидуральды аналгезиядан кейін. Ұрықтың жедел гипоксиясында жатыр-плацентарлы қан ағымын тез қалпына келтіруге жатырдың релаксациясына ықпал ететін токолитиктерді (β-адреномиметика) енгізуге мүмкіндік береді және артериялардың кеңеюі. Консервативті шаралардың әсері болмаған жағдайда дереу жедел босануға көшу керек. Босанудың бірінші кезеңінде немесе екіншісінің басында (ұрықтың басы үлкен сегменттің омыртқадан жоғары жамбас сүйегінде орналасқан) жедел жеткізу әдісі-кесарь тілігі. Ұрықтың басы тар бөліктің жазықтығында немесе жамбас қуысынан шығу жазықтығында орналасқанда, вагинальды босану көрсетіледі операциялар (акушерлік форсункалар немесе вакуум-ұрықтың экстракциясы).

Нәрестенің асфиксиясы: Қазіргі уақытта бұл термин оттегі жетіспеушілігі құбылыстарымен туылған нәрестенің жағдайын сипаттау үшін қолданылады, бұл, әрине, оның жүрек соғысы жоқ дегенді білдірмейді. Осы уақытқа дейін нәрестенің жағдайын бағалаудың негізгі критерийі Апгар шкаласы бойынша көрсеткіш болып табылады, ол гипоксия дәрежесін ғана емес, сонымен қатар жанама түрде реанимация шараларының қажеттілігін анықтауға мүмкіндік береді. Нәрестенің жағдайын бағалаудың қажетті критерийлерін есте сақтаудың жеңілдігі үшін В. Апгар өзінің шкаласын алғаш рет XXVII жыл сайынғы анестезиологтар конгресінде (1952) ұсынып, өзінің фамилиясының бес әрпін пайдаланды:

- Appearance-сыртқы түрі (терінің түсі);
– Pulse (жүрек соғу жиілігі) - импульс (жүрек соғу жиілігі);
– Grimace (response to stimulation) - тітіркенуге жауап ретінде пайда болатын гримаса;
- Activity (muscle tone – қозғалыс белсенділігі, бұлшықет тонусы;
- Respiration -тыныс алу

Параметрлердің әрқайсысы 0,1 немесе 2 баллмен бағаланады (1 кесте).

Туғаннан кейінгі 5 минут. 8-10 баллдық баға баланың қанағаттанарлық жағдайын көрсетеді. Апгар шкаласы бойынша 1-ші минуттың соңында 6-7 балл жеңіл дәрежелі асфиксияны көрсетеді. Мұндай балалар, әдетте, арнайы емдеуді қажет етпейді. Ерте бейімделу кезеңінде жиі кездесетін проблема-бұл нейро-рефлекторлық қозғыштықтың жоғарылау синдромы. Көп жағдайда жеңіл асфиксия баланы анасымен бірге болуға ауыстыруға қарсы емес. Ауырлық дәрежесі орташа Асфиксия (1-ші минуттың соңында 4-5 балл) барлық органдар мен жүйелер, ең алдымен орталық жүйке жүйесі функциясының бұзылуымен қатар жүретін белгілі бір дәрежеде қан айналымының орталықтануымен сипатталады.Көптеген балаларда нейро-рефлекторлық қозғыштықтың жоғарылауымен қатар, нейро-рефлекторлық белсенділіктің тежелуі және конвульсиялық синдром байқалады. Мұндай балаларды реанимация және қарқынды терапия бөліміне орналастыру керек. Ауыр асфиксия (Апгар шкаласы бойынша 1-ші минуттың соңында 0-3 балл) барлық жүйелер мен мүшелер функциясының ауыр бұзылуымен сипатталады.Өмірдің алғашқы сағаттарында бала прекоматозды күйде немесе комада болады. Кейбір балаларда шоктың клиникалық көрінісі тіркеледі. Баланың туу кезіндегі асфиксиясының себептері босану кезіндегі ұрықтың гипоксиясы, сондай-ақ туа біткен себептер (ұрықтың ақаулары, диабеттік фетопатия, гемолитикалық ауру, ұзаққа созылған жүктілік уақыты, құрсақішілік инфекция), шала туылу

және жарақат болуы мүмкін.Сонымен қатар, Апгар шкаласы бойынша төмен бағаланған баланың туылуына босанудағы кейбір дәрілік препараттардың әсері әкелуі мүмкін (есірткі анальгетиктері ұрықтың тыныс алу орталығының басылуына әкелуі мүмкін).

1-кесте – Апгар шкаласы

Апгар шкаласы

Симптом	0	1	2
Жүрек соғысының жиілігі	Жоқ	100 кем	100 артық
Тынысы	Жоқ	Брадипноэ, тұрақты емес	Қалыпты айғай
Бұлшық ет тонусы	Жоқ	Жеңіл бүгілу	Белсенді қозғалыс
Рефлекстері	Жоқ	Төмендеген	Толық
Терісінің түсі	Боз, жайылған цианоз	Акроцианоз	Қызғылтым

Қорытынды: Асфиксия жағдайында туылған балаға көмек туғаннан кейін бірден босану залында басталуы керек.Егер баланың асфиксия жағдайында туылу мүмкіндігі (судың мекониалды бояуы, КТГ-ның күмәнді түрі, ұрық дамуының ақаулары, қынаптық босандыру операциялары, мерзімінен бұрын босану және т.б.) болжанса, босандыру залында реаниматологтар бригадасының болуын қамтамасыз ету қажет. Реанимациялық іс-шаралар ұрықтың жағдайын жылдам бағалаудан, ұрықты жылытудан (температура 32-33°С деңгейінде сақталуы тиіс), тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіруден (жоғарғы тыныс жолдарынан шырышты сору, қажет болған жағдайда кеңірдек пен бронхты интубациялау және санациялау), тыныс алуды қолдаудан (желдетуге арналған Амбу қапшығы, аппараттық желдету), қан айналымын қолдау (инфузиялық терапия, кардиотоникалық препараттарды қолдану). 15-30 с бойы тұрақты брадикардия немесе өкпені жасанды желдету аясында брадикардия кезінде жанама жүрек массажы көрсетіледі [12].

Осылайша, перинаталды ауру мен өлімді азайту үшін:

- босанғанға дейінгі кезеңді компетентті жүргізу;
- кең перинаталды скрининг;
- мамандарды пренаталдық диагностика және мәліметтерді түсіндіру әдістеріне оқыту;
- перинаталдық тәуекелі жоғары босануға тәжірибелі мамандар мен консультанттарды шақыру;
- перинаталдық өлім-жітім жағдайларын сараптамалық бағалау маңызды болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. *Шабалов Н. П. Неонатология. В 2 т. Т. 2: учебное пособие. -М.: МЕД.пресс-информ, 2006.*
2. *Неонатология : учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Н. Н. Володин [и др.]. -М; Издательский центр " Академия ", 2005.*
3. *Капитан Т. В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми : учебник. -5-е изд., доп.. -М: Медпресс-информ, 2009.*
4. *Неотложные состояния у детей. Гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, нефрология : учеб. пособие/ под ред. В. Н. Тимошенко. -Ростов н/Д: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2007.*

Автор для корреспонденции: Магистр оқытушы: Мұханқызы Гүлзира, Тел: 87055482277, Эл. почта: muhankyzy@bk.ru

VALEO

УДК: 616-053.31+618.544-002(048)

НУРМАГАМБЕТОВА Д.М., БИЛЯЛОВА Г.Т., МАЛГАЖДАРОВА Б.С., ИСКАЛИЕВА С.С., СМАЙЛОВА Л.К.
Кафедра акушерства и гинекологии №2, НАО "Медицинский Университет Астана", г. Нур-Султан.

ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПРИ ХОРИОАМНИОНИТЕ

Аннотация:
Развитие хориоамнионита при несвоевременном излитии околоплодных вод и влияние на течение перинатального периода представляются недостаточно изученными. Прогнозирование, профилактика преждевременного и дородового излития околоплодных вод (ПРПО, ДРПО), исхода родов для плода остаются актуальными.

Ключевые слова: Преждевременный разрыв плодных оболочек, дородовый разрыв плодных оболочек, хориоамнионит.

НҰРМАҒАМБЕТОВА Д.М., БИЛЯЛОВА Г.Т., МАЛГАЖДАРОВА Б.С., ИСКАЛИЕВА С.С., СМАЙЛОВА Л.К.
НАҚ "Астана Медицина Университеті"

ХОРИОАМНИОНИТ КЕЗІНДЕГІ НЕОНАТАЛЬДЫ КЕЗЕҢНІҢ АҒЫМЫ

Ұрық қабықтарының уақтылы жыртылмауы кезіндегі перинаталдық өлім-жітім 22,6% құрайды, негізінен , көбінесе сепсистен қайтыс болған ұрық қабықтарының мерзімінен бұрын жарылунан бар балалардың ерте неонаталдық өлім-жітімі есебінен болды.

Асфиксияда ұрық мембраналарының мерзімінен бұрын жарылуы кезінде балалардың туылуы көбінде хориоамнионит кезінде (86,7%) және хориоамнионитсіз (73,9%) болды. Алайда, асфиксияның ауыр дәрежесі хориоамниониті бар әйелдерде жиі байқалды (13,0% қарсы 46,7%), $p<0,05$. Урықтың мембраналарының пренатальды жарылуы кезінде хориоамнионитпен байқалған балалар асфиксияда жиі туылды (25% қарсы 4,1%), $p<0,05$.

NURMAGAMBETOVA D.M., BILYALOVA G.T., MALGAZHDAROVA B.S., ISKALYEVA S.S., SMAILOVA L.K.
JSC "Medical University Astana"

THE COURSE OF THE NEONATAL PERIOD IN CHORIOAMNIONITIS

Perinatal mortality in untimely rupture of fetal membranes was 22.6%, mainly due to early neonatal mortality of children with premature rupture of fetal membranes who died from sepsis.

With premature rupture of fetal membranes in asphyxia, the majority of children were born both with chorioamnionitis (86.7%) and without chorioamnionitis (73.9%). However, severe asphyxia was observed significantly more often in women with chorioamnionitis (46.7% vs. 13.0%), $p<0.05$. At prenatal rupture of fetal membranes in chorioamnionitis, children with asphyxia were significantly more often born (25% vs. 4.1%), $p<0.05$.

Актуальность: Хориоамнионит (воспаление оболочек плода - хориона и амниона) является одним из видов инфекционных осложнений в акушерстве, наблюдающееся во время беременности и в родах [1].

Одной из частых причин хориоамнионита является несвоевременный разрыв плодных оболочек. Одним из причин роста преждевременных родов, при котором высока перинатальная смертность, является преждевременный разрыв плодных оболочек [2,3]. Известно, что исход для плода зависит от срока беременности, в котором происходит преждевременные роды (Козлов П.В., 2007г). Пролонгирование беременности до возможного большего срока снижает перинатальную смертность и заболеваемость (Лисицына А.С. 2014). В связи с этим при преждевременном разрыве плодных оболочек предусмотрена выжидательная тактика ведения (КП РК № 10 от 04.07.2014г). Однако развитие хориоамнионита, при котором начинается активная тактика в связи с возрастанием инфекционных осложнений у матери, приводит к рождению детей в более ранние сроки беременности [4].

На перинатальные исходы влияет не только срок родоразрешения, но и способ родоразрешения [5].

В связи с этим актуальным является изучение исхода для новорожденного в зависимости от срока родоразрешения, метода родоразрешения на фоне хориоамнионита. В настоящее время недостаточно изученным представляется вопрос о влиянии хориоамнионита на перинатальные исходы.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных целей и задач проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 266 женщин с несвоевременным разрывом плодных оболочек, из них 51 беременная, у которых был хориоамнионит.

Проводилось изучение течения беременности, родов и состояние новорожденных у женщин с несвоевременным разрывом плодных оболочек, в сроках гестации 22 - 41 недель. Распределение клинического материала представлено в таблице №1.

Клиническая характеристика беременных в зависимости от времени разрыва плодных оболочек.

Таблица №1. Частота развития хориоамнионита в сравниваемых группах

Сравниваемые группы	Хориоамнионит		Без хориоамнионита		Всего	
	абс.ч.	%±m	абс.ч.	%±m	абс.ч.	%±m
I группа (n = 84)ПРПО	15	17,9±4,2	69	82,1±4,2	84	31,6±2,9
II группа (n= 182)ДРПО	36	19,8±3,0	146	80,2±3,0	182	68,4±2,9
Всего	51	19,2±2,4	215	80,8±2,4	266	100±0,0

В зависимости от срока беременности были выделены две группы. I группа 84 женщины с преждевременным разрывом плодных оболочек, что составило (31,6±2,9)% и 182 женщины с дородовым разрывом плодных оболочек, что составило (68,4±2,9)%.

В первой группе с преждевременным разрывом плодных оболочек диагноз хориоамнионит был выставлен у 15 (17,9±4,2)% ко всем беременным женщинам с ПРПО.

Во второй группе с дородовым разрывом плодных оболочек диагноз хориоамнионит был выставлен у 36 (19,8±3,0)%.

Хориоамнионит был выявлен всего у 51 (19,2±2,4)% женщин, одинаково часто в сравниваемых группах (17,9±4,2)% и (19,8±3,0)%, p>0,05.

У всех беременных женщин, включенных в исследование, сбор анамнеза производили по специально разработанной карте обследования.

Проведен анализ течения неонатального периода в обеих группах и подгруппах с хориоамнионитом и без хориоамнионита.

Дети родились у женщин первой группы с массой тела от 500 граммов до 2500 граммов: от 500 - 999 граммов у 4 детей (26,7±11,4)% с ХА против 5 (7,3±3,1)% без ХА; 1000 - 1490 граммов у 4 (26,7±11,4)% против (8,7±3,4)%; 1500 - 2490 граммов у 4 (26,7±11,4)% против 38 (55,1±6,0)%; 2500 граммов у 3 (20,0±10,3)% против 20 (29,0±5,5)%; во второй группе до 2490 граммов у 1 (2,8±2,7)% с ХА против 1 (0,7±0,7)% без ХА; 2500 - 3990 граммов у 24 (66,7±7,9)% против 118(80,8±3,3)%; 4000 - 5000 граммов у 11 (30,6±7,7)% против 27 (18,5±3,2)%до 5000 граммов.

Антропометрические показатели новорожденных при несвоевременном излитии околоплодных вод представлены в таблице №2.

Таблица №2. Распределение детей в зависимости от массы тела.

Патология	I группа(n = 84)ПРПО		II группа(n= 184) ДРПО	
	ХА (n=15)	Без ХА(n=69)	ХА (n=36)	Без ХА(n=146)
500 - 999 гр	4* 26,7±11,4	5 7,3±3,1	-	-
1000 - 1490 гр	4* 26,7±11,4	6 8,7±3,4	-	-
1500 - 2490 гр	4 26,7±11,4	38 55,1±6,0	1 2,8±2,7	1 0,7±0,7
2500 - 3990 гр	3 20,0±10,3	20 29,0±5,5	24 66,7±7,9	118 80,8±3,3
4000 - 5000гр	-	-	11** 30,6±7,7	27 18,5±3,2
Итого:	15 17,9±4,2	69 82,1±4,2	36 19,6±2,9	146 79,3±3,0

**p<0,05 в первой группе.*

***p<0,05 во второй группе.*

Всего родилось 266 детей. Живыми родились 265 детей, из них в 1 (0,4%) родился мертвым (погиб интранатально).

В первой группе родилось 84 детей. Как видно из представленных в таблице №2 при наличии хориоамнионита в первой группе достоверно чаще рождались дети с экстремально низкой массой тела (26,7±11,4)% против (7,3±3,1)% и очень низкой массой тела (26,7±11,4)% против (8,7±3,4)%. Внутрижелудочковое кровоизлияние отмечено в 3,57% (3), синдром дыхательных расстройств в 50% (42), врожденный везикулопустылез в 1,2% (1), врожденная пневмония в 23,8% (20) случаях.

В асфиксии родились 86,7% (13 из 15) детей от матерей с хориоамнионом против 73,9% (51 из 69) от матерей без хориоамнионита.

Во второй группе родились 182 детей. В асфиксии родилось 15 из 182 детей, что составило 8,2%, при том в группе женщин со спонтанной родовой деятельностью 7,09% (9 из 127), при индукции 13,2% (5 из 38), без родовой деятельности 5,9% (1 из 17). В тяжелой асфиксии родились 0,55% (1). Внутрижелудочковое кровоизлияние отмечено в 1,1% (2), синдром дыхательных расстройств в 1,65% (3), врожденный везикулопустылез в 1,65% (3), врожденная пневмония в 1,65% (3) случаях.

В асфиксии родились 25% (9 из 36) детей от матерей с хориоамнионом против 4,1 % (6 из 146) от матерей без хориоамнионита.

Таблица №3. Состояние детей при рождении в сравниваемых группах.

Состояние при рождении	I группа (n = 83)ПРПО		II группа (n= 182) ДРПО	
	ХА (n=15)	Без ХА (n=68)	ХА (n=36)	Без ХА (n=146)
Удовлетворительное (оценка по шкале Апгар 8-10 баллов)	2 13,3±8,8	17 25±5,3	29 80,6±6,6	140 95,9±1,6
Асфиксия легкой степени (оценка по шкале Апгар 6-7 баллов)	3 20,0±10,3	34* 50±6,1	6** 16,7±6,2	4 2,7±1,4
Асфиксия средней степени (оценка по шкале Апгар 4-5 баллов)	3 20,0±10,3	8 11,8±3,9	2 5,6±3,8	2 1,4±1,0
Асфиксия тяжелой степени (оценка по шкале Апгар 3 и менее баллов)	7* 46,7±12,9	9 13,2±4,1	1 2,8±2,7	-
Всего детей рожденных в асфиксии	13 86,7±8,8	51 75±5,3	9** 25,0±7,2	6 4,1±1,6

**p<0,05 в первой группе*
*** p<0,05 во второй группе*

Всего в асфиксии родилось 64 (76,2%) детей первой группы и 15 (8,2%) детей второй группы.

Интранатально погиб ребенок у женщины без хориоамнионита. В раннем неонатальном периоде умерло 5 детей из первой группы. Перинатальная смертность составила 6 из 266, что составило 22,6‰, при том мертворождение (интранатальная гибель плода) 1 из 266 детей (0,4%), и ранняя неонатальная 5 из 266 (1,9%). С гипотрофией родились 4 из 266, что составило 1,5%.

Частота асфиксий новорожденных в зависимости от срока гестации и безводного периода отражены в таблице №4.

Таблица №4. Частота асфиксий легкой степени в зависимости от срока гестации и безводного периода

Сроки гестации		Асфиксия легкой степени (оценка по шкале Апгар 6-7 баллов)				
		До 18 часов	19 - 24 часа	25 - 48 часа	Более 48 часов	итого
22-27 недель	I группа ХА (n=15)	-	-	-	-	-
28-33 недель		±	-	-	1 6,7±6,4	1 6,7±6,4
34-36 недель		±	1 6,7±6,4	1 6,7±6,4	-	2 13,3±8,8
22-27 недель	I группа	-	-	-	-	-

28-33 недель	без ХА (n=68)	2 2,9±2,0	2 2,9±2,0	3 4,4±2,5	14 20,6±4,9	21 30,9±5,6
34-36 недель		6 8,8±3,4	1 1,5±1,5	4 5,9±2,9	2 2,9±2,1	13 19,1±4,8
37-40 недель	II группа ХА (n=36)	3 8,3±4,6	±	1 2,8±2,7	2 5,6±3,8	6 16,7±6,2
37-40 недель	II группа без ХА (n=146)	1 0,7±0,7	2 1,4±1,0	1 0,7±0,7	-	4 2,7±1,4

Как видно из таблицы № 4 в асфиксии легкой степени родились 3 (20,0%) детей первой группы с хориоамнионитом и 34 (50%) детей первой группы без хориоамнионита. При хориоамнионите 13,3% детей рожденных в сроке 34 - 36 недель при безводном периоде 18 - 48 часов.

Во второй группе в асфиксии легкой степени родилось 10 (19,4%), что достоверно ниже, чем в первой группе 37 (44,6%), $p<0,01$.

Частота асфиксии средней степени в зависимости от срока гестации и безводного периода представлены в таблице № 5.

Таблица №5. Частота асфиксий средней степени в зависимости от срока гестации и длительности безводного периода.

Сроки гестации		Асфиксия средней степени (оценка по шкале Апгар 4-5 баллов)				
		До 18 часов	19 - 24 часа	25 - 48 часа	Более 48 часов	итого
22-27 недель	ПРПО ХА (n=15)	-	-	-	1 6,7±6,4	1 6,7±6,4
28-33 недель		1 6,7±6,4	-	-	1 6,7±6,4	2 13,3±8,8
34-36 недель		-	-	-	-	-
22-27 недель	ПРПО без ХА (n=68)	-	-	-	2 2,9±2,0	2 2,9±2,0
28-33 недель		3 4,4±2,5	1 1,5±1,4	1 1,5±1,4	1 1,5±1,4	6
34-36 недель		1 1,5±1,4	-	1 1,5±1,4	-	2 2,9±2,0
37-40 недель	ХА (n=36)	1 2,8±2,7	-	1 2,8±2,7	-	2 5,6±3,8
37-40 недель	ДРПО без ХА (n=146)	2 1,4±1,0	-	-	-	2 1,4±1,0

**p<0,05 в первой группе*

*** p<0,05 во второй группе*

В асфиксии средней степени родилось 3 из 15 детей (20%) в подгруппе с хориоамнионитом и 10 из 68 (14,7%) детей в подгруппе без хориоамнионита.

При отсутствии хориоамнионита в асфиксии родились дети при сроке беременности 28 - 33 недели при различной длительности безводного периода, однако в 3 раза чаще при безводном периоде до 18 часов.

Частота асфиксии тяжелой степени в зависимости от срока гестации и безводного периода представлена в таблице №6.

Таблица №6. Частота асфиксий тяжелой степени в зависимости от срока гестации и длительности безводного периода.

Сроки гестации	Асфиксия тяжелой степени (оценка по шкале Апгар 3 и менее баллов)

		До 18 часов	19 - 24 часа	25 - 48 часа	Более 48 часов	итого
22-27 недель	ПРПО ХА (n=15)	1 6,7±6,4	-	1 6,7±6,4	2 13,3±8,8	4 26,7±11,4
28-33 недель		1 6,7±6,4	-	-	2 13,3±8,8	3 20±10,3
34-36 недель		-	-	-	-	-
22-27 недель	ПРПО без ХА (n=68)	1 1,5±1,5	-	-	5 7,4±3,2	6 8,8±3,4
28-33 недель		1 1,5±1,5	-	-	2 2,9±2,1	3 4,4±2,5
34-36 недель		-	-	-	-	-
37-40 недель	ДРПО ХА (n=36)	1 2,8±2,7	-	-	-	1 2,8±2,7
37-40 недель	без ХА (n=146)	-	-	-	-	-

В асфиксии тяжелой степени родились 7 из 15 (46,7%) детей с подгруппы с хориоамнионитом и 9 из 68 (13,2%) в подгруппе женщин без хориоамнионита в первой группе.

Дети в асфиксии тяжелой степени родились при наличии хориоамнионита в основном в сроке до 22 - 27 недель 26,7% (4) и 28 - 33 недели 20% (3) при безводном периоде до 18 часов, при безводном периоде более 48 часов. В подгруппе женщин без хориоамнионита в первой группе дети в асфиксии тяжелой степени разделились в основном при сроке беременности 22 - 27 недель и 28 - 33 недели при безводном периоде до 18 часов и более 48 часов.

В обеих подгруппах при сроке беременности 34 - 36 недель не было ни одного случая рождения детей в асфиксии тяжелой степени.

В неонатальном периоде были диагностированы различные патологические состояния у новорожденных, представлено в таблице №7

Таблица №7. Частота патологических состояний, заболеваний в неонатальном периоде в изучаемых группах.

Патология	I группа (n = 84)ПРПО		II группа (n= 182) ДРПО	
	ХА (n=15)	БезХА (n=69)	ХА (n=36)	БезХА (n=146)
Перинатальные поражения центральной нервной системы	7 46,7±12,9	26 37,7±5,8	5** 13,9±5,8	5 3,4±1,5
Синдром угнетения ЦНС	3 20,0±10,3	11 15,9±4,4	1 2,8±2,7	-
Внутрижелудочковыекровоизлияния	2 13,3±8,8	1 1,5±1,4	2 5,6±3,8	-
Вторичная окклюзионная гидроцефалия	2 13,3±8,8	-	-	-
Вентрикуломегалия	1 6,7±6,4	1 1,5±1,4	-	-
Перивентрикулярное кровообращение 1 степени, стадии лизиса, образование псевдокист	2 13,3±8,8	5 7,3±3,1	-	-
Отек головного мозга	2* 13,3±8,8	1 1,5±1,4	-	-
Синдром двигательных нарушений	1* 6,7±6,4	1 1,5±1,4	-	--
Геморрагический синдром	2* 13,3±8,8	1 1,5±1,4	-	1 0,7±0,7
Анемия	3* 20,0±10,3	6 8,7±3,4	-	-
Неонатальная желтуха	-	19	1	6**

		27,5±5,4	2,8±2,7	4,1±1,6
Неотальные травмы	-	2 2,9±2,0	2** 5,6±3,8	1 0,7±0,7
Гемолитическая болезнь новорожденного	-	1 1,5±1,4	1 2,8±2,7	2 1,4±1,0
ДВС	2* 13,3±8,7	1 1,5±1,4	-	-
Персистирующее фетальное кровообращение	-	6 8,7±3,4	-	-

**p<0,05 в первой группе*

Как видно из таблицы №7 в первой группе имело место высокий процент перинатального поражения центральной нервной системы (37,7±5,8)% и (46,7±12,8)%; котороедостоверно чаще отмечалось у детей от матерей с хориоамнионитом. Синдром угнетения ЦНС наблюдался у (20,0±10,3)% с ХА против (15,9±4,4)% без ХА, внутрижелудочковое кровоизлияние - у (13,3±8,7)% с ХА против (1,5±1,4)% без ХА. Синдром дыхательных расстройств у 1,65% (3), вторичная окклюзионная гидроцефалия у (13,3±8,7)%, отек головного мозга у (13,3±8,7)%, синдром двигательных нарушений (6,7±6,4)% при наличии хориоамнионита.

При наличии хориоамнионита в первой группе достаточно чаще, чем без хориоамнионита, наблюдались отек головного мозга (13,3% против 1,5%), синдром двигательных нарушений (6,7% против 1,5%), геморагический синдром (13,3% против 1,5%), анемия (20,0% против 8,7%), ДВС синдром (13,3% против 1,5%).

Неонатальная желтуха наблюдалась 27,5%, неонатальные травмы у 2,9%, детей только в подгруппах без хориоамнионита.

При изучении структуры заболеваний в неонатальном периоде выявлены заболевания новорожденных инфекционного генеза.

Таблица №8. Частота инфекционных заболеваний у новорожденных в изучаемых группах.

Патология	I группа (n = 83)ПРПО		II группа (n= 182) ДРПО	
	ХА (n=15)	Без ХА (n=68)	ХА (n=36)	Без ХА (n=146)
Некротический энтероколит	-	2 2,9±2,0	-	-
Бронхолегочная дисплазия	3** 20,0±10,3	5 7,3±3,1	-	-
Врожденный бактериальный конъюктевит	-	1 1,5±1,4	-	-
Бактериальный сепсис новорожденного	3 20,0±10,3	3 4,4±2,5	-	-
Врожденная пневмония	4 26,7±11,4	16 23,5±5,1	2 5,6±3,8	1 0,7±0,7
Врожденныйвезикулопустылез, вызванный эпидермальным стафилококком	-	1 1,5±1,4	2 5,6±3,8	1 0,7±0,7

**p<0,05 в первой группе*

Среди 182 живых детей в раннем неонатальном периоде инфекционные заболевания наблюдались у 36, что составило 19,8%. Инфекционные заболевания наблюдались чаще в первой группе в 36,1% (30 из 83) случаев, против 3,3% (6 из 182).

Умерли в раннем неонатальном периоде 5 детей, что составило 22,6‰. При этом это были дети первой группы и у них был бактериальный сепсис, который достаточно чаще наблюдается при наличии хориоамнионита (20% против 4,4%).

У 10 из 15 детей первой группы с хориоамнионитом и у 17 из 69 детей без хориоамнионита была выявлена условно-патогенная флора.

В второй группе инфекция была выявлена у 3 с хориоамнионитом и у 2 без хориоамнионита. Были выявлены микроорганизмы Staphylococcusepidermidis, Staphylococcusaureus, Staphylococcuspneumonia,

Staphylococcushominis, EscherichiaColi, Enterobacteraerogenes, Klebsiellapneumonia, Mycoplazmahominis, Clamidiatrahomatis, Candidaalbicans, Toxo, Herpessimplex, Cytomegalovirus, Rubella.

Моноинфекция была выявлена у 5 детей с хориоамнионитом и у 8 детей без хориоамнионита первой группы, во второй группе моноинфекция не обнаружена.

Микстинфекция была выявлена у 5 детей с хориоамнионитом и у 9 детей без хориоамнионита первой группы; во второй группе обнаружена у всех 3 детей с хориоамнионитом, у детей без хориоамнионита инфекция не высеяна

Выводы: Таким образом, перинатальное поражение нервной системы достоверно чаще отмечалось у детей от матерей с хориоамнионитом - 46,7% (7 из 15) против 37,7% (26 из 69), $p<0,05$.

Асфиксия новорожденных достоверно чаще наблюдалась при индукции родов, ($p<0,05$).

Во второй группе детей рожденных в асфиксии было достоверно выше в подгруппе с хориоамнионитом, чем без хориоамнионита (25% против 4,1%), $p<0,01$, таблица №4.

В первой группе в тяжелой асфиксии родились достоверно чаще дети от матерей с хориоамнионитом (46,7% против13,2%).

При наличии хориоамнионита во второй группе достоверно чаще рождались дети в легкой асфиксии, чем без хориоамнионита и чаще в группе до 18 часов безводного периода (8,3% против 2,8% при безводном периоде 24-48 часов и более 48 часов).

В первой группе, то есть при наличии хориоамнионита детей рождалось чаще с асфиксией средней степени за счет рождения детей в асфиксии в сроке 28 - 33 недели при безводном периоде до 18 часов и более 48 часов, в 22 - 27 недель при безводном периоде 48 часов.

Таким образом, частота асфиксии средней степени не зависила от длительности безводного периода. То есть рождение детей в асфиксии не зависило от длительности безводного периода, а зависила от срока беременности.

Следовательно тяжелая асфиксия обусловлена сроками гестации, а не длительностью безводного периода, наличия или отсутствия хориоамнионита.

Во второй группе перинатальное поражение нервной системы достаточно чаще отмечалось у детей от матерей с хориоамнионитом - 13,9% (5 из 36) против 3,4% (5 из 146), $p<0,05$.

Во второй группе при хориоамнионите наблюдались достоверно чаще неонатальные травмы (5,0% против 0,7%), а неонатальная желтуха наблюдалась чаще при отсутствии хориоамнионита (4,1% против 2,8%).

Наиболее частыми инфекционными заболеваниями были врожденная пневмония, которая наблюдалась достаточно чаще у детей первой группы и почти с одинаковой частотой у детей в подгруппе с хориоамнионитом (26,7%) и без хориоамнионита (23,5%).

Перинатальная смертность при несвоевременном разрыве плодных оболочек составила 22,6‰, в основном, за счет ранней неонатальной смертности детей с ПРПО, погибших от сепсиса.

При ПРПО в асфиксии родилось большинство детей как на фоне хориоамнионита (86,7%), так и без хориоамнионита (73,9%). Однако тяжелая степень асфиксии наблюдалась достоверно чаще у женщин с хориоамнионитом (46,7% против 13,0%), $p<0,05$. При ДРПО при хориоамнионите достоверно чаще рождались дети в асфиксии (25% против 4,1%), $p<0,05$.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Кулаков В.И., Мурашко Л.Е.; Преждевременные роды-М; Медицина. 2002.стр.188.

2.Сидельникова В.М. Акушерская тактика введения преждевременных родов//Акушерство и гинекология 2000-№5. Стр.8-12.

3. Купер М.А. Перинатальная смертность и пути ее снижения//Международный медицинский журнал-2000 год. №1 стр.58-60.

4. Ugwumadu A., Reid F., Hay P., Manyonda I./ Jeffrey I. Oral clindamycin and histologic chorioamnionitis in women with abnormal vaginal flora//Obstet Gynecol. 2006.-107(4):-863-8.

5. Mexta RS/ Nanjundaswamu и др. Неонатальная заболеваемость и плацентарная патология. Индийский J.Pediatr.2006;73..25-28 (Pub Med).

VALEO

УДК: 615.036.8

ТОИНБАЕВА А.Д. [1], ФАХРАДИЕВ И.Р. [2], БУГУЕВА Р.Н. [3]
[1]НАО «Назарбаев Интеллектуальная школа физико-математического направления», г.Алматы, Казахстан
[2]НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им.С.Д. Асфендиярова», г.Алматы, Казахстан
[3]НАО «Назарбаев Интеллектуальная школа физико-математического направления», г.Алматы, Казахстан

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РАДИОПРОТЕКТОРНОЕ СВОЙСТВО АМИНОМЕТИЛБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОБЛУЧЕНИИ

Аннотация:

В век технологического прогресса, а также широкого применения радиационного облучения в медицинской сфере необходимость поиска средств способных предотвратить побочные эффекты от облучения не теряют своей актуальности и по сей день.

Цель исследования: Изучение способности аминометилбензойной кислоты аминометилбензойной кислоты предотвращать воздействия радиационного облучения на ткань тонкой кишки в in vivo эксперименте в качестве радиопротекторного средства.

Материалы и методы: Исследование проведено на 9 крысах, массой 200-250г, на базе Лаборатории экспериментальной медицины НИИ ФПМ им Б. Атчабарова. Животные были разделены на 3 группы исследования, в каждом по 3 животных: 1-контрольная группа(CG); 2-интервенционная группа(ТХА50): применялась аминометилбензойновая кислота 50 мг в периоде до облучения; 3-интервенционная группа(ТХА100): применялась аминометилбензойновая кислота 100 мг в периоде до облучения; Суммарная доза облучения составила 1 мЗв. На 14-й день после облучения животные были выведены из эксперимента с последующим забором ткани тонкого кишечника для гистологического исследования.

Результаты: По результатам гистологического исследования в образцах ткани тонкой кишки в группе изменений CG обнаружено не было. В сравнении с группой ТХА50, в третьей группе ТХА100 при предварительном применении аминометилбензойной кислоты перед облучением в гистологической картине тонкой кишки можно было наблюдать более благоприятные исходы, так как были определены единичные участки структурных изменений в криптах тонкого кишечника, с отсутствием патологии ворсинчатого эпителия и без признаков воспалительных реакций. Полученные результаты показывают, что при радиационном облучении применение аминометилбензойной кислоты в дозировке 100 мг является оптимальным вариантом, который может способствовать предупреждению развития структурных нарушений в ткани тонкого кишечника.

Вывод: Наше исследование по использованию аминометилбензойной кислоты в качестве радиопротекторного средства в эксперименте определило эффективность данного препарата по предотвращению развития патологических изменений в тонкой кишке. Полученные результаты показывают перспективность продолжения исследования и более детального изучения свойств аминометилбензойной кислоты как радиозащитного препарата в использовании при разных дозах облучения и на более большой выборке лабораторных животных в будущем времени.

Ключевые слова: аминометилбензойновая кислота, ингибитор протеазы, радиационное облучение, радиопротекторное свойство.

ТОИНБАЕВА А.Д. [1], ФАХРАДИЕВ И.Р. [2], БУГУЕВА Р.Н. [3]
[1]«Физика-математика бағытындағы Назарбаев Зияткерлік мектебі», Алматы, Қазақстан
[2]«С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті» КЕАҚ, Алматы, Қазақстан
[3]«Физика-математика бағытындағы Назарбаев Зияткерлік мектебі», Алматы, Қазақстан

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬДІ СӘУЛЕЛЕНДІРУ БАРЫСЫНДА АМИНОМЕТИЛБЕНЗОЙ ҚЫШҚЫЛЫНЫҢ РАДИОПРОТЕКТОРЛЫҚ ҚАСИЕТТЕРІНЕ ЖАҢА КӨЗҚАРАС

Түйін: Қазіргі заманғы технологиялық прогресс және радиацияның медициналық салада кеңінен қолданылуына байланысты сәулеленуден туындайтын жанама әсерлерден қорғайтын құралдарды іздеу қажеттілігі бүгінгі күнге дейін өзектілігін жоғалтпаған.

Зерттеудің мақсаты: Аминометилбензой қышқылдың радиопротекторлық агент ретінде in vivo тәжірибесінде жіңішке ішектің тінінде сәулелендірудің кері әсерін алдын-алатын қасиетін зерттеу.

Материалдар мен әдістер: Зерттеу Б.Атшабаров атындағы Фундаментальді және Қолданбалы медицина ғылыми-зерттеу институтының эксперименталды медицина зертханасында салмағы 200-250 г 9 егеуқұйрыққа жүргізілді. Жануарлар 3 зерттеу тобына бөлінді, әр топ 3 жануардан құралды: 1-бақылау

тобы (CG); 2- интервенциялық топ (ТХА50): 50 мг Аминометилбензой қышқылы сәулеленуге дейінгі кезеңде қолданылады; 3 - интервенциялық топ (ТХА100): сәулеленуге дейінгі кезеңде 100 мг Аминометилбензой қышқылы қолданылады; Жалпы сәулелену дозасы 1 мЗв құрады. Сәулеленуден кейін 14-ші күні жануарлар эксперименттен шығарып, содан кейін гистологиялық зерттеу үшін жіңішке ішектен тіндердің сынамалары алынды.

Нәтижелері: Гистологиялық зерттеу нәтижелері бойынша CG тобының жіңішке ішектің тіндік үлгілерінде өзгерістер анықталмады. ТХА50 тобымен салыстырғанда, үшінші ТХА100 тобында сәулеленуден бұрын Аминометилбензой қышқылын алдын-ала қолданған кезде, ішектің крипталдарындағы құрылымдық өзгерістер тек бірен-саран аймақта анықталып, ішек эпителийінде патология және қабыну әсерінің белгілері орын алмағандықтан, жіңішке ішектің гистологиялық көрінісінде салыстырмалы қолайлы нәтижелер байқалған. Алынған нәтижелер көрсеткендей, сәулелену кезінде Аминометилбензой қышқылын 100 мг дозада қолдану жіңішке ішектің тіндерінде орын алуы мүмкін бұзылыстарды алдын-алу үшін тиімді препарат болып табылады.

Қорытынды: Тәжірибеде Аминометилбензой қышқылын радиопротекторлық агент ретінде қолдану туралы біздің зерттеуіміз бұл препараттың әсерлілігін дәлелдеді. Алынған нәтижелер келер уақытта түрлі сәулелену дозаларында және зертханалық жануарлардың үлкен көлемді зерттеу тобында Аминометилбензой қышқылдың радиопротекторлық препарат ретіндегі қасиеттерін толығырақ айқындайтын зерттеудің болашағы зор екендігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: Аминометилбензой қышқылы, протеаза тежегіші, сәулелену, радиоқорғау қасиеті.

TOINBAYEVA A.D. [1], FAKHRADIEV I.R. [2], BUGUYEVA R. N. [3]
[1]NAO "Nazarbayev Intellectual School of Physics and Mathematics", Almaty, Kazakhstan
[2]NJSC “S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University ", Almaty, Kazakhstan
[3]NAO "Nazarbayev Intellectual School of Physics and Mathematics", Almaty, Kazakhstan

A NEW LOOK AT THE RADIOPROTECTIVE PROPERTIES OF AMINOMETILBENZOY ACID UNDER EXPERIMENTAL IRRADIATION

Abstract: In the age of technological progress, as well as the widespread use of radiation exposure in the medical field, the need to find means capable of preventing side effects from radiation does not lose its relevance to this day.

Objective of the study: To study the ability of aminomethylbenzoic acid aminomethylbenzoic acid to prevent the effects of radiation on the tissue of the small intestine in an in vivo experiment as a radioprotective agent.

Materials and methods: The study was carried out on 9 rats, weighing 200-250 g, on the basis of the Laboratory of Experimental Medicine of the Research Institute of Physics and Mathematics named after B. Atchabarov. Animals were divided into 3 study groups, each with 3 animals: 1-control group (CG); 2-intervention group (TXA50): used aminomethylbenzoic acid 50 mg in the period before irradiation; 3-intervention group (TXA100): used aminomethylbenzoic acid 100 mg in the period before irradiation; The total radiation dose was 1 mSv. On the 14th day after irradiation, the animals were withdrawn from the experiment, followed by sampling of tissue from the small intestine for histological examination.

Results: According to the results of histological examination, no changes in CG were found in the tissue samples of the small intestine in the group. In comparison with the TXA50 group, in the third TXA100 group, with the preliminary use of aminomethylbenzoic acid before irradiation, more favorable outcomes could be observed in the histological picture of the small intestine, since single areas of structural changes in the crypts of the small intestine were identified, with no pathology of the villous epithelium and no signs inflammatory reactions. The results obtained show that the use of aminomethylbenzoic acid in a dosage of 100 mg under radiation exposure is the best option, which can help prevent the development of structural disorders in the tissue of the small intestine.

Conclusion: Our study on the use of aminomethylbenzoic acid as a radioprotective agent in the experiment determined the effectiveness of this drug in preventing the development of pathological changes in the small intestine. The results obtained show that it is promising to continue the study and to study in more detail the properties of aminomethylbenzoic acid as a radioprotective drug for use at different radiation doses and on a larger sample of laboratory animals in the future.

Key words*:* aminomethyl benzoic acid, protease inhibitor, radiation exposure, radioprotective property.

Введение: На сегодняшний день в век технологического прогресса люди во всем мире сталкиваются с разнообразием гаджетов. Однако стоить отметить, что многими исследованиями доказаны риски получения радиации от мобильных телефонов [1], компьютеров [2] и прочей техники [3], которые стали частью нашей жизни. Если говорить о медицинской сфере, лучевая терапия – остается одним из самых

эффективных способов лечения онкологических заболеваний [4]. Хотя ионизирующее облучение является мощным инструментом для уничтожения раковых клеток, он также токсичен к нормальным клеткам и вызывает повреждение клеток и нежелательные побочные эффекты. Также известно, что ионизирующее облучение может способствовать развитию мужского бесплодия [5].

Влияние облучения на биологические молекулы может быть, как напрямую, так и косвенно. Прямые эффекты опосредуются прямым взаимодействием ионизирующим лучом с отдельными фрагментами ДНК, а косвенные эффекты развиваются через формирования активных форм кислорода (ROS), производимые из молекул, окружающих ДНК [6].

Радиозащитная способность природных соединений в значительной степени должна объясняться несколькими механизмами, такими как антиоксидантные свойства, противовоспалительная активность и способность модулировать восстановление ДНК [7].

Среди известных одобренных FDA, к настоящему времени, радиопротекторных соединений имеются препараты Амифостин и Палифермин [8]. Однако у данных препаратов имеются ряд побочных эффектов, и при этом они могут применяться только в целях профилактики радиационно-индуцированного орального мукозита [9]. Кроме того, существует ряд других соединений с потенциальными радиозащитными свойствами, но большинство из них находятся в доклинических исследованиях.

На данный момент существует большая необходимость во внедрении новых радиопротекторных препаратов, особенно для пациентов, подвергающихся радиации в качестве терапии, а также медицинскому персоналу связанных с обслуживанием устройств, излучающих радиацию.

Возникновение токсических нарушений в тонком кишечнике, вызванные радиационным облучением, являются одним из наиболее распространенных дозозависимых токсичных реакции в пострадиационном периоде [10].

Идеальное радиопротекторное средство должно быть легкодоступным, по доступной цене и не приводить к серьезной токсичности в широком диапазоне. Он также должен демонстрировать отсутствие кумулятивных эффектов от повторных процедур, желательно должен применяться перорально, оказывая защитное действие на внутренние органы и показывать эффективность для разных типов облучения [4].

В нашем исследовании аминометилбензойновая кислота кроме своих основных антифибринолитических свойств, благодаря наличию способности к ингибированию протеазы [11], будет применена в эксперименте для определения радиозащитных свойств данного препарата.

Известно, что у ингибиторов активатора плазминогена была определена нет только антикарциногенная роль, но также способность подавления образования свободных радикалов и перекисного окисления при гамма-облучении [12].

Целью предлагаемого исследования является изучение способности аминометилбензойной кислоты предотвращать воздействия радиационного облучения на ткань тонкой кишки в in vivo эксперименте в качестве радиопротекторного средства.

Материалы и методы: Исследование проведено на 9 крысах, массой 200-250г, из вивария НИИ им Б. Атчабарова со стандартным рационом питания и ухода с учетом «Правил проведения доклинических исследований, медико-биологических экспериментов и клинических испытаний в РК» (от 25 июля 2007 года № 442).

Этические аспекты: Все манипуляции, проводимые на лабораторных животных, были проведены с обязательным соблюдением Хельсинской декларации защиты позвоночных животных, используемых для экспериментов и других научных целей (от 1975 года и ее пересмотренного варианта 2008 г.)

Формирование групп исследования: Для эксперимента были отобраны 9 крыс (по 3 в каждой группе). Масса в среднем 200-250г.

Животные были поделены на следующие группы:

Группа 1 (контрольная группа(CG)): интервенции не было, то есть без применения аминометилбензойной кислоты; n=3;

Группа 2 (интервенционная группа(ТХА50): аминометилбензойновая кислота (дозировка 50 мг/день) + облучение; n=3;

Группа 3 (интервенционная группа(ТХА100): аминометилбензойновая кислота (дозировка 100 мг/день) + облучение; n=3;

Описание интервенции: На протяжении 5 дней в группах ТХА50 и ТХА100 применяли аминометилбензойновую кислоту в соответствующих дозировках. На 6 и 7 день эксперимента у обеих групп вначале дозировка составила 55.5 мг/день, а потом была уменьшена до 27,7 мг/день.

Проведение облучения

Облучение было проведено на переносном рентгеновском аппарате медицинского использования. Суммарная доза облучения составила 1 мЗв.

Выведение животных из эксперимента проводилось методом цервикальной дислокации.

Гистологическое исследование: Во всех исследуемых группах забор материала для морфологических исследований проводилась согласно требованиям забора и изготовления гистологических материалов. Сразу после выведения животных из эксперимента для изучения структурных изменений во внутренних органах проведен забор кусочков тонкой кишки для гистологического исследования, с последующей фиксацией их в 10% нейтральном формалине. После фиксации в формалине ткань тонкой кишки проводилась в спиртах восходящей крепости с последующей заливкой в парафин. Микротомные срезы тонкой кишки толщиной 5-7 мкм окрашивались гематоксилин-эозином. Все микропрепараты изучались на световом микроскопе LeicaDM1000.

Статистический анализ: Методы статистического анализа основаны на использовании пакета статистических программ SPSS v.17 (США). Количественные показатели исследования обрабатывались методом вариационной статистики. Рассчитывали среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD). Данные представлены как M ± SD. Различия между изучаемыми параметрами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Животные были выведены на 14 сутки после облучения.

Интерпретация гистологического исследования: По результатам гистологического исследования в образцах гистологического материала ткани тонкой кишки в группе изменений CG обнаружено не было. Была выявлена нормальная структура крипт и ворсинчатого эпителия. В группе ТХА50 где применялась аминометилбензойновая кислота в дозировке 50 мг были обнаружены несколько участков с деформацией архитектуры крипт тонкой кишки, с частыми локусами атрофии ворсинчатого эпителия (Рисунок 1).

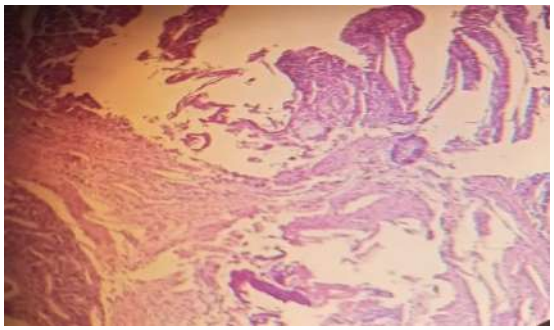


Рисунок 1. Гистологическая картина ткани тонкой кишки группы ТХА50 на 14-й день профилактического применения аминометилбензойной кислоты в дозировке 50 мг перед облучением.

В сравнении с группой ТХА50, в третьей группе ТХА100, где при предварительном применении аминометилбензойной кислоты перед облучением (1 мЗв) в гистологической картине тонкой кишки можно было наблюдать более благоприятные исходы, так как были определены единичные участки структурных изменений в криптах тонкого кишечника, с отсутствием патологии ворсинчатого эпителия и без признаков воспалительных реакций (Рисунок 2).

Полученные результаты показывают, что при радиационном облучении (1мЗв) применение аминометилбензойной кислоты в дозировке 100 мг является оптимальным вариантом, который может способствовать предупреждению развития структурных нарушений в ткани тонкого кишечника.

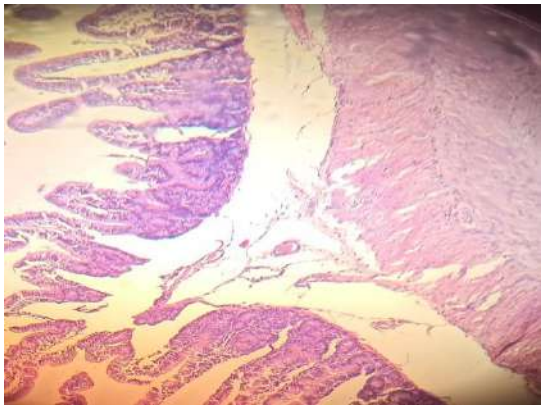


Рисунок 2. Гистологическая картина ткани тонкой кишки группы ТХА100 на 14-й день профилактического применения аминометилбензойной кислоты в дозировке 100 мг перед облучением.

Обсуждение: Результаты гистологического исследования в нашей работе показывают более высокую эффективность аминометилбензойной кислоты в дозировке 100мг в сравнении с данным препаратом в меньшей дозировке 50 мг при создании модели радиационного облучения на крысах в суммарной дозе равным 1 мЗв.

Также необходимо учесть тот факт, что только профилактическое применение радиопротекторных средств могут обеспечить защиту от нежелательных последствий от облучения. Так как в предыдущих работах зарубежных исследователей в эксперименте была доказана абсолютная неэффективность радиозащитных средств которые были использованы в периоде после облучения [9].

Предыдущие попытки свести к минимуму радиационное повреждения органов включали в себя использование поглотителей свободных радикалов или снижение суммарной дозы облучения, однако очевидным является тот факт, что уменьшение дозировки облучения может приводить к снижению эффективности лечения [13].

В одном доклиническом исследовании доказано, что в среднем на второй день после облучения развивается фаза апоптоза, которое ведет к непрерывной потере крипт, с уменьшением их размера, а также наблюдается укорочение ворсинок [14]. Следовательно, в последующем периоде, при отсутствии лечения данные структурные изменения могут привести к полной потере кишечного барьера слизистой оболочки тонкого кишечника с развитием бактериальной транслокации, что приводит к тяжелому осложнению как смертельный исход от сепсиса [15]. В связи с чем необходимость принятия превентивных мер является немаловажным.

Применение аминометилбензойной кислоты, благодаря отсутствию очевидных нежелательных реакций от использования, финансово невысоким затратам и предотвращению негативных последствии радиационного облучения по результатам гистологического анализа доказывает свою профилактическую эффективность.

Выводы: Наше исследование по использованию аминометилбензойной кислоты в качестве радиопротекторного средства в эксперименте определило эффективность данного препарата по предотвращению развития патологических изменений в тонкой кишке.

Полученные результаты показывают перспективность продолжения исследования и более детального изучения свойств аминометилбензойной кислоты как радиозащитного препарата в использовании при разных дозах облучения и на более большой выборке лабораторных животных в будущем времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Sri N.K., Mobile Phone Radiation: Physiological & Pathophysiologcal Considerations// Indian J Physiol Pharmacol.- 2015.-Vol.59(2).-P.125-135.

2. Mortazavi S.A., Taeb S., Mortazavi S.M., Zarei S., Haghani M., Habibzadeh P., Shojaei-Fard M.B. The Fundamental Reasons Why Laptop Computers should not be Used on Your Lap// J Biomed Phys Eng.- 2016.-Vol.6(4).-P.279-284.

3. Chauhan P.,Verma H.N.,Sisodia R.,Kesari K.K.Microwave radiation (2.45 GHz)-induced oxidative stress: Whole-body exposure effect on histopathology of Wistar rats// Electromagn Biol Med.-2017.-Vol.36(1)-P.20-30.

4. Mun G.I., Kim S., Choi E., Kim C.S., Lee Y.S. Pharmacology of natural radioprotectors// Arch Pharm Res.-2018.-Vol.41(11).-P.1033-1050.

5. Kesari K.K., Agarwal A., Henkel R. Radiations and male fertility// Reprod Biol Endocrinol.-2018.-Vol.16(1).-P.118.

6. Wang H., Mu X., He H., Zhang X.D. Cancer radiosensitizers//Trends Pharmacol Sci.-2018.-Vol.39.-P.24–48.

7. Checker R., Pal D., Patwardhan R., Basu B., Sharma D., Sandur S. Modulation of Caspase-3 activity using a redox active vitamin K3 analogue, plumbagin, as a novel strategy for radioprotection// Free Radical Biology and Medicine.- 2019.-Vol.143.

8. Johnke R.M., Sattler J.A., Allison R.R. Radioprotective agents for radiation therapy: future trends// Future Oncol.- 2014.-Vol.-10(15).-P.2345-2357.

9. Yang C., Tang H., Wang L., Peng R., Bai F., Shan Y., Yu Z., Zhou P., Cong Y. Dimethyl Sulfoxide Prevents Radiation-Induced Oral Mucositis Through Facilitating DNA Double-Strand Break Repair in Epithelial Stem Cells// Int J Radiat Oncol Biol Phys. -2018.-Vol.102(5).-P.1577-1589.

10. Fernández-Gil B., Moneim A.E., Ortiz F., Shen Y.Q., Soto-Mercado V., Mendivil-Perez M., Guerra-Librero A., Acuña-Castroviejo D., Molina-Navarro M.M., García-Verdugo J.M., Sayed R.K., Florido J., Luna J.D., López L.C., Escames G. Melatonin protects rats from radiotherapy-induced small intestine toxicity// PLoS One.- 2017.-Vol.12(4).-P.e0174474.

11. Ng W., Jerath A., Wąsowicz M. Tranexamic acid: a clinical review//Anaesthesiol Intensive Ther. -2015.-Vol.47(4).-339-350.
12. Troll W., Wiesner R., Frenkel K. Anticarcinogenic action of protease inhibitors// Adv Cancer Res.- 1987.-Vol.49.-P.265-283.
13. Gerassy-Vainberg S., Blatt A., Danin-Poleg Y., Gershovich K., Sabo E., Nevelsky A., Daniel S., Dahan A., Ziv O., Dheer R., Abreu M.T., Koren O., Kashi Y., Chowers Y. Radiation induces proinflammatory dysbiosis: transmission of inflammatory susceptibility by host cytokine induction// Gut.- 2018.-Vol.67(1).-P.97-107.
14. Kim C.K., Yang V.W., Bialkowska A.B. The Role of Intestinal Stem Cells in Epithelial Regeneration Following Radiation-Induced Gut Injury// Curr Stem Cell Rep.- 2017.-Vol.3(4).-P.320-332.
15. Kaur A., Ten Have G.A.M., Hritzo B., Deutz N.E.P., Olsen C., Moroni M. Morphological and functional impairment in the gut in a partial body irradiation minipig model of GI-ARS// Int J Radiat Biol.- 2020.-Vol.96(1).-P.112-128.

Автор для корреспонденции: Фазылов Тимур, timson1193@mail.ru, Лаборатория Экспериментальной Медицины им. Б,Атчабароваю.

VALEO

УДК: 614; 615.03; 615.1/.3

ШАЛАБАЕВА Д.С.[1], ОРАЗОВА Г.У.[2], МУСИНА А.А.,[3], КЕРИМБАЕВА З.А.[4], КАЙРБЕКОВА А.М.[5]
[1]Магистрант Медицинского университета Астана по специальности «Общественное здравоохранение», Нур-Султан, Казахстан
[2]Доцент кафедры общественного здоровья и гигиены Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан
[3]Заведующая кафедрой общественного здоровья и эпидемиологии Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан
[4]Профессор кафедры общественного здоровья и менеджмента Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан
[5]Студент 312 группы Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан

ФОРМУЛЯРНАЯ СИСТЕМА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА И МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Аннотация:
Система Лекарственного обеспечения повышает доступность эффективной лекарственной помощи для каждого гражданина независимо от его социального статуса и дохода, поскольку в нем указаны предельные уровни цен на медикаменты, а также имеется перечень льготных лекарственных средств, которые отпускаются на бесплатной основе, либо по сниженной цене. Его регулярное обновление позволяет получать медицинским работникам данные о препаратах, о практике их использования, постоянно повышать квалификацию и совершенствовать знания в области рациональной фармакотерапии.
Ключевые слова: лекарственное обеспечение, формулярная система, лекарственные препараты.

ШАЛАБАЕВА Д.С. [1], ОРАЗОВА Г.У. [2], МУСИНА А.А. [3], КЕРІМБАЕВА З.А. [4], КАЙРБЕКОВА А.М. [5]
[1]Астана медициналық университетінің "Қоғамдық денсаулық сақтау" мамандығы бойынша магистранты, Нұр-сұлтан, Қазақстан
[2]Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының доценті, Нұр-сұлтан, Қазақстан
[3]Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және эпидемиология кафедрасының меңгерушісі, Нұр-сұлтан, Қазақстан
[4]Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және менеджмент кафедрасының профессоры, Нұр-сұлтан, Қазақстан

[5]Астана медициналық университетінің 312 тобының студенті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ ФОРМУЛЯРЛЫҚ ЖҮЙЕСІ: СҰРАҚТЫҢ ТАРИХЫ ЖӘНЕ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ

Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесі әрбір азамат үшін оның әлеуметтік мәртебесі мен табысына қарамастан тиімді дәрілік көмектің қолжетімділігін арттырады. Өйткені онда дәрі-дәрмектерге бағалардың шекті деңгейлері көрсетілген. Сондай-ақ тегін негізде не төмендетілген бағамен босатылатын жеңілдікті дәрілік заттардың тізбесі бар. Оны үнемі жаңартып отыру медицина қызметкерлеріне дәрі-дәрмектер және оларды қолдану тәжірибесі туралы мәліметтер алуға, фармакотерапия саласындағы білімдерін ұтымды жетілдіруге мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, формулярлық жүйе, дәрілік препараттар.

SHALABAYEVA D.S.[1], ORAZOVA G.U. [2], MUSSINA A.A.[3], KERIMBAYEVA Z.A.[4], KAIRBEKOVA A.M. [5]

[1]Master student of the Astana Medical University, specialty "Public Health", Nur-Sultan, Kazakhstan
[2]Associate Professor of the Department of Public Health and Hygiene, Medical University Astana, Nur-Sultan, Kazakhstan
[3]Head of the Department of Public Health and Epidemiology, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan
[4]Professor of the Department of Public Health and Management, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan
[5]Student of 312 group of Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan

FORMULARY SYSTEM OF DRUG SUPPLY: HISTORY AND INTERNATIONAL EXPERIENCE

The drug supply system increases the availability of effective drug care for every citizen, regardless of his social status and income, since it specifies the ceiling price levels for drugs, as well as a list of subsidized drugs that are available free of charge or at a reduced price. Its regular updating allows medical workers to receive data on drugs, on the practice of their use, to constantly improve their skills and improve their knowledge in the field of rational pharmacotherapy.

Key words: drug supply, formulary system, drugs.

Введение:

Как мы знаем любой врач в своей практической деятельности, зачастую оперирует ограниченным перечнем лекарственных средств (ЛС). Из большого количества аналогичных препаратов он обычно выбирает тот, который ему хорошо известен, либо тот, который дешевле. Однако это не означает, что выбор сделан в пользу лучшего ЛС. В последнее время декларируется, что терапевтическая тактика должна основываться на фармакоэкономических подходах и требованиях доказательной медицины. Между тем широкая медицинская общественность еще пока слабо представляет себе, что скрывается за этими, ставшими уже популярными, понятиями [1-3].

Экономические реалии требуют от организаторов здравоохранения нового мышления, прежде всего в области экономического обоснования диагностических и лечебных технологий. Внедрение так называемой формулярной системы, принятой во многих странах за основу деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), является одним из возможных путей оптимизации их работы [1- 4].

По оценкам ВОЗ, более половины всех лекарственных средств назначаются, отпускаются или продаются ненадлежащим образом, и каждый второй пациент принимает их неправильно, что может принимать форму чрезмерного, недостаточного или ненадлежащего использования лекарственных средств [5-8].

Неотъемлемым компонентом обеспечения доступности и качества фармакотерапии является эффективная государственная лекарственная политика. В ее основе могут быть использованы: ограничительные списки (формуляры, перечни), возмещение стоимости лекарственных препаратов государством или страховщиками, нормативное регулирование, контроль цен [5].

Использование медикаментов, как важная составляющая лечения пациента, должна быть продуманна и выполнена максимально эффективно и результативно. Управление медикаментами – ответственность не только фармацевтических работников и клинических фармакологов, но и менеджеров и всего медицинского персонала [4].

Цель: анализ доступной литературы по системам лекарственного обеспечения зарубежных стран и Казахстана.

Британский национальный формуляр (BNF) издается с 1949 г. и по сей день постоянно модернизируется. Первый БНФ был составлен в 1949 г. после создания Национальной службы здравоохранения Великобритании. Справочники, публикуемые вплоть до второй половины 70-х годов XX ст. приблизительно раз в полтора года, содержали избирательную информацию, поэтому возникла необходимость в создании исчерпывающего формуляра, включающего гораздо более широкий ассортимент лекарственных препаратов, но при этом дающего научно обоснованные рекомендации об относительных преимуществах представленных лекарственных средств. Новый БНФ, соответствующий указанным требованиям, был опубликован в 1981 г. В настоящее время БНФ обновляется ежемесячно в режиме онлайн через веб-сайт (bnf.org) [10-12].

Основной текст справочника состоит из систематизированной информации о лекарственных средствах и особенностях их клинического применения. Эта информация содержится в разделе неотложной помощи при острых отравлениях и 15 основных разделах, каждый из которых посвящен определенной системе организма или определенному аспекту оказания медицинской помощи. Главы состоят из разделов, которые начинаются с информации для специалистов, назначающих лекарственные средства. Лекарственные средства указаны под фармакопейными или другими непатентованными наименованиями. Препараты обычно следуют сразу же за наименованием молекулы, которая является их основным действующим веществом. Они указаны под непатентованным наименованием, если реализуются под этим названием или же если их изготавливают экстемпорально. Затем указаны рекомендуемые лекарственные препараты под патентованными названиями [10-12].

Новое издание книги BNF выходит два раза в год: в марте и сентябре [10]. По состоянию на апрель 2020 года текущее издание - 79, оно было опубликовано в марте 2020 года. Традиционно цвет каждого нового издания радикально отличается от предыдущего [11].

В настоящее время BNF доступен в виде книги, веб-сайта и мобильных приложений - последнее для использования на смартфонах и планшетах [11]. Книгу можно купить, а сентябрьское издание бесплатно распространяется среди медицинских работников Великобритании [10-18]. Медицинские работники развивающихся стран имеют право на бесплатный доступ к перечню лекарственных средств после регистрации (необходимо указать имя, адрес, адрес электронной почты и номер телефона). Другие посетители могут подписаться на BNF для изучения лекарственных средств [17]. Медицинские организации также могут подписаться на настраиваемый BNF через свою корпоративную онлайн-сеть [19]. В июне 2012 года Национальный институт здравоохранения и повышения квалификации (NICE) выпустил приложения для автономного доступа к BNF на устройствах iOS и Android. Для использования этого приложения требуется вход в систему NHS Athens, а ежемесячные обновления контента доступны через Интернет [12]. NICE также предоставляет веб-сайт, на котором содержание BNF публикуется, в том числе пользователям, не имеющим отношения к NHS [13].

В Австралии также, как и во многих других странах существует веб-сайт Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), который содержит информацию о схеме фармацевтических льгот, в том числе подробную информацию о лекарствах, субсидируемых правительством Австралии, а также информацию для потребителей, лиц, осуществляющих уход, медицинских работников и фармацевтической промышленности. PBS является частью более широкой национальной политики Австралии в области лекарственных средств.

Многие рецепты, выписанные практикующими врачами в Австралии, покрываются Программой фармацевтических льгот (PBS), схемой, которая предоставляет субсидированные рецептурные лекарства жителям Австралии, чтобы гарантировать, что все австралийцы имеют доступный и надежный доступ к широкому спектру необходимых лекарств. При покупке препарата в рамках PBS потребитель платит не более суммы доплаты пациента, которая на 1 января 2020 года составляет 41 австралийский доллар для обычных пациентов. Те, на кого распространяется государственное пособие (лица с низким доходом, получатели социального обеспечения, держатели карты медицинского обслуживания и т. д.) и/или в рамках Программы фармацевтических льгот на репатриацию (RPBS), имеют сниженную сооплату, которая составляет A $6,60 в 2020 году. Доплата является обязательной и может быть снижена в аптеке до 1,00 австралийского доллара по стоимости, указанной в аптеке [19-21].

Украинский Государственный формуляр (ГФУ) вышел в свет позднее BNF. Первый выпуск был опубликован в 2009 г. ГФУ ежегодно обновляется и модернизируется. ГФУ разрабатывается с целью создания на государственном уровне и внедрения качественной формулярной системы рациональной фармакотерапии — безопасного, эффективного и экономически обоснованного применения лекарственных средств путем обеспечения работников здравоохранения объективной профессионально направленной информацией о них, что является важной составляющей улучшения качества и повышения клинической и экономической эффективности медицинской помощи. Создание и обеспечение регулярного просмотра и обновления формуляров лекарственных средств возложено на такие структуры: Центральный

формулярный комитет Министерства здравоохранения Украины; формулярные комитеты МЗ АР Крым, структурных подразделений здравоохранения областных, Киевской и Севастопольской городских государственных администраций; фармакотерапевтические комиссии учреждений здравоохранения государственной и коммунальной форм собственности [5-6].

6 мая 2020 года был утвержден 12 выпуск Государственного формуляра лекарственных средств Украины. Основные разделы формуляра структурированы по группам лекарственных средств, применяемых в медикаментозном лечении болезней и состояний соответственно направлению медицины, в которых преобладает консервативная терапия. Лекарственные средства систематизированы по международным непатентованным наименованиям. При этом в ГФУ указываются все зарегистрированные в Украине торговые наименования препаратов для конкретного международного непатентованного наименования [5,7].

Казахстанский Национальный Лекарственный Формуляр (КНФ) - перечень лекарственных средств с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных препаратов, являющийся обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций и формирования списков закупа лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования. КНФ является надежным информационным ресурсом по выбору и правильному применению лекарственных средств для врачей, фармацевтов, организаторов здравоохранения, медсестер, слушателей медицинских учебных заведений и других медицинских работников. КНФ составлен специальной редакторской группой, под руководством Министерства здравоохранения Республики Казахстан при консультировании экспертами Формулярной комиссии и международной группой экспертов [4,5].

Структура КНФ построена по системе АТХ классификации ВОЗ. Все необходимые данные о препарате размещены на одной странице. Национальный формуляр доступен не только для врачей, но и для широких слоёв населения в онлайн-режиме на сайте www.knf.kz на государственном и русском языках.

При разработке КНФ использовался передовой мировой опыт ведения фармакотерапии. КНФ способствует увеличению доступности эффективной лекарственной помощи для каждого гражданина независимо от его социального статуса и дохода, поскольку в нем указаны предельные уровни цен на медикаменты. Его регулярное обновление позволит получать медицинским работникам данные о препаратах, о практике их использования, постоянно повышать квалификацию и совершенствовать знания в области рациональной фармакотерапии [23].

КНФ является бесплатным ресурсом. С помощью поисковика можно найти монографию на лекарственный препарат, которая будет содержать утвержденное наименование, способы применения и дозировки, меры предосторожности, противопоказания, взаимодействия ЛС, применение при почечной и печеночной недостаточности, заметки относительно применения препарата при беременности и в период кормления грудью, а также побочные реакции. КНФ сформирован по международным непатентованым наименованиям лекарственных средств с указанием торговых наименований, имеющих предельные цены для закупа в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи [23].

Приказом Министра здравоохранения РК от 21 апреля 2020 года № ҚР ДСМ-40/2020 утверждена новая редакция Казахстанского национального лекарственного формуляра.

КНФ разрабатывается на основе фармакотерапевтической и/или анатомо-терапевтической классификации лекарственных средств. Для формирования КНФ используется Государственный реестр лекарственных средств и медицинских изделий. В КНФ, в соответствии с правилами формирования, утвержденными приказом Министра здравоохранения РК от 2 апреля 2020 года № ҚР ДСМ-24/202**0**, включаются только те лекарственные средства, которые имеют доказанную клиническую эффективность [22].

Заключение: В целом системы лекарственного обеспечения зарубежных стран и Казахстана схожи по своей структуре. Они содержат информацию о лекарственных средствах, способах приема и дозировках, правилах выписывания рецептов и т.д.

Практика использования Формулярной системы лекарственного обеспечения позволяет достичь: 1) организация эффективной системы управления медикаментами на всей территории страны; 2) повышение качества оказываемых медицинских услуг; 3) снижение расходов на закупки лекарственных средств; 4) соблюдение правил системы обеспечения качества.

Система Лекарственного обеспечения повышает доступность эффективной лекарственной помощи для каждого гражданина независимо от его социального статуса и дохода, поскольку в нем указаны предельные уровни цен на медикаменты, а также имеется перечень льготных лекарственных средств, которые отпускаются на бесплатной основе, либо по сниженной цене. Его регулярное обновление позволяет получать медицинским работникам данные о препаратах, о практике их использования, постоянно повышать квалификацию и совершенствовать знания в области рациональной фармакотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдусалямов А.А., Ахтамов Дж.А., Шавази Н.М. Формуляр // Вестник врача общей практики. - 2000.- № 3.-С.1-14.

2. Павлович С. Больницы станут «жить» по формуляру // Еженедельник АПТЕКА.-2000.-№ 28(249).-С8-10.

3. Ушкалова Е.А. Роль формулярной системы в решении проблем рационального использования лекарств // Клин. фармакология и терапия. 1998. Т. 7.-№ 18.- С.32-36.

4. Чучалин А.Г., Белоусов Ю.Б., Шухов В.С. Формулярная система: ключевые понятия // Рус. мед. журн. - 1999. - Т. 7.- № 15.-С.21-24.

5. World Health Organization. Medicines: rational use of medicines. Fact sheet no 338. 2010. Website. [Cited. 12Sep.2020]. Available from URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/index.html.

6. Лагуткина Т.П., Грибкова Е.И., Курашов М.М., Соболенко А.К. Роль фармацевтической информации в формировании грамотного потребительского поведения на фармацевтическом рынке // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина, 2013.- №2. – С.39-44.

7. Жураховская Д.В., Виноградова И.А. Выявление особенностей рационального поведения специалистов розничных аптечных организаций г. Петрозаводска при отпуске нестероидных противовоспалительных препаратов // Современная организация лекарственного обеспечения, 2015. -№2.- С.56-57.

8. Zhussupova G., Zhaldybaeva S., Ramazanova A., Utepova D. Assessment of drug use management good practices in inpatient medical organizations in Astana (Kazakhstan). In European Journal of Clinical Pharmacology, 2019; 75: 50-50.

9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил проведения оценки рационального использования лекарственных средств, утв. 06.05.2019 г., № ҚР ДСМ-67.

10. BNF Publications - Books. BMJ Group and Royal Pharmaceutical Society. Website. [Cited 12 Oct 2020]. Available from URL: www.bnf.org.

11. Jump up to: a b c d e f g. BMJ Group and Royal Pharmaceutical Society. Website. [Cited 12 Sep 2020]. Available from URL: www.bnf.org.

12. NICE seeks views to inform BNF accreditation decision (Press release). National Institute for Health and Care Excellence. Website. [Cited 12 Oct 2020]. Available from URL: www.nice.org.uk.

13. Anon. «The British National Formulary». British Medical Journal. 1957; 2(5047): 758-759.

14. Wade O.L. British National Formulary: Its birth, death, and rebirth. BMJ (Clinical research ed.). 1993); 306 (6884): 1051–1054. doi:10.1136/bmj.306.6884.1051.

15. Anon "British National Formulary 1976-8". British Medical Journal. 1978); 2 (6136): 580–581.

16. Wade O.L., McDevitt G.D. Prescribing and the British National Formulary. British Medical Journal. 1966); 2 (5514): 635-637. doi:10.1136/bmj.2.5514.635.

17. Aronson J.K. Drug interactions-information, education, and the British National Formulary. British Journal of Clinical Pharmacology. 2004; 57(4): 371–372. doi:10.1111/j.1365-2125.2004.02125.x.

18. Griffith N., McBride A., Stevenson J.G., Green L. Formulary selection criteria for biosimilars: considerations for US health-system pharmacists. Hospital pharmacy, 2014. 49(9): 813-825.

19. Yoongthong W., Hu S., Whitty J. A., Wibulpolprasert S. et al. National drug policies to local formulary decisions in Thailand, China, and Australia: drug listing changes and opportunities. Value in Health. 2012; 15(1): S126-S131.

20. Rovers J. P., Mages M. D. A model for a drug distribution system in remote Australia as a social determinant of health using event structure analysis. BMC health services research. 2017; 17(1): 677.

21. Martin E.D., Burgess N.G., Doeck C.J. Evaluation of an automated drug distribution system in an Australian teaching hospital. The Australian Journal of Hospital Pharmacy. 2000; 30(4): 141-145.

22. Фармацевтическое обозрение Казахстана. Онлайн-ресурс. Дата обращения: 22 октября 2020 года. Режим доступа:

23. КНФ. Достоверно о лекарствах. РЦРЗ, 2020. Веб-сай т. Дата обращения 30 октября 2020 г. Режим доступа: http://www.rcrz.kz/index.php/ru/.

Автор для связи с редакцией: Шалабаева Д.С., магистрант Медицинского университета Астана по специальности «Общественное здравоохранение», Нур-Султан, Казахстан. E-mail: shalabaevadina47@gmail.com. Тел.:+77477806421

VALEO

УДК: 611.1

М.Д. МЕДУБАЕВА, Н.А. ЛАТЫПОВА, А.С. КЕРИМКУЛОВА
НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Казахстан

ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ НА ПРОГНОЗ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Аннотация:
Артериальная гипертензия беременных актуальная проблема современного акушерства, т.к. осложнения течения данной патологии часто приводят к материнской и перинатальной смертности. За последнее десятилетие отмечается увеличение числа беременных с избыточной массой тела и ожирением различной степени, что, соответственно, также увеличивает частоту осложнений течения беременности и исходы родов.

Ключевые слова: артериальное давление, хроническая артериальная гипертензия, гестационная артериальная гипертензия, беременность, избыточная масса тела, осложнения беременности, осложнения родов.

М.Д. МЕДУБАЕВА, Н.А. ЛАТЫПОВА, А.С. КЕРИМКУЛОВА
«Астана медицина университеті» НАҚ, Нұрсултан қ, Қазақстан

АРТЕРИЯЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ӘР ТҮРЛІ ФОРМАЛАРЫ ЖӘНЕ АРТЫҚ ДЕНЕ САЛМАҒЫ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЖҮКТІЛІК ПЕН БОСАНУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Жүкті әйелдердің артериялық гипертензиясы - қазіргі заманғы акушерліктің өзекті мәселесі, тк. бұл патология ағымының асқынуы көбінесе ана мен перинатальды өлімге әкеледі. Соңғы онжылдықта әртүрлі деңгейдегі артық салмақты және семіз жүкті әйелдер санының өсуі байқалады, бұл сәйкесінше жүктілік және босану кезіндегі асқынулардың жиілігін арттырады.

Түйінді сөздер: қан қысымы, созылмалы артериялық гипертензия, жүктілік артериялық гипертензия, жүктілік, артық салмақ, жүктіліктін асқынуы, босанудың асқынуы.

M.D. MEDUBAYEVA, L.A. LATYPOVA, KERIMKULOVA A.S
NJSK«Astana medical university», Nursultan city, Kazakhstan

THE INFLUENCE OF EXCESS BODY WEIGHT AND OBESITY ON THE PREDICTION OF PREGNANCY AND LABOR IN PREGNANT WOMEN WITH VARIOUS FORMS OF ARTERIAL HYPERTENSION

Arterial hypertension of pregnant women is an urgent problem of modern obstetrics, tk. complications of the course of this pathology often lead to maternal and perinatal mortality. Over the past decade, there has been an increase in the number of pregnant women with various degrees of overweight and obesity, which, accordingly, also increases the frequency of complications during pregnancy and childbirth outcomes.

Key words: blood pressure, chronic arterial hypertension, gestational arterial hypertension, pregnancy, overweight, complications of pregnancy and childbirth.

Актуальность: Артериальная гипертензия (АГ) у беременных – актуальная медицинская и социальная проблема. Данная категория беременных заслуживает особого внимания, потому что повышение артериального давления (АД) является установленным фактором риска неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов [1]. Наряду с акушерскими кровотечениями и септическими осложнениями, неконтролируемое повышение АД входит в триаду акушерской летальности [2,3].

Еще одним фактором риска развития акушерских и перинатальных осложнений является наличие избыточной массы тела и ожирения различной степени. Частота встречаемости избыточной массы тела и ожирения у женщин репродуктивного возраста составляет 6-28% [4]. В настоящее время имеется большое количество работ, подтверждающих увеличение риска развития осложнений течения беременности и

исходы родов при наличии АГ и избыточной массы тела у беременных [5]. Однако, на сегодняшний день не проводился сравнительный анализ влияния АГ и избыточной массы тела на течение беременности и исходы родов отдельно у беременных с хронической АГ (ХАГ) и гестационной АГ (ГАГ).

Цель: Изучить частоту осложнений течения беременности и исходы родов у беременных с различными формами АГ в зависимости от наличия избыточной массы тела и ожирения.

Материалы и методы: Нами был проведен сравнительный ретроспективный анализ 528 историй родов беременных с АГ и 200 с физиологическим течением беременности и родов. Основную группу составили 2 подгруппы: I подгруппа представлена данными 257 историй родов беременных с ХАГ, II подгруппа - 271 историй родов беременных с ГАГ. Контрольная группа - практически здоровые беременные, включающие 200 историй родов.

Критериями включения являлись: возраст беременных от 18 до 45 лет, наличие АГ, верифицированной как ХАГ или ГАГ. Критерии исключения составили: беременность, индуцированная вспомогательными репродуктивными технологиями; наличие симптоматической АГ, подтвержденной до или во время беременности; наличие сопутствующих соматических заболеваний, самостоятельно повышающих риск неблагоприятных исходов беременности и родов (пороки сердца, заболевания миокарда, системные заболевания соединительной ткани, неврологические заболевания, травмы и др.).

Женщины в исследованных группах находились в возрастном интервале от 18 до 46 лет, так в целом в группе средний возраст составил 31,4±5,6, в группе ХАГ 32,9±5,7 лет, в группе ГАГ 30,4±6,1 лет и в контрольной группе 30,7±4,0 лет. Для статистической обработки данных использовалась программа SPSS ver. 20.0. Средние показатели выражались в виде среднего значения со стандартным отклонением M±m, либо Медианы (Me) и интерквартильного размаха, после проверки на нормальность распределения. Критерием статистической значимости полученных результатов считали величину $p<0,05$. Для представления совместного распределения двух переменных, и для исследования связи между ними использована таблица сопряженности.

Всем беременным определялся индекс массы тела (ИМТ). Антропометрическое исследование включало: определение показателей роста и веса при взятии на «Д» учет до 12 недели беременности и на момент поступления в родильное отделение. Согласно рекомендациям ВОЗ (2017), ИМТ рассчитывался по формуле Кетле: ИМТ = масса тела (кг)/рост (м)^2 [6].

По полученным результатам ИМТ оценивали наличие избыточной массы тела и/или ожирения у беременных.

Результаты и обсуждение: Из 528 беременных с АГ 314 (59,5%) имели избыточную массу тела и ожирение. Частота встречаемости избыточной массы тела и ожирения у беременных с ХАГ составила 184 (71,6%), у беременных с ГАГ 130 (47,9%). Проведен сравнительный анализ по ИМТ в изучаемых группах. Выявлены различия основной и контрольной групп, так избыточный вес больше присутствовал в группе ХАГ по сравнению с ГАГ ($p=0,001$), ХАГ с контрольной ($p<0,001$). Ожирение и разная степень ее выраженности также преобладало у беременных с ХАГ (по сравнению с ГАГ, $p=0,015$; с контрольной группой $p<0,001$). Таким образом, у беременных с ХАГ преобладали признаки наличия избыточного веса и ожирения, так, каждая 3-я беременная имела избыточный вес, каждая 5-я ожирение. Частота распространения ожирения I и II степени в 2 раза больше в группе беременных с ХАГ, чем в группе беременных с ГАГ. Ожирения I степени в контрольной группе в 4 раза меньше, чем в группе беременных с ХАГ.

Таблица 1 - Распределение исследуемых групп по индексу массы тела

ИМТ	Исследуемые группы					
	ХАГ (n=257)		ГАГ (n=271)		Контрольная (n=200)	
	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
Нормальный вес	125	48,6	170	62,7	148	74,0
Избыточный вес	80	31,1	72	26,6	45	22,5
Ожирение	52	20,3	29	10,7	7	3,5
Ожирение I степени	38	14,8	23	8,5	7	3,5
Ожирение II степени	13	5,1	6	2,2	0	0,0
Ожирение III степени	1	0,4	0	0,0	0	0,0

По данным изучаемых документов получены результаты по осложнениям беременности и родов. Были рассмотрены следующие осложнения беременности: преэклампсия (ПЭ) легкой и тяжелой степени, эклампсия, маловодия, дородовое излитие околоплодных вод и маточно-плацентарного нарушения (МПН): IA, IБ и II степени; осложнения родов: атоническое кровотечение, слабость родовой деятельности (СРД),

преждевременные роды (ПР), дистресс плода и рождение новорожденных меньше 6 баллов при оценке по шкале Апгар сразу после рождения и через 5 минут.

По результатам приведенных данных в таблице, выявлено, что ПЭ тяжелой степени встречается в 3 раза чаще в группе с ГАГ по сравнению с ХАГ. Эклампсия встречается в 2 случаев у беременных с ГАГ и 1 случаи у беременных с ХАГ. Такие осложнения беременности как, дородовое излитие околоплодных вод и маловодие в группах беременных с ХАГ и ГАГ встречаются практически с одинаковой частотой. Тогда как, нарушение МПК в группе беременных с ХАГ в 3 раза больше, чем в группе беременных с ГАГ. Такие осложнения родов, как атоническое кровотечение, слабость родовой деятельности, преждевременные роды в группах беременных с ХАГ и ГАГ встречаются относительно с одинаковой частотой.

Таким образом, несмотря на то, что у беременных с ГАГ чаще встречались такие осложнения, как ПЭ легкой и тяжелой степени, эклампсия, СРД и ПР, осложнения со стороны плода в виде НМПК и дистресс-синдрома чаще наблюдались у беременных с ХАГ.

Таблица 2 - Сравнительный анализ осложнений беременности и родов в исследуемых группах в зависимости от ИМТ

Осложнения	Исследуемые группы									p*
	ХАГ			ГАГ			Контрольная группа			
	N вес	Изб. вес	Ож.	N вес	Изб. вес	Ож.	N вес	Изб. вес	Ож.	
Осложнения беременности										
ПЭ легкой степени	32 (66,7%)	12 (25,0%)	4 (8,3%)	45 (88,2%)	4 (7,8%)	2 (4,0%)	0	0	0	<0,001
ПЭ тяжелой степени	1 (9,1%)	6 (54,5%)	4 (36,4%)	6 (31,6%)	7 (36,8%)	6 (31,6%)	0	0	0	<0,001
Эклампсия	1 (100,0)	0	0	1 (50,0)	1 (50,0%)	0	0	0	0	0,578
Маловодие	16 (53,3%)	9 (30,0%)	5 (16,7%)	14 (63,6%)	6 (27,3%)	2 (9,1%)	0	0	0	<0,001
Дородовое излитие околоплодных вод	10 (28,6%)	13 (37,2%)	12 (34,2%)	32 (72,7%)	10 (22,7%)	2 (4,6%)	12 (54,5%)	7 (31,8%)	3 (13,7%)	0,264
МПН (IА, IБ, II степени)	29 (40,3%)	23 (31,9%)	20 (27,8%)	16 (59,2%)	10 (37,1%)	1 (3,7%)	2 (100,0%)	0	0	<0,001
Осложнения родов										
Атоническое кровотечение	10 (43,5%)	8 (34,8%)	5 (21,7%)	11 (61,1%)	2 (11,1%)	5 (27,8%)	1 (100,0%)	0	0	<0,001
СРД	27 (53,0%)	17 (33,3%)	7 (13,7)	37 (62,7%)	17 (28,8%)	5 (8,5%)	3 (27,3%)	5 (45,4%)	3 (27,3%)	<0,001
ПР	11 (55,0%)	5 (25,0%)	4 (20,0%)	17 (70,8%)	4 (16,7%)	3 (12,5%)	3 (100,0%)	0	0	0,003
Дистресс плода	9 (64,3%)	4 (28,6%)	1 (7,1%)	7 (63,6%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	0	1 (100,0%)	0	0,016
Состояние новорожденного 6 баллов и менее сразу после рождении (по Апгар)	1 (100,0%)	0	0	1 (50,0%)	0	1 (50,0%)	0	0	0	0,222
Состояние новорожденного 6 баллов и менее через 5 минут после рождении (по Апгар)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,648
p*- уровень статистической значимости различий между группой беременных с ХАГ и ГАГ										

При более детальном изучении распределения осложнений течения беременности и родов у беременных с ХАГ и ГАГ в зависимости от ИМТ распределение произошло следующим образом.

ПЭ протекала в легкой форме у беременных с ХАГ и ГАГ имевший нормальный ИМТ (66,7% и 88,2%, соответственно). В то время как тяжелую форму она приобретала при наличии избыточной массы тела или ожирения различной степени. Таким образом, у беременных с ХАГ тяжелая форма ПЭ встречалась 54,5% с избыточной массой тела и у 36,4% с ожирением. У беременных с ГАГ ПЭ тяжелой формы встречалась в 36,8% при избыточной массе тела, и в 31,6% при ожирении.

Эклампсия встречалась у 1 беременной с ХАГ при нормальном весе тела, у 2 беременных с ГАГ (1 с нормальным весом, 1 с избыточной массой тела).

Такие осложнения как маловодие и дородовое излитие околоплодных вод у беременных с ХАГ и ГАГ в независимости от ИМТ встречаются практически с одинаковой частотой.

При изучении МПН, отчетливо видна разница частоты данного осложнения между беременными с ХАГ и ГАГ в независимости от ИМТ. Так, МПН у беременных с ХАГ встречался в 2 раза чаще, чем у беременных с ГАГ.

В процентном соотношении у беременных с ХАГ при нормальном весе, избыточной массе тела и при ожирении распределение МПН составило 40,3%; 31,9% и 27,8%, соответственно. У беременных с ГАГ распределение произошло следующим образом: 59,2%; 37,1% и 3,7%, соответственно.

Частота атонических кровотечений у беременных с ХАГ при нормальном, избыточном весе и при ожирении распределилась следующим образом: 43,5%; 34,8% и 21,7%, соответственно. У беременных с ГАГ данное осложнение распределилось: 61,1%; 11,1% и 27,8%, соответственно.

СРД у беременных с ХАГ и ГАГ при нормальном, избыточном весе и при ожирении встречалась практически с одинаковой частотой. Таким образом, распределение произошло следующим образом 53,0%; 33,3% и 13,7%, соответственно у ХАГ и 62,7%; 28,8% и 8,5% у ГАГ.

Распределение ПР у беременных с ХАГ и ГАГ в зависимости от ИМТ: 55,0%; 33,3% и 13,7% при ХАГ и 70,8%; 16,7% и 12,5% при ГАГ. Дистресс плода при любом ИМТ у беременных с ХАГ встречается чаще у беременных с ХАГ, по сравнению с беременными с ГАГ.

Заключение: Согласно данному исследованию избыточная масса тела и ожирение различной степени у беременных с ХАГ встречается чаще (71,6%), чем у беременных с ГАГ (47,9%).

Из часто встречающихся осложнений течения беременности и родов у беременных с ХАГ и ГАГ при избыточной массе тела и ожирении выделены ПЭ и МПН. ПЭ легкой степени при нормальном весе тела при ГАГ чаще (88,2%), чем при ХАГ (66,7%), в то время как, тяжелая форма ПЭ у беременных с ХАГ при наличии избыточной массы тела и ожирения встречается практически в 2 раза чаще, чем при ГАГ. Частота МПН у беременных с ХАГ при наличии избыточной массы тела и ожирения различной степени составила 43 (16,7%), у беременных с ГАГ это показатель составил 11 (4,1%).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Morton A. Imitators of preeclampsia: A review // Pregnancy Hypertens. 2016. Vol. 6, № 1. P. 1–9.

2. Vest A.R., Cho L.S. Hypertension in pregnancy // Curr Atheroscler Rep. 2014. Vol. 16, № 3. P. 395.

3. Pfeffer T.J., Hilfiker-Kleiner D. Pregnancy and Heart Disease: Pregnancy-Associated Hypertension and Peripartum Cardiomyopathy // Curr Probl Cardiol. 2018. Vol. 43, № 9. P. 364–388.

4. Макаров И.О., Боровкова Е.И., Байрамова М.Ю. Течение беременности и родов у пациенток с ожирением //Акушерство, гинекология и репродукция. 2011. Т. 5, № 1. С. 22–28.

5. Волков В.Г., Сычёва О.Ю., Кузьмина И.В., Савкина Е.А. Медико-социальная характеристика беременных с различной массой тела // Вестник новых медицинских технологий. 2011.№18(3).С.148–149

6. Глобальная база данных по Индексу Массы тела – Всемирная организация здравоохранения //http://www.assessmentpsychology.com/icbmi.htm 27/01/2017.

Автор для корресподнеции: Медубаева Мадина Дюсенбаевна PhD-докторант кафедры семейной и доказательной медицины НАО «Медицинский университет Астана», Сот.тел. 8(777)748-17-17, e-mail: amrenovafarida@inbox.ru

VALEO

УДК: 622.658.345

ЖАРКИНБЕКОВА А.Ж.[1], АБДУЛДАЕВА А.А.[2]

КеАҚ «Астана медицина университеті»

1 Қоғамдық денсаулықсақтау мамандығы бойынша магистрант

2. Ғылыми жетекші, Профилактикалық медицина және тағамтану кафедрасының профессоры

КӨМІР ӨНЕРКӘСІБІНДЕГІ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ТАМАҚТАНУ ЖАҒДАЙЫНА ӘДЕБИ ШОЛУ

Аннотация:

Көптеген елдерде тау-кен өндірісі әлемдегі ең күрделі кәсіптердің бірі болып саналады. Қазіргі уақытта шахтерлердің кеншілердің жұмысы заманауи механикаландырылған шахталарда жүргізілуде, оның растауы қосымша зерттеулерде келтірілген. Дегенмен кеншілер әлі де энергия шығындары мен физикалық белсенділік деңгейі бойынша ауыр жұмыс санатына жатады. [1] Еңбекті қорғау бойынша жүргізілген зерттеулер көбінесе кәсіби күйзеліс жағдайында жұмысшылардың денсаулығын жақсартуға немесе сақтауға назар аударады. Тамақтану-жұмысшылардың жалпы денсаулығына әсер ететін негізгі факторлардың бірі деп санауға болады. [2] Тамақтану жағдайы әр адамның өміріндегі маңызды аспект болып табылады, өйткені жалпы денсаулық сақтау тамақтану сапасына байланысты. Жұмысшылардың еңбек өнімділігі жұмысшылардың күн сайын алатын тамақтану сапасына тікелей байланысты. [3] Пайдалы тамақ құрамында көптеген қоректік заттар бар және ағзаға түскен кезде тамақ құрылымдарының бұзылуын қамтамасыз етеді, сонымен қатар, денсаулыққа пайдалы әсер ететін қоректік заттардың сіңуі жүреді. [4,5]

Кілтті сөздер: кеншілер, тамақтану гигиенасы, денсаулық жағдайы

ЖАРКИНБЕКОВА А.Ж., АБДУЛДАЕВА А.А.
НАО «Медицинский университет Астана», кафедра профилактической медицины и питания

ОБЗОР ЛИТЕРАТУЫ НА СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Во многих странах добыча полезных ископаемых считается одной из самых сложных профессий в мире. В настоящее время работа шахтёров производится в современных механизированных шахтах, подтверждения которому представлены в дополнительных исследованиях. Но тем не менее шахтеры по-прежнему попадают в категорию тяжелых работ по затратам энергии и уровню физической активности. [1] Исследования по охране труда часто фокусируются на улучшении или поддержании здоровья работников в условиях профессионального стресса. Питание является одним из основных факторов, влияющих на общее состояние здоровья работников. [2] Состояние питания играет жизненно важную роль в жизни каждого человека, от чего зависит качество состояния здоровья в целом, которые в свою очередь влияют на все аспекты жизни, в том числе и на производительность. [3] Полезные продукты питания содержат множество питательных веществ, и при поступление обеспечивает разрушение пищевых структур и всасывания полезных веществ которые могут оказывать благотворное влияние на здоровье. [4,5]

Ключевые слова: горняки, гигиена питания, состояние здоровья

ZHARKINBEKOVA A.Z., ABDULDAYEVA A.A.
NJSC «Astana Medical University»

LITERARY REVIEW OF THE NUTRITION CONDITION OF COAL EMPLOYEES

In many countries, mining is considered one of the most difficult professions in the world. Currently, the work of miners is carried out in modern mechanized mines, confirmation of which is presented in additional studies. Nevertheless, miners still fall into the category of hard work in terms of energy consumption and physical activity level. [1] Occupational health and safety research often focuses on improving or maintaining the health of workers under occupational stress. Nutrition is one of the main factors affecting the overall health of employees. [2] The state of nutrition plays a vital role in the life of every person, which determines the quality of health in general, which in turn affect all aspects of life, including productivity. [3] Healthy foods contain a variety of nutrients, and when ingested ensures the destruction of food structures and the absorption of nutrients that can have a beneficial effect on health. [4,5]

Keywords: miners, food hygiene, health status

Кіріспе: Көптеген елдерде тау-кен өндірісі әлемдегі ең күрделі кәсіптердің бірі болып саналады. Қазіргі уақытта кеншілердің жұмысы заманауи механикаландырылған шахталарда жүргізілуде, оны растау қосымша зерттеулерде келтірілген. Дегенмен кеншілер әлі де энергия шығындары мен физикалық белсенділік деңгейі бойынша ауыр жұмыс санатына жатады. [1]

Еңбекті қорғау бойынша жүргізілген зерттеулер көбінесе кәсіби күйзеліс жағдайында жұмысшылардың денсаулығын жақсартуға немесе сақтауға назар аударады. Тамақтану-жұмысшылардың жалпы денсаулығына әсер ететін негізгі факторлардың бірі деп санауға болады. [2] Тамақтану жағдайы әр адамның өміріндегі маңызды аспект болып табылады, өйткені жалпы денсаулық сақтау тамақтану сапасына байланысты. Жұмысшылардың еңбек өнімділігі жұмысшылардың күн сайын алатын тамақтану сапасымен тікелей байланысты. [3] Пайдалы тамақ құрамында көптеген қоректік заттар бар және ағзаға түскен кезде

тамақ құрылымдарының бұзылуын қамтамасыз етеді, сонымен қатар, денсаулыққа пайдалы әсер ететін қоректік заттардың сіңуі жүреді. [4,5]

Тау-кен жұмысшыларының жоғары өнімділігі мен денсаулығын сақтау үшін жер асты жағдайында дұрыс ұйымдастырылған тамақтану үлкен маңызға ие. Тау-кен қазбаларында тамақтану тамақтану кезіндегі ұзақ үзілістерді жоюға, жұмыстан кейін асқазанды ауырлатпауға, тәуліктік метаболизмнің көрсеткіштерін қалыпқа келтіруге, ішкі ортаның тұрақтылығы (гомеостаз) сақталатын қоректік заттардың метаболикалық резервуарын уақтылы толықтыруға, су балансы мен терморегуляторлық функцияны жақсартуға, ағзаның функционалдығын арттыруға мүмкіндік береді.[6]

Көмір өнеркәсібінің дамуы шахтерлердің қауіпсіздігі мен еңбекті қорғау бойынша көптеген нормативтік құжаттарды әзірлеуге әкелді. Көмір өнеркәсібінің жұмысшылары еңбек қызметінің күрделілігіне байланысты тамақтану гигиенасының жай-күйіне ерекше назар аударуды қажет ететінін атап өткен жөн. Адамзат ұзақ уақыт бойы тиімді тамақтануды дамытумен айналысып келеді және мұны растау үшін бүкіл әлем бойынша көптеген зерттеулер жүргізілуде, тиімді тамақтануға қатысты ұсыныстар берілген әртүрлі ғылыми зерттеулер, диссертациялар ұсынылған. Осы саладағы көптеген зерттеулер тау-кен өнеркәсібінде жұмыс істейтін адамдар үшін тиімді тамақтанудың шешімін табуға көмектеседі.

1985 жылы "Батыс Вирджинияның оңтүстік бөлігіндегі кеншілердің тамақтану ерекшеліктері" атты шетелдік диссертациясы шығарылды, онда 18-65 жас аралығындағы 51 - ге жуық көмір өндіру жұмысшыларының (78% жер асты және 22% жер үсті кеншілері) зерттеуі туралы мәліметтер келтірілген. Зерттеу жұмыстарында популяциялық ерекшелігі мен тамақтану құрылымыны сипатталған. Зерттеулер сауалнама түрінде жүргізілген және тамақтану жиілігі күніне үш ретке дейін жететіні анықталды. Сауалнамаға қатысқан кеншілердің 94% - ы өнімдерге қантты, жұмысшылардың 74% - ы тағамға тұз қосатыны, ал сауалнамаға қатысқан кеншілердің көпшілігі үйден тыс жерде сирек тамақтанатыны белгілі болды. Кеншілердің жалпы тобы негізгі тамақ өнімдері: тұтас сүт, кофе, шай, алкогольсіз сусындар, апельсин шырыны, бекон, хот-догтар, шұжықтар, жұмыртқа, ірімшік, маргарин, май, салат, майонез, бидай наны, ақ нан, тоқаштар, печенье, картоп пюресі, картоп чиптері, басқа да қайнатылған көкөністер, қызанақ, жаңа піскен жемістер, торт, джем, желе, консервілер сияқты өнімдермен жиі тамақтанады. Кеншілер майларды (олеин мен линол қышқылын, қаныққан майлар мен холестеринді қоса), натрийді, ақуызды, орташа алғанда, аз талшықты көмірсулардың жалпы мөлшерін қабылдады. Нәтижелер американдық диеталық ұсыныстармен салыстырылған кезде, крахмал мен талшықты көбейту, тазартылған көмірсуларды азайту, яғни жалпы май, холестерин, қаныққан майлар мен натрийді азайту мақсатында түзетулер енгізілді. Осы жұмыстың соңында зерттеулер кеншілердің өнімдерге қатысты артықшылықтарын ұсынды. Алынған нәтижелер тереңірек бағалау үшін кеншілердің тамақтану салаларында көрініс беретін алдын-ала сипаттама ретінде қарастырылды. [7]

2001 жылы шахталардағы еңбекті қорғау және қауіпсіздік жөніндегі кеңестің отырысында тау-кен өнеркәсібіндегі еңбекті қорғау жөніндегі Консультативтік комитет (МОХАК) өмір сүру және тамақтану жағдайларының еңбекті қорғауға, сондай-ақ тау-кен өнеркәсібіндегі, атап айтқандай, Оңтүстік Африкадағы шахтерлердің қауіпсіздігіне ықтимал әсерін қарастырды. Зерттеу үшін Оңтүстік Африканың тау-кен өнеркәсібінің барлық шикізаттарын ұсынатын 10 шахта таңдалды. Барлығы 497 кеншіден сұхбат алынды. 43% жатақхана тұрғындары болса, 57% жатақханада тұрмайтын адамдар болды. Әдетте, зерттеуге қатысқан кеншілер бір ауысымда орташа есеппен 814 мл сұйықтық тұтынған. Орташа алғанда, зерттелген халықтың жалпы санының 43% - ы мұны істемеді. Платина шахталарындағы шахтерлердің 77% - ы, алтын шахталарындағы шахтерлердің 68% - ы және көмір шахталарындағы шахтерлердің 56% - ы жер астында тамақ ішпейтіні анықталды. Тамақтанудан бас тартудың негізгі себептері мыналар болды: қатысушылардың жұмысқа қабылдау әдеті болған жоқ; тамақтануға уақыт болмауы; ресурстар, ақша немесе тамақ жеткіліксіздігі; еңбек жағдайлары тағамды сақтауға немесе тұтынуға ықпал болмауы; тамақты дайындауға уақыт болмауы. Кеншілер тамақтанған соң, өз қызметтік жұмыстарын жақсы орындауға мүмкіндік беретінін сезді, олардың 91% - ы дұрыс тамақ жейтіндеріне сенім білдірді. Жатақханада орналасқан кеншілерге азық-түлікпен қамтамасыз етуі қанағаттандырылмаған. Жатақхана тұрғындарының негізгі алаңдаушылығы: тамақ дайындау әдісі, ас үй қызметкерлерінің жеткіліксіз дайындығы, жаңа өнімдердің болмауы, тағамның әртүрлілігі, кейбір мәзір элементтері (әдетте көкөністер мен жемістер), егер кеншілер жер астында қалып қойса, таусылып қалуы, бірақ азық-түлік комитеті олардың ұсыныстарын байыпты қабылдамады. Тамақтануды бағалау әдісі (24 сағаттық шолу әдісі). Зерттеулер көрсеткендей, кеншілердің энергия шығыны әдетте төмен болды. Орташа энергия тұтыну 8014 кДж құрады, бұл күтілгеннен 30-44% аз. Зерттелетін популяция үшін жеңіл және орташа белсенділік сыныптары үшін ұсынылатын орташа энергия шығыны 11 431 кДж, ал ауырлары үшін 14 289 кДж болды. Айта кету керек, өте төмен калориялы тамақтану жасуша мембраналарының құрылымы мен қызметін сақтау үшін маңызды май қышқылдарының жеткіліксіз тұтынылуына әкелуі мүмкін. Микроэлементтерді қабылдау әдетте төмен болды, ал А және С дәрумендерінің өте төмен түсуі ерекше алаңдаушылық

тудырды. Бұл витаминдердің екеуі де инфекцияға қарсы тұруда маңызды рөл атқарады, ал А дәрумені қараңғыда дұрыс көру үшін маңызды, бұл кеншілер үшін өте маңызды болуы әбден мүмкін. Жатақханадан тыс жерде тұратын шахтерлердің диетасын зерттей отырып, нәтижелер жатақханада тұратын жұмысшыларға қарағанда қолайлы болды. 24 сағаттық диеталық тамақтанудың бұл талдаулары жатақханадан тыс жерде тұратын шахтерлердің энергияны, жалпы майды, диеталық холестеринді және көмірсулардың жалпы мөлшерін едәуір көп тұтынатындығын көрсетті. А дәрумені мен С дәрумені көшеде тұратындарда да жоғары болды, дегенмен екі топта да орташа тұтыну аз болды. А және С дәрумендерін аз тұтыну, мүмкін, жатақхана тұрғындарының да, үй тұрғындарының да көкөністер мен жемістерді жеткіліксіз тұтынуының нәтижесінің көрінісі. [8]

Түркияда жүргізілген кейбір зерттеулерге сәйкес, түрік жұмысшыларының энергия мен қоректік заттарды тұтынуы жеткіліксіз және теңгерімсіз екендігі анықталды. Жалпы энергия шығыны тамақтану жағдайын бағалаудың маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Өлшеу бірнеше тәсілмен жүргізілді, оның ішінде 24 сағаттық физикалық белсенділік, сауалнама, суды екі рет таңбалау, оттегі анализаторы және жүрек соғу жиілігін бақылау (жүрек соғу жиілігі). Бұл зерттеу түрік жер асты кеншілерінің азық-түлік мәртебесін, күнделікті энергия шығынын және күнделікті энергия шығындарын бағалады. Көмір өндірушілердің күнделікті энергия шығындарын өлшеу және бағалау үшін жүрек соғу жиілігін бақылаудың бірнеше әдістері мен энергияны бағалаудың әртүрлі формулалары қолданылды. Зерттеуді Хаджеттепе медициналық хирургиялық университеті және фармацевтикалық зерттеулер этикасы жөніндегі кеңес мақұлдады. Барлығы 19-64 жас аралығындағы 135 сау ер адам әртүрлі жұмыс орындарымен тексерілді. Жұмысшыларды дәрігерлер физикалық денсаулығының негізгі бағасын алу үшін тексерді. Зерттеу барысында жиналған мәліметтерге бірнеше антропометриялық өлшеулер, жүрек соғу жиілігі, диета және физикалық белсенділік туралы жазбалар кірді. Зерттеу барысында жүрек соғу жиілігін бақылау әр түрлі жұмыс жағдайындағы жұмысшылар үшін энергия шығындарын анықтаудың сенімді әдісі екендігі анықталды. Бұл әдіс далалық зерттеулерде практикалық және экономикалық артықшылықтарға ие. Физикалық белсенділік жазбалары бойынша энергия шығындарын есептеу қарқынды физикалық белсенділікпен нақты энергия шығындарын төмендету болуы мүмкін. Адам өмірінің маңызды көздерінің бірі-D дәрумені, оны игеру үшін күн сәулесі қажет, ал жер асты жұмысшылары көп уақытын күн сәулесінен алыс өткізеді. Сонымен қатар, сүт өнімдерін D дәруменімен байыту бүкіл әлемде кең таралған тәжірибе болса да, Түркияда ол қолданылмайды. Еңбек қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін жер асты шахтерлерінің азық-түлік жағдайын жақсарту қажет. Қорытындылай келе, жер асты шахтерлері үшін қуатты басқарудың тиісті жүйесімен жұмыс істеу кезінде диетаның кем дегенде 50% - ы энергия мен қоректік заттардың мөлшері тұрғысынан қамтамасыз етілуі керек деп ұсынылды. Қазіргі заманғы халықаралық стандарттарды автоматтандырудың жоғары деңгейімен жұмыс істейтін жұмысшылар үшін қолдануға болады, бірақ әр кәсіп үшін энергия мен тамақтану стандарттарын жақсарту үшін қосымша зерттеулер жүргізу қажет.[2-9]

Әлемде семіздік проблемасы ерекше орын алады, бұл –бүкіл әлем халқы үшін жаһандық проблема. Барлық елдерде семіздікпен ауыратын науқастар санының үдемелі өсуі байқалады.[10]

Артық салмақ пен семіздік мәселесі тау-кен жұмысшыларын да айналып өтпеді, өйткені жұмысшылар арасында да жиі кездеседі. Австралияда жүргізілген зерттеулер "тау-кен өнеркәсібінде салауатты өмір салтын қолдау: тамақтану, физикалық белсенділік, ылғалдандыру және жылу стресіне баса назар аудару"баяндамасында келтірілген. Жұмысшылар арасында артық салмақ пен семіздікке және қант диабеті, гипертония және қатерлі ісік сияқты созылмалы аурулардың қаупін арттыруға байланысты жоғары жүктеме бар. Дене салмағының индексін (BMI) төмендету және қатысушылар арасында ылғалдандыру жағдайын жақсарту үшін жұмыс орнында денсаулықты нығайтудың бір жылдық бағдарламасының орындалуы мен тиімділігін зерттеу мақсатында эксперимент алдындағы зерттеу жүргізілді. Осы зерттеудің нәтижелері зерттелгендердің ішінде қатысушылардың 83,2% - ы артық салмақпен ауырғанын көрсетті. Нәтижесінде артық салмақ пен семіздіктің жалпы деңгейі 2,5% төмендеді. Негізгі тағамдарды, әсіресе жемістерді тұтынудың өсуі байқалды, күніне орташа есеппен 1,1 порциядан күніне 1,9 порцияға дейін өсті, бұл қажетті нормаға сәйкес келеді. Австралиялық диеталық нұсқаулар мен австралиялық дұрыс тамақтану жөніндегі Нұсқаулық күніне 2.0 порция ұсынысын жасады. Физикалық белсенділік жақсарды және жақсарды, шахтадағы жұмыс ортасы "сауықтыру жұмыс алаңы"болып табылады. [11, 13]

Кузбасс көмір шахталарының кеншілерін тамақтандыру мәселесі бойынша ресейлік зерттеулерге сәйкес, кеншілердің диеталары ақуыздар, майлар мен көмірсулардың мөлшері бойынша теңгерілмеген. Көмірсулардың мөлшері нормаланғаннан 10% - ға төмен болды және 100,1 ± 6,2 г құрады, сонымен бірге, ақуыздар мен майлардың мөлшері қажетті деңгейден сәйкесінше 53,7% және 143% - ға асып түсті, ал орташа есеппен 44,6 ± 4,6 г және 82,7 ± 9,3 г болды. ақуыздардың, майлар мен көмірсулардың нақты қатынасы келесідей: 1:1,8:3,2 (шахтерлер үшін ұсынылған 1:1,1:4,1). Майлардың үлесі негізсіз жоғары, ал көмірсулардың үлесі азаяды. Тамақтану рационының минералды құрамын талдау нақты құрамның сәйкессіздігін анықтауға мүмкіндік берді. Кеншілердің ұйымдастырылмаған жер асты тағамдарының

рационын зерделеу кезінде жұмысшылар көбінесе шахтаға: бидай нанын (сұралғандардың 97%), майлы өнімдерді: салошпик (26%), пісірілген шұжықтарды (46%), жартылай ысталған шұжықтарды (17%), сондай-ақ пияз бен сарымсақты (80%), түрлі кондитерлік өнімдерді (92%) алатындығы анықталды. Қорытындылай келе, жер асты тамақтану рационын құрудың сандық және сапалық жақтары қолданыстағы гигиеналық ұсыныстар мен нормаларға сәйкес келмейтінін атап өтуге болады. Витамин тасымалдаушылар өнімдерінің және кен рационында тапшы минералдық заттардың көздерінің айқын тапшылығы кезінде май өнімдерін пайдаланудың жоғары жиілігі мен басым болуы атап өтілді. Бұл кеншілер үшін рацион жасау үшін қолданылатын азық-түліктің ұтымсыз таңдауын көрсетті.[12,14-20]

Медицина ғылымдарының докторы, профессор В. Д. Ванханеннің зерттеу жұмыстарында жер астында жұмыс істеудің нақты жағдайлары және жоғары энергия шығындары (күніне 4000 ккал-дан астам) II және III топтағы тау-кен жұмысшыларының тамақтану рационына ақуыз-май бағытын берген жөн деп түсіндірді. Жұмыс ауысымына қарамастан тау-кен қазбаларында тамақтану нормасы үшін тәуліктік калорияның 20%, яғни 800-900 ккал алады. Мұндай тағамдағы қоректік заттардың мөлшері жер астында: ақуыздар — 27-31 г, майлар — 30-34 г, көмірсулар — 110-112 г. Кеншілерге ұсынылатын тағам тығыз (сэндвичтер, пісірілген аспаздық өнімдер және т.б.) және сұйық бөліктен тұрады, көлемі шамамен 0,5 л (арнайы сорпалар, сорпалар, сусындар және т. б.). Ыдыс-аяқтың бұл құрылымы тамақ арнасының қалыпты жұмысына және қоректік заттардың метаболикалық резервуарын уақтылы толтыруға ғана емес, сонымен қатар, дегидратацияның алдын алуға да ықпал етеді. Көмір шахталарының тау – кен жұмысшыларының тәуліктік ас мәзіріне жұмыс күндері екі рет – жұмысқа дейін және жұмыстан кейін берілетін сұйық тағамдар ұсынылды. Гарнир **ко** екінші тағамдарға береді бұл полужидком түрінде (мысалы, ботқалар). Жұмыстан кейінгі тамақ аз мөлшерде минералды су, қызанақ шырыны және т.б. шөлдеуді басудан басталады, тау-кен жұмысшыларының ішу режимін ұйымдастыруға келетін болсақ, ішу режимі ауыздың сұйықтыққа деген сандық қажеттілігін, сондай-ақ қабылдау уақыты мен әдісін шешуді талап етеді. Бақылаусыз, шексіз ішу дозаланған, Тапсырыс берілгенге қарағанда аз әсер етеді. Жұмыс кезінде әр 25-30 минут сайын судың немесе басқа сусынның (100 мл) кішкене бөліктерімен шөлді қандырған дұрыс. Ылғалдың көп жоғалуы кезінде сұйықтықты қабылдау арасындағы үзілістерді 150-200 мл-ге дейін азайтуға немесе көбейтуге болады. [13, 21-26]

Қорытынды: Жұмысшылардың қоректік заттар мен басқа да тамақ элементтерін тұтынудағы жетіспеушілігі немесе артық болуы ауру мен мүгедектіктің жоғары деңгейіне, өмір сүру ұзақтығының төмендеуіне және еңбек өнімділігінің төмендеуіне әкеледі. Сондықтан тау-кен өнеркәсібінде жұмыс істеу үйлесімді тамақтануды, сондай-ақ тау-кен өнеркәсібі қызметкерлерінің тамақтану гигиенасы саласындағы сауаттылығын талап етеді. Барлық ұсынылған жұмыстар тамақтану мен кәсіби Денсаулық арасындағы байланыс жұмыстың тиімділігін қамтамасыз ететін, өмір сүру ұзақтығын арттыратын және ауру қаупін төмендететін негізгі буын екенін көрсетті.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Energy requirement of miners egaged in open-pit coal mining, Pichkhadze GM, Shalygin AE, Zubtsov IuN. Pitan. 1987; C33–35.

2. Energy expenditure and nutritional status of coal miners: A cross-sectional study, Saniye Bilicia, Fatma Saglamb, Yasemin Beyhanc, Banugul Barut-Uyara,e, Derya Dikmenb, Zeynep Goktasb, A. James Attard, Patrick Muckae, and M. Fatih Uyarb,e, ARCHIVES OF ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH, 2016, VOL. 71, NO. 5, C -293, 294, 298.

3. Food Based Dietary GUIDELINES for SRI LANKANS, A Publication by Nutrition Division Ministry of Health 2nd Edition 2011, In collaboration with World Health Organization, C-IV,V

4. Employee Health Promotion Disease Prevention Guidebook, Occupational Health Strategic Healthcare Group Office of Public Health (10P3), Veterans Health, Published by VHA Center for Engineering & Occupational Safety and Health (CEOSH) St. Louis, Missouri July 2011 C-112

5. Нурициология учебник, авторы Л.З. Тель Е.Д. Даленов А.А. Абдулдаева И.Э. Коман, Москва 2019г. С-19.

6. О некоторых проблемах организации питания и соблюдения питьевого режима горнорабочих на примере Артемьевского рудника филиала ТОО «Корпорация Казахмыс-ПО «Востокцветмет» Шемонаихинского района Восточно-Казастканской области, Е.И. Пивоваров, Р.Б. Шин, Г.К. Абдрасулова, Ж.Е. Масалимов, А.К. Кожахметов, М.К. Садуакасова, Вестник КазНМУ, №3(3)- 2014, С-175.

7. Food patterns of southern west virginia coal miners, By Sarah Ellen, December, 1985 C-77-80.

8. Nutrition and occupational health and safety in the South African mining industry Part 1,B Dias,P Wolmarans, JA Laubscher, P C Schutte, 2003,C6-8.

9. Energy Expenditure and Nutritional Status of Coal Miners: A Cross-Sectional Study», Saniye Bilici, Fatma Saglam, Yasemin Beyhan, Banugul Barut-Uyar, Derya Dikmen, Zeynep Goktas, A. James Attar, Patrick Mucka & M. Fatih Uyar, 23 Sep 2015, С-293, 294, 298.
10.«Ожирение. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение», Хамнуева Л. Ю., Андреева Л. С., Кошикова И.Н., учебное пособие, Иркутск 2007, С-4.
11.Supporting healthy lifestyles in the mining industry: a focus on nutrition, physical activity, hydration and heat stress, Dr Vinodkumar Gopaldasani, Master of Science (MSc), University of Wollongong, 2016 С – xxv-xxvi
12.«К вопросу об организации подземного питания работников угольных шахт Кузбасса», Шибанова Н.Ю., Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово, издание №3, 2009, С-44-47.
13.Mohebi R. et al. Effects of obesity on the impact of short-term changes in anthropometric measurements on coronary heart disease in women //Mayo Clinic Proceedings. – Elsevier, 2013. – Т. 88. – №. 5. – С. 487-494.
14.Hruschka D. J., Rush E. C., Brewis A. A. Population differences in the relationship between height, weight, and adiposity: an application of Burton's model //American journal of physical anthropology. – 2013. – Т. 151. – №. 1. – С. 68-76.
15.Tucker J. M. et al. Obesity increases risk of declining physical activity over time in women: a prospective cohort study //Obesity. – 2013. – Т. 21. – №. 12. – С. E715-E720.
16.Корзенева Е.В., Синева Е.Л. Заболевания сердечно-сосудистой системы у рабочих ведущих профессий горнорудной и машиностроительной промышленности // Медицина труда и промышленная экология. – 2007. – №10. – С. 26-31.
17.Ерениев С.И., Захарьева С.В. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний работников основных профессий машино-строительного предприятия // Клиническая медицина. –2006. – Т.84, №8. –С. 31-34.
18.АртамоноваГ.В. Напряженность трудовой деятельности и артериальная гипертония // Медицина труда и промышленная экология. – 2012. – №1. – С. 1-6.
19.Keen C.L., Gershin M.E. Zinc defiency and immune function. //Armu.Rev.Nutr.-1990.-N10.-P.415-431.
20.Global food safety strategy: safer for better health (http:www.who.int/fsf/FOS_Stratery_Eg.pdf). Geneva, WHO, 2002 (accessed 13 September 2002)
21.Измеров Н.Ф. Обращение к участникам XII Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье» // Медицина труда и промышленная экология. – 2014. – №1. – С. 2-4.
22.Покровский В.И. Современные проблемы экологически и профессионально обусловленных заболеваний//Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – №1. – С. 2-6.
23.Терехин С.П., Ахметова С.В. Т 35 Лечебное питание: Учебно-методическое пособие.-Караганда, 2005, 448 с.(с.8-9).
24.Шарманов Т.Ш., Цой И.Г. Научные основы национальной политики и здорового питания Республики Казахстан // Здоровье и болезнь. – 2007. - № 4 (60). – (с.9-11).
25.Тутельян В.А., Позняковский В.М., Парамонова Е.С. Актуальные вопросы гигиены питания: состояния и перспективы использования продуктов специального назначения, в том числе БАД, в питании современного человека. Медицина 2005. - № 2 .- (с.25-29).
26.Королев А.А. Гигиена питания: учеб.для студ.высш.учеб.заведений / А.А. Королев. – 2-е изд., перераб. И доп.- М.: Издательский центр «Академия», 2007.- 528 с. (с.157-162).

Байланыстағы автор: Жаркинбекова А.Ж. -КеАҚ «Астана медицина университеті», Қоғамдық денсаулықсақтау мамандығы бойынша магистранты, эл.почта: zhan_ak@mail.ru

УДК: 613.2:614.2:616-084

АБДУЛДАЕВА А.А., ДОСЖАНОВА Г.Н., СЫЗДЫКОВА С.Ж., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., АВДЕЕВ А.В.
НАО «Медицинский университет Нур-Султан»
Кафедра профилактической медицины и нутрициологии
Кафедра спортивной медицины, реабилитологии и физической культуры

МЕДИКО – ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА

Аннотация:

В статье описываются результаты проведенного исследования качества жизни населения проживающих в Северном регионе Казахстана с целью увеличения продолжительности жизни казахстанцев. Данная работа выполнена в рамках реализации проекта «Разработка и внедрение системы повышения качества жизни граждан за счет профилактики заболеваний и оптимизации питания в зависимости от периода жизни» по заказу Министерства образования и науки РК.

В результате оценки показателей качества жизни населения Северного региона Казахстана были установлены снижение показателей качества жизни мужчин по сравнению с женщинами, связанное со значительным ухудшением их социального функционирования и горожан по сравнению с жителями села, обусловленное ухудшением психического здоровья. В разрезе северных регионов республики наилучшие показатели качества жизни определены в Павлодарской и Северо-Казахстанской областях. Таким образом на основании полученных результатов разработаны медико – организационные основы качества жизни в контексте качественного долголетия населения.

Ключевые слова: показатели качества жизни, Северный регион Казахстана, медико – организационные основы качества жизни, физическое функционирование, психическое функционирование, субъективное восприятие.

АБДУЛДАЕВА А.А., ДОСЖАНОВА Г.Н., СЫЗДЫКОВА С.Ж., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., АВДЕЕВ А.В.
«Астана медицина университеті» КеАҚ
Профилактикалық медицина және нутрициология кафедрасы
Спорттық медицина, реабилитология және дене шынықтыру кафедрасы

ҚАЗАҚСТАННЫҢ СОЛТҮСТІК АЙМАҒЫНДА ТҰРАТЫН АДАМДАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

Мақалада қазақстандықтардың өмір сүру ұзақтығын арттыру мақсатында Қазақстанның солтүстік өңірінде тұратын халықтың өмір сүру сапасына жүргізілген зерттеу нәтижелері сипатталады. Бұл жұмыс ҚР Білім және ғылым министрлігінің тапсырысы бойынша "аурулардың алдын алу және өмір сүру кезеңіне байланысты тамақтануды оңтайландыру есебінен азаматтардың өмір сүру сапасын арттыру жүйесін әзірлеу және енгізу" жобасын іске асыру шеңберінде орындалды.

Қазақстанның солтүстік өңірі халқының өмір сүру сапасының көрсеткіштерін бағалау нәтижесінде ерлердің әлеуметтік жұмыс істеуінің айтарлықтай нашарлауына байланысты әйелдермен салыстырғанда, олардың және ауыл тұрғындарымен салыстырғанда, психикалық денсаулығының нашарлауына байланысты қала тұрғындарының өмір сүру сапасы көрсеткіштерінің төмендеуі анықталды. Республиканың солтүстік өңірлері бөлінісінде өмір сапасының ең үздік көрсеткіштері Павлодар және Солтүстік Қазақстан облыстарында айқындалған. Осылайша, алынған нәтижелер негізінде халықтың сапалы ұзақ өмір сүруі жағдайында өмір сүру сапасының Медициналық және ұйымдастырушылық негіздері жасалды.

Түйінді сөздер: өмір сапасының көрсеткіштері, Қазақстанның солтүстік өңірі, өмір сапасының медициналық – ұйымдастырушылық негіздері, дене бітімі, психикалық жұмыс істеуі, субъективті қабылдауы.

A.A. ABDULDAYEVA, G.N. DOSZHANOVA, S.ZH. SYZDYKOVA, R.K. SULEIMENOVA, A.V. AVDEEV
NJSC "Medical University Nur-Sultan"

Department of Preventive Medicine and Nutrition
Department of Sports Medicine, Rehabilitation and Physical Education

MEDICAL ORGANIZATIONAL BASIS OF THE QUALITY OF LIFE OF LIVING IN THE TERRITORY OF THE NORTHERN REGION OF KAZAKHSTAN

The article describes the results of the study of the quality of life of the population living in the northern region of Kazakhstan in order to increase the life expectancy of Kazakhstanis. This work was carried out within the framework of the project "Development and implementation of a system for improving the quality of life of citizens through the prevention of diseases and optimization of nutrition, depending on the period of life" by order of the Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan.

As a result of assessing the indicators of the quality of life of the population of the northern region of Kazakhstan, a decrease in the indicators of the quality of life of men in comparison with women was established, associated with a significant deterioration in their social functioning and urban dwellers in comparison with rural residents, due to a deterioration in mental health. In the context of the northern regions of the republic, the best indicators of the quality of life were determined in Pavlodar and North Kazakhstan regions. Thus, on the basis of the results obtained, medical and organizational foundations of the quality of life in the context of high-quality longevity of the population were developed.

Key words: indicators of quality of life, Northern region of Kazakhstan, medical and organizational foundations of quality of life, physical functioning, mental functioning, cyber perception.

Актуальность исследования: В современном мире с каждым днем возрастает интерес к изучению показателей качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем населения, где приоритетом является акцент не только на объективные медицинские данные человека, но и на его субъективное восприятие характеристик своего здоровья. Таких как физиологические, психологические, социально - гигиенические характеристики, которые позволяют комплексно оценить состояние здоровья индивида [1-2]. В этом плане понятие «качественное долголетие» приобретает особую роль и значимость в вопросах увеличения ожидаемой продолжительности жизни, а именно продления качественных лет жизни наших граждан, эффективность которых должна быть определена с использованием метода оценки качества жизни и формирования научных основ данной проблемы.

Первый президент Республики Казахстан – Лидер Нации определил повышение качества и условий жизни как долгосрочный приоритет общей стратегии развития государства, что позволит Казахстану войти в число 30 наиболее конкурентоспособных стран мира.

Изучение показателей качества жизни в исследованиях оправдано не только из-за возможности предсказания степени продления жизни, но и определения физиологического и психологического состояния организма. Ведь важными показателями являются как «количество», так и «качество» прожитых лет жизни, что и обуславливает актуальность данной работы.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось оценить показатели качества жизни населения Северного региона Казахстана в разрезе пола и места проживания и разработать медико – организационные данной проблемы.

Материалы и методы: Исследование проводилось в полевых условиях в четырех областях Северного Казахстана: Карагандинская, Акмолинская, Северо - Казахстанская, Павлодарская области и г. Нур-Султан. Оценку индивидуального здоровья, фактического питания и качества жизни выполняли с использованием пошаговой выборки домовладений на врачебных участках поликлиник (в городах и сельской местности), где всего было обследовано – 1002 респондентов, из них 614 женщин и 388 мужчин (таблица 1).

Решение об участии в исследовании респондентом принималось самостоятельно и добровольно, что соответствует принципам Хельсинской Декларации [3].

Таблица 1 - Количественная характеристика обследованных лиц в разрезе пола

№	Регион	Населенный пункт	Всего обследовано	Женщины	Мужчины
1	Нур-Султан	г.Нур-Султан	205	124	81
2	Акмолинская область	г.Кокшетау	100	65	35
		с. Астраханка	95	48	47
3	СКО	г. Петропавловск	88	57	31
		с. Бесколь	113	72	41
4	Павлодарская область	г. Павлодар	99	63	36
		с. Заря	101	62	39

5	Костанайская область	г. Костанай	91	55	36
		с. Убаганское	110	68	42
Итого:			1002	614	388

Для оценки качества жизни была использована краткая форма опросника SF-36 Health Status Survey, который является неспецифическим опросником и состоит из 11 разделов, что позволяет оценить субъективную удовлетворенность человека своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку степени выраженности болевого синдрома, где показатели варьировали от 0 до 100, где 100- представляло полное здоровье. Опросник был разработан на основании крупного исследования Medical Outcomes Study, проведенного в США в 80-х годах прошлого столетия. Он позволяет оценивать физический и психический компоненты здоровья [4-5] (таблица 2).

Таблица 2- Обозначение и определение показателей КЖ

Комп	Показатели	Обозначение	Определение
Физический	Физическое функционирование (ФФ)	Physical Functioning (PF)	Объем повседневной физической нагрузки, которая не ограничена состоянием здоровья
	Ролевое функционирование (РФ)	Role-Physical (RP)	Степень ограничения повседневной жизнедеятельности проблемами со здоровьем
	Интенсивность боли (Б)	Bodily Pain (BP)	Оценка объема субъективных болевых ощущений, которые испытывал человек за последние 4 недели
	Общее здоровье (ОЗ)	General Health (GH)	Оценка общего состояния здоровья на момент опроса
Психический	Жизненная активность (Ж)	Vitality (VT)	Оценка состояния жизненного тонуса за последние 4 недели
	Социальное функционирование (СФ)	Social Functioning (SF)	Оценка объема социальных связей за последние 4 недели
	Ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ)	Role-Emotional (RE)	Степень ограничения повседневной деятельности эмоциональными проблемами
	Психическое здоровье (ПЗ)	Mental Health (MH)	Оценка состояния ментальной сферы в течение последних 4 недель

Статистическая обработка исследований проводилась с использованием статистических программ SPSS Statistics (версия 20), а также редактора MS Exsel 2007 с учетом существующих методических подходов. Ошибку репрезентативности выборочного исследования на всю генеральную совокупность определяли вычислением показателей средней ошибки средней арифметической величины (M) и ее ошибки(m) с последующим установлением критериев достоверности t и P по Стьюденту для независимых выборок. Математический анализ проводился для определения корреляционной зависимости между показателями по коэффициенту корреляции Пирсона. Для всех приведенных анализов различия считались достоверными при уровне значимости $p<0,05$, где минимальная достоверность составляла 95%.

Результаты исследования: По данным литературы, имеются результаты исследований ухудшения показателей КЖ с возрастом, учитывая это в нашем исследовании наибольший интерес представило оценить КЖ респондентов в зависимости от их пола и места проживания с учетом населенного пункта на территории Северного региона Казахстана.

Ниже в таблице 3 представлены показатели КЖ респондентов в зависимости от их пола.

Таблица 3 – Сравнительные показатели качества жизни в разрезе пола респондентов

Показатели качества жизни	Пол, баллы		
	мужчины, n=388	женщины, n=614	оба пола, n=1002
ОЗ	72,33±0,38	67,52±0,26*	65,54±0,17
ФФ	86,67±0,38	78,02±0,34*	80,3±0,21
РФ	88,27±0,56	88,17±0,35	90,85±0,2
ИБ	84,31±0,41	77,26±0,33*	81,84±0,18
Физический компонент КЖ	82,9±0,03	77,74±0,02*	79,63±0,02
СФ	54,22±0,55	47,19±0,33*	40,7±0,14
РЭФ	88,15±0,68	86,69±0,38	91,1±0,22
ЖА	72,16±0,33	66,25±0,19*	65,06±0,13

ПЗ	48,47±0,26	44,04±0,13*	39,34±0,09
Психический компонент КЖ	65,75±0,08	61,04±0,07*	59,05±0,04
Средний показатель КЖ	74,32±0,11	69,39±0,07*	69,34±0,05
*p<0,001 достоверность различий между группами мужчин и женщин			

Оценка зависимости КЖ от половой принадлежности без учета возраста выявило статистически значимое снижение у женщин общего здоровья (67,52±0,26 баллов против 72,33±0,38 баллов), физического и социального функционирования (78,02±0,34 баллов против 86,67±0,38 баллов и 47,19±0,33 баллов против 54,22±0,55 баллов), также показателей жизненной активности и психического здоровья (66,25±0,19 баллов против 72,16±0,33 баллов и 44,04±0,13 баллов против 48,47±0,26 баллов), чем у мужчин (p<0,001).

В ходе исследования у мужчин выявлена слабая положительная корреляционная связь (r=0,24) между уровнем общего здоровья и их физическим функционированием при p<0,01.

Среди всех опрошенных респондентов наиболее высокие показатели КЖ были отмечены по показателям ролевого и ролевого эмоционального функционирования (91,1±0,22 и 90,85±0,2 баллов), достигая максимального значения. Отмечено, что физические компоненты КЖ намного выше, чем психические компоненты КЖ, что подтверждается низким уровнем психического здоровья и ограничением социального функционирования, через сужение круга общения респондентов.

В процесса корреляционного анализа была выявлена умеренная положительная связь между уровнем психического здоровья жителей села и их социальным (r = 0,37) и физическим состоянием (r = 0,35), p<0,01, в то время как социальное функционирование сельчан напрямую влияла на физическое состояние респондентов (r = 0,53 на уровне p<0,01).

Как видно из таблицы 4, сравнительный анализ КЖ в разрезе места проживания респондентов выявил статистически значимое снижение (p<0,001) у горожан общего состояния и психического здоровья, физического и социального функционирования, интенсивности боли и жизненной активности, снижение ролевого функционирования, обусловленное эмоциональным состоянием респондентов, что мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности по сравнению с сельчанами.

Таблица 4 – Сравнительные показатели качества жизни в разрезе места проживания респондентов

Показатели качества жизни	Место проживания, баллы	
	Город, n=583	Село, n=419
ОЗ	65,54±0,29	70,28±0,31*
ФФ	80,3±0,35	93,3±0,23*
РФ	90,85±0,35	90,3±0,44
ИБ	81,84±0,31	84,49±0,41*
Физический компонент КЖ	79,63±0,03	84,59±0,04*
СФ	40,7±0,25	53,07±0,45*
РЭФ	91,1±0,38	95,17±0,33*
ЖА	65,06±0,21	74,25±0,29*
ПЗ	39,34±0,16	59,41±0,04*
Психический компонент КЖ	59,05±0,07	70,48±0,08*
Средний показатель КЖ	69,34±0,09	77,53±0,1*
*p<0,001 достоверность различий между группами город и село		

Интенсивность боли в группе горожан, имело ниже уровень, чем у жителей села, что свидетельствует о большем ограничений физической активности из-за боли независимо от возраста в городе.

Среди жителей села почти все показатели КЖ были достоверно выше, по сравнению с жителями города, кроме показателя ролевого функционирования, который имел одинаковые высокие значения в двух группах, что свидетельствует о том, что физическое состояние респондентов никак не влияла на объем выполненной работы и затраченное на нее время.

Также среди сельчан отмечены, высокие показатели ролевого эмоционального (95,17±0,33 баллов) и физического функционирования (93,3±0,23 баллов), приближенное к идеальному значению - 100 баллов.

Проведенный анализ КЖ горожан и сельчан показал, что в отличии от горожан у сельчан статистически значимо лучше показатели физического и психического компонентов качества жизни и его среднее значение (p<0,001).

Резюмирую можно сказать, что качество жизни горожан по многим показателям статистически значимо хуже, чем у жителей села. Особенно это выражается в снижении психического компонента КЖ среди горожан, где часто превалируют факторы напряжения, стрессов и загруженности городской суетой.

По данным таблицы 5, анализ показателей качества жизни в разрезе северного региона республики показал, что наиболее низкие показатели качества жизни выявлены в Костанайской области. Также интересно отметить, что у респондентов проживающих в г.Нур-Султан физическое функционирование достоверно снижено чем у респондентов СКО ($p<0,001$) и Костанайской области ($p<0,01$), к тому же отмечается достоверное снижение социального функционирования столичных жителей на уровне $p<0,001$ по сравнению с жителями СКО, Акмолинской и Павлодарской областей, где психический компонент качества жизни в этих регионах статистический значимо выше, чем в г.Нур-Султан.

Таблица 5 - Сравнительные показатели качества жизни респондентов в разрезе Северного региона Казахстана

Показатели качества жизни	Регион проживания, баллы				
	Акмолинская область, n=195	Павлодарская область, n=200	Костанайская область, n=201	Северо-Казахстанская область (СКО), n=201	г.Нур-Султан, n=205
ОЗ	64,11±0,73	75,62±0,62*	62,93±0,76	69,29±0,61*	65,54±0,82**
ФФ	82,1±1,11	81,6±0,79	84,58±0,95**	89,28±0,76*	80,3±1,01
РФ	77,51±1,55	87,21±0,97*	77,41±1,53	84,34±1,48*	90,85±0,99*
ИБ	81,32±1**	80,95±0,91***	78,27±1,02	87,42±0,94*	81,84±0,88**
Физический компонент КЖ	76,26±0,07*	81,35±0,04*	75,8±0,08	82,58±0,08*	79,63±0,09*
СФ	47,13±0,63*	66,35±1,15*	42,22±0,64	47,4±0,62*	40,7±0,7
РЭФ	73,41±1,67	83,6±1,23*	80,42±1,52**	80,58±1,6**	91,1±1,08*
ЖА	66,48±0,71*	72,27±0,45*	62,6±0,84	69,28±0,55*	65,06±0,61***
ПЗ	80,96±0,21*	53,83±0,09*	65,17±0,08*	73,39±0,08*	39,34±0,45
Психический компонент КЖ	67±0,13*	69,01±0,11*	62,6±0,14*	67,66±0,12*	59,05±0,21
Средний показатель КЖ	71,63±0,16*	75,18±0,14*	69,2±0,18	75,12±0,18*	69,34±0,27

- *p<0,001 достоверность различий ОЗ по Костанайской области между Павлодарской и СКО, ** p<0,01 достоверность различий ОЗ Костанайской области между г.Нур-Султан;
- *p<0,001 достоверность различий ФФ по г.Нур-Султан между СКО, ** p<0,01 достоверность различий ФФ г.Нур-Султан между Костанайской ;
- *p<0,001 достоверность различий РФ по Костанайской области между Павлодарской обл., СКО и г.Нур-Султан;
- *p<0,001 достоверность различий ИБ по Костанайской области между СКО , ** p<0,01 достоверность различий ИБ Костанайской области между Акмолинской обл. и г.Нур-Султан, ***p<0,05 достоверность различий ИБ Костанайской области между Павлодарской обл., СКО и г.Нур-Султан;
- *p<0,001 достоверность различий физического комп. КЖ по Костанайской области между СКО, Акмолинской , Павлодарской обл., и г.Нур-Султан;
- *p<0,001 достоверность различий СФ по г.Нур-Султан между СКО, Акмолинской и Павлодарской обл.;
- *p<0,001 достоверность различий РЭФ по Акмолинской обл. между Павлодарской обл. и г.Нур-Султан, ** p<0,01 достоверность различий РЭФ по Акмолинской обл. между СКО и Костанайской обл.;
- *p<0,001 достоверность различий ЖА по Костанайской области между СКО, Акмолинской и Павлодарской обл., ***p<0,05 достоверность различий ЖА Костанайской области между г.Нур-Султан;
- *p<0,001 достоверность различий ПЗ и псих.компонента КЖ по г.Нур-Султан между всеми областями Северного Казахстана;
. - *p<0,001 достоверность различий среднего показ. КЖ по Костанайской области между СКО , Акмолинской и Павлодарской обл.

В Акмолинской области отмечен самый низкий показатель ролевого эмоционального функционирования, где эмоциональное состояние воздействовало на их социальные взаимоотношения и повседневную деятельность. Наиболее высокие показатели качества жизни по ранжированию их средних величин расположились по нижеследующей последовательности:

1) Павлодарская область - 75,18±0,14 баллов;
2) Северо –Казахстанская область - 75,12±0,18 баллов;
3) Акмолинская область - 71,63±0,16 баллов;
4) г.Нур-Султан - 69,34±0,27 баллов;
5) Костанайская область - 69,2±0,18 баллов.

Таким образом, во всех регионах психический компонент КЖ имеет низкие значения, чем физический компонент КЖ, который являясь взаимообусловленным отражением социально – экономических процессов происходящих в обществе, подчеркивает важность психологического благополучия и социальной активности среди населения северных регионов для увеличения продолжительности жизни и формирования ее качественных основ.

На основании полученных данных, для людей проживающих на территории Северного Казахстана, наиболее важными аспектами качества жизни являются: сохранение социального благосостояния и психологического, семейного благополучия, также эмоциональная и информационная удовлетворенность. Что в конечном итоге, формирует медико-организационные основы качества жизни (рисунок 1).

Из вышеуказанного следует, что метод оценки КЖ позволяет решать многие проблемы связанные с образом и условиями жизни, состоянием здоровья и социальной активностью респондентов, ведь понижение их КЖ обусловлено не только состоянием здоровья, но и влиянием многих медико - социальных факторов, восприятием респондентом жизненных изменений, в свою очередь, ускоряющее развитие болезни и патологических процессов.

На основании наших научно обоснованных и литературных данных заключаем, что качество жизни населения зависит от особенностей их адаптации к условиям повседневной деятельности, психологических возможностей отдельных систем организма, уровня физических качеств респондентов, где особое внимание следует обращать на состояние здоровья мужчин и жителей города Костанай и города Нур-Султан.

Исходя из вышеполученных результатов можно сделать следующие **выводы**:

1. Установлено снижении показателей качества жизни мужчин по сравнению с женщинами, обусловленное значительным ухудшением психического здоровья и связанного с ним социального функционирования и жизненной активности, что возможно связано с развитием депрессии, на фоне часто встречаемых субъективных жалоб. Качество жизни горожан по многим показателям статистически значимо хуже на уровне $p<0,001$, чем у жителей села. Особенно это выражается в снижении психического компонента качества жизни среди горожан, где часто превалируют факторы напряжения, стрессов и загруженности городской суетой.
2. Ранжирование показателей качества жизни в разрезе северных регионов республики выявила регионы с наилучшим качеством жизни, где на первом месте расположилась Павлодарская область (75,18±0,14 баллов), на втором месте - СКО (75,12±0,18 баллов), на третьем и четвертом месте - Акмолинская область (71,63±0,16 баллов) и г.Нур-Султан (69,34±0,27 баллов), и на последнем пятом месте - Костанайская область (69,2±0,18 баллов).
3. Разработаны медико-организационные основы качества жизни, как стратегия профилактики рисков развития болезни, которые будут способствовать сохранению и поддержанию здоровья, формированию качественного долголетия и увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения.

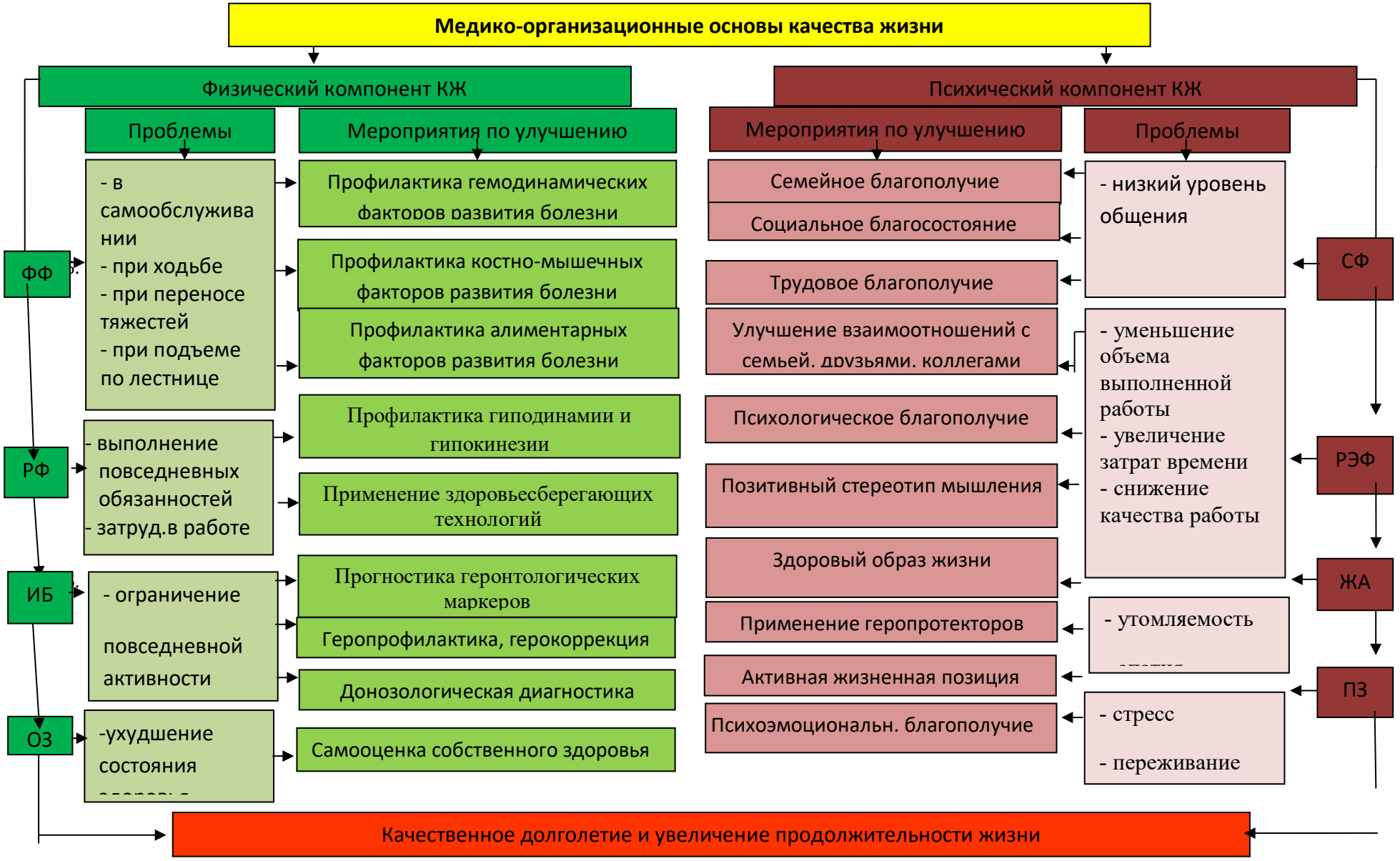


Рисунок 1 – Медико-организационные основы качества жизни

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Doszhanova G., Beketay G. Comparative analysis of the quality of life of the elderly population of Kazakhstan, depending on their rate of aging // Матер.III-й междунар. науч.-практ.конф. студентов и молодых ученых / David Tvildiani Medical University. -Тбилиси, 2015.-С.49-52.
2. Досжанова Г.Н., Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А. Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста с постуральной нестабильностью // Сб. тез.IV-й междунар.науч. конф. «Регенеративная медицина и качественное долголетие». – Астана, 2016. - С.70.
3. Хельсинская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта: утв. 18-й Генеральной Ассамблее ВМА 1964 года (с изменениями, внесенными на 64-ой Генеральной Ассамблее ВМА). - Форталеза, 2013.
4. Ware J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36 – item short form health survey (SF-36): conceptual framework // Medical Care.– 1992.– Vol.30.– P. 473-483.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Концепция исследования качества жизни в медицине.-СПб.,1999.-140 с.

Автор для корреспонденции: Досжанова Г.Н. – PhD, НАО «Медицинский университет Астана», doszhanova.g@amu.kz, +77172539571

VALEO

УДК: 616.98-036-07-08:578:159.9

ЖАЗИТОВ К.[1], ТУРГАМБАЕВА А.К.[1], ТЕБЕНОВА К.С.[2], НАКИПОВ Ж.Б.[1]
[1]НАО «Медицинский университет Астана»
[2] НАО «Карагандинский университет имени академика Е.А. Букетова»

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID -19

Аннотация:
Статья посвящена на данный момент наиболее актуальной проблеме человека во всем мире – коронавирусная инфекция (COVID-19). Освещены проблемы психического здоровья: как пострадало человечество при пандемии, основные психологические расстройства, приведены пути решения проблемы.
Ключевые слова: психологическое здоровье, пандемия COVID-19.

ЖАЗИТОВ К.[1], ТУРГАМБАЕВА А. К.[1], ТЕБЕНОВА К. С.[2], НАКИПОВ Ж. Б.[1]
[1]" Астана медицина университеті» КеАҚ
[2]"Қарағанды университеті академик Е. А. Бөкетов атындағы» КеАҚ

COVID -19 ПАНДЕМИЯСЫ КЕЗЕҢІНДЕГІ АДАМНЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Бұл мақала қазіргі уақытта бүкіл әлемдегі адамның ең өзекті мәселесі – коронавирустық инфекцияға (COVID-19) арналған. Психологиялық денсаулық мәселелері: пандемия кезінде адамзат қалай зардап шекті, негізгі психологиялық бұзылулар және мәселені шешудің жолдары қаратылды.
Түйінді сөздер: психологиялық денсаулық, covid-19 пандемиясы.

ZHAZITOV K.[1], TURGAMBAYEVA, A.K.[1], TEBENOVA K.S.[2], NAKIPOV ZH.B.[1]
[1] NJSC “Medical University of Astana”
[2] NJSC «Karaganda State University the name of academician E. A. Buketov»

PSYCHOLOGICAL STATE OF A PERSON DURING THE COVID-19 PANDEMIC

This article is devoted to the world most important problem nowadays-coronavirus (COVID-19). Also it describes the mental health problems, human suffer under pandemic pressure, the main mental disorders and the ways of solutions this problem.
Key words: mental health, pandemic Covid-19

Введение: Психологическое здоровье играет не мало важную роль в жизни человека. Практически четверть населения испытывают различные психологические расстройства. Продолжающаяся пандемия COVID-19 **[1]** стала угрозой психологическому здоровью, поскольку предыдущие исследования выявили глубокий и широкий спектр психосоциального воздействия на индивидуальном, общинном и международном уровнях во время прошлых вспышек инфекционных заболеваний **[2].** Также, предыдущие вспышки психологического воздействия на неинфицированное сообщество выявило значительные психические заболевания, негативные эмоции и плохие психосоциальные и копинг-реакции на вспышку инфекционных заболеваний и постоянное беспокойство по поводу заражения болезнью (Van Bortel, 2016).

Если смотреть со стороны психических расстройств, то каждую неделю 1 из 6 взрослых испытывает общую проблему психического здоровья, такую как тревога или депрессия, и 1 из 5 взрослых в какой-то момент подумывает о том, чтобы покончить с собой (Mental Health Foundation 2016).

По данным ВОЗ за последние года распространённость психических расстройств членов ЕС (2004-2016) рост составил 3,6% (WHO 2016).

В период пандемии ухудшилось психологическое состояние не только в Казахстане, но и во всех странах, где были предприняты ограничительные мероприятия.

1) Пандемия COVID-19 повлияла на детей и подростков. Все обучающиеся были переведены на дистанционное обучение, что привело к стрессу.
2) Медицинский персонал и сотрудники правоохранительных органов.
3) Люди, которые потеряли доход из-за ограничительных мероприятий, также повысилось домашнее насилие и зафиксировано большое количество расторжения браков.
4) Пострадало и пожилое население. На них в первую очередь было обращено внимание.

В связи с выше изложенным целью исследования явилось определить степень психологического здоровья населения от распространения COVID-19.

Цель исследования: оценить степень влияние пандемии Covid-19 на психологическое состояние человека.

Организации здравоохранения и медицинские работники сосредоточивают свое внимание на борьбе с пандемией COVID-19, рекомендуя самоизоляцию, социальную дистанцированность и карантин, с наименьшим акцентом на воздействие психологического здоровья (‘Coronavirus disease situation reports’, 2020). Возникновение, распространенность и передача COVID-19 выходят за рамки физического здоровья, а эмоциональные расстройства, тревога, страх, депрессия, суицидальность, общественная стигматизация, дискриминация, расизм, ксенофобия, посттравматические симптомы и нарушение сна являются одними из последствий для психологического здоровья. Физические меры противодействия управлению COVID-19 включают раннее выявление и разделение предполагаемых случаев заболевания, сбор биологических и клинических данных, консенсус экспертных медицинских вмешательств, создание карантинных подразделений и укрепление медицинского персонала в пострадавших регионах [3-4]. Эти методы профилактики инфекции и борьбы с ней доказали свою эффективность при пандемии COVID-19, но оказывают серьезное психологическое воздействие на здоровье медицинских бригад и широкой общественности [4].

Результаты и обсуждение. На фоне стремительного распространения пандемии коронавирусного заболевания (COVID-19) на все большее число стран мира у широких масс населения возникает чувство тревоги, страха и стресса, что является вполне естественной и нормальной реакцией на постоянно меняющуюся и непредсказуемую ситуацию. При исследовании предусматривается достижение таких целей, как:

1. Изучить международный опыт о влиянии пандемии COVID-19 на психологическое здоровье человека.
2. Изучить и определить категорию лиц более подверженных психологическому растройству от пандемии COVID-19.
3. Разработать практические рекомендации для предотвращения влияния COVID-19 на психологическое здоровье человека от информационного потока.

Данная ситуация действительно является беспрецедентной для человечества, в особенности для детей, чья повседневная жизнь подверглась резким и существенным изменениям. Дети, скорее всего, испытывают беспокойство, тревогу и страх, при этом их могут пугать те же вещи, что и взрослых людей. Так, они могут бояться за собственную жизнь и жизнь своих родных; их также может пугать неясная перспектива лечения в стационаре. Когда в рамках необходимых карантинных мероприятий закрываются школы, жизнь детей становится менее упорядоченной и лишенной тех стимулов, которые дает им школьная среда; теперь у них будет меньше возможностей проводить время со своими друзьями и получать ту социальную поддержку, которая так необходима им для поддержания душевного благополучия.

Постоянно находясь дома, некоторые дети могут подвергаться повышенному риску жестокого физического или психологического обращения, или стать жертвами такого обращения; если у них в семье сложилась небезопасная обстановка, они также могут стать свидетелями межличностного насилия. Эта проблема является серьезной.

Что касается лиц старшего возраста и людей с хроническими заболеваниями, которые, по имеющимся данным, более уязвимы перед COVID-19, то одно лишь осознание своей особой уязвимости может стать для них источником повышенной тревоги и страха. К числу психологических последствий для этих групп населения относятся возникновение чувства тревоги и стресса или проявления гнева. Эти последствия могут особенно тяжело переноситься лицами старшего возраста, которые страдают от снижения когнитивных функций или деменции. При этом некоторые пожилые люди уже давно могут находиться в социальной изоляции и испытывать одиночество, и это может еще больше ухудшить их душевное состояние.

Если учесть предыдущие исследования инфекционных вспышек ОРВИ, БВРС и Эболы выявили тяжесть эмоционального дистресса среди многих практикующих врачей и сотрудников правоохранительных органов, которые сталкивались с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), депрессией, тревогой, истощением и эмоциональным выгоранием в начале, и даже после вспышки таких эпидемий. Случай COVID-19 представляет собой более значительное ухудшение психического здоровья, поскольку практикующие врачи и медсестры одинаково восприимчивы к инфекционному заболеванию из-за низкого качества средств индивидуальной защиты (СИЗ), выгорания, истощения, разочарования, безнадежности, дискриминации, изоляции, пациентов с негативными эмоциями и отсутствия контакта со своими семьями.

Вывод: Учитывая важность психологического здоровья в период пандемии COVID-19, необходимо в первую очередь организовывать:

1. Для медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов.

Следует внедрить программы подготовки медицинского персонала, сотрудников правоохранительных органов по вопросам устойчивости к последствиям пандемии такой тяжести и интенсивности:

1) баланс между семьей и работой;

2) достоверная и своевременная инкорпорированная информация об инфекционном заболевании и его последствиях для психологического здоровья;

3) просвещение и подготовка общин к пандемиям и эпидемиям в будущем;

2. Дети и подростки

Странам необходимо обеспечить доступность услуг по охране психического здоровья и психосоциальной поддержке, при этом службы защиты детей должны адаптироваться к новым обстоятельствам, чтобы гарантировать доступность соответствующей помощи для нуждающихся в ней детей и семей.

3. Пожилое население.

Поддержание физической активности, строгое соблюдение режима дня и включение в него новых занятий, а также участие в тех видах деятельности, которые позволяют человеку испытывать чувство удовлетворения достигнутым результатом. Поддержание социальных связей также имеет большое значение.

Психологическое кризисное вмешательство (ПКВ) и психологическая первая помощь (ППА) - это ранние вмешательства, которые фокусируются на психологическом здоровье пострадавших людей и предлагают разработанный инструмент путем предоставления психосоциальной поддержки для смягчения дистресса во время вспышек, таких как COVID-19. ПКВ и ППА необходимы для управления чрезвычайными ситуациями, чтобы ориентировать эмоционально перегруженных больных через практическую помощь, контакт, вовлечение, безопасность и комфорт, а также через решение связанных со стрессом реакций. Модель ППА (Everly et al.,2012) состоит из развития раппорта через активное и чуткое рефлексивное слушание, оценку и анализ психологических потребностей, определение приоритетов в зависимости от тяжести возникающих случаев, когнитивные и поведенческие вмешательства для смягчения дистресса, а также диспозицию и последующее наблюдение до стабилизации ситуации посредством постоянной поддержки и регулярного мониторинга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. ЕРБ ВОЗ // Психическое здоровье и психологическая выносливость во время пандемии COVID-19. – 2020.

2. Sonia Mukhtar // Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. - 2020

3. Cristina Sophia Albott, Jeffrey R Wozniak, Brian P McGlinch, Michael H Wall, Barbara S Gold, Sophia Vinogradov // Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. – 2020.
4. Dalila Talevi, Valentina Socci, Margherita Carai, Giulia Carnaghi, Serena Faleri, Edoardo Trebbi, Arianna di Bernardo, Francesco Capelli, Francesca Pacitti // Mental Health outcomes of the COVID-19 pandemic. – 2020.

Автор для корреспонденции: Тургамбаева А.К. – НАО «Медицинский университет Астана», turgambaeva.a@amu.kz

VALEO

УДК: 332.05

ЖАСУЛАН А.[1], ТУЛЕГЕНОВА А.М.[1], ТЕБЕНОВА К.С.[2]
[1]НАО «Медицинский университет Астана»
[2] НАО «Карагандинский университет имени Академика Е.А. Букетова»

АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ ПО ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ НА УРОВНЕ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Аннотация:
Быстро растущее технологическое развитие требует включения электронного здравоохранения в социальные и медицинские услуги, чтобы наилучшим образом удовлетворить потребности населения в медицинской помощи.

Всего в исследовании приняли участие 244 человека в возрасте 18 лет и старше. Для оценки распространенности использования ИКТ-устройств и интернета, а также общих предпочтений в отношении электронных медицинских услуг был использован специально составленный опросник.

Результаты показали, что меньше половины респондентов предпочитают использовать Интернет для поиска информации, связанной со здоровьем. Было установлено что использование сельскими жителями электронных устройств и их образовательный уровень были существенно связаны с выбором электронных медицинских услуг. Однако пол, тип домохозяйства и место жительства не учитывали дополнительную разницу в предпочтительных услугах электронного здравоохранения.

Ключевые слова: цифровизация здравоохранения; электронные услуги здравоохранения в сельской местности; телемедицина; информационные технологии.

ЖАСҰЛАН А.[1], ТӨЛЕГЕНОВА А.М.[1], ТЕБЕНОВА К.С.[2]
[1]"Астана медицина университеті» КеАҚ
[2]"Қарағанды университеті Академик Е.А. Бөкетов атындағы» КеАҚ

АУЫЛДЫҚ ЖЕРЛЕР ДЕҢГЕЙІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕН АҚПАРАТТЫҚ ЖҮЙЕЛЕРДІ ЦИФРЛАНДЫРУ БОЙЫНША АҒЫМДАҒЫ АХУАЛДЫ ТАЛДАУ

Қарқынды дамып келе жатқан Технологиялық даму халықтың медициналық көмекке деген қажеттіліктерін барынша қанағаттандыру үшін электрондық денсаулық сақтауды әлеуметтік және медициналық қызметтерге қосуды талап етеді.

Зерттеуге барлығы 18 және одан жоғары жастағы 244 адам қатысты. Акт құрылғылары мен Интернетті пайдаланудың таралуын, сондай-ақ электронды медициналық қызметтерге қатысты жалпы артықшылықтарды бағалау үшін арнайы құрастырылған сауалнама қолданылды.

Нәтижелер көрсеткендей, респонденттердің жартысынан азы денсаулыққа қатысты ақпаратты іздеу үшін Интернетті пайдалануды жөн көреді. Ауыл тұрғындарының электронды құрылғыларды қолдануы және олардың білім деңгейі электронды медициналық қызметтерді таңдаумен байланысты екендігі анықталды. Алайда, жынысы, үй шаруашылығының түрі және тұрғылықты жері электрондық денсаулық сақтаудың артықшылықты қызметтеріндегі қосымша айырмашылықты ескермеді.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтауды цифрландыру; ауылдық жерлерде денсаулық сақтаудың электрондық қызметтері; телемедицина; Ақпараттық технологиялар.

ZHASULAN A.[1], TULEGENOVA A.M.[1], TEBENOVA K. S.[2]
[1] NJSC "Medical University of Astana"
[2] NJSC «Karaganda State University the name of Academician E. A. Buketov»

ANALYSIS OF THE CURRENT SITUATION ON DIGITALIZATION OF HEALTH CARE AND INFORMATION SYSTEMS AT THE RURAL LEVEL

Rapidly growing technological development requires the integration of e-health into social and health services in order to best meet the health care needs of the population.

A total of 244 people aged 18 and older participated in the study. A specially designed questionnaire was used to assess the prevalence of use of ICT devices and the Internet, as well as General preferences for e-health services.

The results showed that less than half of respondents prefer to use the Internet to search for health-related information. It was found that the use of electronic devices by rural residents and their educational level were significantly associated with the choice of electronic health services. However, gender, household type, and place of residence did not account for the additional difference in preferred e-health services.

Keywords: digitalization of health care; electronic health services in rural areas; telemedicine; information technologies.

Введение. Внедрение цифровых технологий в систему здравоохранения стало существенной отраслью здравоохранения. В литературе по электронному здравоохранению показано, что электронное здравоохранение обеспечивает легкий доступ к широкому спектру медицинских ресурсов, включая информационные услуги. De Veer et al (2015) [1] обнаружили, что люди, не проживающие в больших городах, относятся к приложениям электронного здравоохранения пренебрежительно. Многочисленные исследования показывают, что использование ИКТ-устройств помогают людям лучше понимать свое здоровье и течение лечения, а использование Интернета может положительно способствовать поддержанию функций организма. Кроме того, технологии электронного здравоохранения могут быть эффективно использованы для людей с умеренными нарушениями здоровья. Также использование цифровых устройств может снизить экономическое и психическое бремя людей, проживающих в сельской местности.

Несмотря на растущую тенденцию к использованию мобильных телефонов, старшее поколение все еще предпочитают традиционные походы к врачу. Сельское население постепенно расширяет свое использование электронных медицинских услуг, таких как получение напоминаний о запланированных визитах, инструкций по применению лекарств и консультации с врачом на расстоянии. Буйновска-Федак (Польша) представили список электронных медицинских услуг, которыми чаще всего пользуются люди: доступ к личным медицинским записям и управление ими, участие в форумах групп самопомощи, посвященных здоровью и болезням, а также заказ лекарств или других лекарственных средств.

Среди населения все еще существует чувство амбивалентности в отношении электронного здравоохранения, особенно в области недоверия к плохим ИТ-системам или ослабленным способностям справляться с технологиями. Поэтому потенциальные устройства электронного здравоохранения и их внедрение должны быть ориентированы на потребности и предпочтения людей. Например:

- устройства электронного здравоохранения должны быть персонализированы и адаптированы к целевой группе пользователей;
- должен быть обеспечен легкий доступ к интернету;
- члены семьи должны быть вовлечены в использование электронных медицинских устройств.

Быстро растущее технологическое развитие требует включения электронного здравоохранения в социальные и медицинские услуги, чтобы наилучшим образом удовлетворить потребности населения в медицинской помощи.

Электронное здравоохранение – это долгосрочная тема и приоритет для Казахстана в области медицины. Миссия электронного здравоохранения заключается в технологической поддержке предоставления медицинских услуг. Эта концепция соответствует видению современного здравоохранения, основанного на государственных ресурсах, с целью предоставления качественных, доступных, экономически эффективных современных медицинских услуг. Пациент является ключевым игроком во всей системе и, естественно, усиливается давление на его ответственность за собственное здоровье.

Исходя из этого, **целью исследования** является изучение текущей ситуации уровня цифровизации, а также информационных систем в учреждениях здравоохранения сельской местности, и предложить рекомендации по развитию цифровых и информационных технологий.

Материалы и методы. В исследовании был применен метод интервьюирования. Для оценки информированности сельского населения о наличии услуг электронного здравоохранения была разработана анкета для самостоятельного опроса. Опросник был заимствован у автора Буйновской-Федак [2] и был адаптирован под местные особенности.

Анкета состояла в общей сложности из 19 вопросов, разбитых на три области. Первая часть была посвящена социо-демографической информации о респондентах, включая пол, возраст и образование. Вторая часть анкеты включала в себя владение информацией о наличии электронных услуг здравоохранения. Последняя часть опроса была сосредоточена на использовании этих услуг.

К респондентам обращались посредством рассылки в Интернете. Собранные данные обрабатывались в электронном виде для статистического анализа.

Результаты и обсуждение. Выборка состояла преимущественно из женщин (71%) и 68% были в возрасте от 25 до 39 лет. Из числа опрошенных 49% закончили высшее образование, причем большинство выборки проживают в Акмолинской области. Существует значительная разница между сторонниками электронного здравоохранения и теми, кто его не поддерживает. Люди, которые относительно моложе или/и которые имеют более высокий уровень образования, с большей вероятностью указывали на позитивный отклик на электронные медицинские услуги. Тем не менее, не было никаких существенных различий по гендерной принадлежности.

По результатам опроса 63% респондентов никогда не обращались за электронными услугами здравоохранения. Остальные 37% практиковали такие услуги, как ведение беременности (26%), патронаж (43%), консультации с лечащим врачом (11%) и назначение фармацевтических препаратов (20%). 70% опрашиваемых предпочли традиционные посещения в саму медицинскую организацию получению электронных медицинских услуг, 79% не интересовались информацией об услугах здравоохранения, а 4% искали ее на сайте медицинской организации, 16% предпочли получать информацию посредством звонка в регистратуру. Респонденты, которые пользуются цифровыми услугами медицины, ответили, по какой причине они пользуются электронными услугами здравоохранения: 83% – экономит время, 17% – во избежание очередей и столпотворений. Для записи на прием к лечащему врачу 69% посещают медицинскую организацию и получают талон в очереди, 25% записываются с помощью сайта электронного правительства, остальные 6% пользуются приложениями на мобильных устройствах. Большинство опрашиваемых (88%) затруднялись ответить, удовлетворены ли они электронными услугами здравоохранения, остальные (12%) ответили, что удовлетворены, но есть некоторые непроработанные моменты.

В общей сложности были опрошены 244 респондентов. Исследование показывает, что женщины-респонденты были доминирующими, что может быть связано с большей продолжительностью жизни женщин и более частым обращением к врачу за консультацией. Кроме того, причиной может быть тот факт, что женщины более позитивно относятся к устройствам, которые включают в себя ценность здоровья или его поддержки, в то время как мужчины ценят коммуникационные и развлекательные устройства. Результаты исследования показали, что наиболее предпочтительной услугой электронного здравоохранения для людей была телефонная консультация и получение напоминаний о посещении врача.

Большинство респондентов (84%), которые пользуются электронными услугами здравоохранения, хотели бы получать SMS-напоминания о назначенных встречах и назначенных лекарствах, за которыми затем следовала электронная регистрация (77,9%), просмотр результатов тестов онлайн (80,6%) или получение основных медицинских рекомендаций (75,7%).

Выводы. В итоге, опираясь на результаты исследования, можно сделать вывод о том, что в настоящее время сельское население недостаточно информировано о наличии электронных услуг здравоохранения. Это связно с тем, что в сельской местности не везде есть доступ в Интернет, недостаточная грамотность в технологической области и отсутствие информации о цифровизации здравоохранения.

Для большей информированности сельского населения об электронных услугах здравоохранения необходимо разработать рекомендации по улучшению информированности о цифровых услугах здравоохранения среди сельского населения и увеличить доступность сети Интернет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Andreassen H. K., Bujnowska-Fedak M. M., Chronaki C. E., Dumitru R. C., Pudule I., Santana S., Voss H., Wynn R. Использование европейскими гражданами электронных медицинских услуг: исследование семи стран. BMC Public Health. 2007;7:53. doi: 10.1186/1471-2458-7-53. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1855923/

2. Всемирная статистика здравоохранения 2016: мониторинг здоровья для достижения ЦУР. Всемирная Организация Здравоохранения; Женева, Швейцария: 2016.

3. Абдрахманова А.Ө., Койков В.В., Хандиллаева Б.М.// Проблемы здравоохранения и медицинского образования Республики Казахстан и пути их решения// Clinical Medicine of Kazakhstan, №1 (35), 2015.
4. Della Mea V. What is e-Health (2): The death of telemedicine? J. Med. Internet Res. 2001;3:e22. doi: 10.2196/jmir.3.2.e22. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11720964/
5. Г.К. Каусова, А.У. Ембердиев, М.А. Булешов, А.М. Жаксыбергенов, А.Р. Акильжанова//К вопросу состояния здоровья сельского населения в республике Казахстан//Вестник КазНМУ, 2015, Алматы.
6. Всеобщий охват услугами здравоохранения: Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)
7. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы, город Нур-Султан, 2019 г.
8. Alasaarela E., Nemana R., DeMello S. Drivers and Challenges of Wireless Solutions in Future Healthcare; Proceedings of the 2009 International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine; Cancun, Mexico. 1–7 February 2009.
9. DeNardis L. Standards and eHealth. ITU-T Technology Watch Report; Geneva, Switzerland: Jan, 2011.
10. Rodrigues J.J.P.C., Compte S.S., De la Torre Diez I. e-Health Systems: Theory and Technical Applications. Elsevier; Amsterdam, The Netherlands: 2016. Digital Imaging and Communications in Medicine; pp. 53–74.
11. Государственная программа «Цифровой Казахстан», утвержденная постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 декабря 2017 года № 827.
12. Thermolia C., Bei E.S., Sotiriadis S., Stravoskoufos K., Petrakis E.G. Designing a Patient Monitoring System Using Cloud and Semantic Web Technologies. World Acad. Sci. Eng. Technol. Int. J. Comput. Electr. Autom. Control Inf. Eng. 2015;9:1117–1124.
13. Bhushan S., Tran H. M., Schönwälder J. NCClient: библиотека python для клиентских приложений NETCONF. In: Nunzi G., Scoglio C., Li X., editors. Операции с ИС и управление ими. Springer; Berlin/Heidelberg, Germany: 2009. С. 143-145.
14. Корзун Д. Г., Мейгал А. Ю., Бородин А. В., Герасимова-Мейгал Л. И. о мобильных персонализированных медицинских услугах для вовлечения человека в профилактику, терапию, взаимную поддержку и социальную реабилитацию; материалы Международной Мультиконференции по инженерным, компьютерным и информационным наукам 2017 года (СИБИРКОН); Новосибирск, Россия. 18 сентября 2017 г.; стр. 276-281.

УДК : 614:331.56-053.81

ЗУЛХАШ Н., ДУЙСЕКОВА С.Б., ТУРГАМБАЕВА А.К.
НАО «Медицинский университет Астана»

МОЛОДЕЖНАЯ БЕЗРАБОТИЦА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Аннотация:
Молодежная безработица представляется одним из видов максимальной безработицы населения и является одним из значимых характеристик общего социального положения молодежи. Отсутствие работы приводит к девиантному поведению, например, популяризация пьянства и наркомании, повышение числа преступлений, возникновение проблем в становлении и личностном формировании, что приводит к утрате прежних социальных связей молодежи. В силу своего возраста и неустойчивого положения на рынке труда молодые люди воспринимают общие проблемы безработных наиболее остро, нежели более опытные сотрудники. Данные социально-детерминантные факторы могут влиять совместно, следовательно, безработица способна нанести как материальный, так и психосоциальный вред.
Ключевые слова: молодежная безработица, девиантное поведение, социально-детерминантные факторы, стресс.

ЗУЛХАШ Н., ДУЙСЕКОВА С.Б., ТУРГАМБАЕВА А.К.
КеАҚ «Астана медицина университеті»

ЖАСТАР ЖҰМЫССЫЗДЫҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОР РЕТІНДЕ

Жастар жұмыссыздығы халықтың ең көп жұмыссыздығының бір түрі болып табылады және жастардың жалпы әлеуметтік жағдайының маңызды сипаттамаларының бірі болып табылады. Жұмыстың болмауы девиантты мінез-құлыққа әкеледі, мысалы, маскүнемдік пен нашақорлықты насихаттау, қылмыстар санының көбеюі, қалыптасу мен жеке қалыптасуда проблемалардың туындауы, бұл жастардың бұрынғы әлеуметтік байланыстарының жоғалуына әкеледі. Өзінің жасына және еңбек нарығындағы тұрақсыз жағдайына байланысты жастар жұмыссыздардың жалпы проблемаларын неғұрлым тәжірибелі қызметкерлерге қарағанда өткір сезінеді. Бұл әлеуметтік-анықтаушы факторлар бірге әсер етуі мүмкін, сондықтан жұмысқа қабілетсіздік материалдық және психоәлеуметтік зиян келтіруі мүмкін.

Түйінді сөздер: жастардың жұмыссыздығы, девиантты мінез-құлық, әлеуметтік-анықтаушы факторлар, стресс.

ZULKHASH N, DUISEKOVA S., TURGAMBAYEVA A.
NCJSC «Astana medical university»

YOUTH UNEMPLOYMENT AS A FACTOR AFFECTING HEALTH

Youth unemployment is one of the types of maximum unemployment of the population and is one of the significant characteristics of the overall social situation of young people. Lack of work leads to deviant behaviour, for example, promotion of alcoholism and drug addiction, increase in crime, problems in the formation and the personal formation, which leads to the loss of old social ties of youth. Due to their age and precarious position in the labor market, young people perceive the General problems of the unemployed more acutely than more experienced employees. These socio-determinant factors can influence together, therefore, lack of employment can cause both material and psychosocial harm.

Key words: youth unemployment, deviant behavior, social determinants, stress.

Актуальность. Безработная молодежь является наиболее уязвимой частью населения, которая может демонстрировать большую опасность для общества и государства в целом. Особенно уровень безработицы среди молодежи высок в государствах Южной Европы, в особенности в Испании (32.6% в первом квартале 2019 г.), Греции (39,1%), Италии (33%). И противоположная ситуация по безработице среди молодежи менее 10%: в Германии (6%), Австрии (7%), Норвегии (6,6%), Швейцарии (6,4%, источник: ОЭСР) и Нидерландах (7,5 %), ниже 20% в Англии (19%) и Франции (19,9%). В иных развитых не европейских государствах уровень безработицы среди молодежи по окончанию 2018 года - начале 2019 года имел численность 11,2% в Австралии, 11,3% в Канаде, 3,7% в Японии, 12,1% в Новой Зеландии и 8,2% в США [1]. Как результат, уровень долговременного отсутствия работы (более года) как среди молодежи, так и на общем уровне увеличился во многих государствах [2]. Что касаемо Республики Казахстан, динамика количества безработных в % имеет такой вид: 2010 г. - 5,8%, 2011 г. - 5,6%, 2012 г. - 5,4%, 2013 г. - 5,5%, 2014 г. - 4,2%, 2015 год - 4,4%, 2016 год - 4,1%. 2017 год - 3,9%, 2018 год - 3,8%, первый квартал 2019 года - 3,6%. За период 2010-2019 гг. уровень безработных в возрасте от 15 до 28 лет уменьшился с 5,8% до 3,6% [3]. Изучения, осуществленные в США, продемонстрировали, что повышение отсутствия работы среди молодежи на 1%, если оно не снизится на протяжении последующих 5 лет, приводит к повышению количества самоубийств на 4,5%, первичных обращений в клинику для психически больных - на 3,3 %, численность заключенных, приговоренных к лишению свободы - на 4%, численность убийств - на 5,7%, смертность от пьянства и общий уровень смертности - на 1,9%. Из перечня групп молодых людей, у которых отсутствует работа, были обнаружены подобные заболевания, как сахарный диабет - 20% сердечно-сосудистые заболевания - 35%, костно-мышечные расстройства - 15%, клинические депрессии - 30% [4]. Отсутствие работы имеет весьма основательные социальные последствия, потому как может послужить причиной для утраты уверенности в себе и самооценки, деградации личности: пьянство, наркомания, осуществление противозаконных действий. Подобным образом, стресс, вызванный безработицей, приводит к снижению состояния здоровья, появлению различных заболеваний, для лечения которых неработающим зачастую недостаточно средств [5].

Цель исследования: определить влияние молодежной безработицы на уровень социального здоровья и разработать практические рекомендации.

Материалы и методы исследования:

1. Информационно-аналитический (анализ научной отечественной и зарубежной литературы);
2. Ретроспективный анализ (архивные данные по занятости населения)
3. Социологический опрос (анкетирование молодых людей в возрасте от 18 до 28 лет, которое проводилось на базе центров занятости населения);
4. Статистический (при анализе данных и обработке полученных результатов).

Результаты исследования и обсуждение:

Уровень безработицы среди молодежи в городе Нур-Султан был установлен, по архивным сведениям, о занятости населения. Сведения применялись статистическими органами Республики Казахстан, Комитетом по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан и центрами занятости. С 2009 по 2019 годы уровень нетрудоустроенности среди молодежи со временем снизился, что в принципе положительно отражается на экономике государства

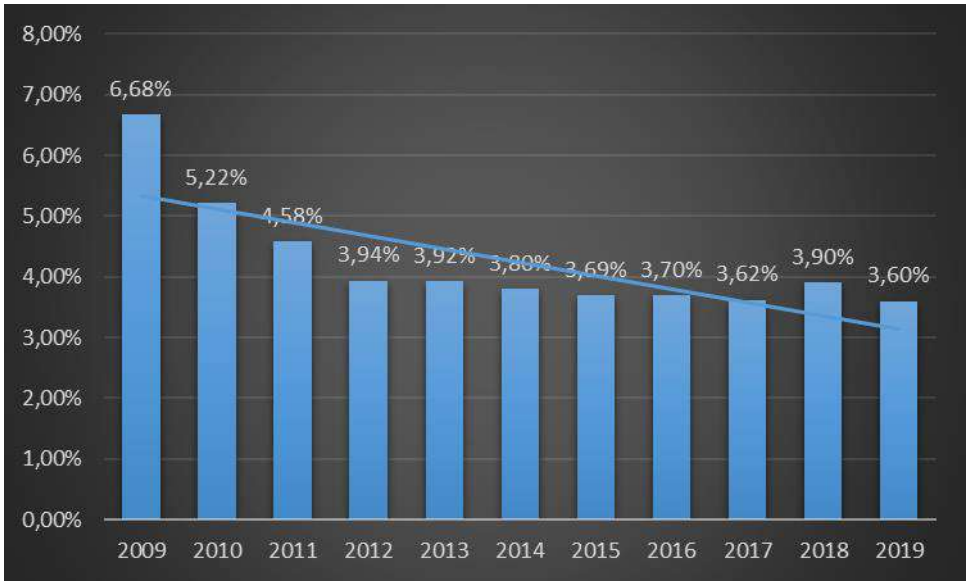


Рисунок 1 – Уровень молодежной безработицы в РК за период 2009 – 2019 гг.

С 2009 по 2017 год следует нисходящая направленность уровня молодежной безработицы, в 2018 году идет увеличение уровня, к 2019 году вновь в снижение.

Наиболее большой уровень безработицы с 2009 г. и по данный момент зарегистрирован на юге страны – в Алматинской и Туркестанской областях. Показатели в Алматы на 2019 год – 8,1%. Главный фактор скрывался в том, что уровень подготовки нетрудоустроенного населения не отвечал нуждам работодателей. При этом незначительный уровень безработицы был запечатлен на западе государства, в Атырауской (2,2%) и Мангистауской областях (2,4%). Данные города - лидеры государства по привлечению внешних и внутренних денежных вливаний, поскольку здесь преимущественно развиты отрасль нефтедобычи и нефтегазового машиностроения [6].

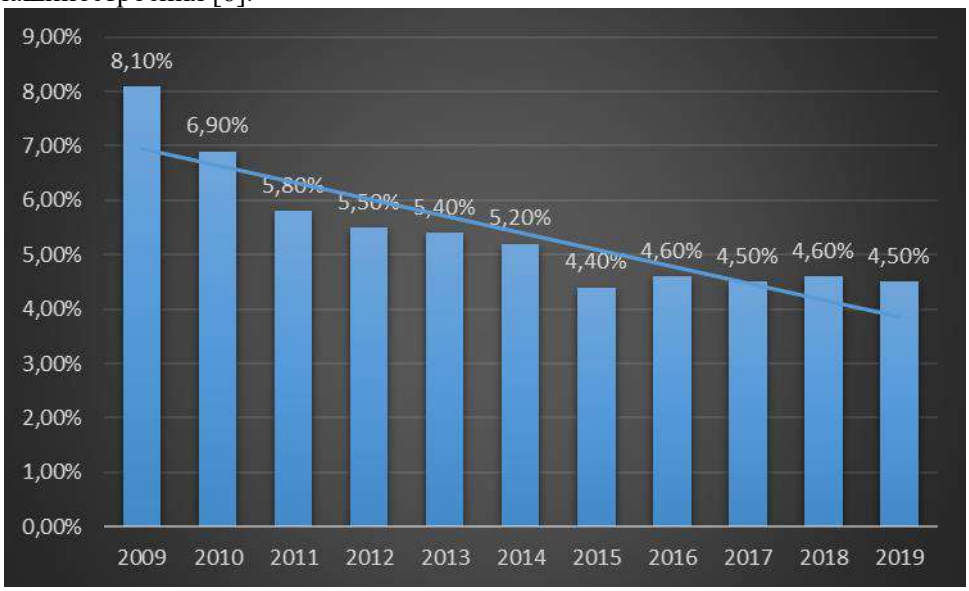


Рисунок 2 – Уровень молодежной безработицы в г. Нур-Султан за период 2009-19 гг.

В г. Нур-Султан нисподающая направленность уровня молодежной безработицы с 2009 по 2019 гг. На 2019 год численность нетрудоустроенной молодежи в столице составляла 4,5%.

Детерминированность - предопределение, то есть каждое последствие содержит точно установленную причину [7]. Для выявления социально-детерминантных факторов были собраны данные

согласно итогам результатов социального опроса – респондентов в количестве 120 человек, в возрастном диапазоне – от 18 до 28 лет. Опрос проводился на базе центров занятости населения г. Нур-Султан.

Наибольший процент безработицы был свойственен женскому полу (62%) по сравнению с респондентами мужского пола (38%).

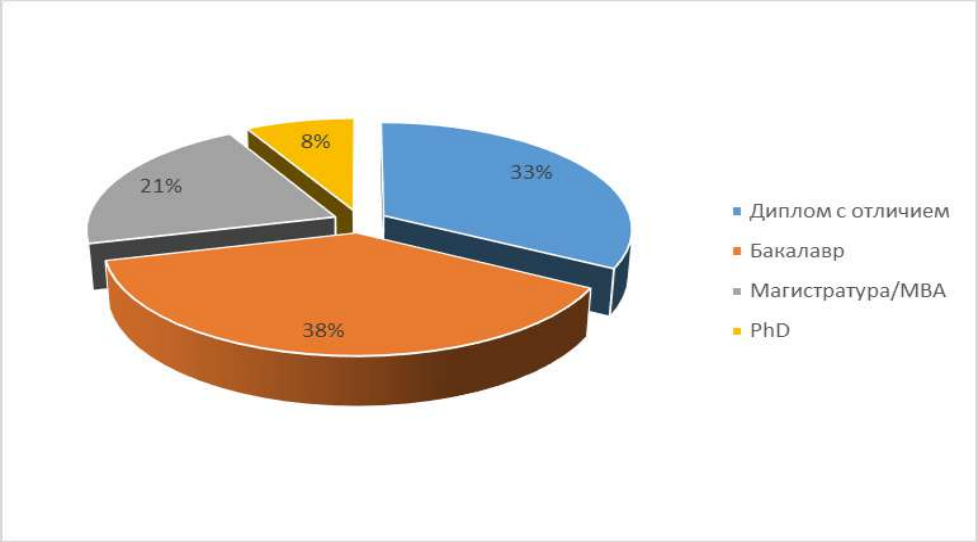


Рисунок 3 – Распределение респонденотов по уровню образования.

Еще одним фактором, обнаруженным в ходе исследования, являлся уровень образования респондентов. Огромное число респондентов имели диплом с отличием (34%), за которым следовали степень бакалавра (39%) и степень магистра (22%). Лишь 8% респондентов имели степень кандидата наук.

В зависимости от пола участников было выявлено воздействие роли в браке. Согласно статистическим сведениям, обнаружилось, что больший процент безработных женщин — это замужние женщины (71%), низкий показатель - женщины, не состоящие в браке (64%).

Результаты опроса продемонстрировали, что первое место среди причин безработицы в Казахстане занимает профессиональное отсутствие спроса на молодежь на рынке труда (32,5%). На втором месте – отсутствие практических навыков (20,8%). Далее - невысокая заработная плата (17,5%). Нехватка сведений о рынке труда также считалось дополнительной причиной нетрудоустроенности, особенно среди выпускников, 69,8% согласились с утверждением.

Отсутствие работы влияет на здоровье посредством различных механизмов, представляется основой заболеваемости и содействует ранней смертности [8]. В процессе исследования предоставленной проблемы применялась комплексная методика исследования, включающая: интервью, анкетирование, опросник общего здоровья Голдберга Д.

Результаты исследований показывали, что безработица влияла на психоэмоциональное состояние молодежи. У молодых людей преобладали такие эмоции, как страх перед будущим, неуверенность в себе, низкая самооценка, вина, раздражение, депрессия, чувство безнадежности, стресс, апатия. Во-вторых, среди молодежи преобладало безразличное состояние к своему будущему. Следующее состояние молодых людей - положительные эмоции, поскольку безработица считалась для них источником новых возможностей, возможностью освоить новую профессию. По данным опроса, большая часть молодых людей уже имели хронические заболевания в анамнезе (50,8%). Весьма нехорошее состояние здоровье у 18,3%. Ну а 30,8% дали ответ, что практически не имеют проблем со здоровьем. Тут были предусмотрены такие обстоятельства, как частичная нетрудоустроенность, условия жизни, склонности у молодых людей к вредным привычкам и прочие обстоятельства.

У большинства респондентов вследствие безработицы обострились хронические заболевания (48,3%), психическое здоровье ухудшилось у 35%, 16,6% не заметили никаких изменений со здоровьем.

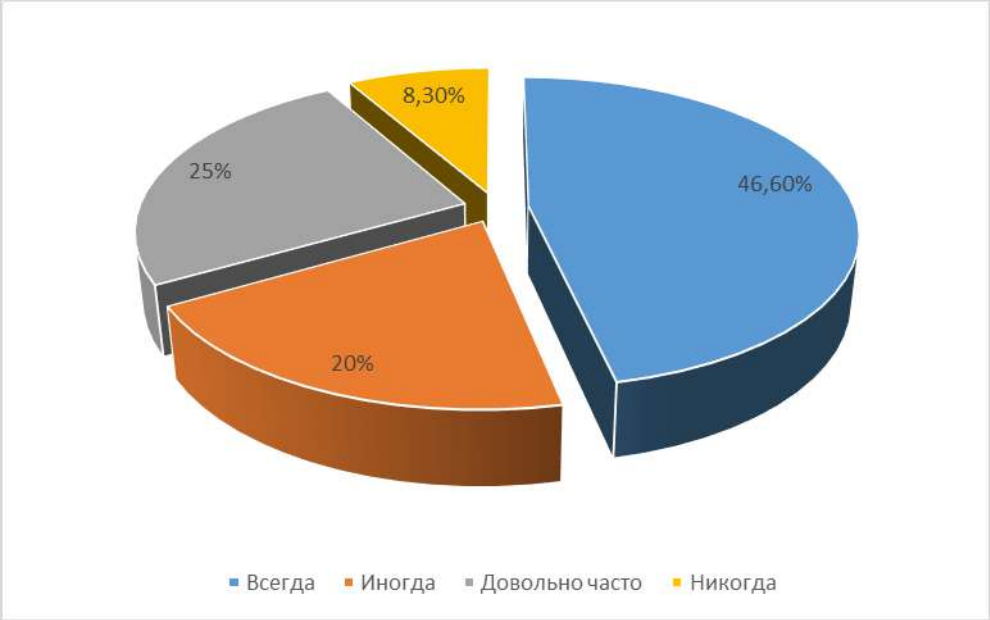


Рисунок 5 – Образование или усиление вредных привычек.

Склонности к суициду были у молодых людей с психическими расстройствами (52,5%). Предрасположенность к суициду у молодых людей по половому показателю: 40,8% - женщины, а мужчины – 59,1%.

Опросник общего здоровья (GHQ) использовался для диагностики психологического благосостояния и эмоциональной устойчивости.

По итогам опроса, сильных психических отклонений не было обнаружено, у большинства молодых людей, обозначается в основном сомнение в собственных силах и чувство усталости, апатии. Это связано еще и с тем, что большая часть из них лишь влились в рынок труда, или же оказались без работы совсем недавно.

Исследования продемонстрировали, что опыт и последствия безработицы могут по-разному воздействовать на здоровье молодых людей. В исследовании также поучаствовали 120 респондентов в возрасте от 18 до 28 лет. Согласно опросу, у молодых людей уже были проблемы со здоровьем, но они увеличились с употреблением алкоголя в больших количествах. У большинства респондентов были проблемы с желудком и поджелудочной железой (49,2%). На втором месте - заболевания печени (20%), за которыми следовали заболевания нервной системы (18,3%) и сердечно-сосудистой системы (12,5%). Распределяя по половому признаку, у женщин в основном выявлены были онкологические заболевания (20,8%). На втором месте психические расстройства (18,3%). Ипохондрия, симуляция, аффект, истерия, биполярное расстройство, расстройства пищевого поведения, включая анорексию, булимию, компульсивное переедание - все это психические расстройства, характерные для женщин, особенно молодых. Заболевания пищеварительной системы (16,6%), органов дыхания (15%) и сердечно-сосудистой системы (15%). У мужчин, по статистике выявилась значительная предрасположенность к заболеваниям дыхательной системы (22,5%). Затем заболевания пищеварительной системы (19,2%). Расстройства психического уклона (16,6%) у мужчин попадались существенно чаще, нежели у женщин. Это было определено нередкими стрессовыми состояниями и напряжением нервной системы, высокой физической активностью и формированием разных болезней.

Выводы. В процессе проведенного анализа был изучен уровень молодежной безработицы в Казахстане, в частности в столице РК, г. Нур-Султан, с 2009 по 2019 год отмечалась направленность к снижению уровня безработицы среди молодежи. Согласно итогам опроса, было обнаружено воздействие таких социально-детерминантных факторов на уровень безработицы среди молодежи, как пол, уровень образования, семейный статус. Основные причины безработицы - профессиональная невостребованность, недостаточное внимание местной администрации к занятости населения, отсутствие практических навыков, нежелание работодателей принимать на работу молодых людей. Также безработица воздействовала на состояние их здоровья и предрасположенность к суициду. Стресс и депрессия приводят к хроническим заболеваниям и в целом негативно сказываются на состоянии здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Молодежная безработица в ЕС, 2019. [Электронный ресурс].

2.Перспективы развития мировой экономики. Международный валютный фонд, 2018.
3. Проблема безработицы среди молодежи РК // Курсив. The wall street journal, 2018 [Электронный ресурс].
4. Краткая информация о безработице среди молодежи, МОТ, Женева, 2015.
5. Зубок Ю. А. Молодежь между интеграцией и исключением: социально-экономический аспект //Социально-гуманитарные знания, 2012, № 2, С.183–199.
6. Janlert U., Hammarstrom A. Which theory is best? Explanatory models of the association between unemployment and health //BMC Public Health, 2009. Vol. 9. P.235. DOI: 10.1186/1471-2458-9-235.
7. Price R.H., Choi J.N., Vinokur A.D. Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health //Journal of Occupational Health and Psychology, 2002.
8. Starrin B., Aslund C., Nilsson K.W. Financial stress, shaming experiences and psychosocial ill-health: studies into the finances-shame model //Social Indicators Research, 2009.



УДК: 615.281.9+614.441

Н.С.ИСКАКОВА, З.А.ХИСМЕТОВА, А.А.МУКУШЕВА
НАО «Медицинский университет Семей», кафедра общественного здоровья

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ НАДЛЖЕЩЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Аннотация:
В представленном обзоре литературы поднимается актуальная не только для дальнейшего развития современной медицины, но и затрагивающая интересы человечества в целом и каждого жителя земли тема, нерационального использования антибиотиков и растущей стремительными темпами антибиотикорезистентности. Приведены данные по практически повсеместному нерациональному использованию антибиотиков среди населения разных стран.
Ключевые слова: антибиотики, антибиотикорезистентность, информированность.

ИСКАКОВА Н.С., ХИСМЕТОВА З.А., МУКУШЕВА А.А.
КеАҚ «Семей медицина университеті», қоғамдық денсаулық кафедрасы

АНТИБАКТЕРИАЛДЫ ПРЕПАРАТТАРДЫ ҚОЛДАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ БОЙЫНША ХАЛЫҚТЫҢ АҚПАРАТТАНУЫ

Ұсынылған әдебиетке шолу қазіргі заманғы медицинаның одан әрі дамуы үшін ғана емес, сонымен бірге адамзаттың және жердің әр тұрғынының мүдделеріне қатысты антибиотиктерді ұтымсыз пайдалану және антибиотикке төзімділіктің тез өсуі тақырыбын көтереді. Әр түрлі елдердің тұрғындары арасында антибиотиктерді кеңінен тиімсіз қолдану туралы мәліметтер келтірілген.
Түйінді сөздер: антибиотиктер, антибиотиике төзімділік, ақпараттану.

ISKAKOVA N, KHISMETOVA Z, MUKUSHEVA A.
NCJSC «Semey medical university», Public health department.

AWARENESS OF THE POPULATION ABOUT THE POSSIBLE USE OF ANTIBACTERIAL DRUGS

This review raises the topic of irrational use of antibiotics and rapidly growing antibiotic resistance, which is relevant not only for the further development of modern medicine, but also affects the interests of humanity as a whole and every inhabitant of the Earth. Data on the almost universal irrational use of antibiotics among the population of different countries are presented.
Key words: antibiotics, antibiotic resistance, awareness.

Развитие устойчивости к антибиотикам является одной из самых больших угроз для глобального общественного здравоохранения. Нерациональное использование антибиотиков признано ведущей причиной устойчивости к антибиотикам. По данным Итальянского опроса информированности 2016 года, который был проведен среди 797 студентов, отметили, что не знают возбудителей заболеваний и применяют антибактериальное лечение при болях в горле (39%), при повышении температуры (36%), при простуде и гриппе (28%), кори (22%) [1].

В 2019 году был проведен опрос в районе Рупандехи Непала среди 200 жителей. Половина респондентов (50,9%) не были уверены в том, что пропуск доз будет способствовать развитию резистентности к антибиотикам, 88,2% указали, что они пойдут к другому врачу, если не будет назначаен антибиотик, и почти половина (47,7%) верят, что антибиотики помогают им выздороветь быстрее, если у них повышенная температура [2].

В другом исследовании, проведенном в городе Cape Coast в Гане среди 851 жителей, примерно половина респондентов по-прежнему считают, что антибиотики можно использовать для личного пользования и того, что это хорошая привычка приобрести антибиотики по совету родственников без какого-либо тщательного обследования со стороны врача [3].

Японское онлайн исследование дают первые доказательства связи между социально - экономическими факторами и достаточными знаниями об антибиотикорезистентности. Следует отметить, что возраст не всегда рассматривается как определяющий фактор достаточных знаний, хотя в нескольких предыдущих исследованиях сообщалось, что использование антибиотиков, как правило, чаще встречается у пожилых людей, чем у относительно молодых людей [4].

В аналогичном исследовании проведенном в Англии среди 2283 взрослого населения, большинство респондентов (83%) считают что антибиотики убивают бактерии и применяют их при бактериальных инфекциях, но значительное меньшинство (35%) считают, что антибиотики убивают вирусы и применяют их при лечении вирусных инфекций [5].

Исследование информированности во Вьетнаме, где участвовало 721 жителей, больше половины участников (53,9%) хотели бы пересмотреть свое лечение, если антибиотики были неэффективны, в то время как 1/5 респондентов (21,8%) считают необходимым заменить антибиотик на другой. Только 18,8% знают об антибиотикорезистентности как об отрицательном эффекте применения антибиотиков [6].

В исследовании среди 1310 жителей Саудовской Аравии, 63,6 % из числа участников, сообщили о приобретении антибиотиков без рецепта врача и 71,1% участников сообщили, что они не закончили полный курс лечения антибиотиками, так как почувствовали улучшение [7].

Сестринский персонал играет важную роль в рациональном использовании антибиотиков и в качестве информаторов для пациентов, поэтому их обучение может быть ключевым в борьбе с устойчивостью к антибиотикам. В исследовании проведенном среди 578 студентов специальности «Сестринское дело» университета Сантьяго де Компостела (Испания), студенты показали широкий недостаток знаний в области устойчивости к антибиотикам, несмотря на то, что 94,5% студентов заявили, что они слышали об устойчивости к антибиотикам, и 45,2%, что они обсуждали темы устойчивости к антибиотикам во время учебы [8].

Обсервационное поперечное обследование было проведено в форме онлайн-опроса, проведенном в январе 2019 года в Пакистане. Из 1132 участников 837 (73,9%) считают, что можно прекратить курс антибиотиков всякий раз, когда они чувствуют себя лучше, 505 (44,6%) считают, что частое и ненужное использование антибиотиков на самом деле снижает их эффективность, а 208 (18,4%) участников считают правильным принимать антибиотики при простуде и гриппе. При этом важно отметить, что 157 (13,9%) участников не придерживались продолжительности лечения, рекомендованном врачом. Самовольно 49 (4,4%)анкетируемых изменили дозу антибиотиков без консультации с врачом, 467 (41,3%) респондентов повторно использовали оставшиеся антибиотики из своего предыдущего рецепта, 700 (61,8%) сами предложили своим врачам назначить им антибиотики, и 378 (33,4%) участников приобрели антибиотики без какого-либо рецепта в течение последнего года [9].

Данные описательного поперечного исследования, среди 359 жителей Александрии показали, что примерно 64% (231) исследуемой популяции использовали антибиотики без рецепта в течение последних 12 месяцев. Основными источниками антибиотиков были остатки ранее назначенных лекарств и те, которые были приобретены в местных аптеках. 85 участников являются родителями, из которых 18 (21%) сообщили о применении антибиотиков своим детям без консультации врача [10].

В поперечном исследовании проведенном в Центральном округе Румынии, где приняли участие 996 респондентов, из общего числа респондентов 62,65% (624 респондента) считают, что антибиотики используются для лечения бактериальной инфекции, и 61,45% (612 респондентов) использовали антибиотик хотя бы один раз в предыдущем году, при этом распределение составило 68,7% и 56,8%

респондентов из сельских и городских районов соответственно. Антибиотики принимали 10,34% респондентов, следуя рекомендациям членов семьи и друзей, а 22,9% использовали антибиотики, выписанные врачом при последнем посещении [11].

В исследовании проведенном в Lilongwe, Malawi нехватка медикаментов, большие расстояния до медицинских учреждений, плохое отношение медицинских работников к пациентам, а также прошлый опыт болезни и лечения являются основными факторами, влияющими на самолечение. Респонденты имеют недостаточно знаний об антимикробных препаратах, и их применении или какой-либо осведомленности об антибиотикорезистентности. 74% (n=78) не смогли отличить противомикробные препараты от других категорий лекарств, а 92,4% ошибочно ответили, что противомикробные препараты могут быть использованы для купирования повышенной температуры. Что касается отношения к самолечению, то более 54% ошибочно полагают, что противомикробные препараты эффективны при лечении обычных простудных заболеваний. Что касается практики самолечения, то 53% сообщили, что они будут использовать противомикробные препараты для лечения инфекций верхних дыхательных путей, а 41% согласились с тем, что они должны завершить антибактериальную терапию, когда их состояние улучшится [12].

В исследовании проведенном в Восточной части Ганы, среди 363 жителей показало,что причинами, повлиявшими на самолечение среди респондентов, были члены семьи и друзья, экономия средств, предполагаемая минимальная тяжесть заболевания и бюрократия системы здравоохранения или медицинского учереждения. Среди них влияние подгруппы членов семьи и друзей было самой распространенной причиной, по которой люди занимались самолечением. Антибиотики и анальгетики были наиболее распространенными препаратами самолечения, которые респонденты часто покупали в аптеках. Было установлено, что большинство респондентов имеют минимальные знания о потенциальных неблагоприятных последствиях самолечения. Однако респонденты с высоким уровнем образования имеют наибольшие знания о побочных лекарственных реакциях, связанных с самолечением. Кроме того, после самолечения более трети респондентов сообщили, что не видят улучшения в состоянии своего здоровья [13].

В другом поперечном исследовании проведенном в Северной Танзании, среди 152 взрослого населения, были выявлены следующие результаты: в целом 135 (88,8%) закупок антибиотиков были нерациональными. Наиболее распространенной формой нерационального использования антибиотиков было безрецептурное использование; 116 из 152 (76,3%) покупок пришлось на эту категорию. Широко распространенными были также закупки неполной дозировки и закупки для лечения небактериальных заболеваний. Недостаточные знания об использовании антибиотиков имели значительную связь с нерациональным использованием антибиотиков [14].

По данным исследования, проведенного в Косово среди 811 жителей, было выявлено что более половины респондентов (58,7%) использовали антибиотики в течение прошлого года. Четверть опрошенных употребляли антибиотики без рецепта врача. Наиболее распространенными причинами использования антибиотиков были грипп (23,8%), затем боль в горле (20,2%), простуда (13%). 42,5% опрошенных считают, что антибиотики эффективны против вирусных инфекций [15].

Интересное исследование было проведено среди 419 родителей начальных и средних школ городов Caserta и Naples Италии. Только 9,8% знают определение устойчивости к антибиотикам и 21,2% знают, когда целесообразно использовать антибиотики. Респонденты с высшим образованием, работники по найму, или имеющие члена семьи, работающего в секторе здравоохранения, и не нуждающиеся в дополнительной информации об антибиотиках, с большей вероятностью знают определение устойчивости к антибиотикам. Четверть (22,7%) из тех, кто никогда не занимался самолечением, были бы готовы принять антибиотик без рецепта врача. Респонденты младше 40 лет, не имеющие знаний о применении антибиотиков при гриппе, болях в горле и простудных заболеваниях чаще принимают антибиотики без назнчаения врача [16].

В Сербском исследовании, где участвовало 500 респондентов,в целом 58,4% респондентов считают, что антибиотики можно использовать для лечения простуды. Около половины опрошенных (47,2%) хотя бы раз в течение года занимались самолечением антибиотиками. Пациенты с недостаточными знаниями имели в 3 раза более высокие шансы на самолечение антибиотиками по сравнению с теми, у кого достаточные знания. Хотя 98,20% респондентов утверждали, что лечение антибиотиками следует начинать после посещения врача и получения рецепта, только 65,8% применяли антибиотики по назначению врача во время последней инфекции [17].

В 2018 году в г.Алматы был проведен опрос по вопросам информированности населения об антибиотиках и антибиотикорезистентности среди 501 жителей, в возрасте от 18 до 63 лет, не связанные с медицинской сферой. На вопрос, когда респонденты в последний раз принимали антибиотики, большинство опрошенных сообщили, что принимали антибиотики или принимали давно (48%) , больше

половины опрошенных принимали антибиотики за последние полгода (52%), из них 26,5% сообщили о приеме антибиотика за последний месяц. Это показывает широкое использование антибиотиков среди населения. 26,4% опрошенных принимали антибиотики по своему усмотрению, из них 3,4% сообщили, что причиной самостоятельного приема было недоверие к врачам. Среди населения есть ошибочное мнение, что простуду, грипп, и насморк можно лечить антибиотиками, так считают 73,6% опрошенных респондентов [18].

Таким образом, отмечена практика продажи антибактериальных препаратов населению без рецепта, и использование их по усмотрению покупателей без надлежащего врачебного надзора.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Anna Prigitano, Luisa Romanò, Francesco Auxilia, Silvana Castaldi, Anna M. Tortorano. Antibiotic resistance: Italian awareness survey 2016//Journal of Infection and Public Health 11 (2018). P.30–34*
2. *Anant Nepal, Delia Hendrie, Suzanne Robinson, Linda A. Selvey. Knowledge, attitudes and practices relating to antibiotic use among community members of the Rupandehi District in Nepal//BMC Public Health (2019) 19:1558. P.2-12*
3. *Clement Yaw Effah, Adwoa Nyantakyiwaa Amoah, Hong Liu, Clement Agboyibor, Lijun Miao,Jing Wang,Yongjun Wu. A population-base survey on knowledge,attitude and awareness of the general public on antibiotic use and resistance// Antimicrobial Resistance and Infection Control (2020) 9:105. P.2-9*
4. *Shinya Tsuzuki, Niina Fujitsuka, Keisuke Horiuchi, Shinpei Ijichi, Yoshiaki Gu,Yumiko Fujitomo, Rie Takahashi,Norio Ohmagari. Factors associated with sufficient knowledge of antibiotics and antimicrobial resistance in the Japanese general population//Scientific RepoRtS | (2020) 10:3502. P.1-9*
5. *Cliodna A M McNulty,Simon M Collin, Emily Cooper,Donna M Lecky,Chris C Butler. Public understanding and use of antibiotics in England: findings from a household survey in 2017// Bmj open-2019. P.1-9*
6. *Thuy Van Ha,AnMai Thi Nguyen,Ha Song Thi Nguyen. Public Awareness about Antibiotic Use and Resistance among Residents in Highland Areas of Vietnam// Hindawi BioMed Research International Volume 2019. P.1-8*
7. *Mohamed E. El Zowalaty,Tatiana Belkina,Saleh A. Bahashwan and others. Knowledge, awareness, and attitudes toward antibiotic use and antimicrobial resistance among Saudi population// Int J Clin Pharm (2016) 38. P.1261–1268*
8. *Andrea Rábano-Blanco, Eva María Domínguez-Martís, Diego Gabriel Mosteiro-Miguéns, Manuel Freire-Garabal4and Silvia Novío. Nursing Students' Knowledge and Awareness of Antibiotic Use, Resistance and Stewardship: A Descriptive Cross-Sectional Study// Antibiotics 2019, 8, 203. P.1-18*
9. *Ramsha Akhund , Fatima Jamshed , Hassam A. Jaffry , Hamza Hanif , Sundus Fareed. Knowledge and Attitude of General Pakistani Population Towards Antibiotic Resistance// Cureus 11(3). P.1-5*
10. *Raghda M El-Hawy, Mohamed I Ashmawy,Menna M Kamal,Hager A Khamis and others. Studying the knowledge, attitude and practice of antibiotic misuse among Alexandria population// Eur J Hosp Pharm 2017;24. P.349–354*
11. *Septimiu Voidăzan,Geanina Moldovan, Lavinia Voidăzan,Ancuța Zazgyva, Horațiu Moldovan. Knowledge, Attitudes And Practices Regarding The Use Of Antibiotics. Study On The General Population Of Mureş County, Romania// Infection and Drug Resistance 2019:12. P.3385–3396*
12. *Cecilia S. Sambakunsi, Lars Småbrekke, Christine A. Varga, Vernon Solomon, John S. Mponda. Knowledge, attitudes and practices related to self-medication with antimicrobials in Lilongwe, Malawi// Malawi Medical Journal 31 (4) December 2019. P.225-232*
13. *Barbara Nyantakyiwah Mensah, Irene Bonewa Agyemang, Daniel Kwame Afriyie, Seth Kwabena Amponsah. Self-Medication Practice in Akuse, a Rural Setting in Ghana//Niger Postgrad Med J 2019;26. P.189-94.*
14. *Erick Alexander Mboya, Leah Anku Sanga, James Samwel Ngocho. Irrational use of antibiotics in the Moshi Municipality Northern Tanzania: a cross sectional study//Pan African Medical Journal. 2018;31. P.2-10*
15. *Drita ZAJMI, Merita BERISHA, Ilir BEGOLLI, Rina HOXHA, Rukije MEHMETI and others. Public knowledge, attitudes and practices regarding antibiotic use in Kosovo//Pharmacy Practice 2017 Jan-Mar;15(1):827. P.1-7*
16. *Francesco Napolitano, Maria Teresa Izzo, Gabriella Di Giuseppe, Italo F. Angelillo. Public Knowledge, Attitudes, and Experience Regarding the Use of Antibiotics in Italy//PLOS ONE December 2013,Volume 8, Issue 12. P.1-6*
17. *Olga J. Horvat1, Ana D. Tomas, Milica M. Paut Kusturica, Alisa V. Savkov and others. Is the level of knowledge a predictor of rational antibiotic use in Serbia?// PLOS ONE,July 10, 2017. P.1-13*
18. *К. Русланулы, А.Д. Уракова, В.К. Исраилова. Информированность населения города Алматы об угрозе антибиотикорезистентности//Вестник КазНМУ №3-2018,С.297-301*

Автор для корреспонденции: Искакова Назым Серикановна – докторант 1 года по специальности «Общественное здравоохранение», НАО «МУС», г.Семей,РК.
Почтовый адрес: Республика Казахстан, 071400, Семей, ул.Абая 103
Email: nazym_iskakova@mail.ru, Телефон: 87751030454



ОӘК: 614.255.4 (574.5)

П.Е.КАЛМЕНОВА[1], В.М.РАШИМБЕТОВА[1], Д.Т.ТУЛЕПОВ[2], А.А.ҚАЛДЫБЕКОВА
[1]Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент медицина институты, Шымкент қ.
[2]"Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы" АҚ, Шымкент қ.

ҚАЗАҚСТАНДА МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК САҚТАНДЫРУДЫ ЕНГІЗУ МӘСЕЛЕСІ

Аннотация:
Бұл мақала міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру пакетін (МӘМС) және ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлемінің көлемінің (тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемін) жаңа моделін енгізе отырып, Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесін өзгерту қажеттілігін негіздейді. Денсаулық сақтау жүйесіндегі өзгерістердің негізгі сәттері, міндетті медициналық сақтандыруды жүзеге асырудың алғашқы сәтсіз тәжірибесі және міндетті медициналық сақтандыруды екінші рет жүзеге асырудан жаңа күтулер мен оң нәтижелер келтірілді. 2017 жылдың 1 шілдесінен 2019 жылдың 31 қаңтарына дейінгі аударымдар мен жарналардың жалпы сомасы 162,52 млрд. құрайды. Ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлеміне (медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі) 1 тұрғынға шаққандағы шығындар 2019 жылы - 52,5 мың теңге. 2020 жылы ақысыз медициналық көмек пен міндетті әлеуметтік медициналық сақтандырудың кепілдендірілген көлемі бойынша 1 тұрғынға шаққандағы шығындар - 92,2 мың теңге, бұл медициналық қызметтер бағасының 76% -ға өскендігін көрсетеді. Медициналық қызметтерге тарифтердің 15% -ға дейін көтерілуі медицина қызметкерлерінің жалақысының 30% дейін өсуіне әкелді. Халықтың медициналық қызметтерге «қалта» шығындарының үлесі азайды.

Түйінді сөздер: міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру, ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, амбулаториялық-емханалық көмек, клиникалық-диагностикалық көмек.

П.Е. КАЛМЕНОВА[1], В.М. РАШИМБЕТОВА[1], Д.Т. ТУЛЕПОВ[2], А.А.ҚАЛДЫБЕКОВА
[1]Международный казахско-турецкий университет имени Х.А.Ясави, Шымкентский медицинский институт, г. Шымкент.
[2]АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» г. Шымкент.

ВОПРОС ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

В данной статье обосновывается необходимость изменения системы здравоохранения Республики Казахстан путем внедрения новой модели пакета обязательного медицинского страхования (ОСМС) и гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Приведены основные моменты изменений в системе здравоохранения, первый неудачный опыт внедрения ОСМС и новые надежды и положительные результаты от второго внедрения. Расходы на душу населения по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи в 2019 году – 52,5 тыс. тенге. В 2020 году гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и стоимость обязательного социального медицинского страхования на душу населения – 92,2 тысячи тенге, что свидетельствует об увеличении расходов на медицинские услуги на 76%. Повышение тарифов на медицинские услуги до 15% привело к увеличению заработной платы медицинских работников до 30%. Снизилась доля «карманных» расходов населения на медицинские услуги.

Ключевые слова: обязательное социальное медицинское страхование, гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, первичная медико-санитарная помощь, амбулаторная помощь, клинико-диагностическая помощь.

P.E.KALMENOVA[1], V.M.RASHYMBETOVA[1], D.T.TULEPOV[2], A.A. KALDYBEKOVA
[1]Akhmet Yassawi Kazakh-Turkish university, Shymkent Medical Institute, Shymkent c.
[2]JSC " South Kazakhstan medical Academy", Shymkent c.

ON THE ISSUE OF IMPLEMENTING CSHI IN KAZAKHSTAN

This article substantiates the need to change the health care system in the Republic of Kazakhstan with the introduction of a package of mandatory social health insurance (OSMS) and a new model of guaranteed free medical care (GFMC). The main points of changes in the health care system, the first failed experience of implementing CSHI, and new expectations from the secondary implementation of CSHI and positive results are presented. The total amount of deductions and contributions from July 1, 2017 to January 31, 2019 is 162.52 billion tenge. Expenses for the 1st resident for the guaranteed amount of free medical care (GFMC) in 2019 – 52.5 thousand tenge. Expenses for the 1st resident on the guaranteed volume of free medical care and mandatory social health insurance in 2020 - 92.2 thousand tenge, this shows an increase in the cost of medical services by 76%. The increase in tariffs for medical services to 15% led to an increase in the salary of medical workers to 30%. The share of "pocket" expenses of the population for rendered medical services has decreased.

Key words: compulsory social health insurance, guaranteed volume of free medical care, primary health care, outpatient care, clinical diagnostic care.

Қазақстанда медициналық көмек көрсету жүйесі кеңестік модель негізінде дамыды, ол бірінші кезекте стационарлық көмекке бағытталды, алғашқы медициналық-санитарлық көмек секторына, аурулардың алдын-алуға және салауатты өмір салтын насихаттауға аз көңіл бөлінді. Денсаулық сақтау жүйесінде пациенттерді медициналық көмектің жоғары деңгейіне жіберу үрдісі байқалды. Қазақстанда міндетті медициналық сақтандыруды енгізуге байланысты денсаулық сақтау саласында айтарлықтай жақсару күтілуде. Біздің мемлекет міндетті медициналық сақтандыруды енгізуге мұқият және біртіндеп дайындалды, өйткені бұл Қазақстанда міндетті медициналық сақтандыруды жүзеге асырудың екінші тәжірибесі.

Бірінші тәжірибе көптеген факторларға және мемлекеттің экономикалық тұрғыдан дайын болмауына байланысты сәтсіз болды. Қазақстан Республикасында міндетті медициналық сақтандыру жүйесін енгізу процесі (1996-2000 жж.) ел үшін ең қиын экономикалық кезеңде өтті. 1996-98 жылдардағы медициналық сақтандыру реформасының сәтсіздікке ұшырауының басты себебі кірістерді жинау деңгейінің жеткіліксіздігіне байланысты болды.

Медициналық сақтандыру қорының сақтанушы алдындағы міндеттерін келесі себептер бойынша орындау мүмкін болмады:

- экономикалық дағдарыс: көптеген кәсіпорындар үлкен қарыздарының салдарынан сақтандыру сыйлықақыларын төлей алмады, сақтандыру төлемдері үшін заттай төлем жүйесі болды;
- жеке кәсіпкерлер мен өзін-өзі жұмыспен қамтығандар сақтандыру жарналарын аударған жоқ (халықтың шамамен төрттен бір бөлігі);
- жұмыссыздықтың өсуі белсенді емес халық үшін жарналардың тиісті деңгейін қамтамасыз ете алмаған жергілікті бюджеттерге ауыртпалықты арттырды;
- қордың медициналық ұйымдар алдындағы қарызы қалыптасты;
- қорға қарсы сыбайлас жемқорлық және жиналған қаражатты ысырап ету айыптары тағылды;
- медициналық қызметтерге ақы төлеу аймақтарда әр түрлі әдістер мен тарифтер бойынша жүзеге асырылды;
- денсаулық сақтау саласындағы ақпараттық жүйелер жеткілікті деңгейде қалыптаспаған, сондықтан барлық жұмыстың тиімділігі төмен деңгейде болды.

Жоғарыда аталған жағдайларға байланысты Қазақстан Республикасында 1996 жылдан 2000 жылға дейін жұмыс істеген міндетті медициналық сақтандыру сәтсіз аяқталды.

Қазіргі кезде Қазақстанда бұрынғы жағымсыз тәжірибені ескере отырып, міндетті медициналық сақтандыру енгізілуде. Қазақстандағы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру моделін таңдау кезінде 50-ден астам елдің тәжірибесі қарастырылды және ескерілді.

Қазіргі кезде әлемде денсаулық сақтауды қаржыландырудың үш негізгі моделі басым - бюджеттік, сақтандыру және аралас. Бюджеттік модель Ұлыбритания, Испания, Италия, Швеция сияқты елдерде бар.

Әлеуметтік мемлекеттік сақтандыру Германия, Франция, Бельгия, Корея, Жапонияда, Словакияда жарамды, бірнеше Шығыс Еуропа елдерінде, жалпы саны 30 мемлекетте жұмыс жасайды, ал АҚШ-та жеке сақтандыру бар. Бірақ көптеген елдер «бюджеттік» және «сақтандыру» моделін біріктіреді, өйткені оның тиімділігі дәлелденген.

2020 жылдың 1 қаңтарынан бастап ең жақсы әлемдік тәжірибені ескере отырып, Қазақстанда медициналық сақтандырудың аралас моделі енгізілді.

Қазақстандағы медициналық сақтандыру қорына аударым ставкалары бойынша басқа елдермен салыстырғанда ең қолайлы шарттар болып табылады.

Кесте 1- Денсаулық сақтау жүйесін қаржыландырудың халықаралық тәжірибесі

Мемлекеттер	Жалпы салықтық түсімдер есебінен	Міндетті медициналық сақтандыру жарналары есебінен	Ерікті медициналық сақтандыру жарналары есебінен	Тікелей (жекеменшік) төлемдер мен басқа түсімдер есебінен
Нидерланды	3 %	63 %	20 %	14 %
Франция	4 %	75 %	13%	8 %
Эстония	6 %	72 %	0	2 %
Бельгия	7 %	64 %	4 %	25 %
Словения	7 %	68 %	12 %	13 %
Словакия	8 %	65 %	0	27 %
Чехия	9 %	80 %	0	11 %
Латвия	9 %	44 %	1 %	46 %
Литва	10 %	57 %	0	33 %
Германия	11 %	66 %	10 %	13 %
Румыния	13 %	62 %	5 %	20 %
Люксембург	17 %	73 %	2 %	8 %
Греция	23 %	29 %	2 %	46 %
Болгария	27 %	31 %	0	42 %
Австрия	29 %	46 %	8 %	17 %
Швеция	85 %	0	0	15 %
Ұлыбритания	87 %	0	1 %	12 %

Кесте 2 - Қазақстан Республикасында денсаулық сақтауды қаржыландыру құрылымы

Көздері	2017	2018	2019	2020
Жалпы салықтық түсімдер есебінен				
ЖММС жарналары есебінен				
Ерікті МС жарналары есебінен				
Тікелей (жекеменшік) төлемдер есебінен				

Қазақстан Республикасының Үкіметі медициналық көмектің кепілдендірілген көлемінің жаңа үлгісін және 2020 жылдың 1 қаңтарынан бастап медициналық қолдаудың үш деңгейлі жүйесін енгізуді көздейтін міндетті медициналық сақтандыру пакетін ұсыну арқылы халықтың қаржылық қауіпсіздігін арттыруды жоспарлап отыр.

Бірінші деңгей: ТМККК-нің жаңа моделі мемлекеттік міндеттемелердің нақты шекараларын анықтайды және халықты негізгі медициналық қызметтермен әмбебап қамтудың жалпыға танылған халықаралық стандартын жүзеге асырады.

Екінші деңгей: медициналық көмектің кепілдендірілген көлемінен асатын медициналық көмектің қол жетімділігін қамтамасыз ететін, сақтандырылған тұрғындарды міндетті медициналық сақтандыру пакеті.

Үшінші деңгей: кепілдендірілген медициналық көмек пен міндетті медициналық сақтандыру пакеттеріне кірмейтін медициналық қызметтер. Олар ақылы негізде немесе ерікті медициналық сақтандыру арқылы жүзеге асырылады.

Жарналарды / жарналарды есептеу үшін қабылданатын айлық табыс ең төменгі жалақының 15 еселенген мөлшерінен аспауы керек.

3-кесте - Міндетті медициналық сақтандыру бойынша аударымдар мен жарналарды есептеу

Шегерімдер/	**Жұмыс берушілердің**	**Жұмысшылардың**	**Жеке кәсіпкерлер жарнасы**

жарналар есептеу нысаны (бұдан әрі қарай ЕН)	**жұмысшы үшін шегерімдері**	**жарнасы**	
	Жұмыс берушінің шығындары,жұмысшыға табыс түрінде төленеді(жалақы қоры)	Жұмыс берушілермен берілетін табыстар (жалақы)	Кәсіпкерлік ісімен айналысу нәтижесінде тапқан табыстары Доходы, полученные ими
Уәкілетті орган айқындайтын аударымдар мен жарналар төленбейтін кірістерді қоспағанда: іссапарлар үшін өтемақы және жұмыс сапары, жұмысшылардың далалық жәрдемақысы, жұмысшыларды жеткізуге байланысты шығыстар, оқуға төленгені үшін төлемдер, жеңілдіктер мен бюджет қаражатынан өтемақы, демалыс денсаулықты жақсарту, медициналық қызметтерге төленетін төлемдер, бала туылған кезде, ең төменгі жалақының 8 шегінде стипендия, сақтандыру сыйлықақылары шегінде жерлеу үшін төлемдер			
Шегерімдер/ жарналар көлемі	01.01.2017 ж.бастап – ЕН 2%	01.01.2019 ж.бастап – ЕН 1%;	01.01.2017 ж.бастап – ЕН 2%;
	01.01.2018 ж.бастап – ЕН 3%	01.01.2020 ж.бастап – ЕН 2% .	01.01.2018 ж.бастап – ЕН 3%;
	01.01.2019 ж.бастап – ЕН 4%		01.01.2019 ж.бастап – ЕН 5% ;
	01.01.2020 ж.бастап – ЕН 5%		01.01.2020 ж.бастап – ЕН 7%.
Шегерімдер / жарналар объектісінің минималды мөлшері ең төменгі жалақыдан кем болмауы керек. Шегерімдер/жарналар үшін қабылданатын төлем, яғни айлық табыс мөлшері ең төменгі жалақының 15 еселенген көлемінен аспауы тиіс.			
Шегерімдер мен аударымдаар кезеңдері	Жұмысшылардың шегерімдер/жарналарды есептеу мен аудару жұмыс берушімен ай сайын орындалады	Физикалық тұлғалардың шегерімдер/жарналарды есептеу мен аудару ай сайын келісім жасалған салық агенттерімен орындалады	Жеке кәсіпкерлердің шегерімдер/жарналарды есептеу мен аудару ай сайын жеке кәсіпкер өзі Мемлекеттік корпорация арқылы Фондтың шотына есептік айдың 25-ші жұлдызынан кеш емес

2017 жылдың 1 шілдесінен 2019 жылдың 31 қаңтарына дейінгі аударымдар мен жарналардың жалпы сомасы 162,52 млрд. құрайды.

2019 жылы кепілдендірілген медициналық көмекке 1 тұрғынға шаққандағы шығын-52,5 мың теңге. 2020жылы кепілдендірілген медициналық көмек пен міндетті медициналық сақтандыру бойынша 1 тұрғынға арналған шығындар -92,2 мың теңге, бұл медициналық қызметтер бағасының 76%-ға өскендігін көрсетеді.

Медициналық қызметтерге тарифтердің 15%-ға дейін көтерілуі медицина қызметкерлерінің жалақысының 30% дейін өсуіне әкелді. Халықтың медициналық қызметтерге «қалта» шығындарының үлесі азайды.

Кепілдендірілген медициналық көмектің жаңа моделін және міндетті медициналық сақтандыру пакетін іске асырудың нәтижелері:

Қазақстан Республикасының бүкіл халқы үшін кепілдендірілген медициналық көмектің жаңа моделін енгізу халыққа медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттырады:

- жалпы тәжірибелі дәрігер секцияларын босату (2200 адамнан 1700 адамға дейін);
- әлеуметтік маңызы бар және созылмалы ауруларды амбулатоиялық-емханалық қамтамасыз ету (онкология, туберкулез, АИВ/ЖИТС, қант диабеті, жүрек-қантамырлары және т.б.);
- негізгі соылмалы жұқпалы емес ауруларға медициалық көмектің барлық спектрі (аурулардың 70%);

2. Сақтандырылған адамдар үшін міндетті медициналық сақтандыру пакеті медициналық көмек пен қызметтердің қол жетімділігін едәуір арттырады:

- консультациялық-диагностикалық көмек 3 рет;
- қалпына келтіруге арналған көмек 2,7 есе;
- еңбекке қабілетті жастағы адамдарды профилактикалық тексерумен толық қамту.

Қорытынды: Міндетті медициналық сақтандыруды енгізу:

- халықтың сапалы медициналық қызметтерге (мамандандырылған және жоғары технологиялық медициналық қызметтер) қол жетімділігін арттырады;
- халықтың қажеттіліктерін қанағаттандыруға қабілетті денсаулық сақтау жүйесін қаржыландырудың жаңа көзі қалыптасты;

- халықтың өмір сүру сапасы мен ұзақтығын жақсартады;
- халықты амбулаториялық-емханалық қызметтер мен дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету көлемін ұлғайтуға мүмкіндік береді;
- денсаулық сақтау саласындағы бейресми төлемдер деңгейін төмендетуге мүмкіндік береді;
- денсаулық сақтау саласында жаңа ақпараттық технологиялардың (цифрлық) дамуын ынталандырады;
- науқастарды диагностикалау мен емдеудің жаңа заманауи медициналық технологияларын енгізуге мүмкіндік береді;
- медициналық қызметкерлерді халыққа медициналық қызмет көрсетуге соңғы нәтижеге бағыттайды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау саласы туралы» Кодексі 18 қыркүйек 2009 жыл №194-IV. http://adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193
2. Қазақстан Республикасының 2020-2025 жылдарға арналған даму бағдарламасы. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2019 ж. 26-желтоқсанындағы № 982 қаулысымен бекітілген. http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982
3. https://fms.kz/ru, https://fms.kz/ru/content/o-fonde *- «Әлеуметтік медициналық сақтандыру фонды» коммерциялық емес акционерлік қоғамы. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2016 жылғы № 389 қаулысына сәйкес.*

Автор для корреспонденции: Венера Рашимбетова - Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ Шымкент медицина институтының «Педиатрия» кафедрасының оқытушысы, магистр +77786600469, doc-rvm@mail.ru

VALEO

УДК:614; 614.2; 617.7

КЕРИМБАЕВА З.А. [1], **ГИЗЕМАНН Т.К.М.** [2], **ОРАЗОВА Г.У**[3]
[1]НАО «Медицинский университет Астана»,
[2]Клиника Коновалова, Алматы

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Аннотация:
Полученные в ходе нашего исследования результаты показали высокую удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых услуг. Большинство пациентов считают своего лежащего врача и медицинских сестер профессионалами. Выявленные недостатки в ходе анализа социологического опроса дают возможность более точно ориентироваться в направлении развития и изменения имеющейся службы для достижения высокой удовлетворенности пациентов качеством оказания офтальмологической помощи

Ключевые слова: медицинские услуги, офтальмологическая помощь, социологическое исследование, пациенты.

КЕРИМБАЕВА З.А. [1], **ГИЗЕМАНН Т.К.М.** [2] ,**ОРАЗОВА Г.У**[3]
КеАҚ «Астана медицина университет»,
Коновалов клиникасы, Алматы

ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК ТИІМДІЛІГІН ТАЛДАУ

Біздің зерттеу барысында алынған нәтижелер пациенттердің көрсетілетін қызметтердің сапасына жоғары қанағаттанушылығын көрсетті.Пациенттердің көпшілігі өздерінің дәрігірі мен медбикелерін кәсіби мамандар деп санайды. Социологиялық талдау барысында анықталған кемшіліктер науқастардың офтальмологиялық көмектің сапасына жоғары қанағаттанылуына қол жеткізу үшін өздерінің қолданыстағы қызметінің дамуы мен өзгеруі бағытын дәлірек айқындауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: медициналық қызметтер, офтальмологиялық көмек,Социологиялық зерттеулер, науқастар

KERIMBAYEVA Z.A.[1], GIZEMANN T.K.M. [2], ORAZOVA G.U.[1]
[1]NJSC «Medical University Astana», Nur-Sultan, Kazakhstan
[2]Konovalov Clinic, Almaty, Kazakhstan

ANALYSIS OF THE SOCIAL EFFECTIVENESS OF OPHTHALMIC CARE

The results obtained in the course of our study showed high patient satisfaction with the quality of services provided. Most patients consider their lying doctor and nurses to be professionals. The identified shortcomings during the analysis of the sociological survey make it possible to more accurately orientate themselves in the direction of development and change of the existing service to achieve high patient satisfaction with the quality of ophthalmological care.

Key words: medical services, ophthalmological care, sociological research, patients.

В настоящее время одним из востребованных видов медицинских услуг при болезнях глаза и его придаточного аппарата, остаются медицинские услуги, связанные с медицинскими вмешательствами. Это обусловлено как со старением населения и повышением распространенности болезней этой группы, так и развитием современных инновационных технологий, позволяющих осуществлять чувствительную диагностику заболевании глаз [1].

Оптимизация медицинских услуг, внедрение новых управленческих и организационных форм, обеспечение населению доступной и качественной медицинской помощи является ключевым шагом в стратегии национальной безопасности республики. Важно отметить, что социальное значение заболеваний глаз и его придаточного аппарата огромное, эти заболевания обусловливают высокую инвалидность населения, резко повышают временную нетрудоспособность населения и резко снижают качество жизни [2,3]. Вопросы обеспечения доступности и качества офтальмологической помощи является одной из приоритетных задач системы здравоохранения на современном этапе.

Цель исследования: оценить удовлетворенность пациентов качеством оказанной им офтальмологической помощи.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено проспективное исследование методом анкетирования, в котором приняли участие 100 опрошенных пациентов, получающих специализированную медицинскую помощь в областной офтальмологической больнице г.Шымкент на предмет удовлетворенности качеством оказанной им офтальмологической помощи. Проводилась она по стационарным и амбулаторно-поликлиническим пациентам с болезнями глаз и придаточного аппарата. Анкетирование проводилось анонимно, перед началом анкетирования все респонденты подписывали информированное согласие. Для исследования субъективного мнения пациентов, получивших офтальмологическую помощь была разработана анкета для пациентов стационарного и поликлинического этапа. Анкета учитывает особенности предоставления специализированной офтальмологической помощи и позволяет оценить основные параметры ее доступности и качества оказания медицинской помощи. Нами изучены и проанализированы ответы на вопросы, анализ и описание данных отражен в четвертой главе. Основной задачей социологического опроса стало выявление проблем больных, требующих решения в рамках проводимых и планируемых реформ

Результаты. Результаты опроса показали, что у большинство пациентов стационара чувствуют себя хорошо 87%, удовлетворительно 13%. В нашем исследовании важнейшим показателем явилась оценка пациентами качества оказания офтальмологической помощи.

Одним из показателей, дающих представление о доступности и качестве медицинских услуг является удовлетворенность пациентов результатами диагностики и лечения. Результаты опроса выявили, что полностью удовлетворены диагностикой и лечения 80% пациентов, скорее удовлетворены 16% и затруднились ответить 4%.

Среднее количество дней прибытия в стационаре составило в среднем 5 дней по итогам опросника.

По данным опроса, большинство пациентов были госпитализированы по направлению врача поликлиники 76% и меньше обратились самостоятельно 24% (рисунок).

По результатам опроса пациентов по удовлетворенности профессионализмом врачей и медицинских сестер, оказывающих офтальмологическую помощь выявлено, что 84% пациентов удовлетворены профессионализмом врачей, 73% удовлетворены профессионализмом медицинских сестер. При этом необходимо отметить, что иногда пациенты сталкивались с недостаточно внимательным отношением врача – 4,0% и медицинских сестер -2,0%.

Большинство пациентов в процессе лечения оценивают свое состояние как улучшение 66%, небольшое улучшение 28,7% и только 5,3% пациентов затруднились ответить. В целом большинство отмечают положительную динамику.

Возрастная группа пациентов: 20-29 лет 6,5%, 30-39 лет 17,8%, 40-49 лет 12,1%, 50-59 лет 31,8%, 60-69 лет 19,7%, 70-79 лет 7,5%, 80 и старше 4,6%. Таким образом, наиболее уязвимая группа - это пациенты в возрасте от 50-59 лет, от 60-69 лет и 30-39 лет. Меньше всего в возрастной группе от 80 и старше и 20-29 лет. Из этого можно сделать вывод, что больше всего страдает трудоспособная часть населения.

В результате опроса пациентов поликлиники офтальмологической областной больнице г.Шымкент, получивших лечение, было выявлено, что большинство пациентов оценивают свое самочувствие, как хорошо 89% и удовлетворительно 11%.

Результаты опроса по удовлетворенности пациентов результатами диагностики и лечения выявили, что полностью удовлетворены диагностикой и лечением 63% пациентов амбулаторного этапа, скорее удовлетворены 31% и затруднились ответить 6%.

Частота обращений пациентов в поликлинику составило - обращение впервые 56%, 1 раз в год 27%, 1 раз в полгода 13%, 1 раз в 2-3 месяца 4%.

Результаты исследования показали, что наиболее частые причины по которым обращаются пациенты в поликлинику: по причине хронического заболевания 44%, на консультацию по направлению специалиста 19%, по причине острого заболевания 18%, профосмотры для оформления документов 7%, самостоятельно решили пройти профосмотр 12% (рисунок).

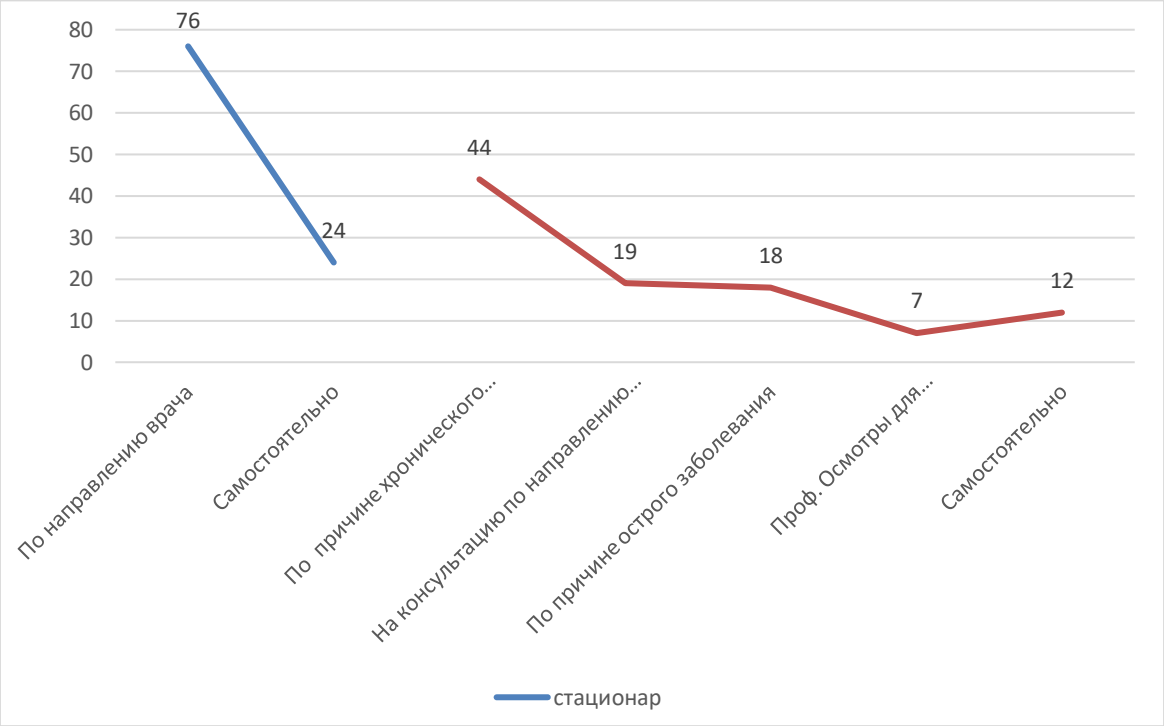


Рисунок 1 – Основные причины обращения населения в стационар и поликлинику областной офтальмологической больницы г.Шымкент

По результатам опроса пациентов по удовлетворенности врачей и медицинских сестер, оказывавших офтальмологическую помощь на амбулаторном этапе выявлено, что 76% пациентов удовлетворены профессионализмом врачей, 71% удовлетворены профессионализмом медицинских сестер.

Из литературных [3,4,5,6,7,8] данных выявлено, что уровень предоставления офтальмологической помощи во многом зависит от наличия специалистов-офтальмологов и их профессиональной подготовки, организационной системы предоставления офтальмологической помощи, ее реформирования и модернизации, оптимизации взаимодействия областных, городских, региональных и республиканской офтальмологической службы.

При этом необходимо отметить, что иногда пациенты сталкивались с недостаточно внимательным отношением врача 6% и медицинских сестер 3%. В целом есть положительная тенденция, но отрицательные моменты в виде недостаточного внимания к пациенту могут быть связаны с неправильной организацией труда.

Большинство пациентов оценивают свое самочувствие при обращении в поликлинику как хорошо 89% и удовлетворительно 11%.

Возрастные группы пациентов: от 20-29 лет 3%, от 30-39 лет 4%, от 40-49 лет 6%, от 50-59 лет 28%, от 60-69 лет 33%, от 70-79 лет 24%, от 80 и старше 2%. Наибольший процент в возрастной группе 50-59 лет, меньше всего в возрастной группе 80 и старше, 20-29 лет и 30-39 лет.

Обсуждение. Таким образом, если сравнивать возрастные группы на стационарном и амбулаторном лечении, то можно сказать, что самая уязвимая группа 50-59 лет на обеих этапах лечения.

В более молодой возрастной категории на амбулаторном этапе мы видим небольшой процент пациентов, что может свидетельствовать о низкой выявляемости, меньшей обращаемости пациентов вследствие низкой информированности о последствиях заболевания или о недоверии к государственной медицинской службе.

Сравнительный анализ оценки качества офтальмологической помощи на стационарном и амбулаторном уровнях выявил, что качество оказания специализированной офтальмологической помощи стационара и поликлиники пациенты оценили удовлетворительно, удовлетворённость пациентами качеством в обеих этапов составила 87,0 % и 89% соответственно. При этом необходимо отметить, что иногда пациенты сталкивались с недостаточным внимательным отношением врача – 4,0% и медицинских сестер -2,0%.

Сравнительный анализ опроса выявил, что, большинство пациентов были госпитализированы по направлению врача поликлиники 76% и меньше обратились самостоятельно 24%, наиболее частые причины по которым обращаются пациенты в поликлинику: по причине хронического заболевания 44%, на консультацию по направлению специалиста 19%, по причине острого заболевания 18%, профосмотры для оформления документов 7%, самостоятельно решили пройти профосмотр 12%.

Как показал сравнительный анализ опроса, пациенты, обращаясь за стационарной офтальмологической помощью, ориентировано на такие критерии, как быстрое и качественное оказание медицинской помощи, также использование учреждением современного оборудования. В целом на стационарном этапе большинство пациентов принимавших участие в опросе (79,9 %) предпочитали обращаться за помощью по причине по направлению врача поликлиники 76%, а на поликлиническом этапе по причине хронического заболевания 44%.

Сравнительный анализ опроса пациентов по вопросам оценки свое состояние после лечения большинство пациентов стационара в процессе лечения оценивают свое состояние как улучшение 66%, небольшое улучшение 28,7%, а на амбулаторном уровне − большинство пациентов оценивают свое самочувствие после обращении в поликлинику как хорошо 89% .

Таким образом, анализ полученных данных в ходе социологического исследования позволили конкретизировать основные проблемы областной офтальмологической больницы г.Шымкент. Необходимо улучшить информированность населения об офтальмопатологии и повышать уровень доверия пациентов к врачам и системе здравоохранения. Все это может привести к снижению доступности офтальмологической помощи, снижению качества диагностики и лечения, повышение роста уровня болезни глаз и его придаточного аппарата и инвалидности вследствие слепоты и слабовидения, особенно трудоспособного слоя населения [9,10]. Решение вышеизложенных проблем офтальмологической службы требует оптимизации труда медицинских работников в рамках проводимых и планируемых реформ.

Выводы: Полученные в ходе нашего исследования результаты показали высокую удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых услуг. Большинство пациентов считают своего лежащего врача и медицинских сестер профессионалами. Выявленные недостатки в ходе анализа социологического опроса дают возможность более точно ориентироваться в направлении развития и изменения имеющейся службы для достижения высокой удовлетворенности пациентов качеством оказания офтальмологической помощи

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Никитина О.Г., Кочорова Л.В. Современные проблемы организации амбулаторной офтальмологической медицинской помощи в крупном городе // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3.; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20243 (дата обращения: 14.11.2018).

2. Ботабекова Т.К., Краморенко Ю.С. Этапы медицинской реабилитации в офтальмологии//Қазақстан офтальмологиялық журналы. –2014. -№3-4. –С.18-20.

3. Керимбаева З.А. , Нургазина Г.К.,Гиземан Т.КМ. Медико-социальные аспекты заболеваемости населения глаукомой. //«Фармация Казахстана», Алматы, 2019 -№5. -С. 11-14.

4.Выдров А. С., Комаровских Е. Н., Кафанова Н. Ю. Анализ первичной инвалидности вследствие офтальмопатологии взрослого населения Амурской области // Здоровье населения и среда обитания. - 2013. - № 3 (240). - С. 89-91.
5. Либман Е.С. Медико-социальные проблемы в офтальмологии//IX съезд офтальмологов: Материалы. –М. – 2010. –С. 70-71.
6.Стародубов В.И., Сон И.М., Стерликов С.А. Оценка эффективности деятельности региональных систем здравоохранения.//Менеджер здравоохранения. – 2010. –N 3. –С.15-25.
7. Азанова Б.А.,Умралина А.С., Мусина Г.А., Мергентай А., Каупбаева Б.Т. О некотрых аспектах создания социально-ориентированной модели ПМСП в Казахстане//Денсаулық сақтауды дамыту журналы. –2013.– №3(16). –С.42-48.
8. Махамбетов Д.Ж., Байгабулов М.Ж., Айдаралиев Б.Ж. Результаты консультативной офтальмологической помощи в рамках Республиканская акции «Поезд «Менің Қазақстаным».// Қазақстан офтальмологиялық журналы Алматы.- 2015. – № 1-2. – С. 24-26.
9.Постановление Правительства РК от 16.03.2016г. №13. «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы.
10. Бахритдинова Ф.А., Нарзикулова К.И., Миррахимова С.Ш., Намазов А.С. Совершенствование лечения воспалительных заболеваний глазной поверхности//Казахстан офтальмологиялык журналы. – 2018. – № 1-2. – С. 48–49.

Автор для корреспонденции: Керимбаева З.А. - профессор кафедры общественного здоровья и менеджмента Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан, тел.: +77029799976

VALEO

УДК: 614; 614.2; 614:33

КЕРІМБАЕВА З.А.[1], АХМАДИЕВА К.Е.[2], ОРАЗОВА Ғ.Ұ.[3], ТҰРМАХАНБЕТОВ Б.М.[4]
[1] Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және менеджмент кафедрасының профессоры, Нұр-Сұлтан, Қазақстан
[2] Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының фармакология, фармакотерапия және клиникалық фармакология кафедрасының меңгерушісі, Шымкент, Қазақстан
[3] Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының доценті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан
[4] ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау Жоғары мектебінің докторанты, Алматы, Қазақстан

АЙМАҚТЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КӨРСЕТУ ДЕҢГЕЙІНДЕГІ ӘЛЕУМЕТТІҢ КӨМЕК ЖАҒДАЙЫ

Түйіндеме:

Жұмыстың мақсаты: аймақ жағдайында халыққа медициналық-санитариялық көмектің әлеуметтік көрсеткіштерін талдау.

Материалдары мен әдістері. Бұл зерттеу жұмысының барысында Шымкент қаласының №3 емханасында тіркелген тұрғындарға, еңбекке жарамсыз зейнеткерлерге, 70 жастан асқан зейнеткерлерге, мүгедектерге және жалғыз басты науқастарға үйде және емханада 2015-2017 жылдар аралығында әлеуметтік-медициналық қызмет көрсету жұмыстарына талдау жүргізілді

Нәтижесі. Зерттеу барысында медико-әлеуметтік көмектің санының 2017 жылы ұлғайғаны (39,2%) байқалады. Аталмыш көмек 2015 жылы 36,5% құраған. Емхана бойынша бекітілген халыққа арнайы әлеуметтік қызметтерді көрсету мониторингінің индикаторларын талдау медициналық-әлеуметтік қызметтердің саны зерттеу кезеңдерінде (2015 ж.- 3701, 2017 ж. - 6042) 1,6 есе артқанын анықтады.

Қорытынды. Денсаулық сақтауды жаңғырту бағдарламасын іске асыру шеңберінде емханада оң нәтижелер беретін өзгерістер орын алады, атап айтқанда бекітілген халыққа әлеуметтік қызметтер жұмысының оң динамикасы байқалады.

Түйін сөздер: медициналық-санитариялық алғашқы көмек, әлеуметтік көмек, Қазақстан.

KERIMBAYEVA Z.A.[1], AKHMADIEVA K.E.[2], ORAZOVA G.U.[3], TURMAKHANBETOV B.M.[4]

[1] Professor of the Department of Public Health and Management, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan
[2] Head of the Department of Pharmacology Pharmacotherapy and Clinical Pharmacology South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan
[3] Associate Professor of the Department of Public Health and Hygiene, Medical University Astana, Nur-Sultan, Kazakhstan
[4] Doctoral student of the Higher School of Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan

STATE OF SOCIAL ASSISTANCE IN THE FRAMEWORK OF PRIMARY HEALTH CARE AT THE REGIONAL AT THE REGIONAL LEVEL

The aim: Analysis of indicators of social assistance in the framework of health care to the population at the regional level.

Materials and methods. In the course of this study, an analysis of the work of the polyclinic No. 3 in Shymkent in the provision of social and medical services to disabled pensioners, pensioners over 70 years old, disabled people and lonely sick people at home for 2015-2017 was carried out.

Results. The study noted an increase in the number of medical and social assistance in 2017 (39.2%). Indicators for this type of assistance in 2015 amounted to 36.5%. An analysis of the monitoring indicators for the provision of special social services to the attached population revealed that the number of medical and social services during the study period increased 1.6 times (2015 - 3701, 2017 - 6042).

Conclusions. As part of the implementation of the health care modernization program in the polyclinic №3. Shymkent, there is a positive trend in the work of social services.

Key words: primary health care, social assistance, Kazakhstan.

КЕРИМБАЕВА З.А.[1], АХМАДИЕВА К.Е.[2], ОРАЗОВА Ғ.Ұ.[3], ТУРМАХАНБЕТОВ Б.М.[4]
[1] Профессор кафедры общественного здоровья и менеджмента Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан
[2] Заведующая кафедрой фармакологии, фармакотерапии и клинической фармакологии, Южно-Казахстнская медицинская академия, Шымкент, Казахстан
[3] Доцент кафедры общественного здоровья и гигиены Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан
[4] Докторант Высшей школы общественного здравоохранения МЗ РК, Алматы, Казахстан

СОСТОЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕГИОНАЛЬНОГО НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Цель работы: Анализ показатели социальной помощи в рамках медико-санитарной помощи населению на региональном уровне.

Материалы и методы. В ходе данного исследования проведен анализ работы поликлиники №3 г. Шымкент по оказанию социально-медицинских услуг нетрудоспособным пенсионерам, пенсионерам старше 70 лет, инвалидам и одиноким больным на дому за 2015-2017 годы.

Результат. В ходе исследования отмечается увеличение количества медико-социальной помощи в 2017 году (39,2%). Показатели по данному виду помощи в 2015 году составили 36,5%. Анализ индикаторов мониторинга оказания специальных социальных услуг прикрепленному населению выявил, что количество медико-социальных услуг за исследуемый период увеличилось в 1,6 раза (2015 г. - 3701, 2017 г. - 6042).

Выводы. В рамках реализации программы модернизации здравоохранения в поликлинике №3. Шымкент наблюдается положительная динамика работы социальных служб.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, социальная помощь, Казахстан.

Кіріспе: Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) бастапқы медициналық-санитарлық көмектің ұлттық денсаулық сақтауда және халық арасында денсаулықты нығайту мен сақтауда маңызды бөлігі екенін көрсетеді [1,2]. Әдеби деректерді талдау әрбір ел өңірдің географиялық, демографиялық, климаттық және мәдени ерекшеліктеріне байланысты халықтың денсаулығын сақтау бастапқы медициналқ-санитарлық көмек арқылы ерекше мәселелерді шешетінін анықтады [3-5]. Мұнда медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) назарының объектісі науқас немесе ауру кезінде науқас емес, оның тұрмыстық, әлеуметтік, психологиялық және экономикалық мәселелері бар отбасы болып табылады.

Сондықтан отбасылық дәрігердің жұмысы әрбір қызмет көрсетілетін отбасында аурулардың пайда болу мүмкіндігін зерттеу арқылы аурудың пайда болуының алдын алуға бағытталған. Яғни, барлығы үшін денсаулықты қамтамасыз ету үшін МСАК өзгеретін әлемнің шақыруларына жауап беруі, денсаулық сақтау жүйесін жақсартуға қатысты өсіп келе жатқан күтулерге сәйкес келуі тиіс. Бұл МСАК көмекті жаңарту жағына бағдарлана отырып, қазіргі заманғы денсаулық сақтау жүйелерін реформалауды және елеулі қайта бағдарлауды көздейді.Қазіргі кезеңде денсаулық сақтау жүйесінің стратегиялық міндеті МСАК ұйымының кәсіпқойларынан халықтың психикалық және соматикалық мәселелерді шешуге бағытталған интеграцияланған тәсілді талап етеді [3]. Қазіргі уақытта әлеуметтік маңызы бар ауруларды ерте анықтау бүкіл әлемде өзекті мәселе болып қалуда.

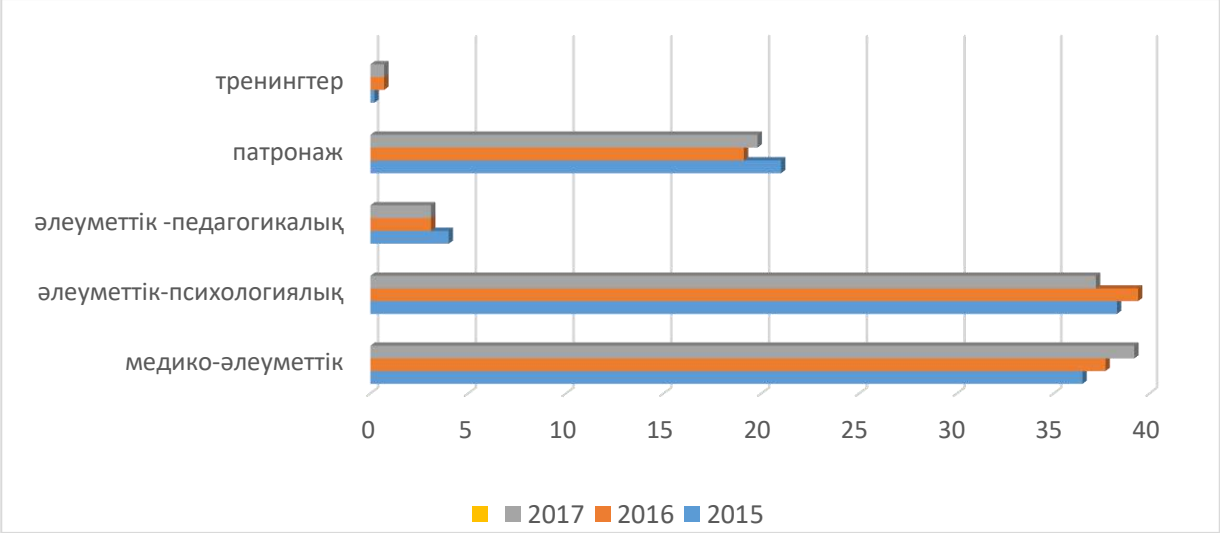
Жұмыстың мақсаты: аймақ жағдайында халыққа медициналық-санитариялық көмектің әлеуметтік көрсеткіштерін талдау.

Зерттеу әдістері мен материалдары: Бұл зерттеу жұмысының барысында Шымкент қаласының №3 емханасында тіркелген тұрғындарға, еңбекке жарамсыз зейнеткерлерге, 70 жастан асқан зейнеткерлерге, мүгедектерге және жалғыз басты науқастарға үйде және емханада 2015-2017 жылдар аралығында әлеуметтік-медициналық қызмет көрсету жұмыстарына талдау жүргізілді. Талданып отырған ақпарат әлеуметтік көмектің келесі түрлерін қамтыды:

- тренингтер;
- патронаж;
- әлеуметтік-педагогикалық;
- әлеуметтік-психиологиялық;
- Медико-әлеуметтік.

Жұмыста зерттеудің акпараттық-аналитикалық, ретроспективті, статистикалық зерттеу әдістері қолданылды.

Нәтижелері: Шымкент қаласының №3 емханасында әлеуметтік-психологиялық көмек және алдын алу бөлімшесінде әлеуметтік қызметкерлер жұмыс істейді. Біздің жұмыста 2015 жылмен (23) салыстырғанда 2017 жылы (118) ұйымдастырылған тренингтер санының артқаны байқалды. Алдын алудың негізгі бағыттары науқастар өз денсаулығы үшін жеке жауапкершілікті қалыптастыру және науқастардың өздерінің міндетті түрде қатысуымен алдын алу бағдарламаларын құру болып табылады (сурет 1).



Сурет 1 – Тіркелген тұрғындарға көрсетілген әлеуметтік қызметтер (%)

Зерттеу барысында медико-әлеуметтік көмектің санының 2017 жылы ұлғайғаны (39,2%) байқалады. Аталмыш көмек 2015 жылы 36,5% құраған.

Емхана бойынша бекітілген халыққа арнайы әлеуметтік қызметтерді көрсету мониторингінің индикаторларын талдау медициналық-әлеуметтік қызметтердің саны зерттеу кезеңдерінде (2015 ж.- 3701, 2017 ж. - 6042) 1,6 есе артқанын анықтады.

Денсаулық сақтау жүйесін реформалаудағы әлеуметтік- психологиялық көмектің рөлін ұғынуға халықтың қызығушылығы артып келеді. Әлеуметтік жұмысты жүргізу қажеттілігі халық денсаулығының нашарлауына, сондай-ақ әлеуметтік және медициналық сипаттағы мәселелерді сапалы жаңа деңгейде шешуге байланысты. №3 емхананың әлеуметтік қызметкерлері өз жұмысында арнаулы әлеуметтік қызметтерді бұйрықтармен бекітілген түрлері және көлемі бойынша жүзеге асырады.

Арнайы әлеуметтік қызмет көрсетуде әлеуметтік-психологиялық, әлеуметтік-педагогикалық, патронаж және тренингтер маңызды орын алады. Қолайсыз отбасыларға әлеуметтік-психологиялық көмек көрсетіледі. Сонымен қатар әлеуметтік қызметкерлер үйде паллиативтік көмек көрсету бойынша мультидисциплинарлық топтарда жұмыс істейді. Психологтар мен әлеуметтік қызметкерлер девиантты мінез-құлықты балалармен және жасөспірімдермен, сондай-ақ өзіне-өзі қол жұмсау әрекеті бар адамдармен де айналысады.

Талқылау: Бүгінгі таңда көптеген елдерде МСАК өсіп келе жатқан талаптарға сәйкес келетін қажетті өзгерістер орын алуда. Әлеуметтік-психологиялық көмек әр түрлі мамандардың дәрігерлерінің күш-жігерін біріктіруге, науқастың мәселелерін тұтас қарастыру үшін және медициналық-әлеуметтік көмек көрсетудің бірыңғай тактикасын анықтау үшін біріктіруші рөлде ұсынылады [6-8].

Бүгінгі таңда ҚР денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту бастапқы медициналқ-санитарлық көмек тиімді модельдерін іздестірумен тікелей байланысты. Әлеуметтік бағдарланған бастапқы медициналқ-санитарлық көмектің медициналық-әлеуметтік көмек көрсету тетігі мынадай түрде әрекет етеді: медициналық-әлеуметтік ұйым - бұл ашық жүйе, оның шеңберінде сауықтыру процесінің субъектілері өзара іс-қимыл жасайды. Кіру элементі тіркелген халықтың медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек көрсетуге мұқтаждығы болып табылады [9-13]. Шығу элементі кезінде денсаулықты жақсартуға, қызмет көрсетілетін халықтың өмір сүру сапасын арттыруға ықпал ететін нәтижелер маңызды мәнге ие.

Медициналық-әлеуметтік көмек көрсететін қатысушылардың (дәрігерлер, әлеуметтік қызметкер, психологтар, тұрғындар ортасынан волонтерлер және т.б.) құрамы кеңеюде және оның мазмұны өзгереді. Медициналық-әлеуметтік көмек көрсету тетігінің қағидаты дені сау белсенді адамға бағдарланған. Денсаулық сақтау жүйесінің стратегиялық міндеттерін шешу халыққа медициналық-санитарлық көмек көрсетуді реформалау кезінде мүмкін болатын әлеуметтік бағдарланған медициналық көмекті құруға бағытталған.

Әдеби мәліметтерден [14,15] созылмалы аурулар науқас пен денсаулық сақтау жүйесі арасында қайта өзара әрекеттесуді талап ететіні белгілі. Осыған байланысты, қызметтерді ұсыну саласындағы қазіргі заманғы шешімдердің мақсаты орынды болған кезде ауруларды өз бетінше жүргізуді қолдайтын тетіктерді құру болып табылады Осының бәрі науқастардың құқықтары мен мүмкіндіктерін кеңейтеді, осының арқасында олардың жеке емделуіне қатысты шешімдер қабылдауға және оны жоспарлауға қатысуына мүмкіндік береді.

Қорытынды: Денсаулық сақтауды жаңғырту бағдарламасын іске асыру шеңберінде емханада оң нәтижелер беретін өзгерістер орын алады, атап айтқанда бекітілген халыққа әлеуметтік қызметтер жұмысының оң динамикасы байқалады. Әлеуметтік жұмысты жүргізу халықтың денсаулығын нығайтуға, сондай-ақ әлеуметтік және медициналық сипаттағы мәселелерді сапалы жаңа деңгейде шешуге ықпал етеді. Әлеуметтік осал топтарға баса назар аудару, тұрғылықты жері бойынша адамдармен белсенді жұмыс істеу бағдарламасын нығайту және қызмет көрсетудің жаңа технологияларын енгізудің маңызы зор. Бастапқы медициналық-санитарлық көмек жұмысы әрбір қызмет көрсетілетін отбасында аурулардың пайда болу мүмкіндігін зерделеу арқылы дерттердің пайда болуын алдын алуға бағытталған. Яғни, денсаулық барлығы үшін болуды қамтамасыз ету үшін МСАК денсаулық сақтау жүйесін жақсартуға қатысты өсіп келе жатқан үміттерге жауап беруі және сәйкес келуі тиіс. Бұл бастапқы медициналық-санитарлық көмекті жаңарту жағына бағдарлана отырып, қазіргі заманғы денсаулық сақтау жүйелерін реформалауды және елеулі қайта бағдарлауды көздейді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. World Health Organization. Targets for health for all.–Copenhagen: Regional Office for Europe, 1985.

2. Щепин О.П. и др Общественное здоровье и здравоохранение//-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 592 с.

3. Азанова Б.А., Умралина А.С., Мусина Г.А., Мергентай А., Каупбаева Б.Т. О некоторых аспектах создания социально-ориентированноймодели ПМСП в Казахстане // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. -2013.-№3 (16). - С.42-48.

4. Wilson L.M. Healthy people a new millenium. Progress and comparison onthe Healthy People 2000 and Healthy People 2010 objectives.

5. Мухамеджанова Г.Б., Мусирепова С.К. Стратегия в управлении здравоохранения ПМСП // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. -2014. - 4(14). -С.19-23.

6. Приказ министра здравоохранения РК от 20 декабря 2011 года №907 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности социального работника в сфере здравоохранения».

7. Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 г №114-IV «О специальных социальных услугах».

8. Приказ и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года №630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения».

9. Значение мониторинга здоровья детей и подростков в системе совершенствования первичной медико-санитарной помощи // Социальные и медицинские проблемы здоровья подростков: сб. науч. тр. - Рязань, 2010. - Вып.3.- С.29-30.
10. К вопросу организации амбулаторной медицинской помощи детскому населению г. Рязани: информационное письмо. - Рязань, 2011. - 19 с. - (Совм. с: Е.Е. Большакова).
11. Результаты экспертной оценки реализации программы родовых сертификатов в деятельности детских амбулаторно-поликлинических учреждений г. Рязани // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация,- 2011. -Вып.15,№ 16 (111).- С. 135-139. (Совм. с: И.В. Успенская).
12. Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л, Комаров Ю.М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. - №3. - С. 3-5.
13. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization. 2013. http://www.who.int/governance/ eb/who_constitution_en.pdf.
14. Гриднев О.В., Загоруйченко А.А. Доступность организации первичной медико-санитарной помощи в период реформирования амбулаторно- поликлинических учреждений столичного региона // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2015. - №2.- С.13-15.
15. Линденбратен А.Л. Использование критериев и показателей качества медицинской деятельности // Зам. главного врача. - 2016. -№4. – С. 56-62.

Редакциямен байналыс үшін: Тұрмаханбетов Б.М., ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау Жоғары мектебінің докторанты, Алматы, Қазақстан. E-mail: bmaratuly@gmail.com, Тел.:+77055020207

VALEO

УДК: 61:004

МАРАТОВА Д.М., САМАРОВА У.С., ХИСМЕТОВА З.А.
НАО «Медицинский университет Семей»

ЗНАЧИМОСТЬ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Аннотация:
Информационные системы здравоохранения предоставляют информацию для принятия решений на всех уровнях - от планирования и управления до оценки медицинских услуг. Регистрация жизненно важных событий является самым базовым уровнем любой информационной системы здравоохранения.
Ключевые слова:информационные системы, электронные медицинские записи,е-здравоохранение

Д.М.МАРАТОВА, У.С.САМАРОВА, З.А.ХИСМЕТОВА
КеАҚ «Семей медицина университеті»

МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДЕГІ АҚПАРАТТЫҚ ЖҮЙЕЛЕРДІҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелері жоспарлау мен басқарудан бастап медициналық қызметтерді бағалауға дейінгі барлық деңгейлерде шешім қабылдау үшін ақпарат береді. Өмірлік маңызды оқиғаларды тіркеу кез-келген денсаулық сақтау ақпараттық жүйесінің ең негізгі деңгейі болып табылады.
Түйінді сөздер: ақпараттық жүйелер, электрондық медициналық жазбалар, е-денсаулық сақтау.

MARATOVA D., SAMAROVA U, KHISMETOVA Z.
NCJSC «Semey medical university»

IMPORTANCE OF INFORMATION SYSTEMS IN MEDICAL ORGANIZATIONS

Health information systems provide information for decision-making at all levels, from planning and management to evaluation of health services. Registration of vital events is the most basic level of any health information system.

Keywords: information systems, electronic medical records, e-health

Провайдеры медицинских услуг во всем мире сталкиваются с одной проблемой: необходимостью улучшения результатов лечения пациентов при одновременном снижении затрат. К числу движущих факторов относятся растущий спрос на лечение хронических заболеваний у стареющего населения, технический прогресс и расширение возможностей пациентов, контролирующих свое здоровье. Цифровая трансформация в здравоохранении, благодаря созданию богатой базы медицинских данных и интеграции таких технологий, как Интернет устройства для здоровья, продвинутая аналитика, машинное обучение и искусственный интеллект, является ключевым компонентом для решения этих проблем. Это может привести к улучшению диагностики, профилактики и терапии пациентов, что в конечном итоге позволит лицам, оказывающим медицинскую помощь, использовать научно обоснованный подход для улучшения клинических решений. Взаимодействие с пациентом в реальном времени позволяет врачу наблюдать за пациентом "вживую", а не раз в несколько недель. Искусственный интеллект обеспечивает эффективное использование ресурсов здравоохранения и предоставляемых услуг, темсамым оптимизируя затраты. Однако платежи, основанные на процедурах, устаревшие системы, разрозненные источники данных с ограниченное внедрение стандартов данных, техническая задолженность, проблемы безопасности данных и конфиденциальности препятствуют эффективному использованию медицинской информации для максимального создания ценности для всех заинтересованных сторон в области здравоохранения. Все эти факторы приводят к созданию высокорегулируемой, ограниченной отрасли. В конечном счете, цель состоит в том, чтобы улучшить качество жизни и спасти жизни людей за счет создания интеллектуального провайдера медицинских услуг, полностью способного обеспечить ценностно-ориентированное здравоохранение и беспрепятственный доступ пациентов.

Цель исследования: проведение литературного обзора по значимости информационной системы в медицинских организациях.

Материалы и методы: Для реализации поставленной цели был осуществлен систематический поиск и последующий анализ данных публикаций и онлайн ресурсов. Все принятые к формированию обзора работы были индексированы в базах данных PubMed, Medline, e-Library, GoogleScholar, а также данные неопубликованных источников (с 1996 по 2015гг.).

Результаты обсуждения: Информационные технологии, обеспечивающие достижение этой цели, должны быть расширяемыми, безопасными, надежными и доступными, и адаптированы к уровню зрелости цифровизации отдельной организации [1].

Более чем через сто лет после своего основания институт медициныСША опубликовал доклад под названием «ERR is human: building a safer health system», в котором говорится, что от 44 тысяч до 98тысяч пациентов ежегодно умирают в Соединенных Штатах из-за потенциально предотвратимых медицинских ошибок [2]. С целью повышения качества медицинской помощи и, как следствие, снижения частоты нежелательных явлений доклад руководил внедрением электронных записей и других форм технологий в медицине, с целью повышения безопасности, быстрый доступ, эффективность иравенство. При рассмотрении этой стратегии необходимо задать два вопроса:

1. будет ли внедрение электронной записи гарантией достижения целей в области качества, определенныхИнституом медицины?
2. можно ли получить отдачу от инвестиций при внедрении электронной записи?

Что касается первого вопроса, то, хотя преимущества информационных технологий теоретически очевидны практически во всех сферах жизни общества, их применение в здравоохранении затруднено, а также их использование ограничено. Другой аспект заключается в том, что большинство приложений сосредоточено на финансовой и административной информации, а не на информации об уходе [3].

Многие исследования продемонстрировали успехи в клинической практике благодаря внедрению электронной записи. Chaudhry et al.
провели исследование с участием четырех организаций (Regenstrief Institute, Brigham and Women’s Hospital/Partners HealthCare, US Department of Veterans Affairs and LDS Hospital/Intermountain Health Care) и определил пять возможностейулучшения: надлежащее соблюдение протоколов; потенциал для повышения выживаемости, мониторинг хронических заболеваний и ихуход; снижение частотыошибок при приеме лекарств; и, наконец, сокращение использованияненужных ресурсов[4]. К факторам, которые следует учитывать при внедрении информационной системы в здравоохранении, относится выбор программного обеспечения; затраты на инфраструктуру; знания персонала о технологиях; параллельные проекты, которые могут конкурировать с реализацией; цели лидерства; управление проектами и развитие систем [5].

Информационные системы здравоохранения широко упоминаются как взаимное взаимодействие людей, процессов и технологий для предоставления информации, необходимой для улучшения качества медицинского обслуживания[6,7]. Более конкретно, ИС -это инструмент для сбора, хранения, анализа и

использования различных данных, в том числе медицинской информации о пациентах, генерируемой в медицинских учреждениях [8,9].

Интерес к индустрии здравоохранения, основанной на информационно-коммуникационных технологиях (ИКТ), также растет [10] с приходом Четвертой промышленной революции. Кроме того, правительство Кореи увеличило бюджет на проекты медицинской информатизации в 2019 году [11]. С быстрым развитием корейских ИКТ, внедрение или использование информационных систем в секторе здравоохранения стало более распространенным явлением, чем когда-либо.Поскольку превосходство корейской информационной системы здравоохранения признается за рубежом.

Другие страны заинтересованы в принятии корейскихИС. Учитывая, что под информатизацией понимается "использование информационных технологических ресурсов в организациях" [12], происходят изменения в представлениях и парадигмах медицинской информатизации.Считается, что эта тенденция к медицинской информатизации оказала положительное влияние на повышение эффективности выполнения задач [13].В прошлом ИС были просто приняты без какого-либо признания влияния на диагностику пациента и задачи организации [14]. Однако недавние эмпирические данныеподтвердили, что медицинская информатизация благодаря его внедрению и использованию оказала положительное влияниео процессе оказания медицинской помощи и результатах медицинского обслуживания, а также об общейэффективности управления медицинской организацей [15-18]. В отличие от вышеперечисленных, некоторые исследования выявили негативное влияние принятия ИС. Бремя затрат, нарушение рабочего потока, снижение доходов и риск
нарушения конфиденциальности пациентов являются потенциальными недостатками внедрения или использования ИС [19]. Точно также могут потребоваться дополнительные затраты, включая рабочую силу, для его обслуживания и управления, а также решение вопросов конфиденциальности пациента может занять много времени [20]. Несмотря на эти негативные аспекты, учитывая общие преимущества его использования, медицинская информатизация стала тенденцией, и его принятие стало скорее требованием, чем выбором для многих медицинских учреждений в Корее. Кроме того, существует много исследований, связанных с ИС, поскольку медицинская информатизация распространяется быстро. В частности, исследования в Корее, как правило, сосредоточены на технологических аспектах его проектирования и реализации [21-27], защите частной жизни и системной безопасности [26,28–31], стандартизации систем [32-34]и, в последнее время, интеграции ИС [22,35–39].

Таким образом,использование новых информационных технологий в современных медицинских центрах позволит легко вести полный учет всех оказанных услуг, сданных анализов, выписанных рецептов. Также при автоматизации медицинского учреждения заполняются электронные амбулаторные карты и истории болезни, составляются отчеты и ведется медицинская статистика. Автоматизация медицинских учреждений – это создание единого информационного пространства ЛПУ, что, в свою очередь, позволяет создавать автоматизированные рабочие места врачей, организовывать работу отдела медицинской статистики, создавать базы данных, вести электронные истории болезней и объединять в единое целое все лечебные, диагностические, административные, хозяйственные и финансовые процессы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Gayatri Gopal, Clemens Suter-Crazzolara, Luca Toldo and WernerEberhardt. Digital transformation in healthcare – architecturesof present and future information technologies //ClinChem Lab Med 2019; 57(3): 328–335*

2.Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson M. To err is human: building a safe healthsystem//Washington, DC:National Academy Press; 2000.

3.Stefan S. Evaluation of clinical metrics, medication reconciliation, problemlist and discharge instructions// J Health Inform Manag.2010;24(4):21-33.

4.Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematicreview: Impact of health information technology in quality, efficiency, andcosts of medical care.// Ann Intern Med. 2006;144(10):742-52.

5.Hansmann J. Evidence-based healthcare and information systems. In:Performance Improvement in Hospitals and Health Systems. Chicago: HIMSS;2009. p.131-41.

6.Almunawar, M.W.; Anshari, M. Health information system (HIS):Concept and technology//arXiv2012,arXiv:1203.3923.

7.Yazdi-Feyzabadi, V.; Emami, M.; Mehrolhassani, M.H. Health information system in primary health care:The challenges and barriers from local providers' perspective of an area in Iran.//Int. J. Prev. Med. 2015, 6, 57.

8. Kim, M.H. A study on the present state and appropriate direction for legislation about protection of personal medical information. // SungKyunKwan Law Rev.2005,17,109–124.

9. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators andTheir Measurement Strategies; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2008.
10. Song, Y.J. The 4th industrial revolution and digital healthcare policy.//Wkly. ICT Trends 2018, 1832, 4–12.
11.Etnews. Available online: http://www.etnews.com/20181108000125 (accessed on 29 March 2019).
12.Kluever, R. Globalization, informatization, and intercultural communication.// Am. Commun. J.2000, 3. Available online: http://ac-journal.org/journal/vol3/Iss3/spec1/kluver.htm (accessed on 15 June 2019).
13.Oh, Y.W. The way to improve the utilization of electronic medical record system in medical institution. // Policy Trend 2018, 12, 24–31.
14.Rim, B.M.; Yoo, K.S. An empirical study on effectiveness of hospital information system and its influencingfactors (with emphasis on the order communication system).//Korean Soc.Hosp.Admin.2001,6,115–137.
15. Kwon, S.M. A Paradigm Change and Innovation of Healthcare System in Knowledge Information Society;Korea Information Strategy Development Institute: Gwacheon, Korea, 2005.
16. Jamoom, E.; Beatty, P.; Bercovitz, A.;Woodwell, D.; Palso, K.; Rechtsteiner, E. Physician adoption of electronic health record systems: United States. NCHS Data Brief 2012, 98, 1–8.
17. Kim, C.T. The e_ects of electronic medical record (EMR) system on hospital management performance. Glob. Bus. Educ. Rev. 2014, 11, 157–178.
18. Frazee, R.; Harmon, L.; Papaconstantinou, H.T. Surgeons' perspective of a newly initiated electronic medical record. In Baylor University Medical Center Proceedings; Taylor & Francis: Abingdon, UK, 2016; Volume 29, p. 21–23.
19. Menachemi, N.; Collum, T.H. Benefits and drawbacks of electronic health record systems. Risk Manag.Healthc. Policy 2011, 4, 47–55.
20. Hassan, N.H.; Ismail, Z.; Rahim, F.A. A review on barriers in adopting healthcare information system.Adv. Sci. Lett. 2014, 20, 2184–2187.
21. Ahn, C.B.; Nah, Y.M. An implementation of integrated medical information system using XML. In The Human Society and the Internet Internet-Related Socio-Economic Issues. HSI 2001; Lecture Notes in Computer Science; Kim, W., Ling, T.W., Lee, Y.J., Park, S.S., Eds.; Springer: Heidelberg, Germany, 2000; Volume 2105, pp. 47–56.
22. Ahn, C.B.; Nah, Y.M. A design and implementation of XML DTDs for integrated medical information system. //J. Inst. Electron. Eng. Korea 2003, 40, 106–117.
23. Kim, C.S.; Kim, H.G. Design and implementation of mobile medical information system based radio frequency identification. //J. Radiol. Sci. Technol. 2005, 28, 317–325.
24. Kim, J.P.; Oh, A.S. Design and implementation of emergency medical system based on the standard of HL 7 message for utilization of patient medical information.//J. Korea Multimed. Soc.2011,14,295–306.
25. Kim, H.H.; Cho, J.R. A design of e_cient emergency medical information system using heuristic knowledge. J. Korea Ind. Inf. Syst. Res. 2013, 18, 47–56.
26. Yang, S.S.; Park, S.C. Design and implementation of medical information linkage system for providing personal health record. J. Korea Inst. Inf. Techol. 2013, 11, 133–142.
27. Lee, S.G.; Jeong, C.W. Design and implementation of medical information system using QR code. J. Internet Comp. Serv. 2015, 16, 109–115.
28. Hong, D.W.; Joo, H.K. Information security in hospital information exchange system. In Proceedings of the Korea Information Science Society Spring Conference (2001), Seoul, Korea, 19 October 2001; pp. 460–462.
29. Kim, C.S. The trends and prospects of health information standards: Standardization analysis and suggestions. J. Radiol. Sci. Techol. 2008, 31, 1–10.
30. Jeon, Y.J. The medical information protection and major issues. J. Korea Soc. Comp. Inf. 2012, 17, 251–258.
31. Kim, J.M.; Hong, S.S. Medical information security system using multi-authentication scheme. J. Converg. Secur. 2014, 14, 3–8.
32. Gong, J.G.; Jwa, Y.G.; Lee, H.J.; Yoon, S.M. Development of a integrated healthcare information system in standardized environment. J. Korean Soc. Med. Inf. 1998, 4, 1–6.
33. Kim, H.S.; Cho, H.; Lee, I.K. Design and development of an HER platform based on medical informatics standards. J. Korean Inst. Intell. Syst. 2011, 21, 456–462.
34. Jung, Y.S. A study on the health information standards for health information system implementation. J. Korea Ind. Inf. Syst. Soc. 2012, 17, 167–175.
35. Jung, Y.S. Implementation plan of integrated medical information system for ubiquitous healthcare service. //J. Korea Ind. Inf. Syst. Soc. 2010, 15, 115–126.
36. Kim, B.S. Status of U-healthcare and medical information system and operative challenges for medical information systems. J. Digit. Converg. 2011, 9, 65–75.
37. Kim, S.K.; Park, H.G.; Jeong, J.Y.; Shin, J.S.; Kim, S.H. A study on integrated medical information systems for the u-healthcare service environment. J. Korea Soc. Comp. Inf. 2013, 21, 299–300.

38. Cha, H.S. Jung, S.H.; Ryu, G.H.; Hwang, J.H. Design and implementation of authority management for the integrated medical information system in a hospital environment. J.Coverg.Secur. 2014,14, 57–64.
39. Hong, H.G. A study on the implementation of integrated medical information system. Koreanische Z. FuerWirtsch. 2016, 8, 21–33.

VALEO

УДК: 314: 331.4: 351.84: 613.6: 614.2

ZH. NAKIPOV, G.DAULETOVA, D.IMASHPAEV, R. KABDUNASSOVA, S. BEISENOVA, A. TURGAMBAYEVA
NJSC "Astana Medical University», Nur-Sultan city (Kazakhstan)

PUBLIC HEALTH ASPECTS RELATED TO REFUGEE HEALTH

Background:
Migrating people face situations that can affect their physical, mental and social well-being. The conditions accompanying the migration process can increase the body's vulnerability to disease. Although the health problems of refugees and migrants are similar to the rest of the population, in some groups the disease prevalence is higher.

Main text: The analysis of scientific publications of such databases as PubMed, Scopus, Web of science and others. The analysis was carried out for 2003-2018 years in comparison with the indicators of some countries where the population is more migrating. The most common health problems for newly arrived migrants include accidental injuries, hypothermia, skin burns, cardiovascular diseases, complications associated with pregnancy and childbirth, diabetes and hypertonia. Migrant women often face specific challenges, connected with maternal, newborn and child health, sexual, reproductive health and violence.

Legal status is one of the most important factors determining the access of migrants to medical services in the country. Every refugee and migrant must have full, uninterrupted access to a hospitable environment and, if necessary, to high-quality medical care without discrimination based on sex, age, religion, nationality or race.

Conclusion: Migration models pose particular challenges for health systems that require an understanding of the context, as well as a subtle and informed approach to the health of refugees and migrants - an approach that, by the very nature of migration, will differ from country to country. Therefore, the relationship between population movement, migration and key development issues-health, education, gender, labor, and urbanization-needs to be further explored.

Key words: migration, refugees, provision of medical care, health care system.

Ж.НАКИПОВ, Г.ДАУЛЕТОВА, Д.ИМАШПАЕВ, Р.КАБДУНАСОВА, С. БЕЙСЕНОВА, А. ТУРГАМБАЕВА
НАО "Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан

АСПЕКТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ СО ЗДОРОВЬЕМ БЕЖЕНЦЕВ

Мигрирующие люди сталкиваются с ситуациями, которые могут повлиять на их физическое, психическое и социальное благополучие. Условия, сопровождающие миграционный процесс, могут повысить уязвимость организма к заболеваниям. Хотя проблемы со здоровьем беженцев и мигрантов схожи с проблемами остального населения, в некоторых группах распространенность заболеваний выше.

Проведен анализ научных публикаций, таких баз данных, как PubMed, Scopus, Web of science и др. Анализ проводился за период 2003-2018 годы в сравнении с показателями некоторых стран, где население в большей степени мигрирует. К наиболее распространенным проблемам со здоровьем вновь прибывших мигрантов относятся случайные травмы, переохлаждение, ожоги кожи, сердечно-сосудистые заболевания, осложнения, связанные с беременностью и родами, сахарный диабет и гипертония. Женщины-мигранты часто сталкиваются с особыми проблемами, связанными со здоровьем матерей, новорожденных и детей, сексуальным и репродуктивным здоровьем и насилием.

Правовой статус является одним из важнейших факторов, определяющих доступ мигрантов к медицинским услугам в стране. Каждый беженец и мигрант должен иметь полный, непрерывный доступ к

гостеприимной среде и, при необходимости, к высококачественному медицинскому обслуживанию без дискриминации по признаку пола, возраста, религии, национальности или расы.

Миграционные модели создают особые проблемы для систем здравоохранения, которые требуют понимания контекста, а также тонкого и осознанного подхода к здоровью беженцев и мигрантов - подхода, который в силу самой природы миграции будет отличаться от страны к стране. Поэтому взаимосвязь между перемещением населения, миграцией и ключевыми вопросами развития здравоохранением, образованием, гендерной проблематикой, трудом и урбанизацией-нуждается в дальнейшем изучении.

Ключевые слова: миграция, беженцы, оказание медицинской помощи, система здравоохранения.

Ж. НАҚЫПОВ, Г. ДӘУЛЕТОВА, Д. ИМАШПАЕВ, Р. ҚАБДУНАСОВА, С. БЕЙСЕНОВА, А. ТҰРҒАМБАЕВА
"Астана медицина университеті" КЕАҚ, Нұр-сұлтан қаласы

БОСҚЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ АСПЕКТІЛЕРІ

Қоныс аударатын адамдар өздерінің физикалық, психикалық және әлеуметтік әл-ауқатына әсер етуі мүмкін жағдайларға тап болады. Көші-қон процесімен қатар жүретін жағдайлар ағзаның ауруларға осалдығын арттыруы мүмкін. Босқындар мен мигранттардың денсаулығына байланысты проблемалар халықтың қалған бөлігінің проблемаларына ұқсас болғанымен, кейбір топтарда аурудың таралуы жоғары.

PubMed, Scopus, Web of science және т.б. сияқты ғылыми басылымдарға талдау жүргізілді, талдау 2003-2018 жылдар кезеңінде халық көп қоныс аударатын кейбір елдердің көрсеткіштерімен салыстырғанда жүргізілді. Жаңадан келген мигранттардың денсаулығына байланысты жиі кездесетін проблемаларға кездейсоқ жарақаттар, гипотермия, терінің күйіктері, жүрек-тамыр аурулары, жүктілік пен босануға байланысты асқынулар, қант диабеті және гипертония жатады. Мигрант әйелдер көбінесе аналардың, жаңа туған нәрестелер мен балалардың денсаулығына, жыныстық және репродуктивті денсаулығына және зорлық-зомбылыққа байланысты ерекше проблемаларға тап болады.

Құқықтық мәртебе мигранттардың елдегі медициналық қызметтерге қол жетімділігін анықтайтын маңызды факторлардың бірі болып табылады. Әрбір босқын мен мигрант қонақжай ортаға және қажет болған жағдайда жынысына, жасына, дініне, ұлтына немесе нәсіліне байланысты кемсітусіз жоғары сапалы медициналық қызметке толық, үздіксіз қол жеткізе алуы тиіс. Көші - қон модельдері Денсаулық сақтау жүйелері үшін ерекше проблемалар туғызады, олар контекстті түсінуді, сондай-ақ босқындар мен мигранттардың денсаулығына нәзік және саналы көзқарасты талап етеді-көші-қон сипатына байланысты елден елге қарай әр түрлі болады. Сондықтан халықтың көші-қоны, көші-қон және денсаулық сақтауды, білім беруді, гендерлік проблематиканы, еңбек пен урбандалуды дамытудың негізгі мәселелері арасындағы өзара байланыс одан әрі зерделеуді қажет етеді.

Түйінді сөздер: көші-қон, босқындар, медициналық көмек көрсету, денсаулық сақтау жүйесі.

Background: The problem of refugees is extremely important today. It is relevant not only for a particular state but also for the whole world. The problem has long been out of the range of domestic and international issues. This is not new to the society. All this happened even when the first states began to emerge. But this problem turned out to be very serious after the First world war [1-3].

Confronted after the First World War to the severity of the problem of refugees, the international community for humanitarian reasons was to take over the functions of the protection of refugees and provide them with assistance. Model international action to protect refugees was established by the League of Nations and confirmed by the adoption of several international agreements on the issue. According to these documents, the refugees in each category were determined by the nationality or territory that they fled, and in the absence of diplomatic protection by their country. In 1930 was created by the Nansen International Office and the Intergovernmental Committee on Refugees, headed by the High Commissioner for Refugees. In 1947, established the International Refugee Organization.

The UN General Assembly in December 1950, was established the UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), a non-political humanitarian organization to come on January 1, 1951 Its mandate is to provide international protection to refugees and to facilitate the achievement of durable solutions refugees [4-7].

It is estimated that there are currently 1 billion migrants, of which 258 million are international migrants and 763 million are internal migrants, and this is every seventh man in the world. Today 68 million domestic and international migrants are forced to move. Such a rapid population increase has huge implications for public health and therefore requires an adequate response from the health sector [8-12].

Main text. According to the Office of the United Nations High Commissioner for refugees affairs for the period from 2003 to 2018 the number of refugees has increased from 9 592 795 to 20 360 562 people, i.e. by 112.2 %, the number of returnees - from 1 332 728 to 2 906 740 by 118.1%, and the number of people seeking asylum - from 996 488 to 3 503 284 by 251, 6%. Dynamics are shown in Figure 1.

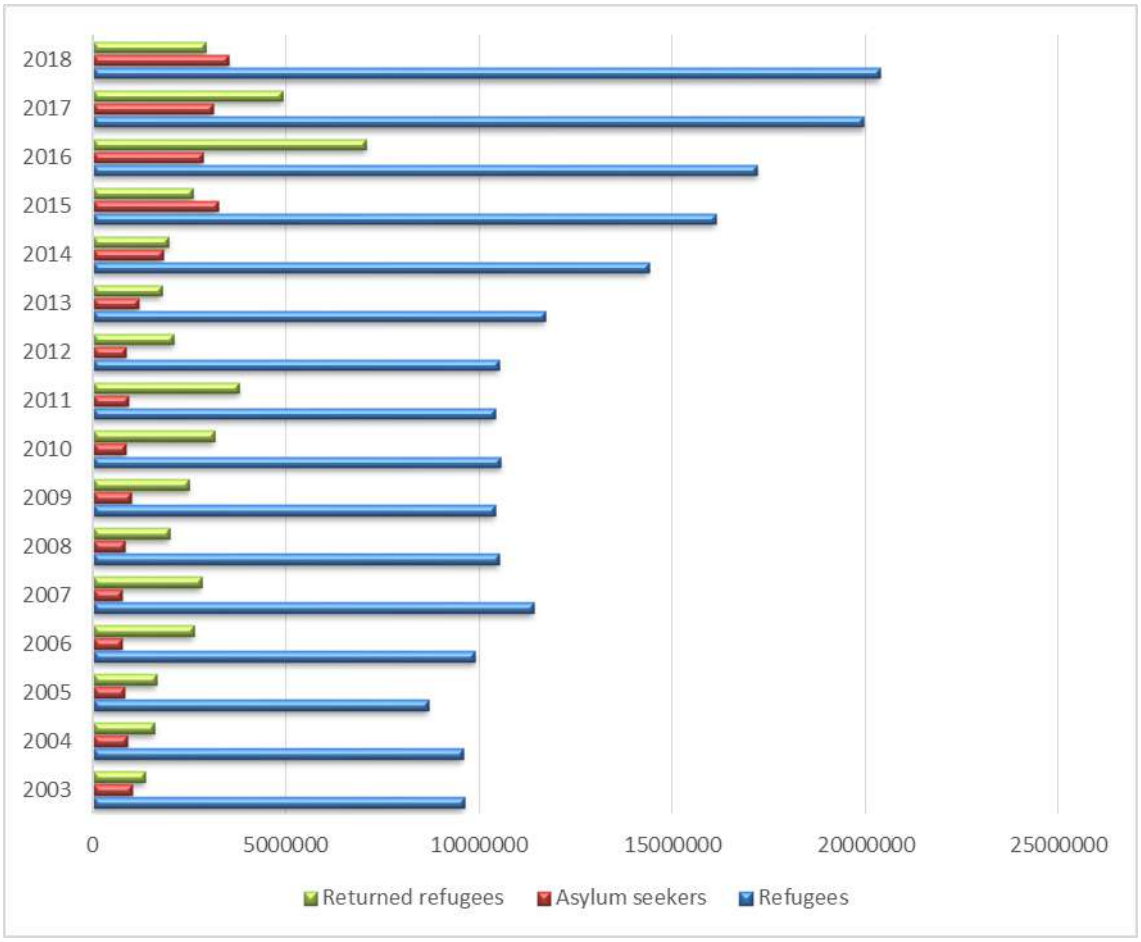


Figure 1 - Trends in the total number of refugees and asylum seekers, 2003-2018

The 1951 Convention on the Status of Refugees defines a "refugee" as a person who has been victimized by race, religion, citizenship, membership of a particular social group or political opinion, is outside his country of citizenship and cannot be protected by this country or does not want to use its such protection due to mentioned concerns; or, having no certain citizenship and being outside the country of his former habitual residence as a result of such events, cannot or does not want to return because of such fears. "Asylum seeker" means a person applying for international protection in accordance with international refugee law but whose application has not yet been finally accepted by the country in which it was submitted [13-17]. Not every asylum seeker will ultimately be recognized as a refugee, but each refugee is initially an asylum seeker.

In 1999, Kazakhstan acceded to the 1951 Convention on the Status of Refugees and the 1967 Protocol Relating to the Status of Refugees. Kazakhstan also adopts most international human rights instruments, including the International Covenant on Civil and Political Rights, the Convention against Torture, the Convention on the Rights of the Child, the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, etc. In December 2009, the Law of the Republic of Kazakhstan On Refugees was adopted, which entered into force in January 2010. Since then, the Government of the Republic of Kazakhstan has assumed full responsibility for determining refugee status [18-23]. Until the last decades of the XX century health strategy refugees and migrants if they were existed, were often oriented exclusively on issues of national importance and were focused on the prevention of disease entry from foreign countries. However, studies show that in the early stages of displacement and migration, the health indicators of refugees and migrants are often better than of the population of the host countries (called the "healthy migrant effect") [24-28].

Among densely populated countries of the world the leading countries receiving refugees are Turkey, Germany, Bangladesh (figure2).

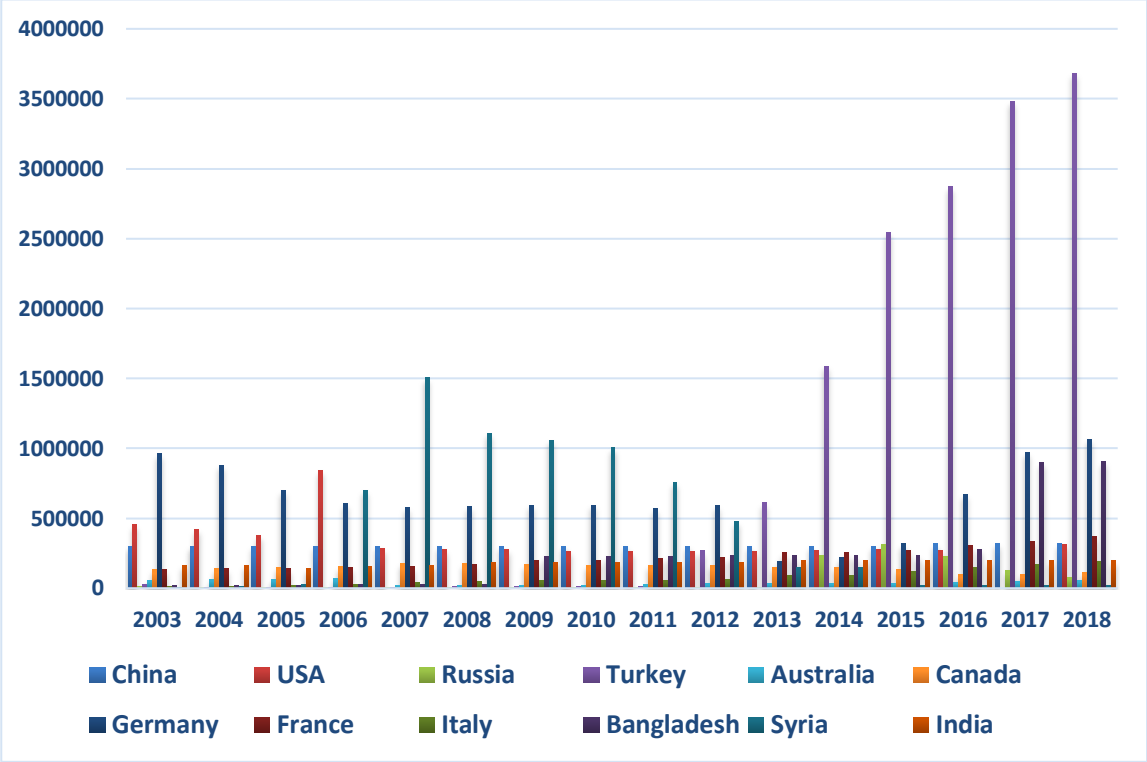


Figure 2 - Refugees who arrived in the most densely populated countries of the World

In Kazakhstan, the number of arrivals who received refugee status from 2003 to 2018 decreased from 15,831 to 568 people i.e. by 27.9 times, and asylum seekers increased from 3 to 189 people, by 63 times (figure 3).

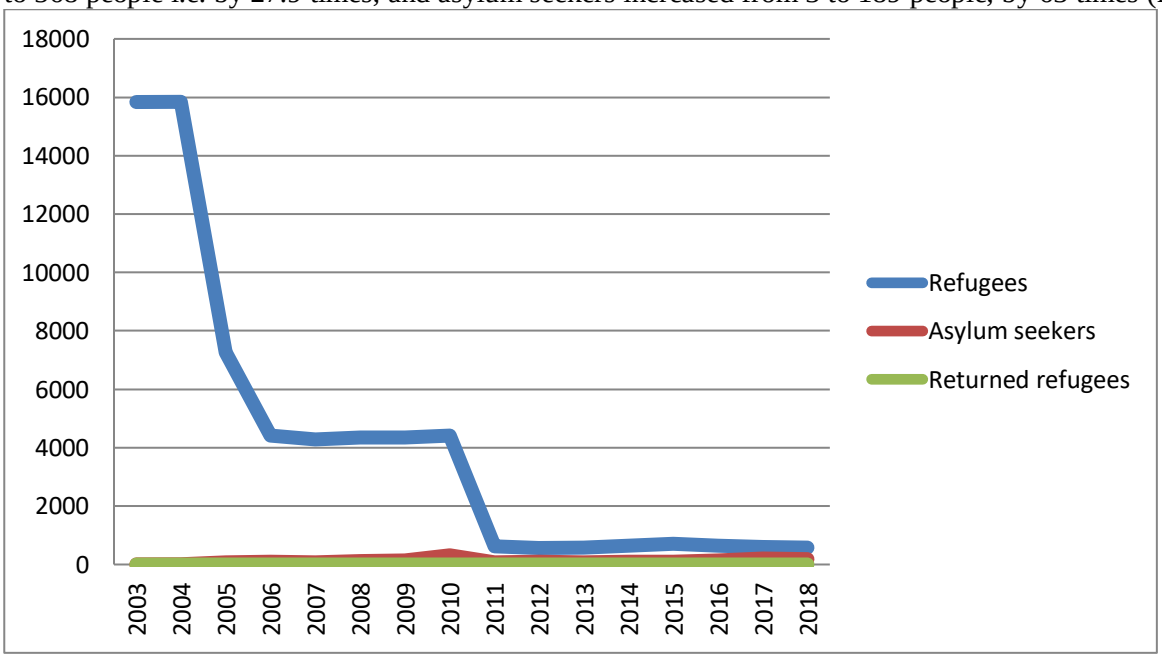


Figure 3 - Dynamics of arrivals in Kazakhstan

An analysis of asylum seekers showed that the most preferable countries for living are USA, Germany, Turkey (figure 4).

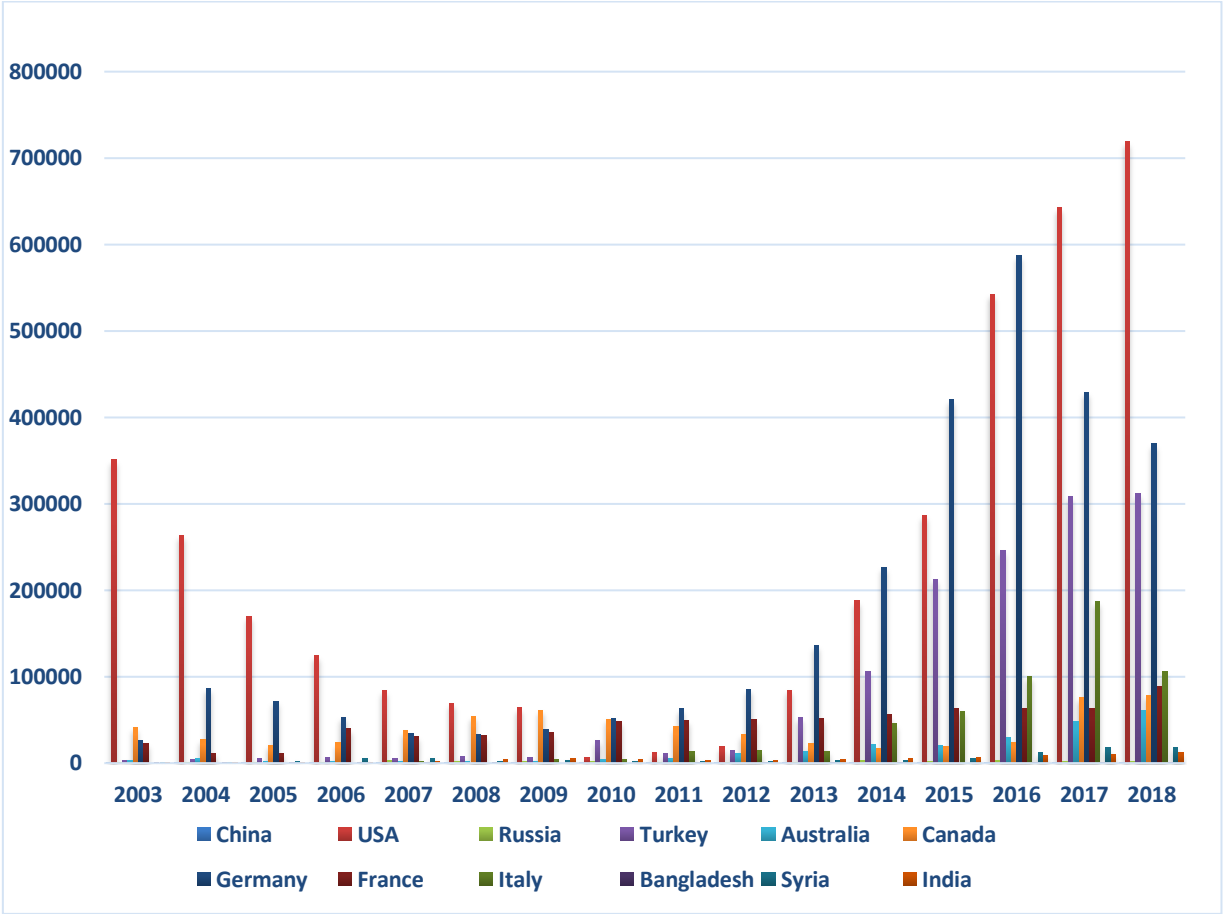


Figure 4 - Asylum seekers who arrived in the most populous countries in the World

The analysis showed that the number of citizens of Kazakhstan who moved to other countries and received refugee status decreased from 6559 to 2505 people, that is, 2.6 times, and the number of asylum seekers increased from 894 to 5826 - by 6, 5 times (figure 5).

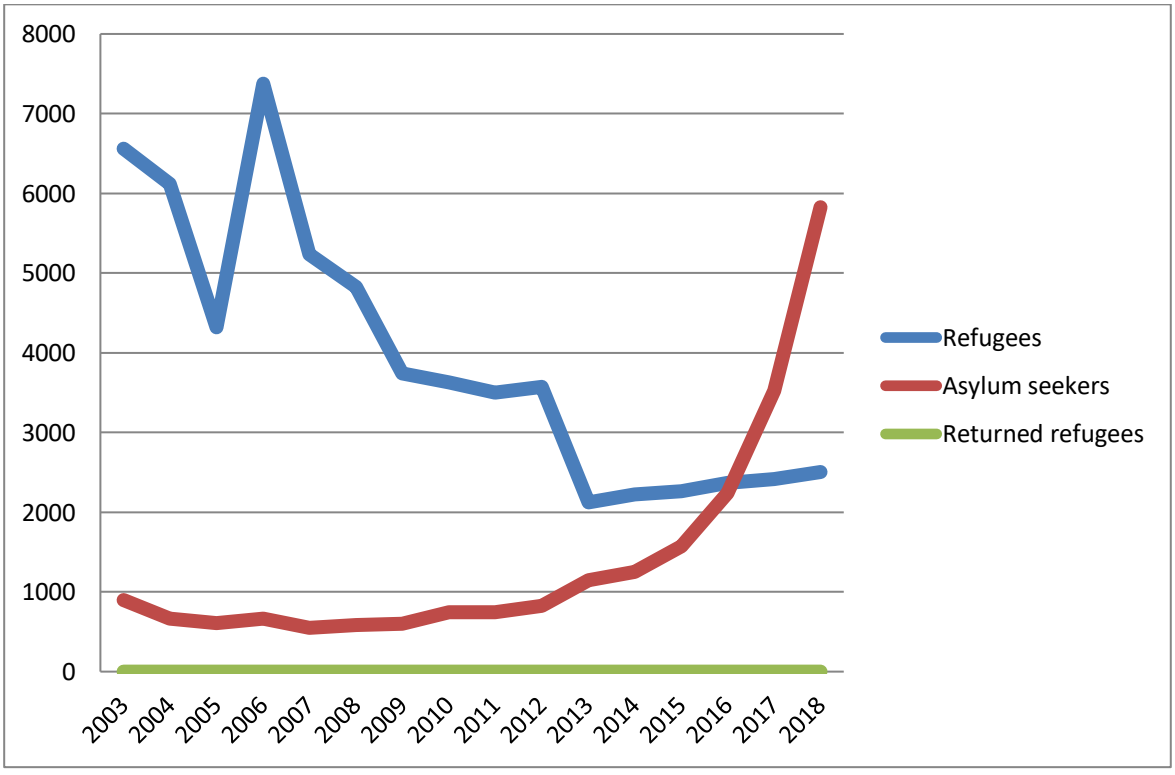


Figure 5 - Dynamics of Relocated persons with Kazakh citizenship to other countries.

Over time, however, disparities, inequalities and health risks inherent to the status of migrants and the migration process can emerge. Refugees and migrant categories such as and irregular migrants in particular are more vulnerable and susceptible to the subsequent acquisition of many communicable diseases, including vaccine-preventable diseases and antimicrobial resistance (AMR) [29-34].

This reflects issues such as poor health services and vaccination coverage in their country of origin, exposure to overcrowding and poor sanitation facilities in transit or at reception, and the likelihood of living in poor conditions with difficulty in accessing health care initially in the destination country [35-43]. Similarly, displacement and migration itself itself can also increase vulnerabilities to NCDs through interruptions in management or loss of medication or equipment during travel or through legal status issues for migrants, which often restrict access to and utilization of the necessary care [44]. The specialized needs of women and girls are sometimes neglected in responses to large influxes of migrants, although they are considered among the highest priority interventions during humanitarian emergencies. Pregnant women are particularly vulnerable and at risk of complications as a result of conditions surrounding their uprooting and the ways in which they are forced to travel [45,46]. Higher rates of preterm delivery and postpartum depression are also common, and pose significant health risks for infants [47-49]. Changes in lifestyle and adoption of unhealthy behaviors, such as sedentary lifestyles and poor diet, can also contribute [50-52].

Mental health conditions are particularly sensitive to any uncertainty over legal status, residency, work permits and the broader social perspectives in the host country [53-56].

The legal status of different migrant groups (e.g. labour migrants or irregular migrants) and reason for displacement or migration also have an impact on health. Research from Finland indicated that forced displacement may be related to an increase in risk of death from cardiovascular diseases [57]. Irregular migrants in the WHO European Region have been shown to be at greater risk of poor mental health than migrants with documentation or the host populations [58-60]. Refugees and asylum seekers may have elevated rates of perinatal mortality and prevalence of PTSD [61,62].

Psychosocial care is one of the most neglected areas of response to sudden large movements of people. Individuals in need of care can be difficult to identify and are often perceived as difficult to treat. Forced movement is full of traumatic events of all kinds, including loss of one's home and belongings, separation from loved ones, lack of control over where to go or how to travel, witnessing of violence and death, and experiencing hunger, uncertainty of what will happen even after arrival in the destination country, potential hostility from the host community, and fear of being sent back [63]. Shelter is a critical determinant for survival in the initial stages of a disaster. Beyond survival, shelter is necessary to provide security, personal safety and protection from the climate and to promote resistance to ill-health and disease [64].

Short-term cost-savings linked to limiting refugees' and migrants' access to preventive care, early diagnosis and care for both communicable diseases and NCDs are often soon lost through the costs of provision of emergency care and treatment for late presentation for care [65-67] Primary care is ideally the first point of access to health services but often refugees and migrants access health services in emergencies only. The WHO Regional Office for Europe notes: "A wellfunctioning health system ensures equitable access [for all] to essential medical products, vaccines and technologies of assured quality, safety, efficacy and cost−effectiveness, and their scientifically sound and cost-effective use" [68] Two areas of particular importance are immunization and emergency health needs. Standardized migrant immunization cards are available in several languages.These are not only important during arrival and first assistance, but also later on when migrants travel to other countries or return to their country of origin. It is therefore imperative that migrants receive a copy of immunization cards and any other records of medical care they have received [69-71]. Ideally, health care should be provided as part of routine services, starting in reception centers and moving on to the final destination.

Treating a condition when it becomes an emergency not only endangers the health of the patient but can also result in a greater economic burden to the health care system [72-74]. A study carried out in three European countries indicated cost-savings of around 9% could be achieved if all migrants in an irregular situation made regular use of preventive health care compared with the costs associated with no access to health care [75, 76]. A 2015 study analyzed economic costs related to the exclusion of irregular migrants from access to the mainstream health care system. The results indicated that timely treatment in a primary health care setting was always cost-saving compared with treatment in a hospital setting (for direct medical, nonmedical and indirect costs). This holds true from the perspective of all three stakeholders: the patient, the third-party payer (health care system) and society as a whole [77].

Although refugees and migrants represent less than 5% in population terms, they contribute massively to the productivity of the countries that host them. In several countries, they tend to contribute more in terms of tax and contributions than the benefits they receive [78, 79]. Additionally, remittances sent back home are often spent on

health, livelihood and education for the family members left behind and are, therefore, an important stabilization factor [80,81].

Conclusions: Population displacement and migration are distinguishing features of the XXI century and can contribute to the achievement of the Sustainable Development Goals. The events of recent years will demonstrate how fast migration crises can be developed and what impact they can have both on the number of victims and on the speed of movements ofpeople from one part of the world to another. These events show how socio-political circumstances in one part of the world can challenge the policies, rules and willingness of host countries to exercise border controls. Migration models pose particular problems for health systems that require an understanding of the context, as well as a subtle and informed approach to the health of refugees and migrants - an approach that, due to the very nature of migration, will differ from country to country. Therefore, it is necessary to study more deeply the relationships between population displacement, migration and key development issues - health, education, gender, labor and urbanization.

Availability of data and materials

All data generated or analyzed during this study are included in this published article.

Abbreviations

AMR: Antimicrobial resistance
NCD: Non communicable disease
UN: United Nations
UNHCR: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees
USA: United States of America
PTSD: Post-traumatic stress disorder
WHO: World Health Organization

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

REFERENCES:

1. Melnik E.Y. The problem of refugees: history and modern time: Law, society, state: problems of theory and history ; 2019 (https://elibrary.ru/download/elibrary_40873379_60858132.pdf)

2. Доклад о здоровье беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ «Здоровье беженцев и мигрантов – неотъемлемая часть общественного здоровья» ISBN 978-92-890-5396-9. ВОЗ, 2018.

3. Lauritz Rudolf Floribert Müller, Karl Phillipp Büter, Rita Rosner, and Johanna Unterhitzenberger Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study /Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2019; 13: 8.

4. Dinorshoev A. M. History of the emergence and development of the international refugee protection system: Legal life; 2013 (https://tnu.tj/Hayoti%20huquqi/PZh_1_2013.pdf#page=54)

5. IOM. Mixed migration flows in the Mediterranean and beyond. Compilation of available data and information. Available: http://doe.iom.int/docs/Q1%202016%20Flows%20Overview_final.pdf. Accessed 27 July 2016.

6. Aide a la Decision Economique. Analysis of the external consultation on the new consensus. Brussels; 2016. https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/ade_final_report_public_consultation_new_consensus.pdf. Accessed 25 May 2017.

7. United Nations High Commissioner for Refugees. Global Trends - Forced Displacement in 2015. Geneva; 2016. http://www.unhcr.org/576408cd7.pdf. Accessed 19 May 2017.

8. Health of refugees and migrants https://www.who.int/migrants/en/

9. UNHCR - The UN Refugee Agency. UNHCR warns of deepening refugee crisis in Greece and calls for urgent and bold action. UNHCR Press Releases. 2015. http://www.unhcr.org/uk/news/press/2015/8/55c48ea69/unhcr-warns-deepening-refugee-crisis-greece-calls-urgent-bold-action.html?query=greece migrant crisis. Accessed 25 May 2017.

10. European Agency for the Management of Operational Cooperation at the External Borders of the Member States of the European Union (FRONTEX). Risk Analysis for 2016. 2016. doi:10.2819/416783.

11. The Huffington Post (2015). Available at: http://www.huffingtonpost.gr/2015/12/25/metanasteutiko-ellada-_n_8875108.html

12. Hodes, M., Vasquez, M.M., Anagnostopoulos, D. et al. Refugees in Europe: national overviews from key countries with a special focus on child and adolescent mental health. Eur Child Adolesc Psychiatry 27, 389–399 (2018). https://doi.org/10.1007/s00787-017-1094-8.

13. Convention and protocol relating to the status of refugees. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees; 1951 (United Nations General Assembly Art. 1(A)(2); http://www.unhcr.org/3b66c2aa10.pdf, accessed 23 October 2018).

14. Sphere. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Available: http://www.sphereproject.org/handbook/. Accessed 27 July 2016.
15. Jovana Arsenijević, Erin Schillberg, Aurelie Ponthieu A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe /Confl Health. 2017; 11: 6.
16. Reus-Pons M, Vandenheede H, Janssen F, Kibele EU. Differences in mortality between groups of older migrants and older non-migrants in Belgium, 2001–09. Eur J Public Health. 2016;26:992–1000. [PubMed] [Google Scholar]
17. Ikram UZ, Mackenbach JP, Harding S, et al. All-cause and cause-specific mortality of different migrant populations in Europe. Eur J Epidemiol. 2016;31:655–665. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
18. The UN Refugee Agency for Central Asia https://www.unhcr.org/centralasia/
19. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. J Travel Med. 2017;24 DOI: 10.1093/jtm/tax016. [PubMed] [Google Scholar]
20. World Health Organization. Regional Office for Europe Migration And Health: Key Issues.www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/293270/Migration-Health-Key-Issues-.pdf?ua=1 (last access: June 27, 2017).
21. eurostat Statistics Explained Migration and Migrant Population Statistics.http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics(last access: June 15, 2017).
22. World Health Organization. Regional Office for Europe with the support of UNHCR Toolkit for Assessing Health System Capacity to Manage Large Influxes of Refugees, Asylum-Seekers and Migrants.www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf?ua=1&ua=1 (last access: June 15, 2017).
23. WHO (World Health Organization) The World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000. [Google Scholar]
24.Bernd R, Mladovsky P, Devile W, Rijks B, Petrova-Benedict R, editors. Migration and health in the European Union. Maidenhead: Open University Press; 2011 (European Observatory on Health Systems and Policies Series; http:// www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/ e96458.pdf, accessed 23 October 2018).
25. Razum, O. Commentary: of salmon and time travellers – musing on the mystery of migrant mortality. Int J Epidemiol. 2006;35(4):919–21.
26. Newbold KB. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. SocSci Med. 2005;60(6):1359–70.
27. Mladovsky P. A framework for analysing migrant health policies in Europe. Health Policy. 2009;93(1):55–63. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.05.015. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
28. WHO (World Health Organization) How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. [Google Scholar]
29.Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, Powis J, Milburn J, Severoni S et al. What constitutes an effective and efficient package of services for the prevention, diagnosis, treatment and care of tuberculosis among refugees and migrants in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 56; http://www.euro.who.int/__ data/assets/pdf_file/0003/371145/who-hen-report-56. pdf?ua=1, accessed 23 October 2018).
30. Nellums LB, Thompson H, Holmes A, Castro-Sánchez E, Otter JA, Norredam M et al. Antimicrobial resistance among migrants in Europe: a systematic review and metaanalysis. Lancet Infect Dis. 2018;18(7):796–811.
31. International health regulations (2005), 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://apps. who.int/iris/bitstream/10665/43883/1/9789241580410_ eng.pdf, accessed 3 July 2016)
32. Maffla C. Health in the age of migration: migration and health in the EU. Community Pract, 2008, 81:32-35
33. Gushulak BD, MacPherson DW. The basic principles of migration health: Population mobility and gaps in disease prevalence. Emerg Themes Epidemiol, 2006, 3:3 (http://www.ete-online.com/content/3/1/3,accessed 4 January 2010)..
34. Kandula NR, Kersey M, Lurie N. Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tellus. Annu Rev Public Health, 2004, 25:357-376.].
35. Migration and health: key issues. In: Health topics [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues, accessed 23 October 2018).
36. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1, accessed 3 July 2016).

37. About Health 2020 [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-theeuropean-policy-for-health-and-well-being/abouthealth-2020, accessed 3 July 2016).
38. Health 2020: Priority areas [website]. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/abouthealth-2020/priority-areas, accessed 3 July 2016).
39. Health of migrants: report by the Secretariat (documentA61/12). Geneva: World Health Organization; 2008(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/23467/1/A61_12-en.pdf, accessed 3 July 2016).
40. Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/157886/e96187.pdf, accessed 3 July 2016).
41. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. PLoS Medicine. 2011;8(5):1-7.
42. World migration report 2013: migrant wellbeing and development. Geneva: International Organization for Migration; 2013 (http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2013_EN.pdf, accessed 3 July 2016).
43. Gushulak BD, MacPherson WD. Migration medicine and health: principles and practice. Hamilton (ON), BC Decker, 2006
44. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J et al. The political origins of health inequity: prospects for change. Lancet.2014;383:630-67.
45. Noji EK. Public health in the aftermath of disasters.BMJ. 2005;330(7504):1379-81.
46. Moynihan B, Gaboury MT, Onken KJ. Undocumented and unprotected immigrant women and children in harm's way. J Forensic Nurs, 2008, 4:123-129.
47. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova- Benedict R, McKee M, editors. Migration and health in the European Union (European Observatory on Health Systems and Policies Series). Brussels: World Health Organization; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/ assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf, accessed 3 July 2016).
48. Inter-agency interim operational considerations for the feeding support of infants and young children under 2 years of age in refugee and migrant transit settings in Europe. Geneva: UNHCR; 2015 (http://www.unhcr.org/5613bebe9.html, accessed 3 July 2016).
49. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J. Migration and perinatal health surveillance: An international Delphi survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 12 Jan 2010. [Epub ahead of print]).
50.Davies AA, Blake C, Dhavan P. Social determinants and risk factors for non-communicable diseases (NCDs) in South Asian migrant populations in Europe. Asia Europe J. 2011;8(4):461–73.
51. WHO. Health of migrants. Report of the Secretariat. Provisional agenda item 11.9 7, Sixty-first World Health Assembly (Document A61/12, 7 April 2008).
52. Gushulak BD, MacPherson DW. Population Mobility and health: an overview of the relationships between movement and population health. J. Travel Med, 2004, 11:171-178.
53.Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 47; http://www.euro.who.int/__data/assets/ pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1, accessed 23 October 2018).
54. Peiro MJ, Benedict R. Migration health: better health for all in Europe. Brussels: International Organization for Migration; 2009 (http://www.migrant healtheurope.org/files/AMAC%20Public%20Report.pdf, accessed 3 July 2016).
55. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/ Review-of-social-determinants-and-the-health-dividein- the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf, accessed 3 July 2016).
56. Fernandes A, Miguel JP, editors. Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisbon: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009(http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/HealthMigrationEU2.pdf, accessed 3 July 2016)].
57. Haukka J, Suvisaari J, Sarvimäki M, Martikainen P. The impact of forced migration on mortality: a cohort study of 242 075 Finns from 1939–2010. Epidemiology. 2017;28(4):587–93.
58. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network synthesis report 42; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_ file/0004/289255/WHO-HEN-Report-A5-3-Undocumented_ FINAL-rev1.pdf?ua=1, accessed 30 October 2018).

59. Lassetter JH, Callister LC. The impact of migration on the health of voluntary migrants in western societies. J Transcult Nurs, 2009, 20:93-104.
60. Uiters E, Devillé W, Foets M, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Differences between immigrant and non-immigrant groups in the use of primary medical care; a systematic review. BMC Health Serv Res, 2009 May 11, 9:76.
61. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network synthesis report 44; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_ file/0004/289246/WHO-HEN-Report-A5-2-Refugees_FINAL. pdf?ua=1, accessed 30 October 2018).
62. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 47; http://www.euro.who.int/__data/assets/ pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1, accessed 30 October 2018).
63. European Council Directive 2001/55/EC of 20 July 2001 on minimum standards for giving temporary protection in the event of a mass influx of displacedpersons and on measures promoting a balance of efforts between Member States in receiving such persons and bearing the consequences thereof. European Council Directive 2001/55/EC, 20 July 2001. Brussels: European Council; 2001 (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:212:0012:0023:EN:PDF, accessed 3 July 2016).
64. The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Geneva: Sphere Project; 2011 (http://www.sphereproject.org/ handbook/, accessed 3 July 2016)
65. Cost of exclusion from healthcare: the case of migrants in an irregular situation. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights; 2015 (http://fra.europa.eu/en/ publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrantsirregular-situation, accessed 23 October 2018).
66. WHO. The International Health Regulations 2005, 2nd Ed. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf, accessed 21 February 2010).
67. Hunt P. and Backman G. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. In:Clapham A. and Robinson M. eds. Realizing the right to health, 2009 (http://www.swisshumanrightsbook.com/SHRB/shrb_03_files/02_453_Backman_Hunt.pdf, accessed 21 February 2010).
68. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/ everybodys_business.pdf, accessed 3 July 2016).
69. IOM and European Commission. Health assessment of refugees and migrants in the EU/EEA: handbook for health professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015 (http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/docs/personal_health_handbook_ english.pdf, accessed 3 July 2016).
70. IOM and European Commission. Personal health record. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015 (http://ec.europa.eu/dgs/health_ food safety/docs/personal_health_record_english.pdf, accessed 3 July 2016).
71. WHO. Overcoming migrants' barriers to health. Bull World Health Organ, 2008, 86:583-584
72. Morris MD, Popper ST, Rodwell TC, Brodine SK, Brouwer KC. Healthcare barriers of refugees postresettlement. J Community Health, 25 Aug 2009. [Epub ahead of print].+ Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to inequities in health: A globalperspective. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. Challenging inequities inhealth: From ethics to action. Oxford, Oxford University Press, 2001:309-323
73. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497. pdf, accessed 3 July 2016).
74. Migration and health: publications. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migrationand-health/publications, accessed 3 July 2016).
75.Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. PLOS One. 2015;10(7):e0131483.
76. Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A-T, Wilczewska I. Cost analysis of health care provision for migrants and ethnic minorities. Vienna: Equi-Health; 2015 (Thematic study; http://equi-health.eea.iom.int/images/MIPEX/ Thematic_Study_Report_Final.pdf, accessed 23 October 2018)

77. Migration policy debates. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (https://www.oecd.org/migration/OECD%20Migration%20 Policy%20Debates%20Numero%202.pdf, accessed 23 October 2018).
78. Migrant Workers (Supplementary Provisions) Convention, 1975 (No. 143). Geneva: International Labour Organization; 1975 (http://www.ilo.org/dyn/ normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C143, accessed 3 July 2016).
79.UN. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. International migration 2009. United Nations, New York, 2009 (http://www.un.org/esa/population/publications/2009Migration_Chart/ittmig_wallchart09.pdf, accessed 8 January 2010).
80. Record high remittances to low- and middle-income countries in 2017. Washington (DC): World Bank; 2018 (Press release; https://www.worldbank.org/en/news/pressrelease/2018/04/23/record-high-remittances-to-low-andmiddle-income-countries-in-2017, accessed 23 October 2018).
81. Ratha D, Shaw W. South-south migration and remittances. World Bank working paper #102, 2007 (http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1110315015165/ SouthSouthMigrationandRemittances.pdf, accessed 2 February 2010).

Corresponding author: Correspondence to Assiya Turgambayeva, tak1973@mail.ru, ethics approval and consent to participate, This study has been conducted according to the Declaration of Helsinki.

VALEO

УДК: 614.4:616.61-081

НАРМАНОВА О.Ж.[1], АРИНГАЗИНА А.М.[2], ТАГАЕВА Ж.А.[3], МЕНДЫБАЕВ Е.С.[3]
[1]НАО «Медицинский университет «Астана», г. Нур-Султан,
[2]КМУ «Высшая школа общественного здравоохранения», г. Алматы, [3]Международный казахско-турецкий университет имени Ходжа Ахмеда Ясави, г. Туркестан

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИАЛИЗНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Аннотация:
Хроническая болезнь почек последних стадий, или терминальная хроническая почечная недостаточность (ХПН) является проблемой здравоохранения во всем мире, и число пациентов, которым требуется заместительная почечная терапия растет. Заболеваемость терминальной ХПН в мире варьирует от 321 на млн населения до 966 на млн населения в зависимости от уровня дохода. В Казахстане данный показатель впервые был изучен в 2006-2008 гг и составлял в среднем 137 на 1 млн населения.
Данное исследование аналитического характера. Для исследования были применены информационно-аналитический, статистический методы путем изучения данных выходных форм Регистра ХПН. Для проведения исследования были изучены данные из Регистра за 2016-2018 годы.
В ходе анализа динамики гемодиализной помощи в Республике Казахстан было отмечено значительное увеличение количества больных, получающих процедуры гемодиализа. Такой темп прироста заболеваемости и потребности в гемодиализе может привести к значительным финансовым расходам и кадровому дефициту в отделениях и центрах гемодиализа.
Ключевые слова: хроническая болезнь почек, терминальная почечная недостаточность, гемодиализ, распространенность.

НАРМАНОВА О. Ж[1]., АРИНГАЗИНА А.М[2]., ТАГАЕВА Ж.А[3]., МЕНДЫБАЕВ Е.С[3].
[1]Астана медицина университеті», Нұр-Сұлтан қ.,
[2]Қазақстандық Қоғамдық денсаулық сақтау мектебі, Алматы қ.,
[3]Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университететі, Түркістан қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ГЕМОДИАЛИЗ ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Соңғы сатылардағы созылмалы бүйрек ауруы немесе созылмалы бүйрек жетіспеушілігі (CRF) бүкіл әлемде денсаулық сақтау проблемасы болып табылады және бүйректі алмастыратын терапияны қажет ететін науқастар саны өсуде. Әлемде CRF терминалының пайда болу деңгейіне байланысты миллион адамға шаққанда 321-ден миллион адамға шаққанда 966-ға дейін өзгереді. Қазақстанда бұл көрсеткіш 2006-2008 жылдары алғаш рет зерттелген және орташа есеппен 1 млн адамға 137 құрады.

Бұл зерттеу аналитикалық сипатқа ие. Зерттеу үшін CRF тізілімінің шығыс нысандарының мәліметтерін зерттеу арқылы ақпараттық-аналитикалық, статистикалық әдістер қолданылды. Зерттеуді жүргізу үшін Тізілімнен 2016-2018 жылдарға арналған мәліметтер зерттелді.

Қазақстан Республикасындағы гемодиализге көмек көрсету динамикасын талдау барысында гемодиализді қабылдаған пациенттер санының едәуір өскені байқалды. Гемодиализге шалдығу мен қажеттіліктің осындай өсу қарқыны едәуір қаржылық шығындарға және гемодиализ орталықтары мен орталықтарында кадрлардың жетіспеуіне әкелуі мүмкін.

Түйінді сөздер: бүйректің созылмалы ауруы, бүйректің терминалды жеткіліксіздігі, гемодиализ, таралуы.

NARMANOVA O.ZH[1]., ARINGAZINA A.M[2]., TAGAYEVA ZH.A[3]., MENDYBAYEV Y.S[3].

[1]Astana Medical University, Nur-Sultan,
[1]Kazakhstan School of Public Health, Almaty,
[3]Khoja Ahmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan

THE STATUS OF HEMODIALYS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Chronic kidney disease of the last stages, or terminal chronic renal failure (CRF) is a public health problem worldwide, and the number of patients requiring renal replacement therapy is growing. The incidence of terminal CRF in the world varies from 321 per million people to 966 per million people, depending on income. In Kazakhstan, this indicator was first studied in 2006-2008 and averaged 137 per 1 million people.

This study is of an analytical nature. For research, information-analytical, statistical methods were applied by studying the data of the output forms of the CRF Register. To conduct the study, the data from the Register for 2016-2018 were studied.

During the analysis of the dynamics of hemodialysis care in the Republic of Kazakhstan, a significant increase in the number of patients receiving hemodialysis procedures was noted. Such a rate of increase in the incidence and need for hemodialysis can lead to significant financial costs and staff shortages in the departments and centers of hemodialysis.

Key words: chronic kidney disease, terminal renal failure, hemodialysis, prevalence.

Введение: Хроническая болезнь почек последних стадий, или терминальная хроническая почечная недостаточность (ХПН) является проблемой здравоохранения во всем мире, и число пациентов, которым требуется заместительная почечная терапия растет [1]. Заболеваемость терминальной ХПН в мире варьирует от 321 на млн населения до 966 на млн населения в зависимости от уровня дохода [2]. В Казахстане данный показатель впервые был изучен в 2006-2008 гг и составлял в среднем 137 на 1 млн населения [3] .

На сегодняшний день во всем мире наиболее распространенным методом лечения ХБП является гемодиализ [4]. Целью диализа является стабилизация внутренней среды организма, а также удаление токсинов, которые вызывают постоянные воспалительные процессы [5]. Степень качества диализа является предиктором смертности у пациентов, находящихся на диализе. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что при достаточно эффективном лечении гемодиализом у пациентов с заболеванием почек снижается смертность [5]. При улучшении адекватности диализа уремические осложнения и их влияние на различные органы будут уменьшены [6].

Целью нашего исследования явилось изучение состояния гемодиализной помощи больным в Республике Казахстан за 2016-2018 годы.

Материалы и методы. Данное исследование аналитического характера. Для исследования были применены информационно-аналитический, статистический методы путем изучения данных выходных форм АИС ХПН. Для проведения исследования были изучены данные из Регистра за 2016-2018 годы. Были сравнены темп прироста и распределение больных с ХПН, получающих процедуры гемодиализа, по регионам республики и по продолжительности получения процедур гемодиализа, а так же возрастная структура больных и смертность.

Результаты и обсуждение. В результате исследования данных за период 2016-2018 годы были изучены количество, возраст пациентов, получающих заместительную почечную терапию и общая длительность пребывания на гемодиализе по регионам, смертность.

По данным ежегодного статистического сборника «О здоровье населения Республики Казахстан и деятельности организаций здравоохранения» распространённость заболеваний мочеполовой системы среди классов болезней в Казахстане составляет около 12%, заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом около 7,4% из общего числа заболеваний [7].

По данным АИС ХПН в 2016 году гемодиализную помощь получали 6190 пациентов, в 2017 году число пациентов увеличилось на 14,4% , а в 2018 по сравнению с 2016 годом число пациентов увеличилось на 42,5%, по сравнению с 2017 годом на 24,5% и составило 8822 пациента.

Таблица 1. Количество пациентов, получающих услуги гемодиализа в РК

Годы	Абсолютное чисто больных	Показатель на 100000 населения
2016 год	6190	35,2
2017 год	7083	39,2
2018 год	8822	48,5

При изучении динамики гемодиализной помощи в разрезе регионов было определено что наибольшее количество больных в 2016 году отмечалось в городе Алматы 15,7% и в Туркестанской области 15,2%. Как отмечено на рисунке 1 после города Алматы и Туркестанской области наибольшее количество пациентов встречается в городе Астана 14,1% и Карагандинская область 7,9%. За ними идут Алматинская область 6,6%, Актюбинская область 6,5%, Павлодарская область 4,73%, Акмолинская область 4,1%, Восточно-Казахстанская область 4,08%, Жамбылская область 3,4%, Северо-Казахстанская область 3,3%, Мангистауская область 3,1%, Костанайская область 3,1%, Западно-Казахстанская область 2,7%, Кызылординская область 2,4% и Атырауская область 2,2%. В 2017 и 2018 годах сохранилась такая же тенденция, наибольшее количество пациентов были в городе Алматы 1421 и 1946 и в Туркестанской области 1103 и 1209 соответсвенно.

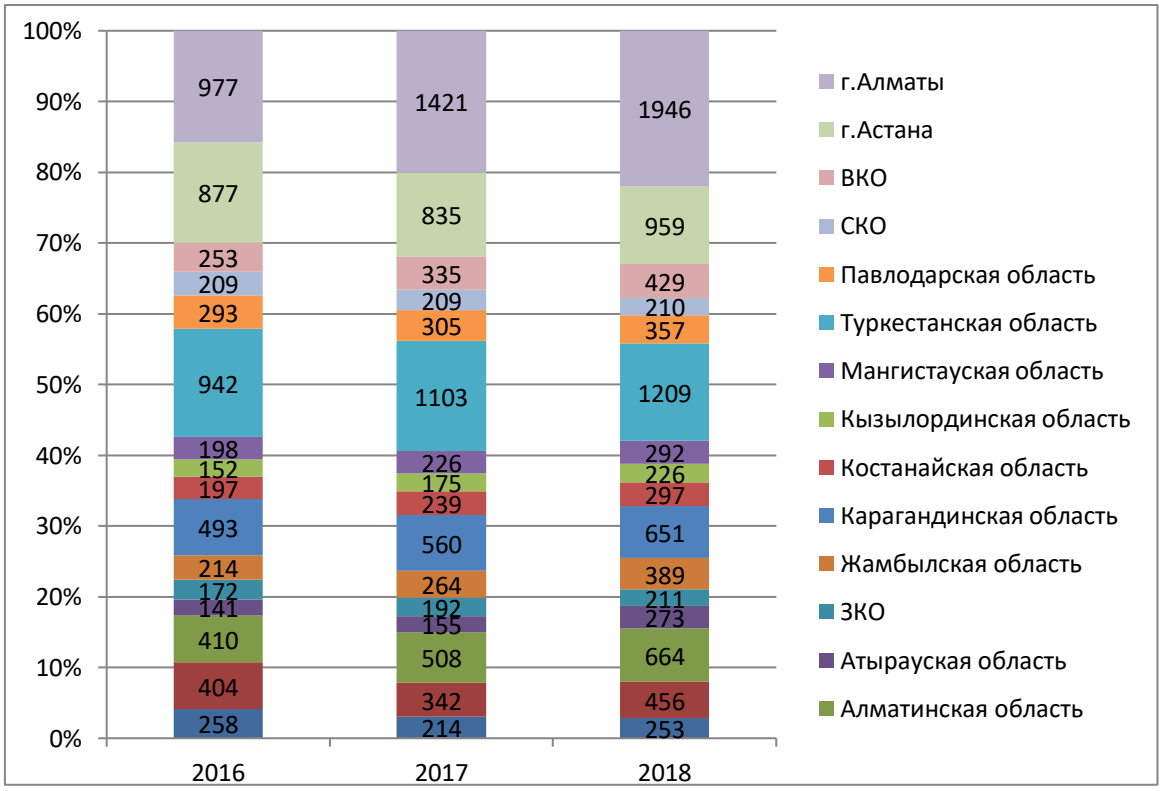


Рисунок 1-Количество пациентов, получающих процедуры гемодиализа, за 2016-2018 годы по регионам

По результатам проведенного анализа был определен ежегодный прирост больных с 2016 года по 2018 год. Как видно из таблицы 2, в 2017 году средний прирост составил 12,2%, в 2018 году 26,3%.

Таблица 2. Распределение больных с ХПН, получающих процедуры гемодиализа, по регионам РК и темп прироста/убыли

Регион	Год			Темп прироста/убыли		Средн. темп прироста/убыли
	2016	*2017*	*2018*	*2017*	*2018*	
Акмолинская область	258	214	253	-17,1	18,2	0,6
Актюбинская область	404	342	456	-15,3	33,3	9,0
Алматинская область	410	508	664	23,9	30,7	27,3
Атырауская область	141	155	273	9,9	76,1	43,0
Западно-Казахстанская область	172	192	211	11,6	9,9	10,8
Жамбылская область	214	264	389	23,4	47,3	35,4
Карагандинская область	493	560	651	13,6	16,3	14,9
Костанайская область	197	239	297	21,3	24,3	22,8
Кызылординская область	152	175	226	15,1	29,1	22,1
Мангистауская область	198	226	292	14,1	29,2	21,7
Южно-Казахстанская область	942	1103	1209	17,1	9,6	13,4
Павлодарская область	293	305	357	4,1	17,0	10,6
Северо-Казахстанская область	209	209	210	0,0	0,5	0,2
Восточно-Казахстанская область	253	335	429	32,4	28,1	30,2
Астана Г.А.	877	835	959	-4,8	14,9	5,0
Алматы Г.А.	977	1421	1946	45,4	36,9	41,2
Итого:	6190	7083	8822	12,2	26,3	19,3

Немаловажную роль при получении заместительной почечной терапии играет продолжительность получения гемодиализа. Это может отражаться на работе сердечно-сосудистой системы и на неврологическом статусе. А также могут быть осложнения в виде инфекции сосудистого доступа и сопутствующего заболевания. Мировой опыт показывает, чем дольше пациент находится на гемодиализе, тем хуже его качество жизни. По результатам исследований Chen J.Y. et all. гемодиализ ассоциировался с более сильным негативным влиянием ТПН на повседневную жизнь [8].

Распределение больных по продолжительности получения процедур гемодиализа в РК отражено на рисунке 2. Как видно из рисунка 2, в 2016 и 2017 годах более 40% больных получали процедуры гемодиализа до 1 года, а в 2018 году доля больных находящихся на гемодиализе составляла менее 40%. Доля больных на гемодиализе от 1 года до 2 лет составляла более 40%, от 3 до 4 лет около 10% в 2016 и 2017 годах, 15% в 2018 году. Больные получающие процедуры гемодиализа более 5 лет составляют 15%. Больные получающие гемодиализ от 7 до 9 лет в 2016 году составляет 0,7%, в 2017 году 1,1% и в 2018 году 1,4 %. Доля больных с 10 летним стажем и более лет в 2016 году составила 0,5% (31 больных), в 2017 году 0,3% (27 больных) и в 2018 году 0,2% (25 больных). Во всех годах отмечается достоверное уменьшение доли больных, получающих процедуры програмного гемодиализа 10 и более лет.

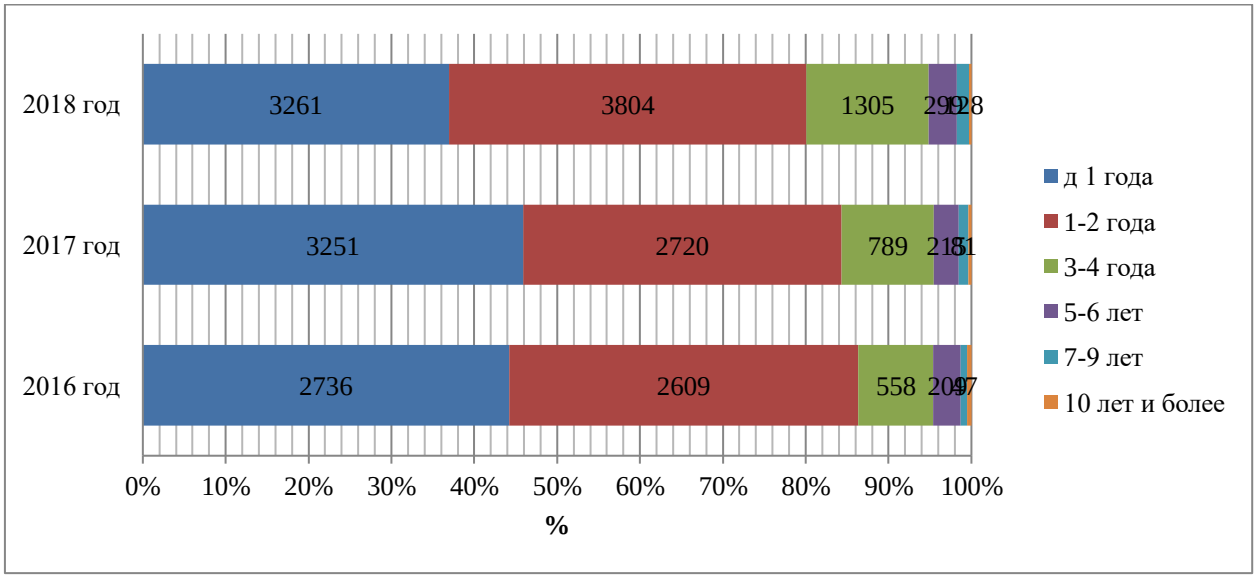


Рисунок 2 - Распределение больных по продолжительности получения процедур гемодиализа за 2016-2018 годы в РК

Хроническая болезнь почек связана с возрастным снижением почечной функции, ускоренным при гипертонии, диабете, ожирении и первичных заболеваниях почек [9]. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной заболеваемости и смертности, когда ХБП рассматривается как ускоритель риска ССЗ и независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Существует дифференцированная обратная зависимость между риском сердечно-сосудистых заболеваний и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ), которая не зависит от возраста, пола и других факторов риска. Снижение почечной функции является предиктором госпитализации, когнитивной дисфункции и низкого качества жизни. Нагрузка на здравоохранение является самой высокой на ранних стадиях из-за возросшей распространенности, затрагивающей около 35% лиц старше 70 лет[10]. Средний возраст больных ХБП в мире *варьирует* от географического расположения, в Финляндии средний возраст составляет 49,7 (12,5) лет, в Германии 49,8 (16,4) лет, в Италии 49,2 (14,1) лет, в Нидерландах 44,6 (12,5) лет.

Возрастная структура больных, получивщих процедуры гемодиализа за 2016-2018 годы в РК, представлена на рисунке 3. Анализ показал, что.количество пациентов, получающих ПГД, увеличивается в возрасте 51-60 лет.

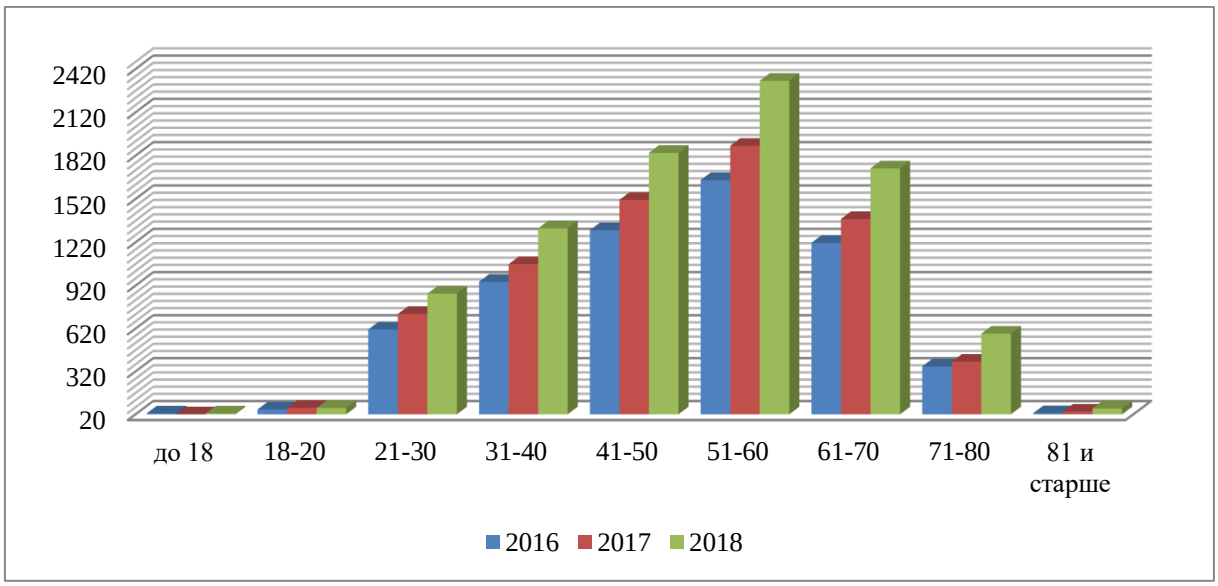


Рисунок 3 - Возрастная структура больных, получающих услуги гемодиализа, за 2016 -2018 гг. в РК

На рисунке 4 изображена динамика возрастной структуры больных, получающих процедуры програмного гемодиализа в 2016 -2018 годы. Анализ показал, что в возрастной структуре ХПН за период с 2016 по 2018 годы в Казахстане наметились следующие изменения: отмечается достоверное уменьшение

доли молодых пациентов до 18 лет в 2017 году по сравнению с 2016 и 2018 годами на 36,0%. Доля молодых людей от 18 до 30 лет а 2016 году составляет 10,7% (667 больных), в 2017 году 11,1% (787 больных), в 2018 году 11,5% (927 больных). Количество пациентов в возрасте от 31 и до 50 лет в 2016 году составило 36,3% (2249 больных), 36,4% (2581 больных) и 39,3% (3155 больных) в 2017 и 2018 годах соответсвенно. Количество больных от 51 года до 80 лет в 2016 году составило 52% (3220 больных), в 2017 году 51,6% (3657 больных), в 2018 году 58% (4653 больных). Количество больных в возрасте старше 81 года в 2016 году составляет 0,4% (28 больных), в 2017 году 0,5% (39 больных), в 2018 году 0,6% (61 больных). Во всех годах и во всех возрастных группах кроме возраста до 18 лет отмечается достоверное увеличение числа пациентов.

Неинфекционные заболевания являются основной причиной смерти во всем мире. ХПН значительно сокращает продолжительность жизни [11]. В 2016 году хроническое заболевание почек вызвало 1,19 миллиона случаев смерти во всем мире, что увеличилось на 28,8% по сравнению с 2006 годом [12]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения к 2030 году среди причин смерти ХБП будет занимать 13-е место[13]. Количество лиц с летальным исходом в Казахстане, страдающих ХПН в 2016 году составило 376 больных (таблица 3). В 2017 и 2018 годах смертность увеличилась в 2 раза.

Таблица 3. Количество пациентов, получающих услуги гемодиализа, с летальным исходом за 2016-2018 годы в РК.

	2016	2017	2018
Количество пациентов с летальным исходом	376	692	799

Заключение. В ходе анализа динамики гемодиализной помощи в Республике Казахстан было отмечено значительное увеличение количества больных, получающих процедуры гемодиализа. Такой темп прироста заболеваемости и потребности в гемодиализе может привести к значительным финансовым расходам и кадровому дефициту в отделениях и центрах гемодиализа. По результатам проведенного анализа был определен ежегодный прирост больных с 2016 года по 2018 год. Мировой опыт показывает, чем дольше пациент находится на гемодиализе, тем хуже его качество жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Hojs, Nina; Fissell, William H; Roy, Shuvo Ambulatory Hemodialysis-Technology Landscape and Potential for Patient-Centered Treatment. Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN 2019-Nov-14 (Epub 2019 Nov 14) DOI:10.2215/CJN.01970219

2. International Society of Nephrology, Global Kidney Health Atlas-2019

3. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук Нармановой О.Ж. «Эпидемиологические и медико-организационные аспекты совершенствования специализированной помощи больным с хронической почечной недостаточностью», Астана 2008

4. Michael V. Rocco Chronic Hemodialysis Therapy in the West. Kidney Dis 2015;1:178–186 DOI: 10.1159/000441809

5. Tayyebi A, Shasti S, Ebadi A, Eynollahi B, Tadrisi SD. The relationship between blood pressure and dialysis adequacy in dialysis patients. J Crit Care Nurs. 2012;5:49-54.

6. Abedi Samakoosh M, Aghaie N, Gholami F, Shirzad M, Yosefi E, Teymoorzadeh Baboli. Assesment Dialysis Adequacy in Hemodialysis Patients of Qaemshar Razi Hospital in 2012. J Mazand Med Sci. 2013;23:20-7. [in Persian]

7. Ежегодный статистический сборник МЗ РК о здоровье населения Республики Казахстан и деятельности организаций здравоохранения, Казахстан 2018

8. Chen JY, Wan EYF, Choi EPH, Chan AKC, Chan KHY, Tsang JPY, Lam CLK. The Health-Related Quality of Life of Chinese Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. Patient. 2017 Dec;10(6):799-808. doi: 10.1007/s40271-017-0256-6.

9. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BR, Jafar TH, Heerspink HJ, Mann JF, et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. Lancet. 2013. 10.1016/S0140-6736(13)60595-4.

10.Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FD. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016 Jul 6;11(7):e0158765. doi: 10.1371/journal.pone.0158765. eCollection 2016.

11.Kidney Disease. Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group : KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl 3: 1–150, 2013

12.GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017; 390: 1151– 210.
13.А.М. Арингазина, О.Ж. Нарманова, Г.О. Нускабаева, Ж.А. Тагаева, Е.С. Мендыбаев. Хроническая болезнь почек: распространенность и факторы риска (обзор литературы) / Анализ риска здоровью. – 2020. – № 2. – С. 164–174. DOI: 10.21668/health.risk/2020.2.18

Автор для корреспонденции: Тагаева Жанат Абдуллаевна, докторант Международного казахско-турецкого университета имени Х.А.Ясави, тел.: +7 702 336 00 75, e-mail: zhanet16-16@mail.ru

VALEO

УДК: 614.2

ОРАЛБАЕВ Н.А.[1], ПЛИСКА Н.Н.[2]
«Городской поликлиники № 10» акимата г.Нур-Султан [1]
РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» МЗ РК [2]

ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Аннотация:
Лабораторные исследования на сегодняшний день являются одним из основных источников объективной диагностической информации в медицине. Наиболее распространенным материалом для клинико-лабораторных исследований являются кровь, которая дает стартовое направление в алгоритме диагностики заболеваний. Лаборатория проводя 900 исследований различных направлений. Наиболее часто назначаемым исследованием является общий анализ крови, который проводили в данной поликлинике для амбулаторных пациентов в течении трех наблюдаемых лет в среднем с частотой 32%. Исследование разворачивается на 24 параметра, что представляет к нему большой интерес. Существует стабильно гендерное различие – женщины в среднем в 1,6 раз исследуются чаще, чем мужчины. Наблюдалась закономерность увеличения исследований с каждым годом на 6,5 – 7% вследствие миграции и урбанизации населения Республики Казахстан. Постоянный мониторинг проводимых услуг позволяет правильно вести лабораторный менеджмент, из которого вытекает планирование, качество проводимых услуг, а также возможность планировать скрининговые исследования в самые не загруженные месяцы года.

Ключевые слова: общий анализ крови, гематологические исследования

ORALBAEV N.A. [1], PLISKA N.N. [2]
"City polyclinic number 10" of the Akimat of Nur-Sultan 1
RSE on the RK "Research Institute of Traumatology and Orthopedics" MH RK 2

DYNAMICS OF THE MAIN INDICATORS OF GENERAL BLOOD ANALYSIS UNDER AMBULATORY CONDITIONS AND DETERMINATION OF THEIR FEATURES

In modern clinical diagnostic laboratories, about 90-95% of all studied biomaterial is blood samples. General clinical and hematological diagnostic methods are traditionally the most widespread types of research. It is believed that 80% of clinical decisions on diagnosis are made on the basis of laboratory data. A general blood test allows you to take into account 24 parameters at once, which makes it so popular. Continuous monitoring of the services provided allows you to properly conduct laboratory management, from which planning, the quality of the services provided, and the ability to schedule screening studies in the busiest months of the year follow. The conducted statistical analysis of data on the study of patients in an outpatient setting for three years, who underwent a general blood test, allows you to correctly make an application for the supply of consumables for this purpose, calculate the capacity of the laboratory equipment and human resources, and also deduce the pattern of a larger number of surveyed women 1.6 times, an increase in research every year by 6.5 - 7% due to migration and urbanization of the population of the Republic of Kazakhstan.

ОРАЛБАЕВ Н.А.[1], ПЛИСКА Н.Н. [2]

Нұр-Сұлтан 1 әкімдігінің «№10 қалалық емханасы»
ҚР ДМ 2 «Травматология және ортопедия ғылыми-зерттеу институты» ҚР РМК

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДАҒЫ ЖАЛПЫ ҚАН АНАЛИЗІНІҢ НЕГІЗГІ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІН АНЫҚТАУ

Қазіргі клиникалық диагностикалық зертханаларда зерттелген биоматериалдың шамамен 90-95% -ы қан үлгілері болып табылады. Жалпы клиникалық және гематологиялық диагностикалық әдістер дәстүрлі түрде зерттеудің кең таралған түрлері болып табылады. Диагностика бойынша клиникалық шешімдердің 80% зертханалық мәліметтер негізінде қабылданады деп саналады. Жалпы қан анализі бірден 24 параметрді ескеруге мүмкіндік береді, бұл оны соншалықты танымал етеді. Ұсынылатын қызметтердің тұрақты бақылауы зертханалық басқаруды дұрыс жүргізуге мүмкіндік береді, одан жоспарлау, көрсетілетін қызметтердің сапасы және жылдың ең қызған айларында скринингтік зерттеулерді жоспарлау мүмкіндігі туындайды. Үш жыл ішінде жалпы қан анализінен өткен пациенттерді амбулаториялық зерттеу туралы статистикалық талдау сізге осы мақсатқа шығын материалдарын жеткізуге өтінім жасауға, зертханалық жабдық пен сыйымдылықты есептеуге, сондай-ақ зерттелген әйелдердің көп мөлшерін анықтауға мүмкіндік береді. 1,6 есе, жыл сайынғы зерттеулердің өсуі 6,5 - 7% Қазақстан Республикасы халқының көші-қонына және урбанизациясына байланысты.

Ведение. Лабораторные исследования на сегодняшний день являются одним из основных источников объективной диагностической информации в медицине. Многообразие нозологических форм заболеваний, индивидуальность их проявлений у различных пациентов делают процесс диагностики нередко крайне трудным, и средств субъективного характера, зависящих от личных знаний и умений лечащего врача, оказывается недостаточно на помощь приходит лабораторная диагностика. Наиболее распространенным материалом для клинико-лабораторных исследований являются кровь, которая дает стартовое направление в алгоритме диагностики заболеваний. Считается, что 80% клинических решений принимаются на основании данных лабораторных методов исследования [1-2] .

Независимо от условий и форм собственности, в стационарных и амбулаторных учреждениях здравоохранения различного профиля, организации оказывающей лабораторные услуги, должны удовлетворять медицинских работников, заказывающих эти клинические лабораторные услуги, следующие требования: аналитическая надежность, клиническая информативность и своевременное выполнение лабораторных результатов [3-4].

Актуальность. В современных клинико-диагностических лабораториях около 90-95% из всего исследованного биоматериала – это образцы крови. Общеклинические и гематологические методы диагностики традиционно являются самыми массовыми видами исследования [5-6]. С этих исследований начинается путь к диагностике заболеваний, скрининга определенных лиц амбулаторных отделений, беременных, детского населения, решения вопросов плановой госпитализации, как в терапевтические, так и хирургические отделения и многие другие вопросы медицинского и социального характера пациентов (реабилитации, инвалидности, курортно-санаторного лечения и пр.) [7-11].

Цель. Установить закономерность скрининга отдельных лиц по гендерным признакам в динамике исследуемого периода и обосновать увеличение количества обследуемых лиц.

Результаты и их обсуждения. Клинико-диагностическая лаборатория «10-й Городской поликлиники» акимата г. Нур-Султана проводит более 900 видов лабораторных исследований для пациентов поликлиники. Главными характеристиками деятельности клинико-диагностической лаборатории являются объем и структура выполненных исследований. Основные количественные показатели работы КДЛ приведены таблице 1. Как видно из представленных данных в 2018 выполнено 108977 различных исследований, из которых 35,5% гематологические тесты, общие клинические 38,2%, биохимические 17,8%, иммунохемилюминисцетные 8,5% соответственно.

Объем проведенных исследований за 2018 - 2019 годы и в период I - IX месяцы 2020 года

Виды исследования / года	2018		2019		2020		Всего
	абс	%	абс	%	абс	%	
Гематологические	38673	35,5±0,22	41580	30,3±0,1	31752	30,2±0,14	112005
Общие клинические	41653	38,2±0,22	52336	38,2±0,1	40339	38,4±0,14	134328
Биохимические	19397	17,8±0,26	26400	19,2±0,1	20791	19,8±0,1	66588

Иммунохеми-люминисцетные	9254	8,5±0,28	16780	12,3±0	12285	11,6±0	38319
Итого	108977	25±0,1	137096	25±0,1	105167	25±0,1	351240

В целом 2019 года было выполнено 137096 исследований, из которых гематологические составили 30,3%, общие клинические 38,2%, биохимические 19,2%, иммунохемилюминисцетные 12,3% соответственно.

2020 год был представлен за 9 месяцев проведенных исследований всего – 105167 удельный вес количества: гематологические составили 30,2%, общие клинические 38,4%, биохимические 19,8%, иммунохемилюминисцетные 11,6% соответственно.

На протяжении всего наблюдаемого периода самыми часто используемыми для диагностики были общие клинические анализы они составили в среднем 38,3%, но это целая группа различных исследований куда входят: общий анализ мочи, копрограмма, цитология и др. исследования.

Наиболее востребованное исследование – это общий анализ крови, который используется для скрининга и диагностики различных состояний пациентов. Это исследование разворачивается на 24 параметра. Общий анализ крови был проведен на анализаторе ADVIA 560 и Sysmex XN-550, разрешающая способность анализаторов 60 исследований час. Исследование было завершено в течении 6 часов и передано по информационной лабораторной системе (ЛИС) для свободного пользования различным специалистам поликлиники, для постановки диагноза, коррекции лечения и др. мер. Всего было проведено исследований общего анализа крови в абсолютных значениях 2018 году - 38673, 2019 году – 41580, 2020 году (за 9 месяцев) – 22493. В наших исследованиях мы наблюдаем увеличение количества исследований общего анализа крови в 2019 году по сравнению с 2018 годом на 7%. Далее сравнить общее количество поведенных исследований лабораторией с 2020 годом не удается из-за сложившейся эпидемиологической ситуацией с «Covid - 19» в мире и Республике Казахстан. Но тенденция увеличения исследований должна была быть, так как проведенные исследования в январе 2020 г выше уровня исследований в 2018 г. на 8,3% и 2019 г. на 1,8%; соответственно в феврале 2020 г. увеличено исследований по сравнению с 2018 г. на 8% и 2019 г на 1,5%; в сентябрь 2020 г. больше исследований чем в 2018 г. на 11,1% и с 2019 г на 6,7%. Ниже представлен Рисунок 1 - динамики проведенных исследований крови – общего анализа 10-ой поликлиникой.

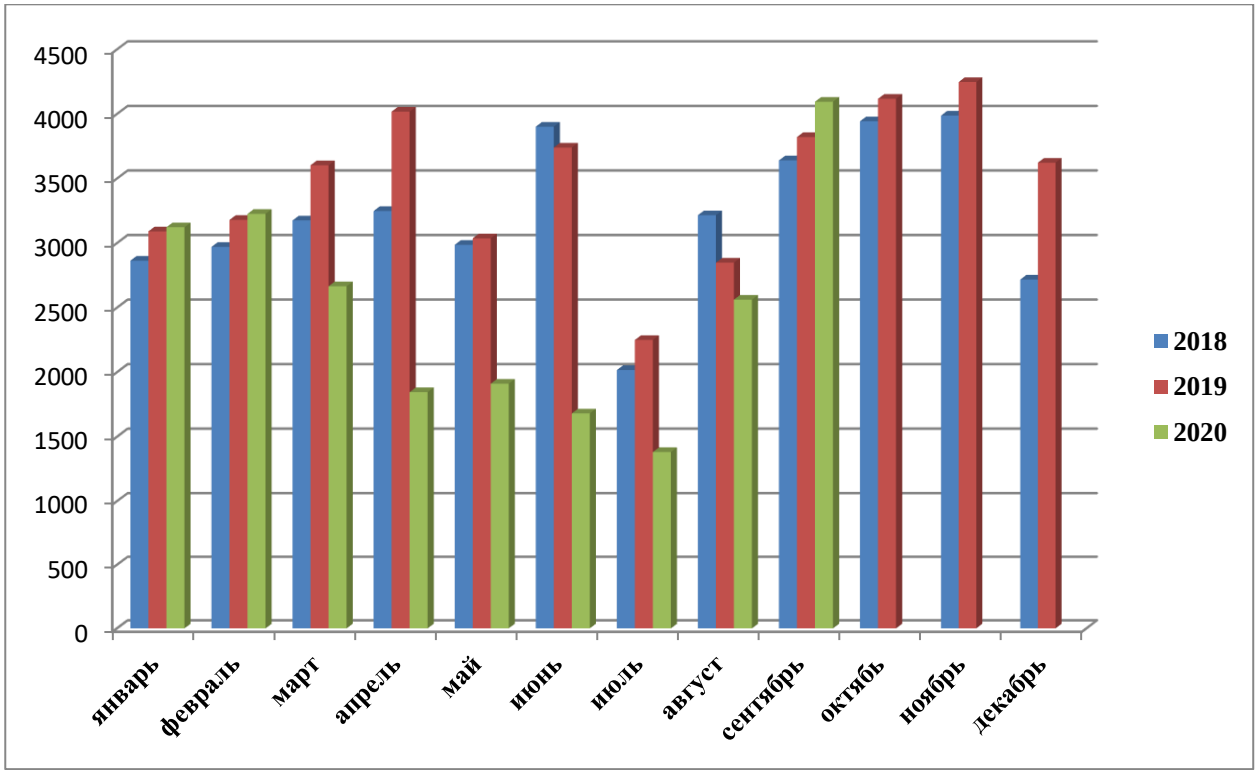


Рисунок 1. Динамики общего анализа крови 10-ой поликлиники за 2018 -2020 годы

На представленном рисунке отчетливо видна динамика нарастания количества проведенных исследований в 2020 году по отношению к двум предыдущим годам на примере трех месяцев: январь, февраль, сентябрь, когда отсутствовал режим эпидемиологической ситуации, которая повлияла на резкое

снижение исследований во все остальные месяцы текущего года из-за ограничения приема пациентов. Также благодаря сложившей ситуации по коронавирусу «Covid - 19» можно предположить и проследить динамику снижения исследований общего анализа крови с апреля по август 2020 год по отношению к такому же периоду предыдущих двух лет 2018 и 2019 годам. В марте эпидемиологическая ситуация была объявлена в третьей декаде месяца потому исследования снизились незначительно по отношению к 2019 году на 26%. Далее проанализируем все исследования по отношению к 2019 году т. к. все они выше чем в 2018 году; в апреле 2020 года исследований стало меньше на 54,1%, в мае на 37,1%, июне на 55,1%, июле на 38,6%, августе 10,1%. По представленному рисунку можно предположить, что коронавирусная инфекция имела волнообразное течение с увеличением случаев в апреле и июне, когда обращаемость снизилась и прослеживается затухание инфекции в августе текущего года с минимальным снижением общего анализа крови в 10- ой поликлинике. Рассмотрим среднее значение в месяц обследуемых пациентов в зимний период времени за три года - 12338 оно максимальное по сравнению с другими сезонами года. Весной среднее значение за месяц за этот же период времени - 2505 исследований оно минимальное. Следующий из исследуемых этапов – это летний период среднее значение 2611 исследований в месяц за три года. Далее рассмотрим последний период - осень среднее значение исследуемых пациентов 3976 в месяц. По выше изложенному можно предположить наибольшее количество пациентов исследуемых в условиях поликлиники- это зима, среднее значение - осень, наименьшее количество- весна и лето с перевесом в сторону увеличения на 4,1% летнее время по отношению к весне.

Далее рассмотрим гендерные различия исследуемых в разные месяцы 2018 года. Наиболее выражены различия обследуемых лиц с резким увеличением обследования женского населения – это январь и май, когда разница превышает в 2,23 – 2,34 раза по отношению к мужскому населению; второе место по превышению различия наблюдаем в март и ноябрь – в 1,93%. Остальные месяцы года не имеют очень высоких различий, но каждый месяц имеет высокие показатели исследований женского населения стабильно.

Ниже можем проанализировать 2019 год по обследуемых лицам нуждающимся в общем анализе крови в разные периоды.

Одинаково высокую разницу в гендерных отношениях имеют два месяца январь и ноябрь – 1,9 раз больше исследуемых женщин, далее второе место занимают два осенних месяца октябрь и ноябрь – 1,86 раз выше остальные месяцы больших различий не имеют, при этом женское население на протяжении всего года превалирует над мужским. Данный год имеет особенность не превышать соотношение в 2 раза и более как предыдущий год.

Последний исследуемый нами период – это 2020 год (9 месяцев). Особенностью этого года является значительное гендерное различие в сторону увеличения обследования женского населения в 2,38- 2,98 раз, что связано с эпидемиологической ситуацией в нашей стране, когда разрешалось обследоваться беременным женщинам остальное население врачами поликлиники лечились «online».

Выводы. Постоянный мониторинг проводимых услуг позволяет правильно вести лабораторный менеджмент, из которого вытекает планирование, качество проводимых услуг, а также возможность планировать скрининговые исследования в самые не загруженные месяцы года.

Заключение. Проведенный статистический анализ данных по исследованию пациентов в 10- ой поликлиники, которым проведен тест – общий анализ крови, за три года позволяет правильно делать заявку по поставке расходных материалов для этой цели, рассчитать возможности нагрузки по оборудованию и кадровому потенциалу лаборатории, а также вывести закономерность увеличения исследований с каждым годом на 6,5 – 7% вследствие миграции и урбанизации населения Республики Казахстан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. GEOTAR-MED, 2012. Russian (Алексеев В.В. Медицинские лабораторные технологии. Руководство по клинической лабораторной диагностике. В 2 т. Т. 1-2. / под ред. А.И. Карпищенко. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012.)

2. Blyndar VN. Hematology research methods. M.: Medical information Agen-cy (MIA), 2013. 96 p. Russian (Блиндарь В.Н. Гематологические методы исследования. М.: Медицинское информационное агентство (МИА), 2013. 96 с.)

3. Hematology analyzers interpretation of blood: methodical recommendations. Approved by the Ministry of the Russian Federation of 21 March 2007 No. 2050-RH Available at: http://www.ramld.ru/articles/files/hemanalizator.pdf (accessed 02.04.2016) Russian (Гематологические анализаторы интерпретация анализа крови: методические рекомендации. Утверждены МЗ РФ 21 марта 2007 г. № 2050-РХ. Доступ: http://www.ramld.ru/articles/files/hemanalizator.pdf (дата обращения: 02.10.2020)).

4. Hematology: national guidance. Rukavitsyn OA, editors. M.: GEOTAR-Media, 2015. 776 p. Russian (Гематология: национальное руководство /под ред. О.А. Рукавицын. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 776 с.)
5. Dolgov VV. Laboratory Hematology. M.: Triada, 2014. 218 p. Russian (Долгов В.В. Лабораторная гематология. М.: Триада, 2014. 218 с.)
6. Kamyshnikov VS. Clinical laboratory diagnostics. M.: Medpress-inform, 2015. 720p. Russian (Камышников В.С. Клиническая лабораторная диагностика. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 720с.)
7. Clinical laboratory diagnostics: national manual: In 2 p. Part 1-2. Dolgov VV, Menshikov VV, editors. M.: GEOTAR-Media, 2012. Russian (Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство: В 2 т. Т. 1-2/ под ред. В. В. Долгова, В. В. Меньшикова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.)
8. Medical laboratory diagnostics: programs and algorithms. Karpishchenko AI, editors. M.: GEOTAR-Media, 2014. 696 p. Russian (Медицинская лабораторная диагностика: программы и алгоритмы/под ред. А.И. Карпищенко. М.:ГЭОТАР-Медиа,2014.696 с.)
9. Павлова В.Ю. Возможности исследования показателей общего анализа крови на современных анализаторах. Фундаментальная и клиническая медицина. 2016.-Том 1.-1.- С 98-108
10. Новик А.В. Анемия и метаболические расстройства у онкологических больных. Практическая онкология. 2009; 3(10):10-7.
11. Блиндарь В.Н., Зубрихина Г.Н Матвеева И.И. Новая концепция диагностики анемии с нарушением метаболизма железа. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. 2015-2016; 26 (4-1): 77-85.

Автор для корреспонденции: Оралбаев Нурлан Арманулы - магистрант: КАЗНУ им. Аль-Фараби, общественное здравоохранение, место работы: ТОО «Hom Med» при Городская поликлиника №10, г.Нур-Султан; Специалист лаборатории, менеджер по контролю качества, Эл.адрес, nurik-8707@mail.ru, тел.: 8 707 214 01 71



УДК: 614.45

РАХМЕТОВА Б.Т[1]., ХАМИДУЛЛИНА Л.Б.[2]
НАО «Медицинский университет Астана» г. Нур-Султан, Казахстан[1]
Городская поликлиника №9 акимата г.Нур-Султан[2]

СЕСТРИНСКИЙ УХОД И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА

Аннотация:
В 1983 году одновременно французским исследователем Люком Монтенье из института Пастера в Париже и Робертом Галло из Американских национальных институтов здоровья был идентифицирован вирус, относящийся к особой категории, так называемых человеческих ретровирусов, вызывающих синдром приобретенного иммунодефицита. Во всем мире большинство случаев СПИДа сегодня вызвано типом ВИЧ-1. По состоянию на конец 2019 г. в мире, согласно оценкам, насчитывалось 38 миллионов человек, живущих с ВИЧ-инфекцией, пожизненную антиретровирусную терапию (АРТ) проходили 68% взрослых и 53% детей, живущих с ВИЧ.
Ключевые слова: вирус иммунодефицита, приверженность к антиретровирусной терапии, социальная работа, сестринский уход

Б.Т.РАХМЕТОВА[1], Л.Б. ХАМИДУЛЛИНА[2]
"Астана медицина университеті" КЕАҚ Нұр-сұлтан Қ., Қазақстан[1]
Нұр-сұлтан қаласы әкімдігінің № 9 қалалық емханасы[2]

ИММУН ТАПШЫЛЫҒЫ ВИРУСЫН ЖҰҚТЫРҒАНДАРҒА АНТИРЕТРОВИРУСТЫҚ ТЕРАПИЯ КЕЗІНДЕ МЕЙІРБИКЕЛІК КҮТІМ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК ҚОЛДАУ

1983 жылы Париждегі Пастер институтының француз зерттеушісі Люк Монтеней және Американдық ұлттық денсаулық сақтау институттарының Роберт Галло бір уақытта иммун тапшылығы синдромын тудыратын адам ретровирустары деп аталатын ерекше категорияға жататын вирусты анықтады. Дүние

жүзінде СПИД-тің көптеген жағдайлары бүгінде ВИЧ-1 түріне байланысты. 2019 жылдың соңындағы жағдай бойынша әлемде АИТВ-мен өмір сүретін 38 миллион адам бар, ересектердің 68% - ы және АИТВ-мен өмір сүретін балалардың 53% - ы өмір бойы антиретровирустық терапиядан (АРТ) өтті.

Түйінді сөздер: иммун тапшылығы вирусы, антиретровирустық терапияға бейілділік, әлеуметтік жұмыс, мейірбикелік күтім

RAKHMETOVA B. T[1]., KHAMIDULLINA L. B. [2]
NJSC "Astana Medical University" Nur-Sultan, Kazakhstan[1]
City polyclinic No. 9 of Nur-Sultan city akimat[2]

NURSING CARE AND SOCIAL SUPPORT FOR ANTIRETROVIRAL THERAPY OF PEOPLE INFECTED WITH THE IMMUNODEFICIENCY VIRUS

In 1983, at the same time, French researcher Luc Montaigne of the Pasteur Institute in Paris and Robert Gallo of the American national institutes of health identified a virus belonging to a special category, the so-called human retroviruses that cause acquired immunodeficiency syndrome. Worldwide, the majority of AIDS cases today are caused by the HIV-1 type. As of the end of 2019, there were an estimated 38 million people living with HIV worldwide, with 68% of adults and 53% of children living with HIV receiving lifelong antiretroviral therapy (ART).

Keywords: immunodeficiency virus, adherence to antiretroviral therapy, social work, nursing care

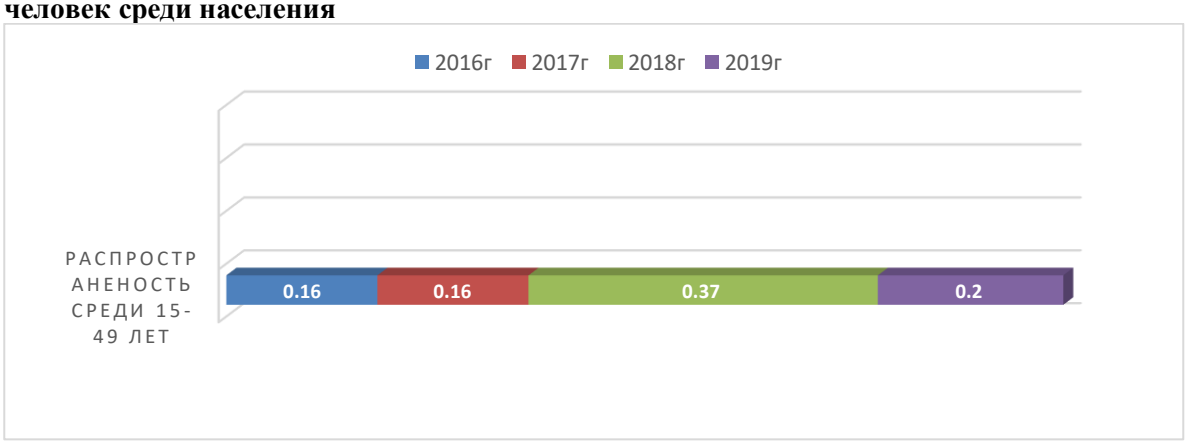
Актуальность: определяется пандемическим распространением ВИЧ/СПИДа, которое создает серьезные угрозы для благополучия населения и общественных институтов. И хотя доступность антиретровирусной терапии привела к резкому снижению смертности от СПИДа и явному улучшению здоровья, антиретровирусная терапия всё же не в состоянии полностью восстановить здоровье. Растёт смертность, связанная не со СПИДом, а с широким спектром осложнений. Важно отметить, что люди, живущие с ВИЧ, должны принимать антиретровирусную терапию всю оставшуюся жизнь, и для того, чтобы справиться с этой сложной задачей, им необходима медико-социальная помощь со стороны медицинских работников.

Цель: изучение роли медицинской сестры в организации и оказании антиретровирусной и социальной поддержки инфицированным вирусом иммунодефицита и их семьям

Методы и материал исследования: аналитический метод, статистический анализ полученных данных, анкетирование медицинских сестер для выяснения взаимоотношений ВИЧ-инфицированных пациентов и медработников

Результаты и их обсуждение: нами в процессе исследовательской работы был проведен краткий анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДУ в Казахстане за 2016-2019годы, также изучены особенности антиретровирусной терапии в Казахстане и роль медицинской сестры при оказании медико-социальной помощи инфицированным вирусом иммунодефицита для формирования у них приверженности к лечению.

Рисунок 1 Заболеваемость ВИЧ-инфекции в течение 2016-2019 годов на 1000 неинфицированных человек среди населения



Как видно из рисунка 1 распространенность ВИЧ-инфекции за 2019г.в возрастной группе 15-49 лет составила 0,2%, что не превышало пределы параметров, определенных Государственной программой

«Денсаулық» (0,2-0,6) и ниже чем в 2018 году - 0,37 (по данным отчета Республиканского центра СПИД за 2019г.).

Рисунок 2 Количество (число) ЛЖВ, получающих антиретровирусную терапию (2011-2018)

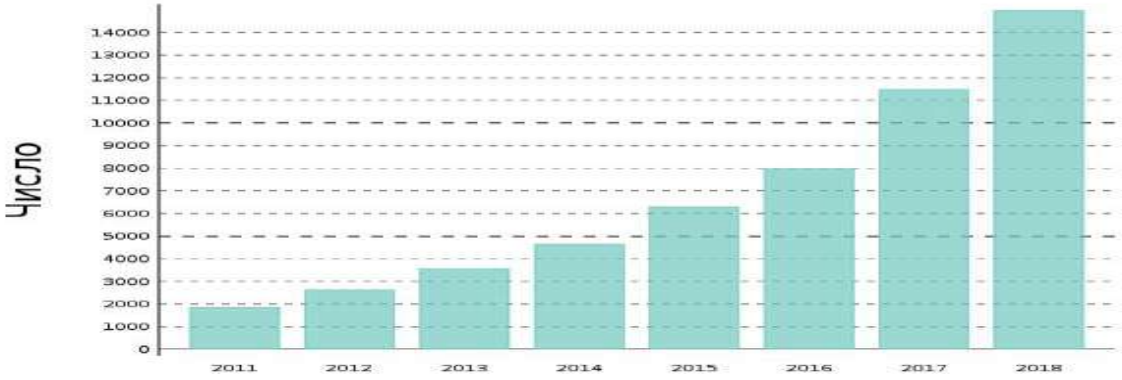
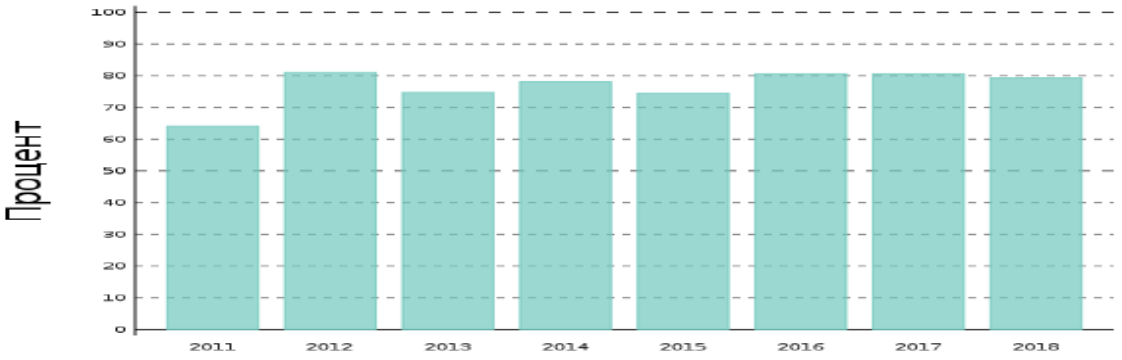


Рисунок 2 показывает, как за последние годы (2016,2017 и 2018 годы) количество ЛЖВ, получающих АРТ, увеличилось в 8,7 раз с 1 711 в 2011 году до 14 951 в 2018 году. Также для сравнения, можно указать, что в 2005 году на диспансерном учете в РК состояло всего около 4 тысяч людей, живущих с ВИЧ, из них получали АРТ только 233 человека, т.е. меньше 6% от числа состоявших на учете, а к 2018году лечение получают уже около 65 %.

Одним из актуальных вопросов, остается приверженность ЛЖВ к АРТ. Из общего количества пациентов на АРТ, эффективность лечения имеют только 65%. Эффективно проводимое лечение, неопределяемая вирусная нагрузка способствует меньшей вероятности дальнейшей передачи вируса в популяции. Так, в Казахстане ежегодно начинают прием АРТ не менее 1500 пациентов в год, при этом, сходят с терапии около 500 пациентов по различным причинам.

Рисунок 3 Удержание в программе антиретровирусной терапии спустя 12 месяцев с момента ее начала (2011-2018)



Как видно из рисунка 3 удержание в программе АРТ с 2011 по 2018годы держится на уровне 65-83 %, высокий уровень отмечается в 2012г. до 83%, далее снижение до 75 % и в 2018г.увеличение до 79%.

В целом, можно отметить определенные успехи в предоставлении медицинских услуг ЛЖВ: показатель смертности от СПИД на 1000 ЛЖВ (людей живущих с ВИЧ) снизился в 1,6 раза (с 18,1 до 10,6), количественный охват антиретровирусной терапией ЛЖВ увеличился в 8,7 раза (с 1711 до 14951), выживаемость среди ЛЖВ ниже среднемировой статистики. По данным имеющейся статистики, выживаемость ЛЖВ в РК без АРТ –18,5 лет, на АРТ –21,2 года. Среди ЛУИН данные показатели ниже в 1,3 раза: выживаемость без АРТ –14,7 лет, на АРТ – 16,8 лет.

С целью снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, в Казахстане проводится профилактическая работа, функционирует 32 дружественных кабинета (ДК), из них 24 при центрах СПИД, 7 при других медицинских организациях (кожно-венерологические диспансеры, женские консультации, поликлиники) и 1 при неправительственной организации. Сюда можно обратиться самостоятельно, а также по направлению сотрудников пунктов доверия, расположенных в каждом лечебно-профилактическом учреждении области, также по направлению медицинских работников, волонтеров, аутрич-работников.

Рисунок 4 - «Реализация медицинскими сестрами профилактических программ медико-социальной помощи»

Профпрограммы	2015	2016	2017	2018	2019
аутрич-работ	17	541	506	347	362
друж.каб	32	35	37	30	32
пункт доверия	144	142	137	138	131
роздано шприцев луин	16347156	14421227	15518225	11407969	11274877
роздано презервативов	4250208	3995546	4845332	4656338	4518315

Вывод: таким образом, неотъемлемым компонентом помощи ВИЧ-инфицированным пациентам является сестринский уход и социальная поддержка, основной задачей которых является предупреждение и облегчение страданий, причиняемых прогрессирующим неизлечимым заболеванием. Раннее выявление, тщательная оценка и эффективное лечение боли и других симптомов, а также психологических, социальных и духовных проблем являются неотъемлемой частью сестринской помощи. Именно медицинская сестра является своего рода связующим звеном между больным и врачом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиций общественного здравоохранения. ВОЗ 2016.
2. Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков.
Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ 2013.
3.Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Дж.Бартлетт,Дж.Галлант, П.Фам.2012 г. 527с.

VALEO

УДК: 614.46

РАХМЕТОВА Б.Т.[1], ЖАМАКОВА А.Н.[2]
НАО «Медицинский университет Астана» г. Нур-Султан, Казахстан[1]
Ассоциация медицинских сестер Казахстана «Парыз»[2]

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И ФАКТОРЫ РИСКА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ , УЧАСТВОВАВШИХ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ COVID -19

Аннотация:
Инфекция, вызывающая тяжелый острый респираторный синдром, получила официальное название COVID-19. Согласно отечественным и международным данным, высокий уровень нагрузки и угрозы заражения значительно повышают риск профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации в форме симптомов депрессии, тревоги и эмоционального дистресса у медицинских работников во время пандемии [1]. При этом важно подчеркнуть, что уровень профессионального выгорания у медицинских работников был самым высоким среди специалистов помогающих профессий и до пандемии [2].

Ключевые слова: COVID-19, профессиональное выгорание, стресс.

Б.Т.РАХМЕТОВА[1], А.Н. ЖАМАКИНА[2]
Астана медицина университеті "КЕАҚ» Нұр-Султан қ, Қазақстан[1]
Парыз " Қазақстанның медбикелер қауымдастығы» Нұр-Султан қ.[2]

COVID -19 НАУҚАСТАРЫНА КӨМЕК КӨРСЕТУГЕ ҚАТЫСҚАН КӨПБЕЙІНДІ ҚАЛАЛЫҚ БАЛАЛАР АУРУХАНАСЫНЫҢ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ КӘСІБИ КҮЙІП ҚАЛУЫ ЖӘНЕ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Ауыр жедел респираторлық синдромды тудыратын инфекция ресми түрде Covid-19 деп аталды. Отандық және халықаралық мәліметтерге сәйкес, пандемия кезінде медицина қызметкерлерінің депрессия, мазасыздық және эмоционалды күйзеліс белгілері түрінде кәсіби күйіп қалу және эмоционалды бейімделу қаупін арттырады [1]. Медицина қызметкерлерінің кәсіби күйіп қалу деңгейі пандемияға дейін көмекші мамандықтар арасында ең жоғары болғанын атап өткен жөн [2].

Түйінді сөздер: COVID-19, кәсіби күйіп қалу, стресс.

RAKHMETOVA B.T., ZHAMAKOVA A.N.
NJSC "Astana Medical University" Nur-Sultan, Kazakhstan[1]
Association of Nurses of Kazakhstan "Paryz"[2]

PROFESSIONAL BURN OUT AND RISK FACTORS IN MEDICAL WORKERS OF A MULTIDISCIPLINE CITY CHILDREN'S HOSPITAL PARTICIPATED IN CARE OF COVID-19 PATIENTS

The infection that causes severe acute respiratory syndrome is officially called COVID-19. According to domestic and international data, a high level of workload and the threat of infection significantly increase the risk of professional burnout and emotional maladjustment in the form of symptoms of depression, anxiety and emotional distress among healthcare workers during a pandemic [1]. It is important to emphasize that the level of professional burnout among medical workers was the highest among specialists in helping professions even before the pandemic [2].

Keywords: COVID-19, burnout, stress.

Актуальность: при сравнении выраженности эмоциональной дезадаптации у медицинских работников до и после начала эпидемии наблюдается значительное повышение значений депрессии и тревоги по соответствующим шкалам. Исследования выраженности эмоциональной дезадаптации медицинских работников с течением времени на примере прежних эпидемий показали, что даже через 3 года после окончания эпидемии *SARS* (тяжелый острый респираторный синдром) у 14% сотрудников отмечались умеренные значения по шкале депрессии, а у 8,8% — высокие [3]. По другим данным, 30,4% медицинских работников, имевших контакт с пострадавшими, отмечали высокую степень профессионального выгорания. Подобные результаты подтверждают необходимость динамического наблюдения за психологическим статусом медицинского персонала, несмотря на возможное общее снижение заболеваемости населения.

Цель: оценить выраженность симптомов депрессии и тревоги, профессионального выгорания и эмоционального стресса у сотрудников многопрофильной городской детской больницы №2, оказывающих помощь пациентам с *COVID*-19 в текущий период (июль) и сопоставить их с показателями смешанной выборки медицинских работников из разных учреждений и регионов, обследованных в первые месяцы пандемии (март–апрель)

Методы и материал исследования:

1. Опросник профессионального выгорания К. Маслач

2.Анкета ДОРС. Б. Леоновой и С. Б. Величковской «Дифференцированная оценка состояний сниженной работоспособности»

3.Проведение статистической обработки полученных данных (t-Критерий Стьюдента).

Результаты и их обсуждение: За период с марта 2020г по сентябрь нами проведено исследование 50 медицинских работников, а именно с приемного покоя-12, с реанимации 15, с хирургии -13, с неврологии - 5, офтальмологии-5, участвовавших в оказании помощи больным с COVID-19. Всем участникам опроса были даны краткие рекомендации, участие в исследовании было анонимным и конфиденциальным. Исследование проводилось в течение 5 дней в мае-июне и 5 дней в сентябре 2020 г. Обследованная выборка: из 50 человек, которым были разосланы опросники, полностью заполнили форму35 человек, что составило 70% выборки, из них 20 мужчины (57%) и 15 женщин (43%). Выборка включала в основном врачей —из 50 человек врачи составили 54,2% или 27 человек, средний медицинский персонал — 23 человек или 45,8%.

Таблица 1 - Показатели профессионального выгорания по методике Маслач

Параметры профессионального выгорания	Выборка сотрудников в сентябре	Выборка сотрудников в начале пандемии (май-июнь)
Эмоциональное истощение	35%	67% (высокий уровень)
Деперсонификация	56,7%	99%(высокий уровень)

Профессиональная успешность	20,8%(высокий уровень выгорания)	11%

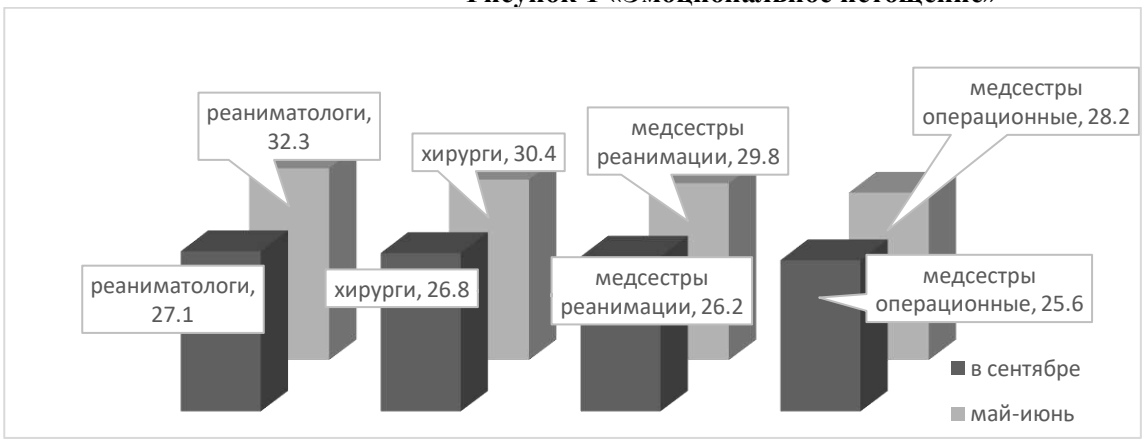
Как видно из табл. 1, в выборке за май-июнь почти в 2 раза чаще имеют место высокие показатели эмоционального истощения и деперсонификации, а ощущение профессиональной успешности (обратная шкала), напротив, встречается в 2 раза реже, чем в выборке сотрудников в сентябре. По показателям профессионального выгорания выборка сотрудников МГДБ№2, обследованных в сентябре, оказалась более благополучной по сравнению с выборкой медицинских специалистов, обследованных в мае-июне, потому что уже отмечалось снижение уровня заболеваемости, улучшилось обеспечение СИЗ, лекарствами, кислородом, ИВЛ.

Таблица 2 - Показатели эмоционального дистресса (методика Термометр дистресса»)

Области эмоционального стресса	Выборка сотрудников в сентябре	Выборка сотрудников в начале пандемии (март- апрель)
Нервозность, беспокойство	24,3	39
Пассивность	17	22
Страх заразиться	38,3	44
Нехватка медицинских средств	4,2	48
Организационные трудности	30	47
Несогласие с руководством/недоверие	15	45
Беспокойство за безопасность членов семьи	54,7	-
Сопротивление/нежелание идти на работу	20,8	39

Как видно из табл. 2, около трети опрошенных в сентябре респондентов достаточно высоко оценили влияние следующих областей дистресса: нервозность, страх заразиться или заразить окружающих, физический дискомфорт, организационные трудности, одиночество. Наиболее значимыми по степени негативного влияния были отмечены беспокойство за членов семьи (54,7% выборки), страх заражения (44 % выборки), организационные трудности (47%). Основные различия между выборками получены по следующим факторам: почти в 2 раза меньше сотрудников в МГДБ №2 в сентябре по сравнению с началом пандемии испытывают стресс из-за нежелания идти на работу (25% против 38%), ровно в 3 раза меньше испытывают стресс из-за недоверия руководству (15% против 45% в выборке март -апрель) и, наконец, у них более чем в 10 раз снижены проявления стресса из-за нехватки СИЗ (4,2% против 48% в выборке за март-апрель).

Рисунок 1 «Эмоциональное истощение»



Как видно из рисунка 2 «Эмоциональное истощение» по субшкале уровень эмоционального истощения очень высокий в начале пандемии (май-июнь) и высокий (свыше 25) в сентябре, существенных различий при уровне значимости (t=0,37; P>0.05) между врачами – реаниматологами, врачами - хирургами и медицинскими сестрами нет.

Рисунок 2 «Деперсонализация»



Как видно из рисунка 2 «Деперсонализация» между двумя специальностями статистически не различаются (t=1,141; p>0.05), уровень очень высокий на обеих специальностях в мае-июне и высокий в сентябре

Вывод: таким образом, при общем подсчете интегрального показателя профессионального выгорания среди врачей установлено, что степень его выраженности у врачей – реаниматологов, хирургов и медицинских сестер в период пандемии очень высокий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Рой А.П., Рахманина А.А. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19. Консультативная психология и психотерапия. 2020;28(2): стр.8–45*
2. *Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск, Чита: Иван Федоров; 2013.*
3. *Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. Санкт-Петербург: Питер; 2008.*
4. *Матюшкина Е.Я., Рахманина А.А., Холмогорова А.Б. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников. Современная зарубежная психология. 2020;9(1):39–49.*

VALEO

УДК: 614.23/25:658

САМАРОВА У.С., ХИСМЕТОВА З.А., КУРМАШЕВА Ә.
Некоммерческое акционерное общество «Семейский Медицинский университет»

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДАЛЬНЕМ, БЛИЖНЕМ ЗАРУБЕЖЬЯХ И В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Аннотация:
В данной статье рассматривается проблема обеспеченности кадрами в области здравоохранения. Анализ зарубежного опыта показывает растущую ориентацию кадровой политики, направленную на достижение структуры врачебных кадров, соответствующей потребности системы здравоохранения и общества в целом. Подготовка конкурентоспособных кадров и распределение выпускников медицинских вузов – одно из мер в решений острой проблемы дефицита врачей.

Ключевые слова: кадры,кадровые ресурсы здравоохранения,текучесть кадров,кадровый потенциал, реформа системы медицинского образования

САМАРОВА У.С., ХИСМЕТОВА З.А., Ә. ҚҰРМАШЕВА
«Семей медицина университеті" КеАҚ

АЛЫС, ЖАҚЫН ШЕТЕЛДЕРДЕГІ ЖӘНЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ПЕРСОНАЛ

Бұл мақалада Денсаулық сақтау саласындағы кадрлармен қамтамасыз ету мәселесі қарастырылады. Шетелдік тәжірибені талдау Денсаулық сақтау жүйесі мен жалпы қоғамның қажеттілігіне сәйкес келетін дәрігер кадрлар құрылымына қол жеткізуге бағытталған кадр саясатының өсіп келе жатқан бағдарлануын көрсетеді. Бәсекеге қабілетті кадрларды даярлау және медициналық жоғары оқу орындарының түлектерін бөлу – дәрігерлер тапшылығының өткір проблемасын шешудегі шаралардың бірі.

Түйін сөздер: кадрлар, денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстары, кадрлардың тұрақтамауы, кадрлық әлеует, медициналық білім беру жүйесін реформалау

U.S. SAMAROVA, Z.A. KHISMETOVA, A. KURMASHEVA
Non-profit Joint Stock Company "Semey Medical University"

HEALTHCARE STAFF IN FAR, NEAR ABROADS AND IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

This article deals with the problem of staffing in the field of healthcare. Analysis of foreign experience shows a growing orientation of personnel policy aimed at achieving a structure of medical personnel that meets the needs of the health care system and society as a whole. Training of competitive personnel and distribution of medical graduates is one of the measures to solve the relevant problem of lack of doctors.

Keywords: personnel,human resources health care, staff turnover, human potential, reform of the medical OBR system

Введение: В Послании народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», Президент государства Н. А. Назарбаев отметил, что одним из основных политических курсов Казахстана является создание современной и эффективной системы здравоохранения. В свою очередь в укреплении системы здравоохранения важную роль играет стратегия развития кадровых ресурсов, который является одним из важных компонентов оказания качественной медицинской помощи. Эффективность и качество медицинских услуг, находится в прямой зависимости от теоретических знаний и практических навыков и непрерывного повышения уровня компетенции медицинских работников.

Модернизация системы здравоохранения, путем повышения ее технологического, организационного и профессионального уровней, способствует противостоять новым вызовам мировой экономической обстановки. Безусловно, в процессе модернизации, медицинские организации должны знать, что подготовка и повышение эффективности работы медицинских специалистов занимает ведущую роль и отвечает современным требованиям рыночных механизмов.

Развитие здравоохранения РК, как и в других странах дальнего и ближнего зарубежья, во многом зависит от уровня профессиональной подготовленности и качества работы медицинских кадров, поэтому с имеющемся явлением как острый дефицит медицинских кадров, подбор специалистов в медицинские организации имеет свою специфику и будет отличаться от традиционного подбора персонала в любой другой организации. Однако в системе образования по подготовке медицинских кадров, по прежнему остаются низкая практическая направленность подготовки кадров, несовершенство образовательных программ, в частности по направлениям, менеджмент, экономика клиническая фармакология. Принимая во внимание ситуацию с дефицитом медицинских работников по ряду отдельных специальностей, дисбаланс кадровых ресурсов на национальном уровне, включая ситуации в регионах (город/село), подтверждает о необходимости принятия мер по эффективному и рациональному кадровому планированию в системе здравоохранения РК

Таким образом, учитывая действующее положение, в условиях сложившееся мировой экономической обстановки, состояние кадрового состава является основой эффективной деятельности системы здравоохранения, а именно качество и доступность оказываемой медицинской помощи населению. Кадровый потенциал определяет результативность.функционирования медицинской организации и является ее связующим элементом. В связи с чем в системе здравоохранения особую остроту приобретает повышение эффективности управления кадровыми ресурсами здравоохранения, базирующиеся на регулярном мониторинге, улучшении качества и повышения доступности КРЗ.

Цель исследования: проведение литературного обзора по состоянию и проблемам кадровой обеспеченности системы здравоохранения Республики Казахстан.

Материалы и методы: Для реализации поставленной цели был осуществлен систематический поиск и последующий анализ данных публикаций и онлайн ресурсов. Все принятые к формированию обзора

работы были индексированы в базах данных PubMed, Medline, e-Library, Google Scholar, а также данные неопубликованных источников (с 1996 по 2015гг.).

Ключевые пункты формирования поисковых запросов для формирования обзора литературы были представлены следующими элементами: кадровое обеспечение, кадровая политика, кадровый потенциал, здравоохранение, управление кадровыми ресурсами.

Результаты обсуждения: Уровень развития любой отрасли, в том числе и здравоохранения находится в прямой зависимости от социально-экономического развития страны, которая в свою очередь определяет возможности и принципы службы по подбору медицинского персонала и управлению им, в любой организации различного юридического статуса.

Каждая организация в современных рыночных условиях хозяйствования заинтересована в экономическом развитии и повышения конкурентоспособности, путем развития необходимого кадрового потенциала [1].

Кадровый потенциал по мнению Пола Кругмана характеризуется качественными характеристиками персонала: квалификация, энергия и воля, что являются преимуществами второй природы развития социально-экономических систем. Следовательно, для стабильности и достижения стратегий развития организации кадровая, административная службы предприятия, как один из экономических ресурсов должны формировать, обучать и целенаправленно мотивировать его кадровый потенциал [2]

Литературный обзор о роли и деятельности кадровой службы в разрезе международного опыта прослеживает, что странах где как казалось, высокий уровень жизни населения кадровые вопросы стоят не на последнем месте. В качестве примера были взяты отдельные страны, как Япония, США

Система здравоохранения в Японии — одна из самых развитых в мире, она ориентирована на профилактику и реабилитацию, что способствовала существенному снижению расходов на здравоохранение и повысила его качество. Принцип доступности медицинскими услугами обеспечена путем полного охвата всего населения медицинским страхованием, обеспечиваемым государством и работодателями частного сектора.

Высокий статус здравоохранения Японии обусловлен поддержкой системы здравоохранения государством, ежегодно выделяется 8.1 % ВВП на развития отрасли. В стране существует трех уровневое управление системой здравоохранения: государственная, префектурная, местная (городском и сельском). Государство ведет серьезный контроль над подготовкой медицинских кадров, несмотря на дорогое обучение в высших медицинских образовательных учреждениях (в 2,5 раза выше, чем в технических ВУЗах, и в 3,5 раза выше, чем в гуманитарных ВУЗах). В Японии подготовка врачей с 6-летним обучением осуществляется в медицинских школах, организованных при университетах. По литературным данным ежегодный приём составляет около 8 тысяч студентов.

Первой ступенью реализации политики и методов управления человеческими ресурсами в японских медицинских организациях является отбор среди выпускников учебных заведений. Так например, в стране отбор выпускников для получения квалификации семейный врач осуществляются высокими, строгими требованиями и сдачей сложных экзаменов. В дальнейшем молодые врачи в течение трех лет должны вести практическую деятельность в широком спектре медицинских специальностей, включая терапию, педиатрию, экстренную медицинскую помощь, хирургию, психиатрию. В рамках осуществления систематической профессиональной подготовки, они одновременно обязаны пройти двухгодичную стажировку специальный подготовительный курс. Основой передовой профессиональной медицины Японии является качественная подготовка японских врачей**,** в сфере новейших препаратов последнего поколения и высоких технологии во всех направлениях медицинской помощи.

Одним из важных методов управления кадрами в Японии использование принципа профессиональной ротации сотрудников; Принцип ротации кадров на новые должности в японской системе не происходит спонтанно, а осуществляется на основе анализа заслуг каждого сотрудника медицинских организации. Решение о ротации принимает руководители организаций, решения которых не требуют экспертизы. Основными, определяющими критериями при принятии решения о повышении являются такие параметры, как первоначальный уровень квалификации при приеме на работу, стаж и эффективность работы сотрудника. [3]

На формирование заработной платы в Японии могут повлиять такие факторы как возраст, стаж, образование, должность, профессия и др. Японские врачи, не зависимо, где они трудятся в государственных или частных клиниках, считаются государственными служащими. Их заработная плата регулируется государством, поэтому тарифы на обслуживание одинаковые. В связи с этим перед рядовыми гражданами не стоит вопрос преимущественного выбора между государственными и частными клиниками. Каждая организация в Японии в реализации политики и управления кадрами для своих подчиненных, обеспечивает гарантию занятости, путем пожизненного найма до достижения ими 60-летнего возраста.

В здравоохранении Японии в реализации поведенческой модели кадровой политики преобладает «тотальная вовлеченность», который реализуется путем высококачественного комплексного обслуживания, предоставляемое медицинскими командами. Состав команды это врачи специалисты различных отделений, среднего медперсонала, фармацевтов, технических специалистов и другого медперсонала, любящих свою работу и обладающих богатым опытом, самоотверженно трудятся на благо пациента. [4]

Проблема дефицита кадров в здравоохранении Японии решается путем большого распространения системы «пожизненного найма» и оплаты по старшинству. Мотивирующими факторами являются гарантия стабильной занятости и возрастающая плата за долголетнею преданность к медицинской организации, основанная на доверие работников, что их любой вклад, любые жертвы направленные на процветания медицинского учреждения в той или иной форме получат воздаяние.

Таким образом, благодаря качественной профессиональной подготовке, высокого уровня командной работы и организационной сплочённости, качественный показатель здравоохранения в Японии входит в десятку мирового рейтинга, уступая лишь немецкому, израильскому и американскому медицинскому обслуживанию и лечению.

Здравоохранение США является моделью частной медицины сильными рыночными механизмами многоканальностью финансирования в сочетании с развитой системой государственной поддержки и регулирования. В силу того, что половина расходов оплачивается с федерального бюджета, то правильнее назвать систему здравоохранения США государственно-частной.

Здравоохранение США как в других странах является одной из крупнейших отраслей американской страны, в которую выделяют огромные ресурсы. По литературным данным медицинская отрасль в этой стране составляет 1/7 часть национальной экономики и с пятнадцати миллионными человеческими ресурсами. Расходы на отрасль здравоохранения очень высокие, которые составили 2,49 трлн. долл.(16,9% ВВП) или почти 7,8тыс. долл. на человека. В структуре расходов значительная доля принадлежит государству (1,19трл. долл., из них по линии государственной программы Medicare и Medicaid-502 и 373 млрд. долл., - соответственно) и частному медицинскому страхованию (801 млрд. долл.). [5].

Несмотря на огромные расходы в здравоохранение, по статистическим данным ВОЗ, по показателю улучшения здоровья населения США занимает 33-е место в мире, по уровню оказания медицинской помощи 37 место в мире, 30-е место по ожидаемой продолжительности жизни. Страна где один из самых высоких уровней младенческой смертности [6].

Школьное образование в США составляет 12 академических уровней или классов от 1 (first grade) до 12 (Twelfth grade), последние 4 класса относятся к средней школе (High School-HS). Каждый старшеклассник для получения диплома HS, обязан отработать не менее 100 часов волонтёром в общественных работах. После завершения средней школы выпускник поступает в колледж или в университет

Высшее образование в США имеет несколько ступеней. После каждой ступени обучения выпускнику присваивается квалификация завершенного уровня: Associate degree, (среднее специальное образование, после двухлетнего окончания колледжа), Bachelor degree (бакалавр;4 года обучения в университете), Master degree (магистр;1-2 года обучение в магистратуре), Doctorate degree (степень доктора философии или медицины). После получения степени бакалавр, выпускники 5-7 лет должны вести исследовательскую работу.

Обучение в медицинских школах (Medical School-MS) возможно со степенью бакалавра. Образовательные программы MS рассчитана на 4 года. Первые 2 года в MS студенты знакомятся с базовыми предметами, такими как анатомия, физиология и др., а последующие 2 года они учат клинические дисциплины, включая практику в лечебных учреждениях с курированием пациентов и ночными дежурствами. Желающие, получить узкую специальность в области медицины, после получения диплома врача поступают в резидентуру (Residency) на конкурсной основе.

В первый год обучения в резидентуре, обучающиеся работают в приемном отделении (Emergency room), в отделениях реанимации и интенсивной терапии (Surgical intensive Care - SICU Medical intensive Care Unit-MICU), а также берут ночные дежурства (Night float). На втором году обучения, уже круг врачебных обязанностей расширяется, а те которые выбрали клинические дисциплины работают помощниками специалиста. (форма Electives).

После завершения обучения всех врачей по своей специальности не зависимо от должности, стажа, возраста, квалификации обязывают каждые 10 лет пройти экзаменационный контроль в Национальном совете медицинских экзаменаторов (National Board of Medical Examiners-NBME). Это процедура дает врачам участвовать в работе профессиональных съездов, конференций, и дает возможность к самообразованию. Успешная сдача экзаменов, участие в конференциях и профессиональных съездах дают врачам определенные баллы, которые учитываются в последующей сдаче экзаменов. Такая

координированная, система подготовки, стимулирования и контроля самообразования врачей соответствует требованиям концепции непрерывного медицинского образования.

Одним из ярких показателей здравоохранения США является кадровый потенциал.Несмотря на очень высокий уровень доходов медицинских работников, на привлекательную жизнь в целом, здравоохранение США испытывает «кадровый голод». С целью поднять престиж врача, и придать ей статус государственного служащего, не раз стоял вопрос о повышений заработной платы врачам и создания условий труда и жизни. По литературным данным 50% выпускников медицинских ВУЗов уходят в другие отрасли, 35 % остаются работать, выбранной ими профессией. Дефицит кадров покрываются старше возрастной группой врачей и медицинских сестер, а также перетоком иностранных врачей, в том числе и врачей из стран постсоветского пространства

По прогнозам литературных данных в США к 2025 году ожидается дефицит кадров на 90-200 тыс. врачей общей практики и педиатров. Ассоциация американских медицинских колледжей (Association of American Medical Colleges- AAMC) для покрытие дефицита медицинских кадров, заявил о необходимости ежегодном увеличение набора абитуриентов на 30%. Но по мнению экспертов этого недостаточно, поэтому США как и другие развитые страны вынуждены импортировать иностранных врачей. В США врачи с иностранными дипломами составляют примерно 25-33%, от общего числа, среди них представлены врачи из постсоветских стран.

Кроме врачей имеется большой спрос на средний медицинский персонала. Реформой здравоохранения в США до 2018 года наметил об увеличении штата медицинских сестер по сравнению с другими специальностями.

Основная подготовка медицинских сестер проходят в университетах, где имеются специализированные медицинские программы по подготовке кадров по сестринскому делу и получения уровня квалификации магистра и доктора. [7, 8.]

Таким образом, несмотря на то что здравоохранение США является одной из развитой отраслью страны, в которой выделяются огромные финансовые ресурсы, имеет определенные проблемы, приводящие к не абсолютной эффективности и требующих решению и улучшению этих показателей.

В Бюджетном послании Президента Российской Федерации о бюджетной политике в 2018 году отмечалось, что в 2019–2024 гг. на развитие системы здравоохранения из всех источников потребуется ежегодно направлять в среднем более 4 % ВВП. Но стремиться нужно, безусловно, к 5%. В целом, если говорить об абсолютном выражении, это означает, что общие объемы расходов на здравоохранение должны увеличиться вдвое. [9]

В настоящее время в России вопрос о кадровом обеспечении медицинских организаций в системе здравоохранения стоит особо остро. С 2019г. в Российской Федерации реализуется Национальный проект «Здравоохранение», который предусматривает развитие всей отрасли и ее качественное преобразование до 2024 г. Одним из восьми федеральных проектов, является «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», который основа для реализации остальных проектов. В него входит работа со школьниками, абитуриентами, студентами, ординаторами, аккредитация, повышение эффективности трудоустройства специалистов, закрепление их в отрасли, меры социальной поддержки и другие ключевые мероприятия и механизмы кадровой политики в отрасли. [1]

Решением этой проблемы является улучшение кадрового состава лечебно–профилактических учреждений, путем обеспечения кадрами с высшим медицинским образованием, повышением их квалификации и профессионализма врачей. [10]

В медицинские вузы России могут поступить выпускники со средним школьным образованием. Первым этапом абитуриента на пути к освоению профессии врача является сдача единого государственного экзамена (ЕГЭ) или же внутренних экзаменов медицинского университета, проводимых для иностранных граждан. Программа бакалавриата предусмотрена только для направления «Сестринское дело» с длительностью обучения 4 года. После окончании которой выпускник сможет работать только на младших медицинских должностях (медсестра, медбрат, фельдшер), но после прохождения аккредитации. Для получения статуса врача абитуриент должен поступить на программу специалитет, со сроком обучения 5-6 лет. Следующим шагом после окончания медицинских вузов (бакалавры, специалисты) является прохождения процедуры первичной аккредитации, цель которой направлена на проверку теоретических знаний и практических навыков, полученных студентами в процессе обучения. После успешной сдачи экзамена выпускник имеет право приступить к трудовой деятельности на должностях специалистов первичного звена, т.е. педиатра и участкового терапевта.

Желающие получить более узкую специальность (например, хирург, кардиолог или гастроэнтеролог), поступают в ординатуру длительность обучения, которой определяется в зависимости от выбранной специальности. В среднем обучение в ординатуре составляет 2-4 года. Если же студент имеет желание

плотно заняться научной деятельностью, в таком случае ему стоит задуматься о поступлении в аспирантуру и далее в докторантуру. [11]

На уровне национального проекта «Здравоохранение» для оценки кадрового обеспечения разработан ряд показателей: укомплектованности врачебных должностей и должностей среднего медперсонала в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также рост числа специалистов, вовлеченных в современную систему повышения квалификации – непрерывное медицинское образование. По результатам 2018 г в АПУ наблюдается прирост показателя укомплектованности врачебных должностей на 1,2% (с 79,7-80,8), а показатель укомплектованности должностей среднего медперсонала снизался на 0,8 раз (с 88,8-75,2), рост числа специалистов в системе НМО на тыс. человек возрос с 221,3-350 . [12]

Доля участковых врачей в России составляет не более 25% против 45-55% в западных странах. В возрастной структуре медицинских кадров преобладают доля старшего возраста (предпенсионный и пенсионный возраста). В сельской местности и отдаленных районах в основном преобладают медицинские работники старшего возраста.

Таким образом,актуальность обеспечения кадровыми ресурсами определяется как основной ресурс здравоохранения в реализации доступности и качества медицинских услуг, поэтому основная политика государства в области здравоохранения необходимость мер по сохранению и развитию кадрового потенциала, и оптимизации его численности и состава.

Одним из важных компонентов развития и укрепления системы здравоохранения РК является стратегии развития кадровой политики так как качество медицинской помощи и услуг, следовательно в общем эффективность систем здравоохранения зависит от уровня профессиональных компетенций медицинских работников показателей.

Анализ недостаточной обеспеченности здравоохранения кадровыми ресурсами привел к необходимости разработки «Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан», что послужило разработке в 2006 г. нового государственного общеобязательного стандарта образования для медицинских и фармацевтических специальностей.

В марте 2010 года Республика Казахстан официально присоединился к Болонской декларации и стал 47-м полноправным членом Европейской зоны высшего образования. В связи с чем, наша страна перешла на трехуровневую модель подготовки специалистов: бакалавр - магистр - доктор Ph.D (кандидат наук или доктор), основанную на принципах Болонской декларации. [13]

В соответствии с реформой системы медицинского образования, на первом уровне студенты будут осваивать общемедицинские дисциплины среднего профессионального образования. На втором уровне обучающиеся получают знания основного высшего медицинского образования. Окончившие второй уровень, после сдачи государственных экзаменов, получают диплом о высшем образовании. Однако наличие такого диплома не дает право выпускникам вузов заниматься клинической деятельностью. Заниматься клинической деятельностью обучающиеся могут, только при завершении третьего уровня –интернатуры медицинского образования. После окончания интернатуры выпускники проходят итоговую аттестацию и получают сертификат.

Для получения узкой специализированной медицинской специальности, студенты должны поступить в резидентуру. Длительность обучения в резидентуре 3 года.

Студенты, получив степень бакалавр медицины, могут поступить в магистратуру по специальности «Медицина», сроком обучения 2 года. Третьим этапом обучения, после завершения магистратуры является поступление обучающихся в докторантуру с получением звания доктора PhD. [14]

В процессе трудовой деятельности врачи должны быть заинтересованы в дальнейшем совершенствований своих профессиональных компетенций, что реализуется путем системы непрерывного профессионального образования. В настоящее время разработаны различные по содержанию и срокам обучения образовательные и профессиональные программы, основанных на международных стандартах улучшения качества НПР.

Созданы условия получения профессионального образования не только внутри страны, но и за ее пределами, в том числе с применением дистанционных технологий. В РК существуют различные формы обучения, такие как индивидуальное, самостоятельное (саморазвитие), электронное (дистанционное), коучинг, наставничество и др.

Система НПР для медицинских работников формирует накопительный принцип, сутью которой является освоение каждым медицинским работником определённого объёма новых знаний и навыков, измеряемых в условных единицах профессионального развития (система накопительных зачетных единиц).Накопительная система рассматривает модульный подход обучения, при котором курсанты осваивают последовательно, логично установленные модули образовательных программ, с последующим получением соответствующего документа.[15]

Таким образом настоящее время перед системой медицинского образования стоит задача по созданию конкурентоспособного кадрового потенциала здравоохранения через совершенствование системы додипломного, последипломного образования и непрерывного профессионального развития кадров.

По данным Министерства здравоохранения РК, в 2017 году расходы государства на здравоохранение составили 940 млрд тенге, а расходы казахстанцев за платные услуги - в размере 678 млрд тенге. В сумме расходы были равны 1 триллиону 618 миллиардов тенге, что составляет всего 3,8% ВВП страны. В 2019 году ВВП составил 3,9%, с последующим его ростом до 4,6 % в 2023 году. [16]

Здравоохранение Казахстана как и другие страны ближнего и дальнего зарубежья испытывают нехватку кадровых ресурсов. По литературным данным в нашей стране работают более 248 тысяч медицинских работников, из них 72 877 врачей и 175 705 средних медицинских работников.

На современном этапе дефицит врачебных кадров в Казахстане составляет более 4 тысяч специалистов. Статистические данные показывают, что одним из основных причин дефицита кадров является отток медицинских работников в частные клиники, мегаполисы. Другой немаловажной причиной недостаточности медицинских работников является низкая заработная плата.

В 2018 году в Казахстане соотношение средней заработной платы врача к средней зарплате в экономике составило 0,93 :1 тогда, как в странах ОЭСР это соотношение 2,6:1. Разница в ценности заработных плат врача РК и врача ОЭСР составляла в 6,9 раз.[17]

Большинство выпускников после окончания ВУЗа не хотят начинать врачебную деятельность в малых городах и сёлах. так как недостаточная социальная поддержка, правовая незащищённость, поэтому ищут работу в больших городах, где возможностей для развития больше. Врачи долго не задерживаются в сёлах, уезжают в город, многие специалисты уходят из отрасли здравоохранения в другие отрасли, из за невозможности профессионального роста и дальнейшего развития. Это явление порождает дисбаланс в обеспечении кадрами между городским и сельским здравоохранением. В городе работает 56,8 врачей на 10 тыс. населения, в сельской местности – 16,1 на 10 тыс. населения. 83% всех врачей работают в городской местности, 17% – в сельской. [17]

Все перечисленные причины дефицита кадров оказывают негативное влияние на ход структурной реформы, снижает доступность и качество медицинской помощи.

По данным Министерства здравоохранения РК в 2020 году был запланирован выпуск 7920 специалистов, в том числе по госзаказу – 5696, из них по остро-дефицитным специальностям – 1128 врачей. В настоящее время наблюдается дефицит по специальностям анестезиология-реаниматология, психиатрия, общая врачебная практика, акушерство и гинекология, педиатрия. [18]С целью обеспечения потребности во врачебных кадрах введена обязательная трехлетняя отработка в государственных организациях здравоохранения; выделяются государственные образовательные заказы за счет средств республиканского и местного бюджетов.

Таким образом, в Казахстане как и в других странах рассмотренных в статье, проблема кадровой обеспеченности медицинских организации остается актуальной. Правительством РК и Министерством здравоохранения предпринимаются определенные меры по совершенствованию управления кадровой политики в системе здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Афанасьев А. И. Вопросы кадровой политики в Японии // Международная политика. — 2014. — № 11. — С. 123–129. 2. Ахмадеев А. А. Профессиональное развитие персонала на примере Запада / А. А. Ахмадеев, А. А. Рабцевич // Научный обозреватель. — 2014. — № 1. С.32–33.

3. Белевич А.А. Японская модель ротации государственных служащих / Социология №1,2019г.С.177-183.

4. Держинский К. А. Реформирование государственного строя на примере Японии // Международное право. — 2014. — № 6.- С.131–133.

5. https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-zdravoohraneniya-v-ssha-chast-1

6. Всемирная организация здравоохранения // Электронный ресурс: http://www.who.int/ru. Ссылка активна на 29.10.18

7. https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-zdravoohraneniya-v-ssha-chast-2

8. LCME Medical Education Database / /http:// www.lcme.org/.

9. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.».

10. Ясакова А.Р., Шестакова Е.В., ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .Экономические науки С.26-30.10.studyinrussia.ru:

11. https://studyinrussia.ru/actual/articles/meditsinskoe-obrazovanie-v-rossii/

12. Семёнова Т.В.Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранения. Журнал «Вестник Росздравнадзора» № 4 | 2019 .С49-59.
13. https://thepresentation.ru/medetsina/sistema-vysshego-meditsinskogo-obrazovaniya
14. Р.С. Досмагамбетова, И.М. Риклефс, В.П. Риклефс,А.С. Букеева, А.З. Муратова, Ш.С. Калиева, А.М. Касатова. Особенности медицинского образования в Казахстане.Медицинское образование и профессиональное развитие №4 (18) 2014.С.75-85
15. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы
16.https://informburo.kz/stati/kazahstanskomu-zdravoohraneniyu-hronicheski-ne-hvataet-deneg-ispravyat-li-eto-osms-i-reformy.html
17. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы
18. https://www.ktk.kz/ru/newsfeed/article/2020/10/14/161594/



ӘОЖ: 616.085

Е.Ғ.САРУАРОВ[1], Г.О.НУСКАБАЕВА[1], К.С.ИДРИСОВ[2], А.А МУСИНА [3]
[1]Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті,
Түркістан, Қазақстан
[2]«Сайрам ауданының орталық ауруханасы», Түркістан облысы,
Сайрам ауданы, Қазақстан
[3]ҰАС «Астана Медицина Университеті», Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан

ӨМІР СҮРУ САПАСЫН АНЫҚТАУДАҒЫ MOS SF-36 САУАЛНАМАСЫНЫҢ ЖАҺАНДЫҚ ДЕҢГЕЙДЕГІ ВАЛИДИЗАЦИЯСЫ

Аннотация:
MOS SF-36 сауалнамасы, әлемдік деңгейде, өмір сүру сапасының деңгейін анықтау үшін кеңінен қолданылатын негізгі құралдардың бірі ретінде мойындалған. Бүгінгі таңда аталған сауалнаманы қолдану арқылы жүргізілген зерттеу жұмыстары көптеп кездеседі. Мәдени және тілдік ерекшеліктерге байланысты, аталмыш сауалнаманың валидизациясы әр ел үшін жүргізілген. Сондықтан, бұл сауалнаманы түрлі популяцияның өмір сүру сапасын анықтау үшін қолданатын сенімді де дәйекті құрал ретінде қолдануға мүмкіндік жоғары. Бұл жұмыс, SF-36 сауалнамасының денсаулық сақтау саласында кеңінен қолданылатын өмір сүру сапасын анықтаушы сауалнама ретінде, жаһандық деңгейде валидизациядан өтуі мәселесіне тоқталады. Сонымен, бұл мақалада өмір сүру сапасын анықтаушы SF-36 сауалнамасының дүниежүзілік валидизациядан өту үрдісі мен қадамдары қарастырылған.
Кілт сөздер: MOS SF-36 сауалнамасы, өмір сүру сапасы, валидизация, популяция.

Е.Ғ.САРУАРОВ[1], Г.О.НУСКАБАЕВА[1], К.С.ИДРИСОВ[2], А.А МУСИНА [3]
[1]Международный казахско-турецкий университет имени Ходжа Ахмеда Яссави, Туркестан, Казахстан
[2]«Сайрамская центральная районная больница», Туркестанская область,
Сайрамский район, Казахстан
[3]НАО «Медицинский университет «Астана», г.Нур-Султан, Казахстан

ВАЛИДИЗАЦИЯ ОПРОСНИКА ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ УРОВЕНЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ MOS SF-36 НА ГЛОБАЛЬНОМ УРОВНЕ

Данный опросник признан во всем мире как один из наиболее широко используемых основных инструментов для оценки качества жизни. На сегодняшний день проведено достаточное количество исследований с использованием опросника SF-36 , где показана валидность данного опросника, что позволило надежно и достоверно определить уровень качества жизни для каждой популяции. В данной работе рассмотрен процесс валидизации опросника SF-36 как инструмента оценки качества жизни в сфере здравоохранения на международном уровне. Таким образом, в этой статье представлен обзор этапов применения опросника SF-36.
Ключевые слова: опросник MOS SF-36, качество жизни, валидизация, популяция.

Y.G.SARUAROV[1], G.O.NUSKABAEVA[1], K.S.IDRISSOV[2], MUSSINA.A[3]
[1]Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University,
Turkistan, Kazakhstan
[2]«Sairam central regional hospital», Turkestan region,
Sairam, Kazakhstan
[3]Non-commercial joint-stock company"Astana Medical University", Nur-Sultan, Kazakhstan

VALIDIZATION OF THE QUESTIONNAIRE MOS SF-36 WHICH ESTIMATING LEVEL QUALITY OF LIFE AT THE GLOBAL LEVEL

This questionnaire is recognized worldwide as one of the most widely used basic tools for assessing the quality of life. Nowadays, a sufficient number of studies have been carried out using this questionnaire, which shows the validity of this questionnaire, which made it possible to reliably and validly determine the level of quality of life for every population. In this paper we consider how the MOS SF-36 questionnaire at the world level was validated as main assessing the level quality of life in the healthcare sector. Consequently, this article discusses the process and stage of validation of the SF-36 questionnaire.

Key words: MOS SF-36 questionnaire, quality of life, validization, population.

Қазіргі таңда, халықтың өмір сүру сапасының деңгейін анықтау денсаулық сақтау саласындағы өзекті мәселелердің біріне айналды. Бұл ретте, соңғы кездері, шетелдік әдебиеттерде денсаулыққа өмір сүру сапасының (health-related quality of life – HRQL) әсері мен байланысы туралы көптеген зерттеулер кездеседі [1-21]. Бұл жағдайдың тууына негізгі себеп болып, ол «денсаулық» ұғымын тек бір жақты мағына ретінде қарастыра алмауымызда. Себебі, бұл ұғыммен бір қатарда, денсаулықтың белгілі бір деңгейін ұстап тұрушы тетіктердің сатылығын; денсаулық жағдайына тәуелді қозғалыс еркіндігі; денсаулыққа апатты немесе қолайлы түрде әсер ететін қоршаған ортаның сапасы және т.б. да мәселелерді назарға алуымыз керек.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) ұсынған анықтамасы бойынша «Өмір сүрудің сапасы – бұл субъективті қабылдауға негізделген, науқастың физикалық, психологиялық, эмоциональды және әлеуметтік тетіктерінің интегральды сипаттамасы» [11]. Сондықтан да, өмір сүру сапасы қазіргі заманғы медицинаның ажырамас бөлшегі болып саналады, ал, өмір сүру сапасының аспектілерін бағалаған науқастың деректерін ала отырып, дәрігердің сол науқасты емдеуі, жүргізілетін емнің тиімділігін еселеп арттырмақ, және бұл орайда дәрігерлер үшін негізгі көмекші құралдың біріне айналмақ [9,10,12,13,14,16,17].

Адамзаттың өмір сүру сапасын бағалау үшін, қазіргі таңдағы денсаулық сақтау саласында өмір сүру сапасын анықтауға септігін тигізетін сауалнамалар түрлері көп кездеседі. Өмір сүру сапасын анықтаушы сауалнамалар мамандандырылған деңгейіне байланысты жалпы сауалнамалар және арнайы сауалнамалар, құрылымына байланысты профильді және индекстелген деп классификацияланады. Жалпы сауалнамалар – ауру түріне байланыссыз сау адамдар мен науқас адамдардың өмір сүру сапасын анықтауға арналған сауалнамалар жиынтығы. Бұл сауалнамалар түріне енетіндер: SF-36, WHOQoL, Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, EuroQol-5D. Ал, арнайы сауалнамалар – жеке дараланған науқастар тобындағы өмір сүру сапасын анықтауға арналған сауалнамалар жиынтығы. Сауалнаманың бұл түріне енетіндері: Gastrointestinal Symptom Rating Scale, Arthritis Impact Measurement Scale, Functional Assessment of Multiple Sclerosis, Oral Health Quality of Life және т.б. [11,12,13,14,20,21].

Өмір сүру сапасын анықтау үшін қолданылатын MOS SF-36 сауалнамасы өзінің тарихын XX ғасырдың 80-ші жылдарынан алғанымен, халықаралық деңгейде XX ғасырдың 90-шы жылдарынан бастап танылып, өмір сүру сапасын анықтау мақсатында жүргізілген зерттеулерде негізгі сауалнамалардың бірі ретінде қолданыла бастады. MOS SF-36 (ағыл. *Medical Outcomes Study-Short Form-36*) сауалнамасы – бұл тұлғаның аурушаңдылығына, жыныстық не жастық ерекшеліктеріне және қандай да бір емнің спецификалығына басым бағыт беріп қарамастан, денсаулыққа байланысты өмір сүру сапасын жалпылай деңгейде бағалауға арналған бейспецификалық, жаһандық деңгейдегі денсаулық сақтау саласында кеңінен қолданылатын сауалнама [3,4]. Бұл сауалнама, сегіз шкалаға біріктірілген 36 сұрақтан тұрады: физикалық функционалдылық (Physical Functioning — PF), рөлдік қызмет (Role-Physical Functioning — RP), дене ауырсынуы (Bodily pain — BP), жалпы денсаулық (General Health — GH), өміршеңдік (Vitality — VT), әлеуметтік функционалдылық (Social Functioning — SF), эмоционалдық жағдай (Role-Emotional — RE) және психикалық саулығы (Mental Health — MH).

Денсаулық ұғымына байланысты түсініктің өзгеруі, яғни денсаулықты тек тәннің саулығы емес, сонымен қатар, дененің физикалық және ойдың рухани саулығының қосындысы ретінде тани бастауы, денсаулық сақтау ғалымдарының, тұлғаның өмір сүру сапасының деңгейін анықтауды жүзеге асыратын

сауалнамаларды құрастыруына қызығушылығын тудырды. Осының нәтижесінде өткен ғасырдың 80-ші жылдары АҚШ-та кең ауқымда жүргізілген, аурулардың ағымын зерттеудегі ғылыми ізденісте аталмыш сауалнаманың алғашқы сызбасы қалыптасты. Сауалнаманың авторы болып John E. Ware табылады. Бұл зерттеуде жүзеге асыруда АҚШ-та өмір сүру сапасын анықтаушы алғашқы институттардың бірі ретінде құралған Халықаралық Өмір Сүру Сапасын Бағалаушы Қоғамдастықтың (IQOLA) алар орны орасан. Себебі, халықтың өмір сүру сапасын бағалап және анықтауда, бұл бірлестік көптеген жұмыстар атқарып, әлемдік деңгейде қолдануға ыңғайлы сауалнамалардың негізін қалап отырды. Сондай-ақ, IQOLA ұйымы MOS SF-36 сауалнамасын Еуропа мемлекеттері үшін валидизациядан өткізу үшін, Еуропалық Одақтың әр мемлекетінің осы саладағы ізденушілерімен біріге отырып, аталмыш сауалнаманың әр елдің тұрғындары үшін адоптациясын, нормализациясын және ұлттық ерекшеліктеріне сай аудармасын жасай отырып, өмір сүру сапасын бағалауда елеулі зерттеу жұмыстарын жүргізді [8-15].

Ең алғашқылардың бірі болып, IQOLA әдіснамасына сай, бұл сауалнама Италияда валидизацияланды. 1998 жылы Италияда өмір сүру сапасын анықтау барысында 7000-нан астам адамға жүргізілген 4 жылдық (1991-1995 жж.) зерттеулердің нәтижелерін ала отырып, SF-36-ның италяндық нұсқасының дұрыстығын қолдау мақсатында cross-sectional зерттеу дизайнымен 2031 адамды қамтыған зерттеудің жүргізілуінің арқасында, бұл сауалнаманың италяндық аудармасының дұрыс екендігі, сенімділігі және адоптациялылығы мен нормализация тарапынан сәйкес келетіндігі анықталды [1]. Сонымен қатар, осыған ұқсас жүргізілген тағы бір валидизациялық зерттеу жұмысы Нидерландыда жүзеге асты. 1998 жылы Амстердам қаласының, рандомдық негізде таңдалған 4172 тұрғынының (клиникалық және клиникалық емес популяция болып екі топқа бөлінген) өмір сүру сапасын анықтау мақсатында, нидерландылық тілге аударылып, сауалнамалық әдісте жүргізілген зерттеудің нәтижесінде SF-36-ның дәйектілігі Кронбах альфа анализімен (0.70) дәлелденді, және нидерландылықтар үшін валидизирленген сауалнамаға айналды [2]. Германияда жүргізілген өмір сүру сапасын анықтаушы лонгитудинальды зерттеу дизайнында SF-36 сауалнамасының немісше нұсқасы аударылып, алдын ала пилоттық зерттеу жүргізу арқылы адоптацияланып, валидизацияланды [5]. Осыған байланысты, Еуропаның бірнеше елдерінде осы типтес зерттеу жұмыстары жүргізіліп, әр елдің жеке мәдени және ұлттық ерекшеліктеріне сай бейімделіп, кейінгі өмір сүру сапасын анықтаушы зерттеулерде қолданылу үшін, SF-36 сауалнамасының сенімділігі және дейектілігі анықталды. Мысалы, 1996 жылы Ұлыбритания корольдігінде [29], 1998 жылы Норвегияда (ревматоидты артриті бар науқастардың өмір сүру сапасын зерттеу арқылы) [28], Францияда [22], Ресей Федерациясында [30], Дания Корольдігінде [17,22], Швецияда (бірнеше кезеңдер негізінде) [25,26,27], Баскония [24] және 2005 жылы Грекияда [20,21] сенімділігі айқындалып, валидизациясы негізделген.

Сонымен қатар, SF-36 сауалнамасы Еуропа мемлекеттерінен бөлек Азия мемлекеттерінде де кең танымалдыққа ие болып, әр ел үшін аударылып, бейімделіп және валидизацияланды. Соның бір айғағы ретінде, 2005 жылы Иранның Тегеран қаласында жүргізілген ауқымды популяциялық зерттеуді келтіре аламыз. Алғашында, мәдени ерекшеліктеріне сай адоптацияланып, аударылған сауалнаманың пилоттық зерттеуі жүргізілді. Бұл шарадан кейін, рандомды әдіспен таңдалынып алынған Тегеран қаласының 15 жастан үлкен 4163 тұрғынының өмір сүру сапасының деңгейі, жастық және жыныстық ерекшеліктеріне сай SF-36 сауалнамасының көмегімен анықталынды. Зерттеудің қорытындысы ретінде, өмір сүру сапасының шкалалар арасындағы тұрақтылығы әр жас бойынша, жынысы бойынша және әлеуметтік статусы бойынша дәйектелінді және сенімділік дәрежесі Кронбах альфа коэффициенті бойынша 0.77-0.90 аралығын көрсетіп, аталмыш сауалнаманың Иран халқының жалпылай популяциясы үшін валидизациясын негіздеді [16]. Тағы бір осыған ұқсас зерттеу жұмысы да нақ осы Иранда жүргізілген, бірақ негізгі мақсаты болып SF-36 сауалнамасының парсы тіліндегі нұсқасын валидизациялау арқылы, парсы тілдес мемлекеттерде қолдануға болатындығы туралы ұсыныстар берілген [17].

Африка құрлығында орналасқан мемлекеттер ішінде, өмір сүру сапасын анықтаушы құрал ретінде SF-36 сауалнамасы алғашқылардың бірі болып 2005 жылы Эфиопияда зерттелінді. Бұл зерттеудің ерекшелігі болып, ауыл тұрғындарының өмір сүру сапасын анықтау табылды. Зерттеудің барысында SF-36 сауалнамасының өмір сүру сапасын анықтаушы құрал ретінде Эфиопияда қолдануға болатындығы дәйектеліп, валидизирленді [18]. Сонымен қатар, 2015 жылы Нигерияда жүргізілген популяциялық зерттеуде SF-36 сауалнамасының ағылшындық және йоруба тіліндегі нұсқалары тестілеу және қайта тестілеу әдісі бойынша рандомдық негізде таңдалған 1087 зерттелушінің, соның ішінде тек йоруба нұсқасы 249 респонденттен қайта тестілеу әдісі арқылы қайтадан алынып, зерттеу нәтижесінің корреляциялық байланысының және сенімділік анализінің дәйектілігі анықталды, және SF-36 сауалнамасының йоруба нұсқасы жалпы халықаралық деңгейде йоруба популяциясы үшін сенімді өмір сүру сапасын анықтаушы құрал ретінде валидизирленді [24]. 2012 жылы Тунисте жүргізілген зерттеу бойынша SF-36 сауалнамасының арабтық нұсқасы аударылып, алдын ала пилоттық зерттеуі жалпы популяция үшін жүргізіліп, кейіннен жүргізілген шынайы зерттеулер нәтижелерінің статистикалық көрсеткіштері бойынша сенімділігі анықталынып, SF-36-ның арабтық нұсқасы Тунис елінің жалпы популяциясымен қосы, араб

тілдес барлық елдер үшін және Солтүстік Африка мемлекеттері үшін де өмір сүру сапасын бағалау үшін қолдануға болатын сенімді сауалнама ретінде валидизирленді [23]. 2012 жылы SF-36 сауалнамасының арабтық нұсқасын Сауд Арабия мемлекетінің ғалымдары жеке өз елдерінің валидизациялық нұсқаулығын бекітіп, жұмыстар жүргізді [22].

Оңтүстік Америка құрлығында да өмір сүру сапасын анықтаушы зерттеулер көптеп жүргізіліп, өмір сапасының деңгейін анықтаушы негізгі құрал ретінде SF-36 сауалнамасының басқа аналогты сауалнамаларға қарағанда бәсі жоғары құрал екендігі мойындалды [1,2,3,4,5,29]. Мұның бір дәлелі ретінде, Бразилияда жүргізілген cross-sectional зерттеуін айта аламыз. Бұл зерттеудің негізгі мақсаты болып адамның иммунды тапшылық вирусы (АИВ) бар науқастардағы өмір сүру сапасының анықтау, және осының нәтижесінде SF-36 сауалнамасының валидизациясын жүргізу табылды. Зерттеу барысында SF-36-ның бразилиялық-португальдік нұсқасы аударылып, арнайы адоптацияланды. Зерттеуге қатысушы науқастардың социо-демографиялық және клиникалық қасиеттері мен SF-36 сауалнамасының шкалалары арасында корреляциялық байланыстың күші зерттеліп, анықталынды. Зерттеудің нәтижесінде, АИВ-сы бар науқастардың әлеуметтік-демографиялық және клиникалық статусы өмір сүру сапасына аса қатты әсер етіп, SF-36 сауалнамасының сегіз шкаласының ішінде RP, BP, GH, VT, RE және MH бойынша статистикалық дәйектілік көрсеткен, және SF-36 сауалнамасының Бразиялия популяциясы үшін өмір сүру сапасының деңгейін бағалаушы негізгі сенімді құрал ретінде пайдалануға болатындығын негіздеді [29].

Өмір сүру сапасын бағалаушы ретінде қолданылатын MOS SF-36 сауалнамасының Халықаралық деңгейде мойындалған негізгі құрал екендігін толықтай негіздей отырып, Қазақстан Республикасы үшін де аталмыш сауалнаманың валидизирленген нұсқасын жасау сәті туғандығын пайымдай аламыз. Себебі, Қазақстанда өмір сүру сапасын анықтау мақсатында жүргізілген зерттеу жұмыстарында қолданылған SF-36 сауалнамасының қазақша нұсқасына қарағанда, орысша нұсқасының басым қолданылғандығы белгілі. Мұның басты себебі, аталмыш сауалнаманың қазақша нұсқасының валидизирленбеуі және сенімділік дәрежесін алмауында. Осы ретте, бұл бағытта жасалынған шет елдік зерттеу жұмыстарының әдіснамалары мен талдамаларын қолдана отырып, аталмыш сауалнаманың қазақша нұсқасының жаңартылған әрі түзетілген үлгісін дайындау, бұл нұсқаны ұлттық ерекшеліктерге сай аударып, адоптациялап және нормализациялау жұмыстарын жүргізу, денсаулық сақтау мамандары мен ғалымдарының өзекті бір орындалуы керек болатын шаралардың біріне айналдыру арқылы, SF-36 сауалнамасының қазақ тіліндегі нұсқасын валидизациялап алу кезек күттірмейтін мәселе.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Apolone G, Mosconi P. The Italian SF-36 health survey: translation; validation and norming. J Clin Epidemiol 1998;51:1025–36.

2. Aaronson N, Muller M, Cohen PDA, Essink-Bot ML, et al. Translation, validation and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease population. J Clin Epidemiol 1998;51:1055–68.

3. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr JE, Aaronson NK, Mosconi P. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Qual Life Res 2004;13:283–98.

4. Brazier JE, Harper R, Jones NM, Cathain A, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ 1992;305(6846):160–4.

5. Bullinger M. German translation and psychometric testing of the SF-36 health survey: preliminary results from the IQOLA project. Soc Sci Med 1995;41:1359-1366.

6. Edward J, Ware Jr JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the international Quality of life Assessment (IQOLA) Project. J Clin Epidemiol 1998;51:903–12.

7. Ware Jr JE, Gandek B, Kosinki M, Aorosaon NK, Apolone G, Brazier J, et al. The equivalence of Sf-36 Summary health scores estimated using standard and country specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA project. International Quality of life Assessment. J Clin Epidemiol 1998;51(11):1067–70.

8. Ware J, Gandek B: Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. Journal of Clinical Epidemiology 1998, 51:945-952.

9. Gandek B, Ware JJ: Methods for validating and norming trans- lations of health status questionnaires: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. Journal of Clinical Epidemiology 1998, 51:953-959.

10. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE. How to score version 2 of the 375 SF-36 health survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 376 2000.

11. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. Med Care. 1992;30:473–83.

12. Ware Jr JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
13. Keller SD, Leplege A, Ware Jr JE, Gandek B, Aorosaon NK. Testing the equivalence of translation of Widely used response choice labels: results from the IQOLA project. J.Clin Epidemiol 1998;51(11):933–44.
14. Wann-Hansson C, Hallberg IR, Risberg BO, Klesvsgard R.A comparison of the Nottingham health profile and Short Form 36 health survey in patients with chronic lower limb ischemia in a longitudinal perspective. Health Qual Life Outcomes 2004;10:1477-7525-2-9.
15. Sharples LD, Todd CJ, Caine N, Tait S. Measurement properties of the Nottingham health Profile and Short Form 36 health status measures in a population sample of elderly people living at home. Br J Health Psychol 2000;5(17):217–33.
16. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005;14:875–82.
17. Motamed N, Ayatollahi AR, Zare N, Sadeghi-Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. East Mediterr Health J 2005;11(3):349–57.
18. Lam CK, Gandek B, Ren XS, Chan MS. Tests of scaling assumptions and construct validity of the Chinese (HK) version of the SF-36 Health Survey. J Clin Epidemiol. 1998;51(11):1139–47.
19. Li L, Wang HM, Shen Y. Chinese SF-36 health survey: translation, cultural adaptation, validation, and normalization. J Epidemiol Community Health 2003;57:259–63.
20. Anagnostopoulos F, Niakas D, Pappa E. Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey. Qual Life Res 2005;14(5):1959-1965.
21. Pappa E, Kontodimopoulos N, Niakas D. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. Qual Life Res 2005;14(5):1433-1438.
22. Sheikh KA, Yagoub U, Elsatouhy M, Al Sanosi R, Mohamud SA: Reliability and Validity of the Arabic Version of the SF-36 Health Survey Questionnaire in Population of Khat Chewers—Jazan Region-Kingdom of Saudi Arabia. Applied Research Quality Life. 2013; DOI 10.1007/s11482-013-9291-1
23. Guermazi M, Allouch C, Yahia M, Huissa TB, Ghorbel S, Damak J et al (2012) Translation in Arabic, adaptation and validation of the SF-36 Health Survey for use in Tunisia. Ann Phys Rehabil Med 55(6):388–403
24. Mbada CE, Adeogun GA, Ogunlana MO, Adedoyin RA, Akinsulore A, Awo- tidebe TO et al (2015) Translation, cross-cultural adaptation and psycho- metric evaluation of Yoruba version of the short-form 36 health survey. Health Qual Life Outcomes 13:141
25. Sullivan M, Ware Jr JE. The Swedish SF-36 Health Survey I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. Soc Sci Med 41(10) 1995;11:1349-1358.
26. Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of Criterion-Based Validity: Results from Normative Population. J Clin Epidemiol. 51(11) 1998;11:1105-1113.
27. Taft Ch, Karlsson J, Sullivan M. Performance of the Swedish SF-36 version. Qual Life Res 13(1) 2004;02:251-256.
28. Loge JH, Kvien TK. Translation and Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in Patients with Rheumatoid Arthritis. I. Data Quality, Scaling Assumptions, Reliability, and Construct Validity. J Clin Epidemiol. 51(11) 1998;11:1069-1076.
29. Lins-Kusterer L, Valdelamar J, Aguiar C, Menezes M, Netto E, Brites C. Validity and reliability of the 36-Item Short Form Health Survey questionnaire version 2 among people living with HIV in Brazil. Braz J Infect Dis 2019;917:1-9.
30. Hoffmann Ch, McFarland BH, Kinzie D, Bresler L, Rakhlin D, Wolf S, Kovas AE. Psychometric properties of a Russian version of the SF-12 Health Survey in a refugee population. Comprehensive Psych. 2005;46:390–397.

Автор для корреспонденции: А.А. Мусина – заведующая кафедры общественного здоровья и эпидемиологии НАО «Медицинский университет Астана», mussina.a@amu.kz

VALEO

УДК: 616.12-008.331.1-036.886

СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.[1], ИВАНОВА М.Б.[2], АЙНАБЕКОВА Б.А[1]., КАУЫЗБАЙ Ж.А.[2], НУРГАЛИЕВА Н.К.[1]
[1]НАО «Медицинский университет Астана» г.Нур-Султан
[2] АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» г. Шымкент

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИНДЕКСА СЕЗОННОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В МЕГАПОЛИСАХ СЕВЕРНОГО И ЮЖНОГО РЕГИОНОВ КАЗАХСТАНА

Аннотация:
На фоне снижения сердечно-сосудистой смертности в Республике Казахстан за последние 10 лет артериальная гипертензия продолжает оставаться одной из ведущих причин в структуре заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения. Артериальная гипертензия – заболевание, которое тесно сопряжено как с генетическими факторами, так и с факторами среды проживания. Выраженная сезонность смертности от артериальной гипертензии наблюдается среди лиц, проживающих в резко континентальном и холодном климате, что справедливо и для населения Республики Казахстан. Авторами были проанализированы данные статистики за десятилетний период по ежесуточной смертности от артериальной гипертензии среди взрослого населения городов Нур-Султан и Шымкент и вычислен индекс сезонности, показывающий отношение показателей смертности в данный сезон к средней величине за все годы анализируемого периода. Было показано, что смертность в обоих мегаполисах среди мужчин была несколько выше в молодом и среднем возрастах, а у женщин в пожилом и старческом возрасте. Смертность от артериальной гипертензии в г.Нур-Султан была наиболее высокой в зимне-весенний период, в Шымкенте – в зимний и летний периоды.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, смертность, индекс сезонности, сердечно-сосудистые заболевания

СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.[1], ИВАНОВА М.Б.[2], АЙНАБЕКОВА Б.А[1]. КАУЫЗБАЙ Ж.А.[2],НУРГАЛИЕВА Н.К.[1]
[1]КеАҚ «Астана медициналық университеті» Нұр-Сұлтан қаласы
[2]АҚ «Оңтүстік Қазақстан медициналық академия» Шымкент қаласы

ҚАЗАҚСТАННЫҢ СОЛТҮСТІК ЖӘНЕ ОҢТҮСТІК ӨҢІРЛЕРІНІҢ МЕПАПОЛИСТЕРІНДЕГІ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ӨЛІМ КӨРСЕТКІШТЕРІ МЕН МАУСЫМДЫҚ ИНДЕКСІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУЫ

Соңғы 10 жылдағы Қазақстан Республикасында жүрек-қан тамырлары өлімінің төмендеуі аясында артериялық гипертензия қан айналымы жүйесі аурулары мен өлім себептерінің құрылымында жетекші орындардың бірінде болып қала береді. Артериялық гипертензия - бұл генетикалық фактормен де, қоршаған орта факторларымен де тығыз байланысты болып жүретін ауру. Артериялық гипертензиядан болатын өлім-жітімнің айқын маусымдылығы күрт континентальды және суық климатта өмір сүретін адамдар арасында байқалады, бұл Қазақстан Республикасының тұрғындарына да қатысты. Авторлар Нұр-Сұлтан және Шымкент қалаларының ересек тұрғындары арасында артериялық гипертензиядан болатын тәуліктік өлім туралы он жылдық кезеңдегі статистикалық деректерді талдап, маусымдық индексін есептеді, бұл берілген маусымда өлім-жітім көрсеткіштерінің талданып отырған кезеңдегі барлық жылдардағы орташа көрсеткішке қатынасын көрсетеді. Екі мегаполистегі өлім-жітім ерлер арасында жас және орта жаста, ал әйелдерде егде және қарттарда сәл жоғары екендігі көрсетілген. Артериялық гипертензиядан болатын өлім Нұр-Сұлтанда қыс-көктем кезеңінде, Шымкентте - қыс және жаз мезгілінде ең жоғары болды.

Түйінді сөздер: артериялық гипертензия, өлім, маусымдық индекс, жүрек-қан тамырлары аурулары.

SEISEMBEKOV T.Z.[1], IVANOVA M.B.[2], AINABEKOVA B. A.[1], KAUYZBAI ZH.A.[2], NURGALIEVA N.K.[1]
[1] NJSC «Astana Medical University», Nur-Sultan
[2] JSC «South Kazakhstan Medical Academy», Shymkent

COMPARATIVE ANALYSIS OF SEASONALITY AND MORTALITY INDEX OF ARTERIAL HYPERTENSION IN MEGAPOLISES OF THE NORTHERN AND SOUTHERN REGIONS OF KAZAKHSTAN

Cardiovascular mortality in Kazakhstan has decreased over the past 10 years, but arterial hypertension continues to be one of the leading causes in the structure of morbidity and mortality from cardiovascular diseases. Arterial hypertension is closely associated with both genetic and environmental factors. A seasonality of mortality from arterial hypertension is observed among people living in a extreme continental and cold climate, which is also true for the population of the Republic of Kazakhstan. The authors analyzed the ten-year period statistical data for a daily mortality from arterial hypertension among the adult population of the cities of Nur-Sultan and Shymkent and calculated the seasonality index, which shows the ratio of mortality rates in a given season to the average for all years of the analyzed period. It was shown that mortality in both megapolicies among men was slightly higher in young and middle age, and in women in old age. Mortality from arterial hypertension in Nur-Sultan was the highest in the winter-spring period, in Shymkent - in the winter and summer periods.

Key word: arterial hypertension, mortality, seasonality index, cardiovascular diseases.

За истекшие годы XXI века Республике Казахстан (РК) наблюдается рост сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в 2,4 раза (с 6775,6 в 2001 г. до 16360,6 на 100 тыс. населения в 2018 г.[1]. При этом, следует отметить достоверное снижение смертности от ССЗ в РК за данный период в 2,9 раза (с 494,6 до 167,3 на 100 тыс. населения соответственно). Заметное снижение смертности от ССЗ началось в 2009 г. - с 416,4 до 67,3 на 100 тыс. населения в 2018 году [1,2]. Одним из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и ведущих причин смертности населения продолжает оставаться артериальная гипертензия (АГ). Так, в РК за 2001-2018 гг. наблюдается рост показателей впервые выявленной АГ среди взрослого населения РК возросла с 614 (2001) до 1901,5 (2018) на 100 тыс. населения, т.е увеличилась в 3,1 раза. Однако, смертность от АГ в РК за последние 10 лет также существенно уменьшилась от 157,4 (2009) и 62,3 (2018) на 100 тыс. населения

В последние годы в результате интенсивного потепления климата, как один из ведущих факторов, оказывающих негативное влияние на показатели ССЗ и смертности, являются возрастающая частота экстремальных погодных явлений. [3-6]. Проведенные нами исследования по анализу заболеваемости и смертности при АГ в г.Нур-Султан и Шымкент показали определенное влияние климато-метеорологических факторов на течение АГ. Так, у ряда больных АГ особенно пожилого и старческого возраста, наблюдается метеолабильность; возможна дестабилизация течения с развитием гипертензивного криза и кровоизлияний, отмечено влияния низкой температуры приземного воздуха на смертность от АГ и т.д. [7-12]. В этой связи представляет интерес сравнительный анализ влияние погодных, климато-метеорологических факторов (КМФ) на показатели смертности от АГ в условиях резкоконтитнетального климата г.Нур-Султан, второй после Улан-Батора холодной столицы в мире [13] и мегаполиса Шымкента. Климатический пояс, в котором расположен Шымкент, является также резко-континентальным. Но южное расположение даёт очень тёплую по сравнению с рядом других городов, зиму и сухое и жаркое лето.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку сезонных гендерно-возрастных особенностей ежесуточной смертности при АГ среди взрослого населения гг. Нур-Султан и Шымкент за 2009-2018 гг. с использованием индекса сезонности.

Материалы и методы. Анализированы данные Комитета по статистике Министерства национальной экономики РК (КС МНЭРК) за 2009-2018 г. по ежесуточной смертности взрослого населения (18 лет и старше) от АГ (МКБ-10 - I10-I15) гг.Нур-Султан и Шымкент. Ежедневные показатели смертности сгуппированы по месяцам, а затем по общепринятым сезонам года (весна, лето, осень, зима), анализированы по полу и возрастным группам: молодой (18-44 лет), средний (45-59 лет). пожилой (60-74 лет) и старческий (75 лет и старше).

За основу расчета сезонности смертности от АГ был взят показатель индекса сезонности (ИС), показывающий отношение показателей смертности в данный месяц (или сезон) к средней величине за все годы анализируемого периода, вычислялся по методике Григорьевой Е.А. и Суховеева А.Б. [14,15]. Порядок вычисления ИС: 1) Суммируются показатели смертности отдельно за каждый месяц за все годы анализируемого многолетнего периода; 2) Полученные итоговые значения делятся на число лет наблюдения, в результате получаются 12 месячных (или 4 сезонных) средних значений (Y_i); 3) Рассчитывается общая средняя (Y_0) путем деления суммы месячных средних на 12; 4) Вычисляется индекс сезонности (I) по формуле: ИС = $\frac{Y_i}{Y_0}\times 100\%$. Аналогичные расчеты по сезонам года, группируя по 3-х месячным показателям. Если значение ИС для какого-либо месяца превышает 100%, то считается, что в этом месяце активизировались сезонные факторы. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 13,0.

Результаты и обсуждение. В период с 2009 по 2018 гг. в г. Астане от АГ умерло 614 человек 18 лет и старше. Динамика показателей ежесуточной смертности представлена на рисунке 1. При этом, количество летальных исходов по годам колебалось в достаточно широких пределах: от 44 случая (2009), когда как отмечали мы выше, также наблюдалось заметное снижение в целом, показателей сердечно-сосудистой смертности в РК. Однако, уже в следующем году смертность от АГ возросла в 2 раза, достигнув в последующем наибольшего значения – 103 в 2015 г. и резким 2-х кратным снижением в 2016 -2018гг.

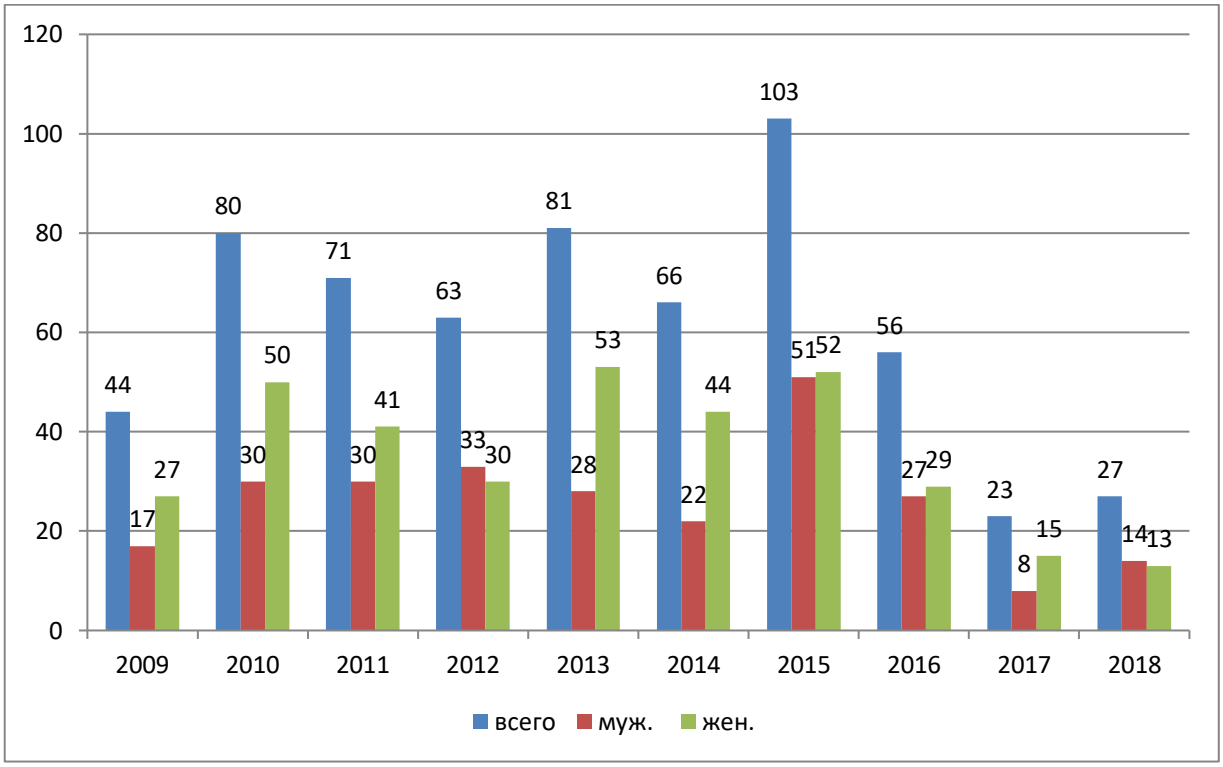


Рисунок1. Динамика ежесуточной смертности от АГ взрослого населения, г.Нур-Султан за 2009-2018 гг.

При этом, обращает внимание превалирование числа летальных исходов женщин в 8 из 10 анализируемых лет. Смертность от АГ среди взрослого населения г. Нур-Султан у женщин, в целом на 94 (15,3%) выше, чем у мужчин.

В период с 2009 по 2018 гг. в г. Шымкенте от АГ умерло 806 человек старше 18 лет (Рисунок 2) Динамика смертности от АГ в г.Шымкент несколько противоположна данным г.Нур-Султан. Период с 2009 по 2014 гг. характеризуется снижением уровня смертности от АГ со 163 до 37 человек, в период с 2014 по 2016 гг. наблюдается повышение уровня смертности с 37 до 106 человек. При этом, также как в г.Нур-Султан с 2016 по 2018 гг. в Шымкенте происходит резкий спад смертности от АГ со 106 до 56 человек. Смертность среди женщин (51%) всего на 2% выше, чем у мужчин, в 5 из 10 лет превалирует смертность среди женщин, в других 5 годах смертность от АГ выше среди мужчин.

В свете вышеизложенного представляет интерес сравнительный анализ данных показателей смертности от АГ в гг.Нур-Султан (Таблица 1) и Шымкент (Таблица 2) по общепринятым сезонам года в зависимости от пола и возраста больных.

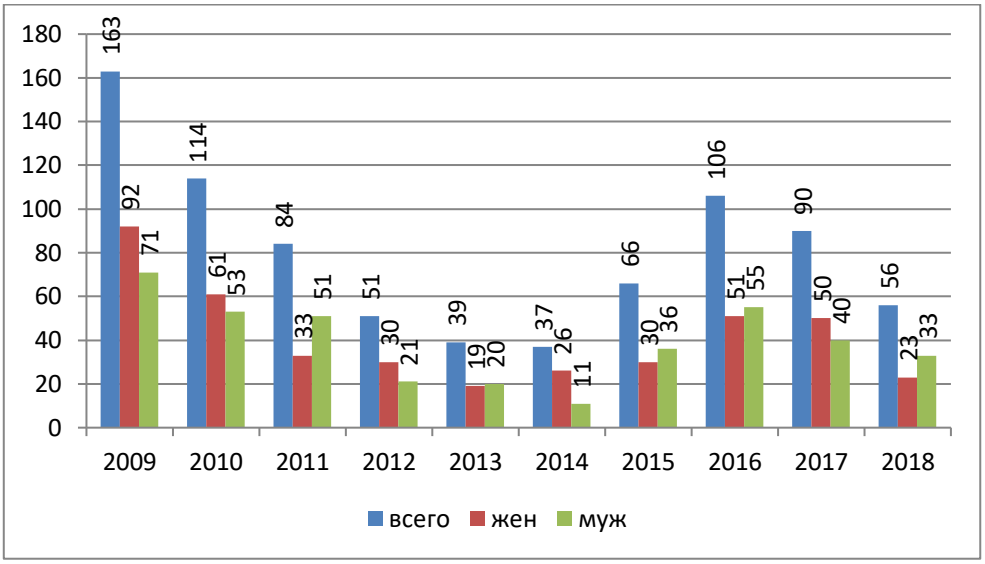


Рис. 2. Динамика смертности от АГ взрослого населения, г. Шымкент 2009-2018 гг.

Таблица 1. Показатели смертности от АГ среди взрослого населения г. Нур-Султан за 2009-2018 гг. по сезонам года, в зависимости от пола и возраста больных

Возраст/сезон	весна		лето		Осень		зима		Всего		**Итого**
	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	
18-44 лет	2	1	1	1	1	3	4	4	8	9	17
45-59 лет	13	18	17	16	11	17	8	20	49	71	120
60-74 лет	34	33	30	17	29	29	31	26	124	105	229
75 лет и старше	50	25	35	12	39	13	49	25	173	75	248
Всего	99	77	83	46	80	62	92	75	354	260	614
Итого по сезонам	176(28,7%)		129(21,0%)		142(23,1%)		167(27,2%)		614(100%)		

Таблица 2. Показатели смертности от АГ среди взрослого населения г. Шымкент за 2009-2018 гг. по сезонам года, в зависимости от пола и возраста больных

Возраст/ сезон	весна		лето		осень		зима		всего		итого
	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	
18-44	2	7	0	6	1	4	2	4	5	21	26
45-59	11	23	13	26	11	30	12	26	47	105	152
60-74	37	44	32	38	39	29	54	37	162	148	310
75 и старше	41	29	56	32	44	22	60	34	201	117	318
всего	91	103	101	102	95	85	128	101	415	391	806
итого	194 (24,1%)		203 (25,2%)		180 (22,3%)		229 (28,4%)		806 (100%)		

Как следует из таблиц 1 и 2 распределение умерших от АГ в обоих мегаполисах РК существенно разнилась по сезонам года и половозрастным группам. В г.Нур-Султан наибольшая смертность наблюдается весной (28,7%), затем зимой (27,2%), осенью (23,1%) и наименьшая летом (21,0%). В Шымкенте - наибольшая зимой (28,4%), затем летом (25,2%), весной (24,1%) наименьшая осенью (22,3%). При этом, в обоих городах по всем сезонам года смертность увеличивается с возрастом. В целом, за анализируемые 10-ти летний период, показатели смертности от АГ по возрастным группам составили соответственно: у молодых (2,8% и 3,2%), лиц среднего возраста (19,5% и 18,8%), пожилых (37,3% и 38,5%) в старческом возрасте 248 (40,4% и 39,4%). Смертность среди мужчин в обоих городах превалировала в молодом и среднем возрастах, а женщин в пожилом и старческом возрасте. Следовательно, можно заключить, что мужчины, подвержены риску смерти от АГ в более раннем возрасте, а женщины в пожилом и старческом.

Данные по смертности от АГ в общепринятые сезоны года в обоих городах подтверждаются показателями смертности от АГ по периодам года. Проведенные нами расчеты ежесуточной средней температуры за 2009-2018гг. показали, несмотря на климатические различия городов месяцы холодного (ХП) и теплого (ТП) периодов года у них совпадают: ХП (ноябрь-март) и ТП – (апрель-октябрь). При этом

обращает внимание, что в процентном отношении число случаев смерти от АГ (таблица 3 и 4) практически равны: в ХП (45,5% и 45,9%), в ТП (54,5% и 54,1%) соответственно. В оба периоды года

Таблица 3. Гендерно-возрастные показатели случаев ежесуточной смертности от АГ взрослого населения г. Нур-Султан в холодный и теплый периоды 2009-2018 гг..

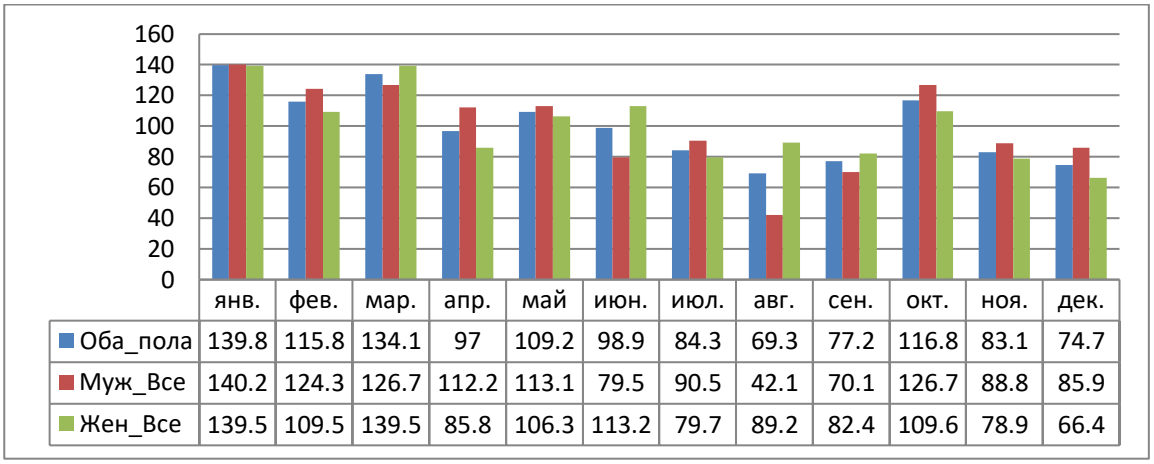
Возраст/ период	холодный		теплый		всего		итого
	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	
18-44	5	5	3	4	8	9	17
45-59	14	35	35	36	49	71	120
60-74	56	45	68	60	124	105	229
75 и старше	82	37	91	38	173	75	248
всего	157	122	197	138	354	260	614
итого	279 (45,5%)		335 (54.5%)		614 (100%)		

Таблица 4. Гендерно-возрастные показатели случаев ежесуточной смертности от АГ взрослого населения г.Шымкент в холодный и теплый периоды 2009-2018 гг..

Возраст/ период	холодный		теплый		всего		итого
	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	
18-44	3	10	2	11	5	21	26
45-59	22	54	25	51	47	105	152
60-74	74	67	88	81	162	148	310
75 и старше	95	45	106	72	201	117	318
всего	194	176	221	215	415	391	806
итого	370 (45,9%)		436 (54,1%)		806 (100%)		

гендерно- возрастное распределение смертности от АГ взрослого населения гг.Нур-Султан и Шымкент также практически аналогичны. Так, в первых 2-х возрастных группах имеет место некоторое превалирование смертности среди мужчин, тогда как в старших возрастных группах заметно преобладают женщины. Следует отметить, что общее число дней приходящиеся на ХП всех 10-ти анализируемых годов составляет 1500, а на ТП приходится 2140 дней. В г.Нур-Султан число случаев смертности от АГ приходящее на 1 день ХП равно 0.186 и на 1 день ТП = 0,156, разница на 0,030. Следовательно, на все дни ХП 2009-2018 гг. приходится на 30 случаев смертности больше в пересчете на 1000 случаев смертности, по сравнению с днями ТП. В г. Шымкент, так как общее число случаев смертности от АГ заметно выше, показатели смертности приходящие на 1 день ХП = 0,247 и ТП = 0,204. Следовательно, в г. Шымкенте при пересчете на 1000 случаев смертности, в дни ХП по сравнению с ТП приходится на 43 случаев смертности больше.

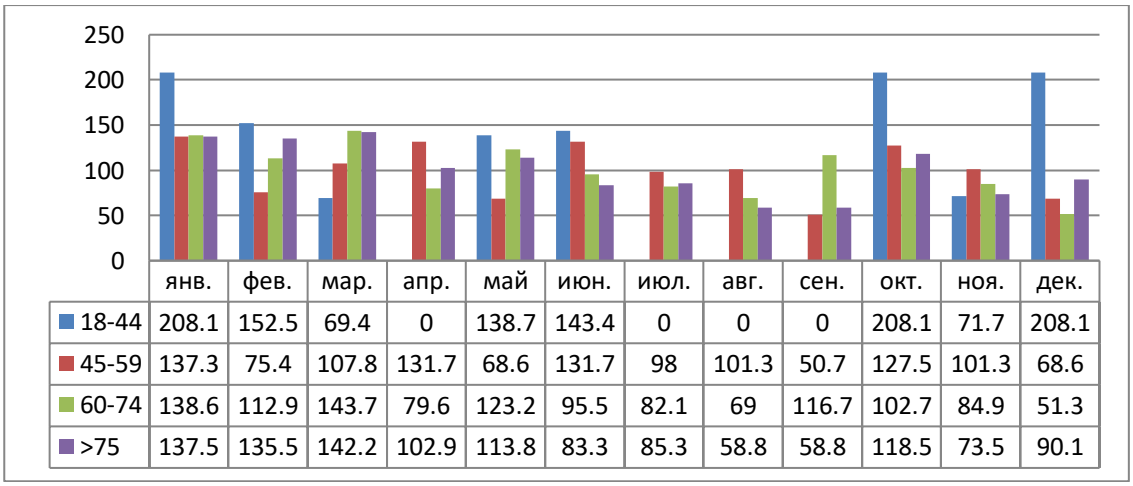
Анализ внутригодовой динамики смертности от АГ взрослого населения г. Нур-Султан с использованием индекса сезонности (ИС), рассчитанного для каждого месяца, показал (Рисунок 3), что наибольшее значение показателя ИС наблюдается в январе как для мужчин (140,2%), так и для женщин (139,5%), наименьшее – для мужчин в августе 42,1% и для женщин в декабре 66,4%. Наибольшая разница в значениях ИС мужской и женской смертности от АГ наблюдается в августе и равна 47%. Годовые амплитуды ИС смертности от АГ для мужчин от42% до 140,2%, для женщин от 66,4% до139,5 % соответственно.



	янв.	фев.	мар.	апр.	май	июн.	июл.	авг.	сен.	окт.	ноя.	дек.
Оба_пола	139.8	115.8	134.1	97	109.2	98.9	84.3	69.3	77.2	116.8	83.1	74.7
Муж_Все	140.2	124.3	126.7	112.2	113.1	79.5	90.5	42.1	70.1	126.7	88.8	85.9
Жен_Все	139.5	109.5	139.5	85.8	106.3	113.2	79.7	89.2	82.4	109.6	78.9	66.4

Рисунок 3. Показатели ИС, рассчитанный по месяцам для общей, мужской и женской смертности от АГ г.Нур-Султан 2009-2018 гг.

Представляет интерес распределение показателей ИС при АГ по месяцам в различных возрастных группах (рисунок 4). Максимальное значение ИС наблюдается –208,1% в январе, октябре и декабре для части населения в возрасте от 18-44 лет, а минимальное –51,3% в декабре для возрастной категории 60-74 лет. Для группы населения в возрасте 18-44 года наибольшее значение ИС 208,1% фиксируется в январе, октябре и декабре, он достаточно высок в мае и июне месяцах. Однако, при этом обращает внимание, в данной же возрастной группе пациентов показатели ИС= 0 в месяцах (апреле, июле, августе, сентябре). Подобное, резко отличимое обстоятельства в группе молодого возраста необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий больным АГ в г. Нур-Султан, особенно зимой. В частности, в зимний сезон (декабрь, январь, февраль) и октябрь месяц осеннего сезона, у больных АГ молодого практически в 2 раза выше риск смертельного исхода.

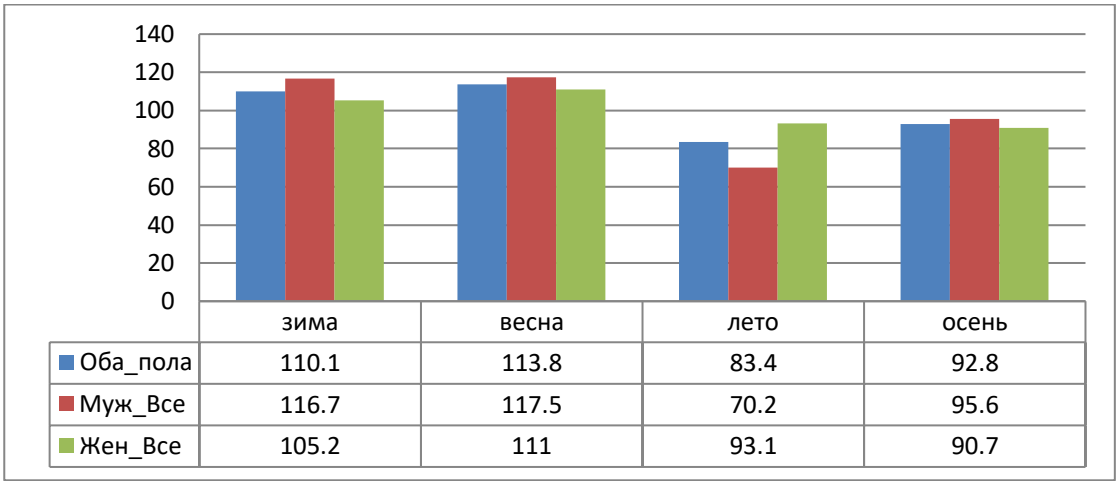


	янв.	фев.	мар.	апр.	май	июн.	июл.	авг.	сен.	окт.	ноя.	дек.
18-44	208.1	152.5	69.4	0	138.7	143.4	0	0	0	208.1	71.7	208.1
45-59	137.3	75.4	107.8	131.7	68.6	131.7	98	101.3	50.7	127.5	101.3	68.6
60-74	138.6	112.9	143.7	79.6	123.2	95.5	82.1	69	116.7	102.7	84.9	51.3
>75	137.5	135.5	142.2	102.9	113.8	83.3	85.3	58.8	58.8	118.5	73.5	90.1

Рисунок 4. Показатели ИС смертности от АГ, рассчитанный по месяцам для различных возрастных групп населения, г.Нур-Султан зав 2009-2018 гг.

Для возраста 45-59 лет максимум ИС 137,3% имеет место в январе, примерно на этом уровне в апреле, июне и октябре, минимальное значение ИС –50,7% в сентябре. Для возрастной категории 60-74 года наибольшее значение ИС 143,7% наблюдается в марте, высокое в январе и мае, наименьшее – 51,3% в декабре. Для больных старческого возраста максимальное значение ИС при АГ - 142,2% зафиксировано в марте, высокое в январе (137,5%) и феврале (135,9%), минимальное – 58,8% в сентябре.

На рисунке 5 представлены данные показателя ИС при АГ взрослого населения г. Нур-Султан за период 2009-2018 гг. по общепринятым сезонам года. Обращает внимание практически одинаковые высокие показатели ИС весной и зимой, затем на уровне допустимого осенью. Причем, во всех 3-х указанных сезонах показатели ИС выше у мужчин: зимой (116,7%), весной (117,5%) и осенью (95,6%) по сравнению с данными женщин (105,2%; 111,0% и 90% соответственно. Для женщин максимальное значение показателя характерно в весенний период (111%), минимальное - в осенний (90,7%). Наибольшая разница в значениях ИС мужской и женской смертности от АГ наблюдается летом - на 22,9% выше у женщин.



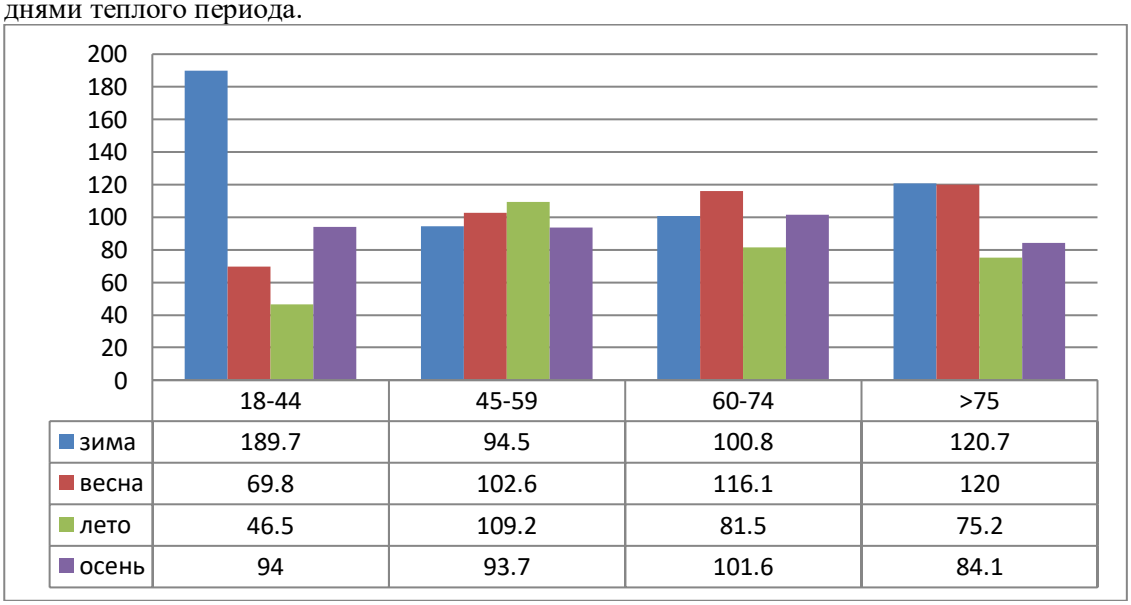
	зима	весна	лето	осень
Оба_пола	110.1	113.8	83.4	92.8
Муж_Все	116.7	117.5	70.2	95.6
Жен_Все	105.2	111	93.1	90.7

Рисунок 5. Показатели ИС, рассчитанный по сезонам для общей, мужской и женской смертности от АГ г. Нур-Султан за 2009-2018 гг.

В свете вышеизложенных характеристик ИС при АГ у взрослых г. Нур-Султан за 2009-2018 гг. представляет интерес анализ этого показателя по сезонам года у больных АГ различных возрастных групп (Рисунок 6). Сразу обращает внимание резко отличающиеся показатели ИС у пациентов молодого возраста в зимний сезон года (189,7%). Так, показатели ИС у больных 18-44 лет, умерших от АГ зимой превышают таковые осенью в

2 раза, весной в 2,7 и летом в 4,1 раза. В возрастной группе 45-59 лет ИС наиболее одинаковый по всем сезонам года, с незначительным увеличением в весенне-летний сезон. Для больных АГ пожилого возраста показатель ИС высок весной (116%) и низкий летом (81,5%). По данным показателя ИС наиболее уязвимыми являются больные старческого возраста в зимний и весенний сезоны года- 120,7% и 120,0% соответственно.

Таким образом, за анализируемый 10-ти летний период (2009-2018 гг) наблюдается существенное снижение смертности от АГ среди взрослого населения г.Нур-Султан. Смертность от АГ среди взрослого населения г. Нур-Султан у женщин, в целом на 94 (15,3%) выше, чем у мужчин. Наибольшая смертность от АГ наблюдается весенне-зимний сезоны, несколько меньше осенью и наименьшая летом. По всем сезонам года смертность увеличивается с возрастом. В целом, за 10-ти летний период, показатели смертности по возрастным группам составили: 2,8% -19,5% - 37,3% - 40,4%. При этом смертность среди мужчин была несколько выше в молодом и среднем возрастах, а у женщин в пожилом и старческом возрасте. Мужчины подвержены риску смерти от АГ в более раннем возрасте, чем женщины. Пик смертности от АГ среди мужчин приходится на 60-74 года, среди женщин - на возраст более 75 лет. На холодный период 2009-2018 гг. приходится на 30 случаев смертности больше в пересчете на 1000 случаев смертности, по сравнению с днями теплого периода.



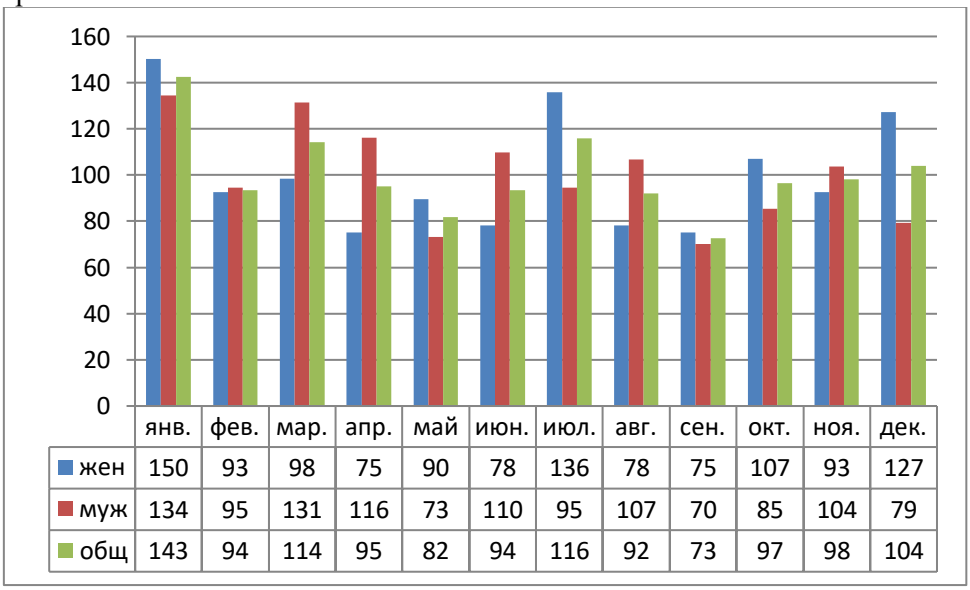
	18-44	45-59	60-74	>75
зима	189.7	94.5	100.8	120.7
весна	69.8	102.6	116.1	120
лето	46.5	109.2	81.5	75.2
осень	94	93.7	101.6	84.1

Рисунок 6. Показатели ИС при АГ, рассчитанный по сезонам для различных возрастных групп населения, г.Нур-Султан за 2009-2018 гг.

Анализ внутригодовой динамики смертности от артериальной гипертензии (АГ) взрослого населения г. Шымкента с использованием индекса сезонности имеет некоторые отличия в сравнении данных г. Нур-Султан. Так, параметры ИС рассчитанного для каждого месяца, показал, что наибольшее значение показателя наблюдается в январе как для мужчин (134%), так и для женщин (150%), наименьшее – в сентябре, 70% и 75% для мужчин и женщин соответственно (Рисунок 7) Наибольшая разница в значениях ИС мужской и женской смертности от АГ наблюдается в декабре и равна 48%. Годовые амплитуды смертности от АГ для мужчин и женщин равны 64% и 75% соответственно.

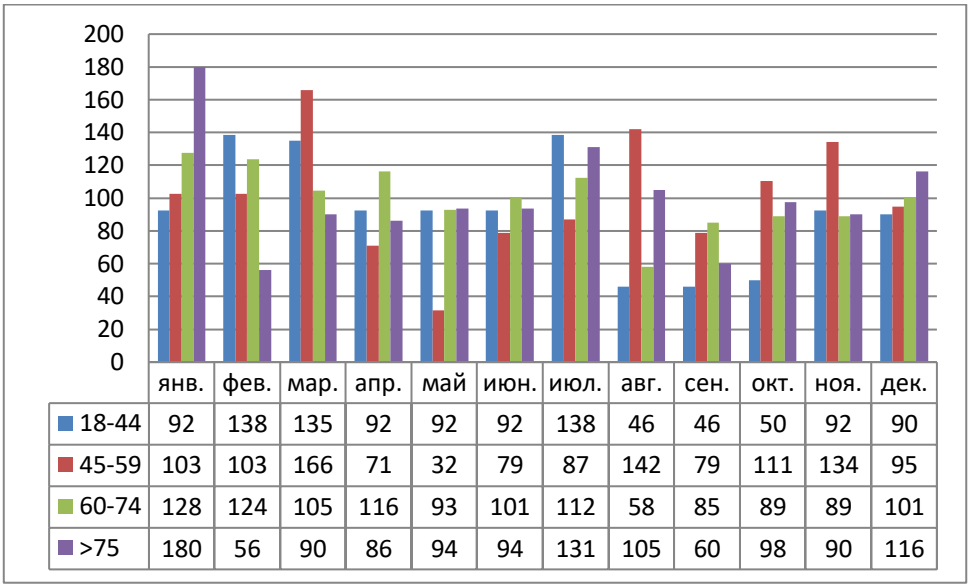
ИС смертности от АГ г.Шымкент в различных возрастных группах показал следующие результаты (Рисунок 8). ИС имеет максимальное значение – 180% в январе для части населения в возрасте старше 75 лет, а минимальное – 32% в мае для возрастной категории 45-59 лет. Для группы населения в возрасте 18-44 года наибольшее значение ИС 138% фиксируется в феврале и июле, наименьшее – 46% в августе и сентябре. Для больных возраста 45-59 лет максимум ИС достигается в марте- 166%, минимум – 32% в мае. Для возрастной категории 60-74 года наибольшее значение ИС 128% наблюдается в январе, наименьшее – 93% в мае. Для людей старческого возраста (старше 75 лет) максимальное значение ИС 180% зафиксировано в январе, минимальное – 60% в сентябре. Обращает внимание рост показателя ИС с увеличением возраста в январе месяце, соответственно возрастных групп: 92, 103, 128 и 180%. Как отмечено выше в г. Нур-Султан в январе месяце резко высокий ИС среди молодых (208,1%), в др. возрастных группах ИС был заметно высок, но практический одинаков (137-138%).

Анализ динамики смертности от АГ взрослого населения г. Шымкента за период 2009-2018 гг. с использованием ИС, рассчитанного для каждого общепринятого времени года, показал (Рисунок 9), что максимальное значение этого показателя характерно для зимнего сезона (113%), минимальное - для осеннего сезона (89%). Однако, для мужчин значения этого показателя практически одинаковы зимой (103%), весной (107%) и летом (104%) и лишь в осенний период наблюдается снижение до 87%. Для женщин максимальное значение показателя характерно в зимний период (123%), минимальное – в весенний (88%). Наибольшая разница в значениях ИС мужской и женской смертности от АГ наблюдается зимой и равна 21%.



	янв.	фев.	мар.	апр.	май	июн.	июл.	авг.	сен.	окт.	ноя.	дек.
жен	150	93	98	75	90	78	136	78	75	107	93	127
муж	134	95	131	116	73	110	95	107	70	85	104	79
общ	143	94	114	95	82	94	116	92	73	97	98	104

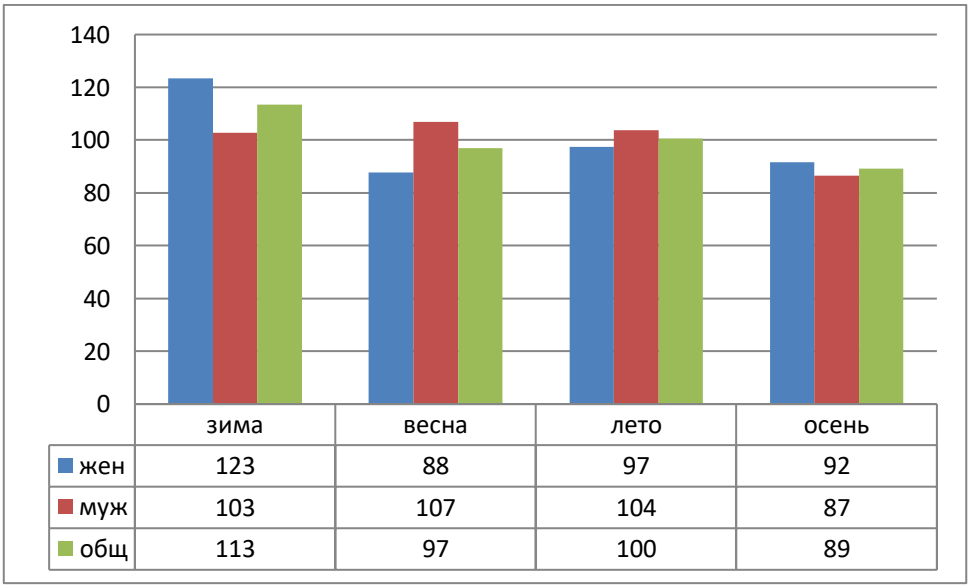
Рисунок 7. Индекс сезонности смертности от АГ, рассчитанный по месяцам для общей, мужской и женской г. Шымкент 2009-2018 гг.



	янв.	фев.	мар.	апр.	май	июн.	июл.	авг.	сен.	окт.	ноя.	дек.
18-44	92	138	135	92	92	92	138	46	46	50	92	90
45-59	103	103	166	71	32	79	87	142	79	111	134	95
60-74	128	124	105	116	93	101	112	58	85	89	89	101
>75	180	56	90	86	94	94	131	105	60	98	90	116

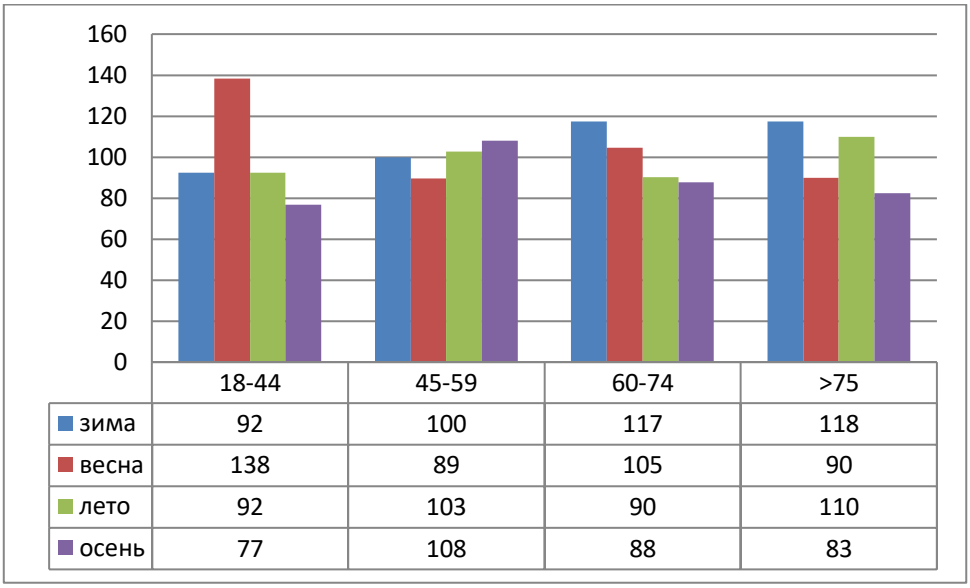
Рисунок 8. Индекс сезонности смертности от АГ, рассчитанный по месяцам для различных возрастных групп населения г. Шымкент 2009-2018 гг.

Представляет интерес анализ значений ИС смертности от АГ в г. Шымкент, вычисленных по каждому времени года для различных возрастных групп населения. Так, ИС смертности в возрастной категории 18-44 года максимальна (138%) в весенний сезон (Рисунок 10). В возрастной группе 45-59 лет смертность в летний и осенний сезоны лишь на 3% и 8% соответственно выше. Для части населения принадлежащей возрастным кагортам 60-74 года критическим является зимний сезон, ИС равен 117%, менее значимо, но также выше (105%) у них ИС весной. Для лиц старческого возраста ИС высок зимой (118%) и летом (109%).



	зима	весна	лето	осень
жен	123	88	97	92
муж	103	107	104	87
общ	113	97	100	89

Рисунок 9. Индекс сезонности смертности от АГ, рассчитанный по сезонам для общей, мужской и женской популяции г. Шымкент 2009-2018 гг.



	18-44	45-59	60-74	>75
зима	92	100	117	118
весна	138	89	105	90
лето	92	103	90	110
осень	77	108	88	83

Рисунок 10. . Индекс сезонности смертности от АГ, рассчитанный по сезонам для различных возрастных групп населения г. Шымкент 2009-2018 гг.

Таким образом, показатели смертности от АГ в г.Шымкенте за 2009-2018гг. имеют ряд общих тенденций с данными г.Нур-Султан. В первую очередь, это касается снижения смертности от АГ в обоих городах, особенно в последние 3 года. Смертность от АГ среди взрослого населения обоих городов увеличивается с возрастом, в целом выше среди женщин, При этом, смертность среди мужчин была несколько выше в молодом и среднем возрастах, а у женщин в пожилом и старческом возрасте, Мужчины подвержены риску смерти от АГ в более раннем возрасте, чем женщины. Практически одинаковы по числу случаев летальности в холодный и теплый периоды года и т.д. Вместе с тем имеются заметные отличия показателей смертности от АГ в обоих городах по сезонам года и месяцам. Так, в г.Нур-Султан наибольшая смертность от АГ наблюдается весенне-зимний сезоны, несколько меньше осенью и наименьшая летом, тогда как в г.Шымкенте больше зимой, затем летом и весной, наименьшая осенью. Показатель ИС смертности от АГ позволяет более детально анализировать сезонные вариации смертности от АГ, однако более показательны при их анализе по месяцам. Так, за анализируемые 10 лет в январе по г. Нур-Султан ИС смертности от АГ у пациентов 18-44 лет наибольший (189,7%) по сравнению с остальными возрастными группами. В г.Шымкент у больных АГ 18-44 лет в январе ИС = 92% и ниже, чем в других возрастных группах, высокий у лиц 75 лет и старше (180%). Следовательно, январь является месяцем высокого риска смертности от АГ для больных молодого возраста в г. Нур-Султан и больных старческого возраста в г. Шымкент. В целом, в г. Нур-Султан в месяцы зимнего сезона и октябрь месяц осеннего сезона, у больных АГ молодого практически в 2 раза выше риск смертельного исхода. В г. Шымкент кроме января высок риск смертности в июле и декабре месяцах. Указанные обстоятельства необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий больным АГ мужчинам и женщинам, особенно молодого и старческого возраста.

Показатель индекса сезонности смертности рекомендуется использовать для анализа влияния сезонных, климато-метеорологических факторов на смертность при других заболеваниях сердечно-сосудистой системы и терапевтического профиля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2001-2018 гг», Стат. сборники.-Нур-Султан за 2002-2019 гг.

2.. Сейсембеков Т.З., Нургалиева Н.К., Жусупова А.С. и соавт. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность взрослого населения г. Астана //Медицина (Алматы). 2018. - № 11 (197). – с. 28 – 35.

3. Haines A., Kovats R.S., Campbell-Lendrum D. Climate change and human health: impacts, vulnerability, and mitigation // Lancet. – 2006. – Vol.367. – P.2101-2109.

4. Пачаури Р.К., Райзингер А. Вклад рабочих групп I, II и III в Четвертый доклад об оценке Межправительственной группы экспертов по изменению климата МГЭИК. Изменение климата // Обобщающий доклад. - Женева, 2007. - 104 с.

5. Enquselassie F., Dobson A.J., Alexander H.M., Steele P.L. Seasons,temperature and coronary disease. International Journal of Epidemiology 1993;22(4):632–636.

6. Kloner R.A., Poole W.K., Perritt R.L. When throughout the year is coronary death most likely to occur? A 12-year population-based analysis of more than 220000 cases. Circulation 1999; 100(15):1630–1634.
7. Бердуаш Н. Гипертензивті криздердің ағымына климаттық факторлардың әсері (обзорная статья). Астана Медициналық Журналы.-2019.-№ 3 (101) с. 270-272
8. Б.А.Айнабекова, Т.З.Сейсембеков, Р.М.Ешимханова, Е.А.Риб, Д.З.Садыкова, А.М.Мейрамова //Исследование годовой динамики дестабилизации течения артериальной гипертензии в г.Астана // Астана медициналык журналы , 2019, № 1, с. 132 -140
9. Темиркулова Ш.А., Қауызбай Ж.Ә., Бектибаева Н.Ш., Куандыков Е.К. Артериалды гипертензия ағымымнын артық салмақ қосарланған науқастардағы ерекшеліктері //Вестник ЮКМА (ISSN 2306-6822). № 3 (87), 2019, том 1, с.19 - 23.
10. Б.А.Айнабекова, Т.З.Сейсембеков, Р.М.Ешимханова, Е.А.Риб, Д.З.Садыкова, А.М.Мейрамова «Влияние метеолабильности в течении артериальной гипертензии среди популяции в г. Астана» Сборник тезисов X международного конгресса «Кардиология на перекрестке наук»// г. Тюмень.- С 8-10
11. Нургалиева Н.К., Сейсембеков Т.З., Айнабекова Б.А., Айткали Р.Н. «Влияние низкой температуры приземного воздуха на смертность от артериальной гипертензии» Материалы Конгресса кардиологов и терапевтов стран Азии и содружества независимых государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний» 26-27 апреля 2019 года г.Душанбе, с. 297
12. Сейдахметова А.А., Сейсембеков Т.З., Қауызбай Ж.Ә., Нургалиева Н.К., Айнабекова Б.А..Дербисалина Г.А.//Взаимосвязь заболеваемости и смертности при артериальной гипертензии с температурой воздуха в мегаполисах северного и южного регионов Казахстана» //Материалы XI конгресса кардиологов Республики Казахстан, Алматы,5-7 июня 2019 г., с.75-76.
13. Kazakhstan: Capital Astana paralysed by cold weather|News ...https://www.aljazeera.com › news › 2016/11 › kazakh-capital-paralyzed-col
14. Онищенко Г.Г., Брагина И.В., Мишина А.Л. Оценка риска и ущерба от климатических изменений, влияющих на повышение уровня заболеваемости и смертности в группах населения повышенного риска: Методические рекомендации МР 2.1.10.0057-12. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2012 .- 48 с.
15. Иванова М.Б., Сейсембеков Т.З., Кауызбай Ж.А. Сейдахметова А.А. Серикова. анализ структуры и сезонной динамики смертности от ишемической болезни сердца населения Г. ШЫМКЕНТА //Вестник ЮКМА (ISSN 2306-6822). № 3 (87), 2019, том Ш, с.140 - 143.



UDC: 616.72-007.248

SERIKOVA-ESENGELDINA D.S.[1], GOREMYKINA M.V.[2], KHISMETOVA Z.A.[1], GLUSHKOVA N.E.[3]

[1]Department of Public Health, NAO Semey Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan
[2]Department of Rheumatology and Noncommunicable Diseases, Semey Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan
[3]Department of Epidemiology, Evidence-Based Medicine and Biostatistics, KMU Higher School of Public Health, Almaty, Republic of Kazakhstan

PHARMACO-ECONOMIC FEATURES OF MANAGEMENT OF OSTEOARTHROSIS PATIENTS

Summary:
This literature review is devoted to the study of the pharmacoeconomic features of the clinical and organizational management of patients with osteoarthritis, especially with knee joints osteoarthritis. Based on the analysis of literature data, we concluded that today further research is needed on a comparative pharmacoeconomic analysis of endoprosthetics and conservative treatment methods. In addition, the available research is carried out mainly in developed countries, which are leaders in the number of operations performed per year, while such research in developing countries is extremely rare and has a low-quality methodological base.

Key words: connective tissue diseases, osteoarthritis of the knee joint, epidemiology, pharmaco-economic indicators

СЕРИКОВА-ЕСЕНГЕЛЬДИНА Д.С.[1], ГОРЕМЫКИНА М.В.[2], ХИСМЕТОВА З.А.[1], ГЛУШКОВА Н.Е.[3]
[1]Қоғамдық денсаулық кафедрасы, КеАҚ Семей медицина университеті, Семей қ., Қазақстан Республикасы
[2]Ревматология және инфекциялық емес аурулар кафедрасы, КеАҚ Семей медицина университеті, Семей қ., Қазақстан Республикасы
[3]Эпидемиология, биостатистика және дәлелді медицина кафедрасы, ҚМУ қоғамдық денсаулық сақтаудың жоғары мектебі, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ОСТЕОАРТРОЗБЕН СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАР МЕНЕДЖМЕНТІНІҢ ФАРМАКО-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ұсынылған әдебитке шолу тізе буындарының остеоартрозы ерекшеліктерімен сырқаттанған науқастардың клиникалық және ұйымдастырушылық менеджментінің фармако-экономикалық ерекшеліктерін зерттеуге арналған. Әдебиетке шолу негізінде, бүгінгі таңда эндопротездеу және емдеудің консервативті әдістеріне салыстырмалы фармако-экономикалық талдау бойынша ары қарай да зерттеулерді жүргізу қажет деген тұжырымға келдік. Сонымен қатар, жүргізіліп жатқан зерттеулердің басым бөлігі дамыған елдердің үлесіне келеді, олар өз кезегінде бір жылда орындалатын операциялар саны бойынша көшбасшы болып табылады, сонымен қоса осыған ұқсас зерттеулер дамушы елдерде сирек кездеседі және төменсапалы әдістемелік базаға ие.

Кілт сөздер: дәнекер тіні аурулары, тізе буынының остеоартрозы, эпидемиология, фармако-экономикалық көрсеткіштер.

СЕРИКОВА-ЕСЕНГЕЛЬДИНА Д.С.[1], ГОРЕМЫКИНА М.В.[2], ХИСМЕТОВА З.А.[1], ГЛУШКОВА Н.Е.[3]
[1]Кафедра общественного здоровья, НАО Медицинский университет Семей, г.Семей, Республика Казахстан
[2]Кафедра ревматологии и неинфекционных болезней, НАО Медицинский университет Семей, г.Семей, Республика Казахстан
[3]Кафедра эпидемиологии, доказательной медицины и биостатистики, КМУ Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы, Республика Казахстан

ФАРМАКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНЕДЖМЕНТА БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Данный литературный обзор посвящен изучению фармако-экономических особенностей клинического и организационного менеджмента пациентов с остеоартрозом в особенности с остеоартрозом коленных суставов. На основании анализа литературных данных, мы пришли к заключению, что на сегодняшний день необходимы дальнейшие исследования по сравнительному фармако-экономическому анализу эндопротезирования и консервативным методам лечения. Кроме того, имеющиеся исследования проводятся преимущественно в развитых странах, являющихся лидерами по количеству выполняемых операций в год, в то время как подобные исследования в развивающихся странах крайне редки и обладают низкокачественной методологической базой.

Ключевые слова: болезни соединительной ткани, остеоартроз коленного сустава, эпидемиология, фармако-экономические показатели.

Introduction: Osteoarthritis is a progressive degenerative joint change that occurs primarily in the elderly. Modern concepts of pathogenesis highlight biochemical changes and biomechanical stress in the affected articular cartilage, while the theory of age-related changes is considered somewhat outdated [1,2].

The aim of our study was to study the pharmacoeconomic features of management of patients with osteoarthritis according to literature data.

Materials and methods. We have performed a search and analysis of relevant information in English and Russian sources published over the past 10 years. The search for English-language resources was carried out in the Pubmed scientific database (https://www.ncbi.nlm.nih.gov), to work as sources in the Russian and Kazakh languages, the scientific electronic library eLibrary (https: //elibrary.ru) and the Google Scholar database were used.

Results: Total joint replacement surgeries are recognized as one of the most successful medical interventions, leading to a significant reduction in pain and an improvement in joint functionality and quality of life

in patients with severe osteoarthritis [3]. Nevertheless, rehabilitation after surgery for most patients remains a difficult and lengthy process, and some patients still cannot achieve full restoration of joint function. Researchers, clinicians and healthcare professionals are still looking for even more effective ways to optimize the timing of rehabilitation therapy [4,5].

As the number of elderly patients grows, and younger categories of patients with OA expect greater mobility and better quality of life in their diagnosis, the need for arthroplasty will only increase [6]. Despite all its advantages, the surgical method of treating OA is still associated with significant costs for the health care system, therefore, the prevalence of the method has regional characteristics [7]. Understanding what constitutes the cost of technology and the procedures associated with its implementation is one of the important tasks for all interested parties: the patient, medical workers, representatives of the administration and subordinate institutions [8-10]. For example, some public health analysts suggest that the health care system in the United States of America outperforms other industrialized countries in terms of health expenditure due to insufficient attention to economic decision making and cost-effectiveness [11].

Cost-effectiveness has been recognized as a useful tool for evaluating interventions by identifying the procedures that are most effective at the lowest cost [12]. Cost-benefit analysis is a form of cost-effectiveness analysis designed to estimate the costs of health care when using an intervention versus an increase in longevity and quality of life. As part of a cost-benefit analysis, the benefit from the intervention is expressed as a utility that can be translated into quality-adjusted life-years (QALYs). Patient-centered health assessments make it possible to compare the significance of interventions both in a specialized specialty and in various branches of medicine. Thus, the "cost-effectiveness" indicator is the most preferred methodology when conducting decision analysis in medicine [13].

The most powerful evidence base in terms of clinical effectiveness is muscle strengthening exercises, low-intensity aerobic exercise, and nonsteroidal inflammatory drugs [14]. Moderate evidence confirms the clinical effectiveness of recommendations for weight loss in patients with Quetelet index ≥25. The clinical efficacy of intra-articular administration of hyaluronic acid preparations has not been confirmed from the standpoint of evidence-based medicine [15]. The issues of the effectiveness of intra-articular administration of corticosteroids and platelet-rich plasma are still under discussion [16]. However, cost-effectiveness and clinical efficacy measure differently in decisions about treatment strategy, so each intervention needs to be analyzed separately.

In a study by Delabarre et al. (2017) used the Cox proportional hazards model to assess the significance of intra-articular hyaluronic acid injections. A registry of patients treated for osteoarthritis of the knee joint in France from 2006 to 2013 was analyzed. The total number of patients undergoing treatment was 14,782 people, of which 67% were women, and the average age of the sample was 68 years. 1662 patients (11.2% of the sample) underwent surgery with complete joint replacement. The survival time in the group of patients who did not tolerate arthroplasty was statistically significantly higher in the group receiving hyaluronic acid: the difference was +51 days in the first year of observation and +271 days at the time of observation in 7.5 years. In the years leading up to arthroplasty, direct medical costs were the same and amounted to € 744 and € 805 in the study and control groups, respectively ($p = 0.104$). Intra-articular injections accounted for less than 10% of total treatment costs. The researchers also concluded that hyaluronic acid preparations can delay surgery. Treatment costs in the group of patients receiving hyaluronic acid were comparable to those in the group of patients using only corticosteroids [17].

In an American study by Smith et al. (2017) compared the economic effects of the following interventions: opioids, tramadol, tramadol in combination with oxycodone. The use of tramadol and its combination with oxycodone increases the time from the moment of diagnosis to surgery to 7 and 9 years, respectively, and also leads to a decrease in the use of total knee arthroplasty by 4% and 10%, respectively. Opioid use, in turn, increases treatment costs and decreases QALYs. With a 5% decrease in the efficiency of total knee arthroplasty (compared to the baseline value of 10%), the Incremental Cost Effectiveness Ratio (ICER) using tramadol was 110,600 US dollars / QALY. In the absence of the total knee arthroplasty efficiency adjustment, the incremental cost efficiency ratio was USD 26,900 / QALY. If total knee arthroplasty is excluded from the treatment strategy, the ICER for tramadol is US $ 39,600 / QALY. The authors concluded that opioids may not be cost-effective in patients without comorbidities due to their negative effect on pain relief after total knee arthroplasty [18].

In 2014, Clinical Orthopedics and Related Research published a systematic review of the status of cost-benefit analysis for total arthroplasty. The authors note that very few studies have focused on direct cost comparisons between total arthroplasty (TA) and non-surgical treatments. However, the authors suggest that TA may be a cost-effective and cost-effective technology comparable to conservative treatment for end-stage osteoarthritis. Most of the research on this issue is still devoted to the cost-effectiveness of new implantation systems, as well as the comparison of existing surgical techniques. These studies suggest that the economic efficiency of innovative techniques is undeniable only when taking into account their contribution to health in the future [19].

In a study by Ruiz et al. (2013) used a Markov chain to estimate the cost of knee TA in patients with end-stage osteoarthritis by comparing direct and indirect costs between surgical and conservative treatments. Direct costs include all medical costs of surgical and non-surgical interventions. Indirect costs are associated with loss of wages due to disability, low disability benefits. Indicators of direct and indirect costs, quality of life were introduced into the Markov model to assess the impact of TA of the knee joint on patient lifetime costs and the QALY parameter. As a result of the application of this statistical analysis, it was found that TA of the knee joint increases the patient's lifetime costs by an average of US $ 20,635. This figure is the arithmetic difference between the estimated social cost of disability (US $ 39,565) and the cost of total arthroplasty (US $ 18,930). Eighty-five percent of these savings are attributable to increases in patients' ability to work and earnings, and the remaining 15% is due to fewer days off work and a decrease in disability benefits. The study authors conclude that over 600,000 knee TA performed in the United States in 2009 helped increase social profitability by US $ 12 billion [20].

A similar study investigating the cost-effectiveness of arthroplasty techniques versus conservative therapy was conducted by Cazarian et al. (2018). The researchers also used the Markov model for statistical analysis. It turned out that surgical methods of treatment were less expensive in comparison with conservative methods and increased the QALY in the group of patients with unilateral osteoarthritis of the knee from 40 to 69 years old, but in those 70 years and older, these parameters were equal. The authors concluded about the need for limited use of conservative therapy methods in persons under 70 years of age. [21].

Conclusion. Further research is needed on a comparative pharmacoeconomic analysis of endoprosthetics and conservative treatment methods. In addition, the available research is carried out mainly in industrialized countries, which are leaders in the number of operations performed per year, while such research in developing countries is extremely rare and has a low-quality methodological base.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=osteoarthrosis *(дата обращения 02.09.2018)*
2. *Bijlsma, J. W., Berenbaum, F., & Lafeber, F. P. (2011). Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. The Lancet, 377(9783), 2115–2126.*
3. *Felson DT, Lawrence RC, Hochberg MC, et al. Osteoarthritis: New insights. part 2: treatment approaches. Ann Intern Med 2000;133:726–37.*
4. *Vissers MM, Bussmann JB, Verhaar JA, et al. Recovery of physical functioning after total hip arthroplasty: Systematic review and meta-analysis of the literature. Phys Ther 2011;91:615–29.*
5. *Mak JC, Fransen M, Jennings M, et al. Evidence-based review for patients undergoing elective hip and knee replacement. ANZ J Surg 2014;84:17–24.*
6. *Day JS, Lau E, Ong KL, Williams GR, Ramsey ML, Kurtz SM. Prevalence and projections of total shoulder and elbow arthroplasty in the United States to 2015. J Shoulder Elbow Surg. 2010;19:1115–1120.*
7. *Fisher ES, Bell JE, Tomek IM, Esty AR, Goodman DC. Trends and Regional Variation in Hip, Knee, and Shoulder Replacement. 2010. Available at: http://www.dartmouthatlas.org/downloads/ reports/Joint_Replacement_0410.pdf. Accessed November 3, 2018.*
8. *Cutler D, Wikler E, Basch P. Reducing administrative costs and improving the health care system. N Engl J Med. 2012;367:1875–1878.*
9. *Lansky D, Nwachukwu BU, Bozic KJ. Using financial incentives to improve value in orthopaedics. Clin Orthop Relat Res. 2012;470:1027–1037.*
10. *Oberlander J. Unfinished journey—a century of health care reform in the United States. N Engl J Med. 2012;367:585–590.*
11. *Schwartz JA, Pearson SD. Cost consideration in the clinical guidance documents of physician specialty societies in the United States. JAMA Intern Med. 2013;173:1091–1097.*
12. *Russell LB, Gold MR, Siegel JE, Daniels N, Weinstein MC. The role of cost-effectiveness analysis in health and medicine. Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. JAMA. 1996;276:1172–1177.*
13. *Siegel JE, Weinstein MC, Russell LB, Gold MR. Recommendations for reporting cost-effectiveness analyses. Panel on CostEffectiveness in Health and Medicine. JAMA. 1996;276:1339–1341.*
14. *Jevsevar DS, Brown GA, Jones DL, et al: The American Academy of Orthopaedic Surgeons evidence-based guideline on: Treatment of osteoarthritis of the knee, 2nd edition. J Bone Joint Surg Am 2013;95: 1885-1886.*
15. *Rutjes AW, Jüni P, da Costa BR, Trelle S, Nüesch E, Reichenbach S: Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee: A systematic review and metaanalysis. Ann Intern Med 2012;157: 180-191.*
16. *McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, et al: OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage 2014;22:363-388.*

17. Delbarre, A., Amor, B., Bardoulat, I., Tetafort, A., & Pelletier-Fleury, N. (2017). Do intra-articular hyaluronic acid injections delay total knee replacement in patients with osteoarthritis - A Cox model analysis. PloS one, 12(11), e0187227. doi:10.1371/journal.pone.0187227
18. Smith, S. R., Katz, J. N., Collins, J. E., Solomon, D. H., Jordan, J. M., Suter, L. G., Yelin, E. H., David Paltiel, A., ... Losina, E. (2016). Cost-Effectiveness of Tramadol and Oxycodone in the Treatment of Knee Osteoarthritis. Arthritis care & research, 69(2), 234-242.
19. Nwachukwu, B. U., Bozic, K. J., Schairer, W. W., Bernstein, J. L., Jevsevar, D. S., Marx, R. G., & Padgett, D. E. (2014). Current Status of Cost Utility Analyses in Total Joint Arthroplasty: A Systematic Review. Clinical Orthopaedics and Related Research®, 473(5), 1815–1827. doi:10.1007/s11999-014-3964-4
20. Ruiz, D., Koenig, L., Dall, T. M., Gallo, P., Narzikul, A., Parvizi, J., & Tongue, J. (2013). The Direct and Indirect Costs to Society of Treatment for End-Stage Knee Osteoarthritis. The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume, 95(16), 1473–1480. doi:10.2106/jbjs.l.01488
21. Kazarian, G. S., Lonner, J. H., Maltenfort, M. G., Ghomrawi, H. M. K., & Chen, A. F. (2018). Cost-Effectiveness of Surgical and Nonsurgical Treatments for Unicompartmental Knee Arthritis. The Journal of Bone and Joint Surgery, 100(19), 1653–1660. doi:10.2106/jbjs.17.00837

Автор для корреспонденции: Глушкова Н.Е., PhD, профессор кафедры эпидемиологии, доказательной медицины и биостатистики, КМУ Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы, Республика Казахстан; тел: + 7 (727) 337 8028, электронный адрес: glushkovanatalyae@gmail.com



УДК: 616-002.77

СЕРИКОВА-ЕСЕНГЕЛЬДИНА Д.С.[1], ГОРЕМЫКИНА М.В.[2], ХИСМЕТОВА З.А.[1], ЮРКОВСКАЯ О.А.[3], ГЛУШКОВА Н.Е.[4]
[1]Кафедра общественного здоровья, НАО Медицинский университет Семей, г.Семей, Республика Казахстан
[2]Кафедра ревматологии и неинфекционных болезней, НАО Медицинский университет Семей, г.Семей, Республика Казахстан
[3]Кафедра персонизированной медицины, НАО Медицинский университет Семей, г.Семей, Республика Казахстан
[4]Кафедра эпидемиологии, доказательной медицины и биостатистики, КМУ Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы, Республика Казахстан

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2016-2018 ГОДАХ

Аннотация:
Остеоартроз является наиболее распространенным заболеванием суставов и основным источником хронической боли и инвалидности в разных странах мира.

Цель. Изучить эпидемиологические показатели болезней соединительной ткани и остеоартроза коленного сустава в Республике Казахстан за 2016-2018 годы.

Материалы и методы. Материалы для исследования были получены из реестра данных Республиканского центра развития здравоохранения. Расчет общей заболеваемости был произведен по общепринятым методам. Материал проанализирован по категориям общей заболеваемости, первичной заболеваемости, диспансеризации случаев за период 2016-2018 годы.

Результаты. Первые места по общей заболеваемости болезнями соединительной ткани занимают город Нурсултан (7898,909 на 100 тыс.), Восточно-Казахстанская область (7136,485 на 100 тыс) и Павлодарская область (7821,315 на 100 тыс.). Самые высокие показатели общей заболеваемости гонартрозами зарегистрированы в городах Алматы (770,291 на 100 тыс.), Нур-Султан (607,5865 на 100 тыс.), в Мангыстауской (625,8778 на 100 тыс.) и Северо-Казахстанской области) (605,4617 на 100 тыс.населения).

Вывод. В Республике Казахстан за период с 2016 по 2018 годы отмечается значительный рост общей и первичной заболеваемости болезнями соединительной ткани и гонартрозами, что требует пересмотра мер профилактики и планирования мер эффективной диспансеризации пациентов.

Ключевые слова: болезни соединительной ткани, остеоартроз коленного сустава, эпидемиология, общая заболеваемость, диспансеризация

СЕРИКОВА-ЕСЕНГЕЛЬДИНА Д.С.[1], ГОРЕМЫКИНА М.В.[2], ХИСМЕТОВА З.А.[1], ЮРКОВСКАЯ О.А.[3], ГЛУШКОВА Н.Е.[4]

[1]Қоғамдық денсаулық кафедрасы, КеАҚ Семей медицина университеті, Семей қ., Қазақстан Республикасы

[2]Ревматология және инфекциялық емес аурулар кафедрасы, КеАҚ Семей медицина университеті, Семей қ., Қазақстан Республикасы

[3]Дербестелген медицина кафедрасы, КеАҚ Семей медицина университеті, Семей қ., Қазақстан Республикасы

[4]Эпидемиология, биостатистика және дәлелді медицина кафедрасы, ҚМУ қоғамдық денсаулық сақтаудың жоғары мектебі, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ 2016-2018 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ТІЗЕ БУЫНЫ ОСТЕОАРТРОЗЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Кіріспе. Остеоартроз буын ауруларының ішінде кең таралған аурулардың бірі және әлемнің әртүрлі елдерінде созылмалы ауырсыну мен мүгедектіктің негізгі көзі болып табылады.

Мақсаты. Қазақстан Республикасындағы 2016-2018 жылдар аралығындағы тізе буыны остеоартрозының және дәнекер тіні ауруларының эпидемиологиялық көрсеткіштерін зерттеу.

Материалдары мен әдістері. Зерттеу материалдары Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығының мәліметтер реестрынан алынды. Жалпы аурушаңдықты санау жалпыға бірдей қабылданған әдістер арқылы есептелді. Мәліметтер 2016-2018 жылдар аралығындағы жалпы аурушаңдық, алғашқы аурушаңдық, диспансеризация жағдайлары санаттарымен талданды.

Нәтижелері. Дәнекер тіні ауруларымен жалпы аурушаңдық бойынша Нұр-сұлтан қаласы (100 мың. шаққанда 7898,909), Шығыс Қазақстан облысы (100 мың. шаққанда 7136,485) және Павлодар облысы (100 мың. шаққанда 7821,315) алғашқы орындарды алып отыр. Гонартрозбен жалпы аурушаңдықтың ең жоғарғы көрсеткіштері Алматы қаласында (100 мың. шаққанда 770,291), Нұр-Сұлтан (100 мың. шаққанда 607,5865), Маңғыстау (100 мың. шаққанда 625,8778) және Солтүстік Қазақстан облыстарында (100 мың. шаққанда 605,4617) тіркелген.

Қорытынды. Қазақстан Республикасында 2016-2018 жылдар аралығында гонартроздар және дәнекер тінінің ауруларымен жалпы және алғашқы аурушаңдық көрсеткіштерінің біршама жоғарылауы байқалады, және бұл жағдай алдын алу шаралары мен науқастарды тиімді диспансеризациялау шараларын жоспарлауды қайта қарауды қажет етеді.

Кілт сөздер: дәнекер тіні аурулары, тізе буынының остеоартрозы, эпидемиология, жалпы аурушаңдық, диспансеризация.

SERIKOVA-ESENGELDINA D.S.[1], GOREMYKINA M.V.[2], KHISMETOVA Z.A.[1], YURKOVSKAYA O.A.[3], GLUSHKOVA N.E.[4]

[1]Department of Public Health, NAO Semey Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan

[2]Department of Rheumatology and Noncommunicable Diseases, Semey Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan

[3]Department of Personalized Medicine, Semey Medical University, Semey, Republic of Kazakhstan

[4]Department of Epidemiology, Evidence-Based Medicine and Biostatistics, KMU Higher School of Public Health, Almaty, Republic of Kazakhstan

EPIDEMIOLOGY OF KNEE OSTEOARTHROSIS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN IN 2016-2018

Introduction. Osteoarthritis is the most common joint disease and a major source of chronic pain and disability around the world.

Aim. To study the epidemiological indicators of connective tissue diseases and knee osteoarthritis in the Republic of Kazakhstan for 2016-2018.

Materials and methods. Materials for the study were obtained from the data register of the Republican Center for Health Development. The total prevalence was calculated according to generally accepted methods. The material was analyzed by categories of prevalence, incedence, dispensary observation of cases for the period 2016-2018.

Results. The first places in the overall prevalence of connective tissue diseases are occupied by the city of Nursultan (7898,909 per 100 thousand), the East Kazakhstan region (7136.485 per 100 thousand) and Pavlodar region (7821.315 per 100 thousand). The highest rates of prevalence of gonarthrosis were registered in the cities of Almaty (770.291 per 100 thousand), Nur-Sultan (607.5865 per 100 thousand), in Mangystau (625.8778 per 100 thousand) and North Kazakhstan region) (605.4617 per 100 thousand population)

Conclusion. In the Republic of Kazakhstan, for the period from 2016 to 2018, there has been a significant increase in the prevalence and incidence of connective tissue diseases and gonarthrosis, which requires a revision of preventive measures and planning measures for effective clinical examination of patients.

Key words: connective tissue diseases, osteoarthritis of the knee joint, epidemiology, general morbidity, clinical examination**.**

Введение: Остеоартроз (ОА) является наиболее распространенным заболеванием суставов и основным источником хронической боли и инвалидности в разных странах мира. ОА коленного сустава составляет более 80% общего бремени болезни и поражает не менее 19% взрослых людей в возрасте 45 лет и старше [1].

Распространенность ОА коленного сустава в России составляет 112,7 на 1000 населения, по Республике Казахстан распространенность ОА коленного сустава за период 2007-2013 гг. составила 55 532 тысячи больных [2].

Имеются убедительные доказательства того, что ОА коленного сустава непосредственно вызван разрушением тканей сустава в результате механической нагрузки и воспалением, но более глубокие причины высокой распространенности ОА коленного сустава остаются неясными и плохо изученными, что препятствует усилиям по профилактике и лечению данной патологии [3].

Однако две недавние тенденции в области общественного здравоохранения обычно считаются доминирующими факторами. Во-первых, поскольку распространенность ОА коленного сустава увеличивается с возрастом, считается, что увеличение продолжительности жизни с начала 20-го века привело к высокому уровню ОА коленного сустава среди пожилых людей, при этом предполагается, что по мере старения людей их суставные ткани накапливают больше износа от нагрузки [4].

Во-вторых, высокий индекс массы тела (ИМТ) стал эпидемией в разных странах в последние десятилетия и является хорошо известным фактором риска ОА коленного сустава, вероятно, из-за комбинированного воздействия перегрузки суставов и воспаления, вызванного избыточной массой тела [5].

По данным исследования Игисинова Н.С. и соавт, 2013 регионы Республики Казахстан (РК) с высокой распространенностью гонартроза (от 4088,50/0000 и выше) были Южно-Казахстанская (70,90/0000) и Акмолинская (92,80/0000) области, а также г. Алматы (123,80/0000) [6].

На сегодняшний день, в связи с ростом числа пожилых людей, вестернизацией питания и возрастающих возможностях планирования ресурсов здравоохранения в РК есть значительный дефицит эпидемиологических исследований в данной области.

Целью нашего исследования было изучить эпидемиологические показатели болезней соединительной ткани и остеоартроза коленного сустава (гонартроза) в Республике Казахстан за 2016-2018 годы.

Материалы и методы. Материалы для исследования были получены из реестра данных Республиканского центра развития здравоохранения.

Расчет общей заболеваемости был произведен по формуле: общая заболеваемость = число всех заболеваний, выявленных в данном году / среднегодовая численность населения*100 000.

Описание данных произведено по принципам дескриптивной статистики. Анализ данных произведен в программе SPSS 20.0. Иллюстрации выполнены в приложении Windows (Excel).

Результаты исследования: В ходе исследования было выявлено, что во всех регионах Республики Казахстан наблюдается рост общей заболеваемости болезнями соединительной ткани за период 2016-2018 гг. Первые места по данному показателю занимают город Нурсултан с общей заболеваемостью 7898,909 на 100 тыс.населения, Восточно-Казахстанская область (ВКО) с общей заболеваемостью 7136,485 на 100 тыс.населения и Павлодарская область с общей заболеваемостью 7821,315 на 100 тыс.населения (рисунок 1).

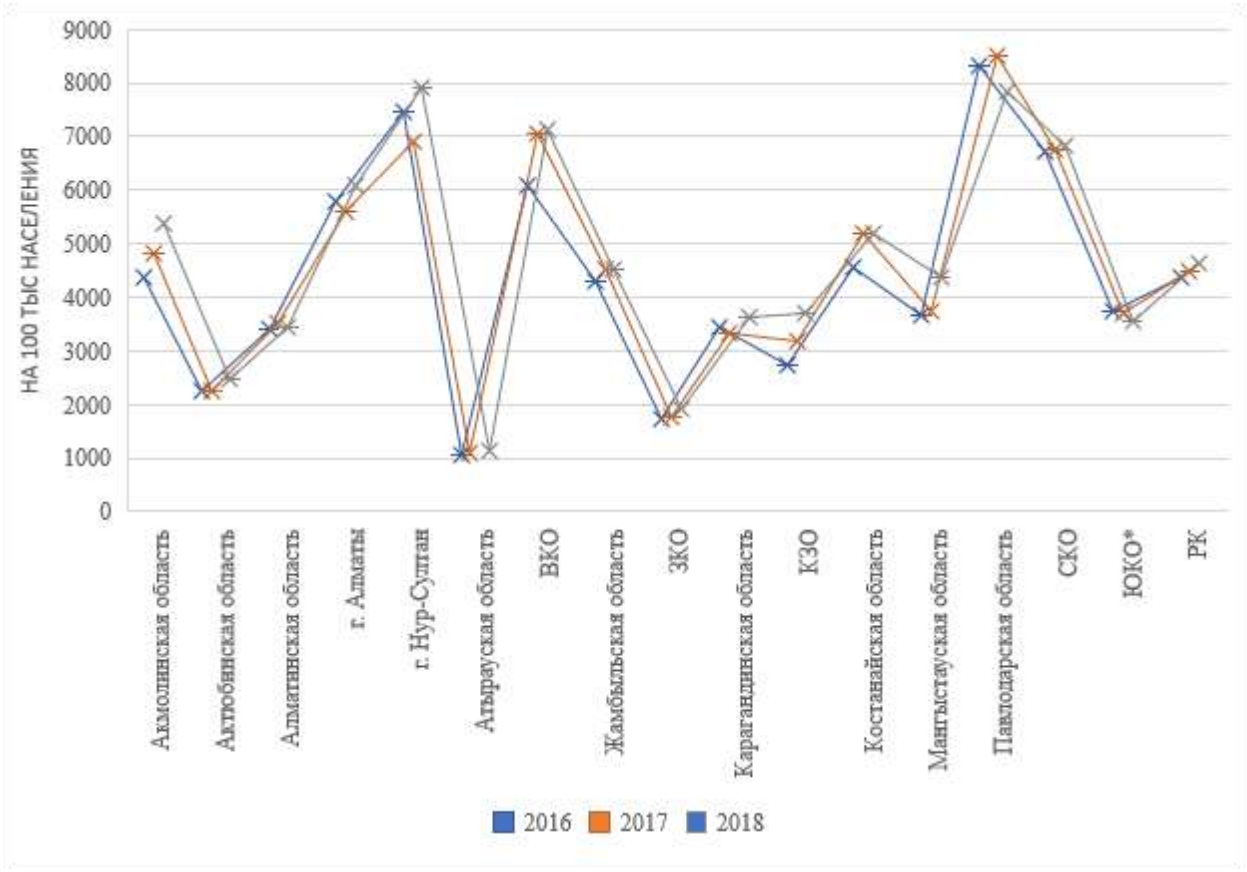


Рисунок 1 – Общая заболеваемость болезнями соединительной ткани в РК, 2016-2018 гг.

Показатели заболеваемости остеоартрозом коленного сустава за период с 2016 по 2018 год также показали тенденцию к росту. Наиболее высокие индикаторы общей заболеваемости отмечены в городах Алматы (770,291 на 100 тыс.населения) и Нур-Султан (607,5865 на 100 тыс.населения), а также в Мангыстауской (625,8778 на 100 тыс.населения) и Северо-Казахстанской области (СКО) (605,4617 на 100 тыс.населения) (рисунок 2).

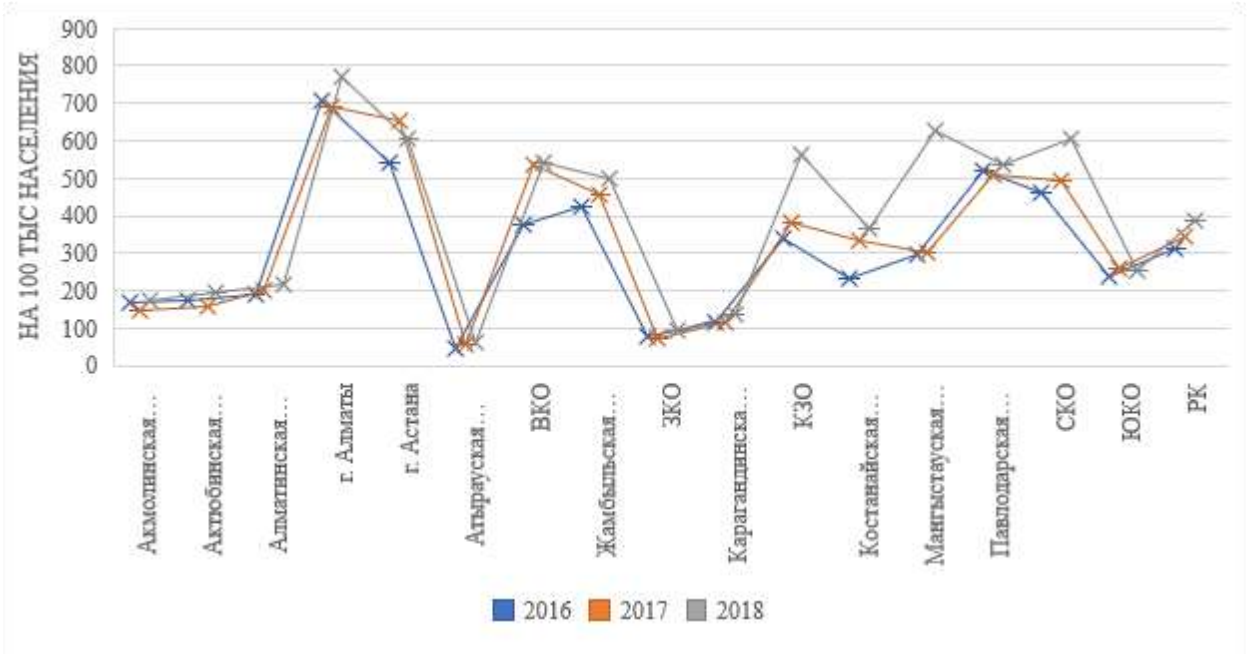


Рисунок 2 – Общая заболеваемость остеоартрозом коленного сустава в РК, 2016-2018 гг.

Анализ первичной заболеваемости болезнями соединительной ткани и диспансеризации данной когорты пациентов в РК, 2016-2018 гг. показал, что число впервые выявленных случаев выросло с 2016 года с

270 033 до 306 375 в 2018 году, а число диспансерных случаев выросло с 2016 года с 73 343 до 93 717 случаев (рисунок 3).

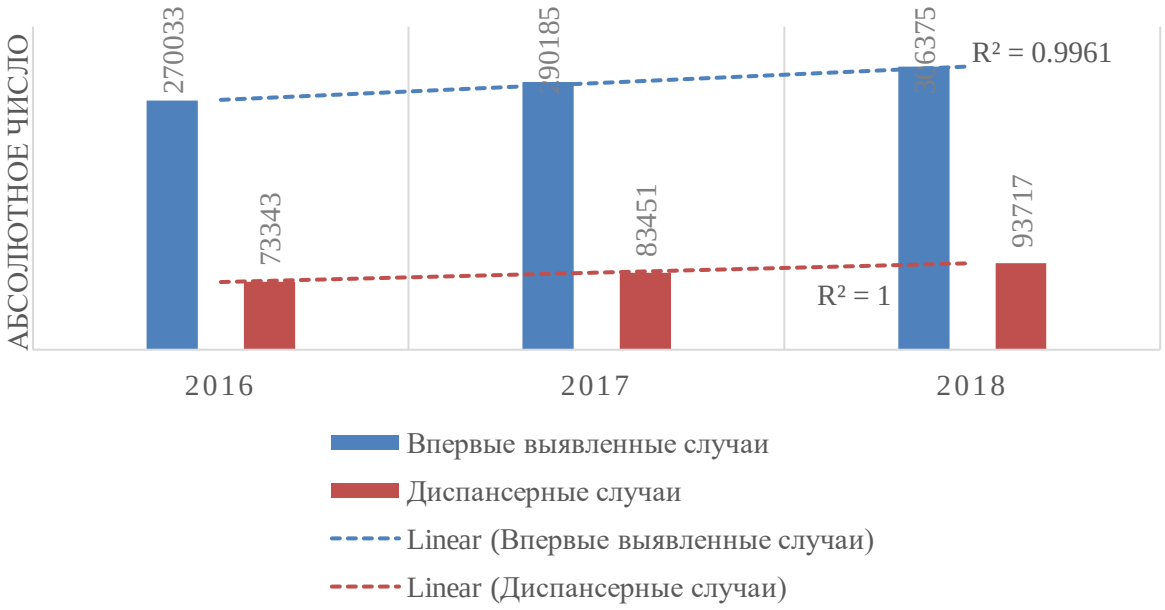


Рисунок 3 – Первичная заболеваемость болезнями соединительной ткани и диспансеризация в РК, 2016-2018 гг.

Анализ первичной заболеваемости остеоартрозом коленного сустава и диспансеризации данной группы пациентов в РК, 2016-2018 гг. показал, что число впервые выявленных случаев гонартроза выросло с 2016 года с 18 275 до 23 064 в 2018 году, а число диспансерных случаев выросло с 2016 года с 8 066 до 11 906 случаев (рисунок 4).

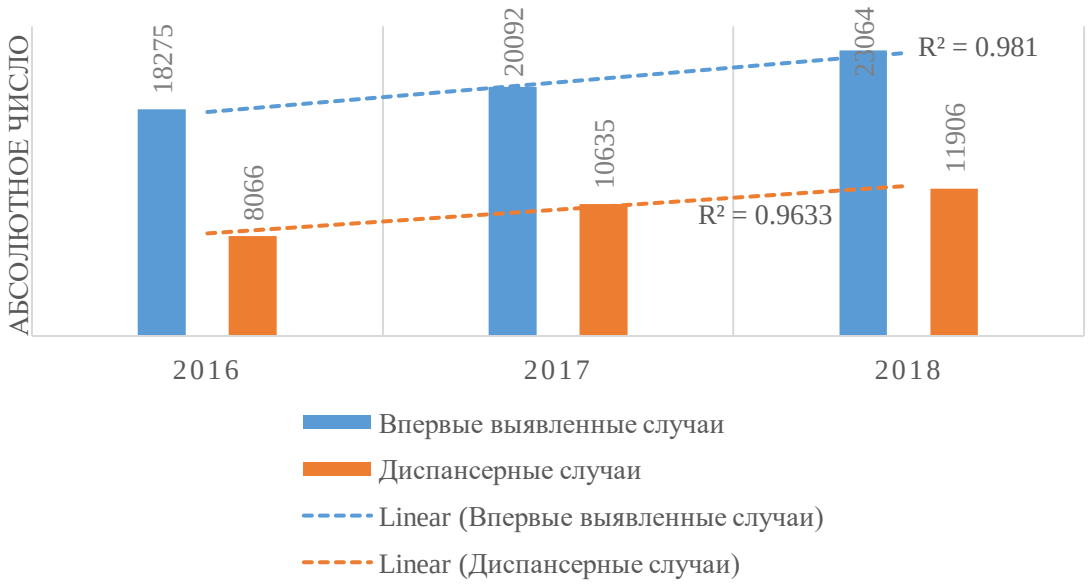


Рисунок 4 – Первичная заболеваемость остеоартрозами коленного сустава и диспансеризация в РК, 2016-2018 гг.

Обсуждение: Остеоартроз коленного сустава, также известный как дегенеративное заболевание суставов из группы болезней соединительной ткани, обычно является результатом износа и прогрессирующей потери суставного хряща. Чаще всего встречается у пожилых женщин и мужчин. Остеоартроз коленного сустава можно разделить на два типа: первичный и вторичный. Первичный – это дегенерация сустава без какой-либо очевидной причины. Вторичный остеоартрит является следствием либо аномальной концентрации силы в суставе, как при посттравматических причинах, либо аномального суставного хряща, такого как ревматоидный артрит (РА). Остеоартроз это обычно прогрессирующее заболевание, которое в конечном итоге может привести к инвалидности. Интенсивность клинических

симптомов может варьироваться от каждого человека. Однако со временем они обычно становятся более серьезными, частыми и изнурительными. Скорость прогрессирования также варьируется для каждого человека. Общие клинические симптомы включают боль в коленях, которая начинается постепенно и усиливается при физической активности, жесткость и отек колен, боль после длительного сидения или отдыха и боль, которая усиливается с течением времени. Лечение остеоартритроза коленного сустава начинается с консервативных методов и переходит к хирургическим вариантам лечения, если консервативное лечение не помогает. Хотя лекарства могут помочь замедлить прогрессирование воспалительных состояний, в настоящее время не существует проверенных модифицирующих болезнь агентов для лечения остеоартрита коленного сустава [7-9].

В нашем исследовании выявлено, что общая заболеваемость, а также первичная заболеваемость болезнями соединительной ткани, а также осеоартрозами коленного сустава в Республике Казахстан имеют склонность к значительному росту. Такая тенденция наблюдается и в других странах [10-11].

Большим ограничением данного исследования является то, что данные представлены только периодом с 2016 по 2018 год. Вероятно, при создании электронного регистра с открытым доступом к эпидемиологическим данным по всем категориям заболеваемости значительно бы облегчило возможности проведения масштабным эпидемиологических исследований первичных и вторичных данных (отчетов).

Вывод: По результатам нашего исследования мы пришли к заключению, что в Республике Казахстан за период с 2016 по 2018 годы отмечается значительный рост общей и первичной заболеваемости болезнями соединительной ткани и гонартрозами, что требует пересмотра мер профилактики и планирования мер эффективной диспансеризации пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Murray CJ, et al. The state of US health, 1990-2010: Burden of diseases, injuries, and risk factors. JAMA. 2013;310:591–608. ; Vos T, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380:2163–2196. ; Lawrence RC, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. Arthritis Rheum. 2008;58:26–35.

2. http://www.rcrz.kz/docs/omt/2018

3. Felson DT. Osteoarthritis as a disease of mechanics. Osteoarthritis Cartilage. 2013;21:10–15. ; Robinson WH, et al. Low-grade inflammation as a key mediator of the pathogenesis of osteoarthritis. Nat Rev Rheumatol. 2016;12:580–592.

4. Bijlsma JWJ, Berenbaum F, Lafeber FPJG. Osteoarthritis: An update with relevance for clinical practice. Lancet. 2011;377:2115–2126. ; Nguyen US, et al. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: Survey and cohort data. Ann Intern Med. 2011;155:725–732.

5. Loeser RF, Collins JA, Diekman BO. Ageing and the pathogenesis of osteoarthritis. Nat Rev Rheumatol. 2016;12:412–420.

6. http://www.medzdrav.kz/images/magazine/medecine/2013/2013-8/M_08-13_11-13.pdf

7. Springer BD. Management of the Bariatric Patient. What Are the Implications of Obesity and Total Joint Arthroplasty: The Orthopedic Surgeon's Perspective? J Arthroplasty. 2019 Jul;34(7S):S30-S32.

8. Elsiwy Y, Jovanovic I, Doma K, Hazratwala K, Letson H. Risk factors associated with cardiac complication after total joint arthroplasty of the hip and knee: a systematic review. J Orthop Surg Res. 2019 Jan 11;14(1):15.

9. Lundgren-Nilsson Å, Dencker A, Palstam A, Person G, Horton MC, Escorpizo R, Küçükdeveci AA, Kutlay S, Elhan AH, Stucki G, Tennant A, Conaghan PG. Patient-reported outcome measures in osteoarthritis: a systematic search and review of their use and psychometric properties. RMD Open. 2018;4(2):e000715.

10.Driban JB, Harkey MS, Barbe MF, et al. Risk factors and the natural history of accelerated knee osteoarthritis: a narrative review. BMC Musculoskelet Disord. 2020;21(1):332. Published 2020 May 29. doi:10.1186/s12891-020-03367-2.

11.Primorac D, Molnar V, Rod E, et al. Knee Osteoarthritis: A Review of Pathogenesis and State-Of-The-Art Non-Operative Therapeutic Considerations. Genes (Basel). 2020;11(8):854. Published 2020 Jul 26. doi:10.3390/genes11080854

Автор для корреспонденции: Глушкова Н.Е., PhD, профессор кафедры эпидемиологии, доказательной медицины и биостатистики, КМУ Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы, Республика Казахстан; тел: + 7 (727) 337 8028, электронный адрес: glushkovanatalyae@gmail.com

VALEO

УДК : 616-006.6+611.663(574.25):517

СМАИЛОВА Д.С., ХИСМЕТОВА З.А., ИСКАКОВА Н.С.
НАО «Медицинский университет Семей»

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация:
На сегодняшний день во всем мире одной из основных причин смерти от рака среди женщин является рак шейки матки (далее - РШМ). РШМ наиболее распространен в странах со средней и низкой экономикой, в то время как в странах с развитой экономикой это заболевание не входит в рейтинг ведущих раковых заболеваний у женщин.
Ключевые слова: рак шейки матки, эпидемиологический анализ, скриниговая программа.

Д.С. СМАИЛОВА, З.А. ХИСМЕТОВА, Н.С. ИСКАКОВА
КеАҚ «Семей медицина университеті»

ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫНДА ЖАТЫР МОЙНЫ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ТАРАЛУЫН ТАЛДАУ

Бүгінгі күні бүкіл әлемде әйелдер арасында қатерлі ісіктен қайтыс болудың негізгі себептерінің бірі жатыр мойны қатерлі ісігі болып табылады. ЖМҚІ экономикасы орташа және төмен елдерде кең таралған, ал экономикасы дамыған елдерде бұл ауру әйелдерде жетекші Қатерлі ісік ауруларының рейтингісіне кірмейді.
Түйінді сөздер: жатыр мойны қатерлі ісігі, эпидемиологиялық талдау, скринингтік бағдарлама.

SMAILOVA D, KHISMETOVA Z, ISKAKOVA N.
NCJSC «Semey medical university»

ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF CERVICAL CANCER IN PAVLODAR REGION

Today, one of the leading causes of cancer death among women worldwide is cervical cancer. Cervical cancer is the most common in middle-and low-income countries, while in advanced economies it is not ranked among the leading cancers in women.
Key words: cervical cancer, epidemiological analysis, screening programs.

Актуальность. Ежегодно во всем мире регистрируется 500 000 новых случаев и 250 000 смертей от РШМ [1]. В Европе в 2012 году было зарегистрировано 58 400 новых случаев рака шейки матки [2]. Самые высокие показатели смертности от рака шейки матки зарегистрированы в Румынии (14,2 на 100 000 женщин) и самые низкие в Мальте (1,2 на 100 000 женщин) [3]. РШМ является важной проблемой системы здравоохранения в развивающихся странах. Большинство женщин регистрируются уже с прогрессирующим течением заболевания. Вероятно, данное явление связано с низким уровнем знаний женщин и низкого приоритета по отношению к собственному здоровью [4]. Например, Африка является регионом с самым высоким уровнем заболеваемости рака шейки матки в мире и соответственно с высоким уровнем смертности среди женщин [5]. Уровень заболеваемости у афроамериканцев на 35% выше, чем у европейцев в США, а смертность почти в два раза выше [6]. Ранняя стадия заболевания часто протекает бессимптомно. Преинвазивные поражения часто обнаруживаются только после скрининга на рак шейки матки (мазка по Папаниколау или жидкостной цитологии) [7]. Рак шейки матки возникает в нижней части матки, которая соединяется с влагалищем; в клетках шейки матки . Вирус папилломы человека является наиболее важным этиологическим фактором. Заболеваемость раком шейки матки коррелирует с ранним началом сексуальной активности, несколькими сексуальными партнерами, курением, низким социально-экономическим статусом, плохим питанием, использованием оральных контрацептивов и иммуносупрессоров [8].

Цель исследования: проведение статистического анализа данных по количеству заболевших РШМ в Павлодарской области.

Материалы и методы исследования:

1.Проведен статистический обзор данных по РШМ в Павлодарской области
2. Проведен глубокий анализ литературных данных.

3.Эпидемиологический анализ представлен специалистам Павлодарского филиала Фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) и Управления здравоохранения Павлодарской области в виде опубликованных статей, официальных писем и устных докладов на совещаниях с участием первых руководителей медицинских организаций.

Результаты исследования и обсуждение: По данным статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2018 году» удельный вес I-II стадии рака шейки матки за 2017-2018 год показал, что наибольший процент заболеваемости в СКО, Атырауской, Жамбылской, Актюбинской, Костанайской областях (табл.1).

Таблица 1. - Удельный вес I-II стадий рака шейки матки (%)

Регионы	Рак шейки матки	
	2017	2018
Республика Казахстан	84.6	88.1
Акмола	84.0	73.3
Актобе	89.9	95.3
Алматы	79.2	87.2
Атырау	98.3	97.4
З.Казахстан	74.4	83.9
Жамбыл	88.5	96.3
Қараганда	70.3	75.2
Костанай	88.4	94.9
Кызылорда	90.0	93.1
Мангыстау	79.6	85.2
Павлодар	82.0	82.9
С.Казахстан	96.5	100.0
Туркестан	0.0	91.3
В.Казахстан	84.9	86.6
Нурсултан	80.5	81.6
Алматы г.а.	84.8	91.3
Шымкент г.а.	0.0	89.7

В 2017 году было выявлено 1842 новых случаев РШМ по данным Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии (КазНИИОиР) [9].

Статистический анализ в Павлодарской области показал, что за 6 лет (2012-2017 гг.) было зарегистрировано 578 больных с впервые в жизни установленным диагнозом РШМ, в том числе 50 новых случаев РШМ в рамках скрининговой программы. Доля выявленных случаев РШМ в рамках скрининговой программы составляет 8,65%. Средний возраст пациентов, выявленных впервые с РШМ в среднем за 2012-2017 гг., составил 51,44 года, M=51,44 (95% ДИ: 50.40-52.49) СО=12.767 (рис.1). Минимальный возраст РШМ зарегистрирован в 17 лет, максимальный в 92 года. Распределение пациентов с РШМ представлено на рисунке 17. Если в структуре онкологической заболеваемости доля случаев РМЖ составляет 12%, то доля случаев РШМ составляет 4,21 %.

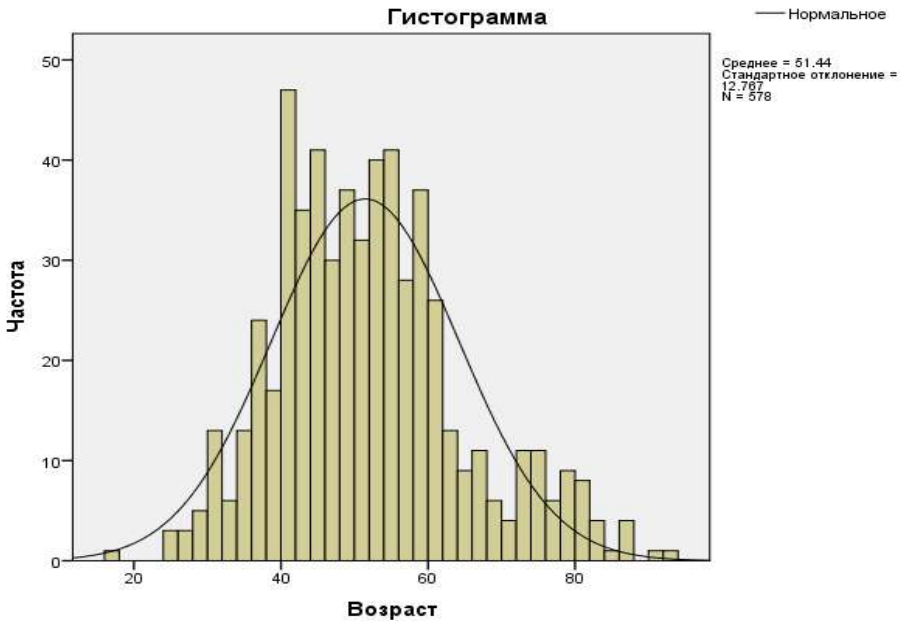


Рисунок 1– Распределение пациентов с раком шейки матки по возрасту

На территории Павлодарской области за период 2012-2017 годы было выявлено 446 случаев РШМ на ранних стадиях, что составляет 77,2%. В области 433 случая РШМ выявлено среди жителей, прикрепленных к городским поликлиникам, что составляет 74,9%. Средний возраст пациентов с IV стадией, выше на 11 лет, по сравнению с пациентами с I стадией. Средний возраст пациентов с РШМ IV стадии составляет 59 лет, I стадии 48 лет (табл. 2).

Таблица 2. Распределение больных раком шейки матки, выявленных впервые в Павлодарской области (2012-2017 гг.)

Переменные	Частота (%)	p-value	Средний возраст (СО)	Статистический критерий	p-value
1	2	3	4	5	6
Год выявления 2012	105 (18,2)	χ^2=6,159; p =0,291	53.31 (13.802)	Однофакторный дисперсионный анализ F= 1,055	p =0,384
2013	92 (15,9)		50.32 (13.108)		
2014	85 (14,7)		52.47(12.957)		
2015	84 (14,5)		52.00 (13.877)		
2016	110 (19,0)		50.64(11.054)		
2017	102 (17,6)		50.09 (11.912)		
Стадия 1 стадия	138 (23,9)	χ^2=298,609; p<0,001	48.20 (12.287)	Однофакторный дисперсионный анализ F= 7,716	p<0.001
2 стадия	308 (53,3)		51.34 (11.989)		
3 стадия	111 (19,2)		54.24 (13.987)		
4 стадия	21 (3,6)		59.38 (14.264)		
Территория проживания город	433 (74,9)	χ^2=143,502; p <0,001	51.66 (12.634)	t-критерий Стьюдента для независимых выборок = 0,708	p=0,479
село	145 (25,1)		50.79 (13.178)		
всего	578		51.44 (12.767)		
Примечание - Таблица составлена автором по данным электронного регистра онкологических больных и обработаны в статистической программе IBM SPSS.20.					

Скрининг на раннее выявление РШМ в Казахстане до 2018 года был организован среди женщин в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет, не состоящих на диспансерном учете по поводу РШМ. С целью

определения эффективности данной скрининговой программы был проведен анализ распространенности рака шейки матки среди женщин в возрасте 30-60 лет в Павлодарской области за 2012-2017 гг. В этом возрастном промежутке было выявлено 455 случаев РШМ, что составляет 78,5% от 578 новых случаев. В 2017 году 20273 женщин приняли участие в скрининговой программе на раннее выявление рака шейки матки. Основным стандартом диагностики рака шейки матки является цитологическое исследование мазка из шейки матки. В данной программе приняли участие женщины в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака шейки матки при проведении скрининга на раннее выявление рака шейки матки. В 2017 году прирост количества целевой группы составил только 4,5 процентов (20273 женщин), в сравнении с 2016 годом (19365 женщин). Максимальное количество целевых групп лиц, подлежащих профилактическому осмотру шейки матки, наблюдалось в 2014 году, составив 27043 женщин. Наблюдается практическое одинаковое распределение процентного соотношения числа женщин всех возрастов, подлежащих к скрининговой программе на выявление РШМ (15-17 процентов).

Несмотря на увеличение количества случаев РШМ по сравнению с предыдущими годами, наблюдается тенденция снижения удельного веса выявляемости заболеваний шейки матки и низкая выявляемость предопухолевых и опухолевых состояний шейки матки. Если в 2017 году выявляемость предопухолевых и опухолевых состояний молочной железы составила 15,48 процентов, то выявляемость предопухолевых и опухолевых состояний шейки матки составила всего лишь 1,3 процентов.

В 2012 году доля впервые выявленных случаев РШМ в рамках скрининговой программы составила 8,57%. Спустя 5 лет, в 2017 году доля увеличилась на 25,1%, составив 11,76%.

Выводы. В заключении по результатам статистического анализа, впервые выявленных случаев РШМ в рамках НСП от общего числа впервые выявленных случаев РШМ, мы видим тенденцию роста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ndikom, Chizoma M.; Fadahunsi, Tosin S.; Adekanmbi, Victor; Young A. Perceived Consequences of Late Diagnosis and Utilization of Cervical Cancer Screening among Gynecology Clinics Attendees in Ibadan, Nigeria // Int. J. Caring Sci. - 2019. -Vol. 12, № 1. -P.443-453.

2. Cervical cancer statistics Cancer Research UK. https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer. 30.04.2019.

3. Karsa L., et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination // Papillomavirus Res. -2015. -Vol. 1. -P. 22–31.

4. Soans, Soumya C.; Valsaraj, Blessy P.; Lobo D.J. A study to identify the women at risk for cancer cervix and their compliance to a screening test after an individual awareness programme in a selected village of Udupi District, Karnataka // Int. J. Nurs. Educ. -2012. -Vol. 4, № 1. -P. 87–89.

5. Ndikom, Chizoma M.; Fadahunsi, Tosin S.; Adekanmbi, Victor; Young A. Perceived Consequences of Late Diagnosis and Utilization of Cervical Cancer Screening among Gynecology Clinics Attendees in Ibadan, Nigeria // Int. J. Caring Sci. - 2019. -Vol. 12, № 1. -P.443-453.

6. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics, 2018 // CA. Cancer J. Clin. -2018. -Vol. 68, № 1. -P. 7–30.

7. Siebers A.G., et al. Comparison of Liquid-Based Cytology With Conventional Cytology for Detection of Cervical Cancer Precursors // JAMA. - 2009. -Vol. 302, № 16. -P. 1757.

8. Viens L.J., et al. Human Papillomavirus–Associated Cancers — United States, 2008–2012 // MMWR. Morb. Mortal. Wkly. Rep. - 2016. -Vol. 65, № 26. -P. 661–666.

9. Кайдарова Д.Р., Чингисова Ж.К., Шатковская О.В. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2017 год // Статистические материалы. – Алматы: 2018. – С. 99-182.

VALEO

УДК: 614.253.52:35.077

СЫДЫҚОВА Б.Қ., СМАИЛОВА Д.С., ХИСМЕТОВА З.А.
НАО «Медицинский университет Семей»

СЕСТРИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация:
Ведение медицинской документации - одна из важных составляющих сестринского медицинского технологического процесса. Научить или приучить качественно оформлять документацию сестринский персонал - одна из актуальнейших проблем. Всегда во время контроля найдутся дефекты ведения документации: сокращения в записях, неразборчивый почерк, несоответствие граф или строк, замазки, подчистки и т. д. Поэтому задача руководителей среднего персонала - долгосрочное обучение в области управления документами, записями. Обучение должно охватывать весь сестринский персонал, в том числе и временных работников.
Ключевые слова: сестринская документация, сестринский процесс, сестринский персонал.

Б.Қ.СЫДЫҚОВА, Д.С. СМАИЛОВА, З.А. ХИСМЕТОВА
КеАҚ «Семей медицина университеті»

ТӘЖІРІБИЕЛІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҮЙЫМДАРЫНДАҒЫ МЕЙІРБИКЕЛІК ҚҰЖАТТАМА

Медициналық құжаттаманы жүргізу - мейіргерлік медициналық технологиялық процестің маңызды құрамдас бөліктерінің бірі. Мейірбике қызметкерлерін құжаттаманы сапалы рәсімдеуге үйрету - ең өзекті мәселелердің бірі. Бақылау кезінде әрдайым құжаттаманың ақаулары болады: жазбалардағы қысқартулар, түсініксіз жазбалар, бағандар мен жолдардың сәйкес келмеуі, түзетулер т.б. сондықтан орта медициналық қызметкерлер басшыларының міндеті - құжаттарды, жазбаларды басқару саласында ұзақ мерзімді оқыту. Оқыту барлық мейірбике қызметкерлерін, оның ішінде уақытша қызметкерлерді қамтуы керек.
Түйінді сөздер: мейірбикелік құжаттама, мейірбикелік үрдіс, мейірбикелік персонал.

SYDYKOVA B., SMAILOVA D, KHISMETOVA Z
NCJSC «Semey medical university»

NURSING DOCUMENTATION IN THE ORGANIZATIONS OF PRACTICAL HEALTH CARE

Maintaining medical records is one of the most important components of the nursing medical technological process. One of the most urgent problems is to teach or train nursing staff to prepare high - quality documentation. There are always defects in documentation management during the control process: abbreviations in entries, illegible handwriting, mismatch of graphs or lines, putty, erasures, etc. Therefore, the task of middle managers is long-term training in the field of document and record management. Training should cover all nursing staff, including temporary workers.
Key words: nursing documentation, nursing process, nursing process.

Сестринская документация является важной частью клинической документации. Надлежащая документация медсестер является необходимым условием для качественного ухода за пациентами, а также для эффективной коммуникации и сотрудничества внутри команды медицинских организации. Процесс ухода за больными обеспечивает систематическую методологию сестринской практики. Она состоит из шести этапов: (1) Оценка соответствующей информации о пациенте; (2) Определение сестринских проблем и ресурсов пациента; (3) Определение цели сестринских вмешательств; (4) Планирование сестринских задач; (5) Выполнение и документирование этих задач; и (6) Оценка сестринского ухода и, возможно, пересмотр плана ухода [1]. Появление новых специалистов — лидеров сестринского дела — заставляет пересмотреть сложившиеся стереотипы на роль и функцию медицинских сестер. В современных условиях дефицита кадровых и финансовых ресурсов для руководителей сестринских служб определена одна из основных задач в развитии персонала — формирование медицинской сестры новой формации: высококвалифицированного специалиста, способного принимать решения и обладающего самостоятельностью в пределах своей компетенции. Успех реформирования управления сестринским делом в значительной степени зависит от руководителей сестринских служб. Сестры-организаторы работают в условиях глубоких противоречий. С одной стороны, перед ними — «Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года», перспективная, новая, достаточно высоко ставящая организаторскую планку, с другой — преобладание на практике устаревшего стереотипного подхода к сестринскому персоналу, когда в лечебных учреждениях в медсестрах видят только послушных исполнителей. В таких условиях непросто реализовать реформы, приходится преодолевать массу противоречий [2].

Во всем мире инновационную деятельность в сестринском деле рассматривается как основа ежедневной практики, направленная на повышение качества ухода за пациентами и снижение стоимости

услуг системы здравоохранения. Потребность в инновационных решениях очень высока, так как именно сегодня системы здравоохранения борются за обеспечение доступных, безопасных и эффективных услуг при одновременном сдерживании роста их себестоимости. Однако вклад медицинских сестер в инновационную деятельность не всегда признаваем и известен как среди самого сестринского сообщества, так и среди широких слоев населения [3].

Решение приоритетных задач по повышению качества и доступности медицинской помощи, в значительной степени зависит от организации работы учреждений здравоохранения, в первую очередь, от роста эффективности использования профессионального и личностного потенциала медицинских работников. Особое место в решении этой задачи отводится повышению роли медицинских работников со средним образованием, число которых в 2 раза превышает численность врачебных кадров. Проводимые в стране реформы здравоохранения (внедрение страховой медицины, поэтапный переход к системе общей врачебной практики, расширение стационар замещающих видов медицинской помощи, внедрение в повседневную работу лечебных учреждений новейших медицинских технологий диагностики, профилактики и лечения патологических состояний) определяют необходимость пересмотра системы подготовки кадров, в том числе, специалистов сестринского дела и их функциональных обязанностей. Замена определенного числа высокооплачиваемого врачебного состава на средний медицинский персонал с более низкой заработной платой приведет к снижению стоимости оказываемых услуг и даст больший социальный и экономический эффект от деятельности каждого подразделения и учреждения в целом, при сохранении (или даже улучшении) качества медицинского обслуживания населения. Сестринское обслуживание рассматривается как один из экономичных способов предоставления услуг в области здравоохранения. Развитие системы сестринского обслуживания является частью общей тенденции к дальнейшему повышению экономической эффективности и повышению доступности системы здравоохранения.

Сестринская документация - это отчет о сестринском уходе, который планируется и предоставляется отдельным пациентам квалифицированными медсестрами или другими лицами, осуществляющими уход под руководством квалифицированной медсестры [4]. Сестринская документация является основным источником клинической информации для удовлетворения юридических и профессиональных требований [5]. Это жизненно важный компонент безопасной, этичной и эффективной сестринской практики, независимо от того, выполняется она вручную или в электронном виде [6]. Согласно опросу, проведенной ВОЗ, результаты которого показали что, плохая коммуникация между медицинскими работниками является одним из факторов врачебных ошибок [7]. Имеются также данные, указывающие на то, что сестринская документация имеет отношение к смертности пациентов [8]. Хотя ведение истории болезни пациента является частью их профессиональной обязанности, многие исследования выявили недостатки в практике документирования среди медсестер по всему миру [9,10]. Сообщается, что медицинские записи часто бывают неполными, не хватает точности и имеют низкое качество. Проблемы с документацией появляются из-за нехватки персонала, недостаточных знаний о важности документации, загруженности пациентами, отсутствия профессиональной подготовки без отрыва от производства и поддержки со стороны руководства сестринского дела [10.11].В качестве средства борьбы с ними многие исследователи рекомендуют использовать междисциплинарный подход, например разработать политику и руководящие принципы по документации сестринского ухода и обеспечить устойчивые возможности непрерывного обучения медсестер по вопросам эффективности документации. Также ожидается, что лидеры сестринского дела будут поддерживать, мотивировать и увеличивать число сотрудников для лучшей практики документирования [12.13]. Исследования, проведенные в Южной Африке и Уганде, выявили недостаток знаний и практических навыков у медицинских сестер по ведению документации. Исследования, проведенные в Кении и Гане, также свидетельствуют об отсутствии стандартизированного метода и недостаточной информированности по сестринской документации. Результаты этого исследования показали, что знакомство со стандартными операционными процедурами сестринской документации, нехватка времени и неадекватность документирующих листов оказали значительное влияние на практику сестринской документации. Результаты этого исследования показывают, что документация по практике сестринского ухода была неадекватной (47,8%) среди медсестер, аналогично Нигерии, где как практика документации, так и знания были признаны недостаточными [14].

Процесс ухода за пациентами, который можно рассматривать как методологическую модель или технологический инструмент, имеет важное значение для систематического выполнения профессиональной практики, поскольку оно способствует уходу и обеспечивает условия, необходимые для его разработки и документирования [15]. Оно рекомендует, чтобы уход за больными основывался на оценке состояния пациента, предоставляя данные для принятия надлежащих решений о требованиях к уходу (диагнозе), целях (результатах), которые должны быть достигнуты, и наилучшем уходе (вмешательствах) для выполнения этих требований и достижения желаемых результатов. Таким образом, это инструмент для

руководства клиническими решениями медсестер с точки зрения интеллектуальных, когнитивных и документальных процессов сестринской практики. Точное документирование клинических данных и информации о пациентах имеет важное значение для непрерывности ухода, развития клинических знаний, обоснованных суждений, обеспечения безопасности и управления сестринским уходом. Кроме того, подробная документация предоставляет систематизированную информацию, которая помогает действиям других специалистов из мультидисциплинарной команды, улучшать уход за пациентами, поддерживать исследования, которые рассчитывают и контролируют затраты на вмешательства и мероприятия, а также обеспечивают надлежащую оплату и возврат средств из этих мероприятий, предотвращающих финансовые потери организаций здравоохранения [16].

В сестринском деле документация должна быть четкой и лаконичной, а также записи о предоставляемых услугах и значимых событиях должны быть организованы в хронологическом порядке, следуя этапам процесса ухода за пациентами. Таким образом, нет никаких сомнений в важности надлежащей разработки и документирования процесса ухода за больными, чтобы обеспечить видимость сестринского ухода и поддержку оценки и непрерывного совершенствования. Однако такая деятельность требует от медсестер, техников и помощников медсестер тратить значительное время своего рабочего времени на создание затрат, которые должны быть четко определены и проанализированы. Знание затрат на деятельность, осуществляемую специалистами сестринского дела по разработке и документированию процесса сестринского дела, имеет решающее значение для принятия согласованных решений с учетом потребностей пациентов и целей медицинских организаций, поддерживающих рациональное и эффективное распределение (человеческих, материальных, физических и финансовых) ресурсов для предотвращения больших затрат. Чтобы обеспечить конкурентноспособность, организации здравоохранения вынуждены искать новые методы управления, сталкиваясь с проблемой согласования эффективного использования ресурсов с улучшением обслуживания населения. В этом контексте при принятии решения о приоритетах обслуживания населения и о том, какие ресурсы будут использоваться, средний медицинский персонал является частью важного решения о распределении ресурсов, внося свой вклад знаниями, которые поддерживают измерение и контроль расходов медицинской организации [17].

Модель сестринского ухода, ориентированная на процесс сестринского ухода ставит во главу планирование действий, вмешательства, оценку и конкретные цели, установленные для каждого пациента. В Бразилии же документация сестринского процесса во всех ситуациях, к которому имеет отношение профессиональная сестринская помощь, стала обязательной с 2002 года. После появления этого требования все медицинские службы мобилизовались на его полное выполнение, и были опубликованы отчеты, в которых освещались многочисленные факторы, потенциально связанные с облегчающими и ингибирующими факторами для клинической документации в соответствии с сестринской документацией. Однако эмпирические корреляционные исследования, которые способны выявить связь некоторых факторов с документированием сестринского процесса в здравоохранении до настоящего времени отсутствует. По этой причине проект “Сестринский процесс в больницах и клиниках департамента здравоохранения штата Сан-Паулу” (SAE-SES Project) стремится выявить факторы, участвующих в его реализации, путем анализа клинической сестринской документации. Сестринская документация в данной принятой перспективе является инструментом для руководства клиническими решениями медсестер и, как таковой, относится к когнитивным и интеллектуальным аспектам сестринской работы. Однако сестринская документация в медицинских учреждениях, структурированная в соответствии с сестринским процессом, позволяет оценить, как с этим процессом справляются медсестры и, по крайней мере частично, оценивает качество оказываемой сестринской помощи [18].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Elske Ammenwerth, Ulrich Mansmann, Carola Iller, Ronald Eichstädter. Factors Affecting and Affected by User Acceptance of Computer-based Nursing Documentation: Results of a Two-year Study// J Am Med Inform Assoc. 2003;10: 69–84.*
2. *Постановление Правительства Республики Казахстан от 1 июля 2014 года № 752 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Концепции по вхождению Казахстана в число 30-ти самых развитых государств мира на 2014-2020 годы».*
3. *Островская И. В. Медицинские сестры и инновационные технологии в здравоохранении / И. В. Островская // Мед. сестра. — 2009. — № 3. — С. 4–9.*
4. *Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. Cochrane Data Base Syst Rev. 2009;1:1–66.*
5. *Daskein R, Moyle W, Creedy D. Aged-care nurses' knowledge of nursing documentation: an Australian perspective. J Clin Nurs. 2009;18:2087–95.*

6. College of Registered Nurses of Nova Scotia. Documentation guidelines for registered nurses. 2012; http://www.crnns.ca.
7. Lindo J, et al. An audit of nursing documentation at three public hospitals in Jamaica. J Nurs Scholarsh. 2016;48(5):499–507.
8. Collins SA, et al. Relationship between nursing documentation and patients' mortality. Am J Crit Care. 2013;22(4):306–13.
9. Lindo J, et al. An audit of nursing documentation at three public hospitals in Jamaica. J Nurs Scholarsh. 2016;48(5):499–507.
10. Broderick MC, Coffey A. Person centred care in nursing documentation. Int J Older People Nurs. 2013;8(4):309–18.
11. Jasemi M, et al. Knowledge and practice of Tabriz teaching hospitals'nurses regarding nursing documentation. Thrita. 2012;2(2):133–8.
12. Sum MT, Chebor MA. Documentation: historical perspectives, purposes,benefits and challenges as faced by nurses. Int J Hum Soc Sci.2013;3(16):236–40.
13. Taiye BH. Knowledge and practice of documentation among nurses in Ahmadu Bello University Teaching Hospital. IOSR J Nurs Health Sci (IOSRJNHS). 2015;4(6):1–6.
14. Hagos Tasew, Teklewoini Mariye and Girmay Teklay. Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia// BMC Research Notes (2019) 12:612,p.2-6.*
15. Garcia TR, Nóbrega MML. [Nursing Process: from theory to the practice of care and research]. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 Jan-Mar [cited 2014 Jul 03];13(1):188-93.
16. Guedes ES, Turrini RNT, Sousa RMC, Baltar VT, Cruz DAL.Attitudes of nursing staff related to the nursing process.Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 Oct [cited 2014 Jul 03];46(SpeNo):130-7.
17. Antônio Fernandes Costa LimaI, Dóris Ribeiro OrtizII. Direct cost of development and documentation of the nursing process// Rev Bras Enferm. 2015;68(3):596-602.
18. Cruz DALM, Guedes ES, Santos MA, Sousa RMC, Turrini RNT, Maia MM, Araújo SAN. Nursing process documentation: rationale and methods of analytical study. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(1):183-9.



TURGAMBAEVA A.K., TULEGENOVA A.M.
JSC «Astana Medical University», Nur-Sultan, Kazakhstan

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF HEALTH STATE AND ORGANIZATION OF MEDICAL CARE TO THE RURAL POPULATION

Summary:
The issues of improving the health and quality of life of the rural population are one of the most important tasks of Kazakhstan at this stage. The quality of health of the rural population lags far behind the urban population and has a steady tendency towards deterioration, not only in our country, but throughout the world.
In this work, we analyzed the medical-demographic and indicators of the rural health care system. Analysis of the data showed that low health indicators and low access to medical services characterize rural residents, compared with the urban population.
It is important to note that today there is a downward trend in the total number of medical institutions in the countryside. Underdeveloped infrastructure, long distance between settlements, outflow and small number of the living population, as well as a lack of qualified medical professionals became the main reason for this phenomenon.
Key words: rural population, medical and demographic indicators, availability of medical care, availability of medical personnel, rural health care.

ТУРГАМБАЕВА А.К., ТУЛЕГЕНОВА А.М.
НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Казахстан

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Вопросы повышения уровня здоровья и качества жизни сельского населения - являются одной из важнейших задач Казахстана на данном этапе. Качество здоровья сельского населения достаточно сильно отстает от городского и отличается устойчивой тенденцией к ухудшению, не только в нашей стране, но и во всем мире.

В данной работе нами был проведен анализ медико-демографических, а также показателей системы сельского здравоохранения. Анализ данных показал, что сельские жители по сравнению с городским населением характеризуются низкими показателями здоровья, низким доступом к медицинским услугам.

Важно отметить что на сегодняшний день сохраняется тенденция по снижению общего числа медицинских учреждений на селе. Неразвитая инфраструктура, большое расстояние между населенными пунктами, отток и малочисленность проживающего населения, а также недостаток квалифицированных медицинских специалистов стало основной причиной данного явления.

Ключевые слова: сельское население, медико-демографические показатели, доступность медицинской помощи, обеспеченность медицинскими кадрами, сельское здравоохранение.

ТУРГАМБАЕВА А.К., ТУЛЕГЕНОВА А.М.,
КеАҚ «Астана медициналық университеті», Нұр-Сұлтан, Қазақстан

АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

Ауыл тұрғындарының денсаулығы мен өмір сүру сапасын жақсарту мәселелері Қазақстанның осы кезеңдегі маңызды міндеттерінің бірі болып табылады. Ауыл тұрғындары денсаулығының сапасы қалалық тұрғындардан едәуір артта қалуда және бұл үрдіс тек біздің елде ғана емес, бүкіл әлемде елдеріне тән болып отыр.

Бұл жұмыста медико-демографиялық, сонымен қатар ауыл деңгейіндегі денсаулық сақтау жүйесінің көрсеткіштеріне талдау жүргізілді. Мәліметтерді талдау көрсеткендей, ауыл тұрғындары қала тұрғындарымен салыстырғанда денсаулықтың төмен көрсеткіштерімен және медициналық қызметтерге қол жетімділіктің төмендігімен ерекшеленеді.

Бүгінгі таңда ауылдағы медициналық мекемелердің жалпы санының төмендеу тенденциясы байқалатынын атап өту маңызды. Инфрақұрылымның нашар дамуы, елді мекендер арасындағы ұзақ қашықтық, тұрғындардың жаппай көшуі және халық санының азаюы, сондай-ақ білікті медициналық мамандардың жетіспеушілігі аталған құбылыстың негізгі себептері болып отыр.

Түйінді сөздер: ауыл тұрғындары, медико-демографиялық көрсеткіштер, медициналық көмектің қол жетімділігі, медициналық қызметкерлермен қамтамасыз ету, ауылдық денсаулық сақтау.

Relevance. At present, rural health systems are still relatively weaker than urban health systems around the world, as a well-functioning health system is built on a well-developed infrastructure, skilled human resources, availability of medicines, information and medical technologies, etc. [1].

Access to health care is internationally recognized as a fundamental human right, but health care services for the population in many remote areas are still not sufficiently accessible.

Around the world, populations in many rural and remote areas, often with high levels of health care needs due to their poor health, face huge barriers to access (both spatial and territorial) to health services. Indeed, for the rural population, access to medical care is the most pressing problem [2].

Although the world is experiencing the largest wave of urbanization, approximately 44.7% of the world's population still lives in rural areas, hence the urgent need to improve rural health systems [3]. Low availability of medical care and a low level of living comfort in rural areas, underdeveloped infrastructure, and difficult working conditions lead to a deterioration in the health status of rural residents [4,5].

The global trend of modern world health is the provision of universal health coverage and the management of chronic noncommunicable diseases.

One of the Millennium Goals adopted by the United Nations is to ensure universal coverage of the population with health services, including protection from financial risks, access to quality essential health services and access to safe, effective, quality and affordable medicines and vaccines for all, so sounds 3.8 point of the UN Sustainable Development Goals [6].

Medicine should be as close to a person as possible, this is the main principle of public health at a new stage in the development of our country.

Today, 7 million 697 thousand people, or 42% of all residents of the country, live in villages, but modern medicine is not yet fully available to villagers [7].

Purpose of the study: to analyze the current situation in the organization of the rural health care system and the characteristics of the provision of medical care to the rural population.

Research method: analysis of accounting documentation, analysis of statistical data, data processing. The health of the population is characterized by the following indicators, such as: medical and demographic, indicators of morbidity, indicators of disability and physical development. The main ones are medical and demographic.

In the Republic of Kazakhstan, the population has been growing in recent years. According to the Agency of Statistics, more than 18 million people live in Kazakhstan, of which almost 42% is the population living in rural areas (Table-1).

Table-1 The population of the Republic of Kazakhstan according to the Statistics Agency of the Republic of Kazakhstan at the beginning of 2019

Total population of the Republic of Kazakhstan	Urban population	Rural population
18395.6	10698.2	7697.4

The largest number, almost 50% of the total rural population live in the Almaty and Turkestan regions. Among the rural population, the female population prevails, 52% versus 48% of the male population. There is a tendency of population aging: the share of the rural population is aged 60 and over, with a predominance of the share of the female population (Table-2).

Table-2. Main medical and demographic indicators of the rural and urban population (at the beginning of 2019)

	Urban population	Rural population
Fertility (per 1000 population)	22.16	21.22
Mortality (per 1000 population)	7,47	6,68
Natural growth (per 1000 population)	14.69	14.54
Infant mortality (per 1000 live births)	7.90	8.21

According to statistics, the main demographic indicators among the rural population, such as fertility, mortality, and natural growth, do not differ significantly from similar indicators among the urban population, however, there are minor differences among the indicators of infant mortality. The following regions occupy the first places in terms of fertility among the rural population - Atyrau, Almaty, Zhambyl, Mangistau, Turkestan, Kyzylorda regions.

The high incidence among the population of rural areas remains as of 2018. The table below shows the incidence of the rural population per 100,000 population by major nosologies (Table 3).

Table-3. Morbidity rates of the rural population by main nosologies at the end of 2018

№	Name of nosology	**Diseases registered in total (per 100,000 people)**
1.	Infectious and parasitic diseases	865.1
2.	Neoplasms	465.7
3.	Diseases of the circulatory system	2365.6
4.	Respiratory diseases	19390.6

5.	Diseases of the digestive system	3812.6
6.	Diseases of the genitourinary system	3538.9
7.	Diabetes	161.4
8.	Diseases of the nervous system	1333.9
9.	Diseases of the skin and subcutaneous tissue	2198.3
10.	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	1457.8
11.	Mental and behavioral disorders	49.9
12.	Injury, poisoning	2030.0

Among the rural population in the structure of morbidity, the leading places are still occupied by diseases of the circulatory system, diseases of the respiratory system, genitourinary system and diseases of the digestive system.

The state of health of the population directly depends on socio-economic factors, namely on the living conditions and quality of life. A number of factors affect the level of health of the population, such as: income of the population, quality of drinking water, availability of medical institutions, working conditions, etc. The share of the population provided with quality drinking water among rural areas in 2018 was 60%, which is 34.5% lower compared to the urban population (94.5%). The lowest indicators of the share of the rural population provided with quality drinking water were distinguished by the following regions - West Kazakhstan region (46.9%), Kostanay region (31.4%) and Pavlodar region (29.7%).

Improving and maintaining the health of the population is the most important task of the health care system, as well as state policy in the social sphere. So one of the factors affecting human health is the health care system.

Unfortunately, most people living in rural remote areas have unfair access to health care. One of the main factors affecting equitable access to health services is underdeveloped infrastructure, which remains one of the most pressing problems of many rural residents of our country.

In many cases, limited access to medical services leads to the fact that health needs are not met properly and there is no continuity of medical care for the population, which also leads to a lack of monitoring and control of the effectiveness of these services.

The centerpiece of the health system is primary health care (PHC), which must be accessible and socially oriented to the needs of the patient. The development and modernization of primary health care is one of the priority areas of health care development, which has become a trend in global health care.

Kazakhstan, as a country where the Almaty and Astana declarations of the WHO on the development of primary health care were adopted, every year strives to improve the primary health care system, as an object of the first contact of health care with the population. However, medical services, including primary health care services, are still not fully available to the rural population.

The phased presentation of medical services is an essential feature of the organization of the rural health care system. Medical assistance to the population living in rural areas is provided by a complex of medical institutions, ranging from feldsher obstetric points and medical centers to regional (republican) institutions. The most widespread form of medical institutions in the village is the Feldsher's obstetric station. Their number at the end of 2018 decreased by 1.6% compared to 2017 (853/839). The largest number of feldsher obstetric points (259) are located in the Turkestan region. Compared to 2017, the number of medical stations for 2018 also decreased by 1.9%.

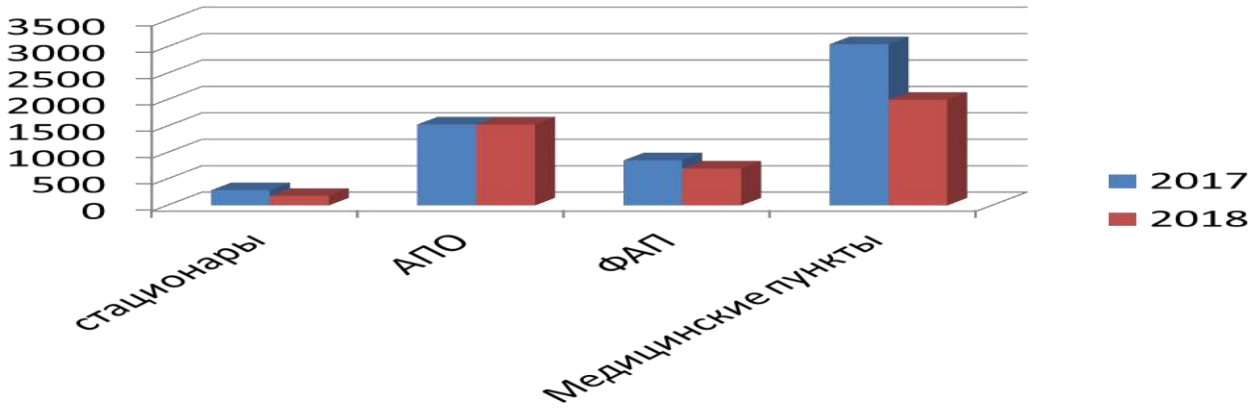
Table-4. Number of healthcare institutions at the rural level

Health Organization Network	**2017year**	**2018 year**
1. Hospital organizations	**289**	**232**

of which Central District Hospitals	127	127
of which District hospitals	15	16
of which Interdistrict hospitals	4	3
of which the Rural District Hospital and the Rural Hospital are independent	6	4
of which Rural District Hospital and Rural Hospital within the Central District Hospital and District Hospital	127	77
Other	10	5
2. Outpatient polyclinic organizations (OPO) TOTAL	**1532**	**1531**
3. Feldsher obstetric station	**853**	**839**
4. Medical points	**3051**	**2993**

At the rural level, 289 hospital organizations function in 2018, which is 19.7% (57), less than in 2017. The number of Central District Hospitals has not changed, while Rural District Hospitals have decreased by almost 40% (127/77).

Picture 1. Rural healthcare organization



It is important to note that today there is a downward trend in the total number of medical institutions in the countryside. Underdeveloped infrastructure, long distance between settlements, outflow and small number of the living population, as well as the lack of qualified medical specialists became the main reason for this phenomenon. Inhabitants of remote rural settlements find themselves in a particularly difficult situation, which do not have access to medical care at their place of residence, and are forced to apply to medical institutions in nearby villages. The modern infrastructure of rural health care requires fundamental changes and the regulation of organizational approaches in solving this issue.

One of the leading factors affecting the availability of medical care to rural residents is the availability of human resources.

It should be noted that the availability of health services is directly and to a greater extent related to the provision of medical institutions with qualified human resources. The shortage of medical workers is an acute problem not only for the health care of our country, but also for most countries of the world. Insufficient provision of rural areas with medical personnel in Kazakhstan has always existed, but in recent years this problem has become one of the most important and significant in importance.

Table-5. The number of medical personnel in the city and in the countryside by regions for 2018

№	Region	City (absolute number)	Rural (absolute number)
	The Republic of Kazakhstan	60396	12481

1.	Akmola region	1602	526
2.	Aktobe region	3606	455
3.	Alma-Ata's region	2353	2412
4.	Atyrau region	1405	420
5.	West-Kazakhstan region	1619	471
6.	Jambyl region	2304	1032
7.	Karaganda region	5758	518
8.	Kostanay region	1811	513
9.	Kyzylorda region	1594	1103
10.	Mangistau region	1655	564
11.	Pavlodar region	2556	299
12.	North-Kazakhstan region	1328	367
13.	Turkestan region	2513	2682
14.	The East Kazakhstan region	4759	1119

According to the data of the Statistics Agency of the Republic of Kazakhstan (Table-5), 60396 medical workers work in Kazakhstan, of which only 20.6% (12481) work in medical institutions in rural areas. Significant differences between the number of medical personnel in urban and rural areas are noted in such regions as Aktobe region (3606/455), Karaganda (5758/518) and Pavlodar (2556/299) regions.

Conclusion. Data analysis showed that medical and demographic indicators, namely mortality and morbidity rates in rural residents are higher than in urban residents. The share of provision of the rural population with quality drinking water also remains low in a number of regions.

Today, the trend towards a decrease in the total number of rural healthcare facilities remains, which leads, accordingly, to a decrease in the availability of medical services. The next factor affecting the availability and overall efficiency of medical services and the health care system as a whole is the availability of human resources. It is important to note that the problem of providing rural health care with medical workers in a number of regions of Kazakhstan remains unresolved and requires an integrated approach, as well as the creation of new technologies for managerial decisions in this area. Analysis of the data indicates that the rural health care system in Kazakhstan requires dramatic changes and improvements.

REFERENCES:

1. Schmets, G.; Rajan, D.; Kadandale, S. Strategizing National Health in the 21st Century: A Handbook;World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2016.

2. McGrail MR, Humphreys JS. A new index of access to primary care services in rural areas. Aust N Z J Public Health. 2009 Oct;33(5):418-23. doi: 10.1111/j.1753-6405.2009.00422.x. PMID: 19811476.

3. United Nations, Department of Economic and Social A airs, Population Division. World Urbanization Prospects: The 2018 Revision; United Nations: New York, NY, USA, 2018.

4. Ivo Grgi, Tito Žimbrek, Miroslav Tratnik, Jerko Markovina and Josip Juraak // Quality of life in rural areas of Croatia: To stay or to leave? //African Journal of Agricultural Research Vol. 5(8), 18 April, 2010, pp. 653-660.

5. Кудрявцев А.А., Воробьев М.В. Особенности смертности сельского населения в республике Башкортостан//Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». - 2011 (17). - № 1. [Электронный ресурс].

6. UN Sustainable Development Goals, Resolution adopted by the General Assembly on 25.09.2015. "Transforming Our World".

7. Health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of health care organizations in 2018 // Statistical collection // MH RK // Nur-Sultan 2019.

Corresponding author: Turgambaeva A.K., MD, Professor, Head of the Department of Public Health and management, JSC «Astana Medical University», Nur-Sultan, Kazakhstan e-mail: tak1973@mail.ru



УДК:614.2:616-036.88-055.52(574-25)

А.К.ТУРГАМБАЕВА, А.С.АКЕТАЕВА, Г.А.ОРДАБЕК
НАО «Медицинский университет Астана»

ОЦЕНКА ПРИЧИНЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ СО СТОРОНЫ ПЕРСОНАЛА СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Аннотация:
Статья посвящена одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства - материнской смертности. Освещены проблемы материнской смертности в мире: недоучет материнских потерь, анализ основных причин, приведены пути решения проблемы.
Ключевые слова: материнская смертность, материнские потери.

А.К.ТУРГАМБАЕВА, А.С.АКЕТАЕВА, Г.А.ОРДАБЕК
«Астана медицина университеті» КеАҚ

АНАЛАР ӨЛІМІНІҢ АКУШЕРЛІК КӨМЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ ПЕРСОНАЛДАРЫ ТАРАПЫНАН СЕБЕБІН БАҒАЛАУ

Мақала заманауи акушерлік қызметтің өзекті мәселелерінің бірі – ана өліміне арналған. Әлемдегі аналар өлімінің проблемаларына тоқталамын: ана шығындарын төмендету, оның негізгі себептерін талдау, мәселені шешу жолдары көрсетілген.
Түйін сөздер: ана өлімі, ана шығындары.

A.K.TURGAMBAYEVA, A.S.AKETAEVA, G.A.ORDABEK
NJSC "Medical University Of Astana”

ASSESSMENT OF THE CAUSE OF MATERNAL MORTALITY BY MATERNITY SERVICE PERSONNEL

The article is dedicated to one of the most relevant problems of modern obstetrics – maternal mortality. The problems of maternal mortality in the world are highlighted: miscarriage of maternal losses, analysis of the main causes, ways of solving the problem are given.
Key words: maternal mortality, maternal losses.

Актуальность: Материнская смертность (МС) по определению ВОЗ — это обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в пределах 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в пределах 42 дней после родов независимо от причины.

Случаи материнской смерти следует подразделять на 2 группы.

Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами – это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами – это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, не связанной с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности [24].

В развитых странах анализ материнской смертности проводят по трем группам причин: прямые, косвенные и случайные. Последняя включает летальные исходы от несчастных случаев, злокачественных заболеваний, самоубийства и т.п. [25].

В 1990 г. 43-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения рекомендовала на национальном уровне учитывать смерть вследствие акушерских причин, наступившую в период от 42 дней после завершения беременности до одного года - позднюю материнскую смерть [24]. Для статистической оценки 42 дня подразделяют на 2 периода: с первого по седьмой день после прекращения беременности и с восьмого по сорок второй день. На долю женщин, умерших после 42 дней с момента прекращения беременности, приходится 16% и более [25].

Уровень материнской смертности (МС) - один из основных критериев социально-экономического развития общества, качества и уровня организации работы родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения [2; 5; 8; 7; 11].

Цель: Научно обосновать влияния кадрового обеспечения службы родовспоможения на уровень материнской смертности.

С целью профилактики и снижения материнской заболеваемости и смертности ВОЗ осуществляет программу исследований «Безопасное материнство», выработанную на конференции в Найроби в феврале 1987 г. Инициативы «Безопасного материнства» представляют программу детального исследования, которое включает как улучшение существующего здравоохранения, так и использование новых технологий пре-, интра- и постнатальной помощи. При исследовании предусматривается достижение трех целей:

- уточнить числа случаев материнской смерти;
- анализ ее причин;
- изучить условий жизни умерших матерей в сравнении с контрольной группой.

По данным ВОЗ, показатель материнской смертности правильно регистрируется только в 65 из 166 государств-членов ВОЗ [4; 13].

В большинстве развивающихся стран, где значительное число женщин умирают дома или по пути в больницу и отсутствует система текущего учета смертей по причинам смерти, применяются разные косвенные методы: опрос учителей в школах, медицинских работников, традиционных повитух и работодателей, у которых выясняют причины смерти женщин репродуктивного возраста. Кроме того, опрашивают школьников, членов семьи (преимущественно мужа) умерших женщин, заполняют карты по анализу случаев материнской смерти, изучают историю болезни, перепись населения и др.

Снижение уровня материнской смертности на три четверти с 1990 по 2015 г. принято в качестве одной из Целей тысячелетия в области развития ООН [3,10]. Но показатель МС снижается слишком медленно, и велика вероятность того, что цель не будет достигнута (необходимый темп снижения МС составляет 5,5% в год). По данным, приведенным группой американских ученых под руководством Кристофера Мюррея (Christopher Murray) из Университета Вашингтона в Сиэтле, среднегодовой темп снижения показателя МС за период 1980-2008 гг. составил 1,5% [14]. По оценке ВОЗ, коэффициент материнской смертности (КМС) в мире оценивался в 251 на 100 тыс. живорождений в 2008 г., 320 на 100 тыс. в 1990 г. и 422 - в 1980 г. Среднегодовой темп снижения коэффициента с 1990 по 2008 г. составил 1,3% (темп снижения ниже 1%.) [6]. Больше половины всех материнских смертей в 2008 г. пришлось, по оценке Мюррея, на 6 стран - Индию, Нигерию, Пакистан, Афганистан, Эфиопию и Конго, в том числе почти 1/5 всех смертей произошли в Индии. [15].

Отдельные страны продемонстрировали значительные успехи в снижении материнской смертности. Например, в Египте среднегодовой темп снижения в 1990-2008 гг. оценивается в 8,4%, в Турции - 4,2%, в Индии - 4,0%, в Бразилии - 3,9%. КМС в Румынии снизился за период 1990-2008 гг. с 92 до 26 на 100 тыс. живорождений.

Рост КМС в США - с 12 на 100 тыс. в 1990 г. до 17 на 100 тыс. в 2008 г. связан с изменениями в американском свидетельстве о смерти (а именно - с внесением отдельного вопроса о беременности).

Во всем мире около 80% случаев смерти матерей вызвано прямыми причинами. Четырьмя основными причинами являются: кровотечение (в основном, послеродовое кровотечение), инфекции (в основном, сепсис), гипертензивные нарушения (обычно эклампсия), затрудненные роды с осложнениями после аборта [12;16-18]. Косвенными причинами (20%) материнской смертности являются болезни, осложняющие беременность или усугубляемые беременностью, такие как малярия, анемия, ВИЧ/СПИД и сердечно-сосудистые заболевания [20].

Также в 2006 г. лишь 60% родов в развивающихся странах проходили в присутствии квалифицированного специалиста по родовспоможению. Охват квалифицированной помощью варьирует от

34% в Восточной Африке - до 93% в Южной Америке [19]. Охват дородовым наблюдением также варьирует. В Перу 87% беременных женщин по меньшей мере четыре раза посещали женскую консультацию (достаточная кратность наблюдений) [9; 19].

Высокий уровень МС в развивающихся странах обусловлен частыми беременностями с коротким интервалом, плохими санитарно-гигиеническими условиями в учреждениях родовспоможения, криминальными абортами, отсутствием адекватной дородовой диагностики, плохим медицинским просвещением населения, недостатком медикаментов, витаминов, высокой общей заболеваемостью населения, низким уровнем культуры, отсутствием государственной поддержки [26,27,28].

Материнская смертность в этих странах является основной причиной смерти женщин репродуктивного возраста (15 - 49 лет). Вследствие недостаточности питания, жилья женщины подвержены ряду эндокринных, соматических, инфекционных заболеваний. Следующие одна за другой беременности и роды ухудшают течение сопутствующих заболеваний, что оказывает отрицательное влияние на состояние беременной женщины и развитие плода.

Рождаемость и смертность в этих странах редко регистрируют из-за связанных с этим трудностей и расходов, поэтому смертность нередко недоучитывают, и большая часть информации основывается на данных гражданской регистрации.

Показатель МС в развивающихся странах высок среди первородящих, при вторых - третьих родах - несколько ниже, при четвертых повышается и самый высокий - при пятых и последующих родах, на долю которых приходится около 40% родов в мире. Поэтому в этих странах много-рожавшие женщины подвержены высокому риску МС.

Исследованиями экспертов ВОЗ установлено, что число обращений за помощью (4 визита) может снизить показатель МС, если охвачено 60% рожающих женщин [29].

Роль различных клинических состояний, определяющих МС, колеблется в развитых и развивающихся странах, варьирует между развитыми странами, между группами населения в одной и той же стране. Даже в экономически развитых странах величина показателя МС различна среди белого и цветного населения [30]. В развивающихся странах прямые акушерские причины смерти (кровотечение, инфекции, гестоз) составляют 50 - 98% всех случаев МС и являются основными причинами смерти матерей. Вместе с тем, по данным некоторых исследований, ведущими причинами МС в развивающихся странах являются нелегальный аборт, разрыв матки, инфекционные заболевания, половину которых составляют вирусный гепатит, анемии, осложненные роды. В развитых странах в последнее время возросла частота операции кесарева сечения, после которой риск тромбоэмболических осложнений в 10 - 15 раз выше, чем после родоразрешения через естественные пути [31-39]. В связи с этим такие причины смерти, как анестезия и легочная эмболия, занимают ведущее место в структуре причин МС. Этому также способствовали успехи в лечении многих осложнений беременности и родов.

За последние 10 лет имеется тенденцию к снижению показателя МС от внематочной беременности, неуправляемых причин (акушерская эмболия), а также осложнений анестезиологического пособия вследствие перехода от эндотрахеального наркоза к регионарному обезболиванию при оперативных вмешательствах в акушерстве. Таким образом, с одной стороны, одновременно с позитивными результатами: снижение числа МС от гестоза, кровотечений в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и предлежанием плаценты, возникли новые проблемы, связанные с диагностикой и лечением экстрагенитальной патологии, что требует консультативного участия не только смежных специалистов, но и учета социально-гигиенических, миграционных, экологических, экономических, медико-организационных и культурных аспектов.

Кроме того, в развитых странах существует проблема ятрогений, «избытка» в охране материнского здоровья: слишком большое число неоправданных технических вмешательств - эпизиотомии, кесарева сечения, УЗИ с целью получения доходов как государственными, так и частными медицинскими учреждениями [1].

Показатели материнской смертности неравномерны по всему миру, что отражает пропасть между богатыми и бедными [21,22]. В развивающихся регионах вероятность смерти матери, на протяжении всей жизни женщины, составляет один случай из 75, по сравнению с одним случаем из 7300 в развитых регионах. В Нигере от осложнений, связанных с беременностью, умирает каждая седьмая женщина, в то время как в Ирландии риск материнской смерти составляет 1 случай из 48 000.

В развивающихся странах происходит 99% всех случаев смерти матерей в мире. Более половины из этих случаев смерти происходит в Африке к Югу от Сахары, а одна треть – в Южной Азии. В развивающихся регионах коэффициент материнской смертности составляет 450 случаев смерти матерей на 100 000 случаев рождения живых детей по сравнению с 9 случаями в развитых регионах. Коэффициент материнской смертности составляет, как минимум, 1000 случаев, в общей сложности, в 14 странах, из которых все, кроме Афганистана, находятся в Африке к югу от Сахары: Ангола и Бурунди, Гвинея-Биссау

и Демократическая Республика Конго, Камерун и Либерия, Малави и Нигер, Нигерия и Сьерра Леоне, Сомали и Руанда, Чад. В развитых странах умирает 9 из 100 000 будущих матерей, а в странах СНГ – 51 из 100 000. В 2005 г. самое большое число материнских смертей было зарегистрировано в Индии – 117 тыс., за ней идет Нигерия – 59 тыс., Демократическая республика Конго – 32 тыс. и Афганистан – 26 тыс. Разница в показателях отмечается не только между государствами, но и пределах стран – между богатыми и бедными, а также между городскими и сельскими популяциями. Женщины умирают по многочисленным прямым и косвенным причинам во время беременности, родов и в послеродовой период. Во всем мире около 80% случаев смерти матерей вызвано прямыми причинами. Четырьмя основными причинами являются сильное кровотечение (в основном, послеродовое кровотечение) – 25%, инфекции (в основном сепсис) – 15%, гипертензивные расстройства (обычно эклампсия) – 12% и затрудненные роды – 8%. Тринадцать случаев смерти матерей вызваны осложнениями после небезопасного аборта. Косвенными причинами (20%) материнской смертности являются болезни, осложняющие беременность или усугубляемые беременностью, такие как: малярия, анемия, ВИЧ/СПИД и сердечно-сосудистые заболевания. Большинство случаев смерти матерей можно предотвратить, так как медицинские методы для предотвращения или ведения причин, приводящих к смерти, известны. Так, например, при отсутствии медицинской помощи от сильного кровотечения в третьем периоде родов через два часа может умереть даже здоровая женщина. Инъекция окситоцина, сделанная сразу же после родов, очень эффективно снижает риск кровотечения. Вероятность развития сепсиса, который является второй по значимости причиной смерти матерей, может быть значительно снижена при соблюдении асептической техники. Третья причина, эклампсия, является распространенным гипертензивным нарушением, развивающимся во время беременности, которое можно контролировать. Несмотря на то, что до наступления родов преэклампсию нельзя полностью вылечить, благодаря введению таких препаратов, как сульфат магния, можно снизить риск развития конвульсий (эклампсии), которые могут приводить к смерти.

Еще одну частую причину смерти матерей – затрудненные роды, можно предотвратить или контролировать благодаря квалифицированному родовспоможению. Затрудненные роды случаются в тех случаях, когда головка плода слишком велика по сравнению с тазом матери или при аномальном положении ребенка. Простым инструментом для выявления проблем на ранних стадиях родов является партограмма – график течения родов и состояния матери и плода. Квалифицированные медицинские работники могут использовать партограммы для определения медленного течения родов и принятия, надлежащих мер прежде, чем роды станут затрудненными, и, при необходимости, для направления женщины на кесарево сечение.

Критические состояния женщин в родах и послеродовом периоде. Критические состояния в акушерстве – это, по существу, крайне тяжелое состояние женщины, обусловленное патологическим нарушением жизненно важных функций организма в связи с беременностью и родами и требующее срочных активных мер по спасению пациентки. Весьма часто критические состояния переходят в агональное состояние и заканчиваются смертью женщины (материнская смертность), либо сопровождаются переходом в категорию «едва не погибших» («near miss»). В акушерской практике такие критические состояния наблюдаются давно и сопровождаются проведением активных акушерско-реанимационных мероприятий. Однако системный анализ этиопатогенеза критических состояний, методов своевременного выявления, проведения необходимых лечебнореабилитационных мероприятий и профилактики были описаны в руководстве для врачей только в 2003 г. В.Н.Серовым и С.А.Маркиным [23].

Выводы: Мы должны обращать внимание на необходимость в системе городского родовспоможения обеспечивать «корректное ведение родов, выработку правильных решений при наличии тех или иных осложнений родов или послеродового периода».

С целью снижения показателя материнской смертности мировому сообществу и правительствам отдельных стран предстоит приложить еще немало усилий. В связи с этим ВОЗ наметил следующие национальные, межнациональные и региональные мероприятия с целью снижения материнской смертности в регионах Земли:

- поддержка стран на национальном уровне, совершенствование навыков персонала на районном и коммунальном уровнях в области ситуационного анализа, разработка районных планов действий, мониторинга и периодической оценки деятельности служб. Первостепенное значение будет придаваться санитарному просвещению, совершенствованию мер по антенатальной и интранатальной помощи;
- поддержка на национальном уровне усилиий стран Юго-Восточной Азии, направленные на снижение материнской заболеваемости и смертности;
- разработка в европейских странах программ планирования семьи и консультативных служб, способных снизить число абортов, внедрение современных технологий;
- поддержка стран Восточного Средиземноморья в создании мониторинга и оценки служб охраны материнства и детства и планирования семьи с целью усовершенствования управления ими на принципах

первичной медико-санитарной помощи. Усилия будут сосредоточены на обучении различных категорий персонала здравоохранения, особенно повитух;

- ведение карт наблюдения за беременными по месту жительства с учетом их принадлежности к различным группам риска в западной части Тихого океана.

Таким образом, проблема материнской смертности продолжает сохранять свою актуальность и требует внимания к разработке мер по ее снижению с учетом социально-экономического развития и уровня развития медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Берер М. // Пробл.репродуктивного здоровья. - 2007. - Т. 15. - № 30. - С. 6-16.*
2. *Глушаков А.И. Методологические основы воспроизводства здорового населения на региональном уровне // Бюллетень Нац. НИИ общественного здоровья. - 2005. -№ 3. - С. 26-30.*
3. *Грехэм В.Дж., Ачади Э.Л., Клемесу М.А. и др. // Пробл. репродуктивного здоровья. - 2007. - Т. 15. - № 30. - С. 64-67.*
4. *Доклад ВОЗ Мировая статистика здравоохранения - 2010.*
5. *Златовратская Т.В. Резервы снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в родильном отделении многопрофильной больницы: Авто-реф.дис... д.м.н.-М.,2008.*
6. *Материнская смертность в 2005 г. по оценкам ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Всемирного банка. - Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2007 (русская версия 2008 г.).*
7. *Суханова Л.П. Перинатальные проблемы воспроизводства населения России в переходный период. / Под ред. Л.П. Сухановой. -М., 2006.*
8. *Сакевич В.И. Оценка материнской смертности, выполненная ВОЗ, подвергнута сомнению// Демоскоп. - 2010. - С. 427-428.*
9. *Шах Игбал, Сэи Лейл // Пробл.репродуктивного здоровья. - 2007. - Т. 15. - № 30. -С. 19-30.*
10. *Юсупова А.Н. 20 лет инициативе ВОЗ «Безопасное материнство» в России// Здравоохранение Российской Федерации. - 2009. - № 3. - С. 25-30.*
11. *Anderson J.M. Prevention and management of postpartum hemorrhage // Am. Fam. Physician. - 2007. - Vol.75. - P.875-882.*
12. *DAngbelo R. // Anesthesiology. - 2007. - Vol. 106. - № 6. - P. 1082-1084.*
13. *Grimes D., Benson J., Singh S.et. al. Unsafe abortion: the preventable pandemic // Lancet. - 2006. - Vol. 368. - P. 1908-1919.*
14. *Hogan M.C., Foreman K.J., Naghavi M., Ahn S.Y, Wang M., Makela S.M., Lopez A.D., Lozano R., Murray Ch.J.L. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5//The Lancet.-2010,8 May.-Vol.375.-Issue 9726.-P.1609-1623.*
15. *Hogan M.C., Foreman K.J., Naghavi M. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 // Lancet. -2010, April.*
16. *Mhyre J.M., Riesner M.N., Polley L.S. et al. // Anesthesiology. - 2007. - Vol. 106. - P. 1096-1104.*
17. *Proportion of births attended by a skilled health worker - 2008 updates. - Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2008.*
18. *Rudra A., Mondal M., Acharya A. et al.//J. Indian Med. Assoc. -2006. -Vol. 104. -№ 6. - P. 312-316.*
19. *Tracking progress in maternal, newborn and child survival. The 2008 report. - N.Y.: UNICEF, 2007.*
20. *The World Health Report. Make every mother and every child count. - Geneva: World Health Organization, 2005. - P. 62.*
21. *Аборт (медико-социальные и клинические аспекты)/О.Г. Фролова, В.Ф. Волгина, И.А. Жирова, Т.М. Астахова, Е.И. Николаева, Т.А. Гатина. – М. : Триада-Х, 2001. – 60 с.*
22. *Волынская, Л.Б. Социальные детерминанты жизненных выборов / Л.Б. Волынская // Человек. – 2003. – № 1. – С.14-17.*
23. *Серов, В.Н. Профилактика материнской смертности / В.Н. Серов // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 4. – С.14-19.*
24. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. — Женева, ВОЗ, 1995.*
25. *Rochat R.W., Koonin L.M., Atrash H.K. et al.//Obstet.and Gynecol.-1998.-Vol. 72, N 1.-P. 91-97.*
26. *Обин Кочофа Жак. Материнская смертность в Бенине, причины и пути снижения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003.*
27. *Black R. E., Allen L. H., Bhutta Z. A. // Lancet. — 2008. — Vol. 371, N 9608. — P. 243—260.*
28. *Shiffman J., Smith S. // Lancet. — 2007. — Vol. 370, N 9595. — P. 1370—1379.*

29. Шах Игбал, Сэи Лейл.Материнская смертность и охрана материнского здоровья с 1999 по 2005г.:неравномерные, но значимые достижения//Пробл.репрод.здоровья.-2007.-Т.15.№30.-С.19-30.
30. ВОЗ. Здоровье матерей и новорожденных в Европейском регионе: актуальные задачи и пути их решения. Факты и цифры ЕБВ. — Копенгаген, 2005.
31. Fernandes J. R. // Can. Med. Assoc. J. — 2004. — Vol. 171, N 1. — P. 13.
32. Hannah M. E. // Can. Med. Assoc. J. — 2004. — Vol. 170, N 5. — P. 813—814.
33. Krivak T. C., Lorn K. K. // Obstet. and Gynecol. — 2007. — Vol. 109. — P. 761—777.
34. Clark S.L., Belfort M.A., Dildy G.A. et al.//Am. J.Obstet.Gynecol.-2008.-Vol. 199, N 1. -P. 1-36.
35. Liu S., Heaman M., Joseph K. S. et al. // Obstet. and Gynecol. — 2005. — Vol. 105. — P. 836—842.
36. Liu S., Liston R. M. et al. // Can. Med. Assoc. J. — 2007. — Vol. 176, N 4. — P. 455—460.
37. Deneux-Tharaux, Carmona E., Bouvier-Colle M. H. et al. // Obstet. and Gynecol. — 2006. — Vol. 108. — P. 541—547.
38. VadnaisM., SachsB. // Semin. Perinatol. — 2006. — Vol. 30. — P. 242—246.
39. ClarkS. L., BelfortM. A., Mankins G.D.V. et al. //Am. J.Obstet. Gynecol.— 2007. — Vol. 196. — P.526—527.

Автор для корреспонденции: Ордабек Газиза Абдикуловна – магистрант кафедры «Общественное здоровье» НАО «Медицинский университет Астана» 87074608561, gaziza29@mail.ru

VALEO

УДК: 616. 935-022.7 616

ТУРЕБЕКОВА А.Г., БУРКИТБАЕВА А.Ж.
НАО «Медицинский Университет Астана»

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЙ В Г. НУР-СУЛТАН ЗА ПЕРИОД 2019-2020 ГГ.

Аннотация:
В данной статье описываются виды и симптомы сезонного кишечного заболевания, встречающие у детей. В Казахстане дети болеют острыми кишечными инфекциями в раннем возрастном периоде до 3-х лет. Частое повторение эпизодов инфекции вызывает осложнения, как снижение иммунитета, дисбактериоз кишечника, ферментативная недостаточность, гипотрофия.
Ключевые слова: Кишечная инфекция, дисбактериоз кишечника, ферментативная недостаточность, гипотрофия.

ТУРЕБЕКОВА А.Г., БУРКИТБАЕВА А.Ж.
«Астана медицина университеті» АҚ

ЖЕДЕЛ ІШЕК ИНФЕКЦИЯСЫМЕН АУЫРҒАН БАЛАЛАРДЫҢ НҰР-СҰЛТАН ҚАЛАСЫНДАҒЫ 2019-2020 ЖЫЛДАРДАҒЫ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Бұл мақалада балалардағы маусымдық ішек ауруларының түрлері мен белгілері сипатталған. Қазақстанда балалар 3 жасқа дейін жедел ішек инфекциямен жиі ауырады. Инфекция қайталануы салдарынан мынадай асқынулар кездеседі: иммунитеттің төмендеуі, ішектің дисбактериозы, ферменттік жетіспеушілік және гипотрофия.
Түйінді сөздер: Ішек инфекциясы, ішек дисбактериозы, ферменттік жетіспеушілік, гипотрофия.

TUREBEKOVA A.G., BURKITBAYEVA A.J.
JSC «Astana Medical University»

INCIDENCE OF CHILDREN WITH ACUTE INTESTINAL INFECTION IN NUR-SULTAN FOR THE PERIOD 2019-2020.

This article describes the types and symptoms of seasonal intestinal disease in children. In Kazakhstan, children suffer from acute intestinal infections at an early age up to 3 years. Frequent repetition of episodes of

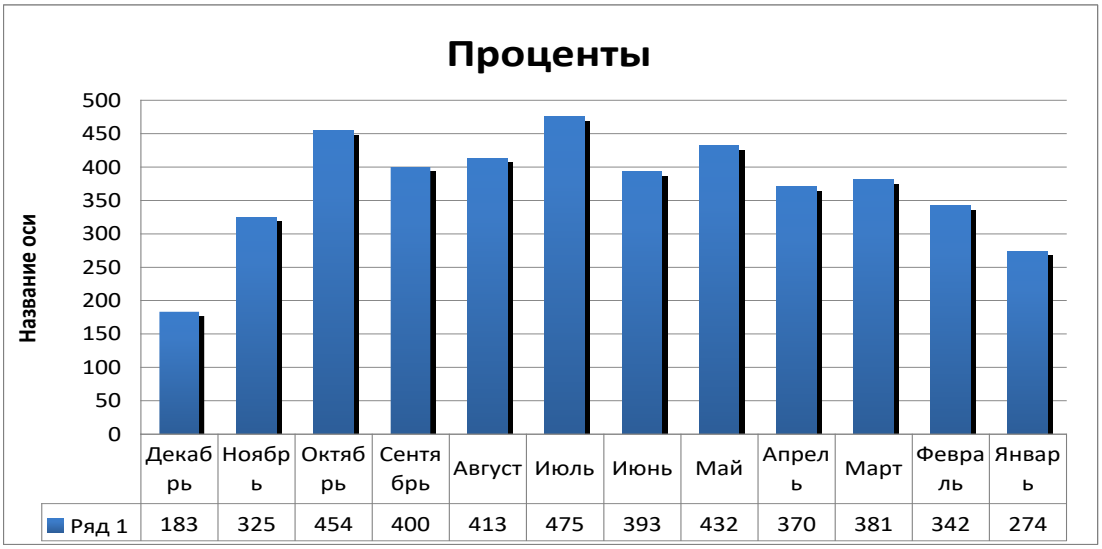
infection causes complications such as decreased immunity, intestinal dysbiosis, enzymatic deficiency and malnutrition.

Key words: Intestinal infection, intestinal dysbiosis, enzymatic insufficiency, malnutrition.

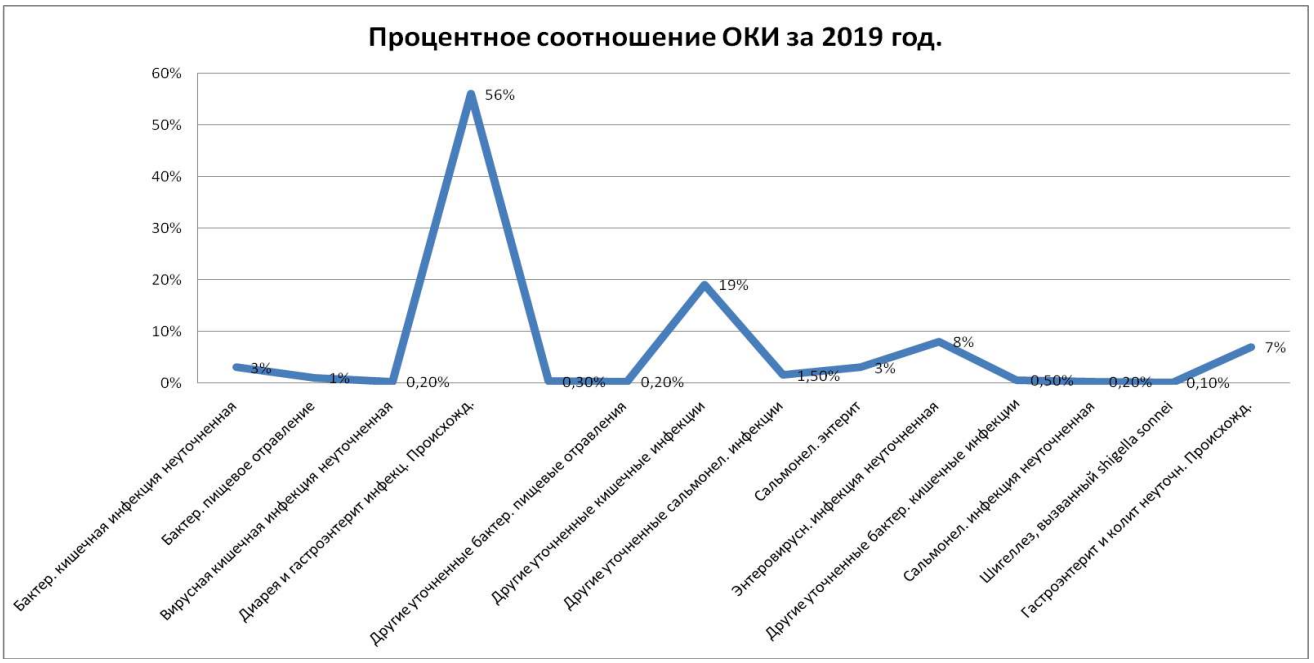
Введение. Кишечная инфекция у детей – острые бактериальные и вирусные инфекционные заболевания, сопровождающиеся кишечным синдромом, интоксикацией и дегидратацией. В структуре инфекционной заболеваемости в педиатрии кишечные инфекции у детей занимают второе место после ОРВИ. Восприимчивость к кишечной инфекции у детей в 2,5-3 раза выше, чем у взрослых. Около половины случаев кишечной инфекции у детей приходится на ранний возраст (до 3 лет).

Цель работы: Изучить распространенность, виды и клинические проявления кишечной инфекций у детей в г.Нур-Султан за период 2019-2020 год.

Материалы и методы исследования: По статистическим данным 2019-2020 гг. в Многопрофильной Детской больнице №3 г.Нур-Султан зарегистрирована 4442 случая заболеваний с острыми кишечными инфекциями.



На данной диаграмме мы можем увидеть, что большинство кишечных инфекций приходится на месяц октябрь, июль и май (то есть теплое время года). Следовательно, мы можем говорить, что сезонные подъемы заболеваний острых кишечных инфекций детского возраста приходится на весенне-осенний период.





На этой диаграмме мы видим, что часто встречается диарея и гастроэнтерит инфекционного происхождения 56%. Другие уточненные кишечные инфекции 19%, энтеровирусная инфекция 8%. Острая кишечная инфекция встречается у детей до 3-х лет 48%, с 3 до 10 лет 40%, с 10 до 18 лет 12%. Частое повторение эпизодов инфекции вызывает осложнения, как снижение иммунитета (46%), дисбактериоз кишечника (43%), ферментативная недостаточность(9%), гипотрофия (2%). Симптомы кишечной инфекции у детей зависит от разновидности возбудителя. Однако есть общие признаки, указывающие на наличие заболевания: боли в животе, слабость, отсутствие аппетита (100%).

Результаты и их обсуждения: Выявленные симптомы при заболевание **Диарея и гастроэнтерит инфекционного происхождения**: повышение температуры тела (40%), диарея (41%), рвота (8%), тошнота (3%), частые спонтанные боли в животе (5%), снижение аппетита (2%); потеря веса (может быть признаком обезвоживания) (0,5%), боль в мышцах или скованность в суставах (0,5%); **Энтеровирусная инфекция:** повышение температуры (45%), диарея (20%), катаральные симптомы (16%), экзантема (10%), ангина (7%), головокружение (2%,); **Сальмонеллез:** диарея (52%), режущие боли в животе (15%), тошнота и рвота (15%), отсутствие аппетита (5%), метеоризмом (5%), повышение температуры тела (5%), головная боль (2%), ломота костей и суставов (1%); **Шигеллез:** жидкий понос со слизью и кровью (70%), болевые ощущения в животе (10%), отсутствие аппетита (5%), появляется боль в прямой кишке, тенезмы (5%), повышение температуры тела (5%), тошнота, рвота (3%),признаки обезвоживания организма (1%), потеря веса 1%; **Бактериальное пищевое отравление**: тошнота и многократная рвота (65%), жидкий стул с примесью слизи, непереваренной пищи (20%), боли в животе (10%), повышение температуры (5%).

Выводы: В результате исследования мы пришли к выводу, что эта болезнь часто встречается у детей раннего возраста (до 3-х лет). Кишечная инфекция у ребенка раннего возраста протекает тяжелее, часто сопровождается снижением иммунитета, развитием дисбактериоза и ферментативной недостаточности, гипотрофией. Кроме этого мы убедились, что из всех видов кишечной инфекций часто встречается у детей - диарея и гастроэнтерит инфекционного происхождения, энтеровирусная инфекция, сальмонеллёз, шигеллез.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Статитические данные с МДБ №3 г.Нур-Султан, статистический отделение.*
2. *Л.Г.Кузьминко, Д.О.Овсянников, Н.М. Киселева Детское инфекценные болезни 2009г. стр.195.*

Автор для корреспондеции: Туребекова Айгерим- врач педиатр, онколог, ассистент кафедры «Сестринское дело» в НАО «МУА», aika23-87@mail.ru; + 7(747) 148-30-10. Буркитбаева Асель- врач педиатр, ассистент кафедры «Сестринское дело» в НАО «МУА», Abilai_ruslan@mail.ru; +7(701)129-28-27

VALEO

УДК: 614.88:004-047.58

ЧАЯКОВА А.М, AUŠRA BERŽANSKYTĖ
НАО «Медицинский университет Астана»
VU MF Sveikatos mokslų institutas

АНАЛИЗ ТЕНДЕНЦИЙ В ОТНОШЕНИИ БЕЗРЕЗУЛЬТАТНЫХ ВЫЕЗДОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В г. НУР-СУЛТАН ЗА 2016-2019ГГ.

Аннотация:
Скорая и неотложная медицинская помощь носит приоритетный характер в системе обеспечения населения первичной медико-санитарной помощью. Медико-социальная значимость этой службы обусловлена достаточно высоким уровнем обращаемости населения по поводу внезапных заболеваний и травм. Однако с каждым годом растает число безрезультатных выездов, что является индикатором выполнения бригадами скорой медицинской помощи несвойственных функций, что, несомненно, снижает экономическую эффективность, увеличивает нагрузку на персонал и замедляют работу службы.
Ключевые слова: скорая медицинская помощь, безрезультатные выезды, вызов скорой помощи.

ЧАЯКОВА А.М., AUŠRA BERŽANSKYTĖ
«Астана медицина университеті» КеАҚ
VU MF Sveikatos mokslų institutas

НҰР-СҰЛТАН Қ. 2016-2019ЖЖ. АРАЛЫҒЫНДА ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМГЕ НӘТИЖЕСІЗ ШЫҒУЛАР ТЕНДЕНЦИЯЛАРЫН ТАЛДАУ

Жедел және шұғыл медициналық көмек халықты алғашқы медициналық-санитарлық көмекпен қамтамасыз ету жүйесінде басымдыққа ие. Бұл қызметтің медициналық-әлеуметтік маңызы тұрғындардың кенеттен болатын аурулар мен жарақаттарға жүгінулерінің жеткілікті жоғары деңгейіне байланысты. Алайда, сәтсіз сапарлардың саны жыл сайын артып келеді, бұл жедел жәрдем бригадаларының әдеттегіден тыс функциялардың көрсеткіші болып табылады, бұл сөзсіз экономикалық тиімділікті төмендетеді, персоналға жүктемені көбейтеді және қызмет жұмысын баяулатады.
Түйінді сөздер: жедел жәрдем, нәтижесіз шығулар, жедел жәрдем шақыру.

CHAYAKOVA A.M., AUŠRA BERŽANSKYTĖ
NpJSC “Astana Medical University”
VU MF Sveikatos mokslų institutas

ANALYSIS OF TRENDS IN REGARDING UNRESULTED EMERGENCY DEPARTURES IN NUR-SULTAN FOR 2016-2019

Ambulance and emergency medical care is a priority in the system of providing the population with primary health care. The medical and social significance of this service is due to a fairly high level of population appeal for sudden illnesses and injuries. However, the number of unsuccessful trips is growing every year, which is an indicator of the performance by ambulance teams of unusual functions, which undoubtedly reduces economic efficiency, increases the workload on staff and slows down the work of the service.
Key words: ambulance, unsuccessful trips, calling an ambulance.

В настоящее время скорую медицинскую помощь населению Республики Казахстан (РК) оказывают 18 самостоятельных станции скорой медицинской помощи, 261 единиц – отделения скорой медицинской помощи**,** входящие в состав других организации.

В системе скорой медицинской помощи (далее – СМП) РК по структуре общепрофильных бригад 168 единиц составляют врачебные бригады, 52 педиатрических. Фельдшерские бригады превалируют 1817 единиц, которые занимают 89 % в общей доле общепрофильных бригад. Особым интересом в структуре оказания скорой медицинской помощи нами занимает безрезультатные выезды, которые влияют на качества оказания СМП и замедляют работу службы.

Безрезультатные выезды – это случаи, когда больного (пострадавшего) не оказалось на месте, вызов был ложным (не найден адрес, указанный при вызове, заболевший (пострадавший) оказался практически

здоровым и не нуждался в помощи) или когда пострадавший умер до приезда бригады скорой медицинской помощи и др [1].

Важным звеном реформы догоспитального этапа является совершенствование организации службы скорой медицинской помощи.

В настоящее время деятельность скорой медицинской помощи регламентирована приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2017 года № 450 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан» (с изменениями от 08.01.2018 г.

Скорая медицинская помощь является одним из дорогостоящих видов помощи [2]. В структуре финансовых расходов по основным видам медицинской помощи на долю скорой медицинской помощи приходится 4%, на амбулаторно-поликлиническую – 26,7%, стационарную помощь – 22%, стационарозамещающие формы – 2,4%. Наличие безрезультатных выездов говорит о парадоксальном выполнении бригадами скорой медицинской помощи несвойственных функций, что, несомненно, снижает экономическую эффективность, увеличивает нагрузку на персонал.

В соответствии с нормативными документами Министерства здравоохранения РК служба скорой медицинской помощи работает круглосуточно, обеспечивая неотложную помощь взрослому и детскому населению, как на месте происшествия, так и в пути следования в стационар при состояниях, угрожающих здоровью или жизни, вызванных внезапными заболеваниями, несчастными случаями, отравлениями и травмами требующих экстренного или неотложного медицинское вмешательство [3]. Соответственно, таким образом, безрезультатные выезды является вызов, который осуществляется к пациенту, фактически не нуждающемуся в оказании помощи в экстренной, срочной или неотложной помощи, определенными в постановлении [4].

Таким образом, нужно проводить целенаправленную работу по снижению количества безрезультатных выездов.

Цель: Анализ тенденций в отношении безрезультатных выездов скорой медицинской помощи в г. Нур-Султан за 2016-2019гг.

Материал и методы исследования*:* Мы провели ретроспективный анализ безрезультатных выездов скорой медицинской помощи в г. Нур-Султан за 2017-2019гг. Был применен статистический метод расчета ряда динамики. Источниками служили отчеты МЗ РК «Здоровье населения республики казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2019 году». Также данные Национального Счета Здравоохранения Республики Казахстан: Обзор расходов на здравоохранение за 2018 год, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан.

Результаты исследования и их обсуждение: Собранный фактический материал представлены в таблицах 1,2.

Таблица 1 — Количество вызовов скорой медицинской помощи г.Нур-Султан за 2016-2019гг.

Вызов	**Количество**				**% от общего числа**			
	2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Всего								
Акмолинская область	246878	264006	241 535	255 734	3,3	3,5	3,2	3,3
г. Нур-Султан	433851	506160	552 173	583 561	5,7	6,8	7,3	7,4
Безрезультатные выезды								
Акмолинская область	5223	4406	5 346	5 262	2,1	1,7	2,2	2,1
г. Нур-Султан	23856	22317	26 840	27 486	5,5	4,4	4,9	4,7

Всего по РК за 2016 год выполнено 7 583 959 выездов, 2017 год выполнено 7 439 092 выездов, в 2018 году 7 524 062 и 2019-7 838 544 выездов соответственно. Из них безрезультатные выезды в 2016 году составили 178 546 выездов, 2017 году выполнено 165 475 выездов, в 2018 году 156 614 и 2019г. - 201 888 выездов. По РК максимальный показатель безрезультатных выездов выполнено в 2019 году.

В г. Нур-Султан безрезультативные выезды среднем в два раза больше по сравнению с Акмолинской области. В обоих случаях максимальный прирост безрезультатных выездов отмичается в 2018 году.

Таким образом, более 4 % вызовов в г. Нур-Султан скорой медицинской помощи являются безрезультатными, что выше показателя по Республике (РК-3%).

Таблица 2 — Цепные показатели ряда динамики безрезультатных выездов скорой медицинской помощи г.Нур-Султан за 2017-2018гг.

Год	Безрезультатные выезды	Абсолютный прирост	Темп прироста, %	Темпы роста, %	Абсолютное содержание 1% прироста	Темп наращения, %
2016	23 856	0	0	100	238,56	0
2017	22 317	-1 539	-6	94	238,56	-6
2018	26 840	4 523	20	120	223,17	20
2019	27 486	646	2	102	268,4	2

Безрезультатные выезды в 2016 году составила 23 856, в 2017 году этот показатель уменьшился до 22 317, соответственно темп прироста не наблюдался. В 2018 г. По сравнению с 2017 г. Безрезультатные выезды увеличилась на 4 523 и темп прироста составил 20%. В 20119 г. Безрезультатные выезды составили 27 486, показывает максимальный прирост, и за прошедший период увеличилось на 646. Темп прироста составил 2%. Темп наращения показывает, максимальный прирост безрезультатных выездов был в 2018 году, дальше идет тенденция ряда убывания, что свидетельствует о замедлении роста.

Проблема безрезультатных выездов скорой медицинской помощи актуальна и могут является причиной ощутимых финансовых затрат.

Выводы: Следовательно, для оптимизации работы службы скорой медицинской помощи нами были сделаны выводы о необходимости проведение профилактических бесед с населением о морально-правовых вопросах, связанных с медицинским обслуживанием, также о правилах вызова скорой медицинской помощи, что могло бы снизить суммарное количество безрезультатных выездов бригад скорой медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 февраля 2017 года № 31. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 марта 2017 года № 14953 О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 марта 2013 года № 128 "Об утверждении форм, предназначенных для сбора административных данных субъектов здравоохранения"

2. Шляфер С.И. Организация работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации // Результаты приема годовых статистических отчетов за 2008 год.

3. Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2017 года № 450 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан» (с изменениями от 08.01.2018 г.).

Автор для корреспонденции: Чаякова А.М. – докторант НАО «Медицинский университет Астана», chayakova.a@amu.kz

VALEO

УДК: 15.31.31

АМИРСЕИТОВА Ф.Т., ЖУНИСАЛИ Н.К., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., ШАКАНОВ Д.Р., БАГАЙ НАЗАРБАЙҰЛЫ
«АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ

БАСТАУЫШ МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ЖАС ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ БАЛАЛАР МЕКТЕП ҰЖЫМЫНДА ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСТЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Түйіндеме:
Мақалада бастауыш сынып жасындағы балалардың жеке және жас ерекшеліктері, сондай-ақ осы жастағы психикалық ісіктер қарастырылады. Зерттеу нәтижелері кіші оқушының жеке қасиеттері мен балалар мектеп командасындағы қарым-қатынас ерекшеліктерінің өзара байланысын көрсетеді. Балалардың жас ерекшеліктері мен әртүрлі жастағы достық қарым-қатынас ерекшеліктері талданады. Сондай-ақ, бастауыш сынып оқушылары командасындағы жеке және іскерлік қатынастар жүйесіне және қарым-қатынастардың қалыптасу заңдылықтарына назар аударылады.
Кілттік сөздер: бастауыш сынып жасындағы балалар, балалар мектеп ұжымындағы қарым-қатынас, бастауыш сынып оқушыларының тұлғалық-жас ерекшеліктері.

АМИРСЕИТОВА Ф.Т., ЖУНИСАЛИ Н.К., СУЛЕЙМЕНОВА Р.К., ШАКАНОВ Д.Р., БАГАЙ НАЗАРБАЙҰЛЫ
НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ФОРМИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ В ДЕТСКОМ ШКОЛЬНОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Аннотация:
В статье рассматриваются личные и возрастные особенности детей младшего школьного возраста, а также новообразования психики в этом возрасте. Приводятся результаты исследований, указывающие на наличие взаимосвязи личных качеств младшего школьника и особенностей отношений в детском школьном коллективе. Анализируются возрастные характеристики детей и особенности выстраивания дружеских отношений в разном возрасте. Также уделяется внимание системе личных и деловых отношений в коллективе младших школьников и закономерностям формирования взаимоотношений.
Ключевые слова: дети младшего школьного возраста, взаимоотношения в детском школьном коллективе, личностно-возрастные особенности младших школьников.

AMIRSEITOVA F.T., ZHUNESALI N.K., TO., SULEYMENOVA R.K., D.R.CHEKANOV, BAGAI NAZARBAIULI
NJSC" ASTANA MEDICAL UNIVERSITY»

AGE FEATURES OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN AND THE FORMATION OF RELATIONSHIPS IN THE CHILDREN'S SCHOOL TEAM

The article discusses the personal and age characteristics of children of primary school age, as well as mental neoplasms at this age. The article presents the results of research indicating the relationship between the personal qualities of a Junior school student and the characteristics of relationships in the children's school team. Age characteristics of children and features of building friendships at different ages are analyzed. Attention is also paid to the system of personal and business relations in the team of younger students and the patterns of relationship formation.
Keywords: children of primary school age, relationships in the children's school team, personal and age characteristics of younger students.

Балалардың жеке басын зерттеу әрқашан өздігінен аяқталмайды, бірақ мектеп ұжымының ерекшеліктерін жан-жақты зерттеудің шарты немесе факторы болып табылады. Әр оқушының жеке ерекшеліктерін балалар командасындағы қарым-қатынас туралы толық мәлімет алу үшін зерттеу керек. Белгілі

бір жастағы балалардың мінез-құлқының ерекшеліктерін біле отырып, сондай-ақ баланың жеке сипаттамаларын ескере отырып, бұл адамның басқалармен қарым-қатынас орнататыны туралы болжам жасауға болады.

Бастауыш сынып жасындағы балалар кіретін топтар баланың жеке басына жағымды да, теріс те әсер етуі мүмкін. Баланың әртүрлі қасиеттері топта қандай қарым-қатынастың дамуына байланысты қалыптасады және көрінеді: қамқорлық, көңіл бөлу, ынтымақтастық, өзара көмек, еңбек бөлінісі немесе үстемдік қатынасы, дөрекілік, дұшпандық. Топтағы жеке адамның мінез-құлқы қазіргі уақытта кіретін топтың ерекшеліктерімен ғана емес, сонымен қатар оның жеке қасиеттерімен де анықталады [1].

Демек, оқушының жеке басын зерттеу іс-әрекетте болуы керек. Бұл ретте маңызды емес ғана шектеліп оқу қызметіне, сондай-ақ назар внеурочным қызмет түрлері.

Бастауыш сынып жасы-бұл баланың өмірінің ерекше кезеңі. Бастауыш сынып оқушысының психологиялық портретін қарастырыңыз. Бастауыш сынып оқушыларына қазіргі мектептің 1-4 сыныптарында оқитын 6-7 – 10-11 жас аралығындағы балалар жатады. Осы кезеңде бала мінездің негізгі қасиеттерін қалыптастырады, бала білім беру процесі аясында дағдыларды, білім мен дағдыларды ғана емес, сонымен қатар белгілі бір әлеуметтік мәртебені алады, тұлға қалыптасады, ішкі ұстаным қалыптасады. Құрдастар тобымен әлеуметтік қарым-қатынас жасау дағдыларын игеру және достар табу қабілеті осы жас кезеңіндегі дамудың маңызды міндеттерінің бірі болып табылады [2].

Егер мектепке дейінгі жастағы жетекші іс-әрекет ойын болса, онда бастауыш сынып жасында оны білім беру алмастырады, осыған байланысты балаларда жеке қатынастар жүйесінен басқа іскерлік қатынастардың жаңа жүйесі қалыптасады.

Балалардың тұлғааралық қарым - қатынасы-бұл белгілі бір заңдарға бағынатын күрделі әлеуметтік-психологиялық құбылыс. Бірінші үлгі-бұл топ қоғамдағы орын алатын тұлғааралық қатынастардың табиғатын анықтау. Ұжымдағы балалардың тұлғааралық қатынастарының екінші сипаттамасы осы қатынастардың белгілі бір бірлескен қызметке тәуелділігін қамтиды. Үшінші ерекшелігі-олардың деңгейлік табиғаты [3].

Бастауыш сынып жасындағы психологиялық ісіктердің бірі-бұл балаға мұғаліммен және құрдастарымен қарым-қатынастағы проблемалық жағдайларды шешуде жақсы қызмет көрсететін рефлексия. Рефлексияға көмектесу оның құндылықтары мен пікірлерін басқа адамдардың пікірлері мен құндылықтарымен салыстыру болып табылады. Рефлексия оқушыға оның дұрыс жасағанын және неге екенін түсінуге және бағалауға көмектеседі. Осылайша, кіші мектеп оқушысы өзіне басқа адамның көзімен қарауға және оның қызметі мен мінез-құлқын бағалауға мүмкіндік алады [4].

В.В. Давыдов бастауыш сынып оқушыларының екінші неоплазмасын озбырлық деп санайды. Қазіргі әлеуметтік жағдай баладан тәртіпке, орындау әрекеттерін дамытуға жауапты ұйымдасқан озбырлықты талап етеді. Өзімшілдік баланың күнделікті талап ететін нәрсені жасауының нәтижесінде қалыптасады.оқушының позициясы: түсіндірмелерді тыңдайды, тапсырмаларды шешеді және т. б. [5].

Бастауыш сынып оқушылары балалық шағында достықты түсіну және достарға деген көзқарас өзгереді. Арнайы зерттеулердің нәтижелері достарға деген көзқарас пен достықты түсінудің өзі бастауыш сынып балалық шағында белгілі бір динамикаға ие екенін көрсетеді. 6-7 жастағы бала үшін дос – ол ойнайтын, бір партада отыратын, бір үйде тұратын немесе басқаларға қарағанда жиі көретін адам. Дос таңдауда бала жеке басының қасиеттеріне емес, мінез-құлқы мен сыртқы себептеріне назар аударады. Ол үшін достарымен жақсы және көңілді болу маңызды. Бұл жастағы Достық қысқа өмір сүреді, олар оңай араласады және оңай аяқталады.

Қазіргі зерттеулерде 6-7 жасында балалардың құрдастарына, олармен қарым-қатынасқа деген қызығушылығы артып, олардың тарапынан тану қажеттілігі дамитыны атап өтілді. Дәл осы кезеңде "мен – басқа" тұлғасының негізгі негіздері қаланды, олар өмір бойы адамның мінез-құлқында шешуші болады [6]. Бұл жаста өзіңіз туралы тұрақты идеялар қалыптаса бастайды, өзіне және басқаларға деген көзқарасты көрсететін "мен-тұжырымдама" пайда болады. Сондай-ақ, ғылыми әдебиеттерде баланың "Мен" бейнесін, ұжымдағы өзін-өзі бейнелеуді, бүкіл сыныптың және ұжымдағы басқа балалардың бейнесін, бір баланы екіншісіне эмоционалды қабылдау факторларын қалыптастыруға көп көңіл бөлінеді. "Мен" бейнесінің басқа балалар мен ересектердің бағаларымен сәйкес келмеуі өзіне және басқаларға деген көзқарасына теріс әсер етуі мүмкін.

Ғалымдардың пікірінше, бұл мектеп өмірінің басталуы, құрдастарымен қарым-қатынаста болатын өзгерістер баланың өзіне деген жаңа көзқарасының пайда болуына, өз мүмкіндіктерін көрсетуге жағдай жасайды. Бұл жас студенттің "Мен" бейнесінің ерекшелігі, құрдастарымен тұлғааралық қатынастарды қалыптастырудың алғышарты болып табылады [6].

Жоғарғы сыныптағы 8-11 жастағы балалар оларға көмектесетін, өтініштерін орындайтын, мүдделерін бөлісетін адамдарды дос деп санайды. Олар үшін жеке қасиеттер маңызды: мейірімділік, ұқыптылық, Тәуелсіздік, өзіне деген сенімділік, адалдық. Бірте-бірте, бала мектеп шындығын игерген сайын, ол

сыныпта жеке қарым-қатынас жүйесін дамытады. Оның негізін басқалардың бәрінен басым болатын тікелей эмоционалды қатынастар құрайды [7]. Егер бала 9-10 жасқа дейін сыныптастарының бірімен достық қарым-қатынас орнатса, бұл баланың құрдастарымен тығыз әлеуметтік байланыс орнатуды, ұзақ уақыт қарым-қатынасты сақтауды, онымен қарым-қатынас жасау да маңызды екенін білдіреді [7].

Бастауыш сынып оқушылары арасында, мектеп жасына дейінгі балалар сияқты, көшбасшылар пайда болады ("жұлдыздар"). Көшбасшылар, әдетте, көпшіл, белсенді, жақсы қабілеттері мен бай қиялдары бар, құрдастарының позициясына кіреді, жақсы оқиды және сыныптастарымен білім бөлісуге дайын; егер олар қыздар болса, онда олар тартымды келбетке ие. Егер мектептегі тәрбие жұмысы қараусыз болса, онда көшбасшы мінез-құлқы нашар оқушы бола алады. Ұжымда өте ұнамайтын балалар да бар – жалған. Әдетте олар құрдастарымен қарым-қатынаста қиындықтарға тап болады, ашуланшақ, ашуланшақ, ашуланшақ, дөрекі, жабық, көлбеу, көлбеу; олар менмендікке, менмендікке және ашкөздікке ие бола алады.

Барлық осы қасиеттер бастауыш мектеп жасындағы әртүрлі кезеңдерде әр түрлі көрінеді. Бірінші сынып оқушылары үшін көшбасшылардың ең маңызды белгілері-әдемі келбеті, белсенділігі, заттар мен тәттілерді бөлісуге дайын болуы, жақсы үлгерімі, ұлдарда физикалық күші. Ал "тартымсыз" балаларда – белсенділік, ұқыпсыздық, нашар оқу және мінез-құлық, тәртіп бұзушылармен Достық, достықтың тұрақсыздығы, жылау. Демек, бірінші сынып оқушылары өз құрдастарын бағалау кезінде, ең алдымен, сыртқы жағынан көрінетін және мұғалім жиі назар аударатын қасиеттерге назар аударады [8].

Қорытындылай келе, ұжымда болған кезде бала қандай да бір жолмен осы команданың ықпалында болады деп қорытынды жасауға болады.

Мысалы, ұжымда сәтті қалыптасқан қарым-қатынас оқу іс-әрекетінің әл-ауқатына ықпал етеді. Қиындықты қолдау, табысты мақұлдау - бәрі ортақ қуаныш пен қиындыққа айналады. Мектеп командасындағы жағымсыз жағдай баланың оқшауланuына әкеледі, бұл жеке тұлғаның толық дамуына ықпал етпейді. Баланың жеке басының қалыптасуының маңызды кезеңі Кіші мектеп жасына келеді. Мектеп ұжымында, оның жан-жақты қатынастарымен, жалпы іс-әрекеттің арқасында жеке тұлғаның жан-жақты дамуы қамтамасыз етіледі, сонымен қатар балаларды қоғамдық өмірге белсенді қатысуға дайындау үшін қолайлы жағдайлар жасалады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Леонтьев А.Н. Қызметі. Сана. Жеке Тұлға / А. Х. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1975. – 304 б.

2. Раттер М. қиын балаларға көмек/М.Раттер// Транс. ағылшын тілінен. жалпы ред. А. С. Спиваковская. – М.: Прогресс, 1987. – 424 б.

3. Лисина м.и. баланың қарым-қатынасы, тұлғасы және психикасы / М.И. Лисина. – М.: - Воронеж, 1997. – 384 б.

4. Филоненко а. а. бастауыш мектеп жасындағы балаларда рефлексияның дамуы / А. А. Филоненко//Жас ғалым. – 2014. – № 8. – 892-894 Б. - Кіру режимі: https://moluch.ru/archive/67/11256 / - кіру күні: 25.09.2020.

5. Давыдов В. В. дамыта оқыту мәселелері / В. В. Давыдов // теориялық және эксперименттік психологиялық зерттеу тәжірибесі. – М.: Академия, 2004. – 288 б.

6. Бірінші сынып оқушыларының позитивті тұлғааралық қарым-қатынасын қалыптастыру / н.а. Шкуричева. – М.: Маска, 2008. – 226 Б.

7. Л.И.Божович бала кезіндегі тұлға және оның қалыптасуы/Л.И.Божович.–СПб.:Петр, 2008. – 400 б.

8. Бабич Н. И.бастауыш сынып оқушыларының басқа адам туралы алғашқы әсерінің психологиялық ерекшеліктері / Н. И. Бабич / / психология мәселелері. – 2009. – № 2. – Б.57-61.

9. Днепров Э.Д. Новейшая политическая история российского образования: опыт и уроки. — Издание 2-е, дополненное. — М.: Мариос, 2011. — 456 с. — 1 000 экз. — ISBN 5-7897-0241-2

10. Аверина Н.Г. О духовно – нравственном воспитании младших школьников./Н.Г. Аверина // Начальная школа – 2005 - №11

11. Марцинковской Т.Д. Детская практическая психология: Учебник. - М.: Гардарики, 2000.- 255 с.

12. Захарова, Ю. В. Экономические аспекты государственной политики по борьбе с городской и сельской бедностью / Ю.В. Захарова //Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), №12(20), 2012

13. Когнитивная психология: учебн. для вузов / под ред. В.Н.Дружинина, Д.В. Ушакова. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 480 с.

14. Ломов, Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М.: Наука, 1984.

15. Романова, Е.С., Бершедова Л.И., Макшанцева Л.В. Основные аспекты психолого-педагогического сопровождения ФГОС в системе среднего и высшего образования / Е.С. Романова, Л.И. Бершедова, Л.В. Макшанцева // Системная психология и социология. – 2013. – №7 (I). –150 с. – С. 25-49.

16. Собкин, В.С. Социальная дифференциация и доступность качественного образования (стенограмма) [Электронный ресурс] / В.С. Собкин // Материалы проекта «Образование, благополучие и развивающаяся экономика России, Бразилии и Южной Африки» Социальная дифференциация и доступность качественного образования (стенограмма). №Выпуск. URL: http://psyjournals.ru/edu_economy_wellbeing (дата обращения: 07.10.2013г.)
17. Темнова, О.В. Влияние неблагоприятных экологических условий на состояние высших психических функций дошкольников / О.В. Темнова, Л.Т. Баранская // Образование и наука. ИзвестияУрОРАО. – 2008. – № 9 (57).
1 8. Zajonc R. The birth under puzzle / R. Zajonc, H. Marcus, G. Marcus // Journal of Personality and Social Psychology. – 2019. – Vol. 37(8). – P. 1325- 1341.
19. Асмолов А.Г., Бурменская Г.В., Володарская И.А. и др. Как проектировать универсальные учебные действия в начальной школе: от действия к мысли: пособие для учителя / под ред. А.Г. Асмолова. М.: Просвещение, 2008. 151 с.
20. Макшанцева Л.В. Классификация видов и методов психологической экспертизы в образовании // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Материалы III Международной научнопрактической конференции. Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2014. С.139-140.
21. Макшанцева Л.В., Елисеева М.А., Сабанин П.В. Роль экспертной и развивающей деятельности психолога в формировании когнитивных процессов обучающихся //Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2014. №11/2. С. 85-91.

Автор для корреспонденции: Амирсеитова Фарида Толебековна - магистр медицинских наук, старший преподаватель НАО «Медицинский университет Астана», тел.: 87087063151, e-mail: Amirseitova.f@amu.kz

VALEO

УДК: 378; 372.879.6

АУБАКИРОВА Т.С., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., КУШМАГУЛОВА А.К., КОЖЕМЯКИНА Н.Н.
НАО «Медицинский университет Астана»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Аннотация:
целью статьи является обоснование эффективности использования технологий интерактивного и дифференцированного обучения в процессе физической культуры студентов. Выявлен уровень физической подготовленности методом индексов. Рекомендован интерактивный, дифференцированный характер обучения, который предусматривает активное взаимодействие всех участников учебного процесса. Это коллективное, кооперативное обучение, обучение в сотрудничестве через информационные технологии. В этом случае педагог выступает в роли организатора, лидера среди студентов.

Ключевые слова: технологии, интерактивное обучение, дифференцированное обучение, физическая культура, уровень физической подготовленности.

АУБАКИРОВА Т.С., ИМАМАЛИЕВА Г.Н., КУШМАГУЛОВА А.К., КОЖЕМЯКИНА Н.Н.,
КеАҚ «Астана медицина университеті»

ФИЗИКАЛЫҚ ДЕНЕ ЖЕТІЛДІРУ БОЙЫНША БІЛІМ БЕРУ САБАҚТАРЫНДА ИНТЕРАКТИВТІ ОҚЫТУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫН ПАЙДАЛАНУ

Мақаланың мақсаты - студентердың дене тәрбиесі процесінде интербелсенді және сараланған оқыту технологияларын қолданудың тиімділігін негіздеу. Оқытудың интерактивті, сараланған сипаты ұсынылған, ол оқу процесінің барлық қатысушыларының белсенді өзара әрекеттесуін қарастырады. Бұл ұжымдық, кооперативтік оқыту, ақпараттық технологиялар арқылы ынтымақтастықта оқыту. Бұл жағдайда педагог ұйымдастырушы, студентер арасында көшбасшы рөлінде болады.

AUBAKIROVA T.S., IMAMALIYEVA G.N., KUSHMAGULOVA A.K., KOZHEMYAKINA N.N.
Astana medical university

USE OF INTERACTIVE LEARNING TECHNOLOGIES IN PHYSICAL EDUCATION LESSONS

Annotation: the purpose of the article is to substantiate the effectiveness of the use of interactive and differentiated teaching technologies in the process of students' physical culture. The level of physical fitness was revealed by the method of indices. An interactive, differentiated nature of training is recommended, which provides for the active interaction of all participants in the educational process. It is collective, cooperative learning, learning in collaboration through information technology. In this case, the teacher acts as an organizer, a leader among students.

Актуальность: Одной из главных задач современной системы образования в ВУЗах является физическая подготовка студентов для активной жизнедеятельности, которая способствует улучшению состояния здоровья в целом [6,7]. Средства физической подготовки положительно влияют на сердечно-сосудистую, дыхательную, иммунную и нервную системы, способствует улучшению состояния здоровья в целом [5].

Теорией и методикой физического воспитания предусмотрено использование средств, направленных на развитие общих, специальных спортивных и профессионально-прикладных физических способностей студентов (Б.А. Ашмарин, Н.В. Решетников, Ю.Л. Кислицин, Т.Ю. Круцевич), а Государственной программой подтверждается решение задач всестороннего гармоничного и профессионально-прикладного совершенствования вышеупомянутыми средствами физической подготовки [2,6,7]. Однако анализ физического состояния девочек в большинстве случаев свидетельствует о неудовлетворительном уровне развития компонентов их физической подготовленности, а также о тенденции к ослаблению здоровья и увеличение контингента специальных медицинских групп по физической культуре в процессе обучения в учебном заведении. По мнению исследователей (С. Присяжнюк, О. Гниюк, И. Паламарчук), такая ситуация вызвана малой эффективностью существующего учебного процесса в связи с отсутствием научно-обоснованных технологий воздействия на организм учеников средствами физической подготовки. Отсутствие достоверной информации о действительном состоянии физической и функциональной подготовленности, а также отсутствие возможности оперативной оценки влияния физической нагрузки на организм не только снижает эффективность процесса физической подготовки и оздоровления, но и может привести к более серьезным негативным последствиям [4]. В результате неполноценного решения основных задач физической культуры снижается мотивация студентов к занятиям физическими упражнениями и по окончанию ВУЗа больше половины выпускников физически не способны будут выполнять физические нагрузки с тем качеством и интенсивностью, которых требуют условия рыночной экономики.

Успех работы по физической культуре студентов во многом зависит от того, насколько эффективно будут организованы занятия, начиная с первого курса [5]. Одним из путей решения проблемы является подбор необходимых средств физической культуры для оздоровления студентов с учетом их мотивации к занятиям физической культурой.

Цель исследования - научно обосновать эффективность использования дистанционного обучения, технологии интерактивного и дифференцированного обучения в процессе физической культуры студентов для повышения уровня физической подготовленности.

Задачи исследования: 1. Определить исходный уровень физической подготовленности девочек методом индексов. 2. Обосновать эффективность внедрения дистанционного обучения, интерактивного и дифференцированного обучения в процесс физической культуры.

В ходе работы использовались следующие **материалы и методы исследования:** анализ научно-методической литературы; экспресс-оценка физической подготовленности по индексам (по Т.Ю. Круцевич); методы математической статистики.

Исследования проводились в НАО «МУА» среди студентов 1 и 2 курсов. В исследованиях приняли участие - 120 девочек – две экспериментальные и одна контрольная группы.

Результаты исследований. При определении уровня физической подготовленности использовалась методика экспресс-оценки уровня физической подготовленности (по Т.Ю. Круцевич), в основе которой лежит определение индексов физической подготовленности: силового, скоростного, скоростно-силового и индекса Руфье. Результаты исследования показали исходный уровень физической подготовленности всех исследуемых групп ниже среднего (табл.1). Экспериментальная группа 1 (ЭГ1) набрала 5,54 балла по системе оценивания, большая часть девочек (53,58% (п=4)) относятся к уровню физической

подготовленности ниже среднего, 35,71% (п=3) имеют средний уровень физической подготовленности и 10,71% (п=2) - низкий уровень. Девушки экспериментальной группы 2 (ЭГ2) до эксперимента набрали 5,64 балла и так же, как и в ЭГ1 большинство девушек (60,72% (п=5)) относятся к уровню физической подготовленности ниже среднего, при этом 35,71% (п=3) имеют средний уровень физической подготовленности и 3,57% (п=1) - низкий уровень. Среди студентов контрольной группы (КГ) не наблюдается девочек, имеющих низкого уровня физической подготовленности, большинство (64,29% (п=6)) имеют уровень физической подготовленности ниже среднего, у 35,71% (п=3) девушек средний уровень, а средний балл по системе оценивания - 5,93. Таким образом, по показателям физической подготовленности исследуемые группы являются однородными и не имеют статистически значимых различий (р >0,05). В связи с неудовлетворительным состоянием физической подготовленности девочек нами предлагалось внедрение в учебно-воспитательный процесс по физическому воспитанию средства физической культуры, которые являются популярными среди девушек. Так, студентов ЭГ1 выбрали для занятий волейбол, в системе которой было предусмотрено углубленное изучение техники через информационные технологии. Экспериментальная методика для ЭГ1 носила интерактивный характер обучения, который предусматривал активное взаимодействие всех участников учебного процесса. Это коллективное, кооперативное обучение, обучение в сотрудничестве, где педагог выступает в роли организатора, лидера группы студентов. На занятиях девушки разучивали разнообразные упражнения по технике волейбола, а также дополнительно самостоятельно изучали технику волейбола во вне урочное время, используя электронный учебник и, на основе полученных знаний и умений, составляли серии комбинаций упражнений с помощью учителя. Также был использован метод круговой тренировки. Занимающиеся распределялись по учебным станциям, на которых выполняли различные упражнения, упражнения для развития физических качеств, для различных мышечных групп. На одной из станций использовались DVD-диски, подключаемые к монитору компьютера и к проектору. Суть заключается в исполнении физических упражнений для повышения эмоционального фона занятий. Исследование показало эффективность технологии интерактивного обучения, поскольку после эксперимента в ЭГ1 не осталось студентов с низким уровнем физической подготовленности. Также снизилось количество девушек с уровнем физической подготовленности ниже среднего и после эксперимента оно составляет 50% (n=5). Повысилось количество студентов, имеющих средний уровень физической подготовленности (46,43% (n=3)), а также 3,57% (n=1) имеют уровень физической подготовленности выше среднего (рис.1). Средний балл, набранный девушками ЭГ1 после эксперимента составляет 6,93, что все еще относит девушек этой группы к уровню физической подготовленности ниже среднего. Результаты, полученные после эксперимента, свидетельствуют о достоверности изменений по t-критерию Стьюдента $t_{расч.}$ = 2,20 при t-прибл = 2,01).

Таблица 1. Экспресс-оценка физической подготовленности студенток исследуемых групп по индексам (по Т.Ю. Круцевич)

Статистические характеристики	ЭГ1 (n=9)		ЭГ2(n=9)		КГ (n=28)	
	До эксперимента	После эксперимента	До эксперимента	После эксперимента	До эксперимента	После эксперимента
X	5,54	6,93	5,64	7,32	5,93	6,29
σ	2,37	2,37	2,12	2,00	1,75	1,67
V	42,77	34,27	37,66	27,33	29,54	26,50
	0,45	0,45	0,40	0,38	0,33	0,31
ρ	<0,05		<0,01		>0,05	

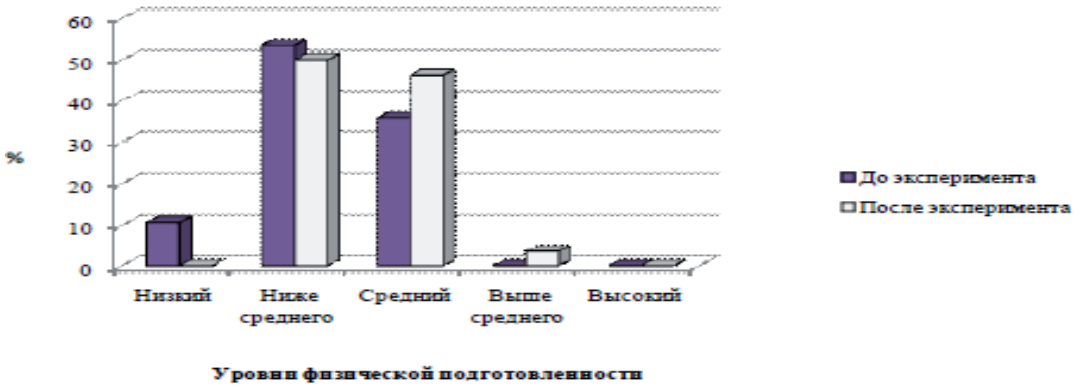


Рис. 1. Соотношение уровней физической подготовленности студентов ЭГ1 до и после эксперимента

Девушки, которые вошли в ЭГ2, выбрали для занятий оздоровительную систему шейпинг. Разделы программы для ЭГ2 построены на принципах дифференцированного обучения. Суть дифференциации обучения заключается в том, чтобы, зная и учитывая индивидуальные различия в обучении студентов, определить для каждого из них наиболее рациональный характер работы. Таким образом, процесс обучения в условиях дифференциации становится максимально приближенным к познавательным потребностям девушек, их индивидуальным особенностям. При разработке технологии дифференцированного обучения основное внимание было уделено дифференциации ЭГ2 по уровню физической подготовленности. В ЭГ2 было выделено 3 подгруппы: подгруппа А - студенты с низким уровнем физической подготовленности; подгруппа В - студенты с уровнем физической подготовленности ниже среднего; подгруппа С - учащиеся со средним уровнем физической подготовленности. К сожалению, подгрупп с высоким и выше среднего уровнями физической подготовленности выделено не было. В программу занятий шейпингом были включены: упражнения для различных мышечных групп; упражнения со снарядами: скакалки, резиновые жгуты, гантели; упражнения в парах; групповые упражнения. На занятии каждая подгруппа получала карточки с заданиями для выполнения. Дифференцирование нагрузок осуществлялось путем варьирования количества повторений упражнений, их сложности, величины отягощений. В каждой подгруппе избирался лидер, который осуществлял контроль и руководство деятельностью своей подгруппы на занятии. Заданиями для самостоятельной работы было составление презентаций комплексов упражнений для различных мышечных групп, развития физических качеств через ИКТ. На занятиях девушки внедряли разработанные комплексы в учебный процесс. Постоянно осуществлялся контроль и самоконтроль реакции организма на нагрузку. Результаты исследования уровня физической подготовленности девушек ЭГ2 после эксперимента также свидетельствуют об эффективности предложенной технологии (рис.2). Большинство девушек (64,29%(n=6)) теперь имеют средний уровень физической подготовленности, уменьшилось количество студентов, имеющих уровень физической подготовленности ниже среднего [35,71%(n=3)], а средний балл после эксперимента составляет 7,32. Математическая обработка полученных данных свидетельствует об их достоверности $t_{расч}$ = 3,11 при $t_{-прибл}$ = 2,68).

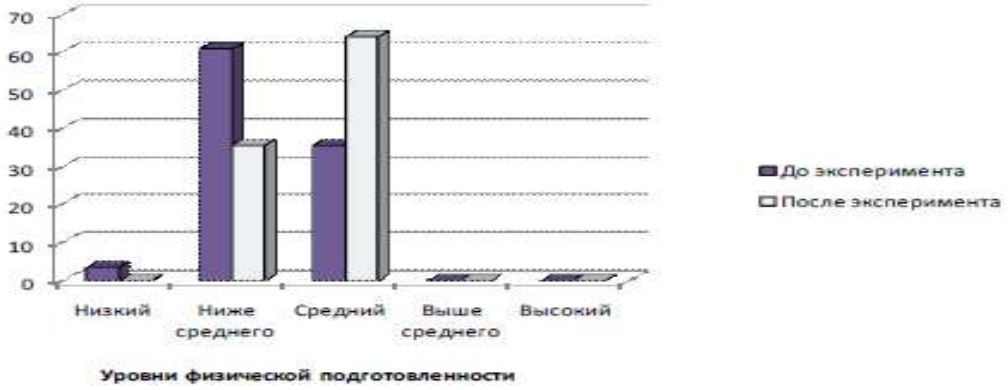


Рис. 2. Соотношение уровней физической подготовленности студентов ЭГ2 до и после эксперимента



Рис. 3. Соотношение уровней физической подготовленности студентов КГ до и после эксперимента

Студенты КГ занимались по программе учебного заведения, в которую вошли занятия: элементы спортивных игр и общая физическая подготовка. На рисунке 3 видно, что никаких изменений после эксперимента в КГ не произошло. Большинство девушек (64,29%(n=6)) так же, как и до эксперимента имеют уровень физической подготовленности ниже среднего, а 35,71% (n=3) имеют средний уровень физической подготовленности. Средний балл составляет 6,29. Результаты не являются достоверными по критерию Стьюдента $t_{расч.}$ = 0,8 при $t_{прибл.}$ = 2,01). Сравнивая межгрупповые результаты, полученные после

эксперимента, можно сделать вывод о большей эффективности дифференцированного обучения для повышения уровня физической подготовленности, чем интерактивного, поскольку наибольший прирост результатов произошел в ЭГ2.

Выводы: внедрение в учебно-воспитательный процесс по физическому воспитанию популярных среди студентов видов физкультурно-оздоровительных занятий, основанных на интерактивном и дифференцированном обучении, позволило сделать вывод об эффективности предложенных технологий. Об этом свидетельствуют результаты математической обработки полученных данных, которые доказали их достоверность. Перспективы дальнейших исследований в данном направлении связаны с совершенствованием разработанных технологий интерактивного и дифференцированного обучения студентов в процессе физической культуры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Васенков Н.В. Динамика состояния физического здоровья и физической подготовленности учащихся // Теория и практика физической культуры. - 2017. - №5. - С. 91 - 92.*
2. *Гилев Г.А. Физическое воспитание: Учебное пособие. -М.:МГИУ, 2016. - 376 с.*
3. *Круцевич Т. Експрес-контроль фізичної підготовленості дітей та підлітків в умовах фізкультурно – оздоровчих занять // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2017. – №1. – С. 64 – 69.*
4. *Физическая культура: Учебник / Под. ред. В.И. Ильинича. - М.: Гардарики, 2016. - 448 с.*
5. *Холодов Ж.К., Кузнецов В.С. Теория и методика физического воспитания и спорта. - 7-е изд., стер. - Академия, 2016. - 480 с.*

VALEO

УДК: 616-051:005.336.2:004

МӘРДЕНОВА Л.Е., КУАНЫШБАЕВА А.М., САЛТАБАЕВА У.Ш.
НАО «Медицинский Университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан.

РОЛЬ ОНЛАЙН РЕСУРСОВ В РАЗВИТИИ ИННОВАЦИОННОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Аннотация:

Развитие тенденции сестринского дела позволило повысить роль медсестры в новейшей системе здравоохранения. Е-ресурсы легко доступны в отдаленных районах. Е-ресурсы решают проблемы хранения и контролируют поток информации. Источники печати оцифровываются. Электронные источники информации становятся все более и более важными для академического сообщества и народа. Роль непрерывного последипломного образования медицинских сестёр сегодня повысилась, так как растущие требования к профессиональной компетентности специалистов среднего звена, наиболее тесно контактируемых с пациентами, сделали образование на протяжении всей жизни условием их конкурентоспособности. Использование информационно-коммуникативных технологий в процессе последипломного обучения медицинских сестёр положительно влияют в ходе обучения как на развитие речи у средних медработников, налаживанию контакта с пациентами и членами семьи; совершенствованию деонтологических навыков, на форму выражения культурного уровня, так и на профессиональное умение работать с компьютером.

Ключевые слова: медсестра, компетенция, навык, онлайн ресурс, сайт.

МӘРДЕНОВА Л.Е., КУАНЫШБАЕВА А.М., САЛТАБАЕВА У.Ш.
«Астана Медицина Университеті» КеАҚ, Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан.

МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ЖӘНЕ КӘСІБИ БІЛІКТІЛІГІН ДАМЫТУДА ОНЛАЙН РЕСУРСТАРДЫҢ МАҢЫЗЫ

Мейіргер ісінің даму тенденциясы қазіргі денсаулық сақтау жүйесіндегі мейіргердің рөлін айтарлықтай күшейтті. Көптеген мәселелердің шешімі Е-ресурстар болуы мүмкін. Е-ресурстар шалғай

аудандарда оңай қол жетімді. Е-ресурстар ақпарат ағынын сақтау және басқару мәселелерін шешеді. Басып шығару көздері цифрланады. Электрондық ақпарат көздері академиялық қауымдастық үшін де, халықтың дамуы үшін де маңызды бола түсуде. Мейіргерлердің дипломнан кейінгі үздіксіз білім алудың рөлі бүгін арта түсті, себебі пациенттермен тығыз байланыста болатын орта буын мамандарының кәсіби құзыреттілігіне қойылатын талаптардың өсуі өмір бойы олардың бәсекеге қабілеттілігінің шарты болған. Мейіргерлерді дипломнан кейінгі оқыту процесінде ақпараттық-коммуникативтік технологияларды пайдалану оқыту барысында орта медицина қызметкерлерінің сөйлеу тілін дамытуға, пациенттермен және отбасы мүшелерімен қарым-қатынасты жолға қоюға, деонтологиялық дағдыларды жетілдіруге, мәдени деңгейді білдіру нысанына, сондай-ақ компьютермен жұмыс істей білуге оң әсер етеді.

Түйінді сөздер: мейіргер, құзіреттілік, дағды, онлайн ресурс, сайт.

MARDENOVA L.E.,KUANYSHBAEVA A.M., SALTABAEVA U.SH.
NCJSC "Medical University of Astana", Nur-Sultan city, Kazakhstan.

THE ROLE OF ONLINE RESOURCES IN THE DEVELOPMENT OF INNOVATIVE AND PROFESSIONAL COMPETENCE OF NURSES

The development of the nursing tendency has increased the role of the nurse in the newest healthcare system. E-resources are easy available in remote areas. E-resources solve storage problems and control the flow of information. Sources of printing are digitizing. Electronic sources of information are becoming more and more important for the academic community and for the people. Today the role of continuous postgraduate education of medical nurses increasing, since the growing requirements for the professional competence of middle level specialists who are most closely in contact with patients who have made lifelong education a condition for their competitiveness. By using of information and communication technologies in the process of postgraduate education of medical nurses has a positive effect in the course of learning both on the development of speech among medical nurses, establishing contact with patients and with family members,improving deontological skills on the form of expression of the cultural level and on the professional ability to work with a computer.

Key words: nurse, competence, skill, online resource, website

Тақырыптың өзектілігі: Мейіргер ісінің даму тенденциясы қазіргі денсаулық сақтау жүйесіндегі мейіргердің рөлін айтарлықтай күшейтті [1,2]. Мейіргерлердің күнделікті тәжірибелік іс-әрекетін технологияландыру дәуіріндегі кәсібилігі дәрігермен кәсіби ынтымақтастықтың әріптестермен және пациенттермен өзара түсіністіктің маңызды моральдық факторы болып қала отырып, жаңа мағына мен перспективаға ие болады [3]. Қазіргі уақытта ғылыми тәсілге және дәлелді тәжірибеге негізделген мейіргер ісінің қазіргі заманғы теориялары мейіргерді дәрігердің тең құқылы серіктесі ретінде ұсынады, ол өз бетінше мейіргерлік шешім қабылдайды, оны мейіргерлік құжаттамада көрсете отырып, дәлелді мейіргерлік күтімді жоспарлайды және жүзеге асырады [4]. Жаңа модельдегі мейіргер дәрігердің еркінің қарапайым орындаушысы емес, серіктесі (анамнез жинайды, пациенттің проблемаларын анықтайды және одан әрі оның мінез-құлқын үнемі қадағалап отырады, дәрігерге оның жағдайындағы барлық өзгерістер туралы хабарлайды, пациенттерді дәрігердің қарауына қатысады). [5,6].

Бүгінгі таңда мейіргерлердің кәсіби міндеттеріне инновациялық медициналық технологияларды қолдана отырып, пациенттерге жоғары білікті көмек көрсету, халық арасында автономды алдын-алу жұмыстарын жүргізу, олардың денсаулығының жалпы жағдайын қолдау және нығайту және т. б. кіреді [7]. Қазіргі ақпарат ағынымен және мобильді технологиялармен мейіргерден техникалық құралдарды манипуляциялау мен иеленуді жылдам орындауды талап етеді [8]. Мейіргердің атқаратын функцияларының алуан түрлілігін және жауапкершіліктің артуын ескере отырып, медициналық білім беру мекемелері үздіксіз медициналық білім беру негізінде мамандарды сапалы даярлауды қамтамасыз етуге тырысады [9].

Сарапшылардың пікірінше, жаңалықтар, конференциялар туралы ақпарат, медициналық препараттар, заманауи фармацевтикалық өнімдер туралы ақпарат дәстүрлі баспа БАҚ-тарға қарағанда Интернет-ресурстарда әлдеқайда ертерек пайда болады [10.]. Ғылыми зерттеулер туралы ақпараттардың жеткіліксіздігі, электрондық деректер базасы бойынша навигация дағдылары және ғылыми деректерді түсіну сияқты жеке кедергілер мейіргерлерге ғылыми негізделген тәжірибені енгізуге мүмкіндік бермейді [11].Денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесін дамыту және реформалау жоғары білікті медицина қызметкерлерінің жаңа буынын даярлауды талап етеді. Мейіргерлерді даярлау олардың кәсібилігінің негіздерін қалыптастыруға ғана емес, сонымен қатар емделуге және денсаулықты сақтауға және науқастардың белсенді ұзақ өмір сүруін қамтамасыз етуге дайын болуға бағытталуы керек [12].

Ал Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау жүйесі бойынша кадрлық ресурстар мәліметтерін 1- суреттен көруге болады. Денсаулық сақтау жүйесіндегі кадрлық ресурс бойынша басым бөлігін мейіргерлер құрайды 141,7 мың мейіргер.



1- сурет- Қазақстан Республикасының кадр ресурстары [13].

Халықаралық тәжірибемен салыстырғанда мейіргер ісі мамандарын кадрлармен қамтамасыз ету

ДДСҰ деректері бойынша:

	Республикада	**Шетелде**
ҚР-дағы 1 000 тұрғынға шаққанда барлық мейіргер және акушерлік персоналдың саны	7,991 (7,13 - 017 ф.)	Финляндияда – 14,513
Емдеу және диагностикалық процеспен тікелей айналысатын барлық мейіргерлік персоналдың дәрігерлерге қатынасы (ДДСҰ 2015)	1,7 (- 017 ф.)	Финляндияда 4,7
Емдеу және диагностикалық процеспен тікелей айналысатын жалпы мейіргерлер персоналында тіркелген мейіргерлердің үлесі (қолданбалы және академиялық бакалавриаттың минимум деңгейі)	ҚР – да-0	37,2% - АҚШ (Aiken L. H., et al., 2013) 52,91% - АҚШ (Aydin C., et al., 2015) 46,8% - 6 Еуропа елдері(Бельгия, Ұлыбритания,Финляндия, Ирландия, Испания, Швейцария) (Aiken L. H., et al., 2016)
Мейірге ісі бойынша магистратурадан өткен және APRN – CNP,CNM, CNA, CNS мәртебесін алған тіркелген мейіргерлердің үлесі	ҚР – да-0	АҚШ - та-4,26%

2-сурет- Халықаралық тәжірибемен салыстырғанда мейіргер ісі мамандарын кадрлармен қамтамасыз ету [13].

Медициналық қызмет сапасын жоғарылату үшін біліктілігі жоғары мейіргер мамандарды дайындау керек. Қазақстан Республикасындағы мейіргер кадрларын дайындау жоспары 3- суретте көрсетілген .

Тәуелсіз кәсіби мейіргерлік қызметті жүргізуге біліктілігі бар бакалавриат деңгейіндегі мейіргерлерді оқыту/қайта оқыту қажеттілігі

Жалпы мейіргер персоналындағы мейіргер ісі бакалаврларының жоспарлы үлесі:	5% (2020)	10% (2025)	20% (2030)	30% (2035)	40% (2040)
Оқытуды/қайта оқытуды талап ететін мейіргерлер саны (жыл сайынғы өсімді есептемегенде, есепті жылы мейіргерлік персоналдың жалпы санына қарай 126 984))	6 349	12 698	25 396	38 095	50 793

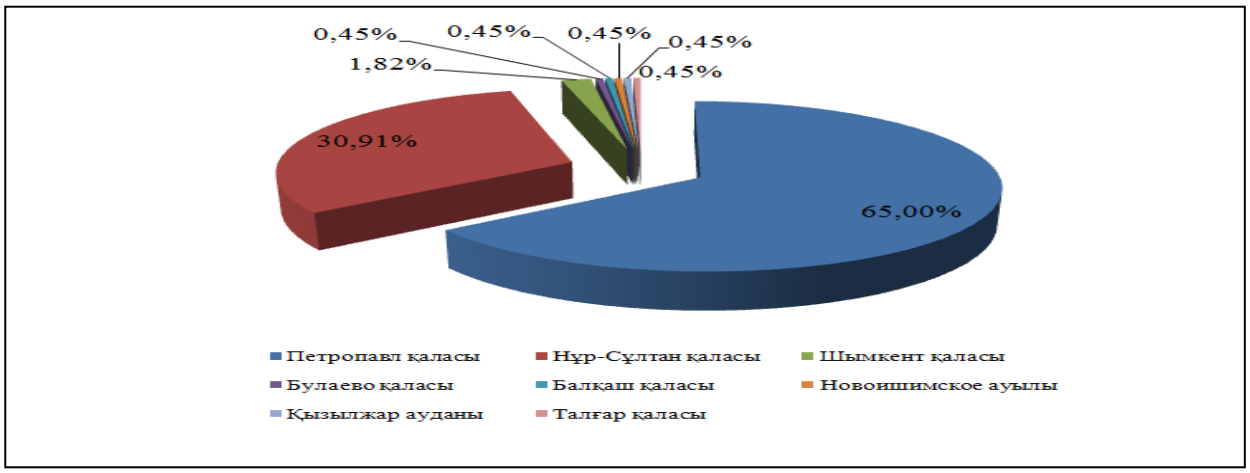
7 ЖОО: Академиялық бакалавр/магистр дәрежесін шығару: 2011 – 119 2012 – 191 2013 – 242 / 5 2014 – 163 /10 2015 – 281 / 17 2016 – 196 / 4 2017 – 149 / Жұмысқа орналастыру – 30,5% + Эмили (3 000), + Ресей университеттері (???)	80 колледж (26 мемлекеттік және 54 жеке) Бітірген мейіргерлер: 2011-11 410 (оның ішінде 7 422 мемлекеттік колледждерде) 2012-11 559 (оның ішінде 6 716 мемлекеттік колледждерде) 2013-12 080 (оның ішінде 7 010 Мемлекеттік колледждерде) 2014-13 829 (оның ішінде 8 216 мемлекеттік колледждерде) 2015-17 609 (оның ішінде 7 805 мемлекеттік колледждерде) 2016-20 983 (оның ішінде 11 202 мемлекеттік колледждерде) Мемлекеттік колледждерде-42,7% мемлекеттік тапсырыс, 57,3% - шарт Жеке колледждерде-1,2% мемлекеттік тапсырыс, 98,8% - шарт Жұмысқа орналастыру – 59%
Шешімі: **клиникалық қызметке бағытталған дайындықты қайта қарау, жұмыс істейтін мейіргерлерді қайта даярлаудың икемді траекториясын енгізу.**	Шешімі: **мейіргер ісінің қолданбалы бакалаврларын дайындау үшін жоғары колледждерге қайта ұйымдастыру (ММОН жобасы: 2019 жылы 40%), жұмыс істейтін мейіргерлерді қайта даярлаудың икемді траекториясын енгізу.**

3-сурет - Тәуелсіз кәсіби мейіргерлік қызметті жүргізуге біліктілігі бар бакалавриат деңгейіндегі мейіргерлерді оқыту/қайта оқыту қажеттілігі[13].

Мақсаты: тәжірибедегі мейіргерлердің біліктілігін жетілдіруде Е-ресурстардың қолдану дәрежесін зерттеу.

Материалдар мен әдістер: Зерттеу мақсатына қол жеткізу үшін әзірленген сауалнаманы пайдалана отырып, Қазақстан Республикасының әртүрлі қалаларында (Нұр-Сұлтан, Петропавл, Шымкент Талғар және т.б.) жұмыс істейтін және кәсіби қызметінің әртүрлі өтілі бар 220 тәжірибедегі мейіргерге сауалнама жүргізілді. Сауалнама сұрақтары мейіргер ісі саласындағы ғылыми зерттеулерге қатысты көзқарастарын және электрондық ресурстарды қаншалықты меңгергендігін анықтайды. Сауалнама 2 бөлімнен тұрды: төлқұжаттық және арнайы. Төлқұжаттық бөлім 6, арнайы бөлім 15 сұрақтан тұрады. Қолдану әдісі әлеуметтанулық (сауалнама) әдіс. Сауалнама онлайн түрде жүргізілді.

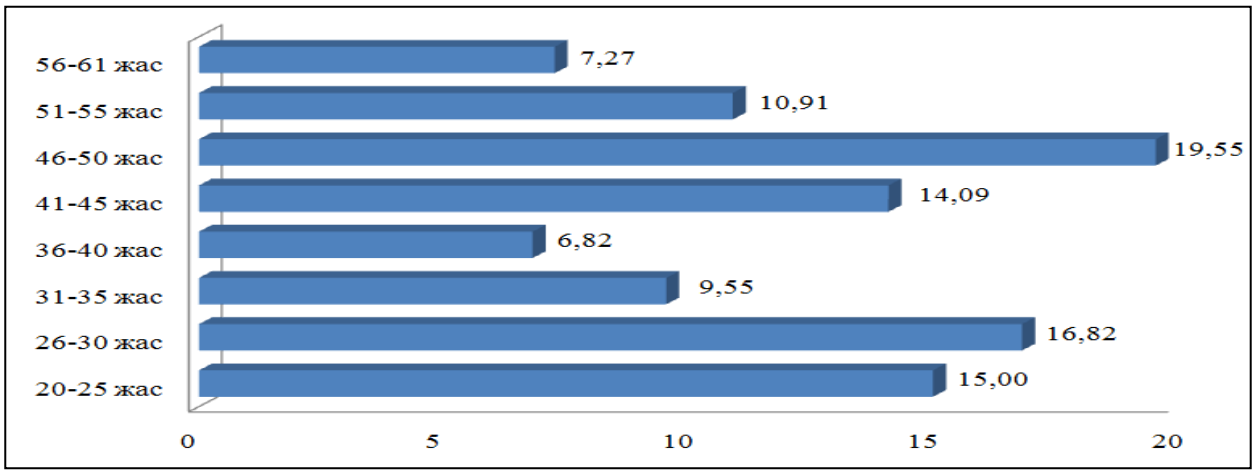
Нәтижелер және оларды талқылау: Сұралғандардың басым көпшілігі Петропавл қаласының тұрғындары- 65,00%, Нұр-Сұлтан және Шымкент қалаларында тиісінше 30,91% және 1,82%. Қалған бөлігі Талғар, Балқаш, Булаев, Қызылжар ауданының тұрғындары болды (0,45% - дан). (4-сурет)



4-сурет- Респонденттерді тұрғылықты жері бойынша бөлу

Респонденттердің басым бөлігін әйел кісілер құрады – 91,82%, ер кісілер 8,18%. Сұралғандардың орташа жасы 39,29+3,61 жасты құрады. 5-суреттен көріп отырғанымыздай, сұралғандардың ең көп саны 46-

50 жас санатында болды және 19,55% құрады, респонденттердің сәл аз саны тиісінше 26-30 жас және 20-25 жас топтарына - 16,82% және 15,00% құрады.



5-сурет - Респонденттердің жасына қарай бөлу, %

Сұралғандардың ең көп саны медициналық колледжді - 40,45% және медициналық училищені - 35,91%, медициналық университетті - 20,00% аяқтаған және респонденттердің ең аз саны жоғары медициналық колледжді бітіргені туралы дипломға ие болған - 3,64%.

Респонденттер жұмыс орындары бойынша келесідей бөлінді: сұралғандардың 2/3 астамы ауруханада/ госпитальда - 31,82% және емханада-30,45% жұмыс істейді, диспансерде/перинаталдық орталықта жұмыс істейтіндердің саны 21,82% құрады. Мейіргерлердің іс жүзінде теңдей саны жұмыс орнын - ғылыми орталық 7,27% және медициналық орталық - 6,82% деп көрсетті. Жеке медициналық орталықта 0,91% және ФАП және медициналық пунктте 0,45% жұмыс істейді.

Арнайы бөлім сұрақтары бойынша: Тәжірибедегі мейіргерлер мейіргерлік сайттарды білетінін (77,3%) және өз кәсіби қызметінде сайттардағы ақпараттарды көп қолданатындығын көрсетті (61,4%). Мейіргерлер жұмысында интернет арқылы ақпараттарды жиі издейтінін көруге болдаы (90%). Жоғары пайыз тәжірибедегі мейіргерлер өз жұмысы туралы ақпараттарды (бұйрықтар, нұсқаулар, шешімдер, ұсыныстар, нұсқаулықтар, хаттамалар, алгоритмдер) интернет арқылы алғысы келетінін көрсеткен (90,5%). Өзіміздің отандық мейіргерлерге арналған мамандандырылған *nursekz.com* сайтын тәжірибедегі мейігерлердің көп бөлігі қолданатынын байқауға болады (77,5%). Елімізде Қазақстан Республкасында Мейіргер ісін жетілдіру орталығы бар екенін тек жартылай пайыз мейіргерлер ғана білетінін көтсетті (50,5%).

Тұжырым немесе қорытынды: Жүргізілген зерттеу қорытындысына келсек, тәжірибедегі мейіргерлерге мейіргерлік сайттарды бағдарлау әлі де қиындық туғызатындығын көруге болады (48,2%). Мейіргерлер қауымының аз үлесі ғана интернет ресурстардағы медициналық мақалалардың дәлелдік деңгейін бағалай алатындығына көз жеткіздік (32,3%). Жұмыс тәжірибесінде интернет ресурстардағы дәлелді медицина базасын мейіргерлердің аз үлесі қолданатынын байқадық (30,5%).

Мейіргерлердің ғылыми зерттеулерге қызығушылығын арттыру үшін мемлекеттік конкурстар өткізілуін, электрондық-ақпараттық ресурстардың медициналық мекемелерде қолданылу деңгейін жоғарылату үшін арнайы мамандардың жұмыс жасауын ұсынамыз.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. *Комплексный план развития сестринского дела в РК* http://www.gkkp-amk.kz/ru/profsoyuznyj-komitet/62-tsentr-razvitiya-sestrinskogo-dela/assotsiatsiya-meditsinskikh-sester/284-
2. *Концепция развития Школы медицинских сестер в БМЦ на 2016-2017 годы* *https://bmcudp.kz/ru/about/science-and-education/continuous-professional-development/school-of-nursing/3029*
3. *Бабалич В. А. Современный подход к внедрению идей здорового образа жизни будущими медицинскими работниками//Педагогика формирования творческой личности в высшей и общеобразовательной школах. - 2015. - Вып.40. - С.43-50.*

4. *Т.Х. Хабиева, Б.А. Шокабаев, А.Г. Сейткужанова, Г.К. Лебаева «Проблемы непрерывного последипломного образования средних медработников и современная технология обучения» https://clck.ru/QAnPi*

5. *Инновационные технологии в последипломной подготовке / Н. А. Зозулина, Е. А Рутенбург, И. А Петровская, О. Ф.Ознобихина // Сестринское дело. - 2012. - № 8. - С. 20 - 22.*

6. *McCorkle R., E.Ercolano E., lazenby M., Schulman D. Green Self-management enabling and empovering patients living with cancer as chronic illness // Cancer J.Clin. - 2011. - vol.61. - p.50-62.*

7. *Хетагурова А.К., Панова Л.Д. Проблемы подготовки среднего медицинского персонала в условиях реализации компетентностного подхода // Сестринское дело. - 2014. - №1. - С.3-7.*

8. *Кравченко А. Формирование профессиональной этики будущих медицинских сестер: американский опыт // Профессиональная педагогика. — 2012. — Вып. 1. — С. 82-87.*

9. *Лебедева И.В., Каспрук Л.И. Модернизация сестринского медицинского образования в условиях реструктуризации здравоохранения России. Оренбург: Изд-во ОрГМА, — 2011.*

10. *Дрешер Ю.Н. Информационное обеспечение ученых и специалистов: учеб.-метод. пособие. СПб. : Профессия, 2008. 464 с.*

11. *Middlebrooks R Jr, Carter-Templeton H, Mund AR. 2016.*

12. *Хетагурова, А.К. Профессиональное развитие как важнейшая функция управлении персоналом в медицинских учреждениях // А.К. Хетагурова, Н.А. Соловьева, О.П. Халуева // Сестринское дело. — 2013. — № 1. — С. 3-5.*

13. *«Состояние и перспективы развития сестринского дела в Республике Казахстан» Байгожина З.А http://xn--l1aecg.xn--p1ai/wp-content/themes/powerclub-lite/prezent1/9.%20Baigozhina%20ZA.pdf*

Автор для корреспонденции: Мәрденова Л.Е. –КеАҚ «Астана Медицина Университеті», «Мейіргер ісі» кафедрасы, +77072226864, mardenova.l@gmail.com

VALEO

УДК: 796.011.2

ӨТЕГЕНОВ Н.Ө.
Актюбинский региональный университет им.К. Жубанова

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ И ОБЪЕМА НАГРУЗКИ ЗАНЯТИЯХ СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ УРОВНЮ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ

Аннотация:.

В статье рассматриваются пути максимального сокращения времени достижения оздоровительного эффекта в занятиях, по физическому воспитанию в специальных медицинских группах за счет четких критериев дозирования физических нагрузок в соответствии с индивидуальным уровнем физического состояния студентов.

Ключевые слова: дозирования, физическая нагрузка, функциональное состояния.

Н.Ө. ӨТЕГЕНОВ
Қ.Жұбанов атындағы Ақтөбе өңірлік университеті

СТУДЕНТТЕРДІҢ ФИЗИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІНЕ СӘЙКЕС АРНАЙЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БӨЛІМ САБАҚТАРЫНА ЖҮКТЕМЕ ҚАРҚЫНДЫЛЫҒЫ МЕН КӨЛЕМІН ОҢТАЙЛАНДЫРУ

Мақалада студенттердің физикалық жағдайының жеке деңгейіне сәйкес физикалық белсенділікті мөлшерлеудің нақты критерийлеріне байланысты арнайы медициналық топтардағы дене шынықтыру сабақтарында сауықтыру әсеріне, қол жеткізу уақытын барынша азайту жолдары қарастырылады.

Түйінді сөздер: мөлшерлеу, физикалық жүктеме, функционалдық жағдай.

OTEGENOV N.O.
Aktobe Regional University K.Zhubanov

OPTIMIZATION OF INTENSITY AND VOLUME OF LOAD IN THE SPECIAL MEDICAL DEPARTMENT CLASSES CORRESPONDING TO THE LEVEL OF PHYSICAL CONDITION OF STUDENTS

The article discusses ways to minimize the time to achieve a health-improving effect in physical education classes in special medical groups due to clear criteria for dosing physical activity in accordance with the individual level of physical condition of students.

Keywords: dosage, physical activity, functional state.

Актуальность. Сегодня особенно важно, чтобы физическая культура вошла в повседневный быт молодых людей, чтобы стремление к физическому совершенству стало потребностью каждого студента. В связи с этим, на первое место выдвигается вопрос новых подходов и новых форм физического воспитания и, прежде всего, среди студенческой молодежи, которая по состоянию здоровья не может в полной мере использовать возможности общепринятой системы физического воспитания.

Новые формы занятий по физической культуре позволяют привлечь большее количество студентов и открывают возможность выбора физических упражнений за предпочтениями, а также дают возможность соотносить уровень нагрузки на организм с уровнем физического состояния студентов. Физическая культура в специальном медицинском отделении – это прежде всего дисциплина со своими задачами, методами исследования, профилактики и лечения средствами физической культуры.

Количество студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья ранее колебалась от 5% до 15%, а сейчас в отдельных гуманитарных университетах достигает 30%.

Ухудшение уровня физической активности и длительное ограничение ее у студентов с отклонением в состоянии здоровья привели к тому, что только 2% из них выполняют нормативы тестов оценки физической подготовленности.

Как показало анкетирование 96,2% студентов I и II курсов никогда не занимались спортом, а 42,3% студентов специального медицинского отделения не занимались физической культурой в школе вообще.

Поэтому, особое значение физическое воспитание имеет для той группы студентов, которой наличие хронических заболеваний или их остаточные явления угрожают снижением работоспособности и даже перспективами ранней инвалидности.

Цель исследования. Обоснование необходимости определения уровня физического состояния (УФС) в разработке программ занятий специального медицинского отделения.

Объект исследования. Процесс физического воспитания в высших учебных заведениях студентов с отклонением в состоянии здоровья.

Задачи исследования.

1. Исследовать и оценить уровень физического развития, функционального состояния организма, физической подготовки студентов специального медицинского отделения.
2. Определить рациональный объем и интенсивность нагрузки в занятии по физическому воспитанию в соответствии с уровнем физического состояния студентов.
3. Разработать методику построения занятий по физическому воспитанию для студентов специального медицинского отделения, что способствует достижению более высокого уровня физического состояния.

Организация исследования. Исследования приводились на базе Актюбинского регионального университета им. К.Жубанова.

Результаты исследования и их обсуждение. Для достижения оздоровительного эффекта и повышения физической подготовленности необходимо четкое соответствие задаваемой нагрузки индивидуальным возможностям организма, таким как возраст и уровень физического состояния организма.

Нагрузки оздоровительного характера для студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья и в период обучения, отнесении к специального медицинского отделения, должны быть индивидуальными и рационально сбалансированы по направленности, мощности и объему, а также соответствовать уровню физического состояния (УФС), обусловленными результатами тестирования. Особое внимание при составлении программ занятий должно уделяться развитию отстающих двигательных качеств, улучшению физической работоспособности и обязательному включению в программу занятий корректирующих упражнений направленного воздействия на устранение патологических последствий заболевания.

Эффективность занятий зависит от направленности воздействия, интенсивности нагрузки, последовательности выполнения упражнений, длительности интервалов отдыха между ними, а также продолжительности времени занятий.

Частота занятий и продолжительность обусловлены программой по физическому воспитанию в вузе, поэтому эффективность будет зависеть от интенсивности нагрузки в уроке, последовательности выполнения упражнений и направленности и объема, которые соответствуют индивидуальным возможностям организма студентов.

По данным ряда авторов [1, 2, 3] было установлено, что оптимальные условия для симуляции аэробной производительности наблюдались при нагрузке 50-70% максимального потребления кислорода (МПК), смешанного аэробного-анаэробного 80-90% МСК. При этом, время максимальной продолжительности выполнения упражнений при 60% МСК составляет 25-120 минут, 70% МСК – 10-40 минут, 80% МСК – 4-10 минут.

Все студенты первого курса специального медицинского отделения прошли первоначальное тестирование и были поделены на экспериментальную и контрольную группы. Уровень физического состояния (УФС) был определен у всего круга студентов, что и послужило основанием для составления программ занятий.

По результатам тестирования студенты были поделены на 5 уровней физического состояния, а именно: 1. Низкий, 2. Ниже среднего, 3. Средний, 4. Выше среднего, 5. Высокий уровень. В экспериментальной группе низкий уровень физического состояния показали 4,3% студентов, ниже среднего уровня – 47,8% студентов, средний уровень показали 43,7%, выше среднего уровня – 3,5% студентов. Высокий уровень физического состояния вообще не был зафиксирован (рис. 1). В контрольной группе низкий уровень физического состояния не был зарегистрирован. Уровень физического состояния ниже среднего показали 26,7% студентов, средний – 53,3%. Средний уровень показали 20% студентов (рис. 1).

У всех испытуемых отмечалось снижение показателей физической подготовленности, а именно в экспериментальной группе (ЭГ) показатель гибкости составлял 57%, в контрольной группе (КГ) – 66% от нормы; динамическая сила в ЭГ составляла 50,2% нормативной величины, а в КГ этот показатель был 39,3%; скоростная выносливость была снижена на 10% в КГ и на 19,04% в ЭГ. Показатель общей выносливости в обеих группах соответствовал оценке «очень плохо» по шкале К. Купера.

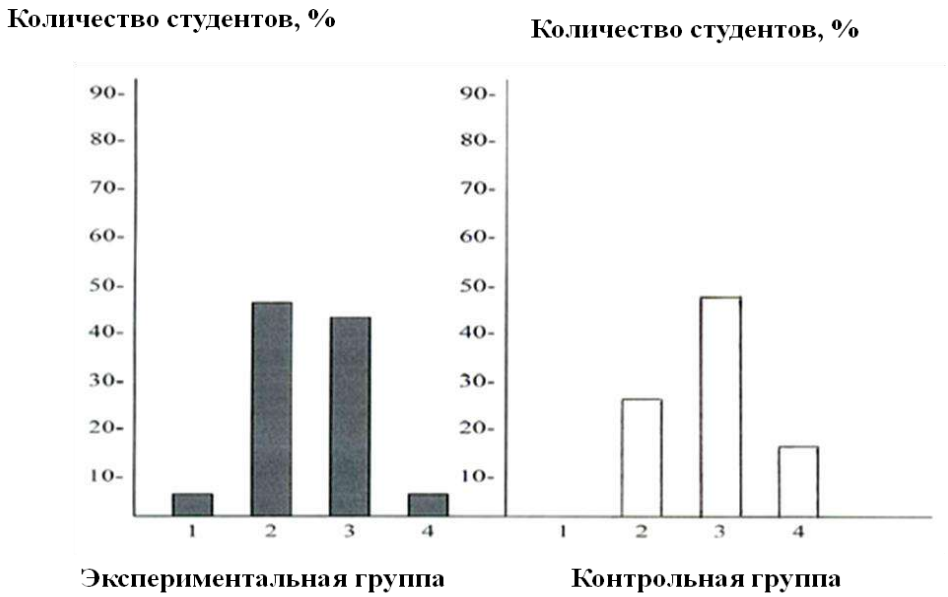


Рис. 1. Уровень физического состояния студентов I курса СМГ, %

Полученные в констатирующем эксперименте данные позволяют утверждать, что уровень физического состояния (УФС) в целом у студентов специального медицинского отделения «низкий».

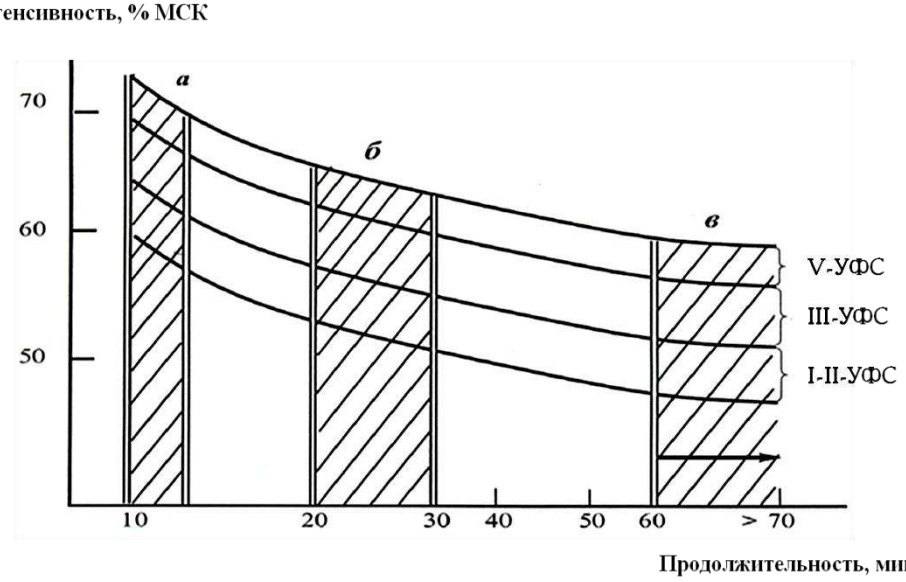
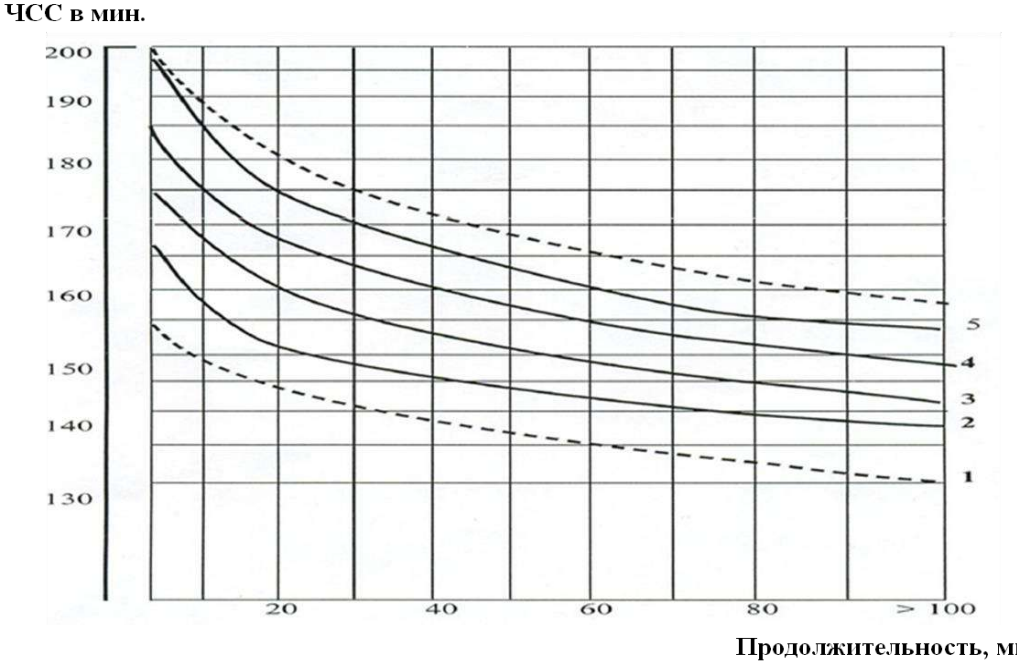


Рис. 2. Номограмма соотношения параметров тренировочных нагрузок для лиц с разным уровнем физического состояния

Проведенное анкетирование мотивации к занятиям физической культурой способствовало созданию режима наибольшего комфорта при выборе занятий физическими упражнениями, а также более точному выявлению соотношения продолжительности нагрузки и ее интенсивности, что определялось по номограмме (рис. 2).

Выбор пульсового режима рациональных тренировочных нагрузок рассчитывался по номограмме (рис. 3) в зависимости от УФС, определенного по результатам тестирования.



1 – низкий, 2 – ниже среднего, 3 – средний, 4 – выше среднего, 5 – высокого

Рис. 3. Пульсовые режимы рациональных тренировочных нагрузок для людей разного уровня физического состояния

Это позволило разработать такие оздоровительные программы, существенностью которых стало дозирование физической нагрузки соответственно функционального состояния и двигательным возможностям студентов. Индивидуальный подход программы оказался не только в выборе физических упражнений, но и в соответствующей мощности нагрузки в соответствии с уровнем физического состояния студентов, а показатель частоты сердечных сокращений (ЧСС) давал более точную характеристику реакции организма на нагрузку во время выполнения упражнений и в первые 6-10 секунд после их окончания.

Выводы. Таким образом, уровень приспособительных реакций организма студентов зависит от интенсивности упражнений, темпа и продолжительности их выполнения. Индивидуальное программирование занятий по физическому воспитанию для студентов специального медицинского отделения является эффективным при условии повышения точности дозирования нагрузки в зависимости от уровня физического состояния. Это дало возможность сократить время достижения оздоровительного эффекта в занятиях по физическому воспитанию.

Четкое дозирование физических нагрузок в соответствии с УФС значительно сократило время достижения максимального оздоровительного эффекта, а контроль за частотой сердечных сокращений позволил избежать передозировки физической нагрузки в занятиях по физическому воспитанию у студентов с недостатками здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Благут П. К Теории тестирования двигательных способностей / Благут П. К. – М.: Физкультура и спорт, 1982. – 164 с.
2. Бальсевич В. К. Перспективы развития общей теории и технологий спортивной подготовки и физического воспитания (методологический аспект) /В. К. Бальсевич //Теория и практика физической культуры. - 1999. - № 4. - 21 С.
3. Глазырин И. Д. Основы дифференцированного физического воспитания / Глазырин И. Д. Черкассы: Эхо-Плюс, 2003. - 352 с.

Автор для корреспонденции: Өтегенов Нұртас Өмірбайұлы – преподаватель, магистр Актюбинского регионального университета им.К. Жубанова. nurtas.2973@gmail.com. Сот: 87770313729

VALEO

УДК: 378.37.037.1

СЫЗДЫКОВА С.Ж., АРЕНОВ А.В., ЕСЕЕВА А.А, КУШМАГУЛОВА А.К.
НАО «Медицинский университет Астана»

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Аннотация:
Перед высшими учебными заведениями стоит задача заниматься не только оздоровлением студентов, развитием их физических качеств, но и созданием условий, направленных на формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни. Приобщение студентов к здоровому образу жизни средствами физической культуры предусматривает кроме академических занятий, функционирование клубов по интересам: группы здоровья, общей физической подготовки, спортивные секции, индивидуальные занятия, которые в свою очередь и являются мотивационным стимулом к дополнительным занятиям физической культурой во вне учебное время.

Ключевые слова: физическая культура и спорт, здоровье, здоровый образ жизни, студенты, академические занятия, режим дня.

СЫЗДЫҚОВА С.Ж., АРЕНОВ А.В., ЕСЕЕВА А.А., КУШМАГУЛОВА А.К.
КеАҚ «Астана медицина университеті»

ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ҚҰРАЛДАРЫ АРҚЫЛЫ ОҚУШЫЛАРДЫҢ САЛУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Жоғары оқу орындарының алдында студенттердің денсаулығын жақсарту, олардың физикалық қасиеттерін дамыту ғана емес, сонымен қатар салауатты өмір салтына құндылық қатынасты қалыптастыруға бағытталған жағдайлар жасау міндеті тұр. Студенттерді дене шынықтыру құралдары

арқылы салауатты өмір салтына баулу академиялық зерттеулерден басқа қызығушылық бойынша клубтардың: сауықтыру топтарының, жалпы дене шынықтыру дайындығының, спорттық секциялардың, жеке сабақтардың жұмысын қамтамасыз етеді, бұл өз кезегінде сыныптан тыс қосымша дене шынықтыруға мотивациялық ынталандыру болып табылады.

Кілт сөздер: дене шынықтыру және спорт, денсаулық, салаутты өмір салты, студенттер, академиялық сабақтар, күн тәртібі.

SYZDYKOVA S.Zh., ARENOV A.V., YESSEYEVA A.A, KUSHMAGULOVA A.K.
NJSC " Astana Medical University»

THE STUDENTS' HEALTHY LIFESTYLE FORMATION BY MEANS OF PHYSICAL CULTURE

Higher education institutions are faced with the task of not only improving the health of students, developing their physical qualities, but also creating conditions aimed at forming a value attitude to a healthy lifestyle. Introduction of students to a healthy lifestyle by means of physical culture provides, in addition to academic classes, the functioning of clubs for interests: health groups, general physical training, sports sections, individual classes, which in turn are a motivational incentive for additional physical culture classes outside of school hours.

Key words: physical education and sports, health, healthy lifestyle, students, academic studies, daily routine.

Актуальность проблемы связана с тем, что учёными отмечается слабая мотивация студентов к ведению здорового образа жизни, недостаточно активное внедрение современных здоровье сберегающих технологий в учебно-воспитательный процесс учреждений высшего образования, направленных на сохранение и укрепление здоровья студентов, формирование их осознанной потребности в здоровом образе жизни. В современном обществе здоровье рассматривается как важнейший критерий реализации творческого потенциала человека в профессиональной деятельности. Поэтому сохранение, развитие здоровья студентов и формирование у них здорового образа жизни сегодня имеют приоритетное значение.

Результаты социологических исследований, проведенные нами, до пандемии показали, что физкультурно-спортивная деятельность не является для большинства студентов насущной потребностью. Так, двигательная активность 85-ти % студентов НАО «Медицинский университет Астана» (далее НАО МУА) ограничивается посещением лишь академических уроков физического воспитания, которые даже не обеспечивают половину двигательного режима. Средние затраты времени на физическую культуру и спорт в структуре свободного времени у большинства студентов не превышают 5–7 %. Более высокие показатели наблюдаются, как правило, на I–II курсах, а на старших снижаются: I курс – 6,2 %, II – 6,4 %, Ш – 2,6 %, IV – 1,8 %.

Перегрузка образовательного процесса учебными дисциплинами, дистанционная форма обучения, вызывающая малоподвижный образ жизни, нерациональное питание, скептическое отношение к здоровому образу жизни, неблагоприятная экологическая обстановка, доступность алкогольных напитков, влияние гаджетов – основные причины ухудшения здоровья и недостаточной физической активности молодёжи в последнее время. Сложившаяся на сегодняшний день система образования требует изучения путей формирования положительной мотивации студенчества к здоровому образу жизни.

Цель статьи – выявить проблемы в сфере физической культуры студентов и рассмотреть роль и значение физической культуры в формировании ЗОЖ студента.

В работе применялись методы теоретического уровня – изучения и обобщения, анализа – и методы эмпирического уровня – опрос и анкетирование среди студентов.

Участие высшей школы в общеевропейской интеграции образования на основе Болонской декларации и внедрение кредитной системы образования в Республике Казахстан определили задачи о существенной перестройке системы физического воспитания учащейся молодежи и необходимости совершенствования преподавания дисциплины «Физическая культура» в высших учебных заведениях. Европейские вузы, принявшие Болонскую декларацию, имеют широкую сеть материально-технической базы по физической культуре, что позволяет им вести спортивно-массовую, секционную работу по выбору студентов. Большая часть руководителей вузов Казахстана, также отстаивают положение о введении клубной секционной работы по физической культуре, отменив академические занятия, не учитывая состояния материально- технической спортивной базы казахстанских вузов.

Изучив и проанализировав опыт работы ведущих вузов России, Украины, Белоруссии и других вузов СНГ, констатируем, что во всех вузах сложилось два взаимодополняющих направления: первое – обязательные академические занятия; второе – вне учебная, спортивно-массовая работа. Первое

направление является ведущим в НАО“МУА”, второе направление - спортивно-массовая работа из-за недостаточной материально-технической спортивной базы охватывает низкое количество студентов. Анализ состояния физического воспитания на сегодняшний день показывает, что среди задач, стоящих перед учебно-воспитательным процессом нет другой более важной, чем определение, разработка и внедрение реальных механизмов активного приобщения студенческой молодежи к процессу физвоспитания и самовоспитания и формирование основ ЗОЖ.

В Типовой учебной программе по физической культуре (2018г.) определены содержание, объем и порядок изучения дисциплины в соответствии с требованиями кредитной технологии обучения, отражены круг основных знаний, умений, навыков и компетенций, необходимых для ее освоения. В Типовой программе изложен теоретический и практический материал, направленный на формирования здорового образа жизни. Повышением мотивации к ведению ЗОЖ является включение на практических занятиях по физической культуре информированности в области оздоровительных технологий. Современные оздоровительные системы (дыхательная: парадоксальная гимнастика А.Стрельниковой, «бодифлекс» - система дыхательных упражнений, соединенная с упражнениями на растяжку, К.Динейки релаксационная: мышечная релаксация, ритмическая гимнастики: на осанку, равновесие, с предметами; аэробика: система упражнений из циклических видов спорта направленная на повышение функциональных возможностей основных систем организма, калланетика: система упражнений. выполняемых основном, в изометрическом режиме, вызывающих активность глубоко расположенных мышечных групп, фитнес: общий фитнес, физический и спортивно- ориентированный, шейпинг: научно-обоснованная система оздоровительной физической культуры для девушек, направленная на коррекцию фигуры и улучшение функционального состояния организма. Пилатес: система упражнений является безопасной из всех видов фитнесса, направленная на реабилитацию перенесенных травм и болезней, стретчинг: комплекс упражнений для улучшения физического здоровья, посредством растягивания мышц, сухожилий и связок); суставная гимнастика С.М. Бубновского. Контроль и самоконтроль в процессе занятий физическими упражнениями. Простейшие методы самонаблюдения за результатами занятий физическими упражнениями. Ведение дневника самоконтроля и его значение в процессе наблюдения за состоянием здоровья студентов. Объективные и субъективные показатели самоконтроля. Диагностика состояния здоровья организма под влиянием занятий физическими упражнениями и спортом. Использование стандартов, антропометрических индексов, функциональных проб и упражнений, тестов для оценки физического развития, функционального состояния систем организма, физической подготовленности.

Важное значение для формирования элементов ЗОЖ имеет привитие знаний студентам по организации физической активности в течении дня. Этот раздел представляется в разделе самостоятельная работа студентов с преподавателем.

Студент под контролем преподавателя составляет распорядок дня на три составные части:

1) Учебное время. В этот период студент не занимается активной физической деятельностью (кроме часов, отведенных на физическую культуру). Студент самостоятельно во время перерыва выполняет физкультминутку, которая позволяет сменить тип деятельности с мозговой на физическую. Также необходимо включить утреннюю зарядку именно в эту часть плана, так как она поможет привести организм в рабочее состояние.

2) Внеучебное трудовое время. Для этого промежутка времени характерно нахождение студента во внеуниверситетских условиях. При этом он выполняет некую работу, либо учебного характера, либо бытового. В данном случае физическая активность студента предопределяется типом его деятельности. Домашняя работа вполне может заменить определенный комплекс упражнений. Если же студент занимается изучением учебного материала, то ему для поддержания работоспособности необходимо использовать комплексы физкультурной паузы.

3) Свободное время. Этот период является самым плодотворным для занятий физической культурой и спортом. В последнее время резко меняется характер труда. Доля физического труда уменьшается, а умственного – возрастает. Работники умственного труда (это касается и студентов) вовремя своей трудовой деятельности, как правило, не получают необходимой двигательной, физической нагрузки. Студент планирует посещение спортивной секции по интересам или в стенах вуза, или в других физкультурных организациях в свободное время.

Таким образом, использование элементов физической культуры в течении дня обеспечивает регулярность, систематичность, непрерывность физического воспитания в режиме дня студента.

Физическое воспитание, даже если оно полностью реализуется по государственной программе, не может, к сожалению, в полной мере обеспечить обучающимся высокий уровень физической подготовленности. Достигнутые показатели физической подготовленности в основном не обеспечивают достаточного уровня освоения студентами нормативов Президентских тестов и учебной вузовской программы.

Одним из путей приобщения студентов вузов к ЗОЖ и совершенствования образовательного процесса по дисциплине «Физическая культура» в вузах страны, не нарушая традиций государственной системы физического воспитания, накопленные десятилетиями, мы видим в проведении обязательных академических занятий и в создании клубов по интересам: группы здоровья, общей физической подготовки, спортивные секции, индивидуальные занятия, которые в свою очередь и являются мотивационным стимулом к дополнительным занятиям физической культурой во вне учебное время .

Повышение эффективности информационных и образовательных средств учреждений высшего образования в формировании потребности у молодых людей в регулярных занятиях физической культурой и спортом, поддержании здорового образа жизни предполагает: обеспечение регулярности, систематичности, непрерывности физического воспитания; поощрение физической активности, удовлетворение разнообразных интересов и потребностей молодых людей в физкультурно-оздоровительной деятельности в рамках деятельности учреждения высшего образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Типовые учебные программы цикла общеобразовательных дисциплин для организаций высшего (или) послевузовского образования. МОН РК. Департамент высшего и послевузовского образования. Астана, 2018г.

2. Белова В.А., Богданова Е.Е. Основы здорового образа жизни студента вуза. Учебное пособие. КубГАУ, 2010. - 125с.

3. Давиденко Д. Н., Карпов В. Ю. Здоровый образ жизни и здоровье студентов: учеб. пособие. Самара: СГПУ, 2004. - 112 с.

4. Зотова Ф.Р. Коррекция психического состояния подростков средствами физической культуры. Теория и практика физической культуры. 2009. № 5. С. 83–87.

5. Купчинов Р.И. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи. Минск: УП «ИВЦ Минфина», 2004. - 211 с.

6. Беляничева В.В. Формирование мотивации занятий физической культурой у студентов. – Саратов: ООО Издательский центр «Наука», 2009. – 61 с.

7. Сырвачева И.С. Мотивация самостоятельных занятий физическими упражнениями/ДВГУ. – Владивосток, 2003. – С. 108-111.

Автор для корреспонденции: Сыздыкова С.Ж. – кандидат медицинских наук, НАО «Медицинский университет Астана», syzdykova.s@amu.kz

VALEO

УДК: 613.31:611.08-053.5(574)

ПЯТОВ Е.А.[1], БЕКАЕВ Е.А.[1,2], ДАЛЕНОВ Е.Д.[2], БАРАНОВСКАЯ Н.В.[3], СЛИВКИНА Н.В.[2], ТАРДЖИБАЕВА С.К.[2], СЕРГАЗИНА С.М.[4], БАЙКЕНОВА Г.Е.[4]
[1]АО «Кокшетауские минеральные воды», г. Кокшетау.
[2]ТОО «Институт проблем питания Казахской академии питания», г. Нур-Султан.
[3]Томский политехнический университет, г. Томск.
[4]КУ им. Ш. Уалиханова, г. Кокшетау.

ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ВОЛОС ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ КАЗАХСТАНА. СООБЩЕНИЕ 1.

Аннотация:
Проведены исследования химического состава волос детей на 73 элемента. Установлено различие в содержании в волосах «металлов жизни», редкоземельных элементов, металлов платиновой группы, элементов-токсикантов, связанное с природными условиями места проживания детей. Отмечены общие сезонные тенденции в изменении содержания элементов в волосах детей всех групп, независимо от места проживания.
Ключевые слова: дети, питьевая вода, качество жизни, волосы, химический состав, микроэлементы.

ПЯТОВ Е.А.[1], БЕКАЕВ Е.А.[1,2], ДАЛЕНОВ Е.Д.[2], БАРАНОВСКАЯ Н.В.[3], СЛИВКИНА Н.В.[2], ТАРДЖИБАЕВА С.К.[2], СЕРГАЗИНА С.М.[4], БАЙКЕНОВА Г.Е.[4]
[1]АҚ «Көкшетау минералды сулары», Көкшетау қ.
[2]ЖШС «Қазақ тамақтану академиясының тамақтану проблемалары институты», Нұр-Сұлтан қ.
[3]Томск политехникалық университеті, Томск қ., Ресей.
[4]Ш.Уәлиханов атындағы Көкшетау университеті, Көкшетау қ.

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ТҮРЛІ ТАБИҒИ-КЛИМАТТЫҚ ШАРТТАРЫНДА ТҰРҒАН БАЛАЛАРДЫҢ ШАШЫНЫҢ ХИМИЯЛЫҚ ҚҰРАМЫ. ХАБАР 1.

Түйіндеме: 73 элементке арналған балалар шашының химиялық құрамын зерттеу жүргізілді. Балалардың тұрғылықты жерінің табиғи жағдайларымен байланысты «тіршілік металдары», сирек жер элементтері, платина тобы металдары, шаштағы улы элементтер құрамындағы айырмашылық анықталды. Барлық топтағы балалардың шаштарындағы элементтердің құрамының өзгеруінің, олардың қайда тұратындығына қарамастан, жалпы маусымдық үрдістері атап өтіледі.
Түйінді сөздер: балалар, ішетін су, өмір сапасы, шаш, химиялық құрамы, микроэлементтер.

PYATOV E.[1], BEKAYEV E.[1,2], DALENOV Y.[2], BARANOVSKAYA N.[3], SLIVKINA N.[2], TARDZHIBAEVA S.[2], SERGAZINA S.[4], BAIKENOVA G.[4]
[1]JSC «Kokshetau Mineral Water», Kokshetau.
[2]LLP «Institute of nutrition problems of the Kazakh Academy of nutrition», Nur-Sultan city.
[3] Tomsk Polytechnic University, Tomsk, Rossia.
[4] Sh. Ualikhanov Kokshetau University, Kokshetau.

CHEMICAL COMPOSITION OF THE HAIR OF CHILDREN LIVING IN DIFFERENT NATURAL AND CLIMATIC CONDITIONS OF KAZAKHSTAN. MESSAGE 1.

Summary: Studies of the chemical composition of children's hair for 73 elements were carried out. The difference in the content of «life metals», rare earth elements, platinum group metals, toxic elements in the hair was established, associated with the natural conditions of the place of residence of children. General seasonal trends in the change in the content of elements in the hair of children of all groups, regardless of place of residence, were noted.
Key words: children, drinking water, the quality of life, hair, chemical composition, microelement.

Актуальность: Исследование химического состава волос детей проведено в рамках проекта «Исследование качества жизни детей и подростков, употребляющих легкую физиологически полноценную питьевую воду «TURAN», разработанного ТОО «Институт проблем питания Казахской академии питания». Исследования качества жизни детей, проведенные по стандартным методикам, показали, что физиологически полноценные питьевые воды (ФППВ) положительно влияют на здоровье детей: регулярное потребление ФППВ привело к уменьшению содержания дейтерия в организме детей и улучшило их эмоциональное и психосоциальное состояние здоровья [1, 2].

В организме человека присутствуют все известные химические элементы (ХЭ), из которых около 30 являются жизненно важными, остальные являются токсичными, либо их роль недостаточно изучена. Для нормального функционирования организма человека ХЭ требуются лишь в оптимальных количествах. Изменения состава и содержания макро- и микроэлементов в организме вызывает немедленный отклик в системах организма человека.

Основным источником поступления ХЭ в организм являются продукты питания, состав которых зависит от их места происхождения. Тем не менее, питьевая вода также является источником поступления в организм биологически активных ХЭ: органогенов, макроэлементов, эссенциальных (C, Na, Mg, Ca, Cl, S, Cu, Zn, Mn, Se, Si, Mo, F, I, Li), – участвующих в гомеостазе, барьерных и буферных функциях, построении белков и ДНК. Кроме того, воды различного состава участвуют в образовании комплексов биогенных и токсичных ХЭ с биоорганическими лигандами и способствуют выносу элементов из организма, либо их накоплению в крови и органах, что может привести к проблемам дисбаланса элементов в организме человека [3, 4].

Нарушение обмена ХЭ служит одним из факторов, способных привести к изменениям в здоровье и качестве жизни ребенка. Учитывая массовое внедрение в быту установок водоподготовки, позволяющих получить питьевые воды, по составу отличных от природных, изучение влияния питьевых вод на элементный статус организма ребенка становится актуальной задачей.

Наиболее информативным методом изучения элементного статуса организма является метод изучения химического состава волос. Концентрация ХЭ в волосах наиболее полно отражает их тканевое содержание, коррелирует с элементным профилем внутренней среды организма, сформированным за весьма длительный период, измеряемый месяцами [5, 6].

Настоящая статья пока ставит перед собой задачу показать общие закономерности в изменении химического состава волос детей, проживающих в различных природно-климатических условиях и потребляющих различные по составу питьевые воды.

Цель исследования: оценить химический состав волос детей, проживающих в различных природно-климатических условиях и потребляющих питьевые воды различного состава.

Материалы и методы исследования: В исследовании принимали участие 68 школьников в возрасте 10,4-11,5 лет, в том числе 36 детей школы-лицея №92 г. Алматы и 32 ребенка Назарбаев интеллектуальной школы г. Кокшетау (НИШ). Отбор проб волос проводился в 2 этапа: Т1 – до употребления ФППВ (6.12.2018 г. в Алматы, 18.01.2019 г. в Кокшетау); Т2 – после употребления ФППВ (11.04.2019 г. в Алматы, 3.05.2019 г. в Кокшетау). Дети основной группы (ОГ) НИШ в среднем пили по 0,61 литра ФППВ в сутки в течение 125 дней, дети основной группы лицея №92 пили по 1,3 литра ФППВ в сутки в течение 101 дня. В качестве ФППВ использовалась питьевая вода «TURAN» [7]. Дети контрольных групп (КГ) продолжали пить водопроводную воду или очищенную бутилированную воду местных производителей.

Отбор проб волос производился по общепринятой методике. Состав волос изучался в Томском политехническом университете на 73 элемента методом ICP-MS. Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы STATISTICA 10.0. Количественные показатели оценены критерием Шапиро-Уилка, а также показателями асимметрии и эксцесса. Использовались методы непараметрического анализа. Совокупность количественных показателей описывалось при помощи значений медианы и нижнего и верхнего квартилей. Для сравнения независимых совокупностей использовался U-критерий Манна-Уитни. Проверка различий между сравниваемыми парными выборками проводилась с использованием W-критерия Уилкоксона. Уровнем статистической достоверности считали $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение:

Кокшетау расположен на широте 53°16', на высоте 234 м над уровнем моря, в умеренно-засушливой подзоне лесостепной зоны. Среднегодовая температура +2,5 °С, осадков выпадает 397 мм, лето жаркое, зима холодная, снежный покров держится 149 дней, количество часов солнечного сияния в год – 2298. Водопроводная вода жесткая, с минерализацией зимой до 1,38 г/л, очищенные бутилированные воды мягкие с минерализацией 0,03-0,05 г/л без кальция и магния. Город находится в пределах Северо-Казахстанской урановорудной провинции, рядом добывается золото.

Алматы расположено в 1250 км южнее Кокшетау на широте 43°15', на склоне Заилийского Алатау на высоте 650-1200 м над уровнем моря, в предгорной степи и пустыни. Среднегодовая температура +10,0 °С, осадков выпадает 684 мм, лето жаркое, душное с ливневыми дождями, зима теплая с обильным мокрым снегом, количество часов солнечного сияния в год – 2399. Водопроводная вода мягкая, с минерализацией до 0,2 г/л, очищенные бутилированные воды мягкие с минерализацией до 0,07 г/л без кальция и магния. Часто над городом устанавливается смог.

Результаты анализов волос приведены в таблицах 1, 2 и на рисунках 1, 2, 3.

Таблица 1 – Химический состав волос детей г. Алматы

Элемент	Содержание, мг/кг				Элемент	Содержание, мг/кг			
	ОГ Т1	ОГ Т2	КГ Т1	КГ Т2		ОГ Т1	ОГ Т2	КГ Т1	КГ Т2
Li	0,016	0,004	0,029	0,036	Cd	0,038	0,031	0,057	0,031
Be	0,016	0,006	0,027	0,008	In	0,044	0,007	0,034	0,018
B	1,873	2,134	1,406	1,594	Sn	0,409	0,423	0,372	0,453
Na	378,5	573,0	482,3	542	Sb	0,051	0,040	0,041	0,042
Mg	112,2	54,3	62,2	39,58	Te	0,011	0,034	0,098	0,046
Al	14,178	20,388	11,684	36,99	I	0,915	1,775	0,665	1,715
Si	176,4	217,6	110,6	285,6	Cs	0,016	0,027	0,010	0,011
P	158,8	158,3	171,4	148,3	Ba	5,641	2,741	3,711	2,121
S	139803	128626	146651	128547	La	0,093	0,033	0,044	0,019
Cl	9479	4254	9792	2426	Ce	0,379	0,467	0,384	0,691
K	419,3	336,5	507,8	451,5	Pr	0,004	0,011	0,001	0,002
Ca	936,3	446,0	697,1	652,2	Nd	0,305	0,230	0,309	0,297
Sc	0,007	0,002	0,006	0,003	Sm	0,005	0,006	0,002	0,006
Ti	0,542	0,617	0,465	0,603	Eu	0,003	0,008	0,004	0,005
V	0,079	0,043	0,061	0,034	Gd	0,007	0,001	0,001	0,001
Cr	0,977	0,295	0,624	0,555	Tb	0,005	0,005	0,004	0,009
Mn	0,569	0,372	0,56	0,916	Dy	0,013	0,000	0,001	0,001
Fe	57,67	10,03	41,57	11,67	Ho	0,016	0,034	0,013	0,009
Co	0,225	0,244	0,112	0,435	Er	0,010	0,0001	0,006	0,0001
Ni	0,487	0,329	0,507	0,349	Tm	0,017	0,036	0,011	0,012
Cu	15,58	15,09	14,55	11,74	Yb	0,004	0,005	0,003	0,004
Zn	173,7	75,3	134,7	78,0	Lu	0,004	0,004	0,003	0,005
Ga	0,007	0,010	0,004	0,006	Hf	0,012	0,010	0,008	0,010
Ge	0,066	0,016	0,062	0,034	Ta	0,008	0,007	0,004	0,006
As	0,022	0,045	0,012	0,035	W	0,039	0,026	0,036	0,014
Se	0,406	0,379	0,382	0,416	Re	0,014	0,034	0,009	0,013
Br	2,056	2,747	2,317	3,110	Os	0,023	0,025	0,023	0,013
Rb	0,193	0,181	0,295	0,174	Ir	0,018	0,011	0,015	0,012
Sr	6,301	4,938	4,838	5,076	Pt	0,006	0,000	0,014	0,0002
Y	0,004	0,005	0,006	0,008	Au	0,019	0,012	0,012	0,008
Zr	0,185	0,064	0,129	0,056	Hg	0,153	0,143	0,138	0,252
Nb	0,045	0,040	0,034	0,022	Tl	0,014	0,014	0,008	0,007
Mo	0,083	0,092	0,079	0,080	Pb	1,379	1,398	1,717	1,368
Ru	0,010	0,004	0,017	0,009	Bi	0,023	0,024	0,021	0,013
Rh	0,010	0,003	0,008	0,007	Th	0,006	0,004	0,006	0,007
Pd	0,004	0,005	0,019	0,017	U	0,624	0,571	0,589	0,472
Ag	0,120	0,111	0,058	0,096					

Таблица 2 – Химический состав волос детей г. Кокшетау

Элемент	Содержание, мг/кг				Элемент	Содержание, мг/кг			
	ОГ Т1	ОГ Т2	КГ Т1	КГ Т2		ОГ Т1	ОГ Т2	КГ Т1	КГ Т2
Li	0,037	0,045	0,047	0,044	Cd	0,037	0,029	0,035	0,033
Be	0,015	0,043	0,015	0,008	In	0,025	0,019	0,024	0,008
B	1,977	1,795	2,027	2,399	Sn	0,379	0,527	0,450	0,515
Na	395,6	537,2	603,5	579,7	Sb	0,044	0,037	0,038	0,032
Mg	220,3	162,4	241,8	205,4	Te	0,051	0,015	0,089	0,007
Al	19,84	23,36	16,07	22,00	I	0,963	2,217	0,924	1,940
Si	183,0	261,0	138,3	387,8	Cs	0,021	0,020	0,017	0,020
P	146,2	153,7	121,7	177,3	Ba	5,549	2,105	1,825	1,446
S	156229	142407	148600	144070	La	0,048	0,044	0,024	0,017
Cl	3309	2924	4301	4303	Ce	0,609	0,316	0,531	0,611
K	400,9	357,5	411,7	353,3	Pr	0,003	0,002	0,002	0,002
Ca	1814,9	1401,0	2394,2	1972,6	Nd	0,293	0,394	0,272	0,276
Sc	0,0411	0,003	0,027	0,003	Sm	0,002	0,010	0,002	0,003
Ti	0,6148	0,498	0,291	0,712	Eu	0,018	0,008	0,007	0,008
V	0,0727	0,062	0,082	0,080	Gd	0,002	0,001	0,001	0,001
Cr	1,112	0,171	2,266	0,261	Tb	0,009	0,007	0,006	0,004
Mn	3,517	1,741	3,683	2,656	Dy	0,002	0,001	0,002	0,002
Fe	143,39	11,42	85,04	10,34	Ho	0,008	0,009	0,009	0,007
Co	0,505	0,216	0,519	0,410	Er	0,004	0,001	0,001	0,001
Ni	0,586	0,368	0,723	0,511	Tm	0,012	0,009	0,006	0,038
Cu	11,42	10,58	12,00	10,84	Yb	0,006	0,006	0,006	0,005
Zn	196,50	90,01	199,24	75,37	Lu	0,007	0,003	0,004	0,005
Ga	0,018	0,028	0,003	0,004	Hf	0,008	0,009	0,010	0,011
Ge	0,040	0,003	0,036	0,005	Ta	0,005	0,006	0,004	0,004
As	0,029	0,055	0,038	0,050	W	0,022	0,013	0,020	0,008
Se	0,692	0,750	0,474	0,471	Re	0,007	0,002	0,001	0,0003
Br	3,64	3,93	3,48	3,44	Os	0,015	0,019	0,015	0,001
Rb	0,288	0,187	0,461	0,373	Ir	0,010	0,006	0,011	0,006
Sr	7,937	6,650	5,226	4,500	Pt	0,009	0,001	0,010	0,0004
Y	0,011	0,008	0,007	0,005	Au	0,043	0,017	0,031	0,020
Zr	0,090	0,090	0,098	0,079	Hg	0,290	0,313	0,187	0,195
Nb	0,023	0,020	0,020	0,009	Tl	0,010	0,007	0,010	0,001
Mo	0,175	0,043	0,102	0,023	Pb	0,597	0,728	0,648	0,634
Ru	0,004	0,002	0,008	0,0003	Bi	0,019	0,025	0,014	0,038
Rh	0,001	0,001	0,003	0,001	Th	0,009	0,009	0,005	0,005
Pd	0,012	0,011	0,002	0,004	U	0,822	0,394	0,432	0,335
Ag	0,073	0,111	0,088	0,081					

Отмечается общий характер распределения ХЭ в волосах детей, проживающих в разных регионах и климатических условиях страны.

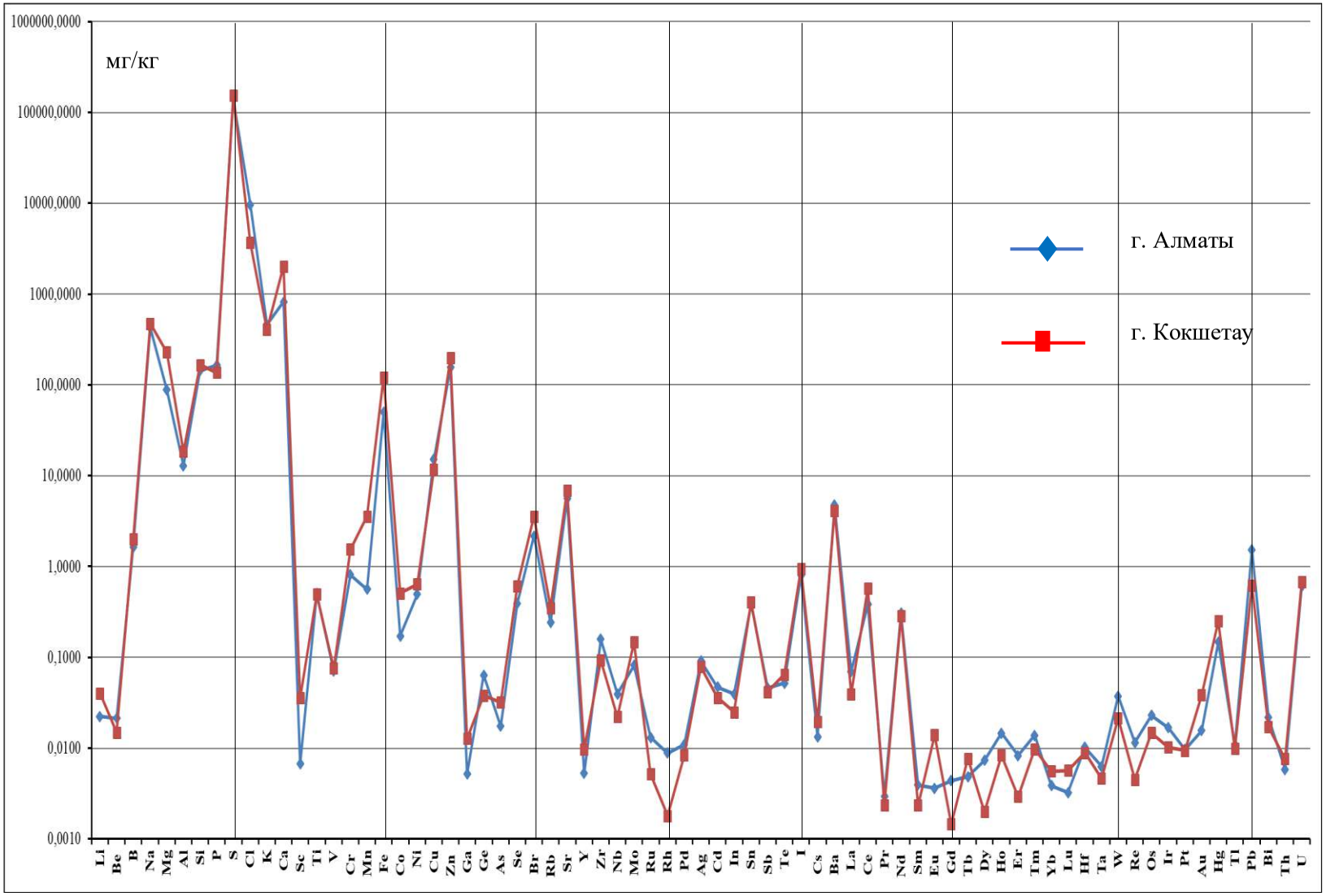


Рисунок 1 – Распределение элементов в волосах детей (10,4 – 11,5 лет) г. Алматы и г. Кокшетау в начале исследования Т1 (декабрь 2018 г.)

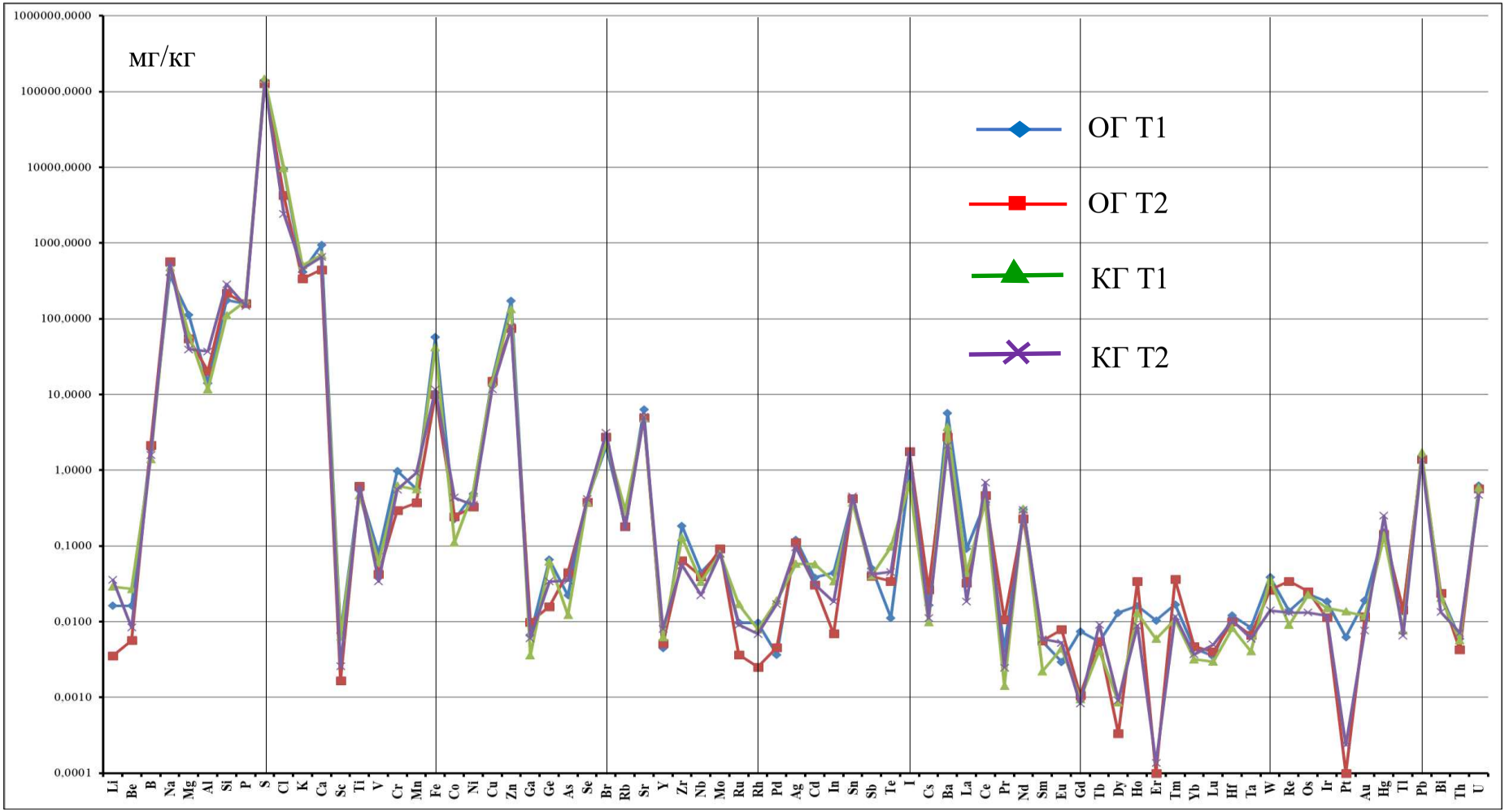


Рисунок 2 – Распределение элементов в волосах детей (10,4 – 11,5 лет) основной и контрольной групп г. Алматы в начале Т1 (декабрь 2018 г.) и в конце Т2 исследования (апрель 2019 г.)

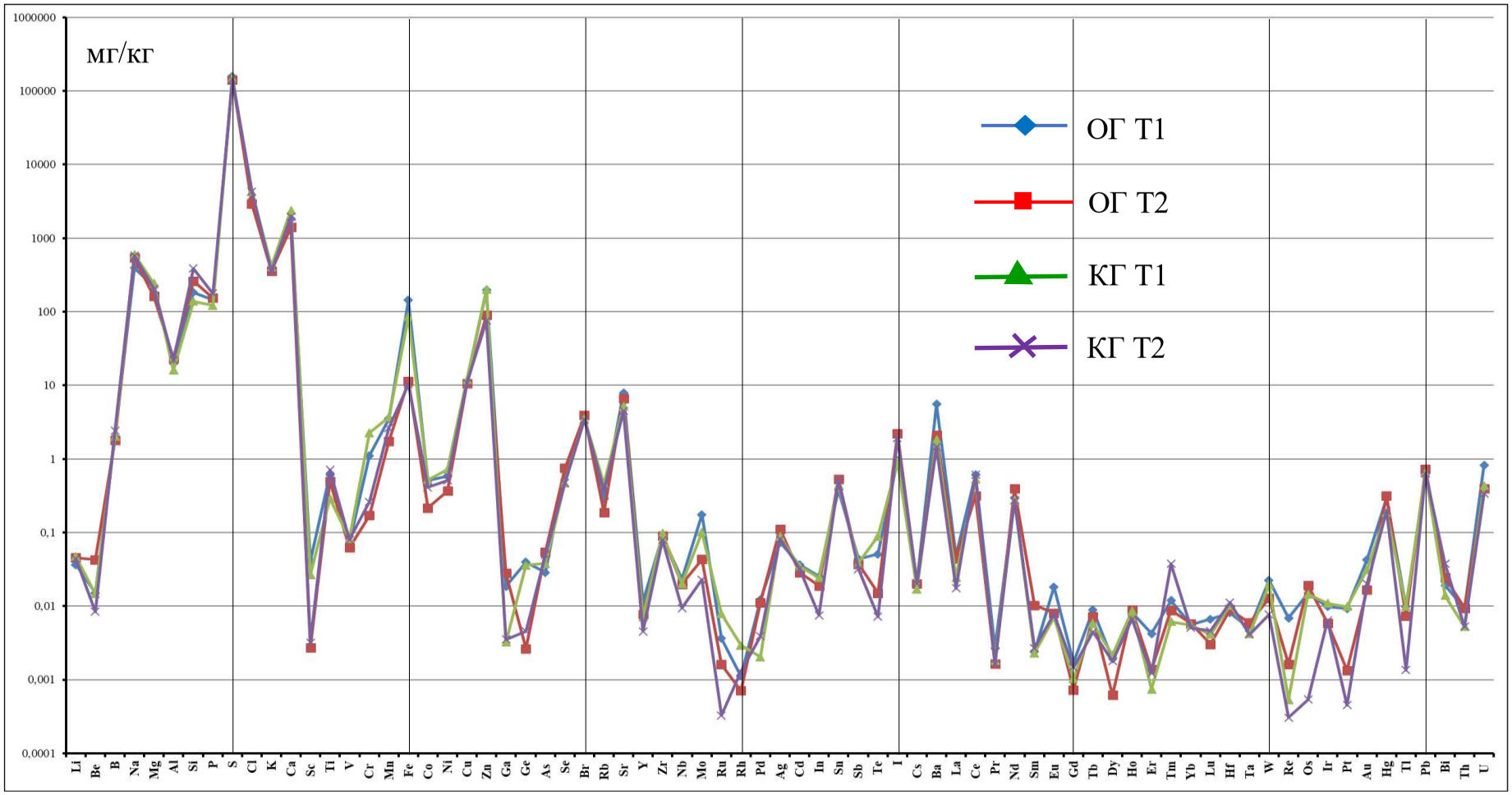


Рисунок 3 – Распределение элементов в волосах детей (10,4 – 11,5 лет) основной и контрольной групп г. Кокшетау в начале Т1 (декабрь 2018 г.) и в конце Т2 исследования (апрель 2019 г.)

На общем фоне выделяются некоторые различия. В волосах детей г. Кокшетау отмечены более высокие содержания Ca, Mg, из эссенциальных элементов в большем количестве присутствуют Li, Cr, Mn, Fe, Co, As, из микроэлементов больше содержится Sc, Ga, Y, Au, Hg, чем в волосах детей г. Алматы. В волосах детей г. Алматы несколько в больших количествах присутствуют Pb, Os, Ru, Rh, In, Re, W, лантаноиды – La, Gd, Dy, Ho, Er, Tm, за исключением Eu, Lu, Yb.

К концу исследования произошли существенные изменения в химическом составе волос у детей г. Алматы и г. Кокшетау. Причем, изменения одинаково характерны для детей основных и контрольных групп в обоих городах по следующим элементам: Li, Be, Mg, Ca, Al, Si, Sc, V, Cr, Mn, Fe, Co, Zn, Ga, Ge, As, Zr, Nb, Ru, Rh, Pd, In, Te, I, Cs, Ba, La, Pr, Sm, Eu, Gd, Dy, Er, Tm, Ho, Lu, W, Re, Os, Pt, Au, Tl, Bi, Th. Например, содержание йода в волосах детей основных групп в обоих городах увеличилось в 1,94-2,3 раза, у детей контрольных групп в то же время увеличилось в 2,1-2,6 раза. Содержание железа в волосах детей г. Кокшетау уменьшилось в 8,2-12,6 раза, в волосах детей г. Алматы уменьшилось в 3,6-5,7 раза.

Более высокие концентрации Ca и Mg в волосах детей г. Кокшетау, по-видимому, связаны с потреблением питьевых вод с более высоким содержанием данных элементов, что характерно для Северного Казахстана.

Выводы: Графики, приведенные на рисунках, отражают общую картину распределения ХЭ в волосах детей, независимо от природно-климатических условий места проживания.

Некоторое отличие в содержании в волосах детей г. Кокшетау и г. Алматы «металлов жизни», редкоземельных элементов, металлов платиновой группы, элементов-токсикантов связано, вероятнее всего, с природными условиями места проживания детей (с содержанием ХЭ в почвах, растительности, в продуктах питания растительного и животного происхождения). Сезонные изменения в химическом составе волос в сторону увеличения или уменьшения концентраций ХЭ, наблюдаемые во всех группах детей, независимо от места проживания, связаны, скорее всего, с особенностями питания детей в период учебы, и, следовательно, состав волос отражает пищевой статус организма у детей. Волосы могут служить тест-объектом для оценки пищевого статуса организма детей, оценки адекватности питания.

Необходимо продолжить изучение роли качества питьевой воды в обмене веществ и физическом развитии детей.

Работа выполнена при финансовой поддержке ТОО «Азия Су Компаниясы» и АО «Кокшетауские минеральные воды» (Казахстан).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бекаев Е.А., Сливкина Н.В., Пятов Е.А. Влияние физиологически полноценной питьевой воды на качество жизни школьников // материалы VII Международной научно-практической конференции «Global science and innovations 2019: Central Asia», серия «Медицинские науки», №2 (3), сентябрь-октябрь 2019 г. – г.Нур-Султан. – С. 112-116.

2. Бекаев Е.А., Пятов Е.А., Джимак С.С., Сливкина Н.В., Сергазина С.М. Изменение содержания дейтерия в слюне при потреблении обедненной дейтерием воды // «Валеология. Здоровье, болезнь, выздоровление». – Медицинский университет Астана. – г. Нур-Султан, 2020. – №3. – С. 83-87.

3. Мороз Г.А., Белоконова Н.А., Перевалов С.Г., Плотникова И.А. Питьевая вода как фактор снижения токсической нагрузки при лечении детей // Успехи современного естествознания.–2013.– № 9.–С.112-114.

4. Скугорева С.Г., Ашихмина Т.Я., Фокина А.И., Лялина Е.И. Химические основы токсического действия тяжёлых металлов (обзор) // Теоретическая и прикладная экология №1, 2016. – С. 4-13.

5. Скальный А.В., Скальная М.Г., Лакарова Е.В., Ломакин Ю.В., Шарипов К.О. Методы исследования элементного состава организма: теоретические и прикладные аспекты // Микроэлементы в медицине, 13 (3). – 2012. – С. 14-18.

6. Троегубова Н.А., Рылова Н.В., Гильмутдинов Р.Р., Середа А.П. Особенности содержания биоэлементов в слюне и волосах юных спортсменов // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2, 2016.–С.84-88.

7. Пятов Е.А., Инюшин В.М., Каиргельдина С.А., Бекаев Е.А., Сергазина С.М., Камзе А.Р. Волшебные источники Синегорья. Физиологически полноценная природная минеральная вода «TURAN» с пониженным содержанием дейтерия (легкая вода). Алматы: ТОО «РПК GRAND PRESS». – 2018. – 24 с.

Автор для корреспонденции: Пятов Евгений Александрович, директор по науке, АО «Кокшетауские минеральные воды», г. Кокшетау. Контактный телефон: +7-701-544-6960; e-mail: pyatov@yandex.ru.

VALEO

ӘОЖ: 618.14-006.36

БЕГИМБЕКОВА Л.М.,[1] ДЕМЕУОВ А.А., [1] ПАНАЕВ М.С., [1] САРКУЛОВА И.С., [1]АБДИКАРИМОВА Р.К., [2]БИГЕЛЬДИЕВ А.К.
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
Шымкент медициналық институты
[1]Акушерлік-гинекология кафедрасының оқытушылары
[2] Акушерлік-гинекология кафедрасының резиденті

ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҒДАЙ: «ЖАТЫР МИОМАСЫ»

Түйіндеме:
Жатыр миомасы-бұл аурудың кең таралуы мен "жасаруына" байланысты гинекологиядағы ең өзекті мәселелердің бірі, сонымен қатар бұл патологияның әйелдердің денсаулығы мен репродуктивті функциясына теріс әсері. 50% жағдайда ауру асимптоматикалық болып табылады және тек әйелдерді гинекологиялық тексеру кезінде, оның ішінде қосымша зерттеу әдістерін қолдану арқылы диагноз қойылады.

Кілтті сөздер: жатыр миомасы, іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, жатыр денесі, УДЗ.

БЕГИМБЕКОВА Л.М.,[1]ДЕМЕУОВ А.А., ПАНАЕВ М.С., [1]САРКУЛОВА И.С., [1]АБДИКАРИМОВА Р.К, [2]БИГЕЛЬДИЕВ А.К.

[1]Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмета Ясави,
Шымкентский медицинский институт
[1]Преподаватели кафедры Акушерства-Гинекологии
[2] Резидент кафедры Акушерства-Гинекологии

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: «МИОМА МАТКИ»

Миома матки является одной из наиболее актуальных проблем гинекологии из-за широкой распространённости и «омоложения» данного заболевания, а также того отрицательного влияния, которое эта патология оказывает на состояние здоровья и репродуктивную функцию женщин. В 50% случаев болезнь протекает бессимптомно и диагностируется только при гинекологическом обследовании женщин, в том числе с применением дополнительных методов исследования.

Ключевые слова: миома матки, боли внизу живота, тело матки, УЗИ.

BEGIMBEKOVA L.M., [1]DEMEUOV A.A., PANAYEV M.S., [1]SARKULOVA I.S., [1]ABDIKARIMOVA R.K, [2]BIGELDIEV A.K.
International Kazakh-Turkish University name of Khoja Ahmed Yasawi, Shymkent medical Institute
[1]prefutors of the Department of Obstetrics and Gynecology
[2] Resident of the Department of Obstetrics and Gynecology

CASE STUDY: "UTERINE FIBROIDS"

Uterine fibroids are one of the most urgent problems of gynecology due to the widespread prevalence and "rejuvenation" of this disease, as well as the negative impact that this pathology has on the health and reproductive function of women. In 50% of cases, the disease is asymptomatic and is diagnosed only during gynecological examination of women, including with the use of additional research methods.

Key words: uterine fibroids, lower abdominal pain, uterine body, ultrasound.

Жатыр миомасы (сонымен қатар фибромиома, лейомиома) - бұл жатырдың бұлшықет қабатында яғни миометрийде пайда болатын қатерсіз ісік. Бұл әйелдерде ең көп таралған аурулардың бірі болып , барлық гинекологиялық аурулардың 12 - 25% жиілігіне құрайды [5]. Жатыр миомасының ең жоғары ауруы кеш репродуктивті кезеңде және менопауза алдында болады [6].

Қабынудан басқа жиі кездесетін гинекологиялық аурулардың қатарына жатыр миомасы жатады. Оның жиілігі 25-30% [1,2,3,4] құрайды. Жатыр миомасы кез-келген жаста пайда болады, бірақ көбінесе кеш репродуктивті және менопаузаға дейінгі кезеңде жиі пайда болады. Жас әйелдердің 3,3-7,8% - ында (30 жасқа дейін) жатыр миомасы диагнозы қойылады [1,2,3]. Бұл ауру жас қыздар мен балалары бар ересек пациенттер арасында жиі кездеседі. Статистикаға сәйкес, пациенттердің 85% - ында патология пайда болады, әйелдердің тек 30% - ында ауру белгілі белгілермен дамиды. Жас қыздарда жатыр миомасы егде жастағы пациенттермен бірдей ықтималдықпен пайда болуы мүмкін. Миома жас қыздар мен репродуктивті жастағы әйелдерде диагноз қойылады. Бұл патология репродуктивті органның бұлшықет жасушаларының жұмысы бұзылған кезде пайда болады. Қыздардағы жатыр миомасы-бұл өте сирек кездесетін диагноз, оны күнделікті өмірде акушер-гинекологтар анықтайды. Жатыр миомасы әсіресе жас қыздарда сирек кездесетін жағжай болып табылады. Біздің де тәжрібемізде жас қыздардағы жатыр миомасы сирек кездеседі. Сол тәжірибемізде сирек және қызықты жағдай туралы айта кеткенні жөн көрдік.

Іс жүзінде гинекология бөлімінде жас қыздардағы жатыр миомасы сияқты сирек кездесетін жағдайлар болып жатады. Науқас Н., 1998 ж.т. төменгі іштің, бел аймағының ауырсынуына, ауырсынулы етеккірге, жалпы әлсіздікке шағымданған. Қыздың айтуынша, іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну үш ай бойы мазалаған. Келесі етеккірінің ауырсынып келуіне байланысты тұрғылықты жері бойынша емханаға көмек алуға келген.. Жамбас қуысы ағзаларының УДЗ-сы жасалған. Диагностика кезінде 22 жасар қызға жатыр миомасы диагнозы қойылды.Қызға хирургиялық ем ұсынылады.Дәрігерлердің ұсынысы бойынша қыз амбулаториялық жағдайда тексеріліп, жоспарлы операцияға дайындалды. Бірақ келесі етеккір циклына қыздың іші қатты ауырып "Даумед"клиникасына шұғыл емделуге келіп түсті.

Толық диагноз (негізгі ауру, қатар жүретін, асқыну): Жатыр миомасы, түйін формасы. FIGO мәліметтері бойынша (2011 ж.-5,6).

Өмір тарихы: Басынан өткерген ауруларыы жоқ. Вирустық гепатит-балалық шақта ауырған. Тері аурулары, туберкулез ауруларын-жоққа шығарады. Операция-Болмаған. Гемотрансфузияны жасалынбаған.. Аллергоанамнез: өыздың айтуынша жоқ. Жаман әдеттер: темекі шегу, алкоголизм жоқ.Дене салмағының индексі-27.

Гинекологиялық анамнез: Етекккірі 10 жастан бастап, 3-4 күн, ауыртпалықсыз, тұрақты, орташа. Соңғы 3 айда мол, ұзақ,ауырсынумен Virgo (пәк қыз). Гинекологиялық аурулар: жатыр миомасы, түйін формасы. Қолданылатын контрацепция әдістері: пайдаланбайды.

Эпидемиологиялық анамнез: соңғы 3 аптада инфекциялық науқастармен байланыс болған жоқ. Іш өту, құсу, ЖИИ-дің алғашқы белгілері болмаған. Үлкен дәреті қалыптасқан, қалыпты. Кене шағуды жоққа шығарады. Ауру жануарлармен байланыс болған жоқ. Мал союға қатысқан жоқ.

Онкологиялық тексеру: сүт бездері жұмсақ, емізіктері таза. Лимфа түйіндері үлкейгенмеген.

Обьективті зерттеуде:Жалпы жағдайы қанағаттанарлыө. Сана айқын, позициясы белсенді.Тамыр соғуы-72 мин. АҚ-110\70 мм. сын.т-36,4 с. дене температурасы қалыпты. Конституцияның нормостеникалық түрі. Ауыздың және жұмсақ таңдайдың шырышты қабаттары қызғылт, таза, дымқыл. Тері астындағы май қалыпты дамыған. Тері кәдімгі түсті, орташа ылғалды, серпімді. Түктену әйел типтес. Шеткергі лимфа түйіндері (жақ асты, жіліншік, мойын, желке, қолтық асты, шынтақ, шап) үлкеймеген, ауырсынусыз, серпімді, қоршаған тіндермен және өзара жабыспаған. Бұлшықет жүйесі: дамуы қанағаттанарлық, тон жақсы, пальпация кезінде ауырсыну жоқ, жеке бұлшықет топтарының гипертрофиясы/атрофиясы жоқ. Қозғалыс толық көлемде сақталды. Тыныс алу мүшелері: мұрын арқылы тыныс алу қиын емес. Тыныс алу түрі аралас. Минутына 16. Кеуде қуысының пішіні қалыпты, деформациялар жоқ, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Перкуторлы-айқын өкпе дыбысы. Аускультация кезінде: везикулярлы тыныс алу, кеуде қуысының барлық бөліктерінде жүргізіледі. Бронхофония симметриялы нүктелерде бірдей естіледі. Сырылдар естілмейді.

Жүрек-қан тамырлар жүйесі. Каротид артерияларының шығуы мен пульсациясы жоқ. Пальпаторлы апикальды итергіш V интеркостальды сызықта 1,5 см қашықтықта орналасқан. Жүрек соғуы анықталмайды. Аускультативті. Жүрек үні қатты, ырғақты. Жүрек соғу жиілігі 72 соққы бір минутта, патологиялық шу естілмейді. Пульс ырғақты, қанағаттанарлық және кернеулі. АД-110/70 мм.сын.

Ас қорыту жүйесі. Тілі дымқыл, таза. Қалыпты түсті жұлдыру. Іштің пішіні қарапайым. Көрінетін перистальтика жоқ. Щеткин-Блумберг симптомы теріс.

Бауыр мен көкбауыр пальпацияланбайды. Ерекшеліктері жоқ.

Зәр шығару жүйесі. Соққы симптомы екі жағынан да теріс. Қуық пальпацияланбайды. Дизуриялық бұзылулар жоқ.

Эндокриндік жүйе. Қалқанша безі тексеру кезінде көрінбейді. Екінші жыныстық белгілер жас пен жынысқа сәйкес келеді. Түктену әйел типтес.

Жүйке жүйесі. Айқын сана орынға, уақытқа және жағдайға бағытталған. Гинекологиялық мәртебесі. Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған.

Түктену әйел типтес. Жыныс жолдарынан бөлундулер жоқ.

Ректалды: жатыр мойны тығыз. Жатыр денесі жүктіліктің 7-8 аптасына дейін миоматозды түйіндерге байланысты үлкейген, түйнек тәрізді, тығыз консистенциялы, қозғалмалы, пальпация кезінде орташа ауырады. Қосымшалар екі жағынан анықталмайды, ауырсынусыз. Қынап күмбезі бос, ауыртпалықсыз.

Зертханалық-аспаптық зерттеу әдісінің деректері:

(III) қан тобы үшінші, Rh факторы (+) оң.

04.02-19 ж ЖҚӘ: Эритр – 3,7х10х12г /л, Нв – 117 г/л,оп-0,9, Лейк. 6,0 х10х9 /л, СОЭ 24 мм/сағ, қан кю қасиетті-3.26-4.00.

ЖЗА 04.02-19 ж: түсі-с\ж. Ақуыз-жоқ ,сал-1024, лейкоциттер 1-2, эп-6-7.

Қан биохимиясы: 04.02-19 ж жалпы ақуыз 65 г\л. глюкоза-6,1 ммоль/ л жалпы.билирубин-13,3 мкмоль / л, мочевина -4,0 мкмоль\л,АСТ-0,07 ммоль\л,холестерин-4,8 ммоль\л.

Коагулограмма 04.02-19 ж - ПВ-14,ПТИ-100 %,ПО-1,0,МНО-1,00.

В, С вирустық гепатитінің маркерлеріне қан 05.02-19 г-отр. Құрттардың жұмыртқаларына арналған нәжіс-отр. Қан RW отр.

01.02.19 ж. жамбас УЛЬТРАДЫБЫСТЫ ЗеРТТЕУІ - жатырдың артқы қабырғасындағы интрамуральды-субсерозды миоматозды түйін,өлшемі 5,6х5, 1 см.

іш қуысының УЛЬТРАДЫБЫСЫ-созылмалы тассыз холецистит, бүйректегі қабыну процесінің эхо белгілері.

ЭКГ-синустық ырғақ, ЖЖЖ-70 уд/мин.ЭОС қалыпты жағдайы.

09.02.19 ж. жоспарлы түрде операция жасалды-лапароскопия, консервативті миомэктомия. Интраоперация арқылы анықталған - жатырдың денесі жүктіліктің 6-7 аптасына дейін жатырдың түбінде 5,5х5,5 см өлшемді субсерозды-интрамуральды орналасқан миоматозды түйінге байланысты. Фаллопиялық түтіктер, аналық бездер - патологиясыз.

Макропрепаратты гистологиялық зерттеудің нәтижесі: атипияның жүлдегерлері жоқ жатыр Леомиомасы.

Емдеу жүргізілді: клиникалық хаттамаға сәйкес: Бактерияға қарсы терапия, инфузиялық терапия, ауырсынуды басатын терапия (Кетонал -2,0 в/м № 5 ауырсыну кезінде). Жергілікті қабынуға қарсы-диклофенак шамдары 100 мг ректалды № 4. Таңу.

Операциядан кейінгі кезең асқынусыз өтті. Ұсыныстармен қанағаттанарлық жағдайда шығарылды. Түйіндік миома-бұл орта жастағы әйелдерде жиі кездесетін жақсы сипаттағы білім. Статистикаға сәйкес, патология пациенттердің 20% - ында дамиды және дамыған курс хирургиялық араласуды қажет етеді.

Дәрігерге уақтылы бару болжамы қолайлы болып қала береді. Егер науқас тіндердің өлуіне дейін ауруханаға жеткізілсе, онда операция кезінде әдетте ағзаны сақтауға болады. Осыдан кейін шамамен 75% жағдайда әйелдер репродуктивті функцияны сақтайды. Кеш қолданған кезде немесе диагноздағы қателіктер тез дамып келе жатқан асқынуларға байланысты болжам нашарлайды. Егер диагнозды дәл уақтында анықтап емін дұрыс жүргіссек ,бұл жағдайда емдеу сәтті болуы мүмкін, бірақ бірқатар жағымсыз салдарлар жоққа шығарылмайды.

Осылайша, миоманы емдеу болжамы оң, өйткені хирургиялық жолмен алып тастағаннан кейін әйелдің бала туу қабілеті сақталады [5,6,7]. Миома жас қыздар мен репродуктивті жастағы әйелдерде диагноз қойылады. Дамып келе жатқан көптеген миомалық түйіндердің дамуы жатырдың жойылуының негізгі көрсеткіші болып табылады, өйткені бұл жағдайда қатерсіз ісіктің қатерлі ісікке айналуы мүмкін. Асқынулар уақтылы емделмегенде немесе оның толық болмауында пайда болуы мүмкін, сондықтан осы диагнозбен гинекологтың бақылауы ұсынылады[8,9]. Жас қыздар, әдетте, бұл ауру туралы ақпаратқа ие емес, сондықтан тексеру кезінде проблемалар анықталған кезде олар дүрбелеңге түседі. Репродуктивті денсаулықты сақтау үшін тағайындалған зерттеулерден өтіп, емдеуші дәрігердің ұсыныстарын орындау қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Акушерство и гинекология.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

***2.** Акушерство и гинекология. - М.: Литтерра, 2015. - 384 с.*

3. Гордеева, Г. Д. Акушерство и гинекология / Г.Д. Гордеева, Г.К. Степанковская. - М.: Эксмо, 2016.

4. Григорьева, А.Н. Женские болезни. Гинеколог поставит диагноз "здорова" / А.Н. Григорьева.

5. Акушерство и гинекология. Справочник для практических врачей. Стандарты оказания медицинской помощи. - М.: Ремедиум, 2014. -С. 36-44.

6. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И.Кулакова, И.Б.Манухина, Г.М.Савельевой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-1072с.

7. Кулаков, В.И. Современная концепция оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями. / В.И.Кулаков, А.С. Гаспаров, А.Г. Косаченко и др. //Акуш и гин 2006; 2: 45-48.
8. Петрова Н.Г. Проблемы и основные направления совершенствования оказания медицинской помощи больным с новообразованиями женской половой системы /Н.Г. Петрова, М.В. Окулов, Э.В. Комличенко // Акушерство и гинекология. 2009. - № 2 - С. 57-60.
9. Практическая гинекология: Под редакцией В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской — Москва, МЕДпресс-информ, 2008 г.- 760 с.
10. Bennet G.L., Slywotzky C.M., Giovanniello G. Gynecologic causes of acute pelvic pain: spectrum of CT findings // Radiographics. 2002, Jul-Aug. - V. 22, №4.-P. 785-801.

Автор для корреспонденции: Саркулова Ирода Сабиржановна - Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмета Ясави, Шымкентский медицинский институт, Кафедра Акушерство гинекология, E-mail: iroda_8822@mail.ru, 87787771773,

VALEO

ӘОЖ;618.14-008.6

И.С.САРКУЛОВА, Р.Я.УТЕПОВА, Н.А.БАРХЫБАЕВА, Р.К.АБДИКАРИМОВА
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
Шымкент медициналық институты, Акушерлік-гинекология кафедрасы

ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҒДАЙ: КӨПІРШІКТІ ТЫҒЫН

Түйіндеме:
Көпіршікті тығынның жиілігі жас келе ұлғаяды. Бір әйелде жүктілік бірнеше рет көпіршікті тығынмен аяқталуы мүмкін. Жүктіліктің кішкентай мерзімінде көпіршікті тығынның ең үлкен қауіпі - бұл ауру алғашқы екі айда өзін көрсетпеуі мүмкін. Бұл оның диагностикасын қиындатады. Көпіршікті тығын көп ұрықты жүктілікпен, жедел көпсулылық, миоматозды жатырда жүктілікпен, жатырдың қуысына қан құйумен, аномальды жатырдан қан кетумен ажырату диагносьтикасын жасауға болады.
Кілтті сөздер: көпіршік тығын , жүктілік, жатыр, трофобластикалық ауру.

И.С.САРКУЛОВА, Р.Я.УТЕПОВА, Н.А.БАРХЫБАЕВА, Р.К.АБДИКАРИМОВА
Международный казахско-турецкий университет им.Ходжи Ахмеда Ясави
Шымкентский медицинский институт, Кафедра акушерства-гинекологии

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

Частота пузырного заноса увеличивается с возрастом. У одной и той же женщины беременность может заканчиваться пузырным заносом неоднократно. Самая большая опасность при пузырном заносе на маленьком сроке беременности состоит в том, что заболевание может никак не проявлять себя в течение первых двух месяцев. Это существенно затрудняет его диагностику. Пузырный занос приходится дифференцировать с многоплодной беременностью, острым многоводием, беременностью в миоматозной матке, выкидышем с кровоизлиянием в полость матки, аномальным маточным кровотечением.
Ключевые слова: пузырный занос, беременность, матка, трофобластическая болезнь.

I.S. SARKULOVA, R.YA. UTEPOVA, N.A. BARHIBAYEVA, R.K. ABDIKARIMOVA
Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University
SHymkent medical institute, Department of obstetrics and gynecology

CASE FROM PRACTICE: MOLAR PREGNANCY

The frequency of bubble drift increases with age. In the same woman, pregnancy can end in a blistering skid repeatedly.The biggest danger with bubble drift in a small period of pregnancy is that the disease may not manifest itself in any way during the first two months. This makes it very difficult to diagnose it. Cystic drift has to be

differentiated with multiple pregnancies, acute polyhydramnios, pregnancy in the myomatous uterus, miscarriage with hemorrhage in the uterine cavity, abnormal uterine bleeding.

Keywords: vesicular drift, pregnancy, uterus, trophoblastic disease.

Көпіршікті тығын (молярлық жүктілік) трофобласттың аномальды көбеюі нәтижесінде пайда болатын патологиялық жағдайы [1], трофобластикалық ауру, оның қатерсіз нұсқасы. Көпіршікті тығын негізгі клиникалық симптомдарына жыныс жолдарынан қанды бөлінулер (97%), гестация мерзімінен артық (50%) жатыр көлемінің ұлғаюы, аналық бездердің тека-лютеинді кисталары (50%) жатады. Жүкті әйелдердің тоқтаусыз құсуы (30%) сирек кездеседі[1]. Көпіршікті тығын жиілігі әелдердің жасына қарай ұлғаяды. 35 жастан асқан әйелдерде қауіп 2 есе, 45 жастан кейін 7,5 есе артады, яғни бұл патологияның шыңы 40-49 жас аралығында болады [2]. Ауру қайта жүкті әйелдерде 3 есе жиі кездеседі. Бұл ерте жетілген қыздар мен жасөспірімдерде, тіпті 10 жасқа дейінгі қыздарда, сондай-ақ климактерияға дейінгі кезеңдегі әйелдерде, үлкен жастағы әйелдердеде байқалады. 50-56 жастағы әйелдерде көпіршікті тығын жағдайлары туралы көптеген мәліметтер бар. 40-50 жас аралығындағы барлық көпіршікті тығынның 1/3 құрайды. Кейбір әйелдерде жүктілік бірнеше рет көпіршікті тығынмен аяқталуы мүмкін.

Көпіршікті тығын клиникасы әрдайым айқын емес, лютеин кисталары сирек кездеседі, сонымен қатар хорионды гонадотропиннің (ХГ) жоғары деңгейі-тек 6,6% - да ол 100000 мМЕд/мл-ден асады [1]. Көпіршікті тығынның маңызды диагностикалық критерийілерінен бірі қан сарысуындағы ХГ деңгейін динамикада анықтау болып табылады [2].Жүктіліктің ерте мерзімінде , жүктілікті ескере отырып, дифференциалды диагноз қою жиі қиын, мысалы, жатырдың қан кетуі мен көпіршікті тығын жүктілік арасында. Жатырдан анамальды қан кету (АМҚК) - кең таралған гинекологиялық ауру, ол ауруханаға жатқызудың жиі кездесетін себептерінің бірі болып табылады және хирургиялық емдеуді қажет етеді [3,4,5]. Егер пациент дәрігер үшін "қажетті сәттерді" өткізіп, өзінің жай-күйі туралы хабарласа,одан әрі жүргізу тактикасын (жедел немесе консервативті емдеу) анықтау үшін диагноз қоюда қате жіберуі мүмкін . Жоғарыда келтірілген мәліметтерді негіздейтін клиникалық жағдайлар туралы айтуға болады.

Клиникалық жағдайды ұсынамыз: Гинекологиялық бөлімшеге жыныстық жолдардан көп мөлшерде қан кету, іштің төменгі жағындағы ауырсыну, жалпы әлсіздік туралы шағымдармен жүкті әйел келген.

Ауру тарихы: 1 ай ішінде, етеккірі 2 айға кешіккен, жыныс жолдарынан қан кетуде. Жатырдан қан кетуді ескере отырып, желтоқсан айының соңында жатыр қуысына Куретаж жасалынған, гистологиялық анализдәі нәтижесі жоқ. Гинекологта 2019 жылдан бастап жатыр миомасымен диспансерлік есепте тұрады. Амбулаториялық жағдайда гемостатикалық препараттар қабылдаған. Нәтіже болмаған.Осыған байланысты ауруханаға портал бойынша гинекологиялық бөлімшеге жоспарлы емдеуге дайындалған. Үйінде бір сағат ішінде жыныс жолдарынан көп мөлшерде қан кету, жалпы әлсіздік байқалғандықтан ,№2 ҚА гинекология бөлімшесіне келген..

Өмір тарихы: жасына сәйкес өсіп, дамыдған. Туберкулез, тері-венерологиялық ауруларды жоққа шығарады. Балалық шақтағы Гепатит. Тұқым қуалаушылық ауырмаған . Иммуностатус белгісіз. Жарақат, қан құюды жоққа шығарады. Балалық шақтағы Аппендэктомия операциясы. Басқа операция болған жоқ.14 жастан бастап Менструация бірден, 3-4 күннен кейін, 28 күннен кейін, тұрақты, ауыртпалықсыз , соңғы 4 айда бұзылған. Соңғы етеккір-25.10.19, 1 ай қан. Неке-1. Жүктілік-9, босану -5 болды. М / а-4. Гинекологиялық аурулар-жатыр миомасы, алғаш рет 2019 жылы анықталды.

Эпидемиологиялық анамнез: жұқпалы аурулармен байланысын жоққа шығарады.

Аллергологиялық тарих: дәрі-дәрмектерге аллергиялық реакцияларды жоққа шығарады. Объективті зерттеу: жалпы жағдайы орташа ауырлықтағы. Тері және көрінетін шырышты бозғылт түсті, таза. Перифериялық лимфа түйіндері үлкеймейгенді. Нормостендік типтегі пішін. Дене температурасы 36,5 0С. сүт бездері жұмсақ, емізіктері таза. Өкпеде везикулярлы тыныс алу, сырылдар жоқ. ТА-минутына 16. Жүрек үндері үнсіз, ырғақты. АҚ 80/50,80/50мм.сын.ритмикалық толтыру мен кернеудің 1 минутындағы импульс 122. Іші жұмсақ, төменгі бөлімдерде ауырады, тыныс алу актісіне қатысады. Перитонеальды белгілер теріс. Бауыр үлкейген жоқ. Көкбауыр пальпацияланбайды. Соққы симптомы екі жағынан да теріс. Ісіну жоқ. Зәр шығару еркін, ауыртпалықсыз. Соңғы 3 аптадағы үлкен дәреті қалыпты.

Гинекологиялық статусы:сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, түктері әйел типіне сәйкес. Уретра және паруретральды жолдар ерекшеліктері жоқ. Бартолин бездері үлкейгенмегенқ.Жыныс жолдарынан көп қанды бөлінділер.

Айнамен қарағанда : қынап пен жатыр мойнының шырышты қабырғалары бозғылт, жатыр мойны таза, сыртқы жатыр мойны ашық. Жыныс жолдарынан көп қанды бөлінділер.

Р. V: қынап босанғн әйелдікі. Жатыр мойны цилиндр тәрізді. Сыртқы жұтқыншақ саусақтың ұшын өткізеді. Жатыр antaeversio, 12 апталық жүктілікке сәйкес келеді, тығыз консистенциялы , аздап қозғалмалы, ауыр. Екі жағынан қосымшалар пальпацияланбайды, ауыртпалықсыз. Күмбездері бос, ауырсынусыз. Жыныс жолдарынан көп қанды бөлінділер.

Диагноз: жатырдан аномалиялық қан кету? 2 дәрежелі геморрагиялық шок

Симптомды жатыр миомасы. Геморрагиялық синдром.

Аномальды жатырдан қан кету белгілері оның пайда болу себебіне, әйел денесінің жалпы жағдайына, оның жеке ерекшеліктеріне, науқастың жасына және басқа да көптеген факторларға байланысты[3,4,5].

Науқастың шағымдарын, жалпы жағдайын, консервативті терапияның әсерінің болмауын, хирургиялық гемостаз әсерінің болмауын ескере отырып (2019 жылғы желтоқсанда) хирургиялық емдеу жүргізу шешілді. Науқастың келісімі алынды.

Ота жасалды: Лапаротомия . Жатырдың қосымшаларсыз экстирпациясы.

Интраоперация диагнозы қойылды: жатыр миомасы, түйінді формасы.

Макропрепараттың сипаттамасы: жатыр бозғылт қызғылт түсті, жүктіліктің 12 аптасына дейін үлкейтілген, жатырдың оң жақ бұрышында көлемі 4,0х4,0 трофобластикалық ауруға күдікті некротикалық аймақ, серозды қабыққа дейін өніп шыққан.

Макропрепарат гистологиялық талдауға жіберілді. 04.02.20 ж. ХГ-ге қан-135,9 (норма-0-5,0)

Ұсынылған: 2 аптадан кейін гистологиялық талдау нәтижесіне келу, динамикадағы ХГ бақылауы, гистология нәтижесімен онкогинекологпен кеңесі.

Осылайша, бастапқыда науқастың шағымдарын, аурудың тарихын, клиниканы ескере отырып, жатырдан тыс қан кету сияқты алдын-ала диагноз қойылды. Бірақ тек операция кезінде және макропрепараттың өзі көпіршікті тығынның суретін анықтадық. Егер диагностика мен емдеу хаттамасына сәйкес жатыр қуысының куретажы жасалса, онда бұл манипуляция кезінде перфорация, жаппай қан кету сияқты асқыну пайда болуы мүмкін еді (бұл аймақтың қанмен жақсы қамтамасыз етілуі ескеріледі).

Көпіршікті тығынның жеткілікті емі әйелдің ұрпақты болу әлеуетін келесі қалыпты жүктілік мүмкіндігімен сақтауға мүмкіндік береді. Емханаларда көпіршікті тығынның диагнозы тек 2% – да белгіленеді, көбінесе-қынаптан көпіршіктер шыққан кезде. Көпіршіктердің бөлінуі пациенттердің 11% - ында байқалады. Көпіршікті тығынды көп ұрықты жүктілікпен, жедел көп сулылықпен , миоматозды жатырдағы жүктілікпен, жатыр қуысына қан кетумен, жатырдан аномлиялық кетумен ажырату диагнозын жасауға болады. Миоматозды жатырдағы көпіршікті тығын және жүктіліктің дифференциациясы үшін гормоналды зерттеу жүргізіледі. Миома мен жүктіліктің үйлесімінде хорионикалық гонадотропин титрі сол кезеңдегі қалыпты жүктілікпен салыстырғанда да төмендейді. Сирек жағдайларда, везикулалық тін некротикалық болып, бірақ жатырда қалады, реакция-бұл гормон тіпті теріс болуы мүмкін

Жүктілікті жоспарлау кезінде әйелдер алдымен денсаулығының жай-күйін зерттеп, жүктіліктің қиын және ұзақ кезеңіне, сондай-ақ босануға қаншалықты дайын екенін анықтауы керек. Жұқпалы аурулары және гормоналды дисфункциясы бар пациенттерде көпіршікті тығынның жоғары қаупі туралы мәліметтер болғандықтан, инфекция көзін жою және қалыпты етеккір ырғағын қалпына келтіру қажет. Қорытындылай келе, мұқият жүргізілген клиникалық және анамнездік зерттеу, диагностиканың заманауи технологиялық әдістерін қолдану көпіршікті тығын және жатырдан аномальды қан кету бар науқастарды басқарудың тиісті тактикасын таңдауға және болашақта оларды динамикалық бақылауды жүзеге асыруға мүмкіндік беретінін атап өткен жөн. Егер жүктілік бұрыннан болса және көпіршікті тығынмен бірге жүрсе, диагнозды мүмкіндігінше ертерек жасау керек. Дәрігерге уақтылы бару асқынулардың алдын алуға және болжам қолайлы болып табылады . Уақтылы диагностика жасау басқа пациенттің жүктілікке *ұқыпты қарауы және дәрігер берген барлық ұсынымдарды орындауы көмектеседі*

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Obstetrics. Nationalleadership [Akusherstvo. Natsional'noerukovodstvo (in Russian)]. Moscow. 2011; 930-941.

2. BokhmanYa.V. Guide oncogynecology

3. МещеряковаЛ.А. Трофобластическаяболезнь. Акушерство и гинекология. 2006; 4: 68-72.

4. Мещерякова Л.А. Трофобластическая болезнь: новый взгляд на лечение и мониторинг. Современнаяонкология. 2002; 4 (4): 168-171.

5. Бурлев В.А. Перитонеальные спайки: от патогенеза к профилактике / В.А. Бурлев, Е.Д. Дубинская, А.С. Гаспаров // Проблемы репродукции. 2009. - Т. 15, № 3. -С. 36-44.

6. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И.Кулакова, И.Б.Манухина, Г.М.Савельевой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-1072с.

Автор для корреспонденции: И.С.Саркулова - Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент медициналық институты, акушерлік-гинекология кафедрасы- iroda_8822@mail.ru

VALEO

УДК: 616.9-053.82+616.379-008.64+616.61

З.К. СМАГУЛОВА[1], М.Е. КОНКАЕВА[1], Ш.А. КУЛЖАНОВА[1], Т.А. ЦЕЧОЕВА[2], В.О.КАЛИН[2], Г.О.ТУРЕБАЕВА, М.Т.АБИШЕВ, М.В.МОЗГОВАЯ[2], А.С.ПШЕНБАЕВА[2], Б.Б.БЕКТАСОВА[2], Г.Б.БАЙЫРБЕКОВА[2].

[1] НАО «Медицинский университет Астана»

[2] ГКП на ПХВ «ММЦ», городской инфекционный центр

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аннотация:

Данный клинический случай показал, что у пациента с сопутствующей патологией (Сахарный диабет 1 типа. Состояние после трансплантации почки) наблюдалось тяжелое течение коронавирусной инфекции с длительной лихорадкой. Применение противовирусного препарата «Ремдесивир» оказало решающий положительный эффект на течение заболевания.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, противовирусная терапия, ремдесивир.

З.К. СМАГУЛОВА[1], М.Е. КОНКАЕВА[1], Ш.А. КУЛЖАНОВА[1], Т.А. ЦЕЧОЕВА[2], В.О.КАЛИН[2], Г.О.ТУРЕБАЕВА, М.Т.АБИШЕВ, М.В.МОЗГОВАЯ[2], А.С.ПШЕНБАЕВА[2], Б.Б.БЕКТАСОВА[2], Г Б.БАЙЫРБЕКОВА[2]

[1] КеАҚ «Астана медицина университеті»

[2] Нұр-Сұлтан қаласы әкімдігінің ШЖҚ «Көпсалалы медицина орталығы» МКК, жұқпалы аурулар орталығы

ҚАНТ ДИАБЕТІ МЕН БҮЙРЕК ПАТОЛОГИЯСЫ БАР ЖАҢА КОРОНАВИРУСТЫҚ ИНФЕКЦИЯСЫМЕН НАУҚАСТАНҒАН ЕМДЕЛУШІГЕ ВИРУСҚА ҚАРСЫ ЕМДІ ҚОЛДАНУ ЖАҒДАЙЫ

Қосалқы патологиясы (қант диабеті, бүйрек трансплантациядан кейінгі жағдай) бар емделушінде коронавирустық инфекциясы ұзақ қызбамен ауыр ағымда өтетінің осы клиникалық жағдайда көрсетілген.

Вирусқа қарсы «Ремдесивир» дәрі-дәрмекті қолдану аурудың ағымына шешуші оң әсер көрсетті.

Негізгі сөздер: коронавирустық инфекция, вирусқа қарсы ем. ремдесивир.

Z. SMAGULOVA[1], M. KONKAEVA[1], S.KULZHANOVA[1], T.A. TSECHOEVA[2], V.KALIN[2], G.TUREBAYEVA, M.ABISHEVA[2], M.MOZGOVAYA[2], A. PSHENBAEVA[2], B.BEKTASOVA2, BAYYRBEKOVA[2]

[1] NJSC "Astana Medical University"

[2] GKP on REM "MMTs", city infectious disease center

APPLICATION OF ANTI-VIRAL THERAPY IN TREATMENT OF NEW CORONAVIRAL INFECTION IN A PATIENT WITH KIDNEY PATHOLOGY AND DIABETES MELLITUS.

This clinical case showed that a patient with concomitant pathology (Type 1 diabetes mellitus. The presence of a transplanted kidney. Disabled group 2) had a severe course of coronavirus infection with prolonged fever. The use of the antiviral drug "Remdesivir" had a decisive positive effect on the course of the disease.

Key words: coronavirus infection, antiviral therapy, remdesivir.

Введение. Больные с хроническими болезнями почек (ХБП) являются группой особо высокого риска заражения COVID-19 (1,2) и высокой летальности при развитии заболевания. Это связано с тем, что причиной ХБП являются основные популяционные болезни (сахарный диабет, гипертензия, ожирение, атеросклероз), а также пожилой возраст, которые сами способствуют высокой заболеваемости и смертности от COVID-19 (3).

Данная статья будет полезна для специалистов в области инфектологии. Вашему вниманию представляем случай из практики:

Материалы и методы: анализ истории болезни стационарного больного.

Результаты и обсуждение. Больной А., 26 лет, находился на стационарном лечении в городском инфекционном центре г. Нур-Султан с 12.10.2020 по 27.10.2020 г с диагнозом: Коронавирусная инфекция COVID-19, средней степени тяжести (вирус идентифицирован). Двусторонняя полисегментарная

пневмония, смешанной этиологии (COVID-19 ассоциированная, бактериальная). КТ-2. Осложнение: Острая респираторная (дыхательная) недостаточность ДН 1 ст. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, декомпенсация. Сопутствующие заболевания: Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом. Хронический пиелонефрит единственной правой почки. ХПН 1ст. Наличие трансплантированной почки. Состояние после пересадки правой почки (2015 г.). Инвалид 2 группы.

Анамнез заболевания: заболел остро, 3.10.2020 г., когда появилась общая слабость, повышение температуры тела до 39°С, потливость, отсутствие аппетита. Самостоятельно принимал парацетамол по 500 мг х 2 раза в день. Состояние было без улучшения. Обратился к участковому врачу 06.10.2020 г., принимал цефазолин 1,0 х 2 раза в/м — 2 суток. Продолжал высоко лихорадить. С 10.10.2020 г. присоединилась тошнота, периодически рвота, сухой кашель, одышка при физической нагрузке. 13.10.2020 вызвал скорую медицинскую помощь, доставлен в городскую многопрофильную больницу № 1. На уровне приемного отделения было сделана компьютерная томография органов грудной клетки. Заключение: КТ-признаки двустороннего поражения легких вероятно вирусной этиологии (процент поражения 30-35%). По договоренности, для дальнейшего лечения и обследования переведен в ГИЦ ММЦ. Осмотрен дежурным инфекционистом и был госпитализирован.

При поступлении: состояние пациента было средне тяжелым за счет интоксикационного синдрома, дыхательной недостаточности и сопутствующей патологии. Диагноз был установлен на основании клинических данных, результате компьютерной томографии легких и положительного результата ПЦР на коронавирусную инфекцию. Была назначена комплексная терапия, включающая пронпозицию, респираторную поддержку в виде высокопоточной оксигенотерапии, антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные препараты. Также, учитывая длительность заболевания и продолжающуюся лихорадку, была назначена антибактериальная терапия. Кроме этого, пациент получал лечение по сопутствующей патологии – иммунодепрессанты и инсулин. Динамическое наблюдение включало в себя регулярный осмотр, контроль лабораторных показателей (общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови, КЩС крови).

На фоне проводимой комплексной терапии в течение двух суток сохранялся синдром интоксикации с фебрильной лихорадкой до 39,5°С, потливостью, выраженной слабостью. Был созван консилиум, и, с учетом длительности клинических проявлений (около 10 дней), наличия подтвержденной вирусемии (ПЦР COVID-19 12.10.2020 положительно), относительно стабильных показателей азотистых шлаков, высоких цифр иммуновоспалительных маркеров крови (СРБ 314 мг/л, Интерлейкин-6 - 207 пг/мл, Лейкоциты - $14,5\times10^9$/л, прокальцитонин 1,94 нг/мл), рекомендовано: перевести пациента в реанимационное отделение и добавить противовирусную терапию препаратом Ремдесивир (рекомендован клиническим протоколом МЗ РК «Коронавирусная инфекция – Covid-19, 10-я редакция».

Уже через сутки после начала приема Ремдесивира, 15.10.2020, состояние пациента улучшилось, температура тела нормализовалась, наметилась положительная динамика. Показатель прокальцитонина снизился более, чем в два раза - 0,648 нг/мл, интерлейкина-6 снизился почти в 10 раз - до 28,78 пг/мл. Следует отметить, что побочных эффектов на применение лекарственных препаратов не наблюдалось. Состояние пациента прогрессивно улучшалось. 27 октября он был выписан в удовлетворительном состоянии. Были даны рекомендации по реабилитации в амбулаторных условиях.

Вывод. Данный клинический случай показал, что у пациента с сопутствующей патологией (Сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, декомпенсация. Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом. Хронический пиелонефрит единственной правой почки. ХПН 1ст. Наличие трансплантированной почки. Состояние после пересадки правой почки (2015 г.). Инвалид 2 группы) наблюдалось тяжелое течение коронавирусной инфекции с длительной лихорадкой. Применение противовирусного препарата «Ремдесивир» о казало решающий положительный эффект на течение заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Fadini G.P., Morieri M.L., Longato E., Avogaro A. Prevalence and impact of diabetes among people infected with SARS-CoV-2 // J Endocrinol Invest. - 2020. - 43(6). – P. 867-869.*
2. *Hussain A., Bhowmik B.., do Vale Moreira NC. et al..COVID-19 and diabetes: Knowledge in progress // Diabetes Res Clin Pract. - 2020. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108142*
3. *Клинический протокол «Коронавирусная инфекция – Covid-19, 10-я редакция с изменениями от 15.07.2020». Одобрен комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от 15 июля 2020, протокл № 106.*

Автор для корреспонденции: Смагулова Зауреш Кадырбековна - НАО «МУА», доцент кафедры инфекционных болезней и клинической эпидемиологии, заведующая отделением ГИЦ, г. Нур-Султан, к.м.н, тел 87775776336



UDC: 616.23-085

ТКАЧЕВ В.А, ХУСАИНОВА Г.С, СУЛЕЙМЕНОВА Ш.Б, ОМИРТАЕВА Б.А, КУРМАНОВА Г.Б, АБДРАХМАНОВА Л.А, РАХИМБЕКОВА Г.К.
НАО «Медицинский университет» Нур- Султан, Казахстан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРОНХОРАСШИРЯЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

Аннотация:
В статье представлен клинический случай больного с ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией. Доказана эффективность бронхорасширяющих препаратов в лечении больных с ХОБЛ.
Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхорасширяющие препараты, ингаляционные препараты, фармакодинамика.

ТКАЧЕВ В.А, ХУСАИНОВА Г.С, СУЛЕЙМЕНОВА Ш.Б, ОМИРТАЕВА Б.А, КУРМАНОВА Г.Б, АБДРАХМАНОВА Л.А, РАХИМБЕКОВА Г.К.
«Астана медицина университеті» КеАҚ, Нур- Султан, Казақстан

СӨОА ОРТАША ДӘРЕЖЕДЕГІ АУЫРЛЫҚТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ТЕРАПИЯСЫНДА ТЕОТРОПИЯ БРОМИД ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен артериялық гипертензия бар науқастың клиникалық жағдай көрсетілген. СӨОА науқасты емдеудегі бронходилататорлар дәрісінің нәтижелігі дәлелденген.
Түйінді сөздер: созылмалы обсьтруктивті өкпе ауруы (СӨОА), бронходилактикалық препараттар, ингаляциялық дәрілер, фармакодинамикасы.

TKACHEV V.A, HUSAINOVA G.S., SULEYMENOVA S.B, OMIRTAEVA B.A, KURMANOVA G.B, ABDRAKHMANOVA L.A, RAKHIMBECOVA G.K
NJSC «Astana medical university», Nur-Sultan, Kazakhstan

EFFICIENCY OF BRONCHODILATORS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH COPD

The article presents clinical case of patient with COPD and combined arterial hypertension. Have proven efficiency of bronchodilator medicine in treatment of patient with COPD.
Keywords: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), bronchodilator preparations, inhalation medicine, pharmacodynamic

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) широко распространенное заболевание, приводящаяся к ранней инвалидизации и смертности населения, также является причиной и значительных медицинских расходов. Самым важным симптомом заболевания обычно бывает хронический кашель (с мокротой или без нее), который вначале может быть непостоянным, но с течением времени становится постоянным на протяжении суток.[1,2].

Современные подходы к лечению больных ХОБЛ определяются степенью тяжести заболевания и ответом на предложенную терапию. Важную роль в терапии ХОБЛ являются бронходилятаторы. В подтверждение вышеизложенного представляем демонстрацию наблюдения пациента с ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией. [3,4,].

Ниже представлен клинический случай пациента Г. 58 лет с клиническим диагнозом: ХОБЛ тип В средней степени тяжести, обострение. Бронхиальная астма персистирующая форма, смешанного генеза, средней степени тяжести, обострение. Сопутствующий диагноз: Артериальная гипертензия 2 ст риск 3.

Поступил с жалобами**:** на кашель с мокротой желто-зеленого цвета, одышку усиливающаяся при физической нагрузке, чувство нехватки воздуха, приступы удушья, повышение температуры тела до 38^0 С, повышение АД до 160/100 мм.рт.ст., головокружение.

Из анамнеза заболевания: Со слов болеет в течении многих лет, данное ухудшение в течении 1 мес. связывает с переохлождением (ремонтировал машину на холоде), к врачу не обращался самостоятельно лечился дома без эффекта. 30.04.2020г. в связи с ухудшением состояния поступил в ТОО «ЖГМК» по направлению с поликлиники АО «ЦДБ» где был осмотрен дежурным врачом и пульмонологом и госпитализирован в отд. пульмонологии.

Из анамнеза жизни**:** с марта 2019г состоит на «Д» учете с DS: Бронхиальная астма, базисную терапию получает нерегулярно, только при приступах удушья принимает беродуал ингалятор и серетид мультидиск 50/250мкг. Курит 35 лет по 5-6 сигарет. Оттягощенный аллергоанамнез**:** тополинный пух, ацетон, бытовую химию запах краски.

При внешнем осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка гиперстенической формы. Перкуторно: перкуторно коробочный звук. Аускультативно: жесткое дыхание, сухие и влажные хрипы по вем полям. ЧДД 25 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/90 мм. рт. ст. ЧСС 80 уд в мин. Язык влажный, чистый. Зев чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Стул в норме. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез адекватный. Отеков нет.

При обследовании: ОАК от 30.04.2020г.: Нв-147г/л; эритроциты– 4,73 х 10^{12}/л, лейкоциты–6,7х10^9/л, СОЭ-25 мм/ч.

ОАК от 06.05.2019г.: Нв-142 г/л; эритроциты– 4,62 х 10^{12}/л, тромбоциты-262, лейкоциты– 10,0х10^9/л, СОЭ-12 мм/ч.

ОАМ от 30.04.19 г.: реакция–5,5, отн.пл.-1020, белок- отр., пл. эпителий 3-1 в п/зр., лейкоциты 3-1 в п/зр..

БАК от 30.04.19 г: общ.белок 75,9г/л, альбумины-36,0, креатинин- 79 мкмоль /л, моченвина -6,7 ммоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, АлаТ –17, АсаТ -21 мкмоль/л, общ.билирубин-7,9., СРБ отр.

Коагулограмма от 30.04.19 г.: ПТВ 13 сек, МНО 0,9, АЧТВ 30 сек, фибриноген 4,6 г/л. Кровь на RW от 02.05.19 отр. №4148.Кал на я/г от 02.05.19 № 469- не обнаружено

Анализ мокроты от 02.05.19г: серая, вязкая, без примеси, слизистая. Эпителий 1-2, альвеолярные макрофаги 4-6, лейкоциты 11-12.

Мокрота на МБТ 2-х кратно 02.05.19 г.: от 01.05.19 - 02.05.19 отрицательный №748.

Микробиологическое исследование на чувствительность к АБ от 02.05.19г Выделен Euterobacter aerogenes 2 х10^5КОЭ. Чувствителен к тобралициму, цефтазидиму, цефепиму, меропенему. Устойчив к амоксициллину, тикарциллиму, цефуроксиму, ципрофлоксацину.

ЭКГ от 29.04.19г.: Ритм синусовый. ЧСС 71 в мин. Нормальное положение ЭОС. ЭхоКГ 03.05.19г Заключение: Гипертрофия межжелудочковой перегородки. Аорта утолщена. Размеры полости сердца не увеличены. Диастолическая дисфункция ЛЖ. Перикард без особенности. Нарушение ритма (экстросистолия). Глобальная систолическая функция левого желудочка не нарушена. ФБ 66%.

Рентген ОГК от 15.02.19 г.: Р-признки хронического бронхита.

КТ грудного сегмента от 26.04.19г: КТ-признаки ХОБЛ (обострение), эмфиземы легких, бронхоэктазии обоих легких.

ФБС от 08.05.19г: Двусторонний хронический эндобронхит.

СПГот 03.05.19г: Нарушение вентиляционной способности легких по рестриктивному (ограничительному) типу крайне резко выраженное. Нарушение вентиляционной способности легких по обструктивному типу крайне резко выраженное.

СПГот 15.02.19г: Нарушение вентиляционной способности легких по рестриктивному (ограничительному) типу весьма значительно выраженное. Нарушение вентиляционной способности легких по обструктивному типу крайне резко выраженное.

В связи с тем, что у пациента диагностирована ХОБЛ показано применение длительно действующих бронходилятаторов. Назначен тиотропия бромид (Спирива респимат) 18 мкг по 2 вдоха х 1 раз в день длительно. Уже к третьему дню терапии пациент отметил значительное улучшение самочувствия, одышка стала беспокоить меньше, мокрота при кашле хорошо отделялась, ощущение учащенного сердцебиения практически не возникало.

Во время нахождения в стационаре получил следующее лечение:стол №10, режим 2, ингаляции с беродуалом 15 кап+2 мл физ.р-р 0,9%, 2 раза в день, затем пульмикорт 0,5 х2 раза через небулайзер, цефтазидим 1,0 х 3 раза в день в/м после пробы №10, амбро 2,0 х 2 раза в/м №10, гепарин 2,5 ед х 2 раза

п/к.№5, гепарин 2,5 ед х 1 раза п/к.№5, Симбикорт 80/4,5 2 вдоха х 2 раза ,Спирива респимат 18мкг 2 вдоха х 1 раз длительно, длительно после полоскать горло, энап 50 мг х 2р/день.

На фоне проведённой терапии отмечается положительная динамика: явления бронхообструктивного синдрома и синдрома дыхательной недостаточности купированы. Объективно: в легких везикулярное дыхание, хрипы единичные. ЧД 22 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Выписывается с улучшением для дальнейшего дообследования и амбулаторного наблюдения.

Обсуждение результатов: Данный клинический случай демонстрирует наличие у больного ХОБЛ, усугубляющееся артериальной гипертензией. Применение у данного пациента бронхорасширяющих препаратов длительно показало, что фармакодинамическое равновесие достигалось в течение первой недели, а выраженный бронходилятирующий эффект наблюдался на 3 день. Бронхорасширяющие препараты как Спирива респимат увеличило функцию легких (объем форсированного выдоха в 1секунду (ОФВ1), жизненную емкость легких/(ЖЕЛ) спустя 30 минут после однократной дозы на протяжении 24 часов. Бронходилятирующий эффект Спиривы респимат, оцениваемый на протяжении лечения, не выявил проявлений толерантности. Это улучшение наблюдалось на протяжении всего периода лечения.

Выводы: Данный клинический случай позволяет говорить о высокой эффективности бронхорасширяющих препаратов у пациентов с ХОБЛ. Применение бронхорасширяющих препаратов снижает число обострений ХОБЛ, улучшает качество жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Global Intiative for Chronic Odstractive Lung Diseases (GOLD). Global straregy for the diagnosis, management, fnd prevention of COPD. Updated 2016.

2. Респираторная медицина. Рук-во в 2-х томах. Под общ.ред. А.Г.Чучалина. М- «ГЭОТАРД- Медиа»,2007.

3. Болезни органов дыхания. Руководство по внутренним болезням (под ред. Н.Р.Палеева). М.: «Медицина»,2015 г.-727с.

4. Терапия обострения хронической обструктивной болезни легких «РМЖ» №4 от 26.02.2016 стр.182.

VALEO

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

РЕДАКЦИЯ ПРИНОСИТ ИЗВИНЕНИЯ ЗА ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ, ДОПУЩЕННЫЕ АВТОРАМИ ПРИ НАБОРЕ НА ЭЛЕКТРОННЫЙ НОСИТЕЛЬ, И НАПОМИНАЕТ О НЕОБХОДИМОСТИ ОФОРМЛЯТЬ СТАТЬИ В СООТВЕТСТВИИ С «РАБОЧЕЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО СОСТАВЛЕНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ ПЕЧАТНЫХ РАБОТ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В
«ВАЛЕОЛОГИЯ: ЗДОРОВЬЕ – БОЛЕЗНЬ - ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ»

NB!

- Авторы несут ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

- Редакция не всегда разделяет мнения авторов и не несет ответственности за недостоверность публикуемых данных.