



НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИМЕНИ САЛИДАТ КАИБЕКОВОЙ



MPHA Management
and Public Health
Association



**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ
«ҚДСЖМ» ҚАЗАҚСТАНДЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ
MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
KAZAKHSTAN'S MEDICAL UNIVERSITY «KSPH»**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВШОЗ»**

**«GLOBAL HEALTH»
ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КОНГРЕСІНІҢ
МАТЕРИАЛДАРЫ**

1 желтоқсан, 2023

**MATERIAS
OF THE INTERNATIONAL CONGRESS
«GLOBAL HEALTH»**

1 December 2023

**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«GLOBAL HEALTH»**

1 декабря, 2023

**УДК 614
ББК 51
G54**

**Под общей редакцией ректора
КМУ «ВШОЗ» Ауезовой А.М.**

Редакционная коллегия:

**В.И. Ахметов, М.А. Камалиев, А.Т. Джумабеков, К.К. Куракбаев,
А.Р. Рыскулова, Ж.К. Бурибаева, М.К. Бапаева, С.М. Жарменов,
И.К. Карибаева**

«Global health» халықаралық конгресінің материалдары = Materials of the International congress «Global health» = Материалы международного конгресса «Global health» – Алматы: КМУ «ВШОЗ», 2023.- 144 с. – англ., каз., рус.

ISBN 978-601-305-548-0

В сборнике рассматриваются актуальные вопросы качества медицинской помощи, менеджмента качества медицинских услуг, медицинской грамотности, общественного здравоохранения, актуальные вопросы клинической и профилактической медицины, медицинского образования, фармации, COVID-19 и др.

Рассчитан на широкий круг медицинских работников, руководителей организаций здравоохранения, практических врачей, преподавателей, докторантов, магистрантов, резидентов и студентов.

**УДК 614
ББК 51**

ISBN 978-601-305-548-0



© КМУ «ВШОЗ», 2023

MODERN APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF DENTAL CARE FOR PREGNANT WOMEN

Madraimov N.B., Kurakbayev K.K., Yessimov D.S., Erkebay R.A., Shertayeva A.Z.

The dental health of pregnant women is the object of many studies, since significant changes in the level and structure of oral diseases are of great importance due to the peculiarities of their clinic and their impact on the general condition of the body [1,2]. Primary prevention of oral diseases to this day (2023) remains an urgent direction in dental practice. Moreover, dental hygienic status, proper oral hygiene, as well as the right choice of means to maintain it are essential. [3]. Pregnancy is known to be a physiological process, but at the same time it imposes increased demands on all types of metabolism in the body, leading to changes in various organs and systems, including the oral cavity. The development of the pathological course of pregnancy, in terms of the development of deeper changes in metabolic processes, is considered unacceptable. Therefore, the only way to solve this problem is a detailed study of the somatic and dental history, changes in all body systems, on the basis of which it is possible to create a reasonable set of individual preventive measures and improve therapy [4]. During pregnancy, it is necessary to take into account the acid-base state and the viscosity of the oral fluid as factors determining the dental status, monitor the hypersensitivity of the teeth, and the monitoring carried out, respectively, allows you to correct the condition of the hard tissues of the teeth in pregnant women through the use of "Preventive programs"[5].

The aim of the study was to study the need to assess the satisfaction of pregnant women with the quality of dental care within the framework of the OSMS, taking into account the integration of dentistry and obstetrics.

Materials and methods. The search strategy provided for the study of articles in the public domain using the following databases of scientific publications and specialized search engines in depth over the past 10 years: PubMed, Scopus, Web of Science.

Results. In 2023, we developed an author's questionnaire (19 questions) for pregnant women entitled: "The attitude of patients (pregnant women) to the work of dental clinics", received a certificate of entering information into the state register of rights to objects protected by copyright No. 31535 dated January 4, 2023. The essence of the survey by means of an anonymous questionnaire was to identify among the respondents: the duration of pregnancy, differences in the number of pregnancies, the presence and frequency of dental examination, the targeting of referral by a doctor to a dental appointment, the study of the reasons for going to the dentist, the attitude to financial expenses, satisfaction with services within the framework of MSHI, the attitude of medical personnel. In terms of improving the health indicators of the oral cavity of pregnant women, the timely passage of dental preventive programs carried out at the stages of pregnancy can be called a priority. Vitamin deficiency in the preimplantation period and during pregnancy increases the risk of perinatal pathology, contributes to the prolonged and recurrent course of various diseases [2,6]. After all, during pregnancy, there is a shift in pH towards acidic, as well as a decrease in the content of potassium ions in saliva, which can lead to an increase in the intensity and prevalence of caries, deterioration of the hygienic condition of the oral cavity. Up to 5% of pregnancies may be accompanied by the development of pyogenic granulomas, which often appear in the second and third trimesters of pregnancy as a result of increased production of endothelial growth factor in macrophages.[7]. In this regard, improving the quality of hygiene makes it possible to identify risk factors (FR) for the occurrence of dental diseases. Ensuring the satisfaction of the population with the provision of medical services occupies one of the main places among the criteria determining the quality of medical care. Therefore, the work of all healthcare organizations should be based on a patient-oriented approach [8]. A growing child "takes" calcium from his mother for his own bones. With insufficient intake of calcium, due to chronic diseases of the gastrointestinal tract or insufficient content of it in food, calcium is mobilized from the bones of the mother. In this regard, it is appropriate to cite the established high percentage of E.A. Vartanyan and co-authors (2019) that

94.8% had not been sanitized by the time of delivery [9]. The increase in dental education of the population, along with the control of oral hygiene, can provide a significant reduction in the intensity of dental caries among the population of a number of countries in the world over the current years, Miklyaev S. reports. In with co-authors (2021)[10]. On the other hand, timely interdisciplinary management of women at different stages of pregnancy will provide an opportunity for dentists to increase the degree of compliance between the patient's behavior and the recommendations received from the doctor in oral care by carrying out measures to sanitize the oral cavity. [10,11.]. To identify the problems of pregnant women in obtaining early dental diagnosis and prevention of diseases within the framework of the OSMS, it is possible through a questionnaire to search for and make managerial decisions.

Conclusions. It has been established based on the analysis of available literature and international experience and practice that, along with the criteria for conducting therapeutic and preventive measures, assessing the activity of dental caries in a pregnant woman, the cariesogenic situation in the oral cavity, general and local FR of the development of dental diseases and nutritional value, we consider the widespread introduction of coordinated actions of a dentist with an obstetrician-gynecologist to be the key to success and a therapist

Used literature.

1. Ikhtiyarova G.A., Dustova N.K., Qayumova G. Diagnostic characteristics of pregnancy in women with antenatal fetal death // *European Journal of Research*, 2017. № 5(5). P. 3-15

2. Зойиров Т.Э., Содикова Ш.А.- Стоматологическое здоровье беременных женщин (обзор литературы).-Ж. вестник науки и образования. – 2020. - № 22(100). Часть 3.-С. 44- 52

3. Чепурняк В.М., Попадьин Д.С., Аджоян С.Д.- Оптимизация первичной профилактики полости рта.- Сборник тезисов 84-ой межрегиональной научно-практической конференции с международным участием студенческого научного общества им. проф. Н.П. Пятницкого / Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; под редакцией: С.Н. Алексеенко, А.Н. Редько, С.Е. Байбакова. – Краснодар, 2023. – С.853-857

4. Зойиров Т.Э., Содикова Ш.А.- Заболевания пародонта у беременных женщин на фоне железодефицитной анемии: Этиологи, патогенез, лечение и профилактика. - Ж. *Stomatologiya*. -2021. – Т.1 выпуск 1 (82) С.64-69.- <https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-23>

5. Улитовский С.Б., Калинина О.В. -Оценка стоматологического здоровья у беременных женщин при некариозных поражениях зубов для планирования программ профилактики в пренатальном периоде.- Ж. *Medicine: theory and practice* том 4 спецвыпуск.- 2019.- С.561-562

6. Курбанов Б.Б., Курбанова М.Т. Морфофункциональные изменения плаценты у беременных с легкой преэклампсией // *Проблемы биологии и медицины*, 2020. № 1. Том. 116. С. 62-63. DOI: <http://doi.org/10.38096/2181-5674.2020.1.00017>

7. Аюпова Ф.М., Курбанова З.Ш., Ихтиярова Г.А. Патоморфологические изменения в системе мать - плацента - плод при антенатальной гибели плода // *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*, 2019. № 3 - 4. С. 8-13

8. Моисеева К.Е., Юрьев В.К., Заступова А.А., Сергеев О.И., Шевцова К.Г., Симонова О.В., Харбедия Ш.Д., Алексеева А.В., Гажева А.А.-Пациентоориентированный подход в оказании медицинской помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах.- Ж. *Профилактическая медицина-2022: сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (к 100-летию государственной санитарно-эпидемиологической службы России)*. Санкт-Петербург, 30 ноября — 1 декабря 2022 г. / под ред. А.В. Мельцера, И.Ш. Якубовой. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2022. С.186-191

9. Варганиян Э.А., Науменко Л.Л. Обоснование программы профилактики стоматологических заболеваний среди женщин трудоспособного возраста с диагнозом привычное невынашивание. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание] 2019; 65(5):6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1102/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-5-6

10. Микляев С.В., Микляева И.А., Леонова О.М., Сущенко А.В., Сальников А.Н., Козлов А.Д., Григорова Е.Н. -Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных. -Ж. Актуальные проблемы медицины.- 2021. - 44 (1): 68–78. DOI: 10.18413/2687-0940-2021-44-1-68-78

11. Микляев С.В., Леонова О.М., Сущенко А.В. Анализ современных методов лечения хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2018. – Т. 17, № 2. – С. 321–325

TRENDS IN THE ORGANIZATION OF BLOOD SERVICES TO MEET THE NEEDS OF CLINICAL MEDICINE

Timuruly E., Baymuratova M.A., Ryskulova A.R., Umarov G.M., Netalina G.Z., Zharasova K.T.

Kazakhstan Medical University «KSPH», Almaty, Kazakhstan

Transfusion of blood and its components helps to save millions of lives every year. As a result, blood and its components are included in the approximate list of essential medicines of the World Health Organization (WHO), which is a list of medicines that should be available in a functioning health system at any time, in appropriate dosage forms, guaranteed quality and at prices that individuals and society can afford [1]. Blood services face an important task to maintain a sufficient and safe supply of blood [2]. The system of voluntary gratuitous donation is the best way to maintain a continuous, sustainable and safe blood supply [3]. In order to minimize the risk of blood transfusion infections (TTIs), there is a strict donor selection process. WHO recommends removing blood donors from the high-risk group based on the results of a general examination of the donor, the donor's medical history and an assessment of the risk of STI. In addition, blood donors (or donors) should be tested for at least the most common TTIs: human immunodeficiency virus (HIV)-1/2, hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV) and syphilis. In general, WHO has identified four key tasks of blood services aimed at ensuring the safety of blood for transfusion:

1. To create a coordinated national blood transfusion service that will be able to ensure adequate and timely delivery of safe blood to all patients in need;

2. Collect blood only from voluntary, non-reimbursable blood donors from low-risk populations and use strict donor selection procedures;

3. Check all blood for infections transmitted by blood transfusion and use standardized procedures for grouping and compatibility testing;

4. Reduce unnecessary transfusions through appropriate clinical use of blood, including the use of intravenous replacement fluids and other simple alternatives to transfusion, where possible.

The purpose of the study: To evaluate the organization of the provision and use of donated blood in the world and CIS countries.

Materials and methods. Search strategy. The articles in the public domain were studied using the following databases of scientific publications and specialized search engines with a depth of the last 10 years: PubMed, Mendeley, Scopus, Web of Science, GoogleScholar.

Results. 89 publications were found on request, of which 27 met the inclusion criteria. The lack of definitive treatment or prevention options for COVID-19 has prompted many clinicians to consider convalescent plasma (CP) as potentially therapeutic at an early stage. Regulators, blood

centers and hospitals around the world worked quickly to get CP to the patient's bedside. While the response has been remarkable, several areas have been identified that will help improve the future fight against the pandemic [4,5]. The latest meta-analysis was conducted to study the relationship between disasters and TTI [6]. The development of voluntary gratuitous donation and its components is a priority direction of state policy according to Uiba V.V. with co-authors (2017) and Kupryashov A.A., with co-authors (2021) [7,8]. The most important task of the blood service is to develop donation, increase the share of voluntary regular gratuitous donors, improve blood testing of donors, collection, separation of donor blood into its components, according to Chechetkin A.V. with co-authors (2018) [9]. The current and projected volumes of collection and processing of donated blood significantly exceed the regulated regulatory indicators for blood transfusion departments. In order to maintain the achieved indicators and further development of the transfusion service, it is necessary to reorganize the department into a blood transfusion station, Pevtsov D.E. (2020) [10]. About 118.5 million blood donations are collected annually in the world. Of these, 40% are in high-income countries, where 16% of the world's population lives. The number of donations in blood centers varies depending on the income level of countries. In low-income countries, the median number of donations per blood center is 1300, in lower-middle-income countries - 4400, in upper-middle-income countries - 9300, while in high-income countries - 25,700. Unlike developed countries, Burkitbaev Z.K. with co-authors (2013), Nikitina, E. A. (2020), developing and transition economies are characterized by chronic blood deficiency [11,12]. The history of blood transfusion has its roots deep into the centuries [13]. Today, reports Zhiburt E.B. (2022), the blood service is a bridge between the donor and the recipient [14]. According to Kurashov M.S. and co-authors (2022), intraoperative blood loss calculated by the hemoglobin balance method exceeds blood loss measured gravimetrically by 25.2% [15]. Blood transfusion is undoubtedly justified by the need for use by medical institutions and the results of the work of blood centers serve as an evidence basis. In particular, in the field of industrial transfusion, there are currently the safest and most importantly effective components of donor blood [16]. In the field under review, the introduction of a blood-saving ideology provides for the management of the patient's blood. We consider it important to make managerial strategic decisions on the development of blood transfusion departments based on statistical indicators and monitoring in the issue of evaluating the effectiveness of work. The key focus is the study of risk factors for the development of intraoperative complications when doctors face the problem of massive blood loss, including after surgical interventions, for example, surgical profile (incision size, duration of surgery, anesthetic support [17]. Modern methods of treating diseases and injuries imply the need for the rational use of high-quality and safe components of donated blood, according to Kiseleva E.A. (2021) [18]. Development of the blood service of Kazakhstan, according to the data of Burkitbayev Zh.K. (2022) envisaging the modernization of the activities of the blood service in the interests of equal access of the population to effective and safe blood components, rational use of resources, improving the quality of medical care, including expanding the volume of high-tech medical care using transfusion therapy [19]. Equally important are the improvement of timely satisfaction of the needs for effective and safe components of donor blood clinics providing specialized medical care. Integral parts of the transfusion safety system are administrative measures for the selection of donor personnel, technologies that increase the safety of donor blood during harvesting, achievements in laboratory diagnostics of viral infections, as well as reasonable clinical use of components [20-22]. At the stages, sterility violations caused by technical regulations are not indicated among the reasons for blood culling in Russia [23]. For proper control of the sterility of donated blood and its components in the «Standard equipment of the blood transfusion station» [24]. Problems in the organization of transfusiological care as information for decision-making by health management bodies with the identification of features of consumption of blood components require detailed study [25], as well as medical decision-making support systems [26-27].

Conclusions. The study of donation indicators based on international experience and practice

in optimizing the receipt of blood components will allow us to determine trends in the organization of clinical medicine needs in transfusion support for the development of regional targeted programs that take into account the requests of medical institutions. Training of doctors of the departments of anesthesiology, intensive care and intensive care on the following issues: transfusion safety, donation development, the possibility of using plasma (freshly frozen), platelets should be reasonably applicable in practice.

Used literature.

1. World Health Organization. WHO model lists of essential medicines <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>.
2. World Health Organization. Blood Donor Selection: Guidelines on Assessing Donor Suitability for Blood Donation; Geneva, 2012.
3. World Health Organization International Federation of Red Cross Red Crescent Societies. Towards 100% Voluntary Blood Donation: A Global Framework for Action; Geneva, 2010.
4. Wendel, S.; Land, K.; Devine, D.; Daly, J.; Bazin, R.; Tiberghien, P.; Lee, C.; Arora, S.; Patidar, G.; Khillan, K.; Smid, W.; Vrieling, H.; Oreh, A.; Al-Riyami, A.; Hindawi, S.; Vermeulen, M.; Louw, V.; Burnouf, T.; Bloch, E.; Goel, R.; Townsend, M.; So-Osman, C. Lessons Learned in the Collection of Convalescent Plasma during the COVID-19 Pandemic. *Vox Sang*, 2021, 116, 872–879.
5. Soto, A.; Krapp, F.; Vargas, A.; Cabrejos, L.; Argumanis, E.; García, P.; Altamirano, K.; Montes, M.; Chacón-Uscamaita, P.; García, P. Randomized Clinical Trial to Evaluate Safety and Efficacy of Convalescent Plasma Use among Hospitalized Patients with COVID-19 (PERUCONPLASMA): A Structured Summary of a Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*, 2021, 22, 342.
6. Laermans, J.; O, D.; Van den Bosch, E.; De Buck, E.; Compennolle, V.; Shinar, E.; Vandekerckhove, P. Impact of Disasters on Blood Donation Rates and Blood Safety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vox Sang.*, 2022, 117, 769–779.
7. Уйба, В.В.; Эйхлер, О.В.; Чечеткин, А.В., Данильченко, В.В. Развитие Безвозмездного Добровольного Донорства Крови и Ее Компонентов в Российской Федерации. *Ж. Медицинские науки*, 2017, 8–13.
8. Купряшов, А.А., Самуилова, О.В., Самуилова, Д.Ш. Бережное Отношение к Крови Больного Как Приоритетная Стратегия в Кардиохирургии. *Гематология и трансфузиология*, 2021, 66, 395–416.
9. Чечёткин, А.В., Данильченко, В.В., Григорьян, М.Ш. Основные Показатели Деятельности Службы Крови Российской Федерации в 2017 Году. *Трансфузиология*, 2018, 17, 4–14.
10. Певцов, Д.Э. Совершенствование Производственной Деятельности Отделения Переливания Крови ФГБОУ ВО “Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет Им. Акад. И. П. Павлова” Минздрава Российской Федерации. *Трансфузиология*, 2020, 21, 227–238.
11. Буркитбаев, Ж.К., Скорицова, С.В., Магзумова, Р.З., Калжанова, Ж.Х. Организационные Аспекты Обеспечения Вирусной Безопасности Донорской Крови и Ее Компонентов в Казахстане. *Ж. Трансфузиология*, 2013, 2, 15.
12. Скорицова, С.В. Совершенствование клиничко-технологических процессов донорства крови и ее компонентов в Республике Казахстан. Автореферат Диссертации На Соискание Ученой Степени Кандидата Медицинских Наук, 2014.
13. Никитина, Е.А. Переливание Крови: Начало. *Интегративная Физиология*, т. 1. 2020, 3, 169–180.
14. Жибурт, Е.Б. ЮРИЙ ЛЕОНИДОВИЧ ШЕВЧЕНКО И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ. *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*, 2022, 17, 121–

123.

15. Курашов, М.С.; Марочков, А.В.; Воронков, П.. Определение Объёма Кровопотери у Кардиохирургических Пациентов Гравиметрическим Методом и Методом Гемоглобинового Баланса. Вестник ВГМУ, 2022, 21, 57–63.

16. Кузнецов, С.И.; Шестаков, Е.А.; Гусаров, В.Г. Переливание Крови в Госпитале COVID-19. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова, 2021, 16, 74–77.

17. Межевикина, В.М., Лазарев, В.В.; Жиркова, Ю.В. Интраоперационные Методы Оценки Кровопотери. Обзор Литературы. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2022, 12, 371–381.

18. Киселева, Е.. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПОЛУЧЕНИЮ И ХРАНЕНИЮ КОНЦЕНТРАТА ТРОМБОЦИТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ; Санкт-Петербург, 2021.

19. БУРКИТБАЕВ, Ж.. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ РАБОТЫ СЛУЖБЫ КРОВИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.- АВТОРЕФЕРАТ Диссертации На Соискание Ученой Степени Доктора Медицинских Наук Москва, 2022.

20. GlobalhealthsectorresponsetoHIV, 2000–2015: focusoninnovationsinAfrica: progressreport. Geneva: World Health Organization; 2016., Stover J., Andreev K., Slaymaker E. et al. Updates to the Spectrum model to estimate key HIV indicators for adults and children. AIDS. 2014; 28: 427–34. DOI: 10.1097/QAD.000000000000048

21. Тихомиров Д.С., Туполева Т.А., Гуляева А.А., Старкова О.Г., Абакаров Р.Р., Куликов С.М., Гапонова Т.В. Система мер, обеспечивающая безопасность трансфузий компонентов крови. Гематология и трансфузиология. 2020

22. Туполева Т.А., Романова Т.Ю., Гуляева А.А., Тихомиров Д.С., Игнатова Е.Н., Овчинникова Е.Н., Ярославцева Н.Г., Абакаров Р.Р., Мисько О.Н., Гапонова Т.В., Савченко В.Г. Опасность передачи вирусов гепатитов В и С с кровью доноров. Гематология и трансфузиология. 2017

23. Эйхлер О.В., Чечеткин А.В., Аджигитова Е.В. и др. Характеристика реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией донорской крови и ее компонентов, в медицинских организациях Российской Федерации в 2019 году// Трансфузиология. – 2020. – Т. 21. – № 4. – С. 304–312.

24. Кузнецов С.И., Шестаков Е.А., Гусаров В.Г. и др. Переливание крови в госпитале COVID-19 // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. — 2021. — Т.16. — №4. — С. 74-77

25. Rinder, H.; Snyder, E. Activation of Platelet Concentrate during Preparation and Storage. Blood Cells, 1992, 18, 445–456.

26. George, C.; Saunders, C.; Morrison, A.; Scorer, T.; Jones, S.; Dempsey, N. Cold Stored Platelets in the Management of Bleeding: Is It about Bioenergetics? Platelets, 2023, 34, 2188969.

27. Chechetkin, A.; Danilchenko, V.; Kiseleva, E.; Krobinets, I. Collection and Use of Donor Plasma in the Russian Federation. Vox Sang., 2020, 115, 142.

ОҚУ МӘТІНДЕРІН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ: 8-СЫНЫПТАҒЫ ОРЫС ТІЛІ МЕН ӘДЕБИЕТ КІТАБЫН БАҒАЛАУ

Н.Б. Байсынов

Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті

Кіріспе. Бүгінгі таңда кітап білімнің жалғыз көзі емес, өкінішке орай, қызықты ойын-

сауық болудан қалды. Мұғалімнің міндеті - кітаптың өзін-өзі жетілдіруге көмектесетін өмірлік нұсқаулық болып қалуын қамтамасыз ету. Кейбір отбасылар отбасылық кітап оқу дәстүрін сақтайды, бірақ көбінесе балалар оқу процесінде өз бетінше қалады: олар мектеп бағдарламасынан шығармаларды әрең оқиды, ал өз бетінше оқымайды. Көптеген мұғалімдер оқу дағдыларын оқушылардың үлгеріміне әсер ететін бірінші фактор деп санайды. Міне, мектептегі проблемалар көбінесе мыналардан туындайды: баяу оқу, балалар аз оқиды; үй тапсырмасына көбірек уақыт жұмсалады; оқылған нәрсе әрқашан толық және дұрыс түсінілмейді және т.б. [1]

Зерттеу мақсаты: 8-сынып оқушысы оқитын орыс тілі мен әдебиеті кітабының [2] мәтіндерін оқуға және түсінуді жақсарту арқылы балалардың оқу әрекетінің қарқындылығын зерттеу.

Зерттеу міндеті:

1. Оқулықтардың оқуға жарамдылығын мәтінді оқуға және оны түсінуге жеңілдігі тұрғысынан бағалау;
2. Оқу іс-әрекетінің қарқындылығының факторы ретінде оқулық мәтіндерінің оқылуы мен түсініктілігін бағалау әдістемесін әзірлеу.

Материалдар мен әдістер.

8-сыныптың орыс тілі мен әдебиет кітабының оқу мәтіндеріне зерттеу үшін, Флеш индексі, Фог индексі, Флеш-Кинкейд мектеп тестінің формуласы, Колеман-Лиану индексі, Маклаулин SMOG индексі қолданылды. .

Нәтижелер.

Зерттеу нәтижелері бойынша 8-сынып оқулықтарының мәтіндерінде сөйлемдегі буындар саны рұқсат етілген мінге сәйкес келмейді (1 және 2-кестелер).

Флеш индексінің мәні 60,17 мәнге ие болды. Рұқсат етілген мән 61-70 аралықтағы мән болып табылады. Соған байланысты Флеш индексі мәніне сай келмейді.

Мәтіндердің оқылуын бағалау үшін қолданылатын Коулман-Лиану индексі қолайлы мәндермен салыстырғанда жоғары мәндерге (18,61) ие болды.

Фог индексі қолайлы мәндерге ие болды.

Флеш-Кэнникейд индексі, керісінше, 8-сынып үшін қолайсыз құндылықтармен сипатталды. 8-сыныпта 8 ш.б. болуы керек, бірақ ол 11,4 болып шықты, бұл 11 жылдық білімге сәйкес келеді.

Маклаулиннің SMOG индексі рұқсат етілген мәннен төмен көрсетті. Көрсеткіш мәтінді 100% түсіну үшін оқушының қай жаста болуы керектігін анықтайды. Біздің жағдайда 8- сыныпқа арналған оқулықтарды тек 9 жастан асқан балалар ғана түсінеді.

Осылайша, 8-сынып оқушылар үшін орыс тілі және әдебиет пәні түсінеді(SMOG индексі бойынша). Бірақ қабылдау қиын және қолайсыз құндылықтармен ие. Бұл оларды пайдалануды гигиеналық бақылауды талап етеді, жаңа буын оқулықтарын жасау кезінде ескеру қажет.

1-кесте. 8-сыныпқа арналған оқулық мәтіндерінің оқу жеңілдігінің (оқуды қабылдау) көрсеткіштері

Оқуды қабылдау көрсеткіші	Нақты мән	Рұқсат етілген мән
Сөйлемдегі сөздер саны	8,9±0,8	11-14
Сөздегі буындар саны	3,6±0,2	2,5-3
Ұзын сөздер саны	3,2±0,4	2-4
Флеш индексі	60,17	61-70
Колеман-Лиану индексі	18,61	8-13

2-кесте. Орыс тілі және әдебиет пәнінен 8 сынып оқулық мәтіндерін түсіну көрсеткіштері

Оқуды қабылдау көрсеткіші	Нақты мән	Рұқсат етілген мән
Фог көрсеткіші (Ганнинг көрсеткіші)	5,65	9-10
Флеш-Кэнникейд индексі	11,4	8
Маклаулин SMOG индексі	3,44	8-11

Фог индексі мәтінді талдау негізінде есептеледі, ол сөйлемдердің орташа ұзақтығын, үш немесе одан да көп буыннан тұратын сөздердің санын, яғни мәтінді қабылдау сапасын анықтауға мүмкіндік береді. Көрсеткіш деректерін пайдалана отырып, осы материалды меңгеру үшін қажетті білім деңгейі қандай екенін де анықтауға болады [3].

Жоғары білімі бар адамдар 16 индексі бар мәтіндерді қабылдай алады, ал көптеген романтикалық романдардың Фог индексі 7-8 құрайды. Газет тілінің күрделілігі орта мектептің 8-сынып деңгейіне сәйкес келеді. Фог индексі бастапқыда ағылшын тіліндегі мақсаттарға арналған, содан кейін орыс тіліне сәйкестендірілді [4, 5].

Флеш оқылу формуласы жазбаша материалды оқудың жеңілдігін болжайды. Сонымен қатар сөйлемдердің орташа ұзақтығы мен сөздердің орташа ұзақтығын анықтауға мүмкіндік береді. Көрсеткіш төмен болған сайын мәтінді қабылдау қиынырақ болады [6, 7, 8].

Фог индексі және Флеш формуласы материалды мақсатты аудитория қабылдайтын-қабылдамайтынын анықтауға мүмкіндік береді [9]. Сонымен қатар әртүрлі параметрлер бойынша ағылшын тіліндегі мәтіндерді бағалау мен талдаудың математикалық модельдерін құруға қатысты жеке жұмыстар бар [10, 11].

Бірқатар жұмыстар білім беру мазмұнының құрылымын негіздеу үшін жиілік талдауын қолдануға арналған [10, 12, 13].

Қорытынды. Оқу қызметінің қарқындылығының маңызды факторы мектеп оқулығының мәтіндерін балалардың оқуға қабілеттілігі мен түсінуі, Флеш индексі мен Фог индексі арқылы объективті бағаланады.

Оқулықтардың оқуға қолайлылығын мәтінді оқуға жеңілдігі және оны түсінуі тұрғысынан бағалау қазіргі оқулықтарды жасау кезінде оқушылардың жас ерекшеліктері ескерілмейтінін көрсетеді. Оқу мәтіндерін бағалаудың негізделген гигиеналық критерийлері оқулық мәтіндерінің оқуға қабілеттілігі мен түсініктілігін гигиеналық бағалаудың қарқындылығының факторы ретінде әзірленген әдістемелері мен технологиясына негіз болды. Көптеген гигиеналық критерийлер сақталынбаған.

Пайдаланылған әдебиеттер мен сілтемелер.

1. Ладыженская работы по развитию речи устной речи учащихся. - М.: Просвещение, 1975. - 225 с.
2. Учебник для 8 класса общеобразовательной школы с нерусским языком обучения. В 2 ч. / У. А. Жанпейс, Н. А. Озекбаева, Р. Д. Даркембаева, Г. А. Атембаева. - Алматы: «Атамура», 2018. - 192 стр.
3. Кутузов А.Б. Методики определения сложности текста в рамках переводческого анализа. Вестник Нижегородского государственного лингвистического университета им. Н.А. Добролюбова. 2009; 4: 30–36.
4. 10. Галяшина Е.И. Методологические основы судебного речеведения. Автореф. дис. ... докт. филол. наук. М. 2003. 48 с
5. Белянин В.П. Психолингвистика: Учебник. 2-е изд. М: Флинта: Московский психолого-социальный институт. 2004. 232 с.

6. Мацковский М.С. Проблемы читабельности печатного материала. В кн.: Смысловое восприятие речевого сообщения в условиях массовой коммуникации. М.: Наука. 1976. С. 126–142
7. Гребняк Н.П., Агаркова Л.Д. Санитарно-эпидемиологические характеристики среды детских дошкольных учреждений. Гигиена и санитария. 2000; 6: 46–48
8. Микк Я.А. Понятность учебного текста и связи в нем. В кн.: Советская педагогика и школа. Вып. 2. Тарту. 1970. С. 5–72
9. Окладникова С.В. Модель комплексной оценки читабельности тестовых материалов. Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. 2010; 3: 63–71.
10. Flesch R. Why Johnny still can't read A new look at the scandal of our schools Rudolf Flesch. Forew. by M.L. Burkhardt. New York etc.: Harper & Row. 1981. XXII. 191 p.
11. Сохор А.М. Логическая структура учебного материала. М.: Педагогика. 1974. 192 с.
12. Ткачук Е.А., Филиппов Е.С., Ямщикова О.А. Оценка информационно-психологической безопасности школьных учебников с помощью показателя Флеша и индекса Фога. Сибирский медицинский журнал. 2012; 109 (2): 98–100.
13. Валеева Э.Р., Степанова Н.В. Адаптация школьников к учебной нагрузке. Гигиеническая наука и практика на рубеже XXI века. В кн.: Материалы IX Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. Т. 2. М. 2001. С. 291–292.

AN INNOVATIVE APPROACH TO THE STUDY OF RISK FACTORS IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS (ASD)

Abdusalikova D.B., Baymuratova M.A., Ermukhanova G.T.,
Ryskulova A.R., Bainazarova N.T. Tlekbay.D.A.
Kazakhstan Medical University "KSPH"
Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov
Kazakh-Russian Medical University

Relevance. One of the priorities in the policy of our state in the field of child support, in accordance with international standards, is to ensure the rights of children with disabilities to participate fully in public life, receive quality education, qualified medical care, socialization, social protection, health protection. World experience and domestic practice show that in order to realize the rights of children with autism spectrum disorders (ASD), a systematic and integrated approach to medical and social areas is necessary. The prevalence of autism worldwide is a serious socially significant medical problem. Communication disorders, decreased interest in the outside world, stereotypes are the most frequent manifestations of this pathology. One of the risk factors for the imbalance of the oral mucosa of children with ASD is an eating disorder, which is directly related to the dental health of the child. Children with ASD prefer soft, sticky, sweet food, which is explained by their sluggish chewing. Another equally important risk factor in children with ASD, in contrast to normotypic children, should be called salivation disorders. Accordingly, the assessment of the above violations directly indicates the causes of the undesirable occurrence of caries in children with autism.

The purpose of the study. Comprehensive assessment of the nutritional balance as a risk factor, stabilization of the oral microbiota among children with autism spectrum disorders.

Materials and methods. As part of our study, a survey was conducted among 97 parents of children with ASD aged 3 to 15 years living in the cities of Almaty, Shymkent and Taraz, undergoing a course of rehabilitation measures in the rehabilitation centers "Rostok", "Autizm pobedim", "Asyl Miras". The author's questionnaire (Certificate No. 2022 dated 05/25/2022) consists of two parts, the

first includes general information about the child, the second part aims to obtain information about the dental status and eating behavior of the child. In addition, we examined 75 children with ASD aged 3 to 15 years to assess the quality of oral care using a modified method, to be precise, modern digital technologies, for determining the index of oral hygiene among children with autism (Copyright Registration No. 29506 dated October 18, 2022). The Qscan plus device was used to determine the level of oral hygiene in children. It is based on a patient-oriented approach. It is significant to note that this device is completely non-invasive, it is able to clearly demonstrate dental deposits with the help of fluorescence. It can also detect zones of enamel demineralization along with the hygiene control. The most important advantage of the device during the study was the ability to demonstrate the level of oral hygiene with an emphasis on those places that were poorly cleaned with a toothbrush. At the same time, the key feature of Qscan Plus is displayed in prospects of using it to check the oral cavity and the state of dental health in children with mental disabilities. The reactions of children exceeded the expectations by the fact that they showed interest in the gadget and showed their teeth with pleasure.

The advantages of this method numbered seven points:

1. A simple and safe test of tooth enamel using fluorescence.
2. The device clearly and vividly demonstrates tartar and areas covered with plaque, allows you to detect chips and cracks in the enamel.
3. 4 high-brightness LEDs ensure high sensitivity of the device to the detection of plaque.
4. Time saving - there is no need to apply dyes and remove them after the procedure.
5. Can be used to check the quality of hygiene before and after brushing your teeth.
6. Compact size and battery life allow you to take the device with you.
7. Efficiency and lack of consumables. The device is designed for 10,000 hours of operation.

Results and discussion. During 2022-2023, we examined 75 patients by anonymous questionnaire. 77% of the respondents indicated in their responses that the nutrition of children was carried out taking into account the capabilities and/or income of the family. Moreover, the main preference turned out to be easily digestible food (fermented dairy products, lean meat,); fruits and vegetables were often consumed in ground form. It is important to note that in the intervals between meals, children with ASD were offered sweet, soft, sticky food by their parents, and that was held for a long time by the cheek. This type of food and method of intake is undoubtedly capable of leading to the most intensive formation of dental deposits due to increased metabolic activity of the microflora against the background of increased food intake and the absence of intermediate hygiene measures during the day.

Summarizing the practice data and information from available resources on recommendations in the eating behavior and nutrition of children with ASD, as well as relying on our own observations, we have identified some principles of nutrition of children with ASD.

1. It has been established that children with ASD are recommended to adhere to gluten-free (GFN), casein-free (CSN) nutrition with mandatory minimization of consumption of sugar-containing products.

2. The boxes of rational nutrition «BOTAKAN» developed by us for children with ASD, protected by Copyright registration No. 31077 dated 12/14/2022, are able to improve the quality of life of children with ASD from the position of careful attitude to their dental health.

3. The practical value of the «BOTAKAN» box has been revealed in terms of using them to implement a proper "snack" between main meals.

The value of the «BOTAKAN» box was determined according to the criteria: balance of composition and energy value, inclusion in the composition of products with essential amino acids and useful vitamin and mineral complexes.

STRUCTURE:

1. Children's drinking water "SAMAL" 0.25l

2. Camel milk powder "SYDYK" 15 gr.
3. Camel milk cake
4. Gluten-free crackers
5. Gluten-free Grissini (breadsticks)
6. Fruit pastille without sugar «ECO APPLE»
7. Fruit frips «ECO APPLE»
8. Gluten-free green buckwheat chips

This diet is designed according to the principles of nutrition of children with autism spectrum disorders. All products in the box have certificates of conformity. It does not contain gluten, casein, sugar and preservatives. The frequency of admission is personalized according to the child's daily routine, i.e. it is determined individually by the parents. The «BOTAKAN» rational nutrition box for children with ASD provides an improvement in the quality of life of patients with ASD during daylight hours.

Conclusion. Nutrition is one of the main components of proper growth and development of a child's body. Proper nutrition has a beneficial effect on improving the health of the child. At the same time, the issue of developing recommendations for the organization of nutrition for children with ASD remains very relevant. Summarizing the above, today this box of rational nutrition for children with ASD " BOTAKAN " is the beginning of a pilot project to form a culture of nutrition and improve the quality of life of children with autism, and also facilitates the care of a child to parents, thereby participating in solving issues of socialization, social protection and health protection of vulnerable groups of the population according to the Health Code Of the Republic of Kazakhstan.

Used resources.

1. Complex medicalsocial and psychologicalpedagogical assistens to children with autism spectrum disorders /Informationalmethodological collection /ed. Gordeeva MV, Alekhina SV, Anokhina NV, Bakhareva EV, Volzhina OI, Efremova SA et al. S.: Smolensk city printing house, 2016. 168 p. Russian
2. Kiselnikova L.P., Drobotko L.N., Miloserdova K.B. Providing dental care to children with autism spectrum disorders // Autism and developmental disorders. 2017. T. 15. No. 3. P. 9-15. DOI: 10.17759/autdd.2017150302e3. I.I. Yakubova, "Chapter 38. Ukraine," Compendium on the oral health of children around the world: early childhood caries, Nova Scien., M.O. Folayan, Ed. New York, USA, 2017.
3. Zh.Yerkibayeva. G.T.Yermukhanova, Y.Menchisheva, D.B.Abdukalikova. Dentistry and autism: key problems and ways to solve them (literature review). Pharmacy of Kazakhstan. 2022(1):37-40
4. S. Onol and Z. Kyrzioglu, "Assessment of oral health status and influential factors in children with autism," Niger. J. Klin. Practice. , volume. 21, no. 4, pp. 429–435, April 2018, doi: 10.4103/njcp.njcp_41_17.
5. "Declaration of Helsinki".[https://www.who.int/bulletin/archives/79\(4\)373.pdf](https://www.who.int/bulletin/archives/79(4)373.pdf).
6. Национальное аутистическое общество. Dental care and autism. [The national autistic society. Dental care and autism (In Russ).] URL: <https://www.autism.org.uk/professionals/health-workers/dentists-info.aspx> (Accessed January 05, 2020).
7. Abdukalikova D.B., Erkibaeva Zh.U. Ermukhanova G.T. Smailova D.S. "Problems of dental health of children with autism spectrum disorders" №4 2022 Pharmacy of Kazakhstan.
8. Factors influencing the severity of dental caries among Indonesian children with autism spectrum disorder - a pilot study / N. Hariyani, R.H. Soebekti, D. Setyowati [et al.] // Clin Cosmet Investig Dent. – 2019;(11):227–233.
9. Современные подходы к питанию при лечении расстройств аутистического спектра: обзор. Ханде Чекичи , Невин Санлиер «Nutr Neurosci» 2019; 22(3):145-155.

ЖЕДЕЛ ЛИМФОБЛАСТЫҚ ЛЕЙКОЗБЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ НАШАРЛАУДЫҢ СЕБЕБТЕРІ

Е.Б. Куракбаев, Б.С. Турдалиева, М.А. Баймуратова
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

Анықтама: Жедел лимфобласттық лейкоз (ЖЛЛ) балалар арасындағы ең көп таралған қатерлі ісік болып табылады, ол барлық балалық шақтағы қатерлі ісіктердің төрттен бір бөлігін құрайды [1]. Соңғы онжылдықтарда ЖЛЛ бар балалардың жалпы өмір сүруі айтарлықтай өскенімен, кейбір балалар әлі де реанимация бөлімшелеріне жатқызылады. Қатерлі ісікке шалдыққан балалардың 80%-нан астамы емдеу нәтижелері оңтайлы емес табысы төмен және орташа елдерде тұратынын атап өту маңызды. Бұл жағдайларда клиникалық нашарлаудың негізгі себептері әртүрлі болуы мүмкін, мысалы, инфекциялық асқынулар, химиотерапиямен байланысты уыттылық немесе лейкоздың өзінен органның зақымдануы [2]. Өкінішке орай, гематологиялық қатерлі ісік диагнозы қойылған пациенттердің көпшілігі емдеудің белгілі бір кезеңінде реанимация бөліміне жатқызуды қажет етеді. Бұл дегеніміз пациентке емдеуді таңдау кезінде тиімді талқылау үшін себептердің маңыздылығын көрсетеді [3]. Зерттеудің мақсаты мен міндеттері реанимация бөліміне түскен балалардағы клиникалық нашарлау себептерін анықтау болды.

Материалдар мен тәсілдер. Реанимация бөлімшесіне түскен ЖЛЛ науқастанған балалардағы клиникалық нашарлау себептерін зерттеу үшін соңғы 5 жыл ішінде жарияланған дереккөздерден деректер жиналды. PubMed, Wiley- де ЖЛЛ бар балалардағы клиникалық нашарлау себептеріне іздеу жүргізілді. Қосу және алып тастау критерийлері: Іздеу соңғы оқиғаларға назар аудару үшін соңғы бес жылдық кезеңмен шектелді. Таңдалған мақалаларға кеңірек қолжетімділікті қамтамасыз ету үшін тегін толық мақалалар артықшылыққа ие болды.

Нәтижелер: Бұл тақырып бойынша қарастырылған зерттеулер интернет желісінде бірен-сараң екені анықталды. Табылған деректер бойынша қысқаша мәліметтер төменде келтірілді. Dai Q. және т.б. зерттеуінде перифериялық қандағы бласт жасушаларының бастапқы саны клиникалық болжамға әсер ететінін анықтады. В-ЖЛЛ және төмен бласт жасушалары бар емделушілерде өмір сүру деңгейі жақсы болды, ал Т-ЖЛЛ бар науқастарда өмір сүру деңгейі нашар болды [4]. Alves F.S. және т.б. деректерінде қабыну гендерінің полиморфизміне және олардың ЖЛЛ-мен байланысына назар аударып отырып, олар кейбір генетикалық нұсқалардың ЖЛЛ қаупінің жоғарылауымен және қатар жүретін жұқпалы ауруларға бейімділіктің төмендеуімен байланысты екенін анықтады. [5]. Shen D. және басқалар авторлары 66 түрлі гендегі 381 мутацияны анықтады. Бұл ЖЛЛ тәуекелді стратификацияда және жекелендірілген емдеуді керектігін көрсетеді генетикалық мутацияларға байланысты [6]. Brown A.L. және т.б. пациенттер мәлімдеген симптомдар мен педиатриялық ЖЛЛ-ның рецидив жиілігі арасындағы байланысты зерттеді. Олар шаршау, ыңғайсыздық, ұйқының бұзылуы және жүрек айнуы сияқты емдеудің әртүрлі кезеңдеріндегі белгілі белгілердің қайталану қаупінің жоғарылауымен байланысты екенін анықтады. Симптомдар кластерлері және жоғары симптомдар ауыртпалығы да рецидивпен байланысты болды [7]. Liu F. және т.б. тиісті емдеу шешімдерін қабылдау үшін неврология және қалдық аурудың ең төменгі деңгейін бағалауды ұсынды [8]. Nearing J.T. және басқалар емдеу кезінде ЖЛЛ бар педиатриялық науқастарда ішек микробиотасының құрамы мен инфекциялық асқынулар арасындағы байланысты зерттеді. Олар ішек микробиомасының спецификалық сипаттамалары вирустық мәселелерге осалдықтың жоғарылауымен байланысты екенін анықтады [9]. ЖЛЛ рецидивтері барлық жастағы адамдарда қатерлі ісікке байланысты өлім-жітімді жоғарлатуда [10]. Көбінесе клиникалық нашарлау инфекциялық және қосымша аурулардың қосылуымен жүреді [11, 12]. Сондай-ақ гиперлейкоцитоз, нейролейкемия, геморрагиялық синдром реанимация бөліміне жатқызуға әкеледі [13]. Және негізгі аурудың ауыр ағымы, гипоксия, тамақ іше алмау, неврологиялық бұзылулар, созылмалы аурулар және

иммунитет тапшылығымен бірге [14, 15]. Бұл себептерді біріктіріп, жағдайдың нашарлауына жол бермеу үшін пациенттердің қосымша ауруларды, жұқпалы ауруларды, тыныс алу және жүрек-қан тамырлары қызметін бақылау мен емдеудің маңыздылығын көрсетеді.

Қорытынды: Әртүрлі зерттеулерге сәйкес, тыныс алу, жүрек, бүйрек аурулары, сепсис, неврологиялық, қатар жүретін және жұқпалы аурулар клиникалық нашарлаудың жалпы себептері болып табылады. Қорытынды ЖЛЛ бар науқастарды, әсіресе клиникалық нашарлау қаупі жоғары деп табылған науқастарды мұқият бақылау реанимация бөліміне қабылдауды болдырмау үшін қажет.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Children's Hospital of Philadelphia. Acute lymphoblastic leukemia (ALL) // www.chop.edu/conditions-diseases/acute-lymphoblastic-leukemia-all.
2. Ahmad I., Ghafoor T., Ullah A., Naz S., Tahir M., Ahmed S., Arshad A., Ali A., Khattack T.A., Batool F. Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia: Clinical Characteristics, Treatment Outcomes, and Prognostic Factors: 10 Years Experience From a Low- and Middle-Income Country // *JCO Glob Oncol.* – 2023. – Vol. 9. – Art. no. 2200288.
3. Vijenthira A., Chiu N., Jacobson D., Freedman Z., Cheung M.C., Goddard S., Fowler R., Buckstein R. Predictors of intensive care unit admission in patients with hematologic malignancy // *Sci. Rep.* – 2020. – Vol. 10, № 1 Art. No. 21145.
4. Dai Q., Zhang G., Yang H., Wang Y., Ye L., Peng L., Shi R., Guo S., He J., Jiang Y. Clinical features and outcome of pediatric acute lymphoblastic leukemia with low peripheral blood blast cell count at diagnosis // *Medicine (Baltimore).* – 2021. – Vol.100(4). – Art. no. 24518.
5. Alves F.S., Xabregas L.A., Kerr M.W.A., Souza G.L., Pereira D.S., Magalhães-Gama F., Santiago M.R.R., Garcia N.P., Tarragô A.M., Ogusku M.M., Sadahiro A., Malheiro A., Costa A.G. Genetic polymorphisms of inflammasome genes associated with pediatric acute lymphoblastic leukemia and clinical prognosis in the Brazilian Amazon // *Sci. Rep.* – 2021. – Vol. 11(1). – Art. no. 9869.
6. Shen D., Liu L., Xu X., Song H., Zhang J., Xu W., Zhao F., Liang J., Liao C., Wang Y., Xia T., Wang C., Lou F., Cao S., Qin J., Tang Y. Spectrum and clinical features of gene mutations in Chinese pediatric acute lymphoblastic leukemia // *BMC Pediatr.* – 2023. – Vol. 23(1). – Art. no. 62.
7. Brown A.L., Raghubar K.P., Taylor O.A., Bernhardt M.B., Kahalley L.S., Pan W., Lupo P.J., Hockenberry M.J., Scheurer M.E. Prospective patient-reported symptom profiles associated with pediatric acute lymphoblastic leukemia relapse // *Support Care Cancer.* – 2021. – Vol. 29(5) – P. 2455-2464.
8. Liu F., Chen X.J., Guo Y., Yang W.Y., Chen X., Zhang X.Y., Zhang R.R., Ren Y.Y., Zhu X.F. [Efficacy and prognostic factors of the chemotherapy regimen of CCLG-ALL-2008 on pediatric acute lymphoblastic leukemia with ETV6-RUNX1 rearrangement] // *Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi.* – 2020. – Vol. 41(11). – P. 896-902 [in Chinese].
9. Nearing J.T., Connors J., Whitehouse S., Van Limbergen J., Macdonald T., Kulkarni K., Langille M.G.I. Infectious Complications Are Associated With Alterations in the Gut Microbiome in Pediatric Patients With Acute Lymphoblastic Leukemia // *Front. Cell. Infect. Microbiol.* – 2019. – Vol. 9. – Art. no. 28.
10. Roberts K.G. Genetics and prognosis of acute lymphoblastic leukemia in children vs adults // *Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program.* – 2018. – Vol. 2018(1). – P. 137-145.
11. Dendir G., Awoke N., Alemu A., Sintayhu A., Eanga S., Teshome M., Zerfu M., Tila M., Dessu B.K., Efa A.G., Gashaw A. Factors Associated with the Outcome of a Pediatric Patients Admitted to Intensive Care Unit in Resource-Limited Setup: Cross-Sectional Study // *Pediatric Health Med. Ther.* – 2023. – Vol. 14. – P. 71-79.
12. Ungar S.P., Solomon S., Stachel A., Shust G.F., Clouser K.N., Bhavsar S.M., Lighter J. Hospital and ICU Admission Risk Associated With Comorbidities Among Children With

COVID-19 Ancestral Strains // Clin. Pediatr. (Phila) – 2023. – Vol. 20. – Art. no. 99228221150605. <https://doi.10.1177/00099228221150605>

13. Caballero M., Faura A., Margarit A., Bobillo-Perez S., Català A., Alonso-Saladrigues A., Conde N., Balaguer M., Rives S., Jordan I. Outcomes for paediatric acute leukaemia patients admitted to the paediatric intensive care unit // Eur J Pediatr. – 2022. – Vol.181(3). – P.1037-1045.

14. Esposito S., Caramelli F., Principi N. What are the risk factors for admission to the pediatric intensive unit among pediatric patients with COVID-19? // Ital J. Pediatr. – 2021. – Vol. 47, № 1. – P. 1-4.

15. Prévost B., Retbi A., Binder-Foucard F., Borde A., Bruandet A., Corvol H., Gilleron V., Le Bourhis-Zaimi M., Lenne X., Muller J., Ouattara E., Séguret F., Tran Ba Loc P., Tezenas du Montcel S. Risk factors for admission to the pediatric critical care unit among children hospitalized with COVID-19 in France // Front. Pediatr. – 2022. – Vol. 10. – Art. no. 975826.

NAVIGATING PRE-HOSPITAL CHALLENGES IN ACUTE ISCHEMIC STROKE MANAGEMENT

^{1,2}Makhanbetkhan Sh.Sh., ¹Turdaliev B.S., ²Sarshayev M.A., ²Berdikhojayev M.S.,
¹Baimuratova M.A.

¹ Department of Public Health, Kazakhstan's medical university "Kazakhstan school of public health", Almaty, Kazakhstan

² Department of neurosurgery, "Joint-stock company" Central Clinical Hospital, Almaty, Kazakhstan

Stroke is currently second leading cause of death globally, following ischemic heart disease, and is the primary cause of disability among the adult population worldwide [1]. In 2020, the global prevalence of all types of strokes was estimated at 89.13 million cases, with acute ischemic stroke (AIS) accounting for approximately 68.16 million individuals, representing about 76% of all strokes [2]. According to Geib A. (2023), the period from 2010 to 2050 is expected to witness more than a doubling in the number of stroke incidents, particularly among older individuals and underrepresented racial and ethnic groups [3]. Data from WHO and international researchers (2019) indicate that in countries like the USA, Japan, and South Korea, stroke was the fourth most common cause of death, whereas in Kazakhstan, this pathology ranked second in terms of mortality [4,5]. Despite ongoing global efforts in stroke prevention and treatment, there is a clear trend of increasing stroke incidence and mortality, especially in low- and middle-income countries, underscoring the significance of this issue within the context of the evolving healthcare system in the Republic of Kazakhstan. It is noteworthy that Kazakhstan's treatment protocols and stroke service models for AIS are aligned with international standards. However, they still fail to adequately address certain economic, regional, and ethnic specificities. The key interventions for AIS, from symptom onset to successful reperfusion therapy, span two initial phases: the pre-hospital and hospital stages. While most studies on improving AIS processes have concentrated on the hospital phase, the importance of the pre-hospital stage has not been fully appreciated.

Objective: analyze literature information and existing recommendations on the pre-hospital management of patients with acute ischemic stroke (AIS), emphasizing the enhancement of interaction with the hospital phase.

Materials and Methods: The search for literature on the organization of pre-hospital care in AIS was based on data from international medical protocols, guidelines, and randomized studies with a strong evidence base, extracted from scientific databases such as PubMed, Cochrane (for English language information), and Google Scholar (for both English and Russian language information).

Inclusion Criteria for the Studies:

- Literature search depth of 5 years (2018 – 2023);
- Randomized clinical trials;
- Meta-analyses;
- International guidelines;
- Access to full-text publications;

Exclusion Criteria:

- Abstracts and summaries of publications;
- Literature reviews, informational letters, article reviews;

For the review, the following search queries were formulated: in English – "guidelines for prehospital acute ischemic stroke management", "prehospital acute ischemic stroke treatment", "thrombectomy in acute ischemic stroke".

In the primary search stage, 328 articles in English and 53 articles in Russian were found, and additional protocols and orders from the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan were studied. During the selection of full-text data from 383 articles, 365 were excluded. As a result, 19 documents dedicated to the organization of pre-hospital care in AIS were analyzed.

Results. Currently, several international and regional organizations are involved in developing clinical guidelines for managing patients with acute ischemic stroke (AIS), with emphasis on research stages and methods for training medical professionals. The primary guidelines for AIS management are developed and regularly updated by the World Stroke Organization (WSO). These published guidelines are focused on analyzing current regional recommendations for managing patients with ischemic stroke from organizations such as the American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), the European Stroke Organization (ESO), the Asia Pacific Stroke Organization (APSO), and other regional entities. Practices and experiences in managing AIS reveal unaddressed issues in pre-hospital management.

Pre-Hospital Care. In AIS treatment, early initiation of specialized reperfusion therapy within a defined "therapeutic window" is of paramount importance. According to the "time-brain" concept (Xiong Y., 2022) [6], the effectiveness of reperfusion therapy increases proportionally with its early initiation. Notably, the initiation of thrombolytic therapy (TT) is recommended within 4.5 hours, while mechanical thrombectomy (MT) should be performed within 6 hours [6,7,8]. TT and MT are considered standards of care for AIS patients. However, it should be noted that MT is exclusively performed in highly specialized stroke centers, while primary stroke centers are limited to conducting only TT [9, 10].

The key interventions in AIS from symptom onset to successful reperfusion therapy are divided into two initial stages: pre-hospital and hospital. Most studies aiming to improve AIS processes have focused on the hospital phase, yet the pre-hospital stage is also of significant importance [11]. All measures taken at the pre-hospital stage should focus on minimizing time delays and ensuring timely delivery of patients to qualified pre-hospital care facilities [9]. The target time frames for providing such assistance are no more than 40 minutes for urban populations and up to three hours for rural populations, as per the 2018 order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan [12]. Researchers Desai SM et al. (2020) recommend that emergency medical services follow the "Mission: Lifeline" stroke sorting algorithm for direct transport to a tier 3 stroke center if travel time is less than 30 minutes, otherwise, patients should be transported to the nearest tier 1 or 2 stroke centers [13]. These parameters are critically important for optimizing treatment outcomes and minimizing potential complications of specialized care.

Based on recommendations from the WSO (2023), AHA/ASA (2019), and ESO (2023), several principles of pre-hospital care have been proposed, with evidence levels ranging from A to C, to improve and expedite medical assistance at this stage [14, 15, 16]. Specifically, five points were highlighted:

1. Emergency medical service (EMS) dispatchers should identify potential stroke cases through proper dialogue with victims and their relatives for prioritizing the allocation of emergency

vehicles.

2. Upon arrival of EMS, it is necessary to assess strictly following a time-efficient execution: the ABC test (Airway, Breathing, Circulation), and the F.A.S.T test (Facial drooping, Arm weakness, Speech difficulties, Time of stroke onset or last time the patient was without these symptoms), which must be included in the patient's accompanying EMS documentation.

3. A key component is the continuity of work between EMS and the stroke department, which involves pre-hospital (i.e., telephone) notification that a patient with a potential stroke is en route and requires maximum resource preparation for hospital admission and specialized care.

4. It is necessary to mention the issues at the pre-hospital stage regarding the unpreparedness of medical organizations to accept patients suspected of stroke, where it is appropriate to apply foreign experience in developing and implementing protocols for emergency inter-hospital transfers.

5. During the pre-hospital care stage, patients are transported either to the nearest stroke centers capable of providing primary emergency care and neuroimaging, including TT, or directly to highly specialized stroke centers (tier 3) for mechanical thrombectomy. The choice of stroke center and transportation algorithm is regulated based on local standards and algorithms.

Transition from Pre-Hospital to Hospital Medical Care. When transferring patients with acute ischemic stroke (AIS) from Emergency Medical Services (EMS) to inpatient care, all patients who can start treatment within 4.5 hours of symptom onset must be promptly examined by a physician experienced in stroke treatment (on-site or via online teleconsultation). This examination aims to determine indications for treatment with recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA, alteplase) and to assess the need for endovascular thrombectomy at the local center (if available) or another stroke treatment center performing endovascular therapy. This is recommended following the patient's emergency neuroimaging via CT or MRI, as reported by Abd-Allah F et al. (2015) [17].

Guided by the results of published data from various researchers, it has been established that in the strategic plan to ensure quality care for ischemic stroke in the pre-hospital phase, the World Stroke Organization (WSO) (2023) identified effectiveness indicators (key indicators) based on several criteria [11, 14, 15, 16]. In this report, three main effectiveness indicators for providing pre-hospital medical care have been identified:

- Time from stroke onset to examination by an EMS medical specialist (in minutes/hours).
- Time from stroke onset to admission to a stroke hospital (in minutes/hours).
- The proportion of ischemic stroke patients delivered within 4.5 hours of symptom onset.

Each indicator has its permissible normative values. It is well-known that the first six hours following the onset of symptoms of acute ischemic stroke (AIS) represent a critical period for conducting reperfusion therapy in patients. However, the results of randomized clinical trials such as DEFUSE-3 [18] and DAWN [19] indicate the effectiveness of reperfusion interventions, particularly mechanical thrombectomy, within a 24-hour window for certain subtypes of AIS. This finding dictates the necessity of transporting patients to specialized tier 3 stroke centers for qualified specialized therapy, even in cases of late detection exceeding the six-hour threshold.

Conclusion. Synthesizing the data from available international and regional literature on the development and updating of clinical guidelines for managing patients with AIS underscores their practical significance. Particular attention is paid to improving the pre-hospital stage of treatment, which includes coordination and continuity between various medical services, the application of standardized diagnostic tests and algorithms, and the identification of key temporal and quality indicators for assessing the effectiveness of the provided care. These findings highlight the importance of implementing an integrated approach in the treatment of AIS, starting from the pre-hospital phase and culminating in timely specialized medical care.

Used literature.

1. Katan M, Luft A. Global Burden of Stroke. *Semin Neurol.* 2018 Apr;38(2):208-211. doi: 10.1055/s-0038-1649503. Epub 2018 May 23. PMID: 29791947.

2. The top 10 causes of death World Health Organization, December 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. Geib A. Understandings Barriers and Facilitators of Dietary Change Following Stroke: A Qualitative Analysis. – 2023.
4. Global health estimates: Leading causes of death - <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
5. Executive Summary of Stroke Statistics in Korea 2018: A Report from the Epidemiology Research Council of the Korean Stroke Society. *J Stroke*. 2019;21(1):42-59. Published online December 18, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5853/jos.2018.03125>
6. Xiong Y, Wakhloo AK, Fisher M. Advances in Acute Ischemic Stroke Therapy. *Circ Res*. 2022 Apr 15;130(8):1230-1251. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.121.319948. Epub 2022 Apr 14. PMID: 35420919.
7. Heiss WD, Zaro-Weber O. Extension of therapeutic window in ischemic stroke by selective mismatch imaging. *Int J Stroke*. 2019 Jun;14(4):351-358. doi: 10.1177/1747493019840936. Epub 2019 Apr 1. PMID: 30935350.
8. Clinical protocol for medical intervention "endovascular treatment of ischemic stroke in the acute phase" approved by the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan on June 1, 2023, Protocol No. 182.
9. Mead G. E. et al. A systematic review and synthesis of global stroke guidelines on behalf of the World Stroke Organization //International Journal of Stroke. – 2023. – T. 18. – №. 5. – C. 499-531.
10. Casaubon LK, Boulanger JM, Blacquiére D, et al. Canadian stroke best practice recommendations: hyperacute stroke care guidelines update 2015. *Int J Stroke* 2015; 10: 924–940.
11. Goyal, M., Saver, J. L., Ganesh, A., McDonough, R. V., Roos, Y. B., Boulouis, G., ... & Ospel, J. M. (2021). Standardized reporting of workflow metrics in acute ischemic stroke treatment: why and how?. *Stroke: Vascular and Interventional Neurology*, 1(1), e000177..
12. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated March 14, 2018, No. 110. Registered in the Ministry of Justice of the Republic of Kazakhstan on April 9, 2018, No. 16725
13. Desai SM, Leslie-Mazwi TM, Hirsch JA, Jadhav AP. Optimal transfer paradigm for emergent large vessel occlusion strokes: recognition to recanalization in the RACECAT trial. *J Neurointerv Surg*. 2021;13:97–99. doi: 10.1136/neurintsurg-2020-017227
14. Mead GE, Sposato LA, Sampaio Silva G, et al. A systematic review and synthesis of global stroke guidelines on behalf of the World Stroke Organization. *International Journal of Stroke*. 2023;18(5):499-531. doi:10.1177/17474930231156753
15. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Biller J, Brown M, Demaerschalk BM, Hoh B, Jauch EC, Kidwell CS, Leslie-Mazwi TM, Ovbiagele B, Scott PA, Sheth KN, Southerland AM, Summers DV, Tirschwell DL. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019 Dec;50(12):e344-e418. doi: 10.1161/STR.0000000000000211. Epub 2019 Oct 30. Erratum in: *Stroke*. 2019 Dec;50(12):e440-e441. PMID: 31662037.
16. Turc G, Bhogal P, Fischer U, Khatri P, Lobotesis K, Mazighi M, Schellinger PD, Toni D, de Vries J, White P, Fiehler J. European Stroke Organisation (ESO) - European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) Guidelines on Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke. *J Neurointerv Surg*. 2023 Aug;15(8):e8. doi: 10.1136/neurintsurg-2018-014569. Epub 2019 Feb 26. PMID: 30808653.

17. Abd-Allah F, Wasay M. Roadmap for Improved Stroke Care: Implications for Global Stroke Guidelines and Action Plan. International Journal of Stroke. 2015;10(5):E52-E52. doi:10.1111/ijis.12528

18. Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. N Engl J Med 2018;378:11–21.

19. Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. N Engl J Med 2018;378:708–18.

НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ДИНАМИКИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.

¹А.Р. Абзалиева А.Р., ²Г.К. Каусова, ¹М.А. Баймуратова М.А., ²Г.А. Алибаева, ¹Б.И. Имашева

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,

²ТОО «Западно-Казахстанский Высший медицинский колледж», г. Уральск

Введение. ВОЗ придает особое значение роли медицинских кадров в формировании устойчивости стран для адекватного реагирования на внешние факторы (в т.ч. пандемию), причем акцент проставляется не столько на количественное увеличение, а на правильное распределение персонала с высоким уровнем доступности для населения [1-3]. В нашей стране, несмотря на стремительно развивающийся медицинский кластер, функционирование мощных Национальных Научных медицинских центров, Глава Государства Республики Казахстан (РК) поручил обеспечить режим полной готовности всех организаций здравоохранения страны, где было указано на «не укомплектованность отделений реанимации» [4-6].

Целью исследования являлось изучение тенденций изменений динамических показателей обеспечения региональной системы здравоохранения врачами и медицинским персоналом.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» за период 2018-2022гг.

Результаты. Анализ кадрового обеспечения здравоохранения РК за последние 5 лет (2018-2022гг.) показал снижение укомплектованности врачебными кадрами по всей республики с 50,3 до 45,5 на 10 000 населения. Особенно данное снижение было отмечено в четырех областях (Западно-Казахстанской, Карагандинской, Алматинской и Туркестанской) и трех мегаполисах (Астана, Алматы, Шымкент) страны.

При анализе численности врачей всех специальностей (без учета зубных) за 2018-2022 гг. по РК наблюдались различные показатели. Увеличение показателя численности врачей отмечалось лишь в г. Алматы, где данный показатель повысился с 93,4% в 2018г. до 94,5 % в 2022г. Снижение численности медицинских кадров за анализируемый период были зафиксированы в 6 крупных регионов страны: в Алматинской области с 97,2% до 90,7%, Западно-Казахстанской области (ЗКО) с 96,7% до 89,3%, Туркестанской области с 95,8% до 94,7%, Шымкенте с 95,8% до 92,3% и Астане с 84,2% до 81,3% соответственно (рисунок №1).

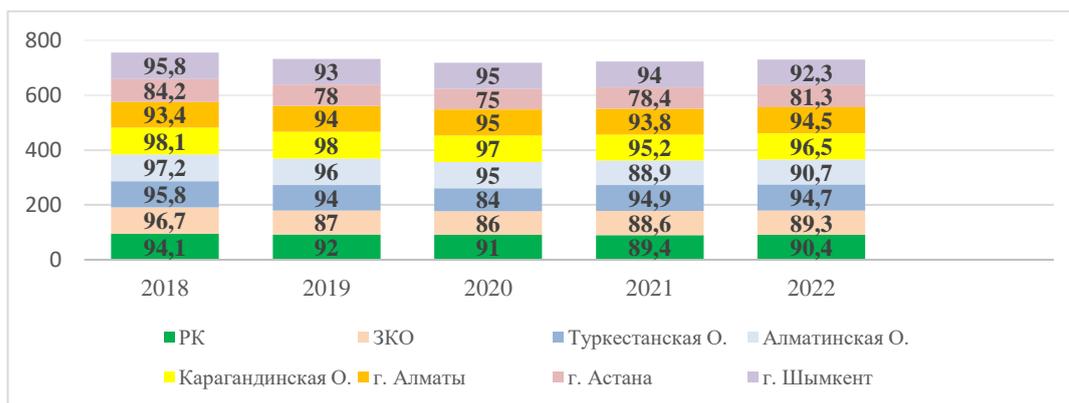


Рисунок №1 - Динамика численности врачей всех специальностей (без учета зубных) в Республике Казахстан за 2018-2022 гг.

Численность среднего медицинского персонала (СМП) в динамике также увеличилась по РК с 17570 (95,5 на 10 000 населения) в 2018 году до 19130 (79,5 на 10 000 населения) в 2022 году (рисунок №2). Как видно на рисунке №2 с самыми высокими процентами регистрировались, в динамике в г.Астана с показателями выше республиканских, достигая 100% к 2022году. На втором месте оказалась ЗКО, причем с исходного значения 104,9% в 2018г. эта цифра осталась constanta и к 2022год. Третьим по частоте по укомплектованности СМП зарегистрирована г.Алматы в 2018г. – 99,0%, правда незначительно снизившись до 90,9% к 2022г. В ЗКО численность среднего медицинского персонала выросла незначительно с 6840 в 2018 до 7198 в 2022, показатель на 10 000 населения с 2018 г к 2020-му вырос с 104,9 до 107,3 и к 2022 году снизился до 104,6. В Туркестанской области численность СМП увеличилась с 18158 в 2018 году до 21048 в 2022 году, показатель на 10000 населения увеличился с 91,5 до 99,3 с 2018 по 2022 года. В Алматинской области общая численность СМП увеличивалась до 2021 года с 14961 до 17290 и к 2022 году снизилась до 10692, показатель на 10 000 населения также увеличивался до 2021 года с 73,4 до 79,4 и снизился к 2022 году до 71. В Карагандинской области отмечается такая же тенденция, до 2021 года численность СМП увеличивалась с 13507 до 14033, к 2022 году снизилась до 11 695, показатель на 10000 населения динамически рос с 98 до 103,1. В городе Алматы численность СРМ выросла с 18364 до 19659, показатель на 10 000 населения снизился с 99 до 90,9. Следует отметить, что численность врачей терапевтического профиля в динамике незначительно увеличилась в Республике Казахстан с 25768 в 2018 году до 27022 в 2022 г., показатель на 10 000 населения снизился с 14,4 в 2018 г. до 13,7 в 2022 г.

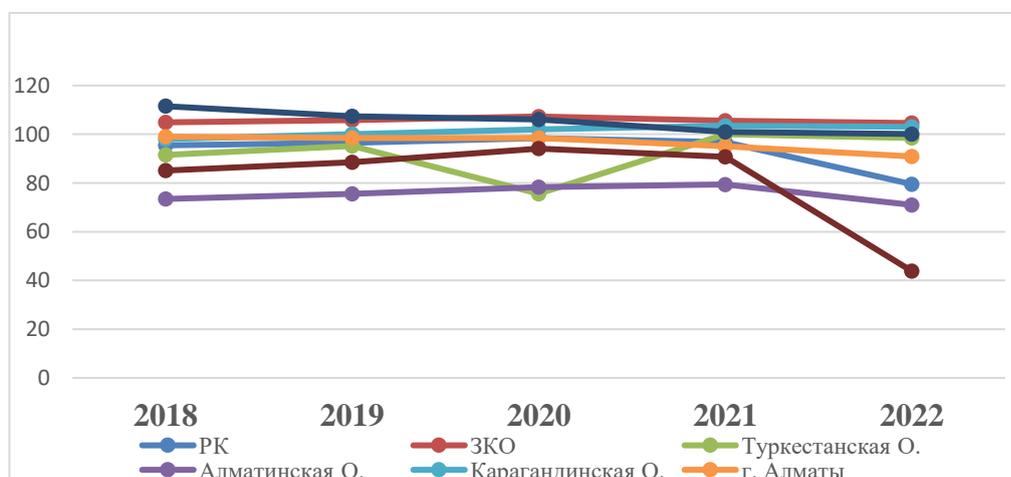


Рисунок 2 - Динамика показателей по численности среднего медицинского персонала (показатели на 10 000 населения) в Республике Казахстан за период 2018-2022гг.

Заключение. Суммируя сложившуюся ситуацию, следует отметить, что в целом, за исследуемый период с 2018 по 2022 года значимых динамических изменений по РК во врачебных кадрах, так и среднего медицинского персонала выявлено не было. Однако, нельзя отрицать, что укомплектованность врачебными кадрами снизилась по республике и во всех изучаемых городах и областях, за исключением г. Алматы, где обнаружен незначительный прирост. Статистически значимые динамические изменения обнаружены только в Туркестанской и Алматинской областях, где общая численность терапевтов снизилась с 785 до 520, показатель на 10 000 населения с 4 до 2,5 $P(18-22)=0,005$ ($V=0,168$, слабая) и с 696 до 339, показатель на 10 000 населения с 3,4 до 2,3 $P(18-22)=0,003$ ($V=0,152$, слабая) с 2018 до 2022 года соответственно при слабой силе взаимосвязи и снижение численности врачей-педиатров в Алматинской области с 452 до 281, показателя на 10 000 населения с 2,2 до 1,9, $p(18-22)=0,04$ ($V=0,188$, слабая). Все остальные динамические изменения показателей не были статистически значимы, из чего можно сделать вывод, что в Республике Казахстан за исследуемый период не было значительных изменений кадрового состава в медицине.

Список использованной литературы:

1. Задворная О.Л. Проблемы и перспективы развития кадрового обеспечения системы здравоохранения в современных условиях. // Научно-практический рецензируемый журнал "Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики"- 2022. - № 5. - С. 528-545
2. Kringos D.S., Voerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. Building primary care in a changing Europe. // Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health systems and policies. – 2015. - №12(38)-164.
3. Шейман И.М., Сажина С.В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит кадров // Мир России. – 2018. - Т. 27. № 3. С. 130–153. DOI: 10.17323/1811-038X-2018-27-3-130-153
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 октября 2017 года № 763 «Об утверждении Стандарта организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан», <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300032409>
5. Послание Главы государства Касым-Жомарт Токаева народу Казахстана от 16 марта 2022 года «Новый Казахстан: Путь обновления и модернизации», <https://www.akorda.kz/ru/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana-1623953>
6. Поздеева Т.В., Кочкурова Е.А., Доцанникова О.А., Носкова В.А., Кочкуров А.С. Комплексный подход к проблеме кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области. // Профилактическая медицина. - 2020. - №5(23). С. 25–32. <https://doi.org/10.17116/profmed20202305125>

ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ

¹Б.И. Имашева, ¹М.А. Камалиев, ²В.Н. Локшин, ³М.В. Киселева, ⁴А.Д. Туреханова, ⁵С.М. Оспангалиева

¹Казахстанский медицинский университет «Высшая Школа Общественного Здравоохранения», г. Алматы, Республика Казахстан

²МКЦР «Persona», г. Алматы, Республика Казахстан

³Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Калужская обл., г. Обнинск, Российская Федерация

⁴Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация. В данной статье проанализированы показатели госпитализированной заболеваемости гиперплазией эндометрия женщин города Алматы за 2012-2022 гг. Установлено, что за указанный период произошло увеличение уровня госпитализированной заболеваемости гиперплазией эндометрия. Высокие показатели распространённости данной патологии, требующие особого наблюдения со стороны медицинских организаций отмечены в возрастных группах 40-44, 45-49, 50-54 лет.

Введение. Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является наиболее актуальной проблемой среди гинекологических заболеваний из-за высокой вероятности рецидивов, трудности дифференциальной диагностики и риска малигнизации [1]. Перерождению гиперпластических процессов в злокачественные новообразования способствуют известные факторы риска: ожирение, инсулинорезистентность, сахарный диабет, воспалительные заболевания полости матки, ановуляция, связанная с перименопаузой [2,3]. Частота ГЭ связана с возрастом и его гистологическим типом [4].

Цель: Оценить заболеваемость ГЭ на основе статистических данных о случаях лечения в круглосуточных стационарах г. Алматы за период с 2012 по 2022 гг.

Материалы и методы исследования. В исследовании использованы данные из информационной системы «Электронный регистр стационарных больных» по пролеченным случаям в круглосуточных стационарах города Алматы за период с 2012 по 2022 гг. с кодами диагнозов по МКБ-10: 85.0 Железистая гиперплазия эндометрия, N85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия, N84.0 Полип тела матки.

При статистической обработке материала использованы традиционные методы вычисления экстенсивных и интенсивных показателей с использованием программ Microsoft Excel и SPSS Statistics 26. Исследование одобрено Этическим комитетом Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ» (протокол №2 от 28.10.2020г.).

Результаты. Общее число госпитализированных женщин с ГЭ за анализируемый период составило 9150. Первое ранговое место заняли полипы тела матки (50%), второе – железистая гиперплазия эндометрия (48%), третье – аденоматозная гиперплазия эндометрия (2%).

Отмечено увеличение показателей заболеваемости ГЭ в 1,8 раз: с 52,7 на 100 000 женского населения в 2012 г. до 95 случаев на 100 000 женского населения в 2022 г. На протяжении всего наблюдаемого периода госпитализированная заболеваемость ГЭ имела волнообразный характер. Резкое повышение уровня заболеваемости отмечалось в 2012 по 2018 гг. Пик госпитализированной заболеваемости ГЭ наблюдался в 2018 г., где данный показатель составил 114,2 случая на 100 000 женского населения. В последующие 3 года сформировалась тенденция к снижению уровня госпитализированной заболеваемости, когда в 2020 г. показатель снизился до 87,4 случая на 100 000 женского населения. Однако на следующий год отмечалось увеличение показателя в 1,2 раза (109,0 случая на 100 000 женского населения). Несмотря на снижение показателя заболеваемости в 2022 г. до 95,0 случая на 100 000 женского населения, согласно составленному прогнозу на основе аппроксимирующей функции, следует ожидать дальнейшее увеличение данного показателя ($R^2=0,5702$) (рисунок 1).



Рисунок 1 - Динамика госпитализированной заболеваемости ГЭ в стационарах г. Алматы за 2012-2022 гг. (на 100 000 женского населения) и линейный прогноз

Важным аспектом в изучении заболеваемости ГЭ является ее этиологическая причина. За анализируемый период самые высокие показатели госпитализированной заболеваемости отмечались по поводу полипов тела матки, среднегодовой уровень составил $44,6 \pm 12,1$ (36,5-52,7 95% CI) случая на 100 000 женского населения. На втором месте оказалась железистая гиперплазия эндометрия - $40,8 \pm 12,1$ (32,6-48,9 95% CI), на третьем – аденоматозная гиперплазия эндометрия - $1,43 \pm 0,80$ (0,89-1,97 95% CI).

В структуре контингента госпитализированных с ГЭ преобладала возрастная группа 45-49 лет (20,9%); на втором месте - возрастная группа 40-44 лет (15,4 %), а на третьем - 50-54 лет (15,1 %) соответственно (рисунок 2).

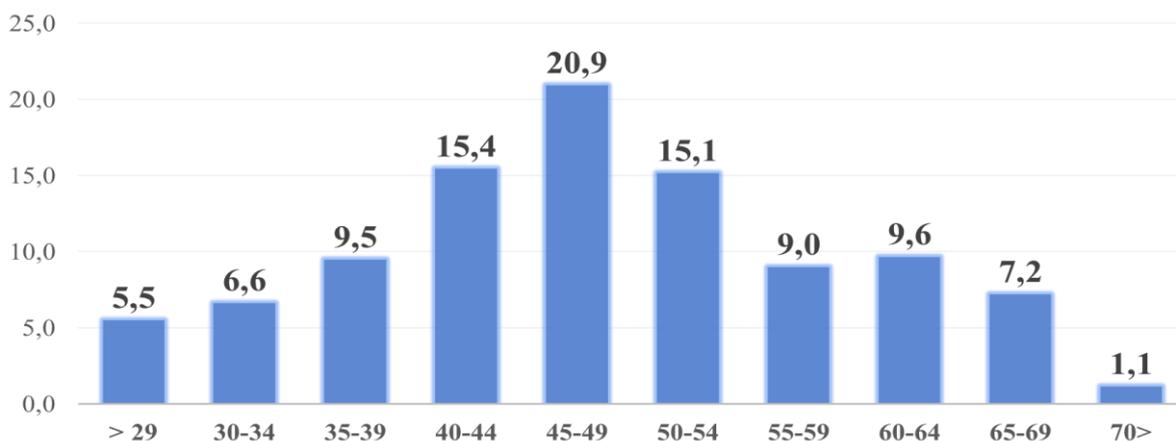


Рисунок 2 – Распределение женщин с ГЭ, госпитализированных в г. Алматы по возрастным группам (%)

Заключение. Выявленная тенденция роста показателей госпитализированной заболеваемости ГЭ свидетельствует об ухудшении здоровья женщин, а именно женщин в пре- и пери-, а также в постменопаузальном возрасте (40-44, 45-49, 50-54 лет). Полученные данные доказывают необходимость проведения углубленного изучения факторов риска, способствующих возникновению ГЭ и совершенствование комплекса лечебно-профилактических мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Список использованной литературы:

1. Doherty M.T., Sanni O.B., Coleman H.G., Cardwell C.R., Mc.Cluggage W.G., Quinn D., Wylie J., Mc.Menamin Ú.C. Concurrent and future risk of endometrial cancer in women with endometrial hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. // PLoS One. – 2020. - № 15(4). - P. 2223-2231. <https://doi: 10.1371/journal.pone.0232231>
2. Uccella S., Zorzato P.C., Dababou S., Bosco M., Torella M., Braga A., Frigerio M., Gardella B., Cianci S., Laganà A.S., Franchi M.P., Garzon S. Conservative management of atypical endometrial hyperplasia and early endometrial cancer in childbearing age women. // Medicina (Kaunas). - 2022. - № 58(9). - P. 1256. <https://doi: 10.3390/medicina58091256>.
3. Wouk N., Helton M. Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. // Am Fam Physician. - 2019. - № 99(7). - P. 435-443. PMID: 30932448.
4. Kender Erturk N., Basaran D., Salman C. Comparison of endometrial cancer risk in patients with endometrial precancerous lesions: WHO 1994 vs EIN classification. // J Obstet Gynaecol. - 2022. - № 42(4). - P.692-695. <https://doi: 10.1080/01443615.2021.1943338>.

IMPROVEMENT OF SCREENING PROGRAMS FOR THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER

Kassenova M.A., Ryskulova A. R., Baimuratova M. A.
Kazakhstan's Medical University "KSPH"

Relevance. Cervical cancer remains a significant medical and social problem worldwide and is one of the leading causes of death in women with cancer. This disease has a high prevalence even in economically developed countries, despite the fact that it can be largely prevented. According to HPV Information Centre statistics (2019), breast cancer ranks second among oncological diseases in women aged 15 to 44 years (after breast cancer) and third in the overall structure of cancer incidence in women worldwide [1].

Moreover, in Kazakhstan, the prevalence of breast cancer is notably high, comparable to rates in other regions such as the Baltic countries, the Russian Federation, and neighboring Central Asian republics. An examination of comprehensive and standardized indicators for breast cancer incidence reveals a rise in new cases within Kazakhstan. Between 2008 and 2022, the incidence increased from 8.0 to 10.3 per 100,000 population [2]. Annually, over 1,200 primary cases are identified, resulting in more than 600 breast cancer-related deaths. Presently, the oncological register includes over 10,000 individuals diagnosed with breast cancer. According to the Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology, 1842 new cases of breast cancer were detected in the Republic of Kazakhstan in 2021. Breast cancer ranks fourth among oncological diseases, accounting for 5.77% of all cases of malignant neoplasms [3]. The incidence rate was 10.3 per 100,000 populations with an increase rate of 5.7%. In the structure of oncological diseases among women, breast cancer ranks second, accounting for 10.5% of all cases. The incidence rate is 19.9 per 100,000 populations. Particularly high incidence rates are observed in Pavlodar (13.2%), West Kazakhstan (13.1%), Aktobe (13.1%), East Kazakhstan (11.7%) and Akmola (11%) regions. The city of Almaty has the highest incidence rate, amounting to 15.6 per 100,000 populations, which corresponds to 174 people. In the structure of mortality from malignant neoplasms in the Republic of Kazakhstan in 2017, breast cancer ranks tenth, accounting for 4% of all deaths from cancer (595 people) [4].

The implementation of systematic screening programs has played a pivotal role in markedly decreasing breast cancer cases in numerous developed nations in recent years [5]. According to the World Health Organization (WHO) experts, organized cytological screening, with the active participation of at least 80% of women, substantially enhances the efficacy of preventive measures against cervical cancer. Embracing new technologies and research methods stands out as a promising

and contemporary avenue for advancing screening programs [6].

Over the past decade, numerous countries have proactively incorporated human papillomavirus (HPV) testing into their breast cancer screening initiatives, acknowledging the established etiological link between this virus and cervical cancer development. In order to encourage greater female participation in cervical screening, various devices have been devised, enabling women to autonomously collect samples for subsequent HPV detection. International authors emphasize the cost-effectiveness of this approach, as it diminishes expenses associated with doctor visits, sample collection and transportation, and the issuance of examination invitations to patient [7].

The steady increase in the incidence and mortality rates of cervical cancer serves as the basis for the intensification of work on the prevention of cervical cancer and optimization of cervical screening programs in this subject. Previously, the high diagnostic value of HPV testing in cervical screening programs was established, according to the new WHO guidelines on screening and treatment of precancerous lesions of the cervix for the prevention of cervical cancer from 07/06/2021, however, the effectiveness of this method in Kazakhstani women of reproductive age belonging to the organized population has not been sufficiently studied. There are no studies that have shown the effectiveness and possibility of using devices for self-preparation of a sample for HPV identification as an alternative and new method in the screening of breast cancer in women of reproductive age [8].

The aim of this research is to improve the primary and secondary prevention of cervical cancer in women.

The materials of the research will serve as accounting documentation for screening programs and medical examinations of patients with cervical cancer on the basis of city hospitals in Almaty and the Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology in the period from 2018 to 2023; the results of a study 500 tests of self-collection material for the HPV test, conducted in women who are subject to cervical cancer screening. To achieve these goals, it is planned to conduct a prospective study of a cohort of women who are sent for preventive examinations. This study will include the following main steps:

The first stage will be a cross-sectional study aimed at determining the frequency of occurrence of human papillomaviruses with a high carcinogenic risk (HCR) 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 types and factors associated with the likelihood of infection. Also at this stage, the effectiveness of the two methods for taking samples of HPV test material will be compared and an assessment of how much patients are willing to comply with these methods will be made. The second stage is a cross-sectional study conducted 6 months after the start of the study. At this stage, we will compare different methods for detecting mild intraepithelial neoplasia (LSIL) and assess the body's ability to get rid of HPV-HCR on its own. We will also assess the factors affecting the persistence of HPV-HCR in the body for 6 months. The third stage is a cross-sectional study conducted 12 months after the start of the study. At this stage, the effectiveness of two methods for taking samples of material for the HPV test will be evaluated, as well as monitoring the self-disappearance of HPV-HCR and evaluating factors affecting the retention of HPV-HCR in the body for 12 months.

Scientific novelty of the research:

- This research marks the first instance of conducting a comprehensive epidemiological and economic analysis of the breast cancer screening program for prevention in the studied region.
- Pioneering the exploration of risk factors influencing the infection and persistence of HPV-HCR over 6 and 12 months among organized patients of reproductive age.
- The study unveils that the self-preparation of a sample for an HPV test as a standalone method demonstrates heightened sensitivity in diagnosing high-grade cervical intraepithelial neoplasia compared to alternative diagnostic methods
- Establishing that the self-preparation method does not diminish the frequency of identifying HPV-HCR DNA when compared to clinician-collected cervical secretions.
- The research will culminate in the development of recommendations aimed at optimizing screening examinations for the early detection of breast cancer within the framework of the National

Screening Program.

Expected results of the research: the research's outcomes will unveil a regional variance in the prevalence of carcinogenic HPV types among women. It will be substantiated that relying solely on cytological methods in breast cancer screening is inappropriate due to a substantial number of false-negative results. Priority risk factors for HPV infection and persistence in women, linked to gender-specific behaviors, will be identified. This underscores the significance of implementing health education initiatives within the population, fostering a responsible approach to personal health, and cultivating accurate reproductive attitudes.

The demonstrated high efficiency and compliance of self-preparing the HPV test sample will position it as a viable alternative primary method for cervical screening. This innovation aims to enhance the coverage of the female population, contributing to a more effective and accessible approach to preventive healthcare.

The observed high efficiency and adherence to the self-preparation method for the HPV test sample will position it as a feasible alternative primary approach for cervical screening. This innovative strategy not only offers heightened efficacy but also aims to broaden the coverage of the female population, thereby contributing to a more inclusive and accessible framework for preventive healthcare interventions.

Used literature:

1. Избагамбетов Н. А. и др. Показатели заболеваемости и смертности от рака шейки матки в городе Алматы за 2005-2022 гг //Онкология и Радиология Казахстана. – 2023. – №. 2 (68). – С. 9-14.

2. Пак Р. В. Эпидемиологические особенности рака шейки матки в мире //Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2019. – №. 1. – С. 678-680.

3. Кравец О. А., Болатбекова Р. О., Курманова А. А. Скрининг рака шейки матки: реализация программы в Республике Казахстан //Онкогинекология. – 2020. – №. 1. – С. 58-66.

4. Бердыбекова Р. Р., Искакова А. Т. Совершенствование мер по профилактики и лечения вирус папилломы человека и рака шейки матки в Республике Казахстан. Аналитическая справка для формирования политики //Journal of Health Development. – 2021. – С. 86-97.

5. Rizzo A. E., Feldman S. Update on primary HPV screening for cervical cancer prevention //Current problems in cancer. – 2018. – Т. 42. – №. 5. – С. 507-520.

6. Bedell S. L. et al. Cervical cancer screening: past, present, and future //Sexual medicine reviews. – 2020. – Т. 8. – №. 1. – С. 28-37.

7. Bhatla N., Singhal S. Primary HPV screening for cervical cancer //Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2020. – Т. 65. – С. 98-108.

8. Maver P. J., Poljak M. Primary HPV-based cervical cancer screening in Europe: implementation status, challenges, and future plans //Clinical microbiology and infection. – 2020. – Т. 26. – №. 5. – С. 579-583.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В МИРЕ

¹Жанжигитова К.Ж., ^{1,2}Глушкова Н.Е., ^{3,4}Ералиева Б.А
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»
²Казахский национальный университет имени аль-Фараби,
³Управление здравоохранения г. Алматы,
⁴КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан,

Анотация: В данной статье изучается вопрос о лекарственном обеспечении населения,

а так же о проблеме в обеспечении лекарственными средствами. В статье были рассмотрены проблемы доступности лекарств в развивающихся странах.

Ключевые слова: лекарственные средства, лекарственное обеспечение, доступность лекарственных препаратов.

Введение: Лекарственные средства являются неотъемлемой частью медицинской помощи, улучшающей здоровье и качество жизни пациентов [1]. Лекарства являются жизненно важным элементом здравоохранения, а доступ к лекарствам является фундаментальным правом человека [2]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет основные лекарства, которые «удовлетворяют приоритетные потребности населения в медицинской помощи». Однако преобладающая проблема нехватки лекарств создает серьезные проблемы для системы здравоохранения [3]. Острая проблема доступа к лекарствам является фундаментальным компонентом, который необходимо решить для полной реализации права на здоровье [4]. Равный доступ к медицинским препаратам и товарам медицинского назначения является приоритетом во всем мире. Следовательно, наличие, доступность, приемлемость и доступность этих продуктов гарантированного качества должны быть решены для достижения целей устойчивого развития Организации Объединенных Наций [5].

Несмотря на прогресс, достигнутый во всем мире, миллионы людей в развивающихся странах не имеют доступа к медицинским лекарствам по причине препятствий, которые блокируют доступ к качественным лекарствам. С точки зрения прав человека, доступ к лекарствам неразрывно связано с принципами «равенства и не дискриминации», «прозрачности», «участия» и «подотчетности». Всеобщий охват услугами здравоохранения гарантирует, что во всем мире люди имеют постоянный доступ к высококачественным основным медицинским услугам, безопасным, надежным и доступным по цене основным медицинским услугам, безопасным, надежным и доступным по цене основным лекарствам и вакцинам, а так же финансовую безопасность [6].

Доступ к лекарствам в системах здравоохранения охватывает пять аспектов доступа: первый аспект это наличие, ценовая доступность, доступность (географическая доступность), приемлемость (рациональный выбор и использование) и качество [7]. Таким образом, доступ к лекарствам подразумевает, что население должны иметь нужные лекарства и правильное качество, по правильной цене и в нужном месте [8].

Исследования, в которых используются данные хранилищ и охватывают преимущественно Северную Америку и в некоторой степени Европу, выявили масштабы нехватки лекарственных препаратов [9]. Факторы, связанные с тем, как нехватка лекарств снижает доступ, включая продолжительности дефицита лекарственных средств, затронутые терапевтические области и конкретные лекарственные средства, а также цены на лекарства. В США после принятия Закона о безопасности и инновациях в 2012 году продолжительность дефицита не сократилась [10].

Периоды нехватки лекарств для неотложной помощи относительно более длительны, чем лекарств, не требующих неотложной помощи. В сфере амбулаторной помощи непатентованные лекарства были более подвержены дефициту, чем фирменные лекарства [11]. Более продолжительный дефицит был связан с умеренным ростом цен на лекарства (6%-14%). В Канаде рынки, на которых присутствовал только один производитель дженериков, были более уязвимы к нехватке лекарств [12]. Во Франции более старые рынки поражаются более часто [9].

Инъекционные лекарства или лекарства с ненадежными путями введения более подвержены дефициту, как и лекарства для определенных заболеваний [11].

Кроме того, надо отметить что пандемия COVID-19 привела к краткосрочному всплеску спроса на лекарства, а перебои в торговле повысили осведомленность общественности о необходимости постоянно контролировать доступность основных лекарств [13].

В Казахстане авторами было проведено исследование с целью проанализировать и оценить систему обеспечения льготных категорий граждан антигипертензивными препаратами на уровне первично-медико санитарной помощи. Таким образом, авторами Для определения уровня удовлетворенности граждан лекарственным обеспечением на амбулаторно-поликлиническом уровне было опрошено 3118 респондентов с использованием анкеты для лиц, получивших бесплатные лекарственные средства для лечения артериальной гипертензии. По полученным результатам авторов, результаты социологического исследования по изучению мнения населения о существующей системе бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи выявили некоторые организационно-управленческие проблемы. Хотя больные гипертонией с 2012 года получают лекарства бесплатно, 37% отметили, что они покупали их за полную стоимость в аптеках, которые должны отпускать бесплатно для льготных категорий граждан. Также 77% респондентов заявили, что их не приглашали в амбулаторно-поликлинические организации для получения лекарств. В результате, по выводам авторов при решении задач совершенствования организации и управления необходимо учитывать региональные особенности, которые позволяют на основе использования комплекса методов анализа и прогнозирования оценить состояние и тенденции развития, выявить его сильные и слабые стороны, оценить факторы внешней и внутренней среды [14].

Кроме того, авторами был проведен систематический обзор с целью изучить влияние нехватки лекарств на результаты лечения пациентов. Таким образом, авторами был проведен научный поиск в базах Medline, Embase, Global Health, PsycINFO и International Pharmaceutical Abstracts. Авторы обнаружили что, нехватка лекарств в основном приводила к неблагоприятным экономическим, клиническим и гуманистическим последствием для пациентов. Так же, часто сообщались что у пациентов увеличивались личные расходы, частота ошибок при приеме лекарств, нежелательные явления, смертность и жалобы во время нехватки лекарств [15].

Заключение. Несмотря на важность лекарств в снижении заболеваемости и смертности в мире, доступность доступных лекарств гарантированного качества по-прежнему остается низкой, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов. Обеспечение доступа к лекарствам требует комплексного системного подхода с участием различных заинтересованных сторон и дисциплин, от права и фармацевтики до экономики, с глобальным механизмом подотчетности [16].

Использованная литература:

1. World Health Organisation. Medicines and health products. 2018. [cited 7 April 2018] In: World Health Organisation; [Internet] 2018.
2. Hogerzeil H. (2006). Essential Medicines and Human Rights: what Can They Learn from Each Other?. Bull. World Health Organ. 84, 371–375. 10.2471/blt.06.031153.
3. De Weerd E, Simoens S, Hombroeckx L, Casteels M, Huys I. Causes of drug shortages in the legal pharmaceutical framework. Regul Toxicol Pharmacol. 2015 Mar;71(2):251-8. doi: 10.1016/j.yrtph.2015.01.005. Epub 2015 Jan 12. PMID: 25591547.
4. OHCHR. Access to Medicines and the Right to Health. Available from: <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/access-medicines-and-right-health>. Accessed October 14, 2022. [Ref list]
5. WHO. Road Map for Access to Medicines, Vaccines and Other Health Products 2019-2023. Comprehensive Support for Access to Medicines, Vaccines and Other Health Products. 2019.
6. WHO. Universal Health Coverage. April 2021.
7. Wirtz VJ , Kaplan WA, Kwan GF, Laing RO. 2016. Access to medications for cardiovascular diseases in low- and middle-income countries. Circulation133: 2076–85.
8. Mills A. 2017. Resilient and responsive health systems in a changing world. Health Policy and Planning32: iii1–2.

9. A. Benhabib, S. Ioughlissen, C. Ratignier-Carbonneil, P. Maison The French reporting system for drug shortages: description and trends from 2012 to 2018: an observational retrospective study *BMJ Open*, 10 (3) (2020), Article e034033
10. S.I. Chen, E.R. Fox, M.K. Hall, et al. Despite federal legislation, shortages of drugs used in acute care settings remain persistent and prolonged *Health Aff (Millwood)*, 35 (5) (2016), pp. 798-804
11. C.V. Dave, A. Pawar, E.R. Fox, G. Brill, A.S. Kesselheim Predictors of drug shortages and association with generic drug prices: a retrospective cohort study *Value Health*, 21 (11) (2018), pp. 1286-1290
12. W. Zhang, D.P. Guh, H. Sun, et al. Factors associated with drug shortages in Canada: a retrospective cohort study *CMAJ Open*, 8 (3) (2020), pp. E535-E544
13. G.C. Alexander, D.M. Qato Ensuring access to medications in the US during the COVID-19 pandemic *JAMA*, 324 (1) (2020), pp. 31-32
14. Jamil A, Sundetgali K, Laura S, Ainur T, Daniyar T, Sabit P, Kanatzhan K. Assessment of Satisfaction with Drug Provision of Antihypertensive Drugs at the Outpatient Level of Privileged Categories of Residents. *Int J Prev Med*. 2022 Apr 8;13:69. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_689_20. PMID: 35706885; PMCID: PMC9188888.
15. Phuong JM, Penm J, Chaar B, Oldfield LD, Moles R. The impacts of medication shortages on patient outcomes: A scoping review. *PLoS One*. 2019 May 3;14(5):e0215837. doi: 10.1371/journal.pone.0215837. PMID: 31050671; PMCID: PMC6499468.
16. Simao M, Wirtz VJ, Al-Ansary LA et al. 2018. A global accountability mechanism for access to essential medicines. *The Lancet* 392: 2418–20.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Алимбетова М.С.

Анотация: Сектор здравоохранения находится под постоянным давлением в связи с необходимостью удовлетворения растущих потребностей в качественных услугах, инновационных решениях и развитии инфраструктуры. Государственно-частное партнерство (ГЧП) возникло как стратегический подход к решению этих проблем путем укрепления сотрудничества между государственным и частным секторами. В этой статье исследуется ключевая роль и значение ГЧП в здравоохранении.

Ключевые слова: государственное-частное взаимодействие, государственное частное партнерство

Введение: Роль частного сектора в национальных системах здравоохранения широко признан по всему миру [1]. В области здравоохранения частный сектор включает «всех поставщиков услуг, которые существуют за пределами государственного сектора, независимо от того, являются ли их цели филантропическими или коммерческими, целью которых являются лечение заболеваний и профилактика заболеваний» [2]. Их можно разделить на широкие категории, такие как коммерческие и некоммерческие субъекты или официальные и неформальные поставщики медицинских услуг [3].

Задача состоит в том, чтобы объединить частные и государственные усилия в сфере оказания медицинской помощи на основе взаимной поддержки и сотрудничества. Достижение поддерживающего ГЧП является сложной задачей, чревато проблемами, а доказательства их эффективности ограничены [4].

Государственно-частное партнерство может сыграть важную роль в укреплении систем здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода, особенно во время всплесков

и эпидемий, когда требуется скоординированный и быстро масштабируемый подход. ГЧП в сфере здравоохранения представляет собой партнерство между государственным и частным сектором с целью координации предоставления медицинских услуг [5].

Укрепление и координация государственных и частных систем здравоохранения могут ускорить прогресс в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения и глобальной безопасности здравоохранения [6]. Как правило, ГЧП в сфере здравоохранения сосредоточены в больницах, которые потребляют половину бюджета, определенного для сектора здравоохранения. По мнению Абузейне и других в этом секторе существует три типа моделей, а именно:

Модель I Партнерские отношения создаются с интересом частной стороны в проектировании, строительстве, финансировании, обслуживании и/или эксплуатации больничной инфраструктуры. Эти проекты классифицируются как новые или существующие, если структура построена с нуля или в случае реструктуризации, реабилитации и/или расширения, соответственно. В конце контрактного периода (обычно 25–30 лет) активы возвращаются государству, которое финансирует их в течение этого периода в зависимости от наличия контрактных услуг и их эффективности.

Модель II. Основное внимание уделяется предоставлению отдельных клинических услуг частной стороной, которая отвечает за финансирование капитальных затрат, поддержание инфраструктуры, а также эксплуатацию и предоставление конкретных клинических услуг.

Модель III. Интегрированная модель ГЧП является самой сложной из всех моделей ГЧП в сфере здравоохранения. Это выходит за рамки улучшения или расширения больничной инфраструктуры, поскольку оно использует опыт частной стороны для предоставления и управления стационарными и амбулаторными услугами, по существу объединяя основные характеристики Модели I и Модели II [7].

Во многих странах нет четкой государственной политической позиции роли частного сектора здравоохранения, а так же конкретных планов по реализации государственной политики в частном секторе. На сегодняшний день лишь немногие страны участвовали в структурированных дебатах или диалоге с участием многих заинтересованных сторон о роли частного сектора и всеобщего охвата услугами здравоохранения. В результате среди внутренних заинтересованных сторон, включая пользователей систем здравоохранения и группы гражданского общества, зачастую отсутствует консенсус относительно роли, которую должен играть частный сектор в здравоохранении [8].

Участие частного сектора так же сопряжено с рисками. Правительства стран с низким и средним уровнем дохода сталкиваются с серьезными проблемами в отношениях с частным сектором, поскольку существующие механизмы управления и регулирования не предназначены для эффективного управления и координации смешанных систем здравоохранения. Одна из проблем связана с коммерческим частным сектором. Во многих странах этот сектор не управляется и не регулируется должным образом, что приводит к поведению, которое ставит под угрозу цели всеобщего охвата услугами здравоохранения, касающиеся равенства и качества [9].

В целом успех модели ГЧП в здравоохранении зависит от мер по улучшению:

Процесс принятия решений, связанный с лучшей моделью заключения контракта для определенного проекта.

Бюджетный подход, поскольку расходы ГЧП не учитываются для расчета дефицита государственного долга.

Прозрачность, подотчетность и участие.

Создание общественных и аполитичных агентств с судебной и административной автономией, оснащенных фундаментальными инструментами для правильного и эффективного управления процессом.

Эффективное управление контрактами.

Увеличение переговорной силы государства, минимизация информационной асимметрии и неадекватных положений о прекращении действия договора.

Таким образом, обеспечение успеха ГЧП обязательно включает в себя оценку деятельности государства и его частного партнера, который контролирует качество услуг и выполнение договорных целей. С самого начала необходимо установить соответствующий набор показателей эффективности с учетом имеющихся обстоятельств и информационной системы [10].

Закключение. Государственно-частное партнерство является неотъемлемой частью решения проблем сектора здравоохранения, стимулирования инноваций и расширения доступа к качественным услугам. Несмотря на существующие проблемы, стратегическое согласование государственных и частных интересов может привести к устойчивым решениям, которые принесут пользу как заинтересованным сторонам, так и, что наиболее важно, здоровью и благополучию населения.

Использованная литература:

1. WHO . The private sector, universal health coverage and primary health care. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Mills A, Brugha R, Hanson K, McPake B. What can be done about the private health sector in low-income countries? Bull World Health Organ. 2002;80(4). 10.1590/S0042-96862002000400012.
3. Clarke D, Doerr S, Hunter M, Schmets G, Soucat A, Paviza A. The private sector and universal health coverage. Bull World Health Organ. 2019;97:434–435. doi: 10.2471/BLT.18.225540.
4. Elebesunu EE, Oke GI, Adebisi YA, Nsofor IM. COVID-19 calls for health systems strengthening in Africa A case of Nigeria. Int J Health Plann Manage. (2021) 36:2035–43. 10.1002/hpm.3296
5. CDC . COVID-19 Vaccine. (2021). Available online at: <https://africacdc.org/document-tag/covid-19-vaccine/> (accessed July 12, 2021).
6. Elebesunu EE, Oke GI, Adebisi YA, Nsofor IM. COVID-19 calls for health systems strengthening in Africa A case of Nigeria. Int J Health Plann Manage. (2021) 36:2035–43. 10.1002/hpm.3296
7. Abuzaineh N, Brashers E, Foong S, Feachem R, Da Rita P. PPPs in Healthcare: Models, Lessons and Trends for the Future. San Francisco, CA: The Global Health Group, Institute for Global Health Sciences, University of California, San Francisco and PwC; 2018. Healthcare Public-Private Partnership Series, No. 4.
8. Harnessing the private sector for UHC, a decision-making model. Geneva: World Health Organization; 2019. [Forthcoming].
9. McPake B, Hanson K. Managing the public-private mix to achieve universal health coverage. Lancet. 2016. August 6;388(10044):622–30. 10.1016/S0140-6736(16)00344-5
10. Warsen R, Klijn EH, Koppenjan J. Mix and match: how contractual and relational conditions are combined in Successful public–private partnerships. J Public Admin Res Theory. 2019;29(3):375-393. 10.1093/jopart/muy082.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

¹Нурмуқанова Д.О., ¹Куракбаев К.К., ²Каратаев М.М., ¹Баймуратова М.А., ¹Рыскулова А.Р.

¹ Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

²КГМА им.И.К. Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Долгосрочные последствия COVID-19 еще мало изучены, имеющиеся научные данные показывают длительные психологические, физические, когнитивные нарушения и снижение качества жизни после перенесенной инфекции, особенно у тех, кто имеет хронические заболевания [1,2,3,4]. Многочисленные научные исследования по изучению распространенности сопутствующих заболеваний среди пациентов с COVID-19 показали, что тяжелая форма коронавирусной инфекции хотя и может развиваться у здоровых людей любого возраста, но чаще поражает больных с сопутствующими заболеваниями и лиц пожилого возраста. Как следует из мета-анализа Yang J, Zheng Y, Gou X, et al., включающего 46248 пациентов с КВИ, наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями являются артериальная гипертензия (АГ) – 17%, сахарный диабет (СД) – 8%, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – 5% и заболевания органов дыхания – 2% [5].

Цель. Изучить качество жизни пациентов с хроническими заболеваниями во время пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Для данного поперечного исследования были случайным образом отобраны 3500 пациентов с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями поликлиник г. Алматы и центров семейного здоровья Енбекшиказахского района Алматинской области. К проведению опроса пациентов были привлечены медицинские сестры, с которыми был проведен инструктаж. Опрос респондентов проводился при посещении участкового врача и по телефону. Для проведения исследования нами был разработан специализированный опросник на основе стандартизированного опросника European Quality of Life Questionnaire (EQ-5D). Опросник EQ-5D является широко используемым инструментом оценки состояний здоровья в большинстве стран мира [6,7]. Участникам исследования было предложено на основе самооценки заполнить международный опросник EQ-5D (European Quality of Life Questionnaire), который включает пять компонентов качества жизни, связанного со здоровьем (dimensions): D1 – подвижность или способность передвижения, D2 – уход за собой, D3 – повседневная деятельность (например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг), D4 – боль/дискомфорт, D5 – тревога/ депрессия. Каждый компонент опросника имеет пять уровней (вариантов) оценки, от «нет никаких проблем» до «наличия серьезных проблем», т.е. каждому уровню соответствует одно значение от 1 до 5, где 1 – «нет проблем», 5 – «серьезные проблемы».

Результаты. Проанкетировано 1511 (49,9%) пациентов г. Алматы и 1515 (50,1%) жителей области. Медиана по возрасту участников исследования составила 62 года (Md=62, Q₁=56 лет, Q₃=68 лет). Среди пациентов с ССЗ, переболевших COVID-19, после заболевания отмечается значительное снижение по всем компонентам доли лиц 1-го уровня «нет никаких проблем». Негативные динамические изменения в 3 раза отмечены нами по результату компонента «Подвижность» доля лиц 1-го уровня, снизившись с 84,6% до 28,2%, по компоненту «Уход за собой» наблюдалось снижение в 2,3 раза с 87,5% до 38,7%, по компоненту «Привычная повседневная деятельность» уменьшение регистрировалось в 2, 8 раз с 84,4% до 29,7%, по компоненту «Боль/Дискомфорт» динамика оказалась очевидной в 3 раза с 80,9% до 25,5%, по компоненту «Тревога/Депрессия» также выявлено снижение в 3,2 раза с 84,5% до 25,7%. В среднем, не более одной трети переболевших COVID-19 сохраняли качество жизни на прежнем уровне, в части «Тревога/Депрессия» среди пациентов также оказалась преобладающей. Выявлено, что среди пациентов с ССЗ Алматинской области было

больше переболевших COVID-19 (на 25%), чем в городе, при этом более длительное и тяжелое течение инфекции регистрировалось у жителей Алматинской области, которые чаще, чем городские жители, подлежали госпитализации и нуждались в ИВЛ.

Выводы. Таким образом, результаты исследования демонстрируют негативное влияние COVID-19 на качество жизни пациентов с хроническими ССЗ. Наиболее выраженное снижение качества жизни наблюдалось в группе респондентов, переболевших коронавирусной инфекцией. Преимущественно снижение качества жизни наблюдалось среди пациентов с ССЗ, переболевших COVID-19.

Список использованной литературы.

1. Kochi, A. N., Tagliari, A. P., Forleo, G. B., Fassini, G. M., and Tondo, C. (2020). Cardiac and arrhythmic complications in patients with COVID-19. *J. Cardiovasc. Electrophysiol.* 31, 1003–1008. doi: 10.1111/jce.14479
2. Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., et al. (2020). Clinical Characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in wuhan, China. *J. Am. Med. Assoc.* 323, 1061–1069.
3. Barker-Davies, R. M., O’Sullivan, O., Senaratne, K. P. P., Baker, P., Cranley, M., Dharm-Datta, S., et al. (2020). The stanford hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br. J. Sports Med.* 54, 949–959. doi: 10.1136/bjsports-2020-102596
4. Бунова С. С., Охотникова П. И., Скирденко Ю. П., Николаев Н. А., Осипова О. А., Жернакова Н. И. COVID-19 и сердечно-сосудистая коморбидность: поиск новых подходов к снижению смертности // КВТиП. 2021. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/covid-19-i-serdechno-sosudistaya-komorbidnost-poisk-novyh-podhodov-k-snizheniyu-smertnosti>
5. Yang J, Zheng Y, Gou X, et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.*; 94; 2020
6. Brooks R., Coons S.J, Cock P., Devlin N. EQ-5D in selected countries around the world. *The Measurement and Valuation of Health Status Using EQ-5D: A European Perspective.* Dordrecht: Springer; 2003: 207-27. Doi:10.1007/978-94-017-0233-1_13
7. Александрова Е.А., Герри Дж. К., Кайнд П., Хабибуллина А.Р. Популяционные показатели качества жизни, связанного со здоровьем по опроснику EQ-5D // Здравоохранение РФ. 2018. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/populyatsionnye-pokazateli-kachestva-zhizni-svyazannogo-so-zdoroviem-po-oprosniku-eq-5d>

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА К ПОВЫШЕНИЮ НАСТОРОЖЕННОСТИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Ахметов В.И., БАймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Таханова К.М.

Актуальность. Здравоохранение, в первую очередь как социальная всеотраслевая система охраны здоровья населения и во вторую очередь как отрасль социальной сферы, призвано охранять все виды здоровья (ментальное, генетическое, психическое и физическое) реальной биосоциальной системы в целом (от индивида до общества)[1]. Согласно современным представлениям, рак желудка (РЖ) – распространенная многофакторная патология, в механизме запуска которой ведущая роль в основном принадлежит инфекции, неблагоприятной экологической ситуации, нездоровому образу жизни и наследственной предрасположенности.[2]. Появление новых молекул и предиктивных биомаркеров(2022) делает алгоритм принятия решений более сложным [3]. По оценкам ВОЗ, каждый пятый мужчина и каждая шестая женщина на планете заболеют раком на каком-либо этапе жизни. В 2020 году онкологический диагноз был поставлен более чем 19 млн человек [4,5].

Таким образом повышение настороженности среди врачей первичного приема в

отношении РЖ, по-прежнему является серьезной проблемой, которая требует дополнений в принятии управленческих решений для обеспечения доступной помощи населению, нацеленной на раннюю диагностику и индивидуализацию при планировании лечения.

Цель исследования являлся анализ современных исследований в вопросах организации оказания гастроэнтерологической помощи населению с изучением современных тенденций в вопросах развития рака желудка.

Материалы и методы: Стратегия поиска: проведен поиск и анализ научных публикаций в базах данных и web-ресурсах Globocan, PubMed, CochraneLibrary, Medscape (Medline), ResearchGate и электронной библиотеке CyberLeninka. Глубина поиска включает 82,4% последние годы с 2019 -2023 гг.

Результаты исследования. В XXI веке во многих развитых странах онкологические заболевания (ОЗ), стали входить в первую тройку основных причин смерти населения. В части улучшения организации в гастроэнтерологическом направлении важно отметить, что злокачественные новообразования (ЗН) в трети всех случаев предотвратимы, а другая треть, при ранней диагностике, излечима, оставшейся трети всех случаев заболеваний, при соответствующей паллиативной помощи можно существенно улучшить качества их жизни [6]. По сведениям зарубежных исследователей (2021) отмечено, что рак желудка занимает шестое место в структуре заболеваемости ЗН, и являясь пятой причиной смертности от рака в мире [7], несомненно актуализирует настоящую тему для врачебного сообщества.

Существуют современные методы диагностики рака желудка, включая эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) как метод выбора для первичной детекции рака желудка, различные способы лучевой визуализации, включая мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС), в сочетании с хромоэндоскопией, узкополосной томографией и конфокальной лазерной эндомикроскопией [8]. Настораживает, что при установлении диагноза в одной трети случаев (36%) заболевание представляет собой уже метастатический процесс. Если в случае локализованного рака желудка 5-летняя общая выживаемость (ОВ) варьирует от 32% (без поражения регионарных лимфатических узлов) до 69%, то в случае метастатического заболевания данный показатель не превышает 5,5% [9]. Поздняя обращаемость населения зачастую и является причиной усугубления состояния пациентов с установленным РЖ. Постолов М. П. с соавторами (2019) рекомендует воспринимать индивидуализацию как ключ к улучшению ближайших и отдаленных результатов специального лечения больных злокачественными новообразованиями пищевода и желудка. Касательно выявления хирургических осложнений, активная хирургическая тактика позволяет провести своевременную коррекцию возникших состояний и улучшить прогноз для выздоровления. [10]. Планы мероприятий по снижению смертности от онкологических заболеваний предусматривают реализацию мер, направленных на повышение эффективности работы медицинских организаций, включая внедрение современных управленческих технологий. [11]. На сегодняшний день широко внедряются телемедицинские консультации, позволяющие повысить доступность высококвалифицированной онкологической помощи населению [12], что обеспечивает преимущество различных уровней здравоохранения населению. Ведь обеспеченность медицинской помощью является одной из важнейших факторов, влияющих на качество жизни. Соответственно, исходы заболеваний РЖ во многом зависят от деятельности системы здравоохранения, в целом. На амбулаторном приеме при постановке онкологического диагноза, например психологи способны вывести пациента из состояния шока, ориентируя его принять необходимую ответственность за свое здоровье, а значит направить свои силы для работы над своим здоровьем [13], поэтому уместно внедрение практики внедрения рабочей группы на основе междисциплинарного взаимодействия с повышенной настороженностью медицинского персонала на РЖ.

Существуют общепризнанные факторы риска: инфицирование *Helicobacter pylori*,

аутоимунный атрофический гастрит, курение, полипы желудка, генетические факторы [14-16], знание которых составляющая успеха в практике врачей не только онкологов, но и врачей терапевтов и ВОП. Клиническое течение РЖ во многом зависит от различных клиничко-морфологических характеристик злокачественного процесса[17]. Среди групп высокого риска в поликлиниках, проведение скрининговых мероприятий оправдано, однако практика все же указывает на целый ряд нерешенных проблем на уровне ПМСП. Так, в отношении парадигмы питания заслуживают внимание вопросы недостаточного и/или нездорового питания, а они относятся к предотвратимым факторам риска ОЗ, соответственно мониторинг подобного рода информации способен ведь дополнить информацию при дифференциальной диагностике.

Заключение. Обобщая сказанное выше, считаем важной составляющей в достижении хороших результатов ранней диагностики и профилактики развития РЖ, считаем приемлемой практику индивидуализации тактики лечения, начиная с уровня амбулаторного приема, а также организации.

Список использованной литературы:

1. Ростовцев В.Н. – О переходе к системной парадигме здравоохранения. - Современные подходы к продвижению здоровья.- Сборник научных статей IX Республиканской научно-практической конференции с международным участием, приуроченной к 30-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом факультета повышения квалификации и переподготовки (г. Гомель, 13 октября 2023 года).- С.105-108
2. Туляева А.Б., Балмагамбетова С.К., Смагулова Г.А., Изтлеуов Е.М., Койшыбаев А.К., Уразаев О.Н., Айтмагамбетова М.А., Жарылгапов А.Б., Тойманова В.А. Современные представления об этиологии и факторах риска развития рака желудка. Обзор литературы // Наука и здравоохранение. 2019. 4 (Т.21). С. 20-27
3. Кузнецова О. А., Федянин М. Ю., Найдин Г. М., Бесова Н. С., Трякин А. А. Лекарственная терапия метастатического рака желудка. Злокачественные опухоли 2022 ;Т. 3. №1 : 17–26
4. Рак пищевода: эпидемиология, факторы риска и методы диагностики / И. А. Гладилина [и др.] // Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. – 2020. – № 1. – С. 69–76
5. Маденбаева Г.И., Матназарова Г.С., Брянцева Е.В. – Рак пищевода в республике Каракалпакстан. - АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ Сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием (Гомель, 10 ноября 2023 года) С.33-35
6. Курбанов М.И. - Онкологические заболевания среди населения республики Каракалпакстан.-Материалы Первого Международного Форума онкологии и радиологии. Москва, 23–27 сентября 2019 г.- С. 171-172
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, etal. Global CancerStatistics2020 : GLOBOCAN EstimatesofIncidenceandMortality Worldwide for 36 Cancersin 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 ; 71 (3) : 209–249. doi:10.3322/caac.21660
8. Клименко А.О, Сеницын В.Е., Лядов В.К. Современные методы лучевой диагностики рака желудка // Лучевая диагностика и терапия. 2020. Т. 11, № 1. С. 26–32, DOI: <http://dx.doi.org/10.22328/2079-5343-2020-11-1-26-32>
9. SEER CancerStatistics <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/ stomach.html>; Кузнецова О. А., Федянин М. Ю., Найдин Г. М., Бесова Н. С., Трякин А. А. Лекарственная терапия метастатического рака желудка. Злокачественные опухоли 2022 ; #3s1 : 17–26
10. Постолов М.П., Коваленко Н.В., Толстопятов С.Е., Панин С.И.- Видеоэндоскопическое лечение злокачественных новообразований пищевода и желудка:

ошибки и осложнения на этапе освоения методики.- Тезисы Второго международного форума онкологии и радиологии Россия, г. Москва, 23-27 сентября 2019 – М.: КВАЗАР, 2019.- С.224

11. Зуенкова Ю.А., Кича Д.И.- Бережливая медицина как отраслевой стандарт работы онкологического диспансера и драйвер развития федеральной онкологической программы.- Тезисы Второго международного форума онкологии и радиологии Россия, г. Москва, 23-27 сентября 2019 – М.: КВАЗАР, 2019.- С.122

12. Гребенкина Е.В., Гурьянова А.В., Ушакова М.С.- Организация телемедицинских консультаций пациентам со злокачественными новообразованиями на базе ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер».- Тезисы Второго международного форума онкологии и радиологии Россия, г. Москва, 23-27 сентября 2019 – М.: КВАЗАР, 2019.- С.92

13. Владимирова Т.Ю, Вазанов А.А., Шаржанова Н.А. – Опыт работы центра психологической поддержки пациентов «Ради жизни». - Тезисы Второго международного форума онкологии и радиологии Россия, г. Москва, 23-27 сентября 2019 – М.: КВАЗАР, 2019.- С.85

14. Bouvard V, Loomis D, Guyton KZ, etal: Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *Lancet Oncol* 16(16): 1599–1600, 2015. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00444-1;

15. Shepard B, Yoder L, Holmes C: Prophylactic total gastrectomy for hereditary diffuse gastric cancer. *ACG Case Rep J* 3(4):e179, 2016. doi: 10.14309/crj.2016.152;

16. Vander Post RS, Vogelaar IP, Carneiro F, etal: Hereditary diffuse gastric cancer: Updated clinical guidelines with an emphasis on germline CDH1 mutation carriers. *J Med Genet* 52(6):361–374, 2015. doi: 10.1136/jmedgenet-2015-103094

17. Шушвал М.С. – Морфологическая характеристика фоновых и предопухолевых процессов при карциномах желудка. - АВТОРЕФЕРАТ диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.- Калининград – 2022. – С.24

КАЧЕСТВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.Ж.Әжіханова, М.Д.Бримжанова, Т.В.Попова
Казахстанский Медицинский Университет "ВШОЗ"

Введение. По последним данным ВОЗ от неинфекционных заболеваний (НИЗ) в год погибает 41 миллион человек, по процентным соотношениям это 74% всех случаев смерти в мире, из них лидирует сердечно-сосудистые заболевания, от которых каждый год умирают 17,9 миллиона человек [1]. По стат. данным Казахстана, за январь–декабрь 2022 года в Казахстане скончались 134,7 тыс. человек, из них 22,6 % от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [2].

Одним из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний является высокий уровень холестерина. В 2017 году повышенный уровень холестерина не-ЛПВП стал причиной смерти примерно 3,9 миллиона (3,7–4,2 миллиона) человек во всем мире от ССЗ [3]. Исследования по выявлению основных факторов риска проведенным в Казахстане зарегистрировала гиперхолестеринемию у 43,2% обследованных лиц [4].

По данным метаанализа Cholesterol Treatment Trialist (СТТ), каждое снижение уровня холестерина ЛПНП на 1 ммоль/л снижает риск сердечно-сосудистых событий примерно на 20%, а снижение уровня на 2–3 ммоль/л снизит примерно на 40–50% [5].

Рекомендации по дислипидемии в Европе и США подчеркивают важность снижения уровня холестерина ЛПНП для снижения сердечно-сосудистого риска [6-7].

По проведенному литературному обзору за последних 3-х лет, данные опроса среди

врачей РФ, Краснодарского края выявлено что большая часть недостаточно информированы о последних рекомендациях лечения дислипидемии и ориентируются на устаревшие данные [8]. Американские ученые после опроса проведенными среди врачей и пациентов, по результатам которых врачи правильно указали целевые уровни ЛПНП и считали, что барьером достижения этих целей является в основном не доверия пациентов к лекарствам, предложили, что обучение врачей и пациентов по дислипидемии помогут в достижении хороших результатов, а также улучшат приверженность пациентов к лечению [9]. Исследования проведенное среди врачей Саудовской Аравии привели к выводу что большинство врачей в Саудовской Аравии используют рекомендации по липидам (90% опрошенных), но нет стандартизированной системы (около 40 % ориентируются на рекомендации АСС/АНА, 10% на европейские рекомендации, 27% на Американской диабетической ассоциации). Авторы отмечают важность обширного обучение и унификация рекомендации по липидам среди врачей Саудовской Аравии [10].

Согласно государственной программе развития здравоохранения РК на 2020 – 2025 годы, ставится цель снизить уровень риска преждевременной смертности от НИЗ, в том числе от ССЗ до 15,43%[11]. В связи с этим весьма актуальной является изучение уровня качества вторичной профилактики ССЗ, выявление барьеров в гиполипидемической терапии для уменьшения смертности от кардиоваскулярных заболеваний и снижения ущерба от последствий ССЗ.

Цель: Анкетирование врачей первичного звена для изучения уровня качества вторичной профилактики ССЗ при дислипидемии на уровне ПМСП.

Материалы и методы исследования. Проведено добровольное анонимное онлайн анкетирование среди 80 врачей ПМСП, из них 68,8%-ВОП, 17,5%-терапевты и 13,7% кардиологи. Анкета состояла из 25 вопросов. Большинство врачей со стажем работы до 10 лет (62,5%).

Результаты. По результатам анкетирования 50% врачей указали что периодичность осмотра врачом ПМСП пациентов с ИБС в рамках ГОБМП 1 раз в 3 мес , а 48,8 % 1 раз в 6 мес. Больше половины респондентов (57,7%) считают очень важным определение уровня ХС-ЛПНП для оценки риска ССЗ. 42,5% врачей ответили что половина пациентов состоящих на Д учете по БСК нуждаются в липидоснижающей терапии, и 37,5 % указали что их больше половины. Несмотря на то что гиполипидемические препараты есть в списках бесплатных лекарственных препаратов в рамках ГОБМП , 41,3% опрошенных ответили, что не все пациенты их получают. 17,1% из них указали, что причиной тому недостаточность лекарственных препаратов в ПМСП. Больше половины врачей (77,5%) считают, что барьером достижения целевых уровней ХС-ЛПНП низкая приверженность пациентов, из них 70 % указали причину связанные с пациентом (забывчивость, возраст, не правильные убеждения пациентов касательно терапии) и 15 % указали экономические факторы, так как лекарственное обеспечение не 100 %, кому то приходится покупать эти препараты. Рекомендации по дислипидемии в клинической практике используют 92,5% респондентов , из них 49,3% ориентируются на Американские рекомендации и 34,7 % на рекомендации Европейского общества кардиологов. В разделе вопросов касательно контроля гиполипидемической терапии, 65 % респондентов указали правильную периодичность проведения контрольных анализов ХС-ЛПНП, 47,5 % врачей указали не правильный целевой уровень ХС-ЛПНП у пациентов с очень высоким риском ССЗ и 75 % для пациентов экстремально высокого риска. 52,5% врачей нуждаются в мультидисциплинарном подходе ведении пациентов с дислипидемией и в основном направляют пациентов к кардиологу (73,7%). 97,5% врачей указали что нуждаются в клинических руководствах или протоколах по ведению пациентов с дислипидемией на уровне ПМСП.

Заключение. Снижение уровня холестерина, непосредственно, влияет на качество вторичной профилактики ССЗ. По данным опроса видим, что есть проблема в бесплатном

лекарственном обеспечении пациентов состоящих на Д учете, низкая приверженность пациентов к лечению, а так же есть пробелы в знаниях врачей о дислипидемии. Для улучшения качество вторичной профилактики и уменьшения ущерба от последствия ССЗ рекомендуем внедрить единое клиническое руководство по ведению пациентов с дислипидемии на уровне ПМСП ориентированную для РК, совершенствовать школы АГ и дислипидемии для пациентов ПМСП.

Список литературы:

1. ВОЗ Центр СМИ Информационный бюллетень, Неинфекционные заболевания
2. Национальное бюро статистики агентство стратегического планирования и реформ Республики Казахстан
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Repositioning of the global epicentre of non-optimal cholesterol. *Nature*. 2020 Jun;582(7810):73-77. doi: 10.1038/s41586-020-2338-1. Epub 2020 Jun 3. PMID: 32494083; PMCID: PMC7332422.
4. Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А., Мусагалиева А.Т., Кошумбаева К.М., Исабекова А.Х., Кожабекова Б.Н., Акпанова Д.М., Алиева Г.Р., Ахыт Б.А. Распространенность факторов риска основных сердечно-сосудистых заболеваний (по данным эпидемиологического исследования в г. Актобе и Актюбинской области) // *Medicine (Almaty)*. - 2017. – No 5 (179). – P. 9-16
5. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration; Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhalra N, Peto R, Barnes EH, Keech A, Simes J, Collins R. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*. 2010 Nov 13;376(9753):1670-81. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61350-5. Epub 2010 Nov 8. PMID: 21067804; PMCID: PMC2988224.
6. François Mach, Colin Baigent, Alberico L Catapano, Konstantinos C Koskinas, Manuela Casula, Lina Badimon, M John Chapman, Guy G De Backer, Victoria Delgado, Brian A Ference, Ian M Graham, Alison Halliday, Ulf Landmesser, Borislava Mihaylova, Terje R Pedersen, Gabriele Riccardi, Dimitrios J Richter, Marc S Sabatine, Marja-Riitta Taskinen, Lale Tokgozoglu, Olov Wiklund, ESC Scientific Document Group , 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS), *European Heart Journal*, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111–188, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>
7. 2018 АНА/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines Scott M. Grundy, MD, PhD, FAHA, Chair, Neil J. Stone, MD, FACC, FAHA, Vice Chair, Alison L. Bailey, MD, FACC, FAACVPR, Craig Beam, CRE, Kim K. Birtcher, MS, PharmD, AACC, FNLA, Roger S. Blumenthal, MD, FACC, FAHA, FNLA, Lynne T. Braun, PhD, CNP, FAHA, FPCNA, FNLA, Sarah de Ferranti, MD, MPH, Joseph Faiella-Tommasino, PhD, PA-C, Daniel E. Forman, MD, FAHA, Ronald Goldberg, MD, Paul A. Heidenreich, MD, MS, FACC, FAHA, Mark A. Hlatky, MD, FACC, FAHA, Daniel W. Jones, MD, FAHA, Donald Lloyd-Jones, MD, SCM, FACC, FAHA, Nuria Lopez-Pajares, MD, MPH, Chiadi E. Ndumele, MD, PhD, FAHA, Carl E. Orringer, MD, FACC, FNLA, Carmen A. Peralta, MD, MAS, Joseph J. Saseen, PharmD, FNLA, FAHA, Sidney C. Smith Jr, MD, MACC, FAHA, Laurence Sperling, MD, FACC, FAHA, FASPC, Salim S. Virani, MD, PhD, FACC, FAHA, Joseph Yeboah, MD, MS, FACC, FAHA
8. Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Кудряшов Е.А., Скибицкий А.В. Осведомленность врачей Краснодарского края о современных подходах к лечению дислипидемий и артериальной гипертензии. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2021;2(1):63-69. <https://doi.org/10.21886/2712-8156-2021-2-1-63-69>
9. Arnold SV, Cannon CP, de Lemos JA, Rosenson RS, Ballantyne CM, Liu Y, Alam S, Mues KE,

Bhatt DL, Kosiborod M; GOULD Investigators. What Do US Physicians and Patients Think About Lipid-Lowering Therapy and Goals of Treatment? Results From the GOULD Registry. J Am Heart Assoc. 2021 Aug 17;10(16):e020893. doi: 10.1161/JAHA.120.020893. Epub 2021 Aug 7. PMID: 34369165; PMCID: PMC8475019.

10. Almigbal TH, Almunif DS, Ali Dershisha E, Altaradi H, Alrasheed AA, Batais MA, Alhabib KF. Physicians' perceptions and beliefs on the current dyslipidemia management practices within Saudi Arabia. Saudi Pharm J. 2023 Oct;31(10):101759. doi: 10.1016/j.jsps.2023.101759. Epub 2023 Aug 23. PMID: 37705879; PMCID: PMC10495637.

11. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы Утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОВЫШЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГОВ

**Жанбырбаев С.Ж., Кульжанов М.К., Джумабеков А.Т., Сабыралиев С.Н.,
Жарменов С.М., Баймуратова М.А.**

Хирургическое образование и глобальное партнерство в области здравоохранения развивались с годами относительно стремительно. Очевидным является признание важности обучения хирургов и специалистов-хирургов внутри страны в условиях ограниченных ресурсов для поддержки местной системы здравоохранения (2022) [1], в том числе и Республика Казахстан. Хирургическая специальность сопряжена с тяжелыми стрессами и высоким уровнем нагрузки, как физической, так и психологической. В этой связи навык стрессоустойчивости очень важен, наряду со способностью мыслить и принимать решение в экстренных условиях, справляться с конфликтами и неудачами. В доступной литературе отмечено, что только 5% ошибок связано с техническими проблемами, все остальное следствие нетехнических ошибок [2]. От медицинского персонала необходимо, возможно, осваивать несколько квалификаций и быть более мобильными и востребованными на рынке труда, принимая различные формы обучения. В торакальной хирургии смертность составляет около 2%, а заболеваемость около 20%, и считается более высокой относительно других хирургических специальностей (2022) [3], что требует восполнения знаний в профессии для минимизации непредвиденных ситуаций. Причем смерть пациента чаще наступает в послеоперационном периоде (2019)[4], поэтому со стороны медицинского персонала требуется реализация тщательного индивидуального пациент-ориентированного подхода реабилитации. По данным ВОЗ (2017) выявлено, что в настоящее время требуется уделять особое внимание на формировании сильного многопрофильного персонала в сфере реабилитации, увеличение финансирования, а также расширение научных знаний через сбор данных и проведение исследований [5]. Несомненно, теоретической базой исследования способны послужить методологические установки последних лет в области торакальной хирургии с обновлением образовательной программы обучения врачей в системе здравоохранения.

Таким образом, приоритетным на сегодняшний день считается формирование кластеров значимых практико-ориентированных тематик с учетом перспектив и современных цифровых реалий в торакальной хирургии.

Цель исследования: выявить существующие проблемы в области торакальной хирургии врачей послевузовского этапа для обобщения и систематизации в контексте новых авторских образовательных программ.

Материалы и методы. Материалом для анализа послужили печатные и электронные источники по вопросам педагогики, методов симуляционных и других видов обучения врачей

торакальной хирургии. Были изучены статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием следующих баз данных научных публикаций и специализированных поисковых систем: PubMed, Mendeley, Scopus, Web of Science, Google Scholar.

Результаты. По запросу было найдено 33 публикации, из них 18 соответствовали критериям включения. Торакальные хирурги, как сообщали Cooke DT, Wisner DH выполняют большинство сложных торакальных хирургических операций в академических и университетских клиниках, тогда как хирурги общей практики выполняли большую часть торакальных операций в общественных больницах [6]. По данным исследований Byrd CT, Williams KM, Backhus LM. (2022) количество осложнений и смертность ниже у торакальных хирургов по сравнению с хирургами общего профиля [7]. На сегодняшний день принимается множество усилий, в частности, в периоперационном периоде, направленных на улучшение качества хирургической помощи, основанные на научных результатах, разборах медицинских ошибок, а также мерах мониторинга результатов хирургической помощи поделились Stokes SM, Wakeam E, Antonoff MB (2019) [8]. Более сложные хирургические процедуры, требует частого повторения, что как правило затруднено из-за небольшого объема случаев в торакальной хирургии. Обучение эндоскопическим навыкам требуют терпения, обучение этим техникам под руководством поможет избежать многих ошибок. По данным Американского колледжа хирургов (ACS) за период с 2010 по 2012 год малоинвазивные методы использовались в 26% случаях всех лобэктомий. Чаще всего видеоассистированная лобэктомия выполнялась торакальными хирургами [9].

Обучение персонала признано неотъемлемым управленческим процессом, что важно проецировать и на медицинские учреждения также. Так, процесс обучения и отработки навыков в условиях экстренной операции затруднен рядом факторов: тяжелым состоянием больного, дефицитом времени, стрессовой обстановкой. Моделирование подобных ситуаций в кабинетных условиях невозможно [10]. В этой связи, согласно сформировавшихся тенденций и учетом современной системы здравоохранения и образования подготовка высококвалифицированных хирургов является приоритетной направлением. В этой связи, прежде всего, выделим основные факторы, влияющие на необходимость проведения обучения. Как видно на рисунке №1, нами выделены шесть факторов. Первым и основным фактором является - конкуренция, ведь на сегодня рынок растет, следовательно, появляются различные формы и методы обучения, направленные на различные уровни медицинского обслуживания, а также с учетом выполняемых профессиональных обязанностей лиц, участвующих в лечебно-диагностическом процессе. Вторая составляющая, как фактор это-изменения. Учитывая стремительный рост современных технологий регулярно изменению, подлжит абсолютно все. Ключевыми позициями можно назвать: технику, любое медицинское инновационное оборудование и, наконец программное обеспечение, требующее приобретения навыка работать и адаптироваться к изменениям. Третий фактор- это выгода для медицинского учреждения, что имеет ввиду заинтересовать и обучить персонал для повышения качества оказания медицинской помощи (с учетом финансовых прибылей).

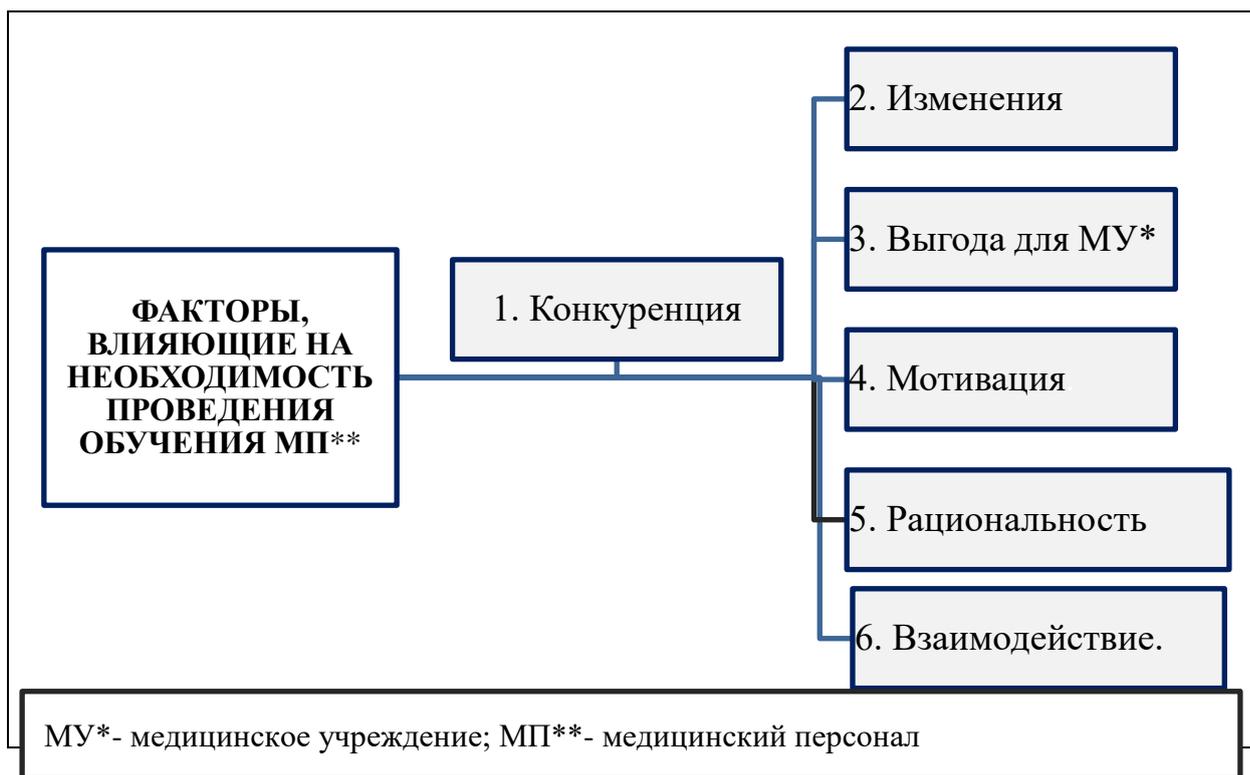


Рисунок №1. Основные факторы, влияющие на необходимость проведения обучения медицинского персонала

Четвертый, и основной фактор – это мотивация персонала с позиции улучшить производственный процесс, например, взаимодействия врачей между собою, как в коллективе, в равной степени сформировать заинтересованность к ежедневному труду в коллективе с получением собственного удовлетворения, а руководству результатов компетентного ведения пациента. Вместе с тем, осуществляя поиск причин, влияющих на результативность с позиции самокритики, существенно меняющей конечную результативность выполнения функциональных обязанностей (вне зависимости от уровня и квалификации медицинского работника). Несомненно, важным считаем фактор рациональности, присутствие и формирование которого способно повлечь и мотивировать намерения регулярного обучения, перепрофилизации, приобретения дополнительных знаний и умений в профессии. В целом, этот фактор способен обеспечить минимизировать затраты времени и ресурсов медицинского учреждения. В завершении, как видно на рисунке №1, следует отметить другой, не менее важный фактор -это взаимодействие, которое нацелено на тесное сотрудничество, выраженное в развитии способностей работать в команде. В торакальной хирургии, считаем этот фактор ключевым умением, особенно в понимании поэтапности, например, медицинской реабилитации [11]. В основе теории симуляционного обучения лежит концепция, когда специалист обучается через опыт взаимодействия с реальностью, а не путем изучения теории о ней. В основе моделирования, согласно этой теории, лежит создание среды, приближенной к реальности, с которой врач может взаимодействовать. Предполагается, что одного опыта недостаточно для обучения, необходимо размышлять над этим опытом для того, чтобы момент самого обучения был свободен от субъективности или предвзятости [12].

На сегодняшний день активно внедряются методы моделирования на основе виртуальной реальности. Подобные методы также могут обеспечить максимально приближенные к реалистичным ситуации, а также в данной программе обучения не нужен наставник, так как имеется обеспечение необходимым контролем. Однако для торакальной

хирургии не так много данных, опубликованных по этой модели. Небольшие исследования показали удовлетворительные результаты в приобретении навыков этим способом [13], однако по данным недавнего обзора необходима разработка большего количества обучающих модулей [14]. Симуляционное обучение на основе моделей животных, проведенное в настоящем исследовании, может улучшить эффективность стажеров при неотложных и неотложных торакальных операциях, особенно хирургических бригад из больниц базового уровня [15].

Возвращаясь к теории экспериментального обучения (ELT), а это теоретическая основа, лежащая в основе симуляционного обучения, еще Колб [16] объяснял, что теория экспериментального обучения существует вокруг центрального понятия, что человек учится путем взаимодействия с реальностью, а не путем чтения или слушания о ней; по сути, человек учится через опыт. [17]. С развитием роботизированной хирургии некоторые торакальные хирурги не спешат адаптироваться к этому новому оперативному подходу, отчасти потому, что во время операции их не моют и они находятся вдали от пациента. Для того чтобы развеять опасения хирургов по поводу интраоперационных чрезвычайных ситуаций, Bludevich VM et all (2022) провели испытание клинической системы на основе симуляции (SbCST) для проверки существующей клинической системы и отработки низкочастотных клинических сценариев с высокими ставками во всей операционной (ИЛИ) команда. Выполнив несколько SbCST получены результаты идентификации нескольких LST в разных операционных командах, позволив провести более широкий обзор существующих клинических систем [18]. Результаты позволили медицинскому персоналу практиковать свои навыки и командную работу. Успешная хирургическая операция, как известно, это всегда работа группы людей, в одиночку хирург, даже самый квалифицированный, не способен хорошо оперировать. Поэтому навыки работы в команде считается благоприятной рабочей средой в медицинском коллективе. Не мало важна и работа с пациентом, наличие коммуникативных навыков, обеспечивающих эффективный диалог, также крайне необходимое условие. Расширение знаний врачей хирургов в торакальной хирургии предусматривает владение комплексом знаний, то есть наряду с получением информации от пациентов с поражениями и заболеваниями грудной клетки и заболеваниями органов грудной полости, выявления состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе, клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)). В итоге, планируемая нами новая образовательная программа предусматривает применение модульно-компетентностного подхода с учетом сохранения фундаментальности традиционных программ обучения, особо уделив внимание реформированию блока специальных дисциплин для обеспечения формирования профессиональных компетенций, используя практический опыт и практику с акцентами на перспективных направлениях службы.

Выводы. Обобщенные сведения доступной литературы позволили обнаружить дополнительные возможности по разработке нового курса (программы) подготовки для широкого внедрения в образовательный процесс непрерывного профессионального обучения врачей в области торакальной хирургии.

Список использованной литературы.

1. Ntaganda E, Ssebuufu R, Bacon DR, Daniel TM. Teaching Thoracic Surgery in a Low-Resource Setting:: Creation of a Simulation Curriculum in Rwanda. *Thorac Surg Clin.* 2022 Aug;32(3):279-287. doi: 10.1016/j.thorsurg.2022.05.001. PMID: 35961736
2. Agha R. A., Fowler A. J., Sevdalis N. The role of non-technical skills in surgery // *Annals of medicine and surgery.* – 2015. – Т. 4. – №. 4. – С. 422-427

3. National Institute For Cardiovascular Outcomes. National Adult Cardiac Surgery Audit (NACSA) [Annual Report] [Cited 2022 Nov; National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. Peri-Operative Care: Knowing the Risk [Report] [Cited 2022 Nov 11]
4. Spence J, LeManach Y, Chan MT, Wang CY, Sigamani A, Xavier D, et al. Association between complications and death within 30 days after noncardiac surgery. *Cmaj*. (2019) 191(30):E830–7. doi: 10.1503/cmaj.190221
5. World Health Organization. (2017). Rehabilitation in health systems. World Health Organization
6. Cooke DT, Wisner DH. Who performs complex noncardiac thoracic surgery in United States academic medical centers? *Ann Thorac Surg*. 2012 Oct;94(4):1060-4. doi: 10.1016/j.athoracsur.2012.04.018. Epub 2012 May 19. PMID: 22609122
7. Byrd CT, Williams KM, Backhus LM. A brief overview of thoracic surgery in the United States. *J Thorac Dis*. 2022 Jan;14(1):218-226. doi: 10.21037/jtd-21-1504. PMID: 35242386; PMCID: PMC8828520
8. Stokes SM, Wakeam E, Antonoff MB, Backhus LM, Meguid RA, Odell D, Varghese TK Jr. Optimizing health before elective thoracic surgery: systematic review of modifiable risk factors and opportunities for health services research. *J Thorac Dis*. 2019 Mar;11(Suppl 4):S537-S554. doi: 10.21037/jtd.2019.01.06. PMID: 31032072; PMCID: PMC6465421
9. Yang CF, Sun Z, Speicher PJ, Saud SM, Gulack BC, Hartwig MG, Harpole DH Jr, Onaitis MW, Tong BC, D'Amico TA, Berry MF. Use and Outcomes of Minimally Invasive Lobectomy for Stage I Non-Small Cell Lung Cancer in the National Cancer Data Base. *Ann Thorac Surg*. 2016 Mar;101(3):1037-42. doi: 10.1016/j.athoracsur.2015.11.018. Epub 2016 Jan 26. PMID: 26822346; PMCID: PMC4763985
10. Хубезов Д.А., Сажин В.П., Огорельцев А.Ю., Пучков Д.К., Родимов С.В., Игнатов И.С., Хубезов Л.Д., Кротков А.Р. Современные направления профессиональной подготовки врача-хирурга. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2018;9:56-60. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201809157>
11. Илюхина Л.А., Богатырева И.В. Цифровой формат корпоративного обучения: новые возможности развития // *Лидерство и менеджмент*. – 2021. – Том 8. – № 4. – С. 469–482. doi: 10.18334/lm.8.4.113640
12. Poore J. A., Cullen D. L., Schaar G. L. Simulation-based interprofessional education guided by Kolb's experiential learning theory // *Clinical Simulation in Nursing*. – 2014. – Т. 10. – № 5. – С. e241-e247
13. Bedetti B. et al. Virtual simulation and learning new skills in video-assisted thoracic surgery // *Video-Assist Thorac Surg*. – 2018. – Т. 3. – № 35. – С. 10.21037
14. Haidari T., Konge L., Petersen R. H. Simulation for the video-assisted thoracic surgery surgeon // *Video-assist ThoracSurg*. – 2019. – Т. 4. – С. 12
15. Du WQ, Zhong X, Jiang RQ, Zong ZW, Jia YJ, Ye Z, Zhou XL. Animal model-based simulation training for three emergent and urgent operations of penetrating thoracic injuries. *Chin J Traumatol*. 2023 Jan;26(1):41-47. doi: 10.1016/j.cjtee.2022.07.004. Epub 2022 Aug 2. PMID: 36008213; PMCID: PMC9912295
16. Колб Д. Эмпирическое обучение: опыт как источник обучения и развития. Хобокен, Нью-Джерси: Прентис Холл; (1983)
17. Walji HD, Ellis SA, Martin-Ucar AE, Hernandez L. Simulation in thoracic surgery-A mini review of a vital educational tool to maximize peri-operative care and minimize complications. *Front Surg*. 2023 May 3;10:1146716. doi: 10.3389/fsurg.2023.1146716. PMID: 37206340; PMCID: PMC10189136
18. Bludevich BM, Buettner H, Hazeltine M, Zayaruzny M, Yarzebski J, Weaver A, Emmerick I, Maxfield MW, Kadiyala M, Uy K, Lou F. Use of In-Situ Simulation Based Clinical

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА

Ергешов К.А.

В последние годы всё чаще обращается внимание на аритмологию – лечение нарушений ритма сердца. Специальность, которая долгое время была в обиходе кардиологической науки, стремительно развивается при помощи высокотехнологических методов. По данным статистики заболеваемость различными аритмиями составляют не менее 100 тыс. человек на 1 млн населения [1]. Аритмология будучи клинической дисциплиной и одним из 4-х направлений включает – инвазивное и неинвазивное электрофизиологическое исследование, т.е. с исследованием аритмий с обеспечением доступа в полости сердца или без такового. На сегодня, созданы системы картирования поверхности миокарда, которые позволяют с максимальной точностью до нескольких миллиметров определять очаги возникновения аритмий и проводить аккуратное лечебное воздействие. Таким методом в настоящее время излечивается подавляющее число нарушений ритма, сообщают специалисты «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова» г. Пермь [2]. Вместе с тем, важно помнить, что существует огромная ответственность и на врачах, осуществляющих амбулаторно-поликлинический прием. В основу современной и эффективной модели стационарной хирургической помощи населению были положены следующие принципы: централизация, специализация и стандартизация помощи; эффективный контроль качества оказываемой помощи (Шавалиев Р.Ф. с соавторами. 2018) [3].

В Казахстане принимаются радикальные и эффективные меры по совершенствованию действующей системы здравоохранения. В частности, проведена оценка институционально-правовой базы системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), приведен перечень основных нормативных правовых актов, характеризующих новую модель организации здравоохранения страны и механизм перехода к ней (2019). Исследование позволило выявить многочисленные и сравнительно частые изменения и дополнения, вносимые в соответствующие нормативные правовые акты [4]. Стратегическая цель государства в развитии данной отрасли отражена в государственной программе «Стратегия «Казахстан – 2050» [5].

Таким образом, на сегодняшний день существуют нерешенные вопросы в организации обеспечения высококачественной кардиологической помощи пациентам с нарушением ритма и проводимости сердца. С позиции аритмологии качественное оказание медицинской помощи подразумевает профессиональную преемственность между поликлиниками и стационаром, поскольку результаты успешного взаимодействия способны минимизировать нежелательные риски для пациента с повышением доступности и удовлетворенности всего населения.

Целью исследования являлось: провести анализ существующих подходов и критериев, направленных на улучшение организации диагностики для проведения профилактических мер пациентам с нарушением ритма сердца

Материалы и методы: были изучены статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием следующих баз данных научных публикаций и специализированных поисковых систем: PubMed, Mendeley, Scopus, Web of Science, Google Scholar

Результаты. Организация лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) разительно изменилось за последние десятилетия, что обусловлено невероятным

ростом понимания лежащих в основе патофизиологических процессов и доступности разнообразных высокотехнологичных терапевтических опций, а также совершенствованием хирургической и анестезиологической техник, сводящих к минимуму противопоказания к оперативному лечению пациентов во всех возрастных группах с различной сопутствующей патологией[6]. Вместе с тем, вопросы медицинской реабилитации требуют разработки новых подходов в послеоперационный период.

На уровне первичного амбулаторного звена следует напомнить, что поскольку диагностику аритмий проводит врач поликлиники, кардиолог, в равной степени и врач скорой помощи, то этапы донозологического периода весьма важны: сбор анамнеза (учитывая неинфекционные заболевания (НИЗ), шоковые состояния, интоксикации, эндокринные заболевания), физикальное обследование пациента. Результаты сначала ЭКГ позволяют идентифицировать нарушения ритма сердца (тахикардии, брадикардии, пароксизмальные нарушения, экстрасистолы, мерцательную аритмию сердца), в условиях стационара УЗИ сердца, обуславливая определение вида исследования с дифференциацией локализации аритмии и ее характера. Дополнительный объем знаний для повышения уровня квалификации способны обеспечить узко-профильные хирурги-аритмологи, используя один из инструментов организации здравоохранения- проведение вебинаров, средства массовой информации, выпуска буклетов как для врачей, так и для населения (особенно лиц, имеющих ССЗ).

Медицинским работникам рекомендуется принять во внимание Рекомендации ЕОК при вынесении клинических заключений, а также при определении и реализации профилактических, диагностических или терапевтических медицинских мероприятий. [7]. Внимания врачей ПМСП заслуживают и существующие классификации аритмий по степени потенциальной опасности, особое внимание уделено жизнеугрожающим аритмиям [6]. Изучение факторов риска, включенных в анкеты для опроса исследователями, предусмотрена информация для врача ПМСП, связанная со структурным заболеванием сердца, имеющего высокий риск желудочковых аритмий, по этой причине рекомендуется целенаправленно выяснять наличие жалоб, которые потенциально могут быть обусловлены пароксизмальными желудочковыми аритмиями [8-9]. По данным ВОЗ рекомендуется учитывать важные составляющие терапии пациентов с ИБС, модификацию образа жизни, контроль факторов риска и обучение пациентов в Коронарных клубах или Школах ИБС. The North Karelia Project (2008) показал, что активное внедрение профилактических мероприятий в популяции позволило снизить кардиоваскулярную смертность на 68%, а смертность от ИБС — на 73% (за 25 лет — с 1970 по 1995 г.) [10]. В этой связи изучение нами факторов риска на этапе амбулаторного приема является ключевой позицией для поиска путей решения в обеспечении доступности и удовлетворенности населения качественной медицинской помощью. Изменение профиля факторов риска у мужчин и женщин позволяет уменьшить количество ишемических событий, а также инсультов на 79–82% [11]. Внезапная сердечная смерть (ВСС)—непредвиденное смертельное событие, не связанное с травмой и возникающее в течение 1 ч с момента появления симптомов у практически здорового человека. Настораживает, что около половины случаев остановки сердца у лиц старше 40 лет происходит без известных заболеваний сердца, однако большинство из них при этом имеют недиагностированную ИБС (2021).[12]. Следует отметить, что в этой связи выборка групп риска требует пересмотра в отношении уязвимости возрастных групп моложе 45 лет (в сторону омоложения), что является весьма важным наблюдением при планировании исследований. Кроме того, при выявлении нарушений ритма сердца необходимо проводить диагностику фоновых заболеваний сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, дилатационная кардиомиопатия, гипертрофическая кардиомиопатия, амилоидоз, саркоидоз и т.д.), аритмия может быть и первичным заболеванием у пациента. К первичным заболеваниям относятся: узловая реципрокная

тахикардия, синдромы удлиненного и короткого интервала QT, аритмогенная дисплазия сердца, катехоламинэргическая полиморфная желудочковая тахикардия, наследственные формы фибрилляции предсердий, идиопатические желудочковые аритмии (экстрасистолия, тахикардии, фибрилляция желудочков), фибрилляция желудочков при злокачественной форме синдрома ранней реполяризации, наследственные заболевания с прогрессирующим нарушением проведения сердца и другие[12].

Заключение. Сегодня, несмотря на широкое внедрение инновационных технологий в области аритмологии, остаются не решенными вопросы поиска профилактических мер, направленных на минимизацию осложнений в послеоперационный период с разработкой реабилитационных алгоритмов в помощь пациентам. От врачей требуется проявлять высокую бдительность по отношению к электрокардиографическим (ЭКГ) и эхокардиографическим признакам выявленным (при сборе анамнеза) наследственным аритмогенным заболеваниям, которые предлагается рассматривать как одну из составляющих клинической практики, позволяющей выявить лиц с высоким риском ВСС на любом этапе (в том числе поликлинике) осмотра пациента. Считаем возможным повысить приверженность врачей ПМСП на повышение значимости скрининга ближайших родственников, как инструмента охраны здоровья населения, жертв внезапной смерти позволяющих выявить лиц зоны риска, своевременно назначив соответствующее лечение предупредив, нежелательные случаи ССЗ в каждой семье.

Список использованной литературы.

1. <https://permheart.ru/pacientam/lechenie/nrs/>
2. Нарушения ритма сердца - ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова.- <https://permheart.ru/pacientam/lechenie/nrs>; <https://cardioweb.ru/news/item/983-kateternaya-a...2018>
3. Шавалиев Р.Ф., Красильников Д.М., Тимершин Р.Р. Совершенствование оказания хирургической помощи населению Республики Татарстан. Практическая медицина. 2018. Том 16, № 9, С. 48-55
4. Абилкайр Н.А. – Реформирование системы здравоохранения Казахстана: Основные проблемы, пути решения. – Ж. Вестник Каз НМУ. – 2019. - №2. – С.206-210
5. Акимова Н.М. – Некоторые вопросы правового мониторинга кодекса Республики Казахстан «О здоровье народы и системе здравоохранения». – Вестник Института законодательства РК. – 2018. - №3 (52). – С.108-116
6. Мясникова В.В., Карахалис Н.Б., Мусаева Т.С., Заболотских И.Б. Ведение пациентов с тахиаритмиями в периоперационном периоде при внесердечных хирургических вмешательствах. Вестник интенсивной терапии. 2017;1:38–56. DOI:10.21320/1818-474X-2017-1-38-56
7. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. Рекомендации ESC 2020 по диагностике и лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, разработанные совместно с Европейской ассоциацией кардиоторакальной хирургии (EACTS). Российский кардиологический журнал. 2021;26(9):4701. doi:10.15829/1560-4071-2021-4701
8. Zipes D.P., Camm A.J., Borggrefe M. et al. ACC/AHA/EOK 2006 Guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. – Circulation – 2006. – v. 114 – p. e385-e484
9. Priori S.G., Blomström-Lundqvist C., Mazzanti A. et al. 2015 EOK Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac Death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology. – Eur Heart J. – 2015. – 36(41). – p. 2793– 867
10. World Health Organization: The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008. https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Vedenie_pacientov_s_ishemicheskoy_boleznyyu_serdca

_i_vysokim_riskom_krovotecheniy/#ixzz8KLQ5uo8V

Under Creative Commons License: Attribution

11. Weintraub W., Daniels S.R., Burke L.E. et al. Value of Primordial and Primary Prevention for Cardiovascular Disease A Policy Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2011;124(8):967–990. DOI: 10.1161/CIR.0b013e3182285a81.; https://www.rmj.ru/articles/kardiologiya/Vedenie_pacientov_s_ishemicheskoy_boleznyyu_serdca_i_vysokim_riskom_krovotecheniy/#ixzz8KLPKZUdV

12. Алгоритмы ведения пациентов с нарушениями ритма сердца: учеб. пособие. — 2-е изд., испр. и доп. / под ред. Лебедев Д.С, Михайлов Е.Н. — М.: Российское кардиологическое общество, 2021. — 116 с. ISBN 978_5_6044101_2_7

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

¹Бримжанова М.Д., ¹Куралова М.Б., ²Лисовенко О.И.

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

²КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) - глобальное эпидемическое заболевание, которое оказывает значительное медицинское и экономическое бремя на систему здравоохранения во всем мире [1]. Согласно данным ВОЗ, АГ имеется у 1,3 млрд взрослых людей в возрасте 30–79 лет по всему миру [2], из них около 50% лиц не придерживаются рекомендациям [3].

Низкая приверженность пациентов к антигипертензивной терапии чревата рисками развития осложнений, такие как инсульт, инфаркт миокарда, хронические заболевания почек и другие, что в свою очередь приводит к повышенным затратам на лечение и госпитализацию, оказывая воздействие на систему здравоохранения и экономику в целом.

Противоположно этому, высокий комплаенс к терапии снижает риски развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности, способствует более эффективному управлению АД [4]. По мнению ВОЗ, улучшение приверженности к терапии, является наиболее перспективным способом влияния на здоровье населения, превосходящим по своей значимости мероприятия по созданию и разработке новых эффективных методов лечения [5].

Ключевые слова. артериальная гипертензия, приверженность, антигипертензивная терапия, комплаентность.

Цель. Провести обзор имеющихся работ, посвященных изучению факторов влияющих на приверженность пациентов к антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. Поиск проводился в электронных базах данных, такие как PubMed, Wiley, КиберЛенинка на английском и русском языках. Был проведен систематический обзор научных статьи опубликованных с 2017 по 2023год.

Результаты. В результате анализа литературных данных выявлено, что уровень приверженности к лечению напрямую зависит от многих социально-демографических факторов. Лидирующую позицию занимает экономический аспект приверженности к рациональной антигипертензивной терапии. Согласно литературным источникам в странах с более низким уровнем доходов показатель несоблюдения терапии составляет около 50%, в тоже время в странах с доходом выше среднего и высоким - 37% и 44% соответственно [6]. По данным отечественных исследований, в РК так же наблюдается взаимосвязь финансового положения пациента и уровня приверженности к терапии. Предусмотренное бесплатное обеспечение отдельными группами препаратов в рамках ГОБМП не всегда является наиболее рациональным способом терапии, что в итоге не позволяет достичь достаточного уровня

приверженности [7].

В некоторых мета-анализах была доказана зависимость комплаенса приема терапии от возраста пациентов. Пациенты более молодого (49 и менее лет) возраста в сравнении с более старшей группой показали меньший уровень приверженности, но и для пациентов пожилого и старческого (70 и более лет) возраста характерно снижение комплаентности к лечению. Наивысший «пик» комплаентности характерен для пациентов в возрасте от 50 до 69 лет [8].

При изучении влияния пола на уровень приверженности к терапии выявлено что для женщин характерны более высокие показатели, в сравнении с мужчинами [3], [9], [10]. Вероятной причиной данной закономерности является большая эмоциональная отдача в процесс лечения от женщин.

При наличии сопутствующих заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и других, уровень комплаентности увеличивается в сравнении с пациентами с изолированной АГ. Данный факт связан с высокой осведомленностью пациента о своем состоянии и страхе возможного прогрессирования заболевания [11].

Уровень образования прямо пропорционален комплаентности пациента: при более высоком уровне образования осведомленность пациента увеличивается, что приводит к более тщательному приему лекарственных средств [10], [12].

Кроме всех вышеперечисленных факторов, достаточно значимым фактором в уровне комплаентности является место проживания пациента: у пациентов, проживающих в сельской местности уровень приверженности ниже, в сравнении с городским населением. На данный фактор влияет не только доступность медицинской помощи, в том числе специализированной, но и общий уровень осведомленности [10].

Среди всех перечисленных факторов невозможно выделить самый значимый, поэтому при проведении наблюдения за пациентами с АГ важен индивидуальный подход с обязательной оценкой комплаентности.

Выводы. Несмотря на увеличивающуюся долю пациентов с АГ, уровень приверженности к лечению по-прежнему остается на низком уровне, что наносит большой экономический ущерб здравоохранению. Определение пациентов с потенциально низким комплаенсом на ранних этапах и с дальнейшим усиленным контролем за ними может помочь избежать фатальных осложнений, а также поможет сохранить длительную трудоспособность населения, что позволит снизить экономические затраты на это заболевание. Выделение потенциально некомплаентных пациентов (мужчины, молодой или старческий возраст, низкий уровень осведомленности, отсутствие сопутствующих заболеваний) важный шаг к эффективному контролю АД.

Список литературы.

1. Elnaem, M.H et al, 2022, Int. J. Environ. doi: 10.3390/ijerph192114571
2. www.who.int, 2023г
3. Pokharel et al. Annals of Medicine & Surgery, 2023, DOI: 10.1097/MS9.0000000000001088
4. Commodore-Mensah et al, 2023, doi:10.2147/PPA.S412198
5. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., 2020 doi: 10.15829/1728-8800-2020-2562
6. Mahmood, S. Et al, 2021, doi:10.1007/s11096-021-01236-z
7. Мусина А.Е., Тулеугаева Р.Е, 2017 Окт, doi:10.34689/SH.2017.19.5.003
8. Гогниева Д.Г. и др, 2019, doi: 10.17116/kardio201912061510.
9. Ротарь О.П. и др., 2020, DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3-3745),
10. Konlan KD, Shin J. 2023; DOI: 10.5334/ gh.1190
11. Maleki G et al, Blood Press Monit, 2023 Oct, DOI: 10.1097/MBP.0000000000000665.
12. Недогода С.В., 2020, DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3776

РЕПРОДУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ БОЛЬШИХ МИОМАХ МАТКИ

Барманашева З.Е., Кудайбергенов Т.К., Джакупов Д.В.

Институт репродуктивной медицины, г.Алматы

Введение. В лечении гинекологических патологий как миома матки, приоритетным методом остается хирургическое вмешательство. Учитывая достижения современной медицины, расширяется диапазон возможных комбинаций при выборе оптимальной стратегии и тактики терапии, становится закономерной интеграция инновационного эндоскопического лечения. Соответственно, на фоне внедрения новых технологий органосохраняющая тактика стала приоритетной при хирургическом лечении данного патологического состояния. Для снижения объема интраоперационной кровопотери при выполнении лапароскопической миомэктомии узлов большого размера стали применять технологии выполнения операции на фоне транзиторной ишемии матки. Для этого производят наложение клемм на внутренние подвздошные или маточные артерии, что обеспечивает выполнение миомэктомии на «сухом органе».

Материал и методы. Было проведено комбинированное ретро- и проспективное исследование, включившее женщин репродуктивного возраста с миомой матки, планирующих беременность. Средний размер миом составил 8,0 см, среднее количество узлов, удаленных за операцию – 5, расположение узлов – интерстициальное и интерстициально-субмукозное. В группу исследования вошли 900 женщин, миомэктомию которым провели лапароскопическим доступом с применением метода временного клеммирования маточных артерий, группу контроля составили 1200 пациенток, которым лапароскопическую миомэктомию проводили без клеммирования артерий. Всем пациенткам перед операцией была проведена офисная гистероскопия.

Результаты. Объем интраоперационной кровопотери достоверно различался в обеих группах: средний объем кровопотери в группе исследования составил $83 \pm 1,2$, в контрольной группе - $357 \pm 1,4$, длительность операции также достоверно различалась - $85 \pm 1,3$ мин в группе исследования и $130 \pm 1,3$ в группе контроля. Уровень гемоглобина до операции достоверно отличался в обеих группах - $125 \pm 1,2$ в группе контроля и $90 \pm 1,3$ в группе исследования, после операции уровень гемоглобина достоверно не различался, составив в среднем $85 \pm 1,5$. Проведенное количество койко дней достоверно различалось в обеих группах – 2 и 4 дня соответственно. Отдаленные результаты показали наступление беременности у женщин после операции с временным клеммированием маточных артерий через 6 месяцев, тогда как в группе контроля этот показатель составил не менее 12 месяцев. При повторной гистероскопии и оценке швов на матке через 3 месяца после операции отмечено полное заживление рубца при удаленных субмукозных узлах.

Выводы. Способы оперативного лечения заболевания являются предметом споров, дискуссий. Проведение органосохраняющих операций при расположении узлов интерстициально и субмукозно сопровождается обильным кровотечением, затруднением проведения операций, гистерэктомией и несостоятельностью рубца на матке. Временное клеммирование маточных артерий является методом выбора у женщин, планирующих беременность.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А. Сугургали, М. А. Баймуратова, В.Б. Камхен, А.Р. Рыскулова, Г.Т. Абилова,
Н.А.Садуакасова, Э.Н. Самадин

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность: Травмы коленного сустава являются наиболее часто встречающимися, примерно 50% от общего числа травм опорно-двигательного аппарата [1].

Частые травмы коленного сустава объясняются его большим размером, значительной физической нагрузкой и сложной структурой, так как движения в нем происходят в трех взаимно перпендикулярных осях и плоскостях [2].

Одной из самых часто повреждаемых структур коленного сустава являются крестообразные связки и занимают второе место по частоте. Травмы передней крестообразной связки и мениска случаются в 70% случаев [3]. Данный вид травм считается одним из самых серьезных, так как они могут нарушить опорную функцию конечности и паттерн ходьбы, что в свою очередь приводит к существенным ограничениям. Соответственно диктуют необходимость принятия управленческих решений в сфере организации мероприятий, направленных на улучшение качества жизни.

Цель исследования: Изучить опыт и практику с определением особенностей медицинской реабилитации для пациентов после травм коленного сустава для полного восстановления качества жизни пациента.

Материалы и методы: Стратегия поиска. Были изучены статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием следующих баз данных научных публикаций и специализированных поисковых систем глубиной за последние 20 лет: PubMed, Mendeley, Scopus, Web of Science, Google Scholar.

Результаты: Разрывы передней крестообразной связки (ПКС) являются распространенной травмой коленного сустава, которая, в основном, встречается у лиц наиболее трудоспособного возраста, по данным ряда авторов М.Э.Ирисметов с соавторами (2019), Alexander W. с соавторами (2022), Roula Kotsifaki, с соавторами (2023), A.G.Culvenor, с соавторами (2022), Е.Н. Гончаров с соавторами (2020) [4, 5]. Исследование, проведенные в Скандинавии, показало, что наиболее распространенным причиной нетрудоспособности в спорте указывается травма коленного сустава [6]. Технические достижения в хирургии по лечению таких травм очень высокие. Однако пациенты сталкиваются с значительными сложностями именно в период выздоровления, то есть на реабилитационном этапе. Кроме того, более 50% пациентов, сообщает Михайлов И.Н с соавторами. (2018) [7], никогда не достигают полного функционального восстановления, а также это может быть причиной окончания спортивной карьеры и приводит к инвалидизации, которая сопровождает пациента на протяжении всей жизни.

Потребность в улучшении состояния пострадавшего выходит за рамки хирургического лечения, т.к. реабилитацией занимаются специально обученные врачи физической медицины и реабилитации, делится зарубежный исследователь [8].

Кроме того, заслуживает особого внимания информация о том, что в 44% случаев люди получают вторичный разрыв, который происходит из-за биомеханической асимметрии и нарушения нейромышечного контроля [9], что подчеркивает актуальность изучения возможностей медицинской реабилитации. Продолжительность реабилитационных мероприятий обычно составляет от 5 месяцев до 1 года, однако даже после восстановления функции конечности часто возникают осложнения, связанные с последствиями травм и заболеваниями, связанными с повреждением коленного сустава. Например, вероятность развития деформирующего остеоартроза коленного сустава (гонартроза) из-за нарушения баланса во время движения увеличивается на 13-42% [10], подобные выводы исследователей

диктуют необходимость рассматривать все этапы медицинской реабилитации, обеспечивающие минимизацию осложнений подобного рода.

Следует отметить особо, что после восстановления двигательной активности, существует риск возникновения вторичной травмы при высоких и максимальных нагрузках. Нежелательный эпизод подчеркивает необходимость поиска новых методов и форм организации физической реабилитации, способствующих максимальному восстановлению стабильности коленного сустава и улучшению сенсомоторного контроля в управлении движениями.

Таким образом, основные принципы реабилитации лежат в основе периода восстановления, позволяющего вернуться в дооперационный период физической активности, а значит диктует необходимость повышения уровня самообразования и осведомленности самих пациентов на всех этапах ПМСП. Нами планируется разработка специальной (детализированной) программы реабилитации для пациентов после травм коленного сустава, в частности: физиопроцедуры, кинезиотерапию, комплексы упражнений лечебной физкультуры, мягкие техники мануальной терапии, отличающиеся от общих рекомендаций своим прикладным пациент ориентированным характером.

Вывод: Обобщая полученные сведения доступной литературы по данной теме, нами выявлены нерешенные вопросы реабилитации, способные обеспечить полное восстановление пациента после травмы коленного сустава.

Список использованной литературы:

1. П.П. Чекерес, М.В.Будашкина, В.В.Муханов, А.А.Карапашевич. Недостаточность проприоцептивного контроля после пластики ПКС как причина повторных травм коленного сустава у профессиональных спортсменов // Клиническая практика №3-4. – 2015. – 95-98 с.
2. Bernard J, Lemon M, Patterson MH. Arthroscopic washout of the knee--a 5-year survival analysis. *Knee*. 2004 Jun;11(3):233-5. doi: 10.1016/S0968-0160(03)00108-X. PMID: 15194101.
3. Sofu H, Yildirim T, Gürsu S, Issin A, Şahin V. Short-term effects of partial meniscectomy on the clinical results of anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2015 Jan;23(1):184-7. doi: 10.1007/s00167-014-2960-2. Epub 2014 Mar 30. PMID: 24682517.
4. Brinlee AW, Dickenson SB, Hunter-Giordano A, Snyder-Mackler L. ACL Reconstruction Rehabilitation: Clinical Data, Biologic Healing, and Criterion-Based Milestones to Inform a Return-to-Sport Guideline. *Sports Health*. 2022 Sep-Oct;14(5):770-779. doi: 10.1177/19417381211056873. Epub 2021 Dec 13. PMID: 34903114; PMCID: PMC9460090.
5. Kotsifaki R, Korakakis V, King E, Barbosa O, Maree D, Pantouveris M, Bjerregaard A, Luomajoki J, Wilhelmsen J, Whiteley R. Aspetar clinical practice guideline on rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction. *Br J Sports Med*. 2023 May;57(9):500-514. doi: 10.1136/bjsports-2022-106158. Epub 2023 Feb 2. PMID: 36731908.
6. Пучко А.А., Ясюкевич А.С., - Анализ уровня и структуры травм коленного сустава в различных видах спорта - Республиканский научно-практический центр спорта УДК 616.728.3-001-08 - 26.04. 2019 – с. 65-75
7. Сравнительное определение механической прочности моделей трансплантатов из половины сухожилия длинной мало- берцовой мышцы и сухожилия полусухожильной мышцы (экспериментальное исследование) / И.Н. Михайлов, М.Э. Пусева, Д.Б. Бальжини-маев, А.В. Семенов, В.В. Верхотуров, Е.В. Верхотурова // Гений ортопедии. 2021. Т. 27, № 6. С. 789-794.
8. Armshaw, B., Vaidya, M., & Mehta, S. (2023). Surface electromyography-based biofeedback and knee rehabilitation: A review of the literature. *Behavioral Interventions*, 38(1), 178–197. <https://doi.org/10.1002/bin.1907>

9. Hewett TE, Di Stasi SL, Myer GD. Current concepts for injury prevention in athletes after anterior cruciate ligament reconstruction. Am J Sports Med. 2013 Jan;41(1):216-24. doi: 10.1177/0363546512459638. Epub 2012 Oct 5. PMID: 23041233; PMCID: PMC3592333.

10. Egli S, Kohlhof H, Zumstein M, Henle P, Hartel M, Evangelopoulos DS, Bonel H, Kohl S. Dynamic intraligamentary stabilization: novel technique for preserving the ruptured ACL. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2015 Apr;23(4):1215-21. doi: 10.1007/s00167-014-2949-x. Epub 2014 Mar 21. PMID: 24651979; PMCID: PMC4371814.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ(обзор)

Б.С. Турдалиева¹, М.А. Рамазанова², Г.Е.Аимбетова³, Махмутова С.М²

1. Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний

2. Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

3. НАО Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Актуальность. Современная ситуация в мире характеризуется активной экспансией новых психоактивных веществ в мире. Потребители инъекционных наркотиков составляют большинство среди потребителей токсикоманических и наркотических психоактивных веществ. В то же время наблюдается тенденция к переходу на инъекционное употребление синтетических стимуляторов по мере нарастания стажа наркотизации у «нового поколения» наркопотребителей. Выявленные особенности поведения потребителей новых психоактивных веществ говорят о наличии у них актуальных рисков инфицирования ВИЧ как инъекционного, так и сексуального плана.

Ключевые слова: ВИЧ инфекция, новые психоактивные вещества, распространенность, профилактика

Цель работы: изучить распространенность факторов риска для заражения ВИЧ инфекцией среди потребителей новых психоактивных веществ.

Материалы и методы исследования. Был проведен поиск и анализ научных публикаций в базах данных Web of Science (Clarivate Analytics), MEDLINE, e-library, PubMed, Google Scholar, по ключевым словам: ВИЧ инфекция, новые психоактивные вещества, распространенность, профилактика. Глубина поиска составила более 10 лет. Из всех отобранных статей для последующего анализа было включено 15 источников, соответствующих целям нашего исследования.

Результаты. В течение последнего десятилетия стремительное появление разнообразного спектра веществ, сгруппированных под термином «новые психоактивные вещества», значительно изменило ситуацию вокруг психоактивных веществ на глобальной арене.

Есть несколько факторов, которые характеризуют этот всемирный вызов традиционному «состоянию вещей» в сфере наркотиков:

- во-первых, значительно расширился спектр психоактивных веществ,
- во-вторых, появилось множество новых возможностей для доступа к данным веществам,
- в-третьих, были представлены новые способы экспериментов с «множественными эффектами» веществ и, наконец, текущие цены на «классические стимуляторы» (то есть амфетамины) были подвергнуты существенному пересмотру.

Появление на наркотическом рынке новых, ранее никому не известных психоактивных веществ, становится возможным, за счет неуклонного развития химического производства и синтеза, когда из доступных, чаще легальных химических веществ, при помощи определенных химических реакций, можно достаточно быстро синтезировать новое

вещество, обладающее заранее известными свойствами, включая воздействующие на ЦНС ПАВ [1].

Новые психоактивные вещества стали глобальным явлением в более 139 стран мира, которые сообщили 2022 году в Консультативную службу раннего предупреждения УНП ООН (EWA) о НПВ о существовании 1182 вещества [2].

По данным научных исследований проведенных в 2019 г в Китае, употребление психоактивных веществ мужчинами, имеющими секс с мужчинами, оценили распространенность употребления психоактивных веществ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), и связанные с этим факторы риска. Результаты исследования показывают на острую необходимость в точных и комплексных мерах по контролю за употреблением психоактивных веществ и связанными с ним опасностями больше среди молодых МСМ [3].

По данным исследования японских ученых (2017), среди мужчин - ЛЖВ квазизаконные психоактивные вещества были наиболее часто употребляемыми наркотиками. Лица, которые когда-либо употребляли производные типа триптамина или метамфетамин/амфетамин, с большей вероятностью сообщали о недавнем квазизаконном употреблении психоактивных веществ, что предполагает потенциальный сдвиг в моделях употребления наркотиков от регулируемых к нерегулируемым веществам среди этой группы населения. Эти результаты указывают на необходимость дальнейших исследований для изучения последствий для лечения ВИЧ [4].

Одной из распространенных проблем является злоупотребление психоактивными веществами, среди них каннабис является наиболее часто употребляемым психоактивным веществом среди людей, живущих с ВИЧ [5, 6].

Появление нового класса психостимуляторов представляют новые угрозы для здоровья потребителей наркотиков и новые возможности для снижения этих рисков, это может помочь специалистам по профилактике ВИЧ/СПИДа и группам поддержки потребителей наркотиков в их усилиях по снижению небезопасного употребления наркотиков и сексуального поведения [7, 8].

Эпидемиологические исследования употребления запрещенных психоактивных веществ показывают особенно высокую распространенность употребления метамфетамина на западе и юго-западе Соединенных Штатов, особенно в Калифорнии. Результаты этого исследования подчеркивают важность решения проблемы повышенного риска ВИЧ/СПИДа, связанного с сексом, среди потребителей метамфетамина, проходящих лечение от наркозависимости [9].

По данным Hayashi K и соавторов среди 391 мужчин (96,7% МСМ), опрошенных в 2019-2020 годах, из-за нехватки поставок 234 (59,8%) прекратили использование 5МО/АН/НПС, 52 (13,3%) сохранили доступ к запасам и 117 (29,9%) использовали наркотики-заменители: чаще всего метамфетамин (60,7%). Распространенность употребления метамфетамина (ARR=1,93; 95% ДИ: 1,11–3,35) и неконтролируемого употребления наркотиков по самооценке (ARR=1,62; 95% ДИ: 1,07–2,53) были значительно выше [10].

По исследованиям проведенных в Канаде среди ВИЧ положительных потребителей психоактивных веществ выявили, что существуют данные о прямом влиянии психоактивных веществ на метаболизм АРТ и естественное прогрессирование ВИЧ-инфекции [11].

По данным китайских ученых, которые провели исследование по оценке употребления психоактивных веществ мужчинами, имеющими секс с мужчинами и связанные с этим факторы риска. В целом в исследовании участвовали , 32,2% (841/2 616) МСМ когда-либо употребляли хотя бы одно психоактивное вещество, из них 92,4% (777/841) употребляли Rush, а 14,4% (121/841) употребляли несколько наркотиков. Чаще всего использовались Раш и триптамин (79,7%,98/121) [12].

По данным Carlson RG и соавторов, ежедневные потребители крэка с меньшей

вероятностью ежедневно употребляли инъекционные наркотики, но с большей вероятностью ежедневно употребляли алкоголь по сравнению с потребителями, не употребляющими крэк, и курильщиками крэка реже, чем ежедневно. ПИНЫ, которые курили крэк реже, чем ежедневно, чаще делали инъекции иглами и шприцами, которыми пользовались другие [13].

Возраст приобщения к психоактивным веществам — серьезнейший вопрос для всего мира, поскольку, согласно исследованиям, чем раньше начинается употребление психоактивных веществ, тем больше вероятность развития расстройств на этой почве вследствие влияния этих веществ на развитие мозга. Дегенхарт и др. представили результаты сопоставления возрастов приобщения к алкоголю, табаку, каннабису и кокаину в 17 странах, присоединившихся к Всемирной инициативе по обследованию населения для оценки состояния психического здоровья. Приведенные авторами данные свидетельствуют о том, что средний возраст начала употребления этих веществ в указанных странах совпадает: алкоголь и табак — 16–19 лет; каннабис — 18–19 лет; кокаин — 21–24 года. Из этого следует, что меры в отношении детей и подростков в форме эмпирически обоснованного профилактического вмешательства и политики необходимо принимать задолго до наступления возраста, когда они будут приобщаться к психоактивным веществам [14].

Также в Республике Казахстан проводились исследования употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди казахстанских подростков, оценка риска и других корреляторов употребления психоактивных веществ среди подростков с целью получения дополнительной информации об уровнях употребления психоактивных веществ среди казахстанских подростков. Результаты исследования показали, что распространённость употребления психоактивных веществ среди молодежи РК примерно в 2-10 раз выше, чем самооценка, факторами, имеющими связь с потреблением психоактивных веществ, являются депрессивное настроение, сниженная самооценка и антисоциальное поведение [15].

Таким образом, данная проблема вызывает серьёзную обеспокоенность в связи с возможностью нарастания интенсивности проявлений эпидемического процесса за счет употребления новых психоактивных веществ, что требует разработки новых подходов профилактики по сдерживанию ВИЧ инфекции.

Список литературы:

1. В.В. Мрыхин, А.В. Анцыборов Дизайнерские наркотики: краткая история, попытка систематизации на примере «спайсов» и «солей» (обзор)
2. <https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS>
3. Psychoactive substances use in men who have sex with men in China: an internet based survey. Li L, Zhou C, Li XY, Wang XD, Wu ZY. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2021 Apr 10;42(4):690-694. doi: 10.3760/cma.j.cn112338-20200615-00842. PMID: 34814452
4. Psychoactive substances use in men who have sex with men in China: an internet based survey. Li L, Zhou C, Li XY, Wang XD, Wu ZY. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2021 Apr 10;42(4):690-694. doi: 10.3760/cma.j.cn112338-20200615-00842. PMID: 34814452
5. Confound, Cause, or Cure: The Effect of Cannabinoids on HIV-Associated Neurological Sequelae. Starr A, Jordan-Sciutto KL, Mironets E. *Viruses*. 2021 Jun 26;13(7):1242. doi: 10.3390/v13071242. PMID: 34206839
6. Psychoactive Substance Use Disorder in HIV-Infected Adolescents in Botswana: A Comparison Between the Congenitally Infected and Behaviorally Infected Adolescents Anthony A Olashore 1, Saeeda Paruk 2, Merrian Brooks 3, Bonginkosi Chiliza 2 PMID: 36875743 PMCID: PMC9974603 DOI: 10.1177/11782218231152818
7. Behavioral patterns of people who use synthetic psychostimulants: Results of a qualitative study in St. Petersburg, Russia. Skochilov R, Aserova E, Lakhov A, Antonova D, Kulikova I, Shagina A, Heimer R. *Int J Drug Policy*. 2022 Sep;107:103790. doi: 10.1016/j.drugpo.2022.103790. Epub 2022 Jul 16. PMID: 35849936

8. The Global Distribution and Epidemiology of Psychoactive Substance Use and Injection Drug Use Among Street-Involved Children and Youth: A Meta-Analysis. Armoon B, Griffiths MD, Mohammadi R. *Subst Use Misuse*. 2023;58(6):746-764. doi: 10.1080/10826084.2023.2181036. Epub 2023 Mar 16. PMID: 36924274
9. Methamphetamine use and HIV risk among substance-abusing offenders in California. Farabee D, Prendergast M, Cartier J. *J Psychoactive Drugs*. 2002 Jul-Sep;34(3):295-300. doi: 10.1080/02791072.2002.10399966. PMID: 12422940
10. Characterizing changes in drug use behaviour following supply shortages of 5-MeO-DIPT, alkyl nitrites and new psychoactive substances among men living with HIV in Japan. Hayashi K, Wakabayashi C, Ikushima Y, Tarui M. *Int J Drug Policy*. 2023 Aug;118:104080. doi: 10.1016/j.drugpo.2023.104080. Epub 2023 Jun 10. PMID: 37307787
11. Substance use patterns and HIV-1 RNA viral load rebound among HIV-positive illicit drug users in a Canadian setting. Ladak F, Socias E, Nolan S, Dong H, Kerr T, Wood E, Montaner J, Milloy MJ. *Antivir Ther*. 2019;24(1):19-25. doi: 10.3851/IMP3265. PMID: 30230474
12. [Psychoactive substances use in men who have sex with men in China: an internet based survey]. (Li L, Zhou C, Li XY, Wang XD, Wu ZY. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2021 Apr 10;42(4):690-694. doi: 10.3760/cma.j.cn112338-20200615-00842. PMID: 34814452
13. HIV needle risk behaviors and drug use: a comparison of crack-smoking and nonsmoking injection drug users in Ohio. Carlson RG, Falck RS, Wang J, Siegal HA, Rahman A. *J Psychoactive Drugs*. 1999 Jul-Sep;31(3):291-7. doi: 10.1080/02791072.1999.10471759. PMID: 10533976
14. Louisa Degenhardt and others, "Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys", *PLoS Medicine*, vol. 5, No.
15. К.С. Алтынбеков, Н.А. Негай, А.А. Абетова «Методология и результаты национального исследования по потреблению психоактивных веществ среди молодежи в Республике Казахстан», *вестник КазНМУ*, 2021 №4.

СӨЙЛЕУ ТІЛІНДЕ БҰЗЫЛЫСЫ БАР БАЛАЛАРҒА КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІ ЖЕТІЛДІРУ

А.Н. Жумадуллаева, А.Н. Нурбақыт, М.Н. Жакупова
«ҚДСЖМ» Қазақстан медициналық университеті ЖШС

Кіріспе. Қазіргі таңда балалардағы сөйлеу тілі дамуының кешігуі мәселесі медицина және педагогиканың шеңберінен шығып, жеке отбасы үшін ғана емес, сонымен бірге қоғам үшін де әлеуметтік сипатқа ие болып отыр.

Әлемдік зерттеулер деректері бойынша мектепке дейінгі балалар арасындағы сөйлеу тілі бұзылыстарының таралуы орта есеппен 5%-дан 12%-ға дейінгі көрсеткішті құрайды, ал 13,5-17,5% балаларда сөйлеудің бұзылыстары 1,5-3 жаста кездеседі. [1]

Сөйлеу тілі дамуының кешігуі диагнозы баланың күтілетін жасында қалыпты даму сатыларына жетпеген жағдайда қойылады. [2] Баланың әлеуметтік және зияткерлік дамуына сөйлеу тілі дамуының тежелуі әсер етеді және бұл баланың әлеуметтік ортадан оқшаулануына, сонымен қатар нашар оқу үлгеріміне және әлеуметтік мәселелердің дамуына әкеледі. [3] Осылайша, сөйлеу тілінде бұзылысы бар балаларға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету олардың өмірінде маңызды рөл атқарады, олардың әл-ауқатын жақсартуға, дамытуға және әлеуметтік бейімделуге көмектеседі.

Сөйлеу тілінде бұзылысы бар балаларға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету деңгейін бағалау – жан-жақты талқылау мен зерттеуді қажет ететін маңызды тақырып. Бұл шолу мақаласы қолданыстағы бағалау әдістерін талдауға, медициналық-әлеуметтік ортаны зерделеуге және осы осал топқа көрсетілетін медициналық-әлеуметтік көмектің дәрежесі мен

мәселелерін анықтап, оларды жетілдіру бойынша ұсыныстар әзірлеуге бағытталған.

Зерттеудің мақсаты. Сөйлеу тілінде бұзылысы бар балалардың денсаулық жағдайын зерттей отырып, аталған бұзылысы бар балаларға медико-әлеуметтік көмек көрсету сапасын бағалау және оны жетілдіру бойынша ұсыныстар әзірлеу.

Материалдар мен әдістер. Шолу мақаласын жазу үшін «балалардағы сөйлеу тілінің бұзылысы», «денсаулықтың шектеулі мүмкіндіктері», «балаларға көрсетілетін медико-әлеуметтік көмек» деген сияқты түйінді сөздерді пайдалана отырып, библиографиялық деректер қорындағы ғылыми әдебиеттерге шолу және талдау жүргізілді.

Қорытынды. Балалардағы сөйлеу тілінің бұзылысына әсер ететін факторлар мен сөйлеу тілінде бұзылысы бар балаларға көрсетілетін медициналық-әлеуметтік көмекке ақпараттық шолу жасай келе, келесі негізгі мәселелерді анықтадық:

1) Ерте диагностика мен алдын-алудың жеткіліксіз дәрежесі: балалардың сөйлеу тіліндегі бұзылысты уақытылы анықтамау немесе дұрыс бағаламау емдеуді бастаудың кешігуіне әкелуі мүмкін.

2) Білікті мамандардың жетіспеуі: әлемнің және еліміздің көптеген аймақтарында логопед, балалардағы сөйлеу тіліндегі бұзылыстарды анықтау және дамытумен байланысты мамандар жетіспейді.

3) Қаржылық мәселелер: балалардағы сөйлеу тіліндегі бұзылыстарды емдеу бағдарламалары қымбат.

4) Ұйымдар арасындағы өзара байланыстың болмауы. Күтімге кешенді әдісті қамтамасыз ету үшін дәрігерлердің, мұғалімдердің және мамандардың өзара тиімді әрекетін қамтамасыз ету қажет.

5) Хабардарлық пен білімнің болмауы: кейбір ата-аналарда, мұғалімдерде және медициналық қызметкерлерде балалардағы сөйлеу тілінің бұзылыстары және сенімді емдеу тәсілдері туралы білімнің шектеулілігі.

б) Әлеуметтік оқшаулану: тіл кемістігі бар балалар әлеуметтік оқшаулану және қарым-қатынаста кедергілерге тап болуы мүмкін. Тиімді қарым-қатынас жасай алмау баланың өзі-өзі бағалауы мен дамуына әсер ететін қарым-қатынас пен әлеуметтік бейімделу проблемаларына әкелуі ықтималдығы бар.

Ерте диагностика, білікті мамандарға қол жеткізу, қаржылық қолдау, ведомстволар арасындағы байланысты жақсарту, білім беру және халықты ақпараттандыруды қоса алғанда, сөйлеу қабілеті бұзылған балаларға көмек көрсетудің кешенді тәсілін дамыту маңызды. Бұл осы санаттағы балаларға тиімді және дер кезінде көмек көрсетудің бірден-бір жолы.

Әдебиеттер тізімі:

1. Гайфуллина, О. В. Определяющие факторы задержки речевого развития у детей раннего возраста (литературный обзор) / О. В. Гайфуллина, В. Л. Зеленцова, Е. М. Чернова // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы VI Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной году науки и технологий, (Екатеринбург, 8-9 апреля 2021 г.): в 3-х т. – Екатеринбург: УГМУ, 2021. – Т.2. – С. 293-297.

2. Sunderajan T, Kanhere SV. Speech and language delay in children: Prevalence and risk factors. J Family Med Prim Care. 2019 May;8(5):1642-1646. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_162_19. PMID: 31198730; PMCID: PMC6559061.

3. Makar AB, McMartin KE, Palese M, Tephly TR. Formate assay in body fluids: application in methanol poisoning. Biochem Med. 1975 Jun;13(2):117-26. doi: 10.1016/0006-2944(75)90147-7. PMID: 1.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Жамакурова А.Н.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - распространенное хроническое респираторное заболевание, приводящее к постепенному ухудшению состояния и усугублению симптомов [1]. Примерно 384 миллиона человек во всем мире страдают хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), и, по оценкам, более половины пациентов с ХОБЛ могут быть недиагностированы [2]. Тем не менее, заболеваемость, смертность, и бремя болезней ХОБЛ продолжает расти во всем мире. В период с 1990 по 2017 год глобальная распространенность ХОБЛ увеличилась на 5,9% [3]. По данным Всемирной организации здравоохранения, ХОБЛ является третьей по значимости причиной смертности во всем мире [4]. Факторами риска ХОБЛ являются курение, загрязнение окружающей среды твердыми частицами, профессиональное воздействие твердых частиц, газов и паров, загрязнение воздуха в домашних условиях твердым топливом, воздействие пассивного курения [5].

Целью данного исследования является изучение распространенности хронической обструктивной болезни легких.

Материалы исследования. Данные о распространенности хронической обструктивной болезни легких были получены из проекта «Глобальное бремя болезней 2019».

Результаты. В 2019 году во всем мире было зарегистрировано 212,3 миллиона распространенных случаев ХОБЛ, из них на долю ХОБЛ пришлось 3,3 миллиона смертей и 74,4 миллиона DALY (год жизни с поправкой на инвалидность). Самый высокий показатель распространенности ХОБЛ был в Дании (4299,5), Мьянме (3963,7) и Бельгии (3927,7), а Фиджи (668,5), Гуам (1010,0) и Кирибати (1019,4) имеют самые низкие показатели. Показатель распространенности ХОБЛ в Казахстане составил 3052,6 на 100 тыс. населения.

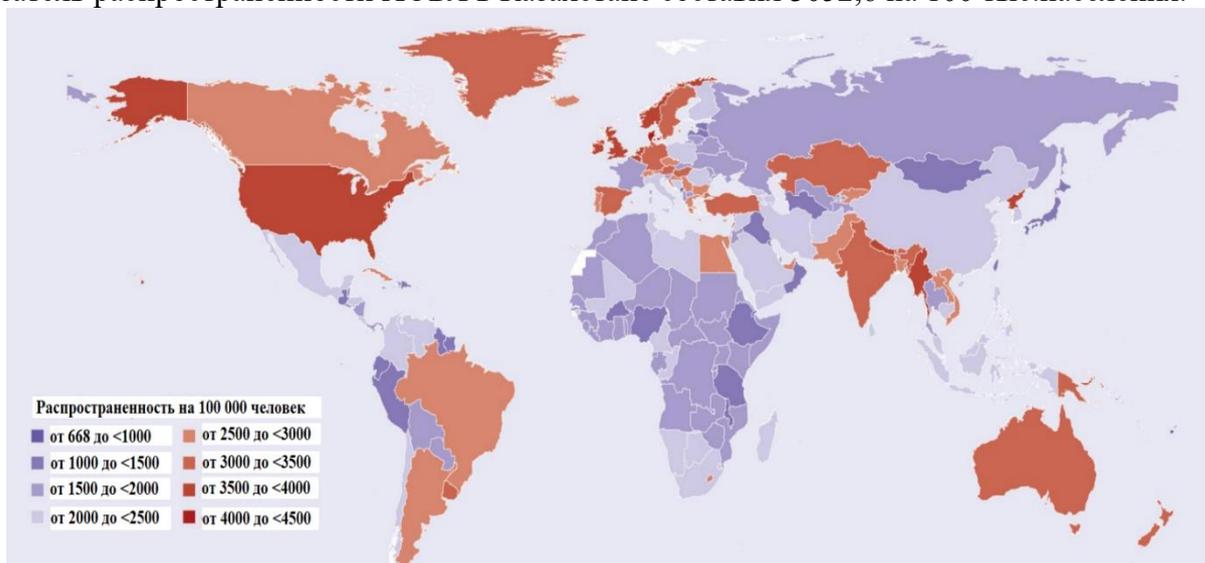


Рис.1. Стандартизованная по возрасту точечная распространенность хронической обструктивной болезни легких на 100 000 населения в 2019 г. по странам (составлено на основе данных ГББ 2019).

В 2019 году число распространенных случаев было самым высоким в возрастной группе 70-74 лет, но затем уменьшалось с увеличением возраста. Число распространенных случаев ХОБЛ было выше у мужчин в возрасте до 70-74 лет, но ХОБЛ чаще встречался у женщин старше 74 лет.

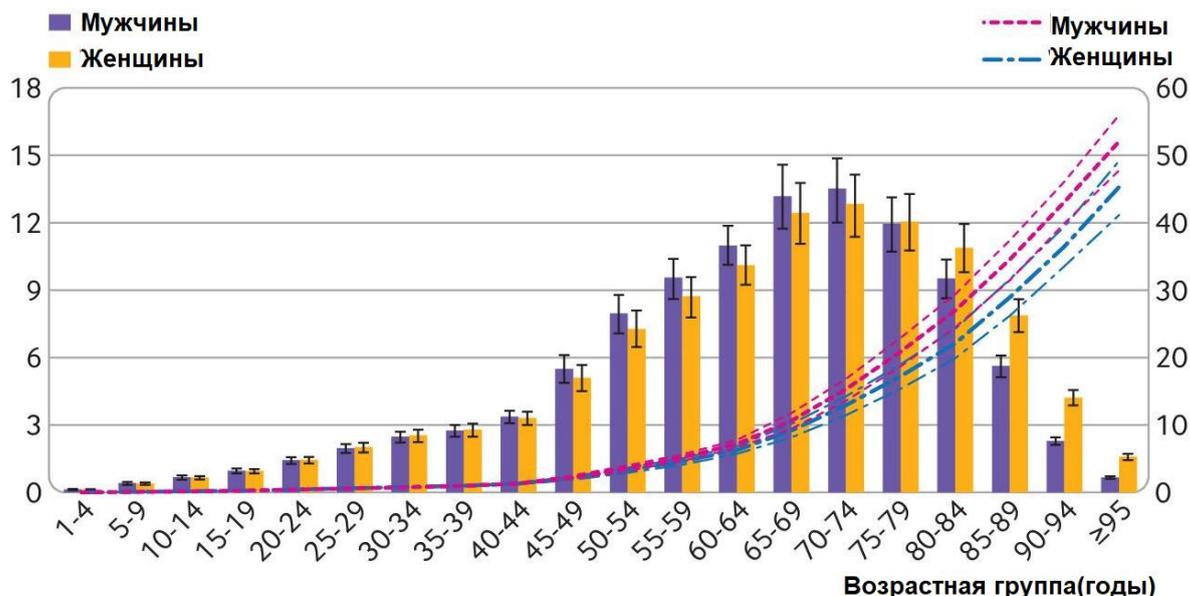


Рис.2. Распространенность хронической обструктивной болезни легких на 100 000 населения в разбивке по возрасту и полу в 2019 году.

Выводы. ХОБЛ остается серьезной проблемой общественного здравоохранения, особенно в странах с низким социально-демографическим индексом. Превентивные программы должны быть направлены на борьбу с курением, улучшении качества воздуха и снижении профессиональных воздействий.

Литература:

1. Safiri S, Carson-Chahhoud K, Noori M, Nejadghaderi S A, Sullman M J M, Ahmadian Heris J et al. Burden of chronic obstructive pulmonary disease and its attributable risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019 *BMJ* 2022; 378 :e069679 doi:10.1136/bmj-2021-069679
2. Sandelowsky, H., Weinreich, U.M., Aarli, B.B. et al. COPD – do the right thing. *BMC Fam Pract* 22, 244 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01583-w>
3. Gbd Chronic Respiratory Disease Collaborators (2020). Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990-2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet. Respir. Med.* 8 (6), 585–596. doi:10.1016/S2213-2600(20)30105-3
4. World Health Organization. The top 10 causes of death. 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Accessed 22 July 2020.
5. Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, et al., GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1223-49. doi:10.1016/S0140-6736(20)30752-2. pmid:33069327

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Багдатханова Б.И., Бейсенбаева Г.Г., Ахметов В.И., Абдирова Т.М.
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Резюме. В статье предоставлен обзор литературных данных, посвященных проблемам организации первичной медико-санитарной помощи населению с неврологическими

заболеваниями. На основании анализа литературных данных были выявлены наиболее актуальные вопросы и основные проблемы в организации работы первичного звена по оказанию медицинской помощи неврологическим пациентам.

Ключевые слова: неврологические заболевания, первичная медико-санитарная помощь, общественное здравоохранение.

Введение. Заболевания нервной системы являются одной из главных причин, утраченных в результате инвалидности лет здоровой жизни и второй ведущей причиной смертности в мире. Каждый год 9 миллионов человек теряют жизнь из-за неврологических заболеваний. В 2016 г. четыремя основными причинами год жизни с поправкой на инвалидность стали болезни неврологического генеза: из них инсульт 42,2%, мигрень 16,3%, деменция 10,4% и менингит 7,9%. Пятое место занимает эпилепсия (5%), причем в некоторых странах с низким уровнем дохода идиопатическая эпилепсия является второй самой распространенной причиной неврологических расстройств. В связи с ростом численности стареющего населения Болезнь Паркинсона встречается все чаще и представляет собой неврологическое расстройство с наиболее быстрыми темпами распространения [1].

Приведенные данные указывают на важность повышения глобального внимания к проблеме профилактики и лечения, реабилитации неврологических заболеваний. В данном случае эффективно организованная система первичной медико-санитарной помощи является фундаментом, на котором строится вся остальная деятельность от борьбы с неврологическими заболеваниями.

Первичная медико-санитарная помощь осуществляет комплекс мероприятий для удовлетворения медико-санитарных потребностей населению на ранних этапах их формирования. Концепция первичной медико-санитарной помощи в XXI веке: на пути к ВОУЗ и ЦУР должна являться основой решения бремени неврологических заболеваний [2].

Цель исследования. Проведение анализа литературных данных и выявить наиболее актуальные вопросы по организации медицинской помощи населению с неврологическими заболеваниями.

Методы исследования. Нами проведен обзор литературных данных по теме организации медицинской помощи населению с неврологическими заболеваниями на базе данных: Pubmed, Wiley, Google Scholar.

Для обзора были определены следующие поисковые запросы: на английском языке «primary care, neurology», «neurological diseases, organization, public health».

Всего на этапе первичного поиска найдена 1358 статьи на английском языке. При отборе полнотекстовых статей было исследовано 635 статьи на английском языке, которые описывают мировой опыт организации медицинской помощи неврологическим пациентам.

Результаты и их обсуждение. В рамках данного системного литературного обзора проанализированное 635 публикации.

Winkler A.S. выделил десять приоритетных направления для решения бремени неврологических расстройств. Это достоверный эпидемиологический надзор, укрепление уровня первичной медико-санитарной помощи, включая услуги по профилактике и лечению неврологические расстройства. Также в своей работе Winkler A.S. указал на важность привлечения и участия политических органов в разработке программа общественного здравоохранения. Необходимо адаптировать имеющий глобальный план действий по неврологическим расстройствам на национальном уровне, учитывая местные особенности. Для повышения качества и доступности оказания помощи пациентам с неврологическими расстройствами, решающее значение имеет значительное расширение штата неврологов. Использование потенциала цифровых технологий играет не маловажную роль для растущего числа людей. Winkler A.S, подчеркивает необходимость изучения новых механизмов финансирования, на примере через налогообложение табака и сахара [3].

Rechel В. подчеркивает необходимость усиленной интеграции между общественным

здравоохранением и первичной медико-санитарной помощью руководствуясь принципами: общая цель, участие сообщества, согласованное руководство, устойчивость, обмен и совместное использование данных [4].

По результатам проведенного исследования Косс В.В., Елизаров М.В., Леонов Д.Ю. в Москве выявлено, что страны с низким и средним уровнем дохода столкнулись с серьезной проблемой дефицита подготовленных специалистов в области неврологии. Кроме того, отмечается нехватка финансовых ресурсов и инфраструктуры, которая играет немаловажную роль в совершенствовании организации медицинской помощи населению. Недостаточно координированных усилий было предпринято для использования первичной медико-санитарной помощи в качестве основного инструмента предоставления неврологической помощи [5].

Вывод. Имеющиеся на сегодняшний день исследования посвященные проблеме оказания помощи населению с неврологическими заболеваниями, позволяют сделать вывод о необходимости расширения штата специалистов по неврологическим болезням, повышение квалификации действующих сотрудников, усилить работу первичной медико-санитарной помощи и применять мультидисциплинарный подход в ведении неврологических пациентов, что способствует сокращению заболеваемости, смертности и инвалидности связанной с этой патологией.

Список литературы:

1. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2019 May;18(5):459-480.
2. ВОЗ, Информационная бюллетень: Первичная медико-санитарная помощь, 2021 г.
3. Winkler AS. The growing burden of neurological disorders in low-income and middle-income countries: priorities for policy making. *Lancet Neurol.* 2020 Mar;19(3):200-202.
4. Rechel B. How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2020. (Policy Brief, No. 34.) Available from:
5. Косс В.В., Елизаров М.В., Леонов Д.Ю. "Организация ортопедо-неврологической службы в практике врача-геронтолога" *Менеджер здравоохранения*, no. 9, 2020, pp. 37-42.

ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СРЕДИ ВУЗОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Г. Г. Бейсенбаева, Г.К. Аширбеков

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение. Изучение состояния здоровья студентов, является одной из приоритетных задач национального здравоохранения в Казахстане. Одним из результатов научных исследований свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья студентов, как в технических, так и педагогических университетах. Результаты научных исследований подтверждают негативную прогрессию уровня заболеваемости по всем нозологическим группам среди студентов (Батрымбетова, 2011; Каусова и др., 2017) [1].

В работе С.А. Батрымбетовой (2011) представлен сравнительный анализ заболеваемости студентов с временной утратой трудоспособности по годам и нозологическим формам заболеваний, где автор указала, что «за период 2003-2006 гг. в структуре наиболее распространенных заболеваний с временной утратой трудоспособности в 2006 г. первое ранговое место занимали болезни органов дыхания (65,0%). На втором месте - болезни костно-мышечной системы (12,7%)».

В работе Ж.А. Калмаковой (2014) представлены результаты исследования влияния социально-гигиенических факторов на состояние здоровья студентов. Установлено, что питание студентов несбалансированно и дефицитно по энергетической ценности, возрастает количество студентов-первокурсников, отнесенных к «группам риска». На основании полученных результатов автором разработана комплексная программа сохранения и укрепления их здоровья. В ее основе лежит взаимодействие системы здравоохранения, образования и социальных структур, занимающихся организацией досуга студенческой молодежи [2].

Ученые Казахского национального университета им. аль-Фараби выявили, что результаты оценки уровня физической подготовленности юношей и девушек (Мадиева и др., 2019) имели место к их снижению. Авторами установлено, что «физические кондиции студенток по всем нормативам находятся на очень низком уровне». Исследователи установили низкий уровень мотивации студентов к занятиям физической культурой.

Представляет значительный интерес сравнение состояния здоровья студентов различных вузов в одном городе. Сравнение состояния здоровья студентов вузов различного профиля представляет интерес для установления общих и специфических тенденций с целью разработки стратегических задач по повышению уровня здоровья студентов (Базарбаева и др., 2017).

По данным большинства исследований, от 30 до 50% абитуриентов уже имеют нарушения и отклонения в состоянии здоровья (Фомин и др., 2019; Шестера и др., 2020). Негативную динамику в состоянии здоровья студентов за период обучения в вузе подтверждают результаты исследования, представленные в публикациях (Батрымбетова, 2011; Самсоненко, 2015; Сахарова и др., 2012; Сяндикова и др., 2012) [3].

Преобладающее количество публикаций посвящено изучению состояния здоровья методами анкет и опросников (Картпай и др., 2018; Каусова и др., 2017), которые позволяют изучить преимущественно поведенческие факторы риска здоровью студентов. Единогласно в публикациях подтверждено, что «состояние здоровья и связанное со здоровьем качество жизни студентов коррелирует с образом жизни, физической активностью...» (Жусунбеков и др., 2019; Сахарова и др., 2012; Советханулы и др., 2020).

Методы исследования. По данным медицинских карт проведен сравнительный анализ состояния здоровья студентов университета Султана Димерела (СДУ) (n = 17) и Казахского национального педагогического университета имени Абая (КазНПУ) (n = 12) – педагогических факультетов. Для сбора материала использован метод выкопировки из медицинских карт (data extraction from medical records) за период с 2022 по 2023 гг. Анализировали медицинские карты спортсменов и не спортсменов. Соотношение студентов спортсменов и не спортсменов составило в СДУ 65% и 35% соответственно, в КазНПУ - 54% и 46% соответственно.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программного обеспечения Statistika 13,0 и Excel (Microsoft Office, 2010). Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты. По результатам выкопировки данных из медицинской документации был проведен статистический анализ динамики распределения студентов СДУ и КазНПУ по группам здоровья за период с 2022 по 2023 гг.

Таблица - Динамика распределения студентов СДУ и КазНПУ по группам здоровья с 2022 по 2023 гг., абс. (чел.) - %

Вуз	Курс	I	II	III	Итого, человек
		Основная	Подготовительная	Специальная	
	1 курс абс. (чел.)	6	2	1	9

СДУ	2 курс абс. (чел.)	5	2	1	8
КазНПУ	1 курс абс. (чел.)	3	3	1	7
	2 курс абс. (чел.)	3	2	0	5
достоверность различий между студентами 1-2 курсов одного вуза: * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$, *** - $p < 0.001$; **** - $p < 0.001$					

К сожалению, результаты свидетельствуют об уменьшении числа студентов в основной группе на 4,1% в СДУ и КазНПУ на 6,6%. Соответственно увеличилось число студентов в подготовительной группе на 3,8% в СДУ и КазНПУ на 8,2%. Количество студентов в специальной группе изменяется незначительно: на 0,3% увеличилось в СДУ и КазНПУ на 1,6% уменьшилось. Полученные результаты свидетельствует о некоторой негативной динамике состоянии здоровья студентов за период двух лет обучения.

Из данной таблицы видно, что на протяжении двух лет наблюдения в основной группе СДУ преобладают заболевания опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, остеохондроз, артроз крупных суставов, плоскостопие) с незначительным колебанием количества студентов по годам (от 36% до 32%), занимают первое место.

В КазНПУ представлены данные по первичным медицинским осмотрам 1 и 2 курсов, где заболевания опорно-двигательного аппарата занимают 2-е место только у 2 курса - 12% студентов. Абсолютно преобладающей патологией, занимающей 1-е место у обоих курсов, являются заболевания глаз (в основном миопия) - 35% и 38% студентов соответственно.

На втором месте в СДУ за весь период наблюдения остаются заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, диспепсия желчно-выводящих путей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) 30% и 32%. У первокурсников КазНПУ на втором месте нарушения обмена веществ, дефицит массы тела - 23% студентов.

Заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь, анемия) в СДУ занимают третье место - 20% и 23% студентов, и такое же место эта патология занимает в КазНПУ у 1 и 2 курса - 23% и 11% соответственно.

Вывод. С целью изучения функциональных нарушений и групп заболеваний был проведен анализ распределения студентов по нозологическим группам основной, подготовительной и специальной медицинских групп.

При распределении нозологических групп нельзя отрицать на процессы глобализации, изменяющие человеческие взаимоотношения, активно оказывают влияние на интеграционные процессы в высшем профессиональном образовании, в данном случае педагогического профиля. Транснационализация образования обязывает педагогические вузы в борьбе за повышение своего конкурентного потенциала приглашать всё больше студентов, не только с плохим состоянием здоровья, но и с физическими недостатками.

В процессе обучения казахстанские студенты сталкиваются с новой социокультурной средой, непривычным климатом, новыми методами и формами обучения, полной сменой режима труда и отдыха, что неизбежно вызывает не только физическое напряжение, но и новые эмоциональные переживания и психические состояния. Это объективно ставит перед вузовской наукой проблемы комплексной адаптации студентов к условиям жизни и учебы в новой климатической и социокультурной среде. Им в будущем будет возложено передавать знания уже новому поколению студентов, а физическое развитие, будь они спортсмены или не спортсмены остаются проблемой в семейном кругу.

Список использованных источников.

1. Балтаева А.У., Арынова Г.А., Даниярова А.Б., Байтенова А.Н., Аширбеков Г.К., Букунова А.Ш. Оценка гармоничности физического развития школьников города Алматы // Вестник КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова. - № 1. – 2019. – С. 364-367.
2. Балтаева А.У., Арынова Г.А., Даниярова А.Б., Байтенова А.Н., Аширбеков Г.К. Закономерность положительного питания среди школьников города Алматы // Вестник

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова. - № 3. – 2019. - С. 200-204.

3. Балтаева А.У., Арынова Г.А., Даниярова А.Б., Шуланбаева А.Ж., Аширбеков Г.К. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической помощи на основе информационных технологий // Вестник КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова. - № 3. – 2019. - С. 309-311.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БРУЦЕЛЛЕЗОМ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И ПРАКТИКА

Ә.Н. Самадин, Г.К. Аширбеков, Н.А. Садуакасова, А. Сугурғали

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Бруцеллез - это инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода *Brucella*, которое может поражать множество органов и систем человека.

Международный опыт и практика в области организации медицинской помощи пациентам с бруцеллезом играют ключевую роль в повышении эффективности диагностики, лечения и профилактики этого заболевания. На протяжении последних десятилетий многие страны разработали и реализовали различные программы и стратегии, направленные на борьбу с бруцеллезом и улучшение качества медицинской помощи.

Примеры международного опыта и практики включают разработку протоколов диагностики и лечения бруцеллеза, создание специализированных отделений и центров диагностики, обучение медицинского персонала, проведение масштабных информационных кампаний, разработку вакцин и профилактических мер.

Современные методы диагностики, такие как полимеразная цепная реакция (ПЦР), иммуноферментный анализ (ИФА) и другие лабораторные тесты, используются для быстрой и точной идентификации бактерии *Brucella*. Кроме того, применение антибиотиков и регулярное наблюдение за пациентами позволяют эффективно лечить бруцеллез и предотвращать его распространение.

Организация медицинской помощи пациентам с бруцеллезом также включает профилактические меры, такие как вакцинация животных, контроль над продуктами животного происхождения и обучение населения мерам гигиены.

Международный опыт и практика в этой области позволяют странам развивать собственные подходы и методы борьбы с бруцеллезом, а также обмениваться информацией и совместно работать для достижения общей цели - улучшения организации медицинской помощи пациентам с бруцеллезом.

В целом, совершенствование организации медицинской помощи пациентам с бруцеллезом является неотъемлемой частью стратегий по борьбе с этим заболеванием. Международный опыт и практика в этой области имеют большое значение и способствуют решению глобальных вызовов в области общественного здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены и проанализированы статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием баз данных за последние 5 лет, такие как PubMed, Web of Science, Google Scholar, где мы изучаем организацию медицинской помощи пациентам заболевшими бруцеллезом. По ближайшей и дальней зарубежной литературе мы ориентируемся во всем передовом опыте в нашей повсеместной работе, борьбой с заболеванием бруцеллеза.

Результаты. Результаты исследования демонстрируют, что только в трех из 23 включенных стран и территорий удалось достичь улучшения состояния по бруцеллезу животных после многолетней реализации программ. Применение программ вакцинации, их тестирования и забоя, как в отдельности, так и в комбинации, оказывает эффективное

снижение распространенности бруцеллеза. Однако, кроме этих программ, также требуются дополнительные меры, осуществление которых имеет важное значение для успешной борьбы с этим заболеванием. Несмотря на то, что организация борьбы с болезнями или их искоренение требует значительных ресурсов, некоторые исследования показывают, что хорошо разработанные и эффективно реализованные программы борьбы с болезнями или их искоренения являются экономически выгодными [1].

Так как не существует одобренной вакцины, которая предотвращала бы бруцеллез у людей, вакцинация животных против бруцеллеза стала важной составляющей борьбой с этим заболеванием у людей. Обычно для иммунизации животных от бруцеллеза широко используются живые ослабленные вакцины, такие как штамм *B. abortus* S19 и штамм *B. melitensis* Rev. 1, которые считаются одними из самых популярных методов вакцинации животных от бруцеллеза по всему миру. Однако у них есть несколько недостатков, включая способность вызывать аборт у беременных животных, быть патогенными для человека, образовывать антитела против бруцеллеза, которые могут затруднить серологическую диагностику заболевания, а также они являются устойчивыми к использованию антибиотиков для лечения бруцеллеза. В настоящее время не существует вакцины против бруцеллеза у людей. Поэтому вакцинация животных против бруцеллеза способствует в значительной мере борьбе с бруцеллезом у людей [2].

Анализ подгрупп населения с высоким риском в Азии и Африке не выявило существенных различий в уровнях осведомленности о бруцеллезе. Работники здравоохранения (медицинские работники и ветеринары) обладали самым высоким уровнем общей осведомленности и знаний о бруцеллезе у людей. Уровень осведомленности и знаний среди фермеров оказался выше, чем у молочных работников и работников скотобойн. Кроме того, люди, занимающиеся разведением крупного рогатого скота, коз и овец имели более высокий уровень осведомленности и знаний, чем те, кто занимался только разведением крупного рогатого скота [3].

В соответствии Закона Республики Казахстан "Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан" и "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", было Утверждено прилагаемые ветеринарно-санитарные и санитарно-эпидемиологические Правила по профилактике и борьбе с заразными болезнями, общими для человека и животных (бруцеллез). Где в глава 9. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению бруцеллеза. В статье 223 просматривается: Все лица, имевшие контакт в очаге с животными личного хозяйства, включая детей, подлежат немедленному обследованию (клинический осмотр, исследование крови в реакции Хеддельсона) по указанию территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Медицинское наблюдение за этими лицами устанавливается в течение 6 месяцев (максимальный срок инкубационного периода) от момента уничтожения больных животных и санации очага. Контактным лицам проводят лабораторное исследование и наблюдение каждые 2 месяца. При отсутствии жалоб по истечении указанного срока наблюдение в очаге прекращается. В случае появления жалоб, следует провести углубленное обследование (посев крови, реакция Райта).

Выводы. Несмотря на то, что заболеваемость бруцеллезом с каждым годом уменьшается, эпидемиологический мониторинг все же остается важным подспорьем для выявления внезапных вспышек и локальных случаев болезни среди людей и животных. Экспертные данные свидетельствуют о том, что наилучшие результаты контроля бруцеллеза достигаются через сотрудничество между различными медицинскими специалистами, такими как эпидемиологи, инфекционисты, терапевты общего профиля, руководители здравоохранения, провизоры, средние и младшие медицинские работники.

Поскольку бруцеллез передается от домашних животных, особенно важно обучить профилактическим мерам самого фермера и его семью (работники семейного подряда) методам предотвращения заражения. Учитывая, что бруцеллез может проявляться в различных системах и органах, настороженность должна быть на высоком уровне. После лечения данной инфекции врач должен убедиться, что пациент продолжает соблюдать режим приема лекарственных средств. Кроме того, при появлении признаков рецидива, пациента следует направить для проведения серологических исследований.

Богатый опыт исследований свидетельствует о том, что совместный подход к лечению бруцеллеза различными специалистами приводит к полному выздоровлению в течение 4-6 месяцев и дает отличные результаты.

Также не стоит забывать, что пастеризация молока для непосредственного потребления и изготовления продуктов, таких как сыр, является важным шагом для предотвращения передачи инфекции от животных человеку. Могут быть эффективными просветительские кампании, направленные на недопущение изготовления продукции из непастеризованного молока, равно как и политика в отношении сбыта такой продукции.

В сфере сельскохозяйственной деятельности и переработки мяса важной стратегией профилактики является обеспечение защитных барьеров, а также правильное обращение с плацентами, тушами и внутренними органами животных и их надлежащая утилизация.

Список использованной литературы:

1. Zhang N., Huang D., Wu W., Liu J., Liang F., Zhou B., Guan P. Animal brucellosis control or eradication programs worldwide: A systematic review of experiences and lessons learned. – The International Journal «Preventive Veterinary Medicine». – Volume 160. – 15 November 2018. – P.105-115.

2. Elbehiry A., Aldubaib M., Marzouk E., Abalkhail A., Almuzaini A., Rawway M., Alghamdi A., Alqarni A., Aldawsari M., Draz A. The Development of Diagnostic and Vaccine Strategies for Early Detection and Control of Human Brucellosis, Particularly in Endemic Areas. – The International Journal «Vaccines (Basel)». – Volume 11(3). – 14 March 2023. – P.1-20.

3. Zhang N., Zhou H., Huang D., Guan P. Brucellosis awareness and knowledge in communities worldwide: A systematic review and meta-analysis of 79 observational studies. – The International Journal «PLOS Neglected Tropical Diseases». – Volume 13(5). – 2 May 2019. – P.1-20.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ВОИНОВ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТОВ И ЛИКВИДАТОРАМИ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИЙ

¹Г.Ж. Сыдыкова, ¹Г.К. Аширбеков, ²С.Е. Елшиева, ²Н.Р. Абиева, ²К.Ж. Аширбекова

¹ Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

²Республиканский клинический госпиталь инвалидов отечественной войны, Алматы

Введение. Рассеянный склероз не является генетическим заболеванием и может возникнуть у любого человека. Факторами-провокаторами, запускающими процесс, могут стать выраженный стресс, недостаток витамина D, перенесенные герпесвирусные инфекции – в частности, цитомегаловирус или вирус Эпштейна-Барр, алкоголь, курение.

То есть – это хроническое демиелинизирующее заболевание, в основе которого лежит комплекс аутоиммунно-воспалительных и нейро-дегенеративных процессов, приводящих к множественному очаговому и диффузному поражению центральной нервной системы, следствием которого является инвалидизация пациентов и значительное их снижение качества жизни. Так, при у исследованной выборки людей риск развития заболевания было увеличено в 32 раза после инфицирования вирусом Эпштейна-Барр [1].

Этиология рассеянного склероза, как говорилось ранее на сегодня неизвестна. Исследование команды из Гарварда предполагают вирус Эпштейна–Барр из семейства герпивирусов как главную причину заболевания.

В настоящее время в Казахстане около 1500 людей страдают от рассеянного склероза (РС). В Астане, на сегодняшний день зарегистрировано более 100 человек.

Ещё согласно Приказа Министра здравоохранения и социального развития РК от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» является одним из них рассеянный склероз.

Распространенность РС в государствах Центральной Азии, в частности в Казахстане, малоизучена. Казахстан, являясь многонациональным государством, может дать ценную информацию о влиянии этнической принадлежности на риск развития и течения заболевания [2].

По имеющимся данным от 1988 г., в соседних с Казахстаном странах распространенность РС составляет 1-5,7 на 100 тыс. населения, в Казахстане на тот момент распространенность в северных регионах составила 16 на 100 тыс. населения, что, вероятно, объяснялось большим количеством проживающих там славян. В настоящее время национальный состав Казахстана изменился - увеличилась представленность азиатского населения, которая достигает 80%. По данным К.К. Альмахановой, на севере Казахстана (Астана) распространенность РС составила 9,5 случая на 100 тыс., на юге (Шымкент) - 5,2 на 100 тыс.

Семей находится в западной части Восточно-Казахстанской области, он удален от экватора на 50° с.ш. Популяция городского акимата г. Семей на тот момент исследования составляла 348 175 жителей. Национальный состав, которого составляли: казахи - 247 192 (71,18%) человека, остальные народности - 28,82%; из них 85 218 (24,54%) - русские, 8836 (2,54%) - татары, 2116 (0,61%) - немцы, 668 (0,19%) - украинцы, 161 (0,05%) - белорусы, 296 (0,09%) - уйгуры, 392 (0,11%) - корейцы, 429 (0,12%) - узбеки, 1976 (0,57%) – другие национальности [3].

Это понятно, что от рассеянного склероза не умирают, но он влияет на качество жизни человека. Объем последствий для пациента с РС зависит от течения заболевания и от того в каком возрасте оно обнаружено. Чем раньше выявлено, тем больше у организма ресурсов для его адаптации.

Одной из опасных моментов для жизни пациентов является его высокая инвалидизация, когда человек не может себя обслужить и не может получить должного ухода. На фоне этих неблагоприятных факторов могут возникнуть инфекции дыхательных путей, мочевого пузыря, ротовой полости, колиты, васкулиты [4].

При рассеянном склерозе, как правило, дают инвалидность 3 группы: больным с первой или второй степени развития нарушений ЦНС, дают очень редко. Вторая степень характеризуется частичным ограничением трудоспособности, редкими обострениями заболевания, благоприятным течением, симптомами нарушения координации и зрения.

Материалы и методы исследования. Для исследования были взяты инвалиды 3 и 2 группы по соматическим заболеваниям Республиканского клинического госпиталя инвалидов отечественной войны, города Алматы.

При соблюдении всех этических правил и норм нами были использованы только данные стационарных карт, личные данные больных не разглашались. Использовалась EDSS (англ. Expanded Disability Status Scale - расширенная шкала оценки степени инвалидизации) - метод оценки неврологических поражений при рассеянном склерозе, предложенный Джоном Курцке в 1983 году и широко применяющийся во всем мире. В данном исследовании сравнивали между воинами-интернационалистами и ликвидаторами Чернобыльской атомной электростанции по шкале оценки инвалидности EDSS.

Результаты. Если учесть, что авария на ЧАЭС произошла в 1986 году, а ликвидаторам

тогда было, где то 21-25 лет, то есть прошло 36 лет, то сейчас им 57 и за 60 лет. В этом возрасте (чуть помоложе) примерно имеют и воины-интернационалисты. Как правило, многие имеют инвалидность по соматическим заболеваниям, в той или иной степени. И им присуще некоторые когнитивные нарушения.

При изучении неврологического статуса, по выявляемой таблице, между воинами-интернационалистами и ликвидаторами Чернобыльской атомной электростанции отмечено по шкале EDSS, что у воинов-интернационалистов больше склонно к первой степени нарушения, а у чернобыльцев, по клинической картине ко второй степени

Таблица – Сравнительное функциональное состояния органов и систем

Контингент	Органы	Клиническая картина
Воины-интернационалисты	Зрение	Периферическая скотома, зрение на худшем глазу 0,7-0,9
	Движения	Повышенные сухожильные рефлексy
	Координация	Неустойчивость в усложненной пробе Ромберга
	Чувствительность	Императивные позывы
	Церебральные функции	Депрессии, небольшая утомляемость
Ликвидаторы ЧАЭС	Зрение	Видимая скотома, зрение на худшем глазу 0,3-0,6
	Движения	Положительные пробы на скрытые парезы
	Координация	Легкая атаксия в теле и конечности (выявляемая только при пробах)
	Чувствительность	Частые императивные позывы
	Церебральные функции	Небольшое снижение интеллекта, выраженная утомляемость

Выводы. Оценивая степень фактора риска у воинов-интернационалистов и у ликвидаторов ЧАЭС, было установлено, что у лиц обоих контингентов имеются легкие когнитивные нарушения с признаками рассеянного склероза. Если учесть их возрастные особенности и во время их службы (в то время Советской Армии), а также нынешнее время, где они встречаются порой с безразличностью со стороны государства и правительства к их повсеместной жизни.

Явные легкие признаки рассеянного склероза первой степени имеют воины-интернационалисты и ликвидаторы ЧАЭС – второй степени.

Список использованной литературы.

1. Аширбеков Г.К., Аширбекова К.Ж. Социальное и медицинское решение вопросов реабилитологии инвалидов с рассеянным склерозом // Фармация Казахстана. - № 10. – 2019. – С. 21-24.
2. Ахмедова Г.А., Аширбеков Г.К. Психосоматическое нарушение у воинов-интернационалистов спустя два-три десятилетия // Вестник АГИУВ. – Алматы. - № 3 (19). 2012. – С. 13-14.
3. Шишкаева Д.С., Аширбеков Г.К. Состояние здоровья лиц, проживавших во время ядерных взрывов на Семипалатинском полигоне // Вестник АГИУВ. – Алматы. - № 2 (19). 2012. – С. 38-39.
4. Аширбеков Г.К., Ахмедова Г.А. Психогенное воздействие у жителей, проживавших в районах подтрассовых территорий // Вестник АГИУВ. – Алматы. - № 3 (19). 2012. – С. 15-16.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ ЖЕНЩИНАМ. Обзор научной литературы.

Сагатова Ж.Т., Маханбеткулова Д.Н.

Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ»

Актуальность. Количество женщин служащих в армии ежегодно увеличивается во всем мире. Важной задачей является необходимость сохранения репродуктивного здоровья, актуальность которой подчеркивается государственной демографической проблемой. По статистике в Республике Казахстан общая численность военнослужащих составляет 77 тысяч человек, среди них женщины составляют больше 10%. С каждым годом количество женщин в армии увеличивается. В настоящее время в вооруженных силах Казахстана служат более 7500 женщин-военнослужащих. Из них женщины репродуктивного возраста составляют 95%. [1]. Состояние репродуктивного здоровья женщин остается актуальной проблемой во всем мире, а так же и в вооруженных силах. Анализ литературных источников показывает, что практически во всех развитых странах мира последние десятилетия пополнение армии происходит за счет активного привлечения в них военнослужащих - женщин, их количество растет с каждым годом. В ряде государств проводятся научные исследования по поводу профессионального использования женщин в вооруженных силах, влиянии воинской службы на их здоровье и об их медицинском обеспечении. Научно доказано, что женщины успешно справляются со своими служебными обязанностями в армии, но негативное влияние профессиональной службы еще остаются не решенными. Практически во всех странах мира сформировалось четкое представление о роли военнослужащих-женщин в составе армии, что позволяет целенаправленно разрабатывать и внедрять научно-обоснованные мероприятия по оптимизации обеспечения медицинской службы женщин, а также снижение негативного влияния факторов военного труда на здоровье женщин [2,3].

Материалы и методы. В исследовании был выполнен поиск и анализ соответствующей информации в зарубежных и отечественных источниках, научных публикаций в рецензируемых изданиях, опубликованных за последние 20 лет. Поиск осуществляли по запросам: «военнослужащие женщины», «гинекологические заболевания военнослужащих женщин», «медицинская помощь военнослужащим женщинам».

Результаты. По проведенному обзору можно отметить, что в военной медицине и медицине ведомственных структур исследований в области репродуктивного здоровья военнослужащих женщин и в сфере гинекологической помощи в данном контингенте женщин изучено недостаточно широко. Результаты данного обзорного исследования показали, что условия военной службы, факторы военных объектов и особенности профессиональной деятельности, повышенная физическая нагрузка неблагоприятно влияет на состояние здоровья военнослужащих женщин [2,3]. Постоянный динамический контроль за репродуктивным здоровьем позволил определить структуру гинекологической заболеваемости. По данным научных исследований частота встречаемости гинекологических заболеваний выше у военнослужащих строевых военно-учетных специальностей в сравнении с показателями военнослужащих женщин, занимающих штабные должности, что указывает на взаимосвязь заболеваемости с условиями военной службы. При прохождении военной службы у женщин возрастает уровень гинекологической патологии. Выявлено, что с увеличением длительности воинской службы (более 5 лет) отмечается рост частоты гинекологических заболеваний в сравнении с военнослужащими-женщинами, прослужившими менее 5 лет [6]. В структуре гинекологической заболеваемости женщин-военнослужащих на первом месте воспалительные заболевания женских половых, составляя 60-65% от всей гинекологической патологии, на втором - гиперпластические заболевания эндометрия и доброкачественные опухоли матки, на третьем - нарушения менструального цикла и доброкачественные опухоли яичников, опущение органов малого таза и другие

патологии, на четвертом - фоновые и предраковые заболевания шейки матки и на пятом - эндометриоз. [2,4,7]

Выводы. 1. Гинекологическая заболеваемость среди военнослужащих – женщин репродуктивного возраста в два раза выше в сравнении с группой женщин, не связанных со службой в армии, что связано с воздействием неблагоприятных факторов военного труда на организм женщин. В особенности это проявляется в группе военнослужащих – женщин строевых военно–учетных специальностей.

2. Военно-профессиональная действительность военнослужащих-женщин требует углубленного исследования и разработки практически применимых рекомендаций в отношении охраны репродуктивного здоровья женщин в военно-полевых условиях.

2. Специфика службы женщин в Вооруженных силах имеет прямую связь между продолжительностью и условиями военного труда и уровнем гинекологических заболеваний, что подтверждают литературные данные.

3. Необходимо разработать практически применимые профилактические меры, для гигиенического воспитания военнослужащих-женщин, проводить регулярную диспансеризацию и раннюю диагностику с целью устранения заболеваний органов малого таза.

Список литературы:

1. <https://informburo.kz/novosti/naskolko-silna-kazaxstanskaya-armiya-vuyasnili-analitiki>
2. А.А. Шмидт, О.Н. Харкевич. Современное состояние и перспективы совершенствования акушерско-гинекологической помощи в вооруженных силах Российской Федерации. Известия российской военно-медицинской академии, 2019 год.
3. Ю.В. Цвелев, В.Г. Абашин, В.Ф. Беженарь, Медико-социальные проблемы военной службы женщин, Кафедра акушерства и гинекологии им. А.Я.Красовского Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург Журнал акушерства и женских болезней, выпуск 2005 г.
4. Евдокимов А.В. Гигиеническая оптимизация здоровья женщин - военнослужащих с различной физической активностью. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Нижний Новгород, 2016.
5. Чернявская Т.П., Совершенствование организации гинекологической помощи в условиях военного горниzona, автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Санкт – Петербург 2004 год. Работа выполнена в Военно – медицинской академии имени С. М. Кирова.
6. Ярыгина Е. А., Майдан В. А., Гигиеническая оценка факторов риска нарушений репродуктивного здоровья женщин. Современные аспекты профилактики заболеваний, III Межрегиональная с международным участием научно-практическая конференция. Сборник материалов. Самара 2019 год.
7. Г.Т. Мустафина. Некоторые показатели стационарной медицинской помощи женщинам при гинекологических заболеваниях. Медицинский вестник Башкортостана. Том 8, № 4, 2013

МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫ АРАСЫНДА БУЛЛИНГТІ БОЛДЫРМАУҒА АРНАЛҒАН АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫН ӘЗІРЛЕУ

М.Ә.Оразбай., Н.А. Нурбакыт., Н.М.Жакупова., Н.Н. Айтамбаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті

Кіріспе. Буллинг – бұл физикалық және психологиялық мәселелерді қамтитын, қысқа мерзімді және ұзақ мерзімді перспективада ауыр зардаптарға әкелетін және балалар

арасындағы өлім, жарақат және мүгедектік қаупін едәуір арттыратын жаһандық денсаулық сақтау мәселесі. Қазіргі таңда оқушылардың психикалық және эмоционалдық жағдайына буллингтің әсері: олардың өзін-өзі бағалауына, психикалық денсаулығына, білім беру жетістіктеріне және әлеуметтік дағдыларына теріс әсер ету арқылы балалар денсаулығының көрсеткіштеріне айтарлықтай әсерін тигізеді [1].

Қазіргі заманауи технологиялар мен әлеуметтік желілер буллингтің өзектілігін арттыруға ықпал етті. Әлеуметтік медиа, мессенджерлер және басқа да онлайн платформалар оқушылардың құрдастарын жасырын түрде қорлауға мүмкіндік береді [2]. Буллингтің құрбандары үшін де, агрессорлар үшін де ұзақ мерзімді салдары бар екенін атап өту маңызды. Буллингке ұшыраған балаларда қорқыныш, мазасыздық және депрессия сезімдері болуы мүмкін, бұл сайып келгенде психикалық денсаулықтың нашарлауына, тіпті өзіне зиян келтіруге немесе өзін-өзі өлтіруге әкелуі мүмкін [3].

Мақсаты. Оқушылар арасында буллингтің таралуын зерттеу және буллингті болдырмау үшін алдын алу шаралар кешенін әзірлеу.

Зерттеу міндеттері:

1. Зерттеу мәселесі бойынша отандық және шетелдік әдебиеттерді зерделеу және оқушылар арасында буллингтің пайда болу факторларын анықтау.
2. Оқушылардың білім беру ортасындағы буллинг жағдайы туралы түсініктерін ашу.
3. Білім беру ортасындағы буллинг жағдайының алдын алу бойынша мұғалімдер мен психологтарға ұсыныстар әзірлеу.

Материалдары мен әдістері. Зерттеу материалдары бойынша әлемдік және отандық ғылыми-ақпараттық дереккөздерге сәйкес мектеп оқушылары арасындағы буллингтің өзектілігі мен көрсеткіштері. PubMed, Google Scholar және Web of Science электронды мәліметтер базасы және отандық мәліметтерді талдау. Әлеуметтік әдіс: оқушыларға арналған 18 сұрақтан тұратын сауалнама құрастырылды.

Қорытынды. Буллинг мәселесін зерттей келе, дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, жылына бір миллиардтан астам баланы құрайтын 2 мен 17 жас аралығындағы балалардың жартысына жуығы зорлық-зомбылықтың қандай да бір түріне тап болады. Қазақстанда ең өткір проблемалардың бірі балалар мен жасөспірімдер арасындағы аутоагрессивті мінез-құлық және суицидтік үрдістер болып табылады. Ұлттық денсаулық сақтау орталығының 2022 жылғы Ұлттық зерттеуіне сәйкес, елдегі балалардың 17,4% - ы кем дегенде бір рет буллингке ұшыраған, ал балалардың 6,4% - ы айына 2-3 рет немесе одан да көп проблемаға тап болады. Сонымен қатар, 11 мен 15 жас аралығындағы балалардың 15,1% - ы кем дегенде бір рет басқа балаларды қорлаудың бастамашылары болып табылады.

Осылайша, буллингпен күресу білім беру объектілерінде оқушылармен тәрбие жұмысын, мұғалімдерді буллинг жағдайларын анықтауға және алдын алуға үйретуді, сондай-ақ ата аналармен психологиялық қолдауды қамтитын кешенді шаралар қабылдау қажет. Бұл мәселенің айналасында түсінік пен хабардарлықты қалыптастыру үшін қоғамның, білім беру мекемелерінің және денсаулық сақтау мамандарының назарын буллингке аударту маңызды.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Sadinejad M, Bahreynian M, Motlagh ME, Qorbani M, Movahhed M, Ardalani G, Heshmat R, Kelishadi R. Frequency of Aggressive Behaviors in a Nationally Representative Sample of Iranian Children and Adolescents: The CASPIAN-IV Study. *Int J Prev Med.* 2015 Jan 15;6:6. doi: 10.4103/2008-7802.151436. PMID: 25789141; PMCID: PMC4362279.
2. Гребенникова Оксана Александровна, Добролюбова Мария Игоревна Буллинг в образовательной среде как угроза здоровью школьников // Концепт. 2017. №9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bullying-v-obrazovatelnoy-srede-kak-ugroza-zdorovyu-shkolnikov> (дата обращения: 30.11.2023).

3. Беринская И.В. Социально-психологический тренинг как средство профилактики школьного буллинга среди подростков // КПЖ. 2019. №3 (134). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskii-trening-kak-sredstvo-profilaktiki-shkolnogo-bullinga-sredi-podrostkov> (дата обращения: 30.11.2023).

ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ ДО И ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ИРИДОТОМИЯ) (обзор научной литературы)

Г.Қ. Жұмағұл, Д.Н.Маханбеткулова, Н.Н. Айтамбаева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение. Среди социально-значимых заболеваний глаза приоритетное место занимает глаукома, являющаяся главной причиной необратимой слепоты в мире.[1] По статистике в РК число зарегистрированных пациентов с глаукомой в Казахстане на конец 2014 года насчитывало более 63 000 случаев, что составило 360,1 на 100 тыс. населения, а в 2019 году – более 79 000 случаев, что соответствовало 423,6 на 100 тыс. населения. за период 2014-2018 гг. общий темп прироста в возрастных группах 18-59 и старше 60 лет составил 16,9% и 33,7% соответственно[2]. Высокая распространенность глаукомы во всем мире поднимает важные вопросы относительно значимости этого заболевания и приоритетности национальных программ общественного здравоохранения. Несмотря на то, что в Казахстане разрабатываются и внедряются в практическое здравоохранение современные достижения науки и техники по глаукоме, число больных, ослепших из-за глаукомы, не уменьшается. Внедрение скринингов, тонометрических кабинетов, школ для пациентов повысило на 49% раннее диагностирование заболевания, однако рост пациентов в среднем в год увеличивается на 4 000 случаев [3] Анализ, проведенный отечественными исследователями в 2015 году за десятилетний период, указал на рост заболеваемости глаукомой на 25%. Особенно тревожным является факт, что около 22% лиц трудоспособного возраста, имеющих инвалидность, страдают именно от глаукомы.

Актуальность проблемы, связанных с ПЗУГ (первичная закрытоугольная глаукома), бесспорна так как эта форма глаукомы является одной из основных причин слепоты во всем мире. Исследование оценки качества жизни пациентов с первичной закрытоугольной глаукомой до и после лазерного лечения представляет собой значимое изучение в области офтальмологии. Проведенное исследование приведет к более глубокому пониманию влияния данной процедуры на пациентов с данным заболеванием. Анализ изменений в качестве жизни после проведения лазерной иридотомии может помочь определить эффективность этой процедуры и сравнить результаты до и после лечения

Цель исследования заключается в изучении качества жизни пациентов с первичной закрытоугольной глаукомой до и после лазерного лечения с целью разработки практических рекомендаций по предупреждению осложнений

Материалы и методы. С целью обобщения имеющихся данных о качестве жизни пациентов с глаукомой, в частности пациентов с первичной закрытоугольной глаукомой до и после лазерного вмешательства был проведен литературный обзор отечественных и зарубежных научных публикаций.

Результаты и обсуждения: В результате анализа литературных данных установлено, что в целом пациенты с диагнозом глаукома могут иметь сниженное качество жизни по ряду причин таких как: снижение и потеря зрения, страх, беспокойства, побочные эффекты и стоимость проводимого лечения, стадия заболевания, виды и тактика лечения. В настоящее время состояние качества жизни пациентов с диагнозом закрытоугольная глаукома до и после периферической лазерной иридотомии мало изучено. Многочисленные исследования

акцентируются на офтальмологические обследования и морфо – функциональные изменения зрительных функции после периферической лазерной иридотомии. Но они не позволяют оценить качество жизни глаукомных пациентов - их способность к зрительной ориентации в окружающей среде и выполнению различных родов повседневной деятельности, связанных со зрением, а также удовлетворённость качеством зрения. Многие исследования подтверждают улучшения топографии УПК (угол передней камеры) после лазерного лечения. По словам Борзунова О.И и Коротких С.А. после иридотомии 40,6% пациентов отмечали улучшение самочувствия такие как: исчезновение или уменьшение чувства распирания, зрительного утомления, эффекта слепимости, исчезновения болевых ощущений в области виска. По данным Габдрахманова А.Ф. при оценке качества жизни у пациентов с ПЗУГ зарегистрированы особенно низкие значения показателей «глазная боль», «психическое здоровье», «ролевые ограничения» и «зависимость от посторонней помощи». Тем не менее некоторые авторы в своих исследованиях не отмечают снижение ВГД и улучшение зрительных функции после проведения лазерного вмешательства. Глаза с очень узким углом или толстым хрусталиком могут продолжать иметь закрытие угла из-за других патомеханизмов закрытия угла. Таким образом мнения авторов делятся на две группы: отрицательное и положительное влияние лазерного лечения на состояние зрительных функций и качество жизни пациентов с ПЗУГ.

Вывод. Учитывая вышеуказанные обоснования, положительные и отрицательные влияния периферической лазерной иридотомии на зрительные функции и флюктуация ВГД, полиэтиологические механизмы закрытия угла при ПЗУГ требуют дальнейшие исследования, направленные на изучение оценки качества жизни до и после лазерного лечения, для разработки практических рекомендации по улучшению качества жизни пациентов и разработать памятку по предупреждению осложнений до и после лазерного лечения для пациентов с глаукомой.

Список литературы.

1. Levkovitch-Verbin H. [и др.]. The Maccabi Glaucoma Study: prevalence and incidence of glaucoma in a large israeli health maintenance organization. // American journal of ophthalmology. 2014. № 2 (158). С. 402-408.e1.
2. analiz-rasprostranennosti-glaukomyna-territorii-respubliki-kazahstan-za-2014-2019-gg.
3. Ботабекова Т. К. [и др.]. Эффективность выявления глаукомы при различных формах скрининга 2010. С. 29–31.
4. Belikova E. I., Sharova G. A. A personalized approach to the treatment of patients with latent stage angle-closure glaucoma // Oftalmologiya. 2020. № 3 S (17). С. 566–571
5. Xu B. Y. [и др.]. Anatomic Changes and Predictors of Angle Widening after Laser Peripheral Iridotomy: The Zhongshan Angle Closure Prevention Trial // Ophthalmology. 2021. № 8 (128). С. 1161–1168.
6. Раманджит Сихота 1, Карандип Риши 2, Гита Шринивасан 2, Виней Гупта 2, Танудж Дада 2 К. С. 3 Функциональная оценка иридотомии при первичном закрытии угла глаза // «Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol». 2016.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ЧТО НОВОГО?

Бапаева М.К., Жантуова Г.К.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Аннотация. Распространенность ХСН в мире варьирует от 0,3% в популяции (Индия) до 5,3% (коренное население Австралии), возрастает до $\geq 10\%$ среди лиц > 70 лет. По данным ESC-HF-pilot в течение 12 мес. у стационарных и амбулаторных больных- смертность 17 и

7% соответственно, частота госпитализации - 44 и 32% соответственно. В рекомендациях Европейского общества кардиологов 2023 года мощно изменилась позиция ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа в лечении СН всех фенотипов: осталась квадратотерапия при низкой ФВ и лидирующее положение в лечении и СНсФВ и СНусФВ. Мы должны использовать все эти методы лечения, которые смогут снизить риск смерти, уменьшить частоту госпитализаций, улучшить качество жизни пациента и обеспечить более благоприятное состояние.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса, хроническая сердечная недостаточность с низкой фракцией выброса, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких.

Распространенность ХСН в мире варьирует от 0,3% в популяции (Индия) до 5,3% (коренное население Австралии), возрастает до $\geq 10\%$ среди лиц > 70 лет. В Западной Европе наибольшая частота ХСН наблюдается в Германии – 4% [1]. При этом у мужчин и женщин наблюдается обратное соотношение выявляемости ХСНнФВ и ХСНсФВ. Так, у мужчин частота ХСНнФВ равна 147 на 100 тыс., а ХСНсФВ – 98 на 100 тыс., тогда как у женщин частота ХСНнФВ составляет 79 на 100 тыс., а ХСНсФВ – 141 на 100 тыс [2]. Возможной причиной данных различий в отношении ХСНнФВ может быть большая частота ИБС и ПИКС у мужчин, а в отношении ХСНсФВ – большая продолжительность жизни у женщин, ассоциированная с высокой вероятностью артериальной гипертензии, СД и хронической болезни почек. По данным этих же авторов, в течение 10 лет частота ХСНнФВ снизилась очень существенно – на 45%, а распространенность ХСНсФВ несколько в меньшей степени – на 28%. Разница в степени снижения может быть обусловлена, с одной стороны, большей эффективностью профилактики причинных заболеваний в отношении ХСНнФВ, а с другой стороны – ростом распространенности факторов риска и увеличением продолжительности жизни у больных с ХСНсФВ. В РФ, по данным популяционного исследования ЭПОХА-ХСН, распространенность ХСН в целом в 2002 г. составляла 6,7%, также, по данным популяционного проекта ЭПОХА-ХСН, в РФ у 71% больных с сердечной недостаточностью величина ФВ была $>60\%$ [3]. По данным ESC-HF-pilot в течение 12 мес. у стационарных и амбулаторных больных- смертность 17 и 7% соответственно, частота госпитализации - 44 и 32% соответственно [10].

СН – это не отдельный патологический диагноз, а клинический синдром, состоящий из основных симптомов (например, одышка, отек лодыжек и утомляемость), которые могут сопровождаться признаками (например, повышенное давление в яремной вене, легочные хрипы и периферический отек). Это происходит из-за структурной и/или функциональной аномалии сердца, что приводит к повышенному внутрисердечному давлению и/или недостаточному сердечному выбросу в покое и/или во время физической нагрузки [4].

Выявление этиологии основной сердечной дисфункции обязательно в диагностике СН, т.к. специфическая патология поможет определить последующее лечение. Чаще всего СН возникает из-за дисфункции миокарда: систолической, диастолической или обеих форм. Тем не менее патология клапанов, перикарда и эндокарда, а также нарушения сердечного ритма и проводимости также могут вызывать или способствовать развитию СН. Среди причин развития ХСН выделяют следующие:

- ИБС, в том числе инфаркт миокарда 40%;
- ГБ и вторичные АГ 35%;
- пороки сердца 4% (приобретенные и врожденные);
- ХОБЛ 10%;
- кардиомиопатии 0,8% (особенно дилатационная);
- миокардиты, перикардиты;
- заболевания с гиперкинетическим типом гемодинамики (тиреотоксикоз, анемия);

- токсическое воздействие на миокард (ЛС: химиотерапевтические препараты, цитостатики, НПВС, алкоголь, радиоизотопы;
- заболевания Эндокринной системы (сахарный диабет, синдром Кушинга, феохромоцитома);
- инфильтративные заболевания (саркоидоз, амилоидоз, гемохроматоз) [5, 6].

Среди синдромов ХСН выделяют типичные и менее типичные.

Типичные синдромы ХСН:

Одышка

Ортопноэ

Пароксизмальное ночное удушье

Снижение ТФН

Усталость, утомляемость, снижение времени на восстановление после физических нагрузок

Отек лодыжек.

Менее типичные:

Ночной кашель

Хрипы

Чувство тяжести в животе

Снижение аппетита

Депрессия

Учащенное сердцебиение

Головокружение

Синкопе

Усиление одышки при наклоне.

К специфичным признакам ХСН относятся:

Повышенное давление в яремных венах

Гепатоюгулярный рефлюкс

3 тон (ритм галопа)

Латеральное смещение верхушечного толчка.

К менее специфичным:

Увеличение массы тела (>2кг/нед)

Потеря массы тела (тяжелая ХСН)

Кахексия

Кошачье мурлыканье

Периферические отеки

Крепитация в легких

Плевральный выпот

Тахикардия

Нерегулярный пульс

Дыхание Чейна-Стокса

Гепатомегалия

Асцит

Похолодание конечностей

Олигурия

Низкое пульсовое давление [4].

Типы Хронической сердечной недостаточности:

- СН со сниженной ФВ ЛЖ менее 40%.
- СН с умеренно сниженной ФВ ЛЖ 41-49%.
- СН с сохранной ФВ ЛЖ более 50%.

- СН с улучшенной ФВ ЛЖ - это СН с исходной ФВ ЛЖ менее 40% от исходного уровня, при повторном измерении более 40%.

Данная классификация появилась в обновленных рекомендациях Европейского общества кардиологов в 2023 году. Те же самые фенотипы СН в зависимости от ФВ: сниженная, умеренно сниженная, сохраненная, но появилась СН с улучшенной ФВ.

Признаки могут отсутствовать на ранних стадиях (особенно при СНсФВ) и у пациентов, получающих оптимальное лечение [4,5,6].

Классификация СН по функциональному классу:

I- Нет ограничений физической активности. Обычная физическая активность не вызывает симптомов СН;

II- Умеренное ограничение физической активности;

III- Значительное ограничение физической активности;

IV- Неспособность переносить физическую нагрузку, симптомы СН в покое [4,5,6].

Пациентам обязательно проведение теста толерантности к физической нагрузке-теста 6-ти минутной ходьбы, согласно которой определяется функциональный класс СН.

ESC HF: Классификация ХСН основана на определении толерантности к физической нагрузке за счет одышки. Тест 6-ти минутной ходьбы: ФК (NYHA, 1968 год).

1. Скорость ходьбы (бега) не ограничена;
2. ФК 0 степени (в д-зе не выставляется) более 551 метра;
3. ФК I-ой степени – объем ходьбы от 426 до 550 метров;
4. ФК II-ой степени – объем ходьбы от 301 до 425 метров;
5. ФК III-ей степени – объем ходьбы от 151 до 300 метров;
6. ФК IV-ой степени – объем ходьбы до 150 метров [7].

Для постановки диагноза СН необходимо проведение следующих диагностических тестов:

- BNP/NT-proBNP
- 12-канальная ЭКГ
- Трансторакальная эхокардиография
- Рентгенография органов грудной клетки
- Стандартные анализы крови на наличие сопутствующих заболеваний, включая развернутый анализ крови, мочи, мочевины и электролиты, анализ функции щитовидной железы, уровень глюкозы натощак и HbA 1с, липидный спектр, уровень железа (насыщение трансферрина и ферритин) [4,5,6].

Данные диагностические тесты имеют довольно высокий уровень доказательности 1с.

Фармакологические методы лечения пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса.

Цели фармакотерапии у пациентов с СН:

- снижение смертности;
- предотвращение повторных госпитализаций из-за ухудшения СН;
- улучшение клинического статуса, функциональной способности и КЖ;

К основным классам препаратов для лечения СНнФВ и имеющие высокий класс доказательности относятся:

- иАПФ рекомендуется пациентам с СНнФВ, чтобы снизить риск госпитализации по поводу СН и смерти, класс доказательности 1А.

- ББ рекомендуются пациентам со стабильной СНнФВ для снижения риска госпитализации по поводу СНнФВ и смерти, класс доказательности 1А.

- АМКР рекомендуется пациентам с СНнФВ, чтобы снизить риск госпитализации по поводу СН и смерти, класс доказательности 1А.

- Дапаглифлозин или эмпаглифлозин рекомендуются пациентам с СН для снижения риска госпитализации по поводу СНнФВ и смерти, класс доказательности 1А.

- Сакубитрил/валсартан рекомендуется в качестве замены иАПФ у пациентов с СН для снижения риска госпитализации и смерти по поводу СН, класс доказательности 1B [4,5,6].

- Диуретики рекомендуются пациентам с СНнФВ с признаками и/или симптомами застоя для облегчения симптомов СН, улучшения переносимости физических нагрузок и снижения числа госпитализаций по поводу СН, класс доказательности 1A [4,5,6].

Применение ингибиторов SGLT2 обосновано несколькими исследованиями:

- В исследовании **DAPA-HF**, результаты которого были опубликованы в 2019 году, изучались долгосрочные эффекты дапаглифлозина (ингибитор SGLT2) по сравнению с плацебо в дополнение к оптимальным лекарственным средствам терапии (ОМТ), заболеваемости и смертности у пациентов с амбулаторной СНнФВ.

В исследовании за 4744 пациентами с клиникой недостаточности кровообращения II–IV функционального класса по NYHA, которые были рандомизированы на прием дапаглифлозина 10 мг, 5 мг или плацебо один раз в день, наблюдали на протяжении 3 лет. Не включались пациенты с СД 1 типа и пациенты с тяжелой почечной недостаточностью. При анализе частоты случаев сердечно-сосудистой смерти, госпитализации или срочной консультации врача по поводу сердечной недостаточности, показано, что в группе дапаглифлозина первичные конечные точки достигались достоверно реже [4].

- Впоследствии исследование **EMPEROR-Reduced** показало, что эмпаглифлозин снижает комбинированную первичную конечную точку смерти от ССЗ или госпитализации при СН на 25% у пациентов с клинической картиной на уровне II–IV ФК (NYHA) и ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, несмотря на ОМТ [109]. В это исследование были включены пациенты с СКФ > 20 мл/мин/1,73 м², а также наблюдалось сокращение снижения СКФ у лиц, получавших эмпаглифлозин. Также это было ассоциировано с улучшением КЖ. Исследование **EMPEROR-Reduced** — это рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое исследование, которое включало 3730 пациентов с СНнФВ, 1863 из которых получали эмпаглифлозин, 1867 пациентов — плацебо в дополнение к стандартной терапии. Средняя длительность терапии — 16 месяцев [4].

- В исследовании **EMPEROR-Preserved** участвовало 5990 человек с сердечной недостаточностью. Из них 4005 имели фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ) 50% или выше, а 1983 - ФВЛЖ ниже 50%. Участникам исследования случайным образом назначали эмпаглифлозин в дозе 10 мг (n = 2997) или плацебо (n = 2991) один раз в день. Общие данные по безопасности соответствовали предыдущим результатам, подтверждая хорошо установленный профиль безопасности эмпаглифлозина. Полученные результаты дополняют также предыдущие данные исследования III фазы **EMPEROR-Reduced**, которое показало, что прием эмпаглифлозина снизил комбинированный относительный риск сердечно-сосудистой смерти или госпитализации по причине сердечной недостаточности на 25 процентов по сравнению с плацебо у взрослых пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса (СНнСФ) [8].

- Годом спустя, в 2022 году появляется второе исследование-исследование **Deliver**, в которое включили более 6000 пациентов в 353 центрах и 20 странах мира, больные с ФВ более 40%, с повышенной концентрацией NT proBNP, амбулаторные или госпитализированные пациенты, расчетная СКФ более 25. Рандомизация происходила на 2 группы - дапаглифлозин 10 мг против плацебо, время наблюдения 2,3 года. Анализировалась конечная точка, касающаяся смерти от ССЗ и госпитализации. В среднем ФВ была 54%, 55% не имели СД, в 50% расчетная СКФ 60. Исследование показало, что прием дапаглифлозина снизил комбинированный относительный риск сердечно-сосудистой смерти или госпитализации по причине сердечной недостаточности на 18 процентов по сравнению с плацебо у взрослых пациентов с сердечной недостаточностью [9].

Вместе эти исследования демонстрируют возможность применения ингибиторов SGLT2 для пациентов с любым типом сердечной недостаточности (включая СНнФВ и СНсФВ).

Рекомендации 2021 года говорят, что данные препараты должны применяться для пациентов с нФВ, адейт этих рекомендаций 2023 при всех значениях ФВ должны применяться препараты данной группы.

Таким образом, появились новые возможности для лечения пациентов с СНсФВ, когда можем применять, кроме диуретиков и лечения сопутствующей патологии, ингибиторы SGLT2 с классом доказательности 1А. Схематически это п представляется следующим образом.



Adapted from T.A. McDonagh et al. 2023 Aug 25 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

Таким образом, мы видим, насколько изменилась позиция игибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа в лечении СН всех фенотипов. Игибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа остались в составе квадротерапии при низкой ФВ и заняли лидирующее положение в лечении и СНсФВ и СНусФВ. Мы должны использовать все эти методы лечения, которые смогут снизить риск смерти, уменьшить частоту госпитализаций, улучшить качество жизни пациента и обеспечить более благоприятное состояние.

Список литературы:

1. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. Eur J Heart Fail. 2020;22(8):1342-56. DOI:10.1002/ejhf.1858
2. Gerber Y, Weston SA, Redfield MM, et al. A Contemporary Appraisal of the Heart Failure Epidemic in Olmsted County, Minnesota, 2000 to 2010. JAMA Intern Med. 2015;175(6):996-1004. DOI:10.1001/jamainternmed.2015.0924
3. Фомин И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать. Российский кардиологический журнал. 2016; 8:7-13 [Fomin IV. Chronic heart failure in Russian Federation: what do we know and what to do. Russian J Journal of Cardiology. 2016; 8:7-13 (in Russian)]. DOI:10.15829/1560-4071-2016-8-7-13
4. Adapted from T.A. McDonagh et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2021; 00:1-128. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
5. Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РК, 2023

6. Клинические рекомендации по хронической сердечной недостаточности МЗ РФ <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/134>
7. Budnevsky A.V. et al. Diagnostic, prognostic and therapeutic potential of 6-minute walk test in patients with heart failure. 2020;19(6):2460. doi:10.15829/1728-8800-2020-2460
8. Stefan D. Anker et al. NEnglJMed.2021 10.1056/NeJMoa2107038
9. Dapagliflozin in heart failure with preserved and mildly reduced ejection fraction: rationale and design of the DELIVER trial SD Solomon et al. 2022
10. Ambrosy PA et al. The Global Health and Economic Burden of Hospitalizations for Heart Failure. Lessons Learned From Hospitalized Heart Failure Registries. *J Am Coll Cardiol.* 2014; 63:1123–1133.
11. Cowie MR et al. Improving care for patients with acute heart failure. 2014. Oxford PharmaGenesis. ISBN 978-1-903539-12-5.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Жантуова Г.К., Бапаева М.К.

Клиника «Maken clinic» г. Алматы, Казахстан

Аннотация. Во время пандемии получен ценный опыт противоэпидемических мероприятий, в том числе в части профилактики распространения инфекции в условиях многопрофильного стационара. Комплексный анализ опыта противопандемических мероприятий и ситуации по актуальным высококонтагиозным инфекциям, сравнимым по опасности с возбудителем COVID-19, разработаны пакет рекомендаций, направленный на совершенствование противоэпидемических мероприятий и модель зонирования многопрофильного стационара в условиях пандемии.

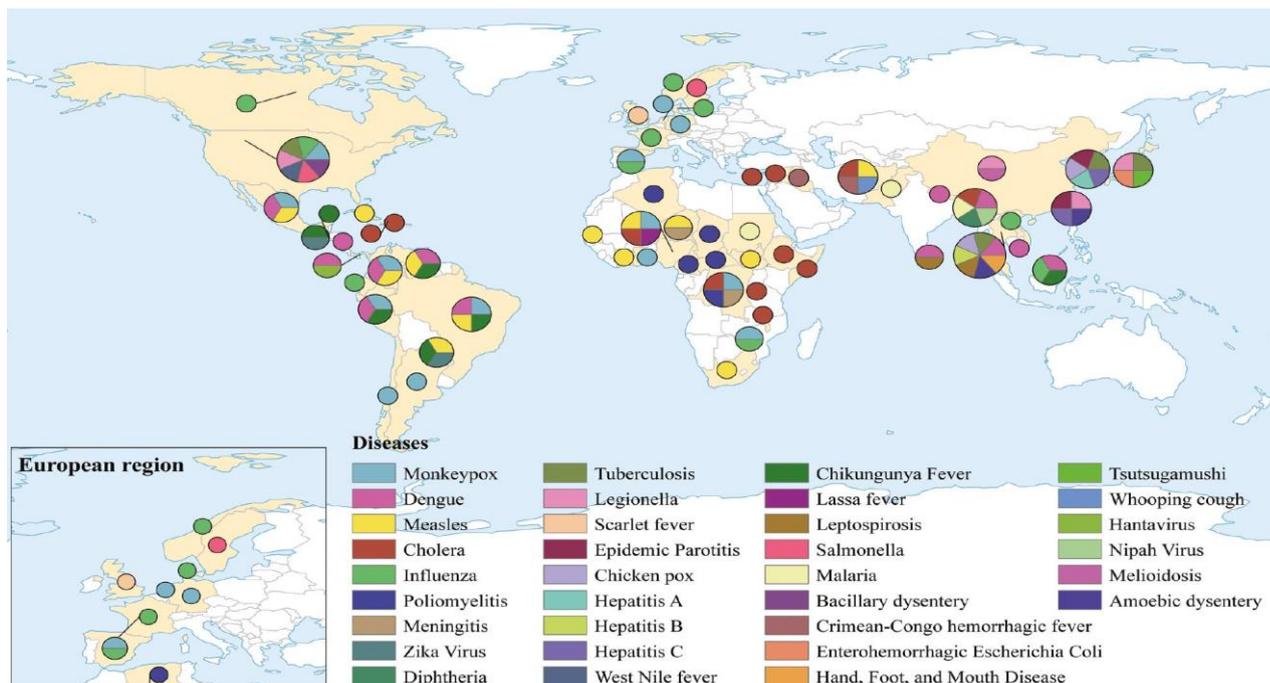
Ключевые слова: коронавирусная инфекция, COVID-19, пандемия, полимеразная цепная реакция, компьютерная томография, SARS-COV-2-инфекция.

Как мы знаем, за три года Казахстан, как и весь мир пережил 6 подъемов заболеваемости коронавирусной инфекции, которые длились от 1 до 3 месяцев. При этом каждый последующий был вызван появлением нового варианта COVID-19 на территории Республики. Так, если в период первого подъема заболеваемости, вызванного Уханьским штаммом коронавируса, максимальное число заболевших составило более 3000 случаев, то в пятый подъем при циркуляции варианта Омикрон в сутки регистрировалось свыше 16 тысяч больных. [1]

Уроки пандемии усваиваются и осмысливаются по сей день. Нароботан значительный опыт как в части диагностики и лечения, так и в вопросах профилактики и инфекционного контроля коронавирусной инфекции.

Однако, как известно, для контроля распространения инфекционных заболеваний во всем мире и защиты жизни и безопасности людей решающее значение имеет регулярный анализ случаев инфекционных заболеваний.

Мониторинг новых и активировавшихся старых инфекций показывает следующую картину.



Хотя количество случаев заболевания COVID-19 значительно снизилось за последний год, пандемия COVID-19, согласно ВОЗ, по-прежнему представляет собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение в отношении управления переходным периодом пандемии COVID-19 и смягчения потенциальных негативных последствий. [2]

В частности, в прошлом году, в Соединенных Штатах наблюдался худший сезон гриппа со времен пандемии COVID-19. Лихорадка Денге, корь и холера остаются проблемами общественного здравоохранения во всем мире, в том числе заболеваемость корью значительно выросла и в нашей стране. Одновременно с этим наблюдается активизация некоторых спорадических инфекционных заболеваний, таких как легионеллез, полиомиелит, птичий грипп и скарлатина, и нужно обратить на это внимание, чтобы избежать глобальных пандемий. [3]

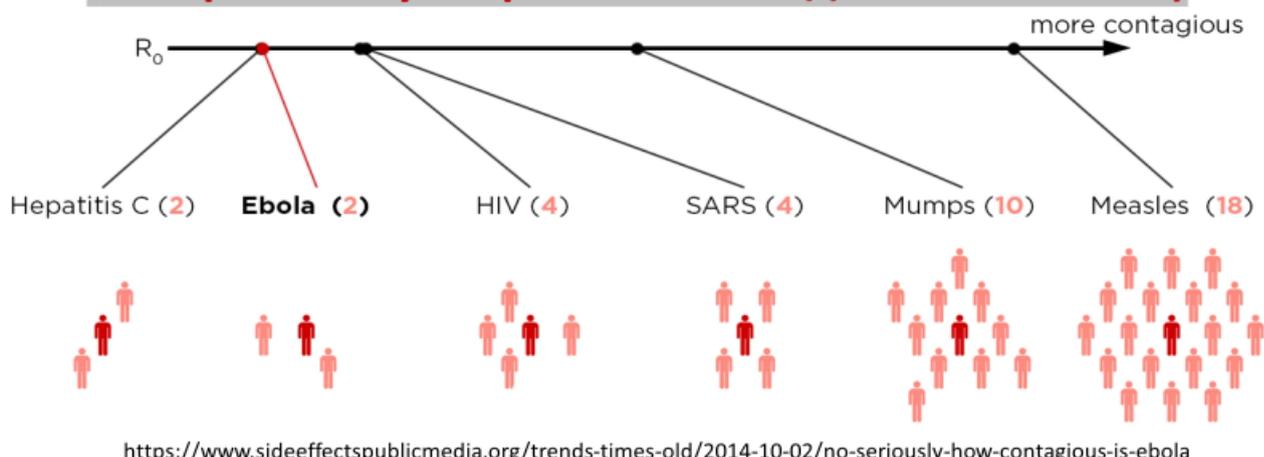
К сожалению, появление новых и активация старых эпидемически-значимых инфекций будет перманентно продолжаться. Поэтому, актуальным является анализ уроков пандемии, в том числе в части обеспечения инфекционной безопасности работников здравоохранения и сохранения их жизни и здоровья. [4]

Одной из таких назревающих проблем инфекционного контроля является увеличивающаяся заболеваемость корью в нашей стране и в мире. По состоянию на 5 октября в Казахстане зарегистрировано 8 182 подтвержденных случаев кори. В предыдущие годы фиксировались лишь единичные случаи:

в 2022 году – 4, в 2021-м - 2. [5]

В то же время не следует забывать о таком грозном высококонтагиозном заболевании как грипп. На сегодняшний день заболеваемость гриппом в мире не превышает таковую в прошлом году. И в нашей стране пока циркуляция вируса гриппа в этом сезоне не выявлена. Однако, следует помнить, что пик и не один в течение предстоящего сезона обязательно будет и мы должны быть всемерно к этому готовы. [6]

Контагиозность инфекций, передающихся воздушно-капельным путем (количество человек, которые могут заразиться от одного больного)



<https://www.sideeffectspublicmedia.org/trends-times-old/2014-10-02/no-seriously-how-contagious-is-ebola>

На данном рисунке представлена вероятная активность инфицирования одним заболевшим в разрезе различных вирусов, передаваемых воздушно-капельным путем. Вирус кори является наиболее контагиозным и опасным в смысле заражения широких слоев населения. [7]

Понимая важность и актуальность анализа, накопленного всеми нами опыта противоэпидемических мероприятий в инфекционных отделениях многопрофильных клиник во время пандемии, в целях совершенствования противоэпидемических мероприятий в постпандемийный период для профилактики не менее опасных и контагиозных заболеваний, таких как корь и грипп, были поставлены следующие цели и задачи для исследования:

Целью нашего исследования было создание пакета рекомендаций по совершенствованию мер обеспечения эпидемиологической безопасности пациентов и медицинских работников в стационаре в условиях эпидемии/пандемии на основании анализа деятельности многопрофильного стационара в периоды до-и после пандемии COVID-19.

Исследование было проведено в БСНП г Алматы, материалами исследования явились показатели противоэпидемической деятельности и статистические данные заболеваемости и смертности пациентов и медицинских работников данного стационара за 2019 год, предшествующий пандемии и за 2 года пандемии 2020-2021 гг.

ГБСНП рассчитано на 320 коек, трудится 851 человек, из которых: 187 (21,97%) врачей, 343 (40,31%) среднего медицинского персонала, 221 (25,97%) младший медицинский персонал, 100 (11,75%) - немедицинский персонал, включая администрацию. Коечный фонд БСНП г. Алматы с 2020 по 2021 год был оптимизирован в связи функционированием сначала 30 и потом 50 коек инфекционного отделения, что повлияло на изменения коечного фонда круглосуточного и дневного стационаров.

Необходимо отметить, что БСНП сохраняло свою многопрофильность и в период пандемии. Сложность составляло то, что больница была вынуждена работать одновременно как инфекционный и не инфекционный стационар, что требовало выработки срочных мер в новой для нас ситуации. По сравнению с до-ковидным периодом БСНП принял меньше больных не инфекционного профиля в то же время в 2020 году было пролечено 2796 больных с коронавирусной инфекцией, а в 2021 году примерно на 1000 больных больше. При этом летальность от КВИ 2021 году была достоверно ниже, чем в 2020 году в 3 раза. За период

пандемии (2020-2021 гг.) всего заразилось 67 сотрудников что составило 7,87 % от всего состава БСНП. 2020 году 64, в 2021 году 3 человека. В 2020 году из них умерли 2, 1 медсестра и 1 санитарка, а в 2021 заболело всего 3, летальных исходов нет. Причем 2е заболело во время своих трудовых отпусков. Такое значительное улучшение показателя инфицирования сотрудников больницы нельзя объяснить только вакцинацией, которая началась в апреле 2021 года. Вероятно, что предпринятые меры инфекционного контроля, зонирования помещений, и направленные регуляции потоков пациентов и персонала позволили достичь этого обнадеживающего результата. Как только вышел приказ УОЗ г.Алматы о разворачивании многопрофильного стационара в составе которой должны быть инфекционные койки, нами были разработаны и внедрены внутренние нормативно правовые акты для разворачивания инфекционного отделения.

В ходе исполнения озвученных НПА нами была разработана данная схема зонирования, которая предполагала расположение 4х инфекционных отделений (транзитное, отделение с не подтвержденным ПЦР, с клиникой и КТ картиной коронавируса, отделение инфекционных пациентов с хирургической патологией, отделение инфекционных пациентов с соматической патологией). Все отделения располагались на 2м этаже стационара, изолированы от других неинфекционных отделений с отдельным входом для пациентов и сотрудников. Пациенты, которые госпитализируются в приемное отделение многопрофильного стационара, с наличием симптомов не исключаяющие коронавирусную инфекцию, помещались в фильтр для первичного обследования КТ легких и сдачи ПЦР анализа. При предварительном подтверждении диагноза, данные пациенты перемещались в ПП инфекционного отделения. И далее госпитализировались для определения статуса в транзитное отделение. [8]

Такая организация приема пациентов в стационар позволило разграничить потоки больных с подозрением на КВИ и пациентов не инфекционного профиля. Отличие данной схемы от других стационаров: наличие отдельного приемного покоя для пациентов, у которых не исключается COVID-19 и наличие и транзитного отделения, отделения для пациентов с хирургической и соматической патологий, отделения с отрицательным результатом ПЦР на КВИ. Также на изолированном этаже имеется полностью оснащенный операционный блок с 3мя операционными для проведения операции КВИ пациентам. Только у нашего стационара имелась возможность изолированно от многопрофильных неинфекционных отделений лечить пациентов с коронавирусной инфекцией. Имелась изолированная вентиляция от других неинфекционных отделений, отдельный вход для пациентов и сотрудников, для исключения контакта с сотрудниками других неинфекционных отделений. [9]

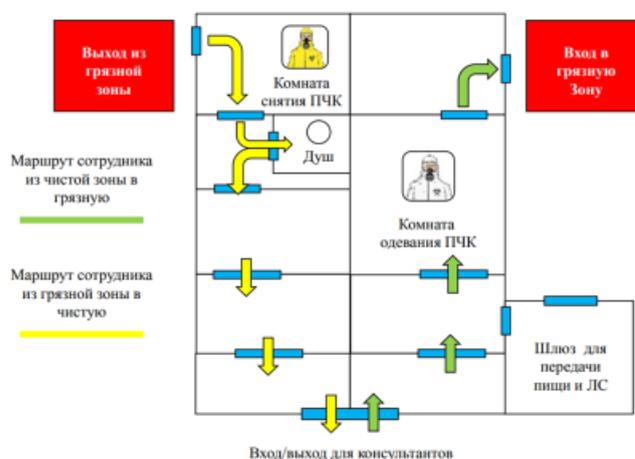
Организация эпидемиологической безопасности в БСНП г. Алматы в период пандемии



Так же была разработана и внедрена схема зонирования самого инфекционного отделения, где были предусмотрены спец. маршруты для пациента и персонала. Причем регламентированы маршруты сотрудников из чистой в грязную и с грязной в чистую. Необходимо отметить, что в дополнении к регламентированным в НПА правилам мы ввели также дополнительный вход для консультантов с неинфекционных отделений, с отметкой времени нахождения в инфекционном отделении. Так же полностью оснастили вход шлюзом, с душевой кабиной, с местом для снятия ПЧК, с учетом маршрута. Данное зонирование позволило исключить контакт сотрудников инфекционного отделения с сотрудниками многопрофильных отделений. А также соблюдение всех противоэпидемических мер таких как ПЧК, обработка рук, время нахождения в грязной и т.д. Принятые меры, возможно, привели к такому снижению заболеваемости медицинских сотрудников.



Зонирование инфекционного отделения II ЭТАЖ



Таким образом, в итоге проведенного исследования был разработан пакет рекомендаций для практического здравоохранения который мы разделили на 2 блока:

1. Это мероприятия, которые должны осуществляться постоянно в целях профилактики заболеваемости и смертности в условиях эпидемии/пандемии. Регулярно проводить подготовку медицинского и немедицинского персонала по действиям во время пандемии, включая тех, кто может быть потенциально приглашен для работы в дальнейшем, например, студенты, интерны, резиденты, докторанты;

2. Проводить мониторинг (лабораторное исследование на COVID-19) всех госпитализируемых пациентов, а также персонала с подозрением на наличие внебольничных пневмоний, ОРВИ, соматических заболеваний с атипичной симптоматикой;

3. Иметь в наличии методические и информационные материалы для пациентов по правилам поведения и соблюдению профилактических мер во время нахождения в инфекционном отделении;

4. Осуществлять постоянный мониторинг вакцинации и ревакцинации сотрудников стационара.

Второй блок составляет из мероприятий, которые должны выполняться в условиях возникшей эпидемии/пандемии:

1. Осуществлять экстренное перепрофилирование отделений многопрофильного стационара, руководствуясь НПА;

2. При необходимости разворачивания инфекционных коек при многопрофильном стационаре применить зонирование инфекционного отделения по рекомендуемой схеме

3. Переходить на ежедневную дезинфекцию в больничной палате. При этом дезинфекции подлежат все поверхности в помещениях, предметы пользования, дверные ручки, подоконники, спинки кровати, прикроватные тумбочки, посуда больного, игрушки и другие объекты;

4. Должна быть организована ежедневная бесконтактная термометрия, обработка рук антисептиком для сотрудников и пациентов на входных зонах с отстранением от работы сотрудников с признаками острых респираторных инфекций и/или гипертермией;

5. Должна быть введена должность врача-сортировщика в приемном отделении с целью оценки состояния и определения маршрутизации пациента.

Суммируя вышесказанное, можно заключить, что комплексный анализ опыта

противопандемических мероприятий и ситуации по актуальным высококонтагиозным инфекциям, сравнимым по опасности с возбудителем COVID-19, разработаны пакет рекомендаций, направленный на совершенствование противоэпидемических мероприятий и модель зонирования многопрофильного стационара в условиях пандемии.

Мы предполагаем, что следование предложенным рекомендациям и модели зонирования поможет снизить вероятность распространения в стационарах инфекционных заболеваний, сравнимых по контагиозности с SARS-COV-2-инфекцией, что, в итоге, обеспечит безопасность пациентов и медицинского персонала и повысит уровень качественной и безопасной медицинской помощи.

Список литературы:

1. Профилактика инфекций и инфекционный контроль в медицинских организациях (методические рекомендации) Есмагамбетова А. С., Зекенова А. Р., Смагул М. А., Нугманова Ж. С., Кулбаева Ж. А., Жарылкасынова А. Е., Касабекова Л. К., Нукунова Г. Т. г. Астана 2023 год.

2. Minjing He, Shuqiong Zhang and Qun Su et al. Global Infectious Diseases in January 2023: Monthly Analysis. Zoonoses. 2023. Vol. 3(1). DOI: 10.15212/ZOONOSES-2023-1001.

3. <https://www.sideeffectspublicmedia.org/trends-times-old/2014-10-02/no-seriously>.

4. David M. Morens* and Anthony S. Fauci Emerging Pandemic Diseases: How We Got to COVID-19 (Cell 182, 1077–1092; September 3, 2020)

5. <https://www.cdc.gov>

6. Minjing He, Shuqiong Zhang and Qun Su et al. Global Infectious Diseases in January 2023: Monthly Analysis. Zoonoses. 2023. Vol. 3(1). DOI: 10.15212

7. <https://www.sideeffectspublicmedia.org/trends-times-old/2014-10-02/no-seriously-how-contagious-is-ebola>

8. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 14.04.2020 года №33 «Об усилении карантинных мер», «Об утверждении стандарта организации оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях в Республике Казахстан» Приказ Министра здравоохранения РК от 17 марта 2023 года № 40.

9. Хисметова З.А., Самарова У.С., Токанова Ш.Е., Нуртазина С.К. «Организация деятельности инфекционного стационара при коронавирусной инфекции». Методические рекомендации, Семей, 2020г - 25с.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АДЕНОМАХ ГИПОФИЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Аяганов Е.С.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Анотация. Аденомы гипофиза представляют собой серьезное медицинское состояние, требующее комплексного подхода в организации медицинской помощи. Настоящий тезис освещает актуальные аспекты диагностики, лечения и реабилитации пациентов с аденомами гипофиза взрослого населения.

Ключевые слова: аденомы гипофиза, медицинская помощь, диагностика, лечение, реабилитация, хирургия, эндокринная патология, мультиспециальный подход, современные методы, взрослое население.

Введение. Аденомы гипофиза составляют примерно 10-20% внутричерепных опухолей [1]. Нефункционалирующие аденомы гипофиза представляют собой доброкачественные аденогипофизарные опухоли, не связанные с клиническими проявлениями гормональной гиперсекреции [2]. Новообразования гипофиза составляют примерно 10–15% всех опухолей

центральной нервной системы (ЦНС) и являются причиной примерно 25% всех хирургических резекций опухолей ЦНС [3]. Так же, авторами было проведено исследование на вмешательство при аденоме гипофиза. Таким образом, есть такие вмешательства как, транскраниальный подход, микрохирургический трансфеноидальный подход, эндоскопический эндоназальный подход, эндоскопическая и микроскопическая трансфеноидальная хирургия [4].

Аденомы гипофиза, как опухоли, воздействующие на гипофизарно-гипоталамическую систему, представляют серьезное медицинское вызов. С их распространением среди взрослого населения возникает актуальная задача совершенствования системы медицинской помощи, направленной на диагностику, лечение и последующую реабилитацию пациентов [5]. Настоящее введение призвано проанализировать сложности, с которыми сталкиваются врачи и пациенты при аденомах гипофиза, а также сформулировать цели и задачи исследования по организации медицинской помощи данной категории пациентов. Анализируя предыдущие исследования и затрагивая темы актуальные для клинической практики, введение создает контекст для понимания важности современных подходов в управлении аденомами гипофиза и необходимости их оптимизации [6].

Материалы и методы исследования. Исследование базируется на анализе клинических случаев, проведении обзора литературы, статистической обработке данных о пациентах с аденомами гипофиза. Примененный методологический подход включает в себя сопоставление различных методов лечения и оценку их эффективности.

Результаты исследования. Исследование выявило эффективность современных методов диагностики аденом гипофиза, таких как высокоразрешающая магнитно-резонансная томография (MRI) и эндокринные тесты, в дифференциации типов опухолей и определении тактики лечения. Анализ данных о пациентах, прошедших хирургическое вмешательство, подчеркивает эффективность эндоскопической хирургии и радиохимирургии, позволяющих достичь удаления опухоли с минимальным воздействием на окружающие ткани. Разработанные стратегии реабилитации, включая эндокринную коррекцию и психологическую поддержку, способствуют улучшению качества жизни после операции. Важным аспектом является выделение факторов, влияющих на успешность лечения, что открывает перспективы для дальнейших исследований и индивидуализации подхода к пациентам с аденомами гипофиза.

Выводы. Исследования подчеркивают необходимость системного подхода к медицинской помощи при аденомах гипофиза. Акцент делается на важности ранней диагностики, выборе оптимальных методов лечения и последующей реабилитации для улучшения результатов и качества жизни пациентов.

Использованная литература:

1. Ho K, Fleseriu M, Kaiser U, Salvatori R, Brue T, Lopes MB, Kunz P, Molitch M, Camper SA, Gadelha M, Syro LV, Laws E, Reincke M, Nishioka H, Grossman A, Barkan A, Casanueva F, Wass J, Mamelak A, Katznelson L, van der Lely AJ, Radovick S, Bidlingmaier M, Boguszewski M, Bollerslev J, Hoffman AR, Oyesiku N, Raverot G, Ben-Shlomo A, Fowkes R, Shimon I, Fukuoka H, Pereira AM, Greenman Y, Heaney AP, Gurnell M, Johannsson G, Osamura RY, Buchfelder M, Zatelli MC, Korbonits M, Chanson P, Biermasz N, Clemmons DR, Karavitaki N, Bronstein MD, Trainer P, Melmed S. Pituitary Neoplasm Nomenclature Workshop: Does Adenoma Stand the Test of Time? *J Endocr Soc.* 2021;5(3):bvaa205.
2. Fleseriu M, Karavitaki N. Non-functioning pituitary adenomas, not all the same and certainly not boring! *Pituitary.* 2018;21(2):109–110.
3. Melmed S. Pathogenesis of pituitary tumors. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2011;7(5):257–266.
4. Theodoros D, Patel M, Ruzevick J, Lim M, Bettegowda C. Pituitary adenomas: historical perspective, surgical management and future directions. *CNS Oncol.* 2015;4(6):411-29. doi: 10.2217/cns.15.21. Epub 2015 Oct 26. PMID: 26497533; PMCID: PMC4750488.

5. Winder MJ, Mayberg MR. Recent advances in pituitary tumor management. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2011 Aug;18(4):278-88. doi: 10.1097/MED.0b013e32834871f6. PMID: 21844711.

6. Netuka D, Grotenhuis A, Foroglou N, Zenga F, Froehlich S, Ringel F, Sampron N, Thomas N, Komarc M, Kosák M, Májovský M. Endocrinological aspects of pituitary adenoma surgery in Europe. *Sci Rep.* 2022 Apr 20;12(1):6529. doi: 10.1038/s41598-022-10300-1. PMID: 35444169; PMCID: PMC9021226.

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИЯ?

Л. Серікқызы, А.Н. Нұрбақыт, С.Ш. Исенова, М.А.Баймуратова, М.М.Алтай

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.

Асфендиярова

Актуальность. Частота многоплодной беременности в мире резко возросла за последние несколько десятилетий [1]; в Республике Казахстан данный показатель составляет 1 – 2% от общего количества родов [2]. Беременность двойней подвергается повышенному риску неблагоприятной беременности и перинатального исхода по сравнению с одноплодной беременностью, главным образом, вследствие более высокой частоты преждевременных родов, хромосомных, а также структурных аномалий, аномалий плаценты и осложнений, характерных для монохориальной плацентации [3]. Монохориальная беременность, среди всего числа многоплодных беременностей, является наиболее прогностически неблагоприятной [4].

Цель исследования. Изучить данные литературы о современных подходах ведения многоплодной беременности.

Материалы и методы исследования. Поиск статей в базе данных PubMed, Willey, Web of Science, Cochrane Library, опубликованных с использованием поисковых терминов «многоплодная беременность», «ЭКО», «двойня», «монохориальная беременность», «редукция». Статьи были ограничены английским языком за последние 5 лет.

Результаты и их обсуждение. Скрининг в первом триместре на распространенные анеуплоидии у близнецов можно проводить с использованием комбинированного теста (экспертное ультразвуковое обследование, биохимический анализ крови на гормоны) [5]. Измерения фетальной доплерографии, такие как индекс пульсации пупочной артерии и средней мозговой артерии, а также пиковая систолическая скорость могут позволить выявить плацентарную недостаточность и синдром анемии-полицитемии (TAPS), декомпенсацию плода при фета-фетальном трансфузионном синдроме (ФФТС) и задержку роста плода, и в связи с этим Международное общество ультразвука в акушерстве и гинекологии (ISUOG) рекомендует их выполнять при каждом плановом сканировании [4]. Техники, используемые для коррекции специфических осложнений многоплодной беременности, зависят от хориальности. Фетоскопическая лазерная коагуляция является рекомендуемым лечением при беременности со II стадией или выше при ФФТС до 26 недель. Селективный перенос одного эмбриона (eSET) признан эффективной стратегией снижения многоплодной беременности после ЭКО [6].

Заключение. Риски многоплодной беременности как для матери, так и для плода должны быть обсуждены как можно скорее, в том числе и варианты консервативного лечения или редукция одного, или нескольких плодов, а также риски и преимущества обоих вариантов. Многоплодная беременность связана с более высоким риском материнских осложнений, а также преждевременных родов и инвалидности, связанной с

недоношенностью. Кроме того, они оказывают значительное влияние на расходы здравоохранения; беременность с рождением двойни, тройни и более обходится примерно в 5 и 20 раз дороже, чем одноплодная беременность соответственно. Следует рассмотреть стратегии, направленные на минимизацию переноса нескольких эмбрионов, чтобы уменьшить бремя, связанное с многоплодной беременностью. Кроме того, на сегодняшний день приоритетным является организация ведения пациенток с многоплодной беременностью на уровне консультативной помощи во избежание негативного влияния на течение данной беременности.

Список литературы:

1. Monden C., Pison G., Smits J. Twin Peaks: more twinning in humans than ever before // Hum. Reprod. 2021. Vol. 36, № 6. P. 1666–1673
2. 2019 U. Kazakhstan, 2019 // 0 Анализ результативности регионализации перинатальной помощи в республике Казахстан. UNFPA. 2019. 2019
3. Santana D.S., Surita F.G., Cecatti J.G. Multiple pregnancy: Epidemiology and association with maternal and perinatal morbidity // Rev. Bras. Ginecol. e Obstet. 2018. Vol. 40, № 9. P. 554–562
4. Khalil A., Liu B. Controversies in the management of twin pregnancy // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2021. Vol. 57, № 6. P. 888–902
5. Khairudin D., Khalil A. Monochorionic monoamniotic twin pregnancies. // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. Netherlands, 2022. Vol. 84. P. 96–103.
6. Sebghati M., Khalil A. Reduction of multiple pregnancy: Counselling and techniques // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2021. Vol. 70. P. 112–122.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СРЕДИ ЛЖВ, ЛУН, НАСЕЛЕНИЯ И ВНУТРЕННИХ МИГРАНТОВ ПО ВОПРОСАМ ТУБЕРКУЛЕЗА

Н.Н. Айтамбаева

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

ВОЗ опубликовала свой Глобальный доклад по туберкулезу за 2022 год, который включает подробную оценку глобального воздействия этого заболевания. В отчете представлены данные, полученные из 202 стран и территорий, охватывающие более 99% населения мира и случаев туберкулеза[1].

В 2021 году число случаев заболевания туберкулезом составило 10,6 миллиона человек, что выше, чем 10,1 миллиона человек в 2020 году. Количество смертей от туберкулеза также увеличилось с 1,5 миллиона человек в 2020 году до 1,6 миллиона человек в 2021 году, включая 187 000 человек, живущих с ВИЧ. В то же время, уровень заболеваемости туберкулезом в 2021 году повысился на 3,6% по сравнению с 2020 годом. Эти данные представляют отклонение от ранее наблюдаемого снижения заболеваемости на почти 2% в год, которое продолжалось в течение последних двух десятилетий[2].

Цель: изучить уровень осведомленности в вопросах туберкулеза среди ЛЖВ, ЛУН, населения и внутренних мигрантов по вопросам туберкулеза

Материалы и методы. Исследование основано на анализе данных опроса 2405 респондентов из числа населения Казахстана, выборка превысила планируемую выборку 2400 на 5 респондентов – все эти дополнительные респонденты были опрошены в Алматы. Внутренних мигрантов опрошено 200 респондентов.

Результаты. Исследование показало, что в случае необходимости, большинство всех групп населения (72%-86%) обращаются в первую очередь в государственные поликлиники или больницы. Исключение составляют внутренние мигранты, которые в случае

необходимости, чаще обращаются в частные клиники (49%), чем в государственные (38%). Наиболее распространёнными причинами не обращения в медицинские учреждения среди общего населения и внутренних мигрантов являются: отсутствие необходимости в медицинской помощи, самолечение, отсутствие доверия медикам. Основной причиной не обращения в медицинские организации среди ЛЖВ и ЛУН является дискриминация со стороны медицинского персонала и недоступность медицинских услуг в финансовом отношении, некоторые представители ЛЖВ и ЛУН отмечали, что у них нет денег на медицинские услуги.

Выводы.

➤ Оценки, свидетельствующие о понимании серьёзности проблемы заболевания туберкулёз, значительно чаще распространены среди ЛЖВ (77%) и ЛУН (86%), чем среди внутренних мигрантов (64%) и общего населения (69%).

➤ Представители ЛЖВ (71%) и ЛУН (75%) сообщают чаще, чем общее население (57%) и внутренние мигранты (58%), оценивают проблему туберкулёза в Казахстане, как «очень серьёзную».

➤ Осведомленность об основных симптомах и признаках туберкулёза выше среди ЛЖВ и ЛУН, они значительно чаще, чем общее население и внутренние мигранты называли основные симптомы заболевания.

➤ ЛЖВ и ЛУН чаще называли воздушно-капельный путь передачи заболевания (94%), чем респонденты из числа общего населения (79%) и внутренних мигрантов (78%).

➤ О передачи заболевания через общую посуду и через совместное поедание одного блюда, чаще отмечали ЛЖВ, ЛУН и общее население, чем внутренние мигранты.

Список литературы:

1. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>
2. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОХВАТА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКОЙ: МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА И ОПЫТ

Н.А. Садуакасова, М.А. Баймуратова, Д.Н. Маханбеткулова, А.Р. Рыскулова,
Ә.Н. Самадин, А. Сугурғали

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Для обеспечения общественного и экономического процветания страны крайне важна эффективная деятельность системы здравоохранения, включая гарантирование высококачественной и доступной медицинской помощи для населения. Вакцинация детей представляет собой неотъемлемую часть системы здравоохранения, оказывая положительное воздействие на общественное и экономическое процветание страны. Профилактика заболеваний, укрепление общественного здоровья, предотвращение эпидемий и достижение экономических выгод — все эти аспекты делают вакцинацию стратегически важным инструментом для поддержания здоровья нации, снижения бремени на систему здравоохранения и обеспечения устойчивости общества к инфекционным угрозам.

Цель исследования: Проанализировать международный опыт и практику эффективности проведения вакцинопрофилактики детей раннего возраста на примере трех представленных стран.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием баз данных научных публикаций и поисковых систем за последние 10 лет, такие как PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar.

Результаты исследования: Проведенный нами анализ данных на примере трех стран

(Великобритания, США, Франция) показал, что глобальные вызовы в области иммунизации подчеркивают необходимость широкого охвата для предотвращения распространения опасных инфекционных заболеваний.

В рейтинге качества медицинского обслуживания по данным издания CEOWORLD на 2023 г. отмечалось, что самый высокий уровень безопасности здоровья наблюдался в Тайване (78.72). Среди стран, рассмотренных в данном исследовании, высокие показатели зарегистрированы в Германии (64.66), Сингапуре (57.96), США (56.71), Франции (48.27), Великобритании (47.15), в то время как Казахстан занимает более низкое положение с индексом 34.28 [1].

Вакцинация - это один из самых экономически эффективных способов спасения жизней людей и обеспечения их здоровья и благополучия. Вакцинопрофилактика является важным компонентом первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и является одним из неотъемлемых прав человека. Она играет чрезвычайно важную роль в достижении 14 из 17 Целей устойчивого развития (ЦУР), особенно ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» [2]. В этой связи детская популяция заслуживает особого внимания, будучи наиболее уязвимой категорией. Нами проанализирована ситуация по трем развитым странам.

В Великобритании применяется модель бюджетного финансирования здравоохранения, где 85% расходов на медицинское обслуживание покрываются из государственного бюджета. Оставшиеся 15% финансируются через взносы частных медицинских страховых компаний. Средства собираются в государственном бюджете и передаются саморегулирующимся организациям, которые отвечают за финансирование лечебно-профилактических учреждений [3]. Национальная служба здравоохранения довольно хорошо спроектирована, но недостаточно обеспечена. Как доказательство приведем данные об анализе квартальных данных об охвате детей вакцинацией в Великобритании, которым исполнился первый, второй или пятый год рождения в течение оценочного квартала по сравнению с предыдущими годами стабильно снижается. Так, охват вакцинацией в 2021–2022 годах снизился по сравнению с 2020–2021 годами. Снижение варьировалось от 0,2% до 1,1%. Ни одна вакцина не достигла целевого показателя в 95%. Охват 5-в-1 (дифтерии (D), столбняка (T), коклюша (P), полиомиелита (инактивированная вакцина против полиомиелита – IPV), гемофильной инфекции типа b (Hib) за 5 лет снизился с 95,2% в 2020–2021 годах до 94,4% в 2021–2022 годах. Охват КПК 1 остается ниже целевого показателя в 95%*. Охват вакциной КПК1 через 24 месяца составил 89,2% в 2021–2022 годах, по сравнению с 90,3% в 2020–2021 годах. Охват вакциной КПК1 за 5 лет составил 93,4% в 2021–2022 годах, что ниже 94,3% в предыдущем году. Охват ПКВ в возрасте 12 месяцев увеличился по сравнению с 2019–2020 гг. Охват ПКВ за 12 месяцев составил 93,8% в 2021–2022 годах. Это увеличение по сравнению с последним доступным показателем охвата (90,3%) в 2019–2020 годах. Данные об охвате ПКВ через 12 месяцев были недоступны в 2020–2021 годах из-за изменения календаря прививок этой вакциной [4].

В сравнении с Великобританией, система здравоохранения в США обладает значительным финансированием и представляет собой пример частной модели здравоохранения. Основное отличие данной модели заключается в отсутствии единой системы государственного медицинского обслуживания или страхования [5]. Несмотря на высокий уровень финансирования системы здравоохранения в США, согласно отчету Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC) за середину января 2023 года, в большинстве штатов охват вакцинацией всех вакцин среди детских садов в 2021-2022 учебных годах снизился по сравнению с предыдущим учебным годом, который уже был ниже до-пандемического уровня. Процент детей, вакцинированных к возрасту 24 месяцев в США значительно снизился:

Дифтерия, столбняк, коклюш (4+ дозы АКДС, АКДС или АКДС): 80,4%. Полиомиелит

(3+ дозы): 92,5%. Корь, паротит, краснуха (MMR) (1+ дозы): 90,8% КПК. *Haemophilus influenzae* типа b (Hib) (первичная серия + ревакцинация): 80,0%. Гепатит В (Hep B) (3+ дозы): 91,4%. Ветряная оспа (Ветряная оспа) (1+ дозы): 90,3%. Пневмококковая конъюгированная вакцина (ПКВ) (4+ дозы): 81,4%. Комбинированная серия из 7 вакцин: 69,7% [6]. Полученные сведения демонстрируют некоторую неточность, согласно рекомендации, ВОЗ в отношении КПК.

В отношении Франции, все население, включая нелегальных иммигрантов (что является ключевой отличительной чертой), защищено системой обязательного медицинского страхования. Финансирование этой системы осуществляется на 90% за счет взносов в социальное страхование, а оставшиеся средства поступают из налогов и акцизов [7]. Обеспечение более широкого охвата иммунизацией становится приоритетом в области общественного здравоохранения. По данным французского органа общественного здравоохранения *Santé publique France* (SPF), охват вакцинацией даже увеличился для 11 обязательных вакцин, но с разными результатами: увеличение на 3,8 процента для первой дозы менингококковой вакцины С, которая выросла с 84,9% до 88,7% в период с 2019 по 2021 год, но только +0,6 процента для третьей дозы шестивалентной вакцины, защищающей от дифтерии, столбняка, полиомиелита, коклюша, *Haemophilus influenzae* b и гепатита В (увеличение с 90,3% до 90,9%) в период с 2018 по 2020 год) по сравнению с ростом на 6,4 процента в предыдущие годы. С 2019 года охват вакцинацией MMR (по крайней мере, одной дозой в возрасте 21 месяца) увеличился с 90,8 до 92,2 процента среди младенцев. Кроме того, примерно 84 процента детей, родившихся в 2018 году, получили две дозы (в 33 месяца) [8].

Обобщая анализ опубликованных сведений трех стран видно, что один из наиболее эффективных способов вложений в здравоохранение заключается в поддержке вакцинации, который в развивающихся странах приводит к уменьшению нагрузки от множества инфекционных заболеваний. Сложившаяся ситуация диктует необходимость продолжать работу в направлении расширения объема охвата вакцинацией. Улучшение ситуации в расширении привлечения родителей с пониманием важности вопросов вакцинопрофилактики на уровне амбулаторно-поликлинического звена, что требует принятия управленческих решений, путем руководства нормативно-правовыми документами РК, анализом результатов регулярно проводимого социологического опроса, разработке буклетов и памяток.

Использованная литература:

1. Countries With The Best Health Care Systems, 2023 - CEOWORLD magazine
2. ВОЗ, Вакцины и иммунизация (who.int), 18 июля 2023 г.
3. Choices, NHS. "The principles and values of the NHS in England". www.nhs.uk. Retrieved 23 November 2016
4. Light DW. The restructuring of the American health care system. In: Litman TJ, Robbins LS, eds. *Health Politics and Policy*. Albany, NY: Delmar; 1997:46–63.
5. UKHSA. Quarterly vaccination coverage statistics in the UK (COVER programme): April to June 2022' Health Protection Report volume 16 number 10.
6. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения. В. В. Омеляновский, д. м. н., проф., Л. В. Максимова, к. э. н., А. П. Татаринков.
7. Rane Seither and others, "Vaccination Coverage with Selected Vaccines and Exemption Rates Among Children in Kindergarten — United States, 2021–22 School Year," *Morbidity and Mortality Weekly Report* 72 (2) (2023): 26–32.
8. WHO Immunization Data portal, By Delphine Roucaute. May 3, 2022, at 2:00 pm

АДАМНЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘЛЕУМЕТТІК ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ

С.Г.Мыктыбаева, К.К. Куракбаев, Ж.К. Бурибаева
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті

Репродуктивті жастағы әйелдердің денсаулығы халықтың жаңа ұрпақтарының денсаулығын қалыптастырудың негізі болып табылады. Репродуктивті денсаулықтың төмендеуі, алдын алуға болатын өлім-жітім, әйелдердің ауруға шалдығуы, репродуктивті әлеуетті төмендету, сондай-ақ оларды басқаруға ынталандыру, салауатты өмір салтын нығайту саласындағы өзекті міндеттер елдің демографиялық әлеуеті болып табылады.

Түйінді сөздер: репродуктивті денсаулық, өмір сүру деңгейі.

Репродуктивті денсаулық-бұл адамның жалпы денсаулығының өте маңызды құрамдас бөлігі. Репродуктивті денсаулық ұрпақты көбейтуге және адамзат ұрпағын жалғастыруға қатысты әл-ауқатты білдіреді. Бұл отбасылық қатынастардың үйлесімділігіне тікелей әсер етеді [1]. Репродуктивті денсаулық деп біз тек бала туу мүмкіндігін ғана емес, жалпы адам денсаулығын да түсінеміз. Әлеуметтік факторлар туралы айтатын болсақ, біз еңбек жағдайларын, біліктілік деңгейін, табыстың болуын және оның мөлшерін, білім деңгейін, демалысты ұйымдастыруды, жалпы мәдениет деңгейін, денсаулығымыз үшін жауапкершілікті, медициналық қызметтердің сапасын және олардың қолжетімділігін айтамыз. Осы көрсеткіштердің әрқайсысы адамдардың өмір сүру деңгейіне және денсаулық деңгейіне әсер етеді. Физикалық әл-ауқат жағдайы адам өмірінің психологиялық компонентіне, демек, әр адамның қоғаммен әлеуметтік өзара әрекеттесуіне тікелей әсер етеді. Репродуктивті денсаулық сапасының негізгі құрамдас бөліктерінің бірі-хабардарлық. Шынында да, репродуктивті денсаулықты сақтау үшін әр адам бала кезінен бастап контрацепцияға, отбасын жоспарлауға және ұрпақты болуға жауапты көзқарасқа қатысты ережелерді енгізуі керек [2]. Жыныстық қызметтің нашарлауымен байланысты көптеген мәселелерді болдырмау үшін қол жетімді алдын-алу шаралары туралы білу қажет. Оларға мыналар жатады: психологиялық кедергілерден құтылу; жыныстық өмірді бастауға, жүктілікті жоспарлауға арналған дәрістер; және жыныстық жолмен берілетін аурулардың алдын алу. Тұжырымдамадан бастап өмірдің соңғы минутына дейін адам ағзасы қоршаған ортамен өзара әрекеттеседі. Бұл өзара әрекеттесу адамның қалыпты өсуі мен дамуы үшін қажетті шарт болып табылады. Сыртқы ортаның әсерінен өмірдің әртүрлі кезеңдерінде адам ағзасының құрылымдары мен функциялары қалыптасады. Осылайша, қоғам өміріне ішкі әсер ететін барлық факторлар әлеуметтік болып табылады. Олар адамдардың өмірімен, бір-бірімен және қоғаммен қарым-қатынасымен байланысты. Адамдардың репродуктивті денсаулығына қандай факторлар және қалай әсер ететінін көрейік. Репродуктивті денсаулыққа теріс әсер ететін факторлардың бірі-стресс және созылмалы шаршау.

Стресс – организмнің гомеостазды бұзатын әртүрлі қолайсыз факторлардың-стрессстердің (физикалық немесе психологиялық) әсеріне спецификалық емес бейімделу (қалыпты) реакцияларының жиынтығы. Стресс деңгейі дененің тозу процестерінің жылдамдығына әсер етеді. Әлеуметтік стресс – денсаулықтың нашарлауының ең көп таралған себептерінің бірі. Сонымен қатар, әлеуметтік байланыстарды шектеу ауыр аурулардың көзі болуы мүмкін. Депрессия немесе когнитивті тұлғаның бұзылуы сияқты. Әлеуметтік факторлардың физиологиялық процестерге оң немесе теріс әсері осы қатынастардың сипатына байланысты. Достық қолдау шиеленісті жеңілдетеді. Адамның іс-әрекетін бағалауды қамтитын әлеуметтік қатысу стресс факторына тең. Сонымен қатар, қысқа мерзімді стресс кейбір тапсырмаларды орындау кезінде өнімділік пен тиімділікті арттыруы мүмкін. Бұл адреналин мен басқа ынталандырушы гормондардың өндірілуіне байланысты. Созылмалы шаршау тек теріс әсер етеді. Мұндай жағдайдағы адамдар әдетте летаргиялық және өзін нашар сезінетініне шағымданады. Көбінесе, біреу "репродуктивті денсаулық"

тұжырымдамасын айтқан кезде, пайда болатын жалғыз қауымдастық-бұл жүктілік, босану және онымен байланысты барлық нәрсе. Шындығында, "репродуктивті денсаулық" термині кеңірек. Біздің әлемде бұл тұжырымның толықтығы туралы ойға келу өте қиын. Шынында да, дәстүр бойынша, бұл терминнің басқа тармақтарын елемей, баланың тууы туралы ғана айту әдеттегідей. Бізді қоршаған қоғам көбінесе өзіне қайшы келеді. Мысалы, әйел денесі өте сексуалды және жарнама мен бұқаралық ақпарат құралдарында қолданылады, бірақ әйелдердің сексуалдылығы тыйым салынған, бұл туралы айту әдеттегідей емес. Көптеген стереотиптер осы тақырыптың айналасында жатыр-бұл психосексуалдық фактор. Біздің қоғамда тартымдылық пен ләззат туралы айту әдеттегідей емес және бұл жыныстық қатынас саласына теріс түс береді. Бұл әсердің нәтижесі әсіресе жасөспірімдер мен жастар арасында айқын көрінеді. Жыныстық тәрбие мен жыныстық білімнің болмауы жас ұрпақтың репродуктивті денсаулығына теріс әсер етеді. Телегония туралы сенімге сенушілерді немесе ешқандай медициналық зерттеулермен расталмаған өз сенімдерін бұқараға жеткізетін адамдарды жиі кездестіруге болады. Жыныстық қатынас саласында пайда болатын теріс контекст оның денесі мен сексуалдылығын тыныш зерттеуге мүмкіндік бермейді. [3] Көптеген сұрақтар ашық және түсініксіз болып қалады, өйткені ресми және сенімді дереккөздер жоқ және Интернеттен табылған ақпарат әрдайым дұрыс бола бермейді. Мұның бәрі көбінесе репродуктивті денсаулыққа теріс әсер ететін психосексуалдық фактор болып табылады.

Өмір сүру деңгейі мен білім деңгейі де халықтың әл-ауқатын көрсететін маңызды көрсеткіш болып табылады [4]. Оны бағалау үшін әлеуметтік-экономикалық, қоғамдық-саяси, экологиялық және басқа факторлардың тұтас кешені қолданылады. Оларға, мысалы, ел экономикасындағы дағдарыстық құбылыстар жатады, бұл медициналық-демографиялық жағдайдың нашарлауына, сондай-ақ әйелдер мен балалардың денсаулығындағы жағымсыз тенденциялардың өршуіне әкеледі. Оларға материалдық, тұрғын үй сипатындағы қиындықтар, қазіргі заманғы отбасылық-неке қатынастарының ерекшеліктері, оларды салыстырмалы түрде кеш безендіру түрінде де, тұрақтылықтың жеткіліксіздігі де жатады. Қазіргі әлемде адамдар өздерінің қаржылық қауіпсіздігіне көп көңіл бөледі, бұл әдетте адамдардың ата-ана болу жасын арттырады. Ел экономикасындағы дағдарыстық құбылыстар және оның нарықтық қатынастарға көшуі кезеңінде медициналық-демографиялық жағдайдың нашарлауы байқалады, әйелдер мен балалардың денсаулығындағы жағымсыз тенденциялар дамуда. Экономикалық компонент те маңызды [5]. Бұл мәселелерді шешу үшін нормативтік-құқықтық базаны жетілдіру, қаржыландыру, отбасын жоспарлау қызметінің қолжетімді мекемелерін ашу, медициналық қызметтердің көлемін анықтау және сапасын қамтамасыз ету және инновациялық технологияларды пайдалану арқылы ұйымдық-құрылымдық бөлімшелерді қайта құрылымдау қажет.

Қорытындылар:

1. Адамның репродуктивті денсаулығына әлеуметтік факторлардың әсері орасан зор. Біз қандай қоғамда тәрбиеленіп жатырмыз, айналамыздағы адамдар біздің басымызға қандай көзқарастар қояды, біздің жеке басымызды, белгілі бір мәселелер бойынша пікірімізді, болашағымызды қалыптастырады.

2. Репродуктивті денсаулық-бұл біздің өміріміздің маңызды бөлігі, өйткені бұл біздің денсаулығымыздың бір бөлігі ғана емес, сонымен бірге біздің өміріміздің жайлылығы үшін де жауап береді. Біздің денсаулығымыздың осы аспектісіндегі проблемалар гормоналды бұзылуларға әкелуі мүмкін, ал олар өз кезегінде біздің денеміздегі барлық мүшелер жүйелерімен байланысты проблемалар.

3. Мемлекеттің халықпен білім беру жұмысын және медициналық персоналдың біліктілігін арттыруды қамтитын барабар демографиялық саясатты жүргізуі маңызды.

4. Стресс пен созылмалы шаршау репродуктивті қысым сияқты репродуктивті денсаулық жағдайына теріс әсер етеді. Психосексуалдық фактордың оң түске ие болуы өте

маңызды. Өмір сүру және білім деңгейі білім деңгейіне және тиісінше денсаулық жағдайына тікелей әсер етеді.

Әдебиеттер тізімі:

1. Кайырбекова К.К. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья подрастающего поколения, Журнал « Научный Альмонах», 2020г, 70-72
2. Касымова Г.П. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин. – Алматы: Казахский национальный медицинский университет имени С-Д. Асфендиярова, Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан, 2004.
3. Костюкова Н.Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин. – М., 2011.
4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2016 г.: Статистический сборник. – Астана, 2017.
5. Гаждимуратова С.М. Репродуктивное здоровье многодетной женщины. Медико-социальные аспекты. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011, 35-40.

**ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ПО ВОПРОСАМ
КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ АКШ**

Р. Ш. Сәдірханов, А.Р. Рыскулова, Н.Н. Айтамбаева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Самый распространенный тип сердечного заболевания у взрослых, ишемическая болезнь сердца (ИБС), остается ведущей причиной смертности во всем мире. Хотя ежегодный уровень смертности, связанной с ИБС, снизился на 27,9% за последнее десятилетие, ИБС и ее факторы риска способствовали увеличению бремени для отдельных лиц, их семей и систем здравоохранения [1]. Более того, по оценкам, 75% этих событий можно было бы предотвратить, если бы пациенты вели надлежащее поведение в отношении здоровья (Всемирная организация здравоохранения, 2021). Поведение в отношении здоровья можно определить как факторы риска ИБС, которые люди могут улучшить путем изменения образа жизни и которые связаны с лучшими показателями здоровья пациентов с ИБС. Такое поведение включает в себя отказ от курения, физическую активность, здоровое питание и питание, а также соблюдение назначенных лекарств, и все это может потребовать соответствующих знаний, связанных с заболеванием, для принятия. Несмотря на эти убедительные доказательства, только половина пациентов с ИБС придерживаются и поддерживают необходимое здоровое поведение, что усиливает необходимость в образовательных вмешательствах. Медицинская реабилитация больных после операций на органах грудной клетки в стационарных условиях имеет ряд преимуществ. Она позволяет начать реабилитацию раньше, улучшать состояние пациента при возникновении осложнений и вносить корректировки в программу реабилитации, если она не достигает ожидаемого эффекта или плохо переносится.

Цель: изучить вопросы медицинской грамотности по вопросам кардиореабилитации среди пациентов перенесших АКШ.

Материалы и методы. Аналитический

Результаты. Недостаток грамотности может вызвать серьезные проблемы в здравоохранительной системе. Ограниченные навыки в чтении могут ослабить пациентов и привести к дополнительным расходам для тех, кто нуждается в медицинской помощи. Требуется дополнительные исследования для более глубокого понимания навыков чтения пациентов о функционировании систем здравоохранения. Решение этих проблем требует

совместных усилий медицинского сообщества, создания доступных и адаптивных программ кардиореабилитации, а также обеспечения информированности и поддержки пациентов после АКШ.

Выводы. Высокий уровень образования коррелировал с улучшением качества жизни, в то время как наличие факторов риска для сердечных заболеваний ассоциировалось с его ухудшением. Не выявлено никакой связи между стратификацией сердечного риска, возрастом или религиозностью и уровнем качества жизни. После участия в программе кардиореабилитации отмечено улучшение качества жизни, что подчеркивает необходимость повышения осведомленности медицинского персонала о значительных преимуществах подобных программ реабилитации.

Список литературы:

1. doi.org/10.1111/j.1745-7599.2002.tb00069.x
2. doi.org/10.1111/nhs.12615

АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ.

Обзор научной литературы

С.Т Уалиева, М.А Камалиев

Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ»

Актуальность. Врачебные ошибки в практике считаются значительной клинической и экономической задачей и являются одной из самых серьезных проблем для систем здравоохранения. Наиболее распространенными случаями, на которые влияют диагностические расхождения, являются инфекционные заболевания. К врачам-инфекционистам часто обращаются за консультацией по поводу диагностических и терапевтических подходов к более сложным пациентам. Это в полной мере относится к ведению больных, страдающих инфекционными патологиями. Более того, дефекты профессиональной деятельности в этой области чреватые не только серьезными клиническими, но и эпидемиологическими последствиями. В последние годы медицинским ошибкам в практике врача-инфекциониста стало уделяться определенное внимание. Однако, их частота, характер и причины оцениваются разными авторами весьма субъективно и неоднозначно. Между тем, особенности врачебной деятельности в условиях страховой медицины, увеличивающееся с каждым годом число исков к лечебным учреждениям и клиницистам, вынуждают исследователей активно заниматься этой проблемой.

Цель исследования: Повышение качества оказания медицинской помощи инфекционным больным

Материалы и методы. Для анализа частоты, структуры дефектов диагностики инфекционной болезни у пациентов по материалам приемного и стационарного инфекционных отделений многопрофильной больницы были использованы журналы регистрации инфекционных заболеваний (форма 058/у), сопроводительные листы скорой медицинской помощи (форма № 114/у), направления на госпитализацию в стационар (форма № 057у-04) у больных, которые были направлены и госпитализированы в инфекционное отделение Городской клинической инфекционной больницы имени И.Жекеновой.

Выводы. Для предотвращения медицинских ошибок в практике врача-инфекциониста необходимо разработать конкретные рекомендации:

- 1) Обучение и повышение квалификации врачей-инфекционистов. Врачи должны регулярно обновлять свои знания о новых методах диагностики и лечения инфекционных заболеваний.

2) Создание системы надзора и контроля качества за деятельностью врачей-инфекционистов. Это поможет выявить и предотвратить возможные ошибки в работе.

3) Улучшение сотрудничества и коммуникативных навыков между медицинским персоналом разных специальностей. Постоянные консультации и обсуждения сложных случаев помогут предотвратить ошибки и принять правильные решения.

4) Систематическое соблюдение протоколов и стандартов инфекционной патологии. Врачи-инфекционисты должны быть строго привержены соблюдению правил стерильности и применению правильных процедур.

Список литературы:

1. Козловская О.В., Катанахова Л.Л., Камка Н. Н., Магомедова Е.Р., and Радченко О.С. "Ошибки диагностики инфекционной патологии (по материалам многопрофильного стационара)" *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*, №2, 2019г, pp. 37-44.

2. Холлингсхед С.М., Хазан А.Е., Франко Дж.Х «Оценка потребностей в консультировании по инфекционным заболеваниям в общественных больницах» [опубликованное исправление опубликовано в *Infect Dis Ther.* 2023 Jul;

3. Вик А., Эстрада К.А., Родригес Дж.М. «Клиническое обоснование для специалиста по инфекционным заболеваниям: пособие по распознаванию когнитивных искажений». *Клин Инфект Дис.* 2016г; 57(4):573-578.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА СТРУКТУРУ ТРАВМАТИЗМА

Ш.О. Беркинбаева, М.Д.Бримжанова, Н.Н. Айтамбаева, Ш.М. Мойынбаева
Казахстанский медицинский университет "ВШОЗ"

Введение. Травмы, наряду с заболеваниями системы кровообращения и раком, являются одной из главных проблем в области здравоохранения и общественного здоровья во многих странах мира. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), травмы приводят к высокой заболеваемости и смертности, особенно среди молодых людей в трудоспособном возрасте. Ежегодно более 5 миллионов человек умирают от травм в мире, что составляет примерно 10% от общего числа смертей [1]. В Казахстане в структуре заболеваемости, временной нетрудоспособности и смертности травмы занимают пятое место, по первичному выходу на инвалидность – третье место [2]. Последствия травм, отравлений и некоторых других внешних факторов значительно влияют на структуру заболеваемости и смертности. Они являются ключевыми показателями не только уровня здравоохранения, но оценкой состояния экономики и общества в целом [3] Пандемия COVID-19, возникшая в 2020 году, является глобальным кризисом, затронувшим практически все аспекты жизни человечества, включая сферу здравоохранения. В целях обеспечения безопасности населения страны Президент К.К. Токаев 15 марта 2020 года издал Указ №285 «О введении чрезвычайного положения в Республике Казахстан», которым объявил чрезвычайное положение на всей территории страны [4] В рамках стратегии "Казахстан – 2050" намечена цель повышение ожидаемой продолжительности жизни населения Казахстана до уровня развитых стран. Последствия травм, отравлений и некоторых других внешних факторов значительно влияют на структуру заболеваемости и смертности в Республике Казахстан. Они являются ключевыми показателями не только уровня здравоохранения, но оценкой состояния экономики и общества в целом.

Цель: изучить основные аспекты влияние пандемии Ковид-19 на структуру травматизма в современном обществе

Материалы и методы. Аналитический проведение литературного обзора по источникам в базах.

Результаты. В 2020 году произошла пандемия COVID-19, которая была катастрофическим глобальным кризисом и затронула все сферы жизни человечества, включая здравоохранение. Первоначально заболевание появилось в городе Ухань, расположенном в провинции Хубэй, Китай, где был зарегистрирован нулевой пациент в конце 2019 года. С течением времени, COVID-19 распространился по всему миру со скоростью, пропорциональной его величине.

Пандемия оказала значительное влияние на практически все сферы здравоохранения, за исключением травм и травматизма. Власти по всему миру принимали активные и пассивные меры в ответ на пандемию. Правительства разных стран предпринимали различные ограничительные меры по своему усмотрению.

Выводы. В целом, пандемия COVID-19 оказывает значительное влияние на структуру травматизма, вызывая изменения в частоте, типах, причинах, результатам и последствиям травм. Это требует адаптации систем здравоохранения и разработки соответствующих стратегий для минимизации рисков и обеспечения качественной помощи пострадавшим.

Список литературы:

1. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-sostoyanie-problemy-travmatizma/viewer>
2. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.06.003>
3. <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-novoy-koronavirusnoy-infektsii-na-strukturu-detskogo-travmatizma/viewer>.
4. <https://cyberleninka.ru/article/n/ridder-alasynda-y-covid-19-virusyny-pandemiyasy-karantindik-kezindegi-zhara-attardy-taldau-ridder-alaly-auuhanasyny-derekeri/viewer>

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЛАСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ

Каукербекова А.К., Құсаинова Г.С., Саусакова С.Б., Тургамбаева А.К.
НАО «Медицинский Университет Астана», г. Астана, Казахстан

Актуальность. Разработки и инновации в области цифровой медицины оказывают значительное влияние на современную систему здравоохранения. Цифровая медицина предоставляет широкий спектр инструментов для решения различных задач, включая дистанционный обмен информацией, оценку общего состояния пациентов, проведение диагностики, лечение и онлайн консультации для непрерывного мониторинга здоровья.

Одним из ключевых преимуществ данных технологий является возможность оперативной оценки показателей здоровья граждан и перенаправления их в центры обработки данных при выявлении патологий или отклонений от нормы. Это особенно актуально в свете того, что многие люди не всегда обращают внимание на ранние симптомы заболеваний и не обращаются за медицинской помощью вовремя. Также технологии используются для постоянного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, число которых в последние годы увеличивается по миру. Медицинской организации предоставляют доступ к носимым (браслеты, часы, мобильные приложения и другие) и имплантируемым (вживляемые под кожу или внутрь организма) устройствам, которые в свою очередь оснащены средствами для анализа и передачи информации о пациенте. Цель исследования заключается в анализе использования и внедрения инновационных (цифровых) технологий в сферу здравоохранения Республики Казахстан и других стран.

Материалы и методы. Обзор статистических отчетов, отечественной и зарубежной научной литературы, посвященной данному вопросу.

Результаты. На протяжении 2021-2022 годов Всемирная организация здравоохранения

(ВОЗ) активно изучала данные о цифровых технологиях и проводила консультации с опытными специалистами, целью которых было разработать рекомендации по оптимальному использованию этих инструментов для улучшения систем здравоохранения и обеспечения здоровья населения. С целью поддержки правительств в мониторинге и координации процессов цифровизации их здравоохранения, ВОЗ создала глобальную онлайн платформу, "Атлас цифрового здравоохранения", где политические лица могут отслеживать свою деятельность в этой сфере. Также, ВОЗ учредила инновационные партнерства, включая инициативу "Будь здоров, будь мобилен", направленную на превентивные меры по борьбе с неинфекционными заболеваниями. Организация также работает над увеличением потенциала цифрового здравоохранения для стран Африки через своё Региональное бюро [1].

Одно из проведённых исследований мониторинга здоровья оценивало использование встроенных носимых датчиков для пациентов с раком последней стадии, чей прогноз выживания составлял от 8 недель до 12 месяцев. Этот метод позволял предсказать и предотвратить быстрое ухудшение состояния здоровья и снизить необходимость неплановых госпитализаций или посещений скорой помощи. В дополнение к данным от датчиков, включающим частоту сердечных сокращений, вариабельность сердечного ритма и скорость шагов, пациенты ежедневно заполняли анкету визуально-аналоговой шкалы (VAS) через мобильное приложение для оценки боли и стресса. Исследование показало умеренно положительную корреляцию между данными мобильного здоровья, полученными от датчиков, и ежедневными оценками VAS ($r = 0,6$, $p < 0,0001$) [2]. Также, еженедельные телефонные опросы пациентов показали корреляцию между данными мобильного здоровья в ходе заполнения опросника качества жизни Европейской организации по исследованию и лечению рака (EORTC QLQ-C30) и отсутствие существенной корреляции между мобильными функциями здоровья и индивидуальным QLQ-C30. Кроме того, у пациентов, которые обратились в больницу неотложной помощи ($n = 11$, 36,7%) в течение периода исследования, наблюдалось увеличение частоты сердечных сокращений в состоянии покоя, снижение вариабельности сердечного ритма и тенденция к увеличению скорости шага по сравнению с пациентами, не обращавшимися в больницу неотложной помощи [3].

Цифровизация здравоохранения способствует улучшению работы медицинского персонала, облегчая планирование медицинских услуг, ускоряя диагностику по медицинским изображениям с помощью искусственного интеллекта, и предоставляя доступ к полной медицинской истории пациентов, а также информации для медицинских исследований и стандартов лечения [4]. Также важно отметить, что использование приложений имеет связь с клинической эффективностью, что подчеркивает потенциал технологий мониторинга заболеваний для улучшения процессов скрининга и лечения различных заболеваний [5].

Заключение. В настоящее время развитие новейших медицинских технологий предоставляет множество перспектив для улучшения здравоохранения. Электронные медицинские записи и облачные технологии становятся неотъемлемыми компонентами, способствуя эффективному обмену информацией и улучшению координации врачебной работы. Данные инновации не только повышают эффективность заботы о здоровье, но и создают основу для перспективного будущего медицины, ориентированного на предотвращение заболеваний, оперативное реагирование на угрозы здоровью и расширение доступности медицинской помощи. Использование искусственного интеллекта в клинических решениях, хотя и ограниченное, открывает путь к потенциальному усилению медицинского ухода с использованием хирургии с применением ИИ, виртуальных медсестер и инновационных медицинских гаджетов. Таким образом, современные технологии в медицине становятся незаменимым инструментом, направленным на улучшение качества жизни и продление человеческого здоровья, а инвестиции в интеллектуальные решения обещают усилить эффективность и доступность медицинского ухода в будущем.

Список использованной литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения. Меры цифрового здравоохранения. [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/ru/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions> (дата доступа: 28.11.2023).
2. Pavic M., Klaas V., Theile G., Kraft J., Troster G., Blum D., Guckenberger M. Mobile health technologies for continuous monitoring of cancer patients in palliative care aiming to predict health status deterioration: A feasibility study. *J. Palliat. Med.* 2020;23:678–685. doi: 10.1089/jpm.2019.0342.
3. Elkhodr, M., Darwish, O., Alsinglawi, B. Application of Smartphone Technologies in Disease Monitoring: A Systemic Review. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8303662/> (дата доступа: 28.11.2023).
4. Инновационные технологии, электронная документация и сокращения расходов: как развивается цифровизация в сфере здравоохранения. [Электронный ресурс] URL: <https://primeminister.kz/ru/news/reviews/innovacionnye-tehnologii-elektronnaya-dokumentaciya-i-sokrashchenie-rashodov-kak-razvivaetsya-cifrovizaciya-v-sfere-zdravoohraneniya-20103932> (дата доступа: 28.11.2023).
5. Roser M., Ortiz-Ospina E., Ritchie H. Ourworldindata.org: Life Expectancy, 2013. Доступно онлайн: <https://ourworldindata.org/life-expectancy> (дата доступа: 1.07.2020).

ЭЛЕКТРОМАГНИТТІК ТОЛҚЫНДАРДЫҢ АДАМ АҒЗАСЫНА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ

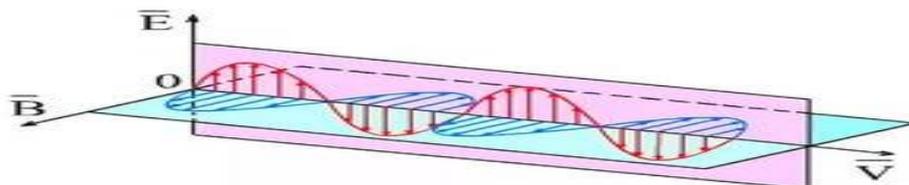
Кәріпбай А.Т., Кубеева Ж.К.
«KSPH» медициналық колледжі

XXI ғасыр – озық технологиялар ғасыры. Сондықтан білім беру жүйесінде жаңа технологияларды тиімді пайдалану заман талабы.

Ғалымдар адам ағзасы шамамен 10 триллион жасушадан тұратынын айтады. Ағза сәулеленгенде миллион жасушаның қалпына айналып, оның әрбірі қатерлі ісікке душар болады. Ондай жасушалар саны жылдам көбейе бастайды. Нәтижесінде ісікке бой алдырған жасушалар артып, оның соңы аты жаман ауруға алып барады. Имундық жүйе адам ағзасына сәуле өткенде ғана емес, өзге де себептерден зардап шеге береді. Күнделікті өмірде адам өте аз мөлшерде болса да сәулелеленеді екен.

Радиоактивті сәуле денеге ғарыштан, табанымыздың астындағы жерден, радио, теледидардан, ұялы телефоннан, компьютерден, сондай-ақ өндіріс орындарынан енеді.

Электромагниттік толқындар — байланыс тізбегін құрайтын екі сымның арасындағы электрлік және магниттік өрістер бір-бірімен белгілі бір электромагниттік энергия мөлшерінде байланыста болатын толқын.



Электромагнитті толқындар

Электромагниттік толқындар кез келген үйде, мекемеде жалпы адам өмір сүретін барлық ортада бар. Электромагниттік толқындарды тұрғын үйдің теледидарында, өтегінде, мұздатқыштарында, микротолқынды пеште, шаңсорғыштарда, компьютерде, ұялы телефондарда болады. Электромагниттік толқындардың 1000 мГц таралу керек болса, электро техникалық құрылғыларда кейде одан көп асып кетеді.



Мысалы: үтікті қосқан кезде 25см қашықтықта одан 0,2мкТл электромагниттік толқындар бөлінеді.

Ұялы телефонның әсері

Біздің асыққан заманда ұялы телефон – уақытымызды үнемдейтін таптырмас көмекші құрал. Алайда, оның зияныда бар. Бір-бірімізбен хабар алмасып, қоңырау шалып, хабарлама жазамыз. Ұялы телефондарға суретке түсіп, интернет пен әлуметтік желілерде "отырамыз". Ойындар ойнап, фильм қарап, оятар қойып, сүйікті әуендерімізді тыңдаймыз. Осыншама функционалды дүние қалайша зиян бола алады? Ғалымдардың жүргізген зерттеулері бойынша, адам ұялы телефонды қолданғанда оның миы басқаша жұмыс істей бастайды. Бір сағаттық әңгіме нәтижесінде, телефон қойылған жақтағы мидың бөлігінде көбірек глюкоза алмасуы болады. Бұл зерттеулер де әлі жалғасуда, мамандар бұл факті адамның денсаулығына қалай әсер ететінін айта алмай отыр. Соңғы жылдары бас аймағында ісіктерге шалдыққандардың саны өскені белгілі. Дәрігерлердің көпшілігі мұны ұялы телефонмен байланыстырады. Ұялы телефонды көбірек қолданған сайын, ісік сияқты қауіпті ауруларға тап болу мүмкіндігі өседі. Ұялы телефонды тастауға асықпай, кейбір шараларды қолға алсаңыз, оның жаман әсерінен кішкене болса да, сақтана аласыз. Бұрындары көбінесе монитор да өте зиян деген болатын. Мамандар клавиатураның одан да қауіптірек екенін айтады. Себебі, клавиатурадағы төмен диапазоннан тарайтын электромагниттік сәулелер саусақ арқылы ағзаға әсер ететін көрінеді. Нәтижесінде, компьютермен көп жұмыс істеген адам жүйке ауруына ұшырайды. Және де компьютердің алдында көп отырғандар саусақ ауруларына да шалдығады.



Көп ғалымдар ұялы телефонның электромагниттік толқындарының шынында да адам ағзасына қаншалықты зияны бар екенін зерттеп қараған. Оған 12 елден келген 15 мың дәрігер мамандар қатысқан. Ал Россияның ғалымдарының зерттеу барысында NMT-450, AMPS-800 ұялы телефондарымен сөйлескен кезде адамның миының биоэлектрлік жылдамдығына әсер ететіні байқалған. Электромагниттік сәулелер адам ағзасына өте қатты зиян тіпті кейде өлімге де әкеп соқтыруы мүмкін. Өзіміз жиі сезінетін ұялы телефонның ең әсерлі көріністері: бас айналуы, құлаққа жақын «жылу» сезімі, жүрек айнуы, неврологиялық бұзылулар, шаршаудың артуы. Ал максималды температура 36-39°C дейінгі 30 минутқа дейін байқалды. **Жапон дәрігері Хажим Кимата** аурухананың «Unitika» ауруханасынан (Киото) ұялы телефондардан шығатын микротолқындардың астмата сияқты аллергиялық реакциялар тудыратын антигендерді «қоздыратын» деп санайды. Ұялы телефон ұрпақты болу жүйесіне де зиян келтіреді. Мысалы, телефонда күндерін өткізетін әйелдер де 1,5 есе жиі туындайды, туа біткен кемістігі бар балалардың саны 2,5 есеге көбейген. Сондықтан, көптеген елдерде әйелдерге жүктілік фактісін анықтаған сәттен бастап және бүкіл кезең ішінде ұялы телефондарды пайдалану қатаң тыйым салынады. Эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижесі әйелдердің электромагниттік сәулеленуімен байланысының ерте туылуына әкелуі, ұрықтың дамуына

әсер етуі және, ақырында, туа біткен кемістіктердің пайда болу қаупін арттыруы мүмкін деген қорытындыға әкеледі.

Wi-Fi әсері. Қазіргі заманға сай бізде ұялы телефонмен қатар wifі апараттарын қолданамыз оның жағымсыз әсерін біле бермейміз. Оның жағымсыз жақтары жеткілікті. Оған мысал, Wi-Fi аллергиясы анықталды.



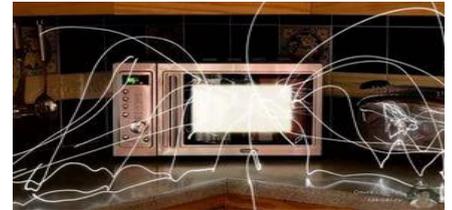
АҚШ-тың сарапшылары аллергияның жаңа түрін сымсыз Wi-Fi желілеріне жазды. АҚШ-тың сарапшылары аллергияның жаңа түрін сымсыз Wi-Fi желілеріне жазды.

Аллергиялық реакция қалай көрінеді және өзін қорғау үшін не істеу керек? Бас ауруы, бірлескен ауырсыну, құрғақшылық немесе көздің жыртылуы, жұлдыруда ісігі аллергияға Wi-Fi немесе электромагниттік жоғары сезімталдық сияқты аллергияның кез-келген басқа түрімен де көрінеді. Дәрігерлер соңғы жылдары мұндай белгілермен науқастарға көмектесу үшін оларға көбірек назардан тыс қалмауын қамтамасыз етеді.

4. Микротолқынды пештің әсері.

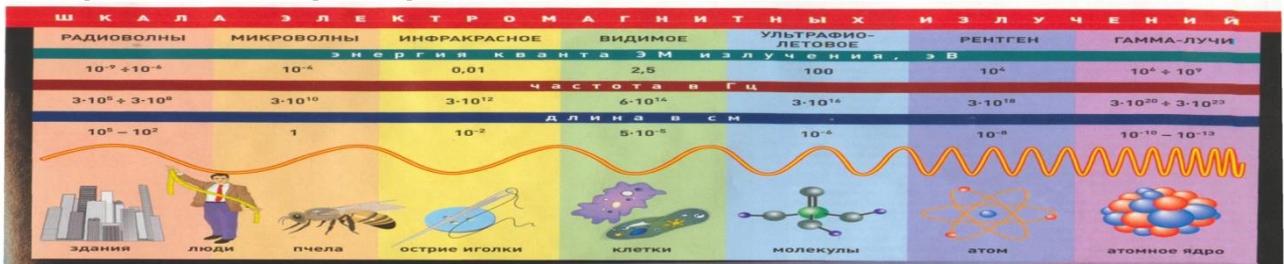
Микротолқынды пеште қатып тұрған жеміс-жидекті жібіткен кезде, олардың глюкозидтары және галактозидының құрамында концентрат элементі бар ұсақ бөлшекке айналады. Тағамның құрамы 60% пайыздан 90% пайызға дейін азаяды. В, С және Е витаминдерінің биологиялық қасиеті жоғалады. Роберт Беккер Өзінің «Электричество тела» атты еңбегінде Ресейлік ғалымдардың зерттеуіне сүйене отырып, микротолқынды пештің әсерінен туындайтын ауруларды қарастырды.

Микротолқындар өте жоғары жиіліктегі электромагниттік сәулелену. Ұялы телефондар, Bluetooth, сандық телевидение, басқа байланыс құралдары мен ақпаратты беру үшін жиіліктерге ұқсас жиіліктер қолданылады.



Микротолқынды пештің құрылысы өте қарапайым. Әр микротолқынды пеш жоғары вольтты генерациялайтын жоғары вольтты трансформаторды қамтиды. Электр энергиясын жоғары жиілікті электромагниттік өріске айналдыратын Magnetron. Ең алдымен, микротолқындар судың, қанттың және майдың молекулаларына әсер етеді. Мәселен, су молекулалары екі сутегі атомы мен оттегі атомынан біледі. Кәдімгі мемлекеттегі бұл атомдар абсолютті тыныштықта, өйткені оларда керісінше заряд бар. Микротолқындар тікелей атомдарға айналады, оларды айналдыруға мәжбүр етеді. Нәтижесінде су қызады.

Электромагниттік сәулелену шкаласы



Жалпы қасиеттері:

- Барлық ЭМВ бір физикалық сипатқа ие.
- Электр зарядының жедел қозғалысы кезінде пайда болады.
- Барлық ЭМВ-ға тән қасиеттер: полярлық, рефлексия, рефракция, жұту интерференциясы және дифракциялық.
- Вакцинада 300000 км/с жылдамдықпен таралады.

Айырмашылықтары:

Жиілікті бөлу кезінде

- Толқын ұзындығының төмендеуі бар.
- Радиация энергиясының эмиссиясы заттардың әлсіз сіңірілу қабілеттілігін ендіреді.
- Кванттық қасиеттердің күшті көрінісі болады.
- Жанды организмдерге зиянды әсерін күшейтеді.

ЭМВ қандай жағдайда пайда болады:

- Электрон біркелкі түзіледі.
- Электрон жылдамдықпен түзіледі.
- Электрон айналмалы түрде біркелкі жүреді.

Әдебиеттер:

1. zetfail.ru/mikrovolnovaya-pech-plyusyi-i-minusyi-byitovogo-pribora/
2. Физика в школе журналы 2012ж ,№ 1
3. <https://thequestion.ru/questions/197403/byvaet-li-allergiya-na-wi-fi>

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А. Сугурғали, М.А. Баймуратова, В.Б. Камхен, А.Р. Рыскулова, Г.Т.Абилова,
Н.А.Садуақасова, Ә.Н. Самадин
Казахстанский медицинский университет "ВШОЗ"

Актуальность: Травмы коленного сустава являются наиболее часто встречающимися, примерно 50% от общего числа травм опорно-двигательного аппарата [1].

Частые травмы коленного сустава объясняются его большим размером, значительной физической нагрузкой и сложной структурой, так как движения в нем происходят в трех взаимно перпендикулярных осях и плоскостях [2].

Одной из самых часто повреждаемых структур коленного сустава являются крестообразные связки и занимают второе место по частоте. Травмы передней крестообразной связки и мениска случаются в 70% случаев [3]. Данный вид травм считается одним из самых серьезных, так как они могут нарушить опорную функцию конечности и паттерн ходьбы, что в свою очередь приводит к существенным ограничениям. Соответственно диктуют необходимость принятия управленческих решений в сфере организации мероприятий, направленных на улучшение качества жизни.

Цель исследования: Изучить опыт и практику с определением особенностей медицинской реабилитации для пациентов после травм коленного сустава для полного восстановления качества жизни пациента.

Материалы и методы: Стратегия поиска. Были изучены статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием следующих баз данных научных публикаций и специализированных поисковых систем глубиной за последние 20 лет: PubMed, Mendeley, Scopus, Web of Science, Google Scholar.

Результаты: Разрывы передней крестообразной связки (ПКС) являются распространенной травмой коленного сустава, которая, в основном, встречается у лиц наиболее трудоспособного возраста, по данным ряда авторов М.Э.Ирисметов с соавторами

(2019), Alexander W. с соавторами (2022), Roula Kotsifaki, с соавторами (2023), A.G.Culvenor, с соавторами (2022), Е.Н. Гончаров с соавторами (2020) [4, 5]. Исследование, проведенные в Скандинавии, показало, что наиболее распространенным причиной нетрудоспособности в спорте указывается травма коленного сустава [6]. Технические достижения в хирургии по лечению таких травм очень высокие. Однако пациенты сталкиваются с значительными сложностями именно в период выздоровления, то есть на реабилитационном этапе. Кроме того, более 50% пациентов, сообщает Михайлов И.Н с соавторами. (2018) [7], никогда не достигают полного функционального восстановления, а также это может быть причиной окончания спортивной карьеры и приводит к инвалидизации, которая сопровождает пациента на протяжении всей жизни.

Потребность в улучшении состояния пострадавшего выходит за рамки хирургического лечения, т.к. реабилитацией занимаются специально обученные врачи физической медицины и реабилитации, делится зарубежный исследователь [8].

Кроме того, заслуживает особого внимания информация о том, что в 44% случаев люди получают вторичный разрыв, который происходит из-за биомеханической асимметрии и нарушения нейромышечного контроля [9], что подчеркивает актуальность изучения возможностей медицинской реабилитации. Продолжительность реабилитационных мероприятий обычно составляет от 5 месяцев до 1 года, однако даже после восстановления функции конечности часто возникают осложнения, связанные с последствиями травм и заболеваниями, связанными с повреждением коленного сустава. Например, вероятность развития деформирующего остеоартроза коленного сустава (гонартроза) из-за нарушения баланса во время движения увеличивается на 13-42% [10], подобные выводы исследователей диктуют необходимость рассматривать все этапы медицинской реабилитации, обеспечивающие минимизацию осложнений подобного рода.

Следует отметить особо, что после восстановления двигательной активности, существует риск возникновения вторичной травмы при высоких и максимальных нагрузках. Нежелательный эпизод подчеркивает необходимость поиска новых методов и форм организации физической реабилитации, способствующих максимальному восстановлению стабильности коленного сустава и улучшению сенсомоторного контроля в управлении движениями.

Таким образом, основные принципы реабилитации лежат в основе периода восстановления, позволяющего вернуться в дооперационный период физической активности, а значит диктует необходимость повышения уровня самообразованности и осведомленности самих пациентов на всех этапах ПМСП. Нами планируется разработка специальной (детализированной) программы реабилитации для пациентов после травм коленного сустава, в частности: физиопроцедуры, кинезиотерапию, комплексы упражнений лечебной физкультуры, мягкие техники мануальной терапии, отличающиеся от общих рекомендаций своим прикладным пациент ориентированным характером.

Вывод: Обобщая полученные сведения доступной литературы по данной теме, нами выявлены нерешенные вопросы реабилитации, способные обеспечить полное восстановление пациента после травмы коленного сустава.

Список использованной литературы:

1. П.П. Чекерес, М.В.Будашкина, В.В.Муханов, А.А.Карапашевич. Недостаточность проприоцептивного контроля после пластики ПКС как причина повторных травм коленного сустава у профессиональных спортсменов // Клиническая практика №3-4. – 2015. – 95-98 с.
2. Bernard J, Lemon M, Patterson MH. Arthroscopic washout of the knee--a 5-year survival analysis. *Knee*. 2004 Jun;11(3):233-5. doi: 10.1016/S0968-0160(03)00108-X. PMID: 15194101.
3. Sofu H, Yildirim T, Gürsu S, Issin A, Şahin V. Short-term effects of partial meniscectomy on the clinical results of anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surg Sports Traumatol*

Arthrosc. 2015 Jan;23(1):184-7. doi: 10.1007/s00167-014-2960-2. Epub 2014 Mar 30. PMID: 24682517.

4. Brinlee AW, Dickenson SB, Hunter-Giordano A, Snyder-Mackler L. ACL Reconstruction Rehabilitation: Clinical Data, Biologic Healing, and Criterion-Based Milestones to Inform a Return-to-Sport Guideline. *Sports Health*. 2022 Sep-Oct;14(5):770-779. doi: 10.1177/19417381211056873. Epub 2021 Dec 13. PMID: 34903114; PMCID: PMC9460090.

5. Kotsifaki R, Korakakis V, King E, Barbosa O, Maree D, Pantouveris M, Bjerregaard A, Luomajoki J, Wilhelmsen J, Whiteley R. Aspetar clinical practice guideline on rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction. *Br J Sports Med*. 2023 May;57(9):500-514. doi: 10.1136/bjsports-2022-106158. Epub 2023 Feb 2. PMID: 36731908.

6. Пучко А.А., Ясюкевич А.С., - Анализ уровня и структуры травм коленного сустава в различных видах спорта - Республиканский научно-практический центр спорта УДК 616.728.3-001-08 - 26.04. 2019 – с. 65-75

7. Сравнительное определение механической прочности моделей трансплантатов из половины сухожилия длинной мало- берцовой мышцы и сухожилия полусухожильной мышцы (экспериментальное исследование) / И.Н. Михайлов, М.Э. Пусева, Д.Б. Бальжини-маев, А.В. Семенов, В.В. Верхотуров, Е.В. Верхотурова // Гений ортопедии. 2021. Т. 27, № 6. С. 789-794.

8. Armshaw, B., Vaidya, M., & Mehta, S. (2023). Surface electromyography-based biofeedback and knee rehabilitation: A review of the literature. *Behavioral Interventions*, 38(1), 178–197. <https://doi.org/10.1002/bin.1907>

9. Hewett TE, Di Stasi SL, Myer GD. Current concepts for injury prevention in athletes after anterior cruciate ligament reconstruction. *Am J Sports Med*. 2013 Jan;41(1):216-24. doi: 10.1177/0363546512459638. Epub 2012 Oct 5. PMID: 23041233; PMCID: PMC3592333.

10. Eggl S, Kohlhof H, Zumstein M, Henle P, Hartel M, Evangelopoulos DS, Bonel H, Kohl S. Dynamic intraligamentary stabilization: novel technique for preserving the ruptured ACL. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2015 Apr;23(4):1215-21. doi: 10.1007/s00167-014-2949-x. Epub 2014 Mar 21. PMID: 24651979; PMCID: PMC4371814.

ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СРЕДИ ВУЗОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ

Бейсенбаева Г.Г., Избасарова А.Ш., Аширбеков Г.К., Бағдатханова Б.И.
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение. Изучение состояния здоровья студентов, является одной из приоритетных задач национального здравоохранения в Казахстане. Одним из результатов научных исследований свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья студентов, как в технических, так и педагогических университетах. Результаты научных исследований подтверждают негативную прогрессию уровня заболеваемости по всем нозологическим группам среди студентов (Батрымбетова, 2011; Каусова и др., 2017) [1].

В работе С.А. Батрымбетовой (2011) представлен сравнительный анализ заболеваемости студентов с временной утратой трудоспособности по годам и нозологическим формам заболеваний, где автор указала, что «за период 2003-2006 гг. в структуре наиболее распространенных заболеваний с временной утратой трудоспособности в 2006 г. первое ранговое место занимали болезни органов дыхания (65,0%). На втором месте - болезни костно-мышечной системы (12,7%)».

В работе Ж.А. Калмаковой (2014) представлены результаты исследования влияния социально-гигиенических факторов на состояние здоровья студентов. Установлено, что

питание студентов несбалансированно и дефицитно по энергетической ценности, возрастает количество студентов-первокурсников, отнесенных к «группам риска». На основании полученных результатов автором разработана комплексная программа сохранения и укрепления их здоровья. В ее основе лежит взаимодействие системы здравоохранения, образования и социальных структур, занимающихся организацией досуга студенческой молодежи [2].

Ученые Казахского национального университета им. аль-Фараби выявили, что результаты оценки уровня физической подготовленности юношей и девушек (Мадиева и др., 2019) имели место к их снижению. Авторами установлено, что «физические кондиции студенток по всем нормативам находятся на очень низком уровне». Исследователи установили низкий уровень мотивации студентов к занятиям физической культурой.

Представляет значительный интерес сравнение состояния здоровья студентов различных вузов в одном городе. Сравнение состояния здоровья студентов вузов различного профиля представляет интерес для установления общих и специфических тенденций с целью разработки стратегических задач по повышению уровня здоровья студентов (Базарбаева и др., 2017).

По данным большинства исследований, от 30 до 50% абитуриентов уже имеют нарушения и отклонения в состоянии здоровья (Фомин и др., 2019; Шестера и др., 2020). Негативную динамику в состоянии здоровья студентов за период обучения в вузе подтверждают результаты исследования, представленные в публикациях (Батрымбетова, 2011; Самсоненко, 2015; Сахарова и др., 2012; Сяндикова и др., 2012) [3].

Преобладающее количество публикаций посвящено изучению состояния здоровья методами анкет и опросников (Картпай и др., 2018; Каусова и др., 2017), которые позволяют изучить преимущественно поведенческие факторы риска здоровью студентов. Единогласно в публикациях подтверждено, что «состояние здоровья и связанное со здоровьем качество жизни студентов коррелирует с образом жизни, физической активностью...» (Жусунбеков и др., 2019; Сахарова и др., 2012; Советханулы и др., 2020).

Методы исследования. По данным медицинских карт проведен сравнительный анализ состояния здоровья студентов университета Султана Димерела (СДУ) (n = 17) и Казахского национального педагогического университета имени Абая (КазНПУ) (n = 12) – педагогических факультетов. Для сбора материала использован метод выкопировки из медицинских карт (data extraction from medical records) за период с 2022 по 2023 гг. Анализировали медицинские карты спортсменов и не спортсменов. Соотношение студентов спортсменов и не спортсменов составило в СДУ 65% и 35% соответственно, в КазНПУ - 54% и 46% соответственно.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программного обеспечения Statistika 13,0 и Excel (Microsoft Office, 2010). Достоверность различий определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты. По результатам выкопировки данных из медицинской документации был проведен статистический анализ динамики распределения студентов СДУ и КазНПУ по группам здоровья за период с 2022 по 2023 гг.

Таблица - Динамика распределения студентов СДУ и КазНПУ по группам здоровья с 2022 по 2023 гг., абс. (чел.) - %

Вуз	Курс	I	II	III	Итого, человек
		Основная	Подготовительная	Специальная	
СДУ	1 курс абс. (чел.)	6	2	1	9
	2 курс абс. (чел.)	5	2	1	8
	1 курс абс. (чел.)	3	3	1	7

КазНПУ	2 курс абс. (чел.)	3	2	0	5
достоверность различий между студентами 1-2 курсов одного вуза: * - $p < 0.05$, ** - $p < 0.01$, *** - $p < 0.001$; **** - $p < 0.001$					

К сожалению, результаты свидетельствуют об уменьшении числа студентов в основной группе на 4,1% в СДУ и КазНПУ на 6,6%. Соответственно увеличилось число студентов в подготовительной группе на 3,8% в СДУ и КазНПУ на 8,2%. Количество студентов в специальной группе изменяется незначительно: на 0,3% увеличилось в СДУ и КазНПУ на 1,6% уменьшилось. Полученные результаты свидетельствует о некоторой негативной динамике состоянии здоровья студентов за период двух лет обучения.

Из данной таблицы видно, что на протяжении двух лет наблюдения в основной группе СДУ преобладают заболевания опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, остеохондроз, артроз крупных суставов, плоскостопие) с незначительным колебанием количества студентов по годам (от 36% до 32%), занимают первое место.

В КазНПУ представлены данные по первичным медицинским осмотрам 1 и 2 курсов, где заболевания опорно-двигательного аппарата занимают 2-е место только у 2 курса - 12% студентов. Абсолютно преобладающей патологией, занимающей 1-е место у обоих курсов, являются заболевания глаз (в основном миопия) - 35% и 38% студентов соответственно.

На втором месте в СДУ за весь период наблюдения остаются заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, диспепсия желчно-выводящих путей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) 30% и 32%. У первокурсников КазНПУ на втором месте нарушения обмена веществ, дефицит массы тела - 23% студентов.

Заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь, анемия) в СДУ занимают третье место - 20% и 23% студентов, и такое же место эта патология занимает в КазНПУ у 1 и 2 курса - 23% и 11% соответственно.

Вывод. С целью изучения функциональных нарушений и групп заболеваний был проведен анализ распределения студентов по нозологическим группам основной, подготовительной и специальной медицинских групп.

При распределении нозологических групп нельзя отрицать на процессы глобализации, изменяющие человеческие взаимоотношения, активно оказывают влияние на интеграционные процессы в высшем профессиональном образовании, в данном случае педагогического профиля. Транснационализация образования обязывает педагогические вузы в борьбе за повышение своего конкурентного потенциала приглашать всё больше студентов, не только с плохим состоянием здоровья, но и с физическими недостатками.

В процессе обучения казахстанские студенты сталкиваются с новой социокультурной средой, непривычным климатом, новыми методами и формами обучения, полной сменой режима труда и отдыха, что неизбежно вызывает не только физическое напряжение, но и новые эмоциональные переживания и психические состояния. Это объективно ставит перед вузовской наукой проблемы комплексной адаптации студентов к условиям жизни и учебы в новой климатической и социокультурной среде. Им в будущем будет возложено передавать знания уже новому поколению студентов, а физическое развитие, будь они спортсмены или не спортсмены остаются проблемой в семейном кругу.

Список использованных источников.

1 Балтаева А.У., Арынова Г.А., Даниярова А.Б., Байтенова А.Н., Аширбеков Г.К., Букунова А.Ш. Оценка гармоничности физического развития школьников города Алматы // Вестник КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова. - № 1. – 2019. – С. 364-367.

2 Балтаева А.У., Арынова Г.А., Даниярова А.Б., Байтенова А.Н., Аширбеков Г.К. Закономерность положительного питания среди школьников города Алматы // Вестник КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова. - № 3. – 2019. - С. 200-204.

3 Балтаева А.У., Арынова Г.А., Даниярова А.Б., Шуланбаева А.Ж., Аширбеков Г.К.

CONTEMPORARY TRENDS IN THE TREATMENT OF PEDIATRIC BRONCHIAL ASTHMA: UPDATES AND NOVEL APPROACHES

Sausanova D. Zh., Baymuratova M.A.
Kazakhstan's medical university "KSPH"

Relevance: Bronchial asthma is the most common chronic non-infectious disease in childhood, affecting 5–10% of school-age children and adolescents and 1-18% of the population in different countries. According to estimates from recent years by WHO experts (2023), it was reported that there were over 350 million people with bronchial asthma worldwide. Specialists predict that this number will increase to 550 million by 2025. Over the past 15 years, the number of asthma patients has sharply risen, including manifestations in childhood, with an increase of nearly 200%. In fact, the actual number of patients may be higher by 10-25% [1]. In Kazakhstan, the incidence of bronchial asthma, according to statistical data, shows a stable trend of growth. According to retrospective analysis, if in 2017 there were, on average, 93.4 cases of asthma per 100,000 Kazakhstanis, in 2018 – 97.2, in 2019 – 102.8, and in 2020, this figure reached 126.1. In the dynamics, the number of patients with bronchial asthma in the Republic of Kazakhstan, registered for diagnostic purposes, has increased by 1.5 times over 5 years, from 72,815 in 2017 to 109,384 in 2021 [2].

Objective: Conduct an analysis of available literature dedicated to contemporary methods of treating bronchial asthma in children under current conditions.

Materials and methods: A search and analysis of open literature sources were conducted in the libraries of Wiley, PubMed, Web of Science, Scopus databases, and compilations on the health of the population of the Republic of Kazakhstan for a five-year period (2018-2023). Selected sources were analyzed, covering the epidemiology, etiology, and peculiarities of the course of bronchial asthma in children, as well as the modern approach to their treatment in childhood.

Research findings: Over the recent period, Castagnoli R., Brambilla I., Giovannini M. (2023) observed that approaches to treating childhood asthma, from mild to severe cases, have undergone significant updates. The emphasis is now on anti-inflammatory treatment even at minimal manifestations, and the use of symptomatic bronchodilation as a sole therapy has ceased to be recommended in the latest guidelines [3].

As shared by Sumino K., Bacharier L.B., et al. (2020) [4], it has been proven that the periodic use of inhaled glucocorticosteroids (IGCS) based on symptoms is a valuable, patient-oriented strategy for mild childhood asthma in primary care settings. There is a consensus that IGCS are well-tolerated and effective in preventing exacerbations, improving lung function, and allowing the use of rescue medications to control asthma in this age group with persistent symptoms [5]. Additionally, attractive results have emerged regarding the development of various highly effective additional treatment methods for severe asthma. These methods have revolutionized approaches to managing uncontrolled asthma in children and adolescents, as noted by Bacharier L.B., Jackson D.J. (2023). The methods include monoclonal antibodies targeting inflammatory pathways. Currently, biological treatment methods are recommended as first-line supplemental treatment, particularly among the pediatric population. The authors consider these treatment methods effective and well-tolerated by children [6].

Allergen immunotherapy (AIT) in the modern medical world represents a unique strategy for treating IgE-mediated allergic diseases, capable of altering the course of the disease, as reported by Paoletti G., Di Bona D., et al. (2021). This method can reduce the manifestations of allergic asthma,

alleviate symptoms, reduce the need for medications, and enhance the quality of life for patients, with the effect persisting even after the completion of the treatment course [7]. Notably, Tosca M.A., Olcese R., et al. (2020) proposed recommendations for the additional therapy of asthma in adults and adolescents with house dust mite allergy, advocating for sublingual immunotherapy [8]. To predict the response to treatment in the context of pediatric asthma therapy, Miraglia Del Giudice M, Licari A. (2020) actively investigated the application of AIT considering the process of immune tolerance to allergens and potential biomarkers [9-10].

Conclusions: Based on our examination of available literature, it is evident that knowledge and evidence in the therapeutic-diagnostic domain have significantly expanded over the last 5 years. However, there is still insufficient exploration in the preventive aspect concerning childhood asthma. Summarizing the literature review above, we are inclined to believe that addressing the issue of bronchial asthma has a medical-social nature, emphasizing the need for special attention to preventive efforts at the primary care level. Considering the wide range of incidence in different countries and the influence of their climatic-geographical characteristics on the spread of this pathology, regular monitoring studies and analysis of their results are deemed extremely important for effective management and prevention of the disease on a global scale.

References.

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2023. Updated July 2023. Available from: www.ginasthma.org.
2. Statistical Collection "Health of the Population of the Republic of Kazakhstan and Activities of Healthcare Organizations" for the years 2013-2022.
3. Castagnoli R., Brambilla I., Giovannini M., Marseglia G.L., Licari A. New approaches in childhood asthma treatment. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2023 Aug 1;23(4):319-326.
4. Sumino K., Bacharier L., Taylor J., et al. A pragmatic trial of symptom-based inhaled corticosteroid use in African-American children with mild asthma. 2020; 8:176.e2–185.e2.
5. Axelsson I., Naumburg E., Prietsch S., Zhang L. Inhaled corticosteroids in children with persistent asthma: effects of different drugs and delivery devices on growth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 6. Art. No.: CD010126.
6. Bacharier L.B., Jackson D.J. Biologics in the treatment of asthma in children and adolescents. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2023; 151:581–589.
7. Paoletti G., Di Bona D., Chu D.K., et al. Allergen immunotherapy: the growing role of observational and randomized trial ‘Real-World Evidence’. *Allergy* 2021; 76:2663–2672.
8. Tosca M.A., Olcese R., Licari A., et al. Allergen immunotherapy and asthma. *Pediatr Allergy Immunol* 2020; 31: (Suppl 24): 46–48.
9. Miraglia Del Giudice M., Licari A., Brambilla I., et al. Allergen immunotherapy in pediatric asthma: a pragmatic point of view. *Children (Basel)* 2020; 7:58.
10. Porsbjerg C., Melén E., Lehtimäki L., Shaw D. Asthma. *Lancet.* 2023 Mar 11; 401(10379):858-873. doi: 10.1016/S0140-6736(22)02125-0. Epub 2023 Jan 19.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША LISTERIA MONOCYTOGENES ПРОФИЛАКТИКАСЫ ТУРАЛЫ АТА-АНАЛАРДЫҢ ХАБАРДАРЛЫҒЫН АРТТЫРУ

Тұрлықожа Т.Ә.^{1,2}, Баймуратова М.А.¹, Рыскулова А.Р.¹, Сарсенбаева М.З.¹,
Жансеитова М.Ш.²

1 "ҚДСЖМ" Қазақстандық медицина университеті

2 Бостандық ауданының СЭББ

Өзектілігі: Қазіргі уақытта листериоз сырқатына ұшырау мүмкіндігі жоғары. Себебі, листериоз жалпы тағам өнімдері арқылы (сүт, ет, көкөністер) таралады. Негізгі жұқпа көзі

таратушылар кеміргіштер болып саналады. Өсіп келе жатқан урбанизация және жаһандық жылыну бүкіл әлем бойынша кеміргіштер санын көбейтуде. Олардың адамдармен көршілес болуы жай ғана жағымсыз емес, сонымен қатар қауіпті: кеміргіштер ауруды таратады, адамдарға арналған тағамдарды жейді, сонымен қатар адам жасаған инфрақұрылымның бұзылуына ықпал етеді. Халық арасында бұл ауру белгілері және жұғу жолдары, тіпті алдын алу шаралары жайлы ақпарат өте аз таралған.

Алматы қаласы бойынша *Listeria monocytogenes* сырқаты жайлы мектеп оқушылары ата-аналарының хабардарлығын арттыру мақсатында сауалнама алу арқылы әлеуметтік зерттеу жүргізілді.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Жұмыста әлеуметтік зерттеу әдісі пайдаланылды. Бостандық ауданы орта білім беру оқу орындары оқушыларының ата-аналары арасында сауалнама жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері: Зерттеу барысында мектеп жасындағы балалары бар 250 ата-ана арасында сауалнама алынды.

Сауалнама әдісін қолдана отырып, ата-аналардың листериоз жайлы хабардарлық деңгейі анықталды. Алынған мәліметтер сырқаттың алдын алу бойынша ата-аналардың хабардарлығын арттыруға бағытталған стратегияны әзірлеуге мүмкіндік берді. Біз медицина қызметкерінің листериоздың алдын алу туралы халықты ақпараттандырудың ықтимал жолдарын анықтадық: ата-аналармен жеке әңгімелер жүргізу; топтық әңгімелер өткізу, өзін-өзі оқыту мақсатында ата-аналар арасында одан әрі тарату үшін плакаттар, буклеттер, жадынамалар жасау; презентациялар жасау; осы мәселеде олардың құзыреттілігін арттыру үшін педагогикалық құрамды оқыту.

1-кесте. Сауалнама нәтижелері

№	Сұрақтары	Жауап көрсеткіштері	
1	Сіз медицина қызметкерлерінен (емханада, мектеп медбикесінен) листериоз ауруы туралы бұрын естідіңіз бе?	Иә-12%	Жоқ-88%
2	Сіздің ойыңызша листериоз ол қандай ауру?	Листериоз-бұл зоонозды ауру бактериялары тудырады(жануарлардан жұғады)-3%	Листериоз - бұл вирустық ауру, оның ағымдық ерекшеліктері және адамнан адамға беріледі – 52% Жауап беру қиын -45%
3	Сізге белгілі листериоздың берілуі мүмкін жолдарын белгілеңіз	Ластанған тағамдарды тұтыну-72% Ластанған жануармен немесе олардың қалдықтарымен байланыста болған кезде-28% Кеміргіштердің тістеуі-4%	Анадан балаға-5% Қол алысу кезінде-16% Стерильді емес пирсинг және татуировка жабдықтарын пайдалану-12%
4	Сіздің тұрғылықты жеріңізде листериоздың таралу деңгейі туралы сенімді ақпаратыңыз бар	Иә-12%	Жоқ- 56% Жауап беру қиын-32%

	ма?		
5	Листериозға шалдығу қауіпі болған жағдайда қандай шаралар қабылдау керек деп ойлайсыз?	Гигиеналық процедураларды қолдану-11,7% Азық түлік өнімдерін дұрыс өңдеу және дайындау -17,5%	Жауап беру қиын-25% Медициналық Тексеруден өту-45,8%
6	Листериозға тексеруден өту қажет болған жағдайда қайда бару керектігін білесіз бе?	Иә-45%	Жоқ-55%
7	Сіз аурулар туралы қандай ақпарат көздеріне көбірек сенесіз?	Бұқаралық ақпарат құралдары-36% Медицина қызметкерлері-52%	Айналадағы адамдар (ата-аналар, достар, таныстар, сыныптастар, әріптестер)-8% Жауап беру қиын-4%

Қортынды: Талданған социологиялық сауалнаманың нәтижелері бойынша ізденістің 52%-п (n-220) жауаптары листериоз эпидемиологиясының маңыздылығын, сондай-ақ листериоздың не екенін, листериоз тудыруы мүмкін асқинулар туралы ата-аналардың білімі бойынша хабардарлықтың жоқтығы анықталғаны анықталды; балаларда анықталған жағдайда медициналық көмекке жүгіну қажеттілігі туралы листериоз белгілері.

Ата-аналардың листериоз туралы хабардар болуының үштен бірінен астамының анықталған деңгейі халық арасында санитарлық-ағарту жұмыстарын іске асыру мәселелерінде медициналық персонал тұлғасында МСАК деңгейінің растамайтын жұмысының жоқтығын көрсетеді.

Сонымен қатар, респонденттердің сауалнамасы бойынша ата-аналардың көпшілігі *L. monocytogenes* ластануына бағытталған профилактикалық шаралардың маңыздылығы мен тиімділігін білмейтіні анықталды. Осылайша, *L. monocytogenes* айналымы бойынша азық-түлікте де, науқастардан клиникалық материалдан оқшауланған мониторингтің нақты деректерін ұсына отырып, ақпараттық парақшалар, жадынамалар әзірлеуге бағытталған МСАК, Санитарлық-эпидемиологиялық бақылау басқармасы, Ұлттық зертхана орталығы қызметінің дәрігерлері арасындағы өзара іс-қимылды күшейту қажеттілігі айқын болып табылады. Сондай-ақ жылдық жоспарға сәйкес тұрақты тексерулер шеңберінде өткізілетін қоғамдық тамақтануды қадағалау және рұқсат етілген нормалардың (ҚР санитарлық ережелеріне сәйкес) асып кетуін бақылау нәтижелері туралы ақпарат.

Ата-аналардың листериоз проблемасы туралы ақпаратқа деген қызығушылығын және инфекция қауіпінің болуын бағалауға қатысты атап өткен жөн оң көзқарас ата-аналар арасындағы білімнің кеңеюі. Осыған байланысты эпидемиологиялық қадағалау және листериозды бақылау мегаполистегі өзекті мәселе болып қала береді.

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА В КОНТЕКСТЕ ГЛОБАЛЬНЫХ ТРЕНДОВ

Идагат А.Е., Кенжалы Н.С., Саусакова С.Б., Сарымсакова Б.Е.
НАО «Медицинский университет Астана»

Актуальность. Современная система здравоохранения в Казахстане привлекает внимание в свете глобальных тенденций в области медицинского обслуживания. Анализ функционирования данной системы в контексте мировых трендов является неотъемлемой

частью стратегического развития и обеспечения высококачественных медицинских услуг для населения. Настоящее исследование направлено на рассмотрение основных аспектов и вызовов, с которыми сталкивается здравоохранение Казахстана, с акцентом на их актуализацию в свете глобальных изменений и инноваций в области общественного здоровья.

Материалы и методы исследования. Проведен литературный обзор отечественной и зарубежной литературы, контент-анализ политик и нормативов, регулирующих здравоохранение в Казахстане, с оценкой их эффективности в контексте мировых трендов.

Результаты. В системе здравоохранения Казахстана выявляются следующие тренды.

1. Цифровизация здравоохранения. Цифровизация здравоохранения в Казахстане является стратегическим направлением развития, направленным на повышение доступности и качества медицинских услуг. Реализация Государственной программы развития здравоохранения 2020–2025 годов включает в себя внедрение электронного здравоохранения, создание централизованных регистров и информационных систем. Это содействует готовности к обязательному социальному медицинскому страхованию, улучшает управление здоровьем населения и оптимизирует затраты государства. Современные технологии также активно используются в медицине, что повышает качество обслуживания.

2. Кадры в здравоохранении. Проблема дефицита квалифицированных кадров в здравоохранении Казахстана, включая врачей и медперсонал, требует внимания. Несмотря на снижение уровня дефицита, нехватка специалистов остается актуальной. Меры, предпринимаемые в рамках Национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения» до 2025 года, включают увеличение зарплат, предоставление грантов, распределение молодых специалистов и строительство медицинских объектов в отдаленных районах.

3. Глобальные вызовы и пандемическая подготовленность. Здравоохранение в Казахстане активно адаптируется к глобальным вызовам, таким как пандемия COVID-19. Страна активно адаптирует свою медицинскую инфраструктуру, расширяя доступ к услугам и укрепляя пандемическую подготовленность. Наблюдается рост числа медицинских учреждений и работников, но вызовы, представленные пандемией, подчеркивают необходимость постоянного укрепления и модернизации. Казахстан стремится к коллективному иммунитету через активную вакцинацию, достигнутую с покрытием более 60% населения. Государственное управление акцентирует внимание на координацию, что позволяет более оперативно реагировать на вызовы. Информационные кампании и образовательные программы играют ключевую роль в контроле пандемии, а экономические меры направлены на обеспечение устойчивости системы здравоохранения. Стратегия здравоохранения Казахстана интегрирует глобальные тренды с национальными особенностями, стремясь создать устойчивую, эффективную систему, способную адаптироваться к переменчивым условиям и обеспечивать безопасность и благополучие населения.

4. Финансирование и страхование. Финансирование и страхование здравоохранения в Казахстане претерпевают существенные изменения в соответствии с глобальными трендами, подчеркивая необходимость модернизации подходов к медицинской помощи. Вплоть до 2015 года страна осуществляла государственную модель, предоставляя бесплатное обслуживание за счет бюджета. Однако опыт других стран показал неэффективность подобных систем.

На текущий момент активно внедряются схемы обязательного социального медицинского страхования, введенные в 2015 году. С 1 июля 2017 года действует обязательное социальное медицинское страхование, обеспечивающее равный доступ ко всем видам медицинского обслуживания для застрахованных граждан. Данная система направлена на укрепление общественной солидарности, финансовую устойчивость и повышение эффективности здравоохранения.

Частные расходы на медицинские услуги являются важным показателем эффективности

системы здравоохранения. Введение обязательного социального медицинского страхования в Казахстане призвано уменьшить частные расходы и обеспечить всеобщий доступ к качественной медицинской помощи. Тем не менее, внедрение страхования несет риски, такие как моральный риск и возможные финансовые дефициты. Эффективное реагирование на изменения в системе, мониторинг финансовых поступлений и качества услуг считаются ключевыми шагами для обеспечения успешной реформы в здравоохранении Казахстана.

Выводы. Система здравоохранения Казахстана опирается на несколько ключевых трендов. Цифровизация здравоохранения, внедрение электронных систем и развитие информационных платформ улучшают качество и доступность медицинских услуг. Кадровое обеспечение и подготовка медицинских работников также становятся фокусом внимания.

Система успешно адаптируется к глобальным вызовам, включая пандемию COVID-19, расширяя доступ и укрепляя пандемическую подготовленность. Финансирование и страхование в системе здравоохранения стремятся к устойчивости, равному доступу и снижению частных расходов.

Важно отметить, что постоянная реакция на изменения и мониторинг являются ключевыми факторами для успешных реформ в здравоохранении Казахстана.

Список использованной литературы.

1. Анализ возникающих тенденций и трансформаций в мировом здравоохранении
Источник: ResearchGate Адрес: <https://www.researchgate.net> (Дата обращения: 27.11.2023)

2. Байжолова Р.А., Омирбаева Б.С. Сравнительный анализ систем здравоохранения Казахстана и Южной Кореи, основанный на глобальном индексе конкурентоспособности. Вестник Евразийского национального университета им. Л.Н. Гумилева. 2023.

3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года». Астана, 2022.

4. Статья. Сколько врачей и медиков не хватает в Казахстане // Tengrinews.kz URL: https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/skolko-vrachey-i-medikov-ne-hvataet-v-kazahstane-499038/ (дата обращения: 28.11.2023).

5. Статья. Как решают проблему дефицита медицинских кадров в области Абай // Obvk.kz URL:<http://surl.li/nqpnf> (дата обращения: 28.11.2023).

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: ПРОБЛЕМЫ И СТРАТЕГИИ

Жамакурова А.Н.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет собой заболевание, проявляющееся респираторными симптомами, такими как одышка, кашель и выделение мокроты, а также ограничением воздушного потока из-за повреждения дыхательных путей [1]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ХОБЛ занимает третье место среди основных причин смертности по всему миру [2].

Большинство пациентов с ХОБЛ полностью лечатся в рамках первичной медико-санитарной помощи [3]. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) не только отвечает за раннее выявление хронических заболеваний, таких как ХОБЛ, но и имеет уникальную возможность предоставлять пациентам лечение, основанное на фактических данных [4].

Целью данного исследования является изучение деятельности организаций ПМСП по оказанию медицинской и реабилитационной помощи пациентам с хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы исследования. Были изучены статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием баз данных научных публикаций и поисковых систем за последние 10 лет, такие как PubMed, Scopus, Web of Science.

Результаты. Первичная медико-санитарная помощь играет решающую роль в ведении пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) [5,6]. Врачи первичной медико-санитарной помощи, такие как семейные врачи и врачи общей практики, часто являются первым контактным лицом для пациентов с ХОБЛ. У них есть возможность привлечь пациентов к постановке целей и адаптации лечения для улучшения соблюдения режима лечения и улучшения результатов [7].

Были выявлены четыре ключевые проблемы качества лечения ХОБЛ:

- 1) недостаточная организация/координация служб по лечению ХОБЛ;
- 2) недостаточная координация служб скрининга;
- 3) отсутствие межпрофессиональной коммуникации и сотрудничества;
- 4) и недостаточная приверженность лечению [8].

Основными первопричинами, объясняющими эти пробелы в качестве, были 1) недостаточная осведомленность о ХОБЛ, 2) недостаток профессиональных знаний [12], 3) отсутствие определения профессиональных ролей, 4) нехватка ресурсов и инструментов для профилактики ХОБЛ, диагностики и последующего наблюдения, 5) отсутствие средств коммуникации, 6) отсутствие интеграции подхода "пациент как партнер" [13] и 7) недостаточная адаптация обучения пациентов к их конкретным потребностям [14].

Обеспечение непрерывного профессионального образования по ХОБЛ имеет важное значение для обеспечения качества служб первичной медико-санитарной помощи при ХОБЛ [9]. В результате исследования врачей первичной медицинской помощи в Швеции, Санделовски и др. обнаружили, что недостаток осведомленности о ХОБЛ и отсутствие беспокойства из-за его клинических особенностей являлись основными факторами, приводящими к недостаточному вниманию к ХОБЛ в клинической практике по сравнению с другими заболеваниями, воспринимаемыми как более срочные [15].

Программы управления заболеваниями (ПУЗ) получили широкое распространение в последнее время как средство повышения качества и эффективности медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями [10]. Эти программы включают просвещение о болезнях, оптимизацию лекарств, основанных на фактических данных, информацию и поддержку со стороны кейс-менеджеров, а также внедрение принципов самоуправления [11].

Выводы. Возможности учреждений ПМСП и врачей ПМСП в профилактике и борьбе с респираторными заболеваниями напрямую влияют на общую профилактику и контроль респираторных заболеваний. Программы управления заболеваниями (ПУЗ), признанные на международном уровне, доказали свою эффективность в расширении прав и возможностей пациентов, самоэффективности, и качества жизни, а также в уменьшении количества тяжелых обострений, требующих обращения в отделения неотложной помощи и госпитализации.

Литература:

1. Stone PW, Hickman K, Holmes S, et al NPJ Prim Care Respir Med. 2022 Oct 25;32(1):46. doi: 10.1038/s41533-022-00305-8. PMID: 36280669; PMCID: PMC9592607.
2. World Health Organization. The top 10 causes of death. 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Accessed 22 July 2020.
3. Sandelowsky H, Weinreich UM, Aarli BB, et al. COPD - do the right thing. BMC Fam Pract. 2021 Dec 11;22(1):244. doi: 10.1186/s12875-021-01583-w.
4. Ställberg B, Janson C, Johansson G et al. Management, morbidity and mortality of COPD during an 11-year period: an observational retrospective epidemiological register study in Sweden (PATHOS). Prim Care Respir J. 2014;23(1):38–45.

5. Alqurashi, O., Alessa, A., Alsaleh et al. (2022). Effect of Primary Care on Reducing Rates of Hospitalization Among Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. *Journal of Healthcare Sciences*, 02(11), 478–483. <https://doi.org/10.52533/johs.2022.21122>
6. Yawn, B., & Kim, V. (2018, February). Treatment Options for Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Current Recommendations and Unmet Needs. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 85(2 suppl 1), S28–S37. <https://doi.org/10.3949/ccjm.85.s1.05>
7. Casaburi R, Duvall K. Improving early-stage diagnosis and management of COPD in primary care. *Postgrad Med*. 2014 Jul;126(4):141-54. doi: 10.3810/pgm.2014.07.2792. PMID: 25141252.
8. Vachon B, Giasson G, Gaboury I, et al. Challenges and Strategies for Improving COPD Primary Care Services in Quebec: Results of the Experience of the COMPAS+ Quality Improvement Collaborative. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2022 Feb 2;17:259-272. doi: 10.2147/COPD.S341905. PMID: 35140460; PMCID: PMC8819163.
9. Sehl J, O'Doherty J, O'Connor R, O'Sullivan B, O'Regan A. Adherence to COPD management guidelines in general practice? A review of the literature. *Ir J Med Sci*. 2018;187(2):403–407. doi: 10.1007/s11845-017-1651-7
10. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002;325:925. 10.1136/bmj.325.7370.925
11. Hunter DJ, Fairfield G. Disease management. *BMJ* 1997;315:50-3. 10.1136/bmj.315.7099.50
12. Lundell S, Tistad M, Rehn B, et al. COPD care on shaky ground: a mixed methods study from Swedish primary care professional perspective. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–14. doi: 10.1186/s12913-017-2393-y
13. Karazivan P, Dumez V, Flora L, et al. The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med*. 2015;90(4):437–441. doi: 10.1097/ACM.0000000000000603
14. Stoilkova-Hartmann A, Franssen FM, Augustin IM, et al. COPD patient education and support–Achieving patient-centredness. *Patient Educ Couns*. 2018;101(11):2031–2036. doi: 10.1016/j.pec.2018.05.024
15. Sandelowsky H, Hylander I, Krakau I, Modin S, Ställberg B, Nager A. Time pressured deprioritization of COPD in primary care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(1):55–65. doi: 10.3109/02813432.2015.1132892

ORGANIZATION OF LEISURE TIME FOR STUDENTS: COMPARATIVE ANALYSIS AMONG STUDENTS OF THE MEDICAL AND NON-MEDICAL FACULTY

¹N. Narymbayeva, ²B. Tulenov, ²B. Seisembekov, ²S. Serik, ²B. Sultan, ²E. Erbak

¹Kazakhstan Medical University "KSPH"

²Al-Farabi Kazakh National University

Introduction. In the life of young people, the leisure sector is considered one of the priorities, as it has a significant impact on the process of socialization of young people. At the present stage of society's development, the leisure activities of young people are also distinguished by the growing trends in the transformation of leisure practices under the influence of new economic, political, and socio-cultural values[1].

Modern life in society includes different aspects of life (personal, friendly relations, family). It is characterized by the development of certain knowledge, skills and abilities by people in the course of direct acquisition of life experience, as well as interpersonal contacts, a set of habitual

actions aimed at satisfying primary life needs. Leisure is carried out through the development of the cultural environment, the expansion of the network of cultural institutions, increasing their accessibility, improving their quality and efficiency[2,3].

The problem of student leisure is the lack of free time and the quality of its conduct. Very often, students do not know how to properly allocate their time for work and rest. As a result, dissatisfaction with oneself and others arises, and a possible lack of financial resources and the marital status of many students aggravates the problem and changes the attitude to leisure. The purpose of the study is to determine how students spend their free time, what problems they face during rest, what factors affect the quality and quantity of free time depending on the educational program.

Materials and methods of research. The object of the study is the 2nd year students of the Medical and Physico-Technical Faculty of Al-Farabi Kazakh National University. The subject of the study is the leisure time of students of the medical and non-medical faculty. The research was conducted by means of a questionnaire (sociological survey) of students through a Google form. The number of respondents was 384. Statistical methods were used to analyze the data.

Results. Of the respondents surveyed, 46.9% are students of the Faculty of Physics and Technology, and 53.1% are students of the Faculty of Medicine.

While the vast majority of medical students prefer to spend their free time with friends or alone in the fresh air (70.6%), students of the Faculty of Physics and Technology clearly do not like this idea (1.7%). Future engineers spend most of their free time doing sports (87%), although future doctors know about the importance of sports (80.8%), but say they have not done so (2.5%). But we found out that students of the Faculty of Medicine use the phone a lot of time, relatively widely for entertainment and communication (47%), among Phys-tech students this figure is only 10.5%. Although medical students said they would use their free time to explore a new business or hobby (23.5%), future engineers said they would spend their free time not learning new things (3.9%), but chatting with friends (52.7%). 98.5% of future doctors surveyed They try to attend concerts and museums, and among future engineers this figure is 61%. Approximately an equal proportion of both groups of students are engaged or engaged in volunteering (71.7% and 74%).

The results of the survey showed us that physics and medicine students of KazNU do not spend their free time equally actively. Although medical students know that prevention and physical education are important for life, we have noticed that physics students spend their time more actively and with benefit for themselves in comparison.

Also, in the course of the study, we found out that medical students, as a rule, do not have enough time to rest. The amount of free time depends on factors such as the large amount of material being studied, the student's ability to properly allocate his personal time, marital status and financial well-being.

Conclusion. A student's free time is an important aspect of student life that affects their overall well-being, stress levels, and life satisfaction[4]. Once again, we are convinced that how students use this time depends on their personal interests, priorities and circumstances.

The results of the analysis of students' preferences and habits in their free time show the versatility of student life. Students show different interests, finding a balance between learning, entertainment and taking care of themselves. Each student is unique, and his choice in his free time lies in the fact that students' personal aspirations and leisure are not only a period of rest, but also an opportunity for self-expression, learning and social interaction. Creating conditions for diversity, taking into account the individual needs of students, is an important aspect of ensuring a high-quality student life experience.

References

1. Kovrov Vladimir Fedorovich, Khamitova Rita Makhmadsharifovna Organization of youth leisure in a modern urban environment // Humanities, socio-economic and social sciences. 2018. №4.

2. Batova Elena Anatolyevna, Malkov Igor Vladimirovich Leisure in the life of students of the medical institute // Science-2020. 2019. №5 (30).

3. Ziapour A., Kianipour N. Health-related Quality of Life among University Students: The Role of Demographic Variables //Journal of Clinical & Diagnostic Research. – 2018. – Т. 12. – №. 3.

4. Surtaev V. Ya. The main directions of self-realization of youth in terms of leisure activities / V. Ya. Surtaev. – St. Petersburg : 2010. – 205 p.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩЕГО В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

А. Р. Лыскова., А. Р. Рыскулова, Т. М. Абдирова
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение. Каждый год в мире хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) становятся причиной смерти для множества людей. Одним из них является сахарный диабет, часто называемый просто диабетом, представляет собой серьёзное хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся повышенным уровнем глюкозы в сыворотке крови (гипергликемия), которое связано с различными сопутствующими состояниями, такими как ухудшение зрения, плохое заживление ран, эректильная дисфункция, почечная недостаточность, сердечные заболевания и т. д. [1]. По данным Международной федерации диабета в 2021 году в мире насчитывалось 463 миллиона человек с таким заболеванием, как сахарный диабет, а к 2045 году их число может вырасти до 700 миллионов человек [2]. В докладе ВОЗ подчеркивается, что диабет является основной причиной смерти и инвалидности в мире. В 2021 году диабет был причиной 1,6 миллиона смертей [3]. Также данным ВОЗ, в мире НИЗ являются причиной примерно 70% смертей, это значит, что около 38 миллионов человек умирают каждый год от неинфекционных заболеваний, из которых 16 миллионов умирают в возрасте до 70 лет, а это уход в самом продуктивном возрасте, почти 28 миллионов из этих смертей происходят в странах со средним и низким уровнем дохода Всемирная организация здравоохранения и Международная диабетическая федерация (IDF) уже повествует о том, что сахарный диабет приобрел характер эпидемии, огромные масштабы заболевших по всему миру [2,3]. Эта угроза не обошла стороной и Казахстан, по заболеваемости СД республика показывает неутешающие цифры [7]. По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан, на 1 июля 2022 года на медицинском учёте с этим диагнозом состоит 439 327 пациентов. Первый тип сахарного диабета диагностирован у 26 778 человек, в том числе у почти пяти тысяч детей. Второй тип СД выявлен у 412 549 казахстанцев, в их числе 343 ребёнка. [7]. Согласно данным из исследования, проведенного Министерством здравоохранения Республики Казахстан в 2021 году распространенность СД среди сельского населения в возрасте 25–64 лет составила 10,2%, что значительно выше, чем в городах (8,5%) [4]. Каждые 10–15 лет число больных сахарным диабетом удваивается. Это происходит в основном за счет прироста больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа, на долю приходится около 6–7% общей популяции. [5].

Цель: Установить динамику заболеваемости сахарным диабетом за 2021-2-22гг. в сельской местности в разных возрастных группах, на основе статистических данных РК сборника.

Материалы и методы исследования: в данной работе использованы статистические данные за 2021-2022годы, опубликованные в открытой печати РК

[https://nrchd.kz/index.php/ru/?option=com_content&view=article&id=973]., информационно-аналитический.

Результаты: для достижения поставленной цели нами проанализированы заболеваемость сахарным диабетом среди сельского населения Республики Казахстана по регионам за 2021-2022гг..

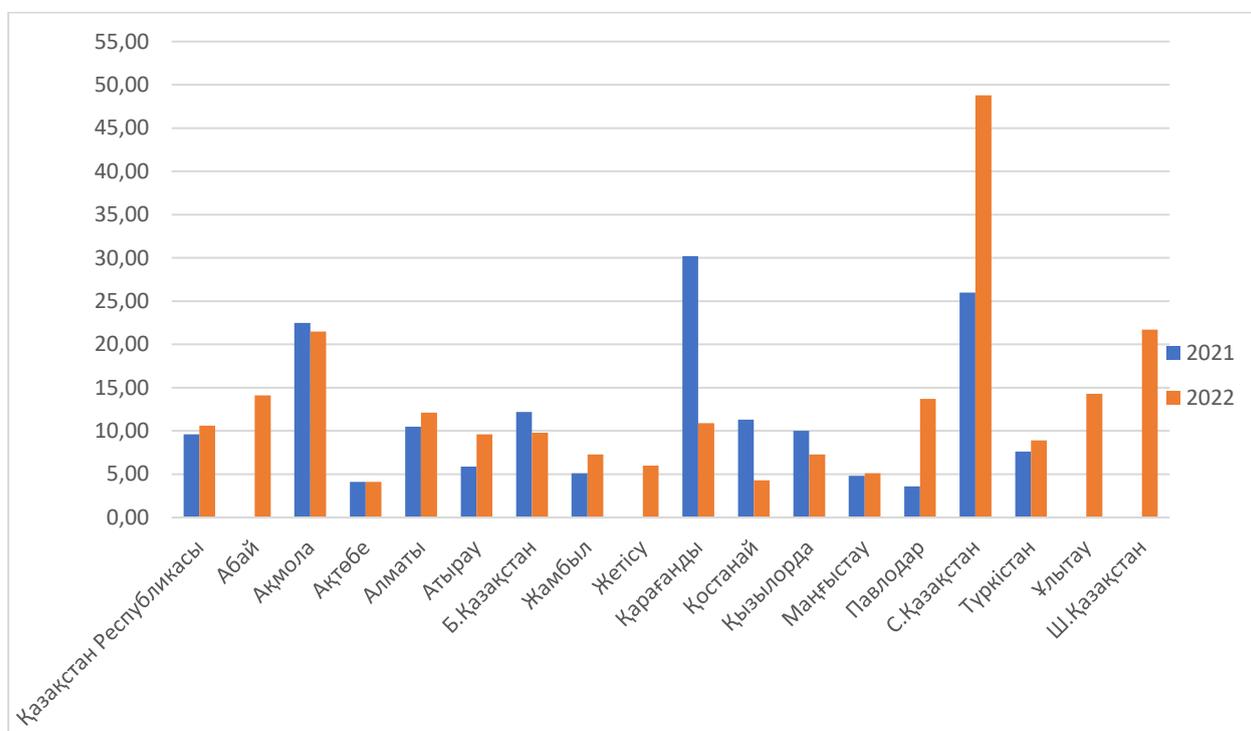


Рисунок 1 – Заболеваемость сахарным диабетом сельского населения в возрастной группе от 0 до 14 лет за 2021-2022гг.

На рисунке 1. изображена динамика заболеваемости сельского населения РК на 100 000 человек соответствующего населения в возрастной группе от 0 до 14 лет за 2021-2022гг. Как видно из данных на рисунке 1 в возрастной группе 18 и старше наблюдается рост уровня заболеваемости сахарным диабетом с 2021 по 2022 год. Уровень заболеваемости увеличился на 1,5%, что указывает на постепенный рост. Показатели указывают на рост уровня заболеваемости сахарным диабетом, но в регионах наблюдаются заметные вариации. Например, в Костанайской области произошел значительный рост на 39,3%, в то время как в Атырауской и Карагандинской областях наблюдалось снижение на 5,0% и 7,9% соответственно. Так же на рисунке 1. мы видим заболеваемость с 0-ми показателями в 2021

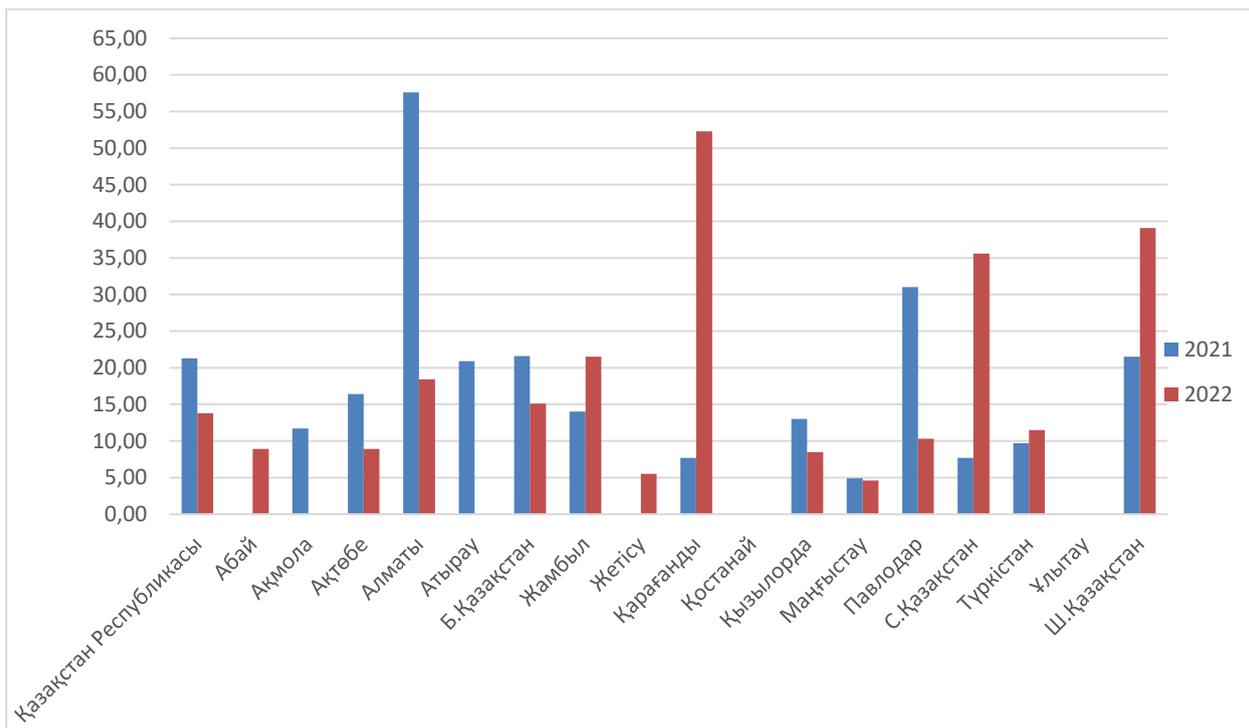


Рисунок 2 – Заболеваемость сахарным диабетом сельского населения в возрастной группе от 15 до 17 лет за 2021-2022гг.

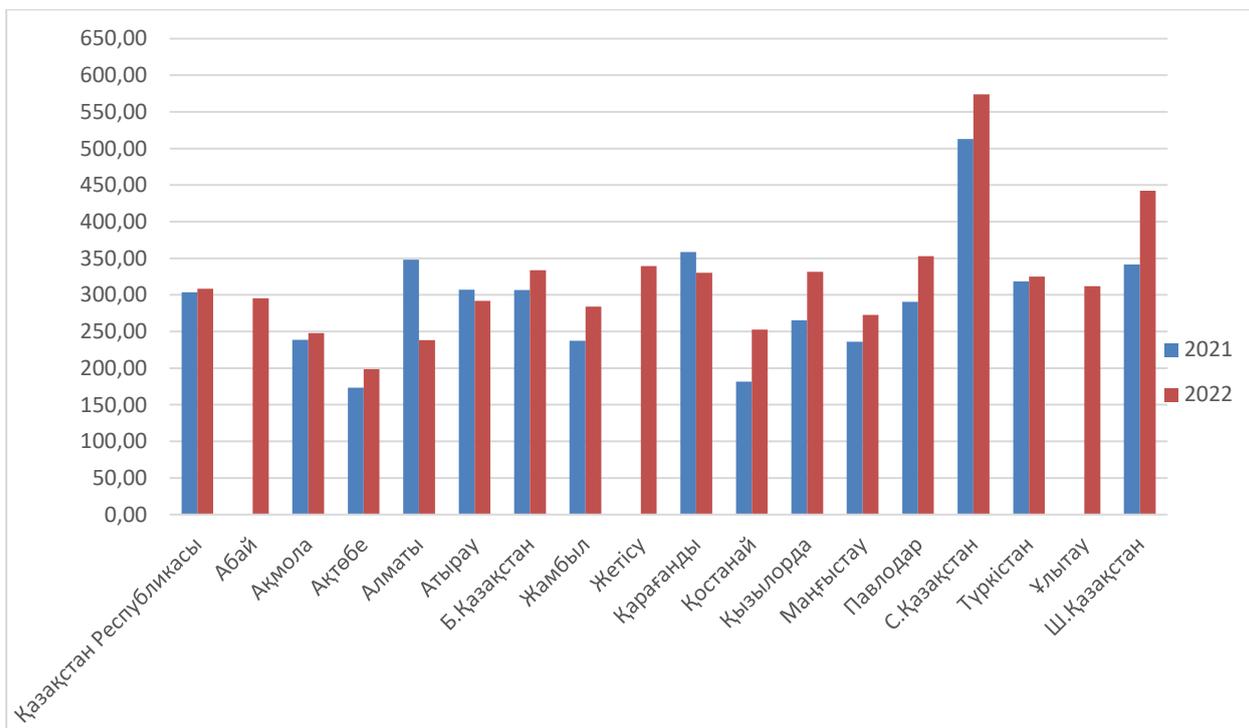


Рисунок 3 – Заболеваемость сахарным диабетом сельского населения в возрастной группе от 18 и старше за 2021-2022гг.

Литература

- 1.: Шарофова МУ, Сагдиева ШС, Юсуфи СД. Сахарный диабет: современное состояние вопроса (часть 1). Вестник Авиценны.2019;21(3):502-12. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-3-502-512>;
- 2.International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas 9th edition. 2021;

3. World Health Organization. Diabetes. 2023;

4. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. (2021). Распространенность сахарного диабета в Республике Казахстан. Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции "Актуальные вопросы сахарного диабета и его осложнений". Алматы, Казахстан;

5. Алимханова К.Н., Жолдасбекова А. С., Сактапов А.К., Нургалиева Ж. Ж., Искакова Н. Н. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости сахарным диабетом в РК // Вестник КазНМУ. - 2020. - № 2. - С. 15–20;

6. https://nrchd.kz/index.php/ru/?option=com_content&view=article&id=973;

7. Министерство здравоохранения Республики Казахстан

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА 2016-2023 ГОДЫ

Карибаев К.Р., Карибаева Б.Д.
АО «Центральная клиническая больница»

Актуальность. Увеличение количества больных с ОНМК на фоне фибрилляции предсердий (ФП) требует назначения антикоагулянтов в течение неопределенно длительного времени [1,2]. Инсульт, возникающий на фоне ФП, увеличивает риск летального исхода в течение 30 дней после референсного события до 25%, тогда как у больных без такого, составляет 14%. В течение 1 года после ОНМК смертность достигает уже 50%, без ФП - 27% [3,4]. Данная терапия имеет множество вопросов, одними из наиболее важных являются информированность врачей и приверженность пациентов к лечению.

Цель исследования. Изучить практику диагностики нарушений ритма сердца и применения непрямых антикоагулянтов у больных с различными клиническими формами фибрилляции предсердий и, частоту тромбозов сосудов головного мозга у данной категории.

Методика исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, госпитализированных в АО «ЦКБ» города Алматы с 2016 года и по итогам 9 месяцев 2023 год с ОНМК ишемического характера. Всего проанализировано 555 медицинских карт с тромбозом мозговых сосудов, из них 245 пациентов с документированной ФП. В этой группе у 62 больных наблюдалась перманентная фибрилляция предсердий, 38 - персистирующая форма и у 145 пароксизмальная, по данным суточного мониторирования ЭКГ. Проведен сравнительный анализ тактики ведения и лечения пациентов с ФП и без нее, у которых развилось ОНМК. Пациенты были разделены по полу и возрасту. Оценивались следующие критерии: принимал ли пациент антикоагулянты до развития ОНМК, проводилось ли суточное холтеровское мониторирование ЭКГ? Риск развития эмболических осложнений рассчитывался по шкале CHA2DS2VASc, риск кровотечений по шкале HAS-BLED.

Таблица №1. Распределение по возрасту пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших ОНМК.

Возраст	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	>80 лет
Количество	25	37	89	94
Процент	10,2%	15,1%	36,3% *#	39,1%*#

Примечание: * в сравнении с группой 50-59 лет, $p < 0,001$;
в сравнении с группой 60-69 лет, $p < 0,001$.

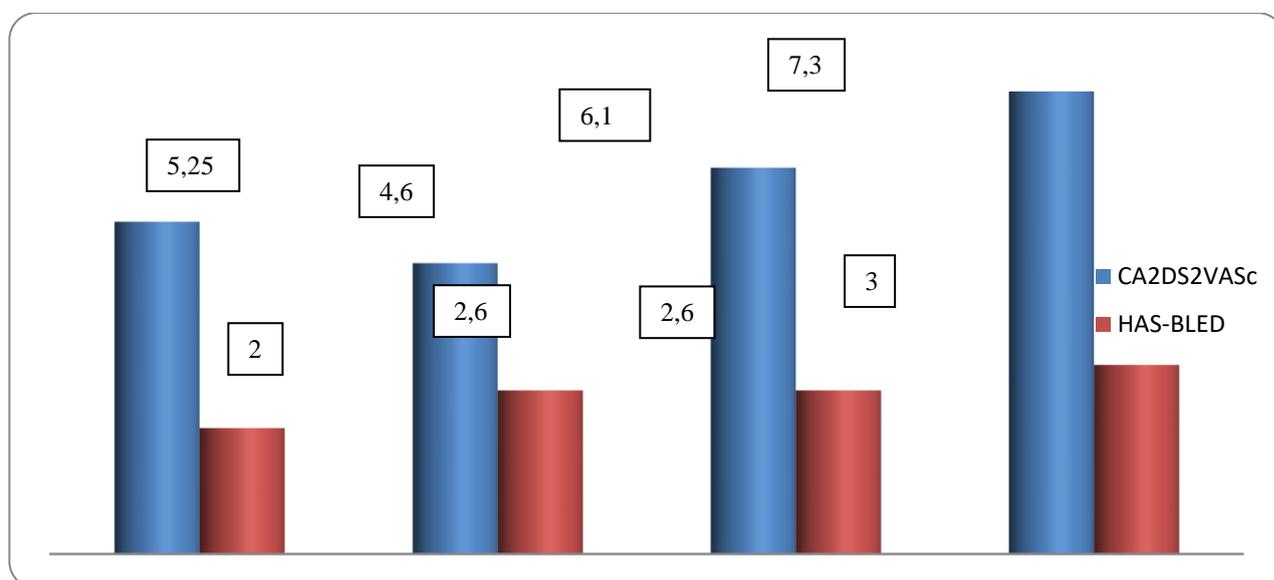
Как видно из таблицы, впрочем, как и ожидалось, в старшей возрастной группе доля больных с ФП достоверно превышало более чем в 2 раза число пациентов от 50 до 69 лет.

Таблица №2. Сравнение летальности основной группы больных ФП, осложненных ОНМК

	Всего с ОНМК	Всего с ФП	Достоверность
Всего	555	245 (40,4%)	$p < 0,001$
Умершие	41	37	-
Доля умерших	7,3%	15,1%	$p < 0,001$

Летальность у пациентов с ОНМК на фоне фибрилляции предсердий была в 2 раза выше, в сравнении с общей группой ($p < 0,001$), что соответствует данным по Республике Казахстан от 2020 года [5,6].

Рисунок №2. Уровень риска тромбоэмболических осложнений и кровотечений в зависимости от возраста больных среди пациентов с фибрилляцией предсердий в общей группе



В представленном рисунке, есть четкая взаимосвязь между возрастом и осложнениями ФП, чем старше пациенты, тем выше риск ОНМК и кровотечения, рассчитанных по общепринятым шкалам.

При анализе количества больных с ОНМК, которым было проведено суточное мониторирование ЭКГ за 2016 по 2023 год, получены данные о том, что в последние 3 года значительно повысилась доля данного, очень важного исследования. Так в 2016 году охват исследованных составил 32,3%, тогда как в 2023 году – 58,0% ($p < 0,001$).

Значительно улучшилось качество оказания медицинской помощи больным с ФП. Почти в 3 раза снизилась доля пациентов, которым не проводили профилактическую терапию непрямыми антикоагулянтами за сравниваемый период. В 2016 года таковых было 87,5%, тогда как в 2023 году – 32,7% ($p < 0,001$). В подавляющем большинстве случаев, пациенты получали ривароксабан, что объясняется тем, что в поликлиниках города этот препарат, особенно местного производства, можно получить бесплатно.

Выводы:

1. Фибрилляция предсердий значительно чаще встречается в группе старшего возраста.
2. Госпитальная летальность у больных с ОНМК на фоне ФП увеличивается в 2 раза.

3. С увеличением возраста значительно возрастает риск тромбоэмболических осложнений, а также риск кровотечений.

4. Необходимо шире использовать суточное холтеровское мониторирование ЭКГ для диагностики различных форм ФП с целью своевременного назначения антикоагулянтной терапии.

Список использованной литературы:

1. Melanie Nichols, Nick Townsend, Peter Scarborough, Mike Rayner. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. *European Heart Journal*, Volume 34, Issue 39, 14 October 2013, Pages 3028–3034.

2. Emelia J. Benjamin, Michael J. Blaha, Stephanie E. Chiuve, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association and On behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee.

3. Mariana de Almeida Moraes, Pedro Antônio Pereira de Jesus, Ludimila Santos Muniz, et al. Ischemic stroke mortality and time for hospital arrival: analysis of the first 90 days

4. Niamh Hannon 1, Orla Sheehan, Lisa Kelly et al. Stroke associated with atrial fibrillation-incidence and early outcomes in the north Dublin population stroke study. *Cerebrovasc Dis.* 2010;29(1):43-9. doi: 10.1159/000255973. Epub 2009 Nov 5.

5. Е.Б. Адильбеков, З.Б. Ахметжанова, Б.Б. Адильбекова и др. Организация инсультной службы при коронавирусной инфекции (SARS-COV-2) в РК. *Нейрохирургия и неврология Казахстана*, №1 (62), С. 40-52.

6. Gulnur Zhakhina, Bakhytbek Zhalmagambetov, Arnur Gusmanov et al. Incidence and mortality rates of strokes in Kazakhstan in 2014-2019. *Scientific Reports*, 2022, № 1.

FACTOR CONDITIONALITY OF PUBLIC HEALTH

T. Zh. Akpanova, T. K. Rakhypbekov
NPC «Astana Medical University», Astana
National Association «Primary Health Care», Astana

Relevance (introduction). According to the World Health Organization, a number of factors affect human health in 20%, heredity - 20%, the state of the environment - 20%, the organization of medical care - 10% and in 50% - the lifestyle of a person, including nutrition – 50% [1]. Studies conducted in recent decades show the relationship between the increase in zoonotic diseases can also be a consequence of human activities, such as urbanization, deforestation, wildlife exploitation, tourism, as well as global climate changes that have occurred as a result of human settlement of the planet, serve as the driving forces for the occurrence of zoonoses [17]. The aim of the study is to study the factor conditionality of public health and the influence of various factors on the growth of zoonotic infections.

Materials and methods of research. Materials: 18 sources of international and domestic literature, original research of scientific international library systems PubMed, Springer and Elsevier. Research method: systematic review of information on the following factors: industrial safety, water resources safety, ecosystem change, global warming.

Results. According to the results of the study, industrial safety, water resources safety, ecosystem change and global warming factors affecting human health are identified as factors affecting human health and are the cause of zoonotic diseases.

Industrial safety. This factor is one of the causes of morbidity of more than 600 million people annually and mortality of 420 thousand people [12]. According to the annual report of the European Union on zoonotic diseases in 2021, 4005 outbreaks of food origin were registered in European

countries [15]. Foodborne diseases lead to economic losses, and the costs amount to 95.2 billion US dollars, and the annual cost of treating foodborne diseases is estimated to reach 15 billion US dollars [8].

Safety of water resources. Water is one of the reservoirs of the spread of infections affecting the health of animals and humans, causing a number of zoonotic infections. Diseases such as cholera, typhoid fever and brucellosis pose a serious burden on public health, today there are about 3.0 million deaths from cholera in the world [18], [16].]. The global burden of typhoid fever is 11-20 million cases per year, which leads to approximately 140,000 thousand deaths [7], [19]. About 500,000 thousand cases of human brucellosis are registered annually [4].

Changing ecosystems. Active urbanization leads to close animal-human contact and is the main factor in reducing biodiversity, which in turn leads to an increase in zoonotic infections. Active urbanization leads to an increase in zoonotic infections and is the main factor in reducing biodiversity, since it is difficult for some animals to adapt to a changing environment [10]. Tropical countries and third world countries are most susceptible to the occurrence of zoonoses as a result of urbanization due to their lack of infrastructure and minimum sanitary protocols [5], [14]

The risk of pathogen spread is exacerbated by the concentration and interconnectedness of human populations associated with urbanization [11]. High population density increases the transmission of pathogens, which confirms the outbreak of SARS in Hong Kong in 2002 and 2003 [2].

Global warming. Although climate change affects zoonotic diseases indirectly, vector-borne diseases account for more than 17% of all infectious diseases worldwide and cause more than 700,000 deaths annually. Deforestation creates conditions for an increase in aquatic vegetation and algae, with which mosquitoes breed, which lead to the growth of malaria, dengue fever [6]. According to the World Health Organization, 228 million cases of malaria and 405,000 thousand deaths were registered in 2018 [3].

An increase in temperature is also a threat, since it can cause mutations of pathogens that can increase their reproduction or survival [9]. The acceleration of the spread of zoonotic pathogens is explained by climate and environmental changes due to human exposure and faster rates of vector transfer than their incubation periods [13].

Conclusions (conclusion). According to the mapping, a direct relationship was revealed between factors affecting human health (industrial safety, water resources safety, ecosystem change, global warming) and the occurrence of zoonotic diseases. It is rational to build a policy to combat zoonotic diseases taking into account factor conditionality.

List of used literature.

1. The Charter of the World Health Organization <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution>.
2. Alirol, E., L. Getaz, B. Stoll, F. Chappuis, and L. Loutan. 2011. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world. *The Lancet Infectious Diseases* 11: 131–141.2.
3. Bartlow, A.W., Manore, C., Xu, C., Kaufeld, K. A., Del Valle, S., Ziemann, A., Fairchild, G. and Fair, J.M. (2019). Forecasting zoonotic infectious disease response to climate change: mosquito vectors and a changing environment. *Veterinary Sciences*, 6(2), 40.
4. Berger S. *Brucellosis: Global Status*. Los Angeles, CA: GIDEON Informatics, Inc; 2016.
5. Blasdell K.R., Morand S., Laurance S.G.W., Doggett S.L., Hahs A., Trinh K., Perera D., Firth C. Rats and the city: Implications of urbanization on zoonotic disease risk in Southeast Asia. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2022;119:e2112341119. doi: 10.1073/pnas.2112341119.
6. Burkett-Cadena N.D., Vittor A.Y. Deforestation and vector-borne disease: Forest conversion favors important mosquito vectors of human pathogens. *Basic Appl. Ecol.* 2018;26:101–110. doi: 10.1016/j.baae.2017.09.012.

7. Crump J, Sjöund-Karlsson M, Gordon M, Parry C. Epidemiology, clinical presentation, laboratory diagnosis, antimicrobial resistance, and antimicrobial management of invasive Salmonella infections. *Clin Microbiol Rev.* 2015;28(4):901–937. doi:10.1128/CMR.00002-15
8. Dobson AP, Pimm SL, Hannah L, et al. Ecology and economics for pandemic prevention. *Science.* 2020;369:379–381.
9. Khan M.D., Thi Vu H.H., Lai Q.T., Ahn J.W. Aggravation of Human Diseases and Climate Change Nexus. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019;16:2799. doi: 10.3390/ijerph16152799.
10. Mackenstedt U., Jenkins D., Romig T. The role of wildlife in the transmission of parasitic zoonoses in peri-urban and urban areas. *Int. J. Parasitol. Parasites Wildl.* 2015;4:71–79. doi: 10.1016/j.ijppaw.2015.01.006.
11. Paul, M., S. Tavoranpanich, D. Abrial, P. Gasqui, M. Charras-Garrido, W. Thanapongtharm, X. Xiao, M. Gilbert, et al. 2010. Anthropogenic factors and the risk of highly pathogenic avian influenza H5N1: Prospects from a spatial-based model. *Veterinary Research* 41: 28.14.
12. Ritchie H, Roser M. [Accessed at July 30, 2020]; Causes of death. Our World in Data. 2018 <https://ourworldindata.org/causes-of-death>.
13. Rupasinghe R., Chomel B.B., Martínez-López B. Climate change and zoonoses: A review of the current status, knowledge gaps, and future trends. *Acta Trop.* 2022;226:106225. doi: 10.1016/j.actatropica.2021.106225.
14. Taylor P.J., Arntzen L., Hayter M., Iles M., Frean J., Belmain S. Understanding and managing sanitary risks due to rodent zoonoses in an African city: Beyond the Boston Model. *Integr. Zool.* 2008;3:38–50. doi: 10.1111/j.1749-4877.2008.00072.x.
15. The European Union One Health 2021 Zoonoses Report. *EFSA Journal*, 20(12), e07666. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2022.7666>.
16. Walford, N.S. Demographic and social context of deaths during the 1854 cholera outbreak in Soho, London: A reappraisal of Dr John Snow’s investigation. *Health Place* 2020, 65, 102402.
17. White R.J., Razgour O. Emerging zoonotic diseases originating in mammals: A systematic review of effects of anthropogenic land-use change. *Mammal Rev.* 2020; 50:336–352. doi: 10.1111/mam.12201.
18. World Health Organization. Cholera. 2022. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cholera> (accessed on 4 December 2022).
19. World Health Organization. Typhoid; 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid>. Accessed May 6, 2021.

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЧЕК-UP УСЛУГ В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ

А.Ж. Баймурынова, М.А. Камалиев, Ж.К.Бурибаева
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность. Маркетинг медицинских услуг обоснованно считается одним из наиболее сложных видов социально ориентированного маркетинга. В условиях рынка маркетинг в здравоохранении рассматривается как концепция общественного предпринимательства, что обуславливает проведение маркетинговых исследований для последующего прогнозирования изменения рыночной ситуации в сфере медицинского обслуживания. При этом анализируются тенденции изменения платежеспособного спроса на медуслуги, определяются пути достижения требуемого их качества [1-2].

Основой современной превентивной (профилактической) медицины является раннее

выявление заболеваний во время комплексного медосмотра, которое в разных странах представляет собой диспансерное наблюдение (страны постсоветского пространства), обязательный медосмотр или check-up обследование по полису медстрахования (США) [3-4]. В последнее время и в Казахстане частные медцентры и клиники предлагают check-up-программы, как в рамках добровольного медстрахования, так и для свободного выбора граждан.

В настоящее время в отечественной литературе почти нет работ, посвященных комплексному исследованию рынка платных check-up услуг.

Цель/ задача исследования – выявление особенностей методов анализа и оценки check-up-программ, используемых в системе оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ литературных научных источников за последние 10 лет, как зарубежных, так и отечественных. Используемый метод – информационной-аналитический.

Результаты исследования. Маркетинговые исследования представляют собой рассмотрение внешней и внутренней среды организации. Особенности медицинского маркетинга связаны с тем, что предметом исследования являются медицинские услуги, инструменты и материалы, использование которых зависит и от заболевания пациента и, еще в большей степени, от квалификации медицинских специалистов, оказывающих медицинскую помощь [5-6].

Внутреннюю среду медицинского маркетинга исследуют по следующим направлениям: финансовые, трудовые, материальные ресурсы; организационная культура; результаты деятельности медицинского учреждения и т.п. [7]. Чаще всего для исследования внутренней среды медорганизации используют метод SWOT-анализа и изучением следующих групп показателей:

- количественные, которые отражают численность обслуживаемого населения, объемы оказываемых услуг, их ассортиментный ряд, доля рынка, которую занимает организация на рынке медуслуг;

- качественные: показатели качества предоставляемой медицинской помощи, половозрастная структура обслуживаемых сегментов населения, динамика уровня спроса на предлагаемые медуслуги, номенклатурные позиции медуслуг [8].

Показатели финансовой устойчивости медицинской организации позволяют оценить его эффективность, финансовую независимость, уровень деловой активности, необходимость выделения ресурсов. Анализ организационной структуры проводится только относительно тех задач, которые ставятся перед медицинской организацией, включая показатели персонала учреждения – его квалификация, частота обучения и аттестаций и т.п. [9].

Формирование рыночных отношений в современном здравоохранении повлекли за собой развитие рынка медуслуг, появилась возможность выбора медорганизации и врача, способа оказания медицинской помощи и оплаты медуслуг. Следует подчеркнуть, что до сих пор на отечественном рынке медуслуг спрос опережает предложение, что обусловлено невозможностью подавляющей части населения получения бесплатной медицинской помощи в полном объеме из-за организационных дефектов организации медицинской помощи (бюрократичность процессов, очереди и др.). Соответственно платная медицина, реагируя на этот спрос, вначале предложила широкий ассортимент консультативно-диагностических услуг, затем услуг по стационарному лечению и реабилитации, а в последнее время услуг по первичной диагностике патологии [10]. Сравнительно новое направление check-up в здравоохранении дает возможность определить состояние здоровья пациента на момент обследования и мониторировать его в дальнейшем, в т.ч.:

- диагностировать патологию на самой ранней стадии развития, выявить имеющиеся заболевания, степень их тяжести и факторы риска;

- разработать рекомендации по предупреждению факторов риска, а также прогрессирования заболеваний и развития ее осложнений.
- определить тактику медицинского наблюдения и лечения.

При этом, пациент получает полную информацию о своем здоровье, расшифровку и интерпретацию всех лабораторных и инструментальных методов исследования, заключения узких специалистов, о всех выставленных диагнозах и получает развернутую информацию по дальнейшим действиям.

Однако, оказание качественных и конкурентоспособных платных медуслуг требует, в частности, изучения спроса населения и выявления приоритетных, с точки зрения населения, видов медицинской помощи. После подбора рынка, деления его на разделы и оценки привлекательности каждого отдельно взятого сегмента разрабатывается маркетинг-микс для целевого сегмента. Это набор контролируемых переменных маркетинговых факторов, совокупность которых используется компаниями и учреждениями для получения желаемой реакции целевого рынка [11].

Определенную специфику потребностей характеризует каждый из потребителей на рынке товаров и услуг. Активному лидеру потребления постоянно необходимы новые товары оригинального свойства. А среднему потребителю достаточно товары, которые уже положительно зарекомендовали себя на рынке. А вот с большим опозданием на новые товары реагирует пассивный потребитель. В силу своей потребительской активности, способностей и вкусов, потребители не имеют одинаковую тактику поведения на рынке, они образуют определенную иерархическую структуру, на вершине которой располагаются лидеры потребления с наивысшим потребительским статусом и престижем. Именно они принимают решения по выбору услуг, которые позже отражаются на поведении всех остальных потребителей [12].

Бесчисленный потенциал маркетинга по воздействию на рынок сосредоточены в четырех основных элементах (инструментах) комплекса маркетинга: цена, продукт (услуга), сбыт (представление услуги) и коммуникация. Следует отметить, что в работах многих исследователей затрагиваются проблемы маркетинга медуслуг, но, в основном, управления качеством медицинского обслуживания, маркетинговых коммуникаций, сфере продвижения услуг. При этом, проведенные немногочисленные исследования только в целом характеризуют маркетинг в здравоохранении.

Выводы. В отечественной практике check-up программы являются сравнительно новым направлением развития медицинского бизнеса, направленным на увеличение доступности граждан к качественной и своевременной медицинской диагностики. Предполагается, что после изучения особенностей спроса и потребления данной услуги, данное направление будет рекомендовано для широкого внедрения в Казахстане, в т.ч. в рамках программы обязательного социального медицинского страхования.

Список литературы:

1. Котлер Ф. (2018) Маркетинг менеджмент. 15-е изд. / Ф. Котлер, К.Л. Келлер. - Санкт-Петербург: Питер. - 848 с. - ISBN 978-5-4461-0422-2. - URL: <https://ibooks.ru/bookshelf/340124/reading>
2. Петрова Н., Додонова И., Погосян С. (2013) Основы медицинского менеджмента и маркетинга. Издательство: Фолиант
3. Marketing Medicine (2016) Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315794198>
4. Романов А., Кеворков В. (2013) Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации. Издательство: КноРус, с.360
5. Werner Reinartz (2013) Customer Relationship Management: Concept, Strategy, and Tools. Springer-Verlag Berlin Heidelberg Whitney H. Data Insights: New Ways to Visualize and Make Sense of Data. - Morgan Kaufmann Publishers.

6. Петрова Н., Додонова И., Погосян С. Основы медицинского менеджмента и маркетинга. Издательство: Фолиант 2013 – 352 с.
7. Абрамов А.Ю, Кича Д.И, Рукодашный О.В. (2018) Категория маркетинга отношений в медицинских организациях. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина; 22(3):314-21. Available from: <https://doi.org/10.22363/2313-0245-2018-22-3-314-321>.
8. Галицкий Е. Б., Галицкая Е. Г. - Маркетинговые исследования. теория и практика 2-е изд., пер. и доп. Учебник для вузов - М.:Издательство Юрайт - 2019 - 570с. - ISBN: 978-5-9916-3225-6 - Текст электронный // ЭБС ЮРАЙТ - URL: <https://urait.ru/book/marketingovye-issledovaniya-teoriya-i-praktika-425174>
9. Philip Kotler, Kevin Keller, Delphine Manceau, & Aurélie Hemonnet-Goujot. (2019). Marketing Management (16e édition). Post-Print. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edsrep&AN=edsrep.p.hal.journal.hal.02176421>
10. Reznik G.A. (2019) Strategiya pozitsionirovaniya kompanii na osnove sotsial'no-marketingovoy programmy // Marketing v Rossii i za rubezhom. – № 5. – S. 10-15.
11. Андриянова А.А., Андриянова Л.С., Корниенко М.В. (2020) Маркетинговое исследование состояния рынка медицинских услуг: факторы и региональные особенности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины; 28(3):480-5. Available from: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-3-480-485>
12. Иванов Н.П., Малкина Л.В. (2017) HR-маркетинг в системе менеджмента современной медицинской организации // Фундаментальные исследования 10:351-7.

ОБЗОР МЕТОДОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Эбдеш Б.Т., Камалиев М.А., Бурибаева Ж.К.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность. Одним из наиболее значимых стратегических направлений отечественного здравоохранения является поиск эффективных методов управления качеством оказываемых медицинских услуг.

Однако, последние структурные изменения в деятельности организаций ПМСП не привели к максимальному использованию потенциала и новых возможностей и практически не повлияли на ожидаемое повышение качества медуслуг. Так, отдельные специалисты отмечают, что в процессе оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению не проработаны проблемы улучшения взаимодействия с больничными и специализированными организациями здравоохранения, не уделяется внимание повышению уровня медицинской грамотности населения и его оздоровления, не реализуются новые требования к качеству медуслуг, слабо используются возможности информационно-аналитических систем мониторинга здоровья населения [1-3].

Эти научно-практические аспекты предопределили актуальность запланированного нами исследования.

Цель/ задача исследования – выявление особенностей методов анализа и оценки качества медуслуг, используемых в системе оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ литературных научных источников за последние 10 лет, как зарубежных, так и отечественных. Используемый метод – информационной-аналитический.

Результаты исследования.

Качество отдельных компонентов оказания медицинской помощи рекомендуется

измерять со следующих позиций [4]:

- 1) удовлетворенность пациента (изучение обоснованности/необоснованности его требований в зависимости от применения лекарства, технологии и ресурсы);
- 2) оптимальное использование ресурсов (изучение наличия/отсутствия и неиспользования ресурсов, имеющихся у персонала медицинского учреждения);
- 3) риск заболевания (факт достижения прогнозируемого изменения здоровья пациента; факт д. атипичность заболевания, специфические особенности организма больного, резистентность больного к лечению и др. для достижения неожиданных результатов в соответствии со всеми технологиями под воздействием).

Оценка качества медицинской помощи должна определять соответствие диагноза, лечения, профилактики и ожидаемых результатов конкретным результатам. Для этого используются медицинские стандарты (протоколы диагностики и лечения), представляющие собой унифицированные стандарты набора и объема диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, а также требований к продолжительности и результатам лечения. Медицинские стандарты позволяют оценить качество оказания медицинской помощи, хотя соблюдение установленных в ПДЛ профилактических, лечебно-диагностических процедур и манипуляций не может в полной мере отражать конечные результаты деятельности [5].

Основные *методы оценки качества медицинской помощи* (КМП) включают статистические методы (например, анализ показателей национальной статистической отчетности), экспертную оценку (например, изучение амбулаторных карт) и, реже, социологические опросы населения (например, оценка ожиданий удовлетворенности пациентов) [6].

Медицинская статистика. При анализе показателей статистической отчетности рассматриваемые показатели в основном отражают "количество", а не качество медицинской помощи. Например, полный охват диспансерным наблюдением беременных женщин не означает, что помощь является качественной. Специалисты отмечают, что такие статистические показатели, как уровень смертности, соответствие между клиническими и патологоанатомическими диагнозами, а также диагнозами скорой помощи и клиническими диагнозами уже не так актуальны вследствие их неполного учета и непродуктивного анализа [7-8]. В частности, очевидно, что необходимо добавить новые показатели, отражающие вызовы современного здравоохранения.

Медицинские информационные системы. Существует ряд специально разработанных информационных (компьютерных) программ, включающих такие критерии качества медицинской помощи, как своевременность, полнота и адекватность анализов, своевременность и эффективность назначенного лечения, точность и достоверность диагнозов и т.д., основанные на измерении соответствия действующим стандартам организации медицинской помощи и клинической практики. Однако, в литературе до сих пор дискутируется вопрос насколько правильно использование этих стандартов в оценке качества при общепринятом в медицине классическом подходе к пациенту (индивидуализированное лечение). Т.е. какая-то часть случаев клинического ведения пациента не соответствует действующим стандартам, и в таких случаях специалисты рекомендуют проводить экспертную оценку качества медуслуг. Также следует отметить, что в литературе нет данных о средней частоте встречаемости среди пациентов «индивидуализированных» случаев клинического ведения, но предполагается, что их больше среди пациентов с комбинированной патологией, как в стационарах, так и в амбулаторных организациях [9-10].

Социологический опрос населения в отечественной системе здравоохранения является основным инструментом для получения информации о соответствиях ожиданий пациентов действительности, удовлетворенность пациентов качеством услуг, профессиональной подготовки врачей и иного персонала, их отношением к пациентам. Кроме того,

социологические опросы, в целях оценки эффективности проводимых реформ в системе здравоохранения являются одним из наиболее показательных и индикаторных методов. Целесообразность использования социологических методов оценки в управлении обусловлена возможностью получения информации о степени достижения поставленных целей. Однако, специалисты напоминают, что социологический опрос является субъективным методом оценки и должен использоваться в начале процедуры оценки качества медуслуг, которая далее должна быть углублена путем использования других более объективных методов изучения качества [11]. Из недостатков анкетирования специалисты также отмечают неполное содержание анкет с использованием «поверхностных» вопросов, которые по сути не раскрывают проблемы качества в здравоохранении, но служат своеобразным индикатором ситуации с качеством медуслуг в целом [12].

Экспертная оценка в настоящее время часто используется для оценки качества медицинской помощи и представляет собой комбинацию мнений нескольких экспертов. И здесь для объективизации мнений особое значение имеет правильность выбора экспертов, в т.ч. критерии выбора, которые должны соответствовать правилам объективной оценки (независимость, опыт и профессионализм, честность и др.) [13].

Выводы. Таким образом, обзор зарубежной и отечественной литературы показал, что используемые методы оценки качества медуслуг вполне справляются с задачами выявления недостатков организации и оказания медицинской помощи населения. Однако существуют особенности в их использовании на практике. Во-первых, они должны использоваться в комплексе, т.к. каждый из этих методов имеет недостатки (субъективность, факторность, сложность интерпретации и др.). Во-вторых необходимо четкое следование правилам их использования для снижения силы их недостатков. В-третьих, эти основные методы необходимо дополнять и другими методами оценки качества, в т.ч. и из других специальностей, в зависимости от конкретной ситуации (наблюдение, углубленный опрос и интервью, «тайный покупатель», анализ документов и др.).

Список использованной литературы

1. Организация экономического сотрудничества и развития. Обзоры систем здравоохранения: Казахстан. - Париж. – 2018. https://www.researchgate.net/publication/343336387_Obzory_sistem_zdravoohranenia_-_Kazahstan_2018 (05.03.2020).
Старых Н. П., Егорова А. В. Анализ доступности и качества медицинских услуг в городе Орле // Научный результат. Социология и управление. Т.4, № 3, 2018.
2. Булавицкая Е.В. Отдельные критерии качества медицинских услуг как основа добровольного исполнения обязательств по оказанию медицинских услуг // Евразийский юридический журнал. 2016. № 10 (101). С. 162-165.
3. Grot, A.V., Sazhina, S. V., Shishkin, S. V. Seeking medical care in the public and private health sectors (according to sociological studies) // Social aspects of public health. 2018. - URL : https://elibrary.ru/download/elibrary_36401886_87041299.pdf
4. Vyalkov, A. I., Skvirskaya, G. P., Son, I. M., Seregina, I. F. Evaluation of the effectiveness and quality of primary health care // Vestnik Roszdravnadzor. 2016. No. 5. P. 62-66.
5. Kalashnikov K.N., Kalachikova O.N. Accessibility and quality of medical service in the context of health care modernization // Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast. 2014. No. 2 (32). P. 103-112.
6. Panova, L. V. and Rusinova, N. L. (2014), "Access to health services: methodological approaches and methods of measurement", Zhurnal sotsiologii i sotsialnoi antropologii, (4), 147-149. (In Russian).
7. Gostenin, V. I. Methodology of the study and monitoring of the quality of medical services : empirical results on the example of Bryansk region // Economics. Sociology. Right. 2016. No. 1. Pp. 66-71.

8. Старых Н. П., Егорова А. В. Сравнительный анализ доступности и качества медицинских услуг в регионах центрального федерального округа // Научный результат. Социология и управление. Т. 5, № 3, 2019.

9. Health care reform in Russia (2017) [Online], available at: [http://newsruss.ru/doc/index.php/Pe\\$0pMa_3graB00xpaHeHHa_B_P0CCHH](http://newsruss.ru/doc/index.php/Pe$0pMa_3graB00xpaHeHHa_B_P0CCHH)

10. Berseneva, E. A., Mendel, S. A., Savostina, E. A., Tairova, R. T. the Results of a survey of patients to assess the organization of processes in a medical institution // Bulletin of modern clinical medicine. 2018. No. 1(2). P. 59-65.

11. Zhilkina, V. A., PEK, T. N., Yanovskaya, T. E. Patient Satisfaction as an indicator of the quality of medical services (by the material of the Astrakhan region) // Initiatives of the XXI century 2015. No. 3. P. 37-40.

12. Gudimenko, G. V., Kondrashova, R. A. Satisfaction with medical services as a factor of competitiveness of regional healthcare institutions // Kazan medical journal. 2017. Vol. 98 (2). P. 251-256.

13. Kurkin, M. A. and Chumakova, E. Yu. (2015), "Analysis of indicators of quality of medical care in the region", Molodoy uchenyj, (10), 708-712 (In Russian).

К ВОПРОСУ ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ НЕКОНВЕНЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Мәдиярқызы Н., Баймуратова М.А, Мойынбаева Ш.М., Садуакасова Н.А.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Новые экономические вызовы, требуют повышения эффективности системы здравоохранения, в том числе путём развития конкуренции между медицинскими организациями, актуализируя постановку вопроса о выявлении отношения граждан к расширению возможностей выбора между государственными и частными медицинскими организациями и появлению возможностей доплачивать за улучшение качества бесплатных медицинских услуг [1]. Рассмотрению подлежат особенности развития рынка медицинских услуг и основные причины активного развития коммерческой медицины вследствие объективных и субъективных факторов. Причем, например, анализ понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» [2]. Платные медицинские услуги имеют большой потенциал роста, обусловленной потребностями рынка и населения страны. Ведь этот сегмент экономики представляет альтернативные возможности оздоровления и лечения в более комфортных условиях, согласно растущих требований качества и персонального подхода к пациенту. Услуги неконвенциональной (традиционной и народной) медицины до сих пор остаются востребованными во многих других странах мира. Правда, ранее в советские времена, этот термин неконвенциональная медицина (НКВМ), как и все другие современные термины, характеризующие медицинские системы, практики и методы лечения, а также их комплексы (комплементарная медицина, альтернативная медицина, традиционные медицинские системы и др.) не использовались (2018) [3]. Проблема интеграции медицинских систем, практик и методов стала актуальной довольно давно. С момента возникновения европейской медицины научного типа было понятно, что у нее есть конкуренты в виде более ранних оздоровительно-лечебных практик [4].

Цель исследования. Изучить опыт и практику возможностей интеграции медицинских систем, практик.

Материалы и методы. Стратегия поиска: проведен поиск и анализ научных публикаций в базах данных и web-ресурсах Globocan, PubMed, CochraneLibrary, Medscape (Medline), ResearchGate и электронной библиотеке CyberLeninka.

Результаты. Не секрет, что в 21 веке пациенты в стремлении оздоровится находятся в

поиске различных новых способов и методов для профилактики и даже лечения целого ряда заболеваний. Народная медицина в последние годы привлекает к себе все пристальное внимание, поскольку современные научные методы лечения и лекарственные средства восходят к народному опыту [5]. В последнее время общим трендом в экономически развитых странах мира является развитие индустрии здоровья в соответствии с рейтинговыми оценками качества оказания медицинских услуг, что неизбежно будет оказывать влияние на развитие системы здравоохранения в России и способствовать созданию новых возможностей для получения населением качественных медицинских услуг и организации ведения здорового образа жизни [6]. Мировой рейтинг стран по уровню медицинского обслуживания (NUMBEO) за 2020 год показал, что самый высокий индекс безопасности здоровья – в Тайване (86,42), а из изучаемых нами стран – в Великобритании (74,88), Германии (73,35), Сингапуре (70,97), США (69,20), Китае (66,62) и России (58,01), соответственно [7]. По оценкам ВОЗ - 60 % случаев смерти вызваны состояниями, связанными с низким качеством медицинской помощи, которые могли бы быть предотвращены. В соответствии с Целями в области устойчивого развития одним из ключевых компонентов всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) является качество. В задаче 3.8 ЦУР содержится призыв к странам обеспечить ВОУЗ, в том числе защиту от финансовых рисков и доступ к качественным основным медико-санитарным услугам [8]. Одним из ключевых направлений, требующих детального анализа результатов, касающийся вопросов обеспечения роста качества медицинской помощи (КМП) населению должно реализоваться через призму изучения системы здравоохранения. Центры неконвенциональной медицины оформлены как общества с ограниченной ответственностью (ООО) с получением лицензии – разрешения на занятие народной медициной, выданной органами исполнительной власти в сфере охраны труда. Предлагаемые методы традиционной восточной медицины востребованными специалистами Центра «Канти» являются действенными и пользуются спросом у населения Якутии. На сегодняшний день центры, открытые и работающие в регионах с восточной культурой, использующие в своей деятельности методы традиционной восточной медицины, несомненно, востребованы населением. [3]. Современные реалии таковы, что широкий «рынок» различных лекарственных, а также целительских практик становится неотъемлемой частью здоровьесбережения. Из доступной литературы известно, например, что врачи пенсионного возраста, с которыми удалось пообщаться, работающие в Туве или в регионах, расположенных в непосредственной близости (Хакасия), оставались в своих ответах на стороне «официальной медицины» (биомедицины), но вместе с тем, по их мнению, подобные методы традиционных и народных методов лечения исторически получили свое широкое распространение. Важно отметить, что многие врачи полагают: выбор того или иного метода лечения — это личное право пациента. Они не исключают использования фитотерапии, рефлексотерапии, массажа и иглоукалывания. Впрочем, почти все опрошенные замечают, что рано или поздно, после целителей, знахарей и шаманов пациент обратится к ним. [9]. Меккюсярова И. А. (2018) поделилась опытом внедрения некоторых компонентов комплементарной медицины, оказавшихся востребованными среди населения Якутии (такие как китайские и тибетские практики исцеления, Аюрведа и др.) [3]. К вопросу интегративного подхода, как понятия, хотелось бы привести опыт интегрирования медицинских систем и практик, представленных в сравнительном аспекте России и Болгарии. Характерно, что законодательная сфера в обеих странах не всегда четко регламентирует деятельность специалистов неконвенциональной медицины и их взаимодействие с представителями конвенциональной медицины, мешая процессам интеграции, на которые давно нацеливает медицину Всемирная организация здравоохранения, а сама реальная «интеграция» часто оказывается вариантом бизнеса происходящее не соответствует термину в его настоящем значении. [4]. Вместе с тем, сама идея интеграции должна интересоваться в большей степени не конвенциональную медицину, а другую составляющую современной

системы здоровьесбережения – неконвенциональную медицину, точнее, ее организаторов. Ведь партнерские взаимоотношения между ПМСП (государственными медицинскими учреждениями) и элементами народных практик (частные учреждения) в вопросах профилактики и реабилитации 3-й этап вполне могли успешно сотрудничать. В это связи, Растригина О.В. (2020) сообщали о предпосылках партнерства между государственным и частным секторами на рынке медицинских услуг [10].

Для отдельных регионов РК характерно более ярче выраженные этнокультурные особенности, вне зависимости от численности народонаселения, открыты медицинские центры народной медицины. Одним из основных приоритетов Республики Казахстан является развитие единой, социально ориентированной и развитой системы здравоохранения, призванной обеспечивать доступность, своевременное и качественное оказание медицинской помощи [11]. Выполнение основных условий в виде рационального сочетания социального и правового аспекта способствует улучшению качества медицины в Казахстане, гармонизации ее составляющих, а также укреплению роли здравоохранения на государственном уровне [11]. Улучшение качества жизни и забота о собственном здоровье предусмотрена в рамках реализации поручений Президента Республики Казахстан Токаева К.К., данных в Послании народу Казахстана «Казахстан в новой реальности, время действий» от 1 сентября 2020 года [12], Министерством проведена трансформация Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы в Национальные проекты. При этом, Национальный проект системы здравоохранения «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»» [13] будет и является последовательным приемником Государственной программы [14]. Уместно, привести и другие сведения, что в рамках внедрения Единой национальной системы здравоохранения формируется конкурентная среда среди поставщиков медицинских услуг. В результате обеспечения равных условий доля частных медицинских организаций возросла до 48%. Государственные медицинские организации расширили самостоятельность путем перехода в статус организаций на праве хозяйственного ведения с наблюдательными советами. Введены новые методы оплаты, ориентированные на конечный результат. Продолжается работа по стандартизации в соответствии с международными требованиями: совершенствуются протоколы диагностики и лечения, алгоритмы, стандарты профильных служб. Начато внедрение интегрированной модели организации медицинской помощи. В результате проведенных мер по профилактике заболеваний отмечается улучшение основных показателей заболеваемости населения, особенно среди инфекционных, неинфекционных и социально значимых заболеваний.[15]. В связи с введением обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) рынок медицинских услуг претерпевает структурные изменения, что требует адекватной оценки текущего состояния. Частный сектор имеет высокий потенциал дальнейшего роста при условии сохранения политики привлечения его к выполнению государственного заказа и обеспечения безбарьерной среды в условиях обязательного социального медицинского страхования. Внедрение обязательного социального медицинского страхования и обеспечение унифицированного подхода к оценке качества оказываемых услуг всех поставщиков медицинских услуг в рамках ОСМС позволяет обеспечить равные условия для конкуренции [16].

С целью обеспечения доступности медицинской помощи для населения предлагаются поэтапно увеличивать государственное финансирование, адресно в МО необходимого профиля и качества вне зависимости от формы собственности [17]. К сожалению, все еще пациенты невысоко оценивают качество медицинского обслуживания при получении медицинской помощи в рамках ОМС в государственных медицинских организациях, но дают более высокие оценки качеству работы платных отделений этих учреждений. Альтернативно, среди пациентов частных клиник подавляющее большинство высоко оценивает качество медицинского обслуживания, которое они предоставляют [18].

Выводы. Проведенный нами анализ показал, что для улучшения КМП среди пациентов вне зависимости от форм собственности и специфики вида оказываемых профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, целесообразно изучать интерактивные технологии в вопросах нетрадиционной медицины. Считаем, что интегративный подход взаимодействия между врачами, способен составить неотъемлемую часть процесса улучшения КМП для повышения доступности и удовлетворенности населения, не только в части консультаций, но и действенной, поэтапной помощи реабилитации.

Библиографический список.

1. Грот А.В., Сажина С.В., Шишкин С.В.-Обращаемость за медицинской помощью в государственный и частный секторы здравоохранения (по данным социологических исследований).- Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения».- ISSN 2071-5021 Эл №ФС77-28654 <http://vestnik.mednet.ru>. -С.1-18
2. Оборин М.С.- Проблемы и тенденции развития медицинских услуг на потребительском рынке. Вестник ЗабГУ. - 2019. – Т.. 25.- № 5.-С.123- 131
3. Меккюсярова И. А. Опыт использования методов неконвенциональной медицины в медицинском центре г. Якутска (кейс-стади) [Электронный ресурс] // Новые исследования Тувы. 2018, № 4. URL: <https://nit.tuva.asia/nit/article/view/813> (дата обращения: дд.мм.гг.). DOI:10.25178/nit.2018.4.10.-С.178-193
4. Харитоновна В.И., Янева-Балабанска И. – Интеграция медицинских систем -желаемое и действительное (Российско-Болгарские параллели).- Сибирские исторические исследования. 2017. № 4- С. 179-209
5. Bromlei, Iu. V. and Voronov, A. A. (1976) Narodnaia meditsina kak predmet etnograficheskikh issledovaniy [Folk medicine as a subject of ethnographic research]. Sovetskaia etnografiia, no. 5, pp. 3–18. (In Russ.). V samuiu tochku: kitaiskii massazhist o zhizni i rabote v Iakutske [Right on the spot: Chinese masseur talks about life and work in Yakutsk]. Tsentr komplementarnoi meditsiny i SPA Kanti, September 1 [online] Available at: <https://www.kantiykt.ru/v-samuyu-tochkukitayskiy-massazhist-o-zhi/> (access date:15.08.2018). (In Russ.).
6. Зубец А.Н., Новиков А.В.,- Повышение качества медицинского обслуживания населения России: практические рекомендации власти.- Ж. гуманитарные науки. вестник финансового университета. - '2019. -№2. – С.39-49
7. Рейтинг стран по уровню медицины. URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health-care-index>
8. Всемирная организация здравоохранения. Официальный сайт. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/quality-health-services>
9. Вяткина Н. А. Народная медицина тувинцев глазами врачей (по материалам опроса врачей и другого медицинского персонала в Республике Тыва и соседних регионах) [Электронный ресурс] // Новые исследования Тувы. 2018, № 4. URL: <https://nit.tuva.asia/nit/article/view/807> (дата обращения: дд.мм.гг.). DOI: 10.25178/nit.2018.4.4
10. Растрюгина О.В. Развитие государственно-частного партнерства на рынке медицинских услуг: мировая и российская практика // Вестник Евразийской науки, 2020 №3, <https://esj.today/PDF/74ECVN320.pdf> (доступ свободный). Загл. с экрана. Яз. рус., англ
11. Тайторина, Б. А. Эволюция государственной политики Республики Казахстан в сфере охраны здоровья населения / Б. А. Тайторина, Р. С. Доцанова, К. Л. Гогаладзе. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2020. — № 30 (320). — С. 94-102. — URL: <https://moluch.ru/archive/320/72852/> (дата обращения: 30.11.2023)
12. О мерах по реализации Послания Главы государства народу Казахстана от 1 сентября 2020 года «Казахстан в новой реальности: время действий». Указ Президента Республики Казахстан от 14 сентября 2020 года № 413. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U2000000413/links>. О мерах по реализácii Poslanija Glavy

gosudarstva narodu Kazahstana ot 1 sentjabrja 2020 goda «Kazahstan v novoj real'nosti: vremja dejstvij». Ukaz Prezidenta Respubliki Kazahstan (On the measures of realization of the Message of the Heads of the state of the people of Kazakhstan from September 1, 2020 "Kazakhstan in the new reality: the time of action". Decree of the President of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 14 sentjabrja 2020 goda № 413. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U2000000413/links>

13. Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация». Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725. Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=38602479. Ob utverzhdenii nacional'nogo proekta «Kachestvennoe i dostupnoe zdavoohranenie dlja kazhdogo grazhdanina «Zdorovaja nacija». Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan (About approval of the national project "Quality and accessible health care for every citizen" Healthy Nation ". Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 12 oktjabrja 2021 goda № 725. Rezhim dostupa: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=38602479.

14. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года №725. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982>. Ob utverzhdenii Gosudarstvennoj programmy razvitija zdavoohranenija Respubliki Kazahstan na 2020-2025 gody. Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan (About approval of the State program of development of health of the Republic of Kazakhstan for 2020-2025. Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 26 dekabrja 2019 goda № 982. Utratilo silu postanovleniem Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 12 oktjabrja 2021 22 Journal of Health Development, Volume 4, Number 44 (2021) goda №725. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P190000098>

15. Тургамбаева А.К., Ибраев С.Е., Ескендиоров О.С.- Система здравоохранения Казахстана в период независимости: основные этапы и перспективы развития.- Journal of Health Development, Volume 4, Number 44 (2021).- С.10-23

16. Ескалиев А., Глушкова Н.Е., Каушева А.А., Наурызбаева А.А., Кырыкбаева С.С. – Рынок медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования: Современное состояние, возможности и риски медицинских организаций.-Ж. Наука и Здравоохранение, 2021 4 (Т.23). – С. 180-189

17. Петрачков И.В., Улумбекова Г.Э. Динамика объемов потенциальных источников финансирования частных медицинских организаций с 2012 по 2019 г. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 80–91. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-80-91>

18. Грот А.В., Сажина С.В., Шишкин С.В.-Обращаемость за медицинской помощью в государственный и частный секторы здравоохранения (по данным социологического опроса).- Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения».- ISSN 2071-5021 Эл №ФС77-28654 <http://vestnik.mednet.ru>. -С.1-18

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОВЕДЕННОЕ В КАЗАХСТАНЕ

Ш.Мойынбаева, М.Камалиев

COVID-19 существенно влияет на репродуктивное здоровье женщин, проявляясь в изменениях органов малого таза, гормональных колебаниях и потенциальных последствиях

для долгосрочного репродуктивного благополучия. Острая фаза COVID-19 была тщательно изучена, но ее долгосрочные последствия для женской репродуктивной системы остаются активной областью исследований. Перекрестное исследование с участием 150 женщин репродуктивного возраста, разделенных на основную группу (75 женщин с COVID-19 и нарушениями менструального цикла после перенесенного заболевания) и контрольную группу (75 женщин без COVID-19 и без нарушений менструального цикла). В исследовании приняли участие женщины в возрасте от 18 до 45 лет с инфекцией SARS-cov-2, которые оценивали гормональный уровень, изменения в органах малого таза с помощью ультразвука и нарушения менструального цикла после заражения COVID-19.

В основной группе были выявлены значительные изменения в органах малого таза и гормональные изменения после заражения COVID-19 по сравнению с контрольной группой.

Ограничения исследования включают потенциальную предвзятость, ограниченное обобщение и необходимость дальнейшего статистического анализа для подтверждения наблюдаемых различий. Полученные результаты подчеркивают необходимость постоянного мониторинга и специализированной помощи женщинам, пострадавшим от COVID-19, подчеркивая важность активных стратегий здравоохранения для устранения потенциальных долгосрочных последствий для репродуктивного здоровья. Авторы не раскрывают никаких конфликтов интересов.

Ключевые слова: Covid-19, фертильный возраст, репродуктивная система, структуры органов малого таза, гормоны.

Введение

Новый коронавирус SARS-CoV-2, ответственный за глобальную пандемию COVID-19, создал серьезные проблемы не только для общественного здравоохранения, но и для репродуктивного здоровья женщин. В то время как острая фаза заболевания была тщательно изучена, его долгосрочное воздействие на женскую репродуктивную систему остается областью активных исследований. Учитывая ключевую роль, которую репродуктивное здоровье играет для отдельных людей и общества в целом, крайне важно всесторонне понять потенциальные последствия COVID-19 для этого аспекта здоровья женщин¹.

Основываясь на обзоре существующей литературы, мы определили несколько ключевых областей репродуктивного здоровья женщин, которые могут быть затронуты COVID-19. К ним относятся нарушения менструального цикла, изменения в использовании контрацептивов, колебания уровня стероидных гормонов, качество гинекологической помощи и психосоматические аспекты, связанные со стрессом и изоляцией. Интересно, что рецептор ACE2, который служит первичной точкой входа для SARS-CoV-2, экспрессируется в женской репродуктивной системе⁽²⁻⁴⁾. Однако убедительных доказательств, связывающих COVID-19 с женской фертильностью, по-прежнему нет.

Что касается вакцинации, Sinovac (КоронаВак), результаты противоречивы. В некоторых исследованиях сообщается о влиянии на менструальный цикл после вакцинации⁽⁵⁻⁸⁾, особенно у женщин, получавших вакцины Pfizer-BioNTech и Sinovac (КоронаВак). И наоборот, другие исследования подтверждают, что вакцинация безопасна для женщин репродуктивного возраста и существенно не изменяет менструальные циклы⁹.

В обзоре *Маркевича-Господарека и др.* авторы подчеркивают нехватку данных о долгосрочных последствиях инфекции для репродуктивной системы¹⁰. Следовательно, существует настоятельная необходимость в более глубоких исследованиях, чтобы понять механизмы, с помощью которых SARS-CoV-2 влияет на репродуктивные органы человека и фертильность в целом.

Материалы и методы. В этом исследовании представлены результаты опроса 150 женщин репродуктивного возраста. Участницы были разделены на две группы. Исследовательская группа состояла из 75 женщин, которые заразились COVID-19 и испытывали нарушения менструального цикла после болезни. Контрольную группу

составили 75 женщин, которые не заразились COVID-19 и не имели нарушений менструального цикла.

Критерии включения: Возраст от 18 до 45 лет; Перенесенная инфекция SARS-CoV-2; Нерегулярные менструальные циклы в течение 6 месяцев после заболевания; Регулярные овуляторные менструальные циклы до заражения COVID-19; Отсутствие гормонального дисбаланса; Отсутствие экстрагенитальной патологии до заражения COVID-19; Подписанное информированное согласие.

Критерии исключения: Ранее существовавшие нарушения менструального цикла; Хроническая соматическая патология в анамнезе;

Всем участницам было проведено комплексное обследование, включая анализы уровня гормонов в крови и ультразвуковое исследование органов малого таза для подсчета количества антральных фолликулов.

В контрольной группе образцы крови для оценки уровня гормонов были взяты между 3-м и 7-м днями менструального цикла. В основной группе образцы крови были взяты независимо от фазы менструального цикла из-за нарушений менструального цикла, варьирующихся от задержек до аменореи.

Ультразвуковые исследования проводились с использованием ультразвукового аппарата Samsung WS80A, оснащенного трансабдоминальным зондом (CA1-7AD). Исследования проводились в положении лежа. Оценивались размеры матки (длина, ширина и толщина), а также положение матки (антеверсия, ретроверсия).

Статистический анализ. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения Statistica. Параметрические методы использовались для оценки различий между двумя независимыми выборками, когда данные распределялись нормально, и непараметрические методы (U-критерий Манна-Уитни) использовались, когда распределение данных было ненормальным. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст участниц в обеих группах составил $33,5 \pm 1,28$ года. У женщин в исследовании не было вредных привычек, которые негативно влияли бы на функцию яичников.

Основываясь на исследовании тканей молочной железы и органов малого таза 150 женщин, заразившихся COVID-19, наши результаты выявили значительные изменения в органах малого таза у многих из этих женщин. В частности, кисты яичников были обнаружены у 10,8% женщин, миома матки была задокументирована у 12%, оофорит наблюдался у 12,8%, а варикозное расширение вен малого таза наблюдалось у 8,7% участниц. Признаки хронического эндометриоза были выявлены у 6%, гиперплазии эндометрия - у 2,7%, в то время как у 46,5% женщин структурные изменения органов малого таза отсутствовали. (Таблица 1)

Результаты обследования тканей молочной железы показали, что у 10,7% участниц были обнаружены кисты, а у 6,7% - фиброзно-кистозная мастопатия; при этом у 82,5% обследованных женщин не было обнаружено никаких структурных изменений. (Таблица 2)

В таблице 3 представлен сравнительный анализ уровней гормонов между исследуемой группой (женщины с диагнозом COVID-19) и контрольной группой (женщины без COVID-19). Значения представлены в виде средних значений вместе с первым (Q1) и третьим квартилями (Q3), чтобы обеспечить понимание распределения данных. Оцениваются три ключевых гормона: фибриноген, тиреотропный гормон (ТТГ) и ферритин сыворотки крови (S-Fer).

Ключевые наблюдения:

Уровень фибриногена (г/л): Средний уровень фибриногена в основной группе был незначительно повышен и составил 3,05 (1,9 - 5,2) по сравнению с 2,8 (2,4 - 4,8) в контрольной группе. Это указывает на повышенную активность свертывания крови в исследуемой группе.

Уровни ТТГ (мМЕ/л): Уровни ТТГ были относительно одинаковыми между двумя группами, с медианным значением 3,3 (1,6 - 6,3) в основной группе и 3,7 (0,005 - 25,1) в контрольной группе. Это говорит о том, что COVID-19 может оказывать минимальное влияние на функцию щитовидной железы.

Сывороточный ферритин (мкг/л): Было обнаружено, что уровень ферритина был выше в основной группе с медианным значением 42 (12,7 - 161,9) по сравнению с 31,1 (8,3 - 119,2) в контрольной группе, что может указывать на воспалительную реакцию.

Статистические примечания: Уровни значимости для сравнения обозначены как " $p < 0,05$ ". Звездочка (*) указывает на существенные различия между уровнями соответствующих гормонов в исследуемой и контрольной группах.

Предоставляя подробный обзор этих гормонов, таблица 1 помогает понять физиологические изменения у женщин после заражения COVID-19, особенно в отношении свертываемости крови и воспаления.

Обсуждение. Полученные результаты указывают на необходимость более глубокого понимания вопросов, связанных с длительным течением COVID. Наличие структурных изменений в органах малого таза более чем у 53% женщин и в молочной железе более чем у 17% подтверждает жизнеспособность нашей гипотезы. Наблюдаемые нарушения менструального цикла, появление новообразований и другие изменения могут иметь серьезные последствия для общего репродуктивного здоровья женщин.

После COVID-19 восстановление здоровья женщин остается неизвестным. В этом исследовании тщательно изучался статус женщин репродуктивного возраста, инфицированных COVID-19, сравнивая их данные со здоровыми женщинами аналогичного возраста.

Средний уровень фибриногена, бесцветного белка плазмы, необходимого для свертывания крови, был немного выше в основной группе, чем в контрольной. Это увеличение указывает на потенциальный всплеск факторов свертывания крови в исследуемой группе. Заражение SARS-CoV-2/COVID-19 часто вызывает гиперкоагуляцию и сопровождается повышением уровня факторов свертывания крови. Коагулопатия, связанная с COVID-19, проявляется повышением уровня фибриногена и D-димера и небольшими изменениями уровней PTV, АРТТ и тромбоцитов на ранней стадии инфекции. Повышенный уровень фибриногена коррелирует с увеличением содержания IL-6, согласно статье *Н.М. Шибельгут*¹¹.

Что касается тиреотропного гормона (ТТГ), то в основной группе средний уровень был несколько ниже по сравнению с контрольной группой. Это расхождение может указывать на различия в функции щитовидной железы между двумя группами, что указывает на незначительное снижение уровня ТТГ в исследуемой группе.

Хотя согласно публикации *Мамажановой Д.М.*, исследование гормонов через 2 и 3 недели показало нормализацию всех этих гормонов, что подтверждает отсутствие негативного влияния вакцинации на гормональный статус у беременных женщин, вакцинированных против COVID-19¹².

Однако все больше и больше данных свидетельствуют о том, что вирусная атака может быть не единственным фактором, нарушающим функцию органа. Это расстройство потенциально может быть вызвано системной реакцией на дыхательную недостаточность или неблагоприятным иммунным ответом, вызванным вирусной инфекцией¹³. Анализ уровня ферритина в сыворотке крови показал небольшое повышение в основной группе по сравнению с контрольной группой. Повышенный уровень ферритина в сыворотке крови может указывать на увеличение запасов железа или воспаление у лиц из исследуемой группы.

Исследования *Варгаса-Варгаса Мануэля и Кристиана Кортеса-Рохо* выявили повышенный уровень ферритина в тяжелых случаях COVID-19, который коррелирует с уровнем ферритина в сыворотке крови и тяжестью заболевания. Исследования *Линлин Ченга*

показали повышенный уровень ферритина из-за цитокиновых бурь в тяжелых случаях^{13,14}. Цитокиновый шторм, связанный с тяжелой формой COVID-19, вызывает быструю выработку воспалительных цитокинов, стимулируя высвобождение ферритина и, в конечном счете, способствуя повреждению органов¹⁵.

Примечательно, что ферритин не только возникает в результате чрезмерного воспаления, но и играет патогенную роль в воспалительном процессе благодаря его связыванию с Т-клеточным иммуноглобулином и муциновым доменом 2 (ТММ-2), способствуя экспрессии многочисленных провоспалительных "медиаторов"¹⁶. Более того, некоторые исследования показали, что цепь ферритина Н активирует макрофаги для секреции воспалительных цитокинов. *Чжоу и др.* Была обнаружена связь между повышенным уровнем ферритина и обострением COVID-19¹⁷. Цитокиновый шторм и усиленный иммунный ответ организма (например, ферритин) способствуют развитию ОРДС, основной причины смерти, если она прогрессирует до дыхательной недостаточности. Метаанализ выявил более высокие уровни ферритина в группах пациентов с тяжелыми состояниями или ОРДС по сравнению с уровнями у менее тяжелых пациентов. Однако соавторы продемонстрировали, что несколько факторов, связанных с ОРДС, включая ферритин, не были связаны со смертностью, связанной с ОРДС. Этот результат также был очевиден в нашем анализе, где не выжившие сравнивались с выжившими. Концентрация ферритина в сыворотке крови повышается у пациентов с высоким риском смертности, тенденция, наблюдаемая в мета-анализе, и ее снижение указывает на контроль воспаления, тем самым способствуя выживаемости. Гиперферритинемия, независимо от наличия опухолей или ревматических заболеваний, коррелирует с поступлением в отделение интенсивной терапии и высокими показателями смертности. В частности, концентрация ферритина, превышающая 500 нг/мл, предсказывает смертность до 58%. По мере ухудшения иммунного статуса уровень ферритина значительно повышается у пациентов с ГЛГ по сравнению с пациентами с нарушенной иммунной регуляцией. Однако все больше и больше данных подтверждают эффективность анакинры (рекомбинантного растворимого антагониста рецепторов IL-1 β и IL-1 α) в качестве основного лечения у пациентов с гиперинфляцией или ГЛЖ, которые характеризуются повышенным уровнем ферритина, снижающимся после лечения у пациентов с улучшенным "состоянием"¹⁸. Таким образом, постоянные измерения уровня ферритина не только помогают контролировать гиперинфекцию, но и указывают на реакцию на лечение.

Несмотря на наблюдаемые изменения в репродуктивных гормонах, теория истории жизни постулирует, что решения относительно распределения ресурсов влияют на репродуктивное старение женщин и основные события. Инвестиции в репродукцию могут оказаться под угрозой из-за сохранения необходимой энергии органов во время пандемии, что потенциально объясняет снижение желания забеременеть в этот период. Следовательно, репродуктивной функцией можно временно пожертвовать для поддержания жизни, восстанавливаясь, когда позволяют условия.

Однако следует проявлять осторожность, учитывая относительно незначительные различия между контрольной и исследуемой группами. Для установления статистической значимости этих различий, в дополнение к случайным вариациям, необходим дальнейший статистический анализ, возможно, с использованием значимости таких показателей, как с-значения, доверительные интервалы или регрессионный анализ.

Выводы. Пиковый момент исследования подчеркивает настойчивую необходимость быть внимательными к долгосрочным последствиям COVID-19 для репродуктивного здоровья женщин. Выявление значительных изменений в органах малого таза и незначительных изменений в гормональном фоне после инфицирования подчеркивает важность постоянного мониторинга и специализированной помощи пострадавшим. Это подчеркивает необходимость активных мер в сфере здравоохранения для устранения потенциальных долгосрочных последствий, обеспечения индивидуальной поддержки и

комплексного эпидемиологического надзора для защиты репродуктивного благополучия женщин после пандемии.

Важно отметить, что значительная часть выживших после COVID-19, по некоторым оценкам, до 40%, столкнется с долгосрочными последствиями, известными как "длительный COVID". Многие из этих последствий будут связаны с повреждением тканей. Очень важно продолжать отслеживать влияние "длительного COVID" на репродуктивное здоровье женщин и разрабатывать эффективные стратегии для обеспечения им доступа к необходимому уходу и поддержке.

Информация о финансировании и конфликтах интересов. Исследование выполнено при финансовой поддержке Комитета науки Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан (грант № AP14872263).

Авторы заявляют об отсутствии очевидных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

Использованная литература

1. Erkenova S., Moiybayeva Sh., Auezova A., Kauysheva, A., Karibaeva Sh., Bedel'baeva G., Nurmatova A. i Kulmaganbetov M. Vliyanie koronavirusnoj infekcii na zhenskiju reproduktivnuju sistemu: obzor literatury // Reproductivnaja medicina – 2023 – Vol.2 (55) – S. 46–52.

2. Li F., Lu H., Zhang Q., Li X., Wang T., Liu Q., Yang Q. & Qiang L. Impact of COVID-19 on female fertility: a systematic review and meta-analysis protocol // BMJ open. – 2021 – Vol. 11(2), e045524.

3. Li R., Yin T., Fang F., Li Q., Chen J., Wang Y., Hao Y., Wu G., Duan P., Wang Y., Cheng D., Zhou Q., Zafar M.I., Xiong C., Li H., Yang J., Qiao J. Potential risks of SARS-Cov-2 infection on reproductive health // *Reprod Bio Med Online*. – 2020 – Vol.41, Issue 1, PP:89–95

4. Jing Y., Run-Qian L., Hao-Ran W., Hao-Ran C., Ya-Bin L., Yang G., Fei C. Potential influence of COVID-19/ACE2 on the female reproductive system // *Mol Hum Reprod*. – 2020 – Vol.26. – P.367–373

5. Bilgin Z., Çalık K.B., Effect of COVID-19 Vaccines on Menstrual Cycle Changes and Quality of Life // *Reprod Med Int* 5:020.

6. Taşkaldıran I., Vuraloğlu E., Bozkuş Y., Turhan İyidir Ö., Nar A. & Başçıl Tütüncü N. Menstrual Changes after COVID-19 Infection and COVID-19 Vaccination *International Journal of Clinical Practice*, vol. 2022, 5 pages

7. Farland L. V., Khan S. M., Shilen A., Heslin K. M., Ishimwe P., Allen A. M., Herbst-Kralovetz M.M., Mahnert N.D., Pogreba-Brown K., Ernst K. C. & Jacobs E. T. COVID-19 vaccination and changes in the menstrual cycle among vaccinated persons // *Fertility and sterility*. – 2023. – 119(3). – P. 392-400.

8. Wang S., Mortazavi J., Hart J. E., Hankins J. A., Katuska L. M., Farland L. V., Gaskins A. J., Wang Y.X., Tamimi R.M., Terry K.L., Rich-Edwards J.W., Missmer S.A. & Chavarro J.E. A prospective study of the association between SARS-CoV-2 infection and COVID-19 vaccination with changes in usual menstrual cycle characteristics // *American journal of obstetrics and gynecology* – 2022 – Vol. 227(5). – p739.e1–739.e11.

9. Wali R., Alhindi H., Saber A. et al. The Effect of COVID-19 Vaccine on Women's Reproductive Health: A Cross-Sectional Study // *Cureus*. – 2023. – Vol.15(6): e40076.

10. Markiewicz-Gospodarek A., Wdowiak P., Czeczelewski M., Forma A., Flieger J., Januszewski J., Radzikowska-Büchner E., Baj J. The Impact of SARS-CoV-2 Infection on Fertility and Female and Male Reproductive Systems // *J. Clin. Med*. – 2021. – Vol.10. – P.4520.

11. Шибельгут Н.М., Батина Н.А., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Елгина С.И., Рыбников С.В., Мозес К.Б., Карелина О.Б., Золото Е.В. Near miss: клинические случаи исхода беременности у женщин с Covid-19 // *Мать и Дитя в Кузбассе*. 2022. №1(88). p. 85-90.

12. Мамажанова д .м ., шукуровфи. Mamazhanova d .m ., shukurov f.l. Hormonal status in

pregnant women vaccinated against covid-19// xvii международный конгресс по репродуктивной медицине p115-116

13. Chen T, Wu D, Chen H, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ*. 2020;368:m1091. m1091

14. Velavan TP, Meyer CG. Mild versus severe COVID-19: laboratory markers. *Int J Infect Dis*. 2020;95:304-307.

15. Petersen E., Chudakova D., Erdyneeva D., Zorigt D., Shabalina E., Gudkov D., Karalkin P., Reshetov I., Mynbaev O. A. COVID-19-The Shift of Homeostasis into Oncopathology or Chronic Fibrosis in Terms of Female Reproductive System Involvement // *Int J Mol Sci* – 2023. – Vol. 24(10). - P:8579

16. Giamarellos-Bourboulis EJ, Netea MG, Rovina N, et al. Complex immune dysregulation in COVID-19 patients with severe respiratory failure. *Cell Host Microbe*. 2020;27:992-1000.e1003.

17. Хоффманн, М.; Кляйне-Вебер, Х.; Шредер, С.; Крюгер, Н.; Херрлер, Т.; Эриксен, С.; Ширгенс, Т.С.; Херрлер, Г.; Ву, Н.-Х.; Ниче, А.; и другие. Проникновение в клетку SARS-CoV-2 зависит от ACE2 и TMPRSS2 и блокируется клинически проверенным ингибитором протеазы// *Ячейка* 2020 , 181 , 271–280.e278

18. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study// *Lancet*. 2020;395:1054-1062.

Kernan KF, Carcillo JA. Hyperferritinemia and inflammation. *Int Immunol*. 2017;29:401-409

СОДЕРЖАНИЕ

Madraimov N.B., Kurakbayev K.K., Yessimov D.S., Erkebay R.A., Shertayeva A.Z. MODERN APPROACHES TO THE ORGANIZATION OF DENTAL CARE FOR PREGNANT WOMEN	3
Timuruly E., Baymuratova M.A., Ryskulova A.R., Umarov G.M., Netalina G.Z., Zharasova K.T. TRENDS IN THE ORGANIZATION OF BLOOD SERVICES TO MEET THE NEEDS OF CLINICAL MEDICINE	5
Байсынов Н.Б. ОҚУ МӘТІНДЕРІН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ: 8-СЫНЫПТАҒЫ ОРЫС ТІЛІ МЕН ӘДЕБИЕТ КІТАБЫН БАҒАЛАУ	8
Abdualikova D.B., Baymuratova M.A., Ermukhanova G.T., Ryskulova A.R., Bainazarova N.T. Tlekbay.D.A. AN INNOVATIVE APPROACH TO THE STUDY OF RISK FACTORS IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS (ASD)	11
Е.Б. Куракбаев, Б.С. Турдалиева, М.А. Баймуратова ЖЕДЕЛ ЛИМФОБЛАСТЫҚ ЛЕЙКОЗБЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДАҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ НАШАРЛАУДЫҢ СЕБЕБТЕРІ	14
Makhanbetkhan Sh.Sh., Turdalieva B.S., Sarshayev M.A., Berdikhojayev M.S., Baimuratova M.A. NAVIGATING PRE-HOSPITAL CHALLENGES IN ACUTE ISCHEMIC STROKE MANAGEMENT	16
А.Р. Абзалиева А.Р., Г.К. Каусова, М.А. Баймуратова М.А., Г.А. Алибаева, Б.И. Имашева НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ДИНАМИКИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	20
Б.И. Имашева, М.А. Камалиев, В.Н. Локшин, М.В. Киселева, А.Д. Туреханова, С.М. Оспангалиева ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ	22
Kassenova M.A., Ryskulova A. R., Baimuratova M. A. IMPROVEMENT OF SCREENING PROGRAMS FOR THE PREVENTION OF CERVICAL CANCER	25
Жанжигитова К.Ж., Глушкова Н.Е., Ералиева Б.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В МИРЕ	27
Алимбетова М.С. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	30

Нурмуқанова Д.О., Куракбаев К.К., Каратаев М.М., Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	33
Ахметов В.И., Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Таханова К.М. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА К ПОВЫШЕНИЮ НАСТОРОЖЕННОСТИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА	34
А.Ж.Әжіханова, М.Д.Бримжанова, Т.В.Попова КАЧЕСТВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИИ	37
Жанбырбаев С.Ж., Кульжанов М.К., Джумабеков А.Т., Сабыралиев С.Н., Жарменов С.М., Баймуратова М.А. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОВЫШЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГОВ	40
Ергешов К.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С УСТАНОВЛЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА	45
Бримжанова М.Д., Куралова М.Б., Лисовенко О.И. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	48
Барманашева З.Е., Кудайбергенов Т.К., Джакупов Д.В. РЕПРОДУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ БОЛЬШИХ МИОМАХ МАТКИ	50
А. Сугурғали, М. А. Баймуратова, В.Б. Камхен, А.Р. Рыскулова, Г.Т. Абилова, Н.А.Садуақасова, Ә.Н. Самадин К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА	51
Б.С. Турдалиева, М.А. Рамазанова, Г.Е.Аимбетова, Махмутова С.М. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (обзор)	53
А.Н. Жумадуллаева, А.Н. Нурбақыт, М.Н. Жакупова СӨЙЛЕУ ТІЛІНДЕ БҰЗЫЛЫСЫ БАР БАЛАЛАРҒА КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІ ЖЕТІЛДІРУ	56
Жамақурова А.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	58
Бағдатханова Б.И, Бейсенбаева Г.Г., Ахметов В.И., Абдирова Т.М. ИССЛЕДОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	59

Г.Г. Бейсенбаева, Г.К. Аширбеков ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СРЕДИ ВУЗОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	61
Ә.Н. Самадин, Г.К. Аширбеков, Н.А.Садуакасова, А.Сугурғали СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БРУЦЕЛЛЕЗОМ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ И ПРАКТИКА	64
Г.Ж. Сыдыкова, Г.К. Аширбеков, С.Е. Елшиева, Н.Р. Абиева, К.Ж. Аширбекова ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ВОИНОВ-ИНТЕРНАЦИОНАЛИСТОВ И ЛИКВИДАТОРАМИ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИЙ	66
Сағатова Ж.Т., Маханбеткулова Д.Н. ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ ЖЕНЩИНАМ. Обзор научной литературы.	69
М.Ә.Оразбай., Н.А. Нурбакыт., Н.М.Жакупова., Н.Н. Айтамбаева МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫ АРАСЫНДА БУЛЛИНГТІ БОЛДЫРМАУҒА АРНАЛҒАН АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫН ӨЗІРЛЕУ	70
Г.Қ. Жұмағұл, Д.Н.Маханбеткулова, Н.Н. Айтамбаева ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ ДО И ПОСЛЕ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ИРИДОТОМИЯ) (обзор научной литературы)	72
Бапаева М.К., Жантуова Г.К. ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ЧТО НОВОГО?	73
Жантуова Г.К., Бапаева М.К. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	79
Аяганов Е.С. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АДЕНОМАХ ГИПОФИЗА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ	85
Л. Серікқызы, А.Н. Нұрбакыт, С.Ш. Исенова, М.А.Баймуратова, М.М.Алтай МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННАЯ ЭПИДЕМИЯ?	87
Н.Н. Айтамбаева ОЦЕНКА УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СРЕДИ ЛЖВ, ЛУН, НАСЕЛЕНИЯ И ВНУТРЕННИХ МИГРАНТОВ ПО ВОПРОСАМ ТУБЕРКУЛЕЗА	88
Н.А. Садуакасова, М.А. Баймуратова, Д.Н. Маханбеткулова, А.Р. Рыскулова, Ә.Н. Самадин, А. Сугурғали СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОХВАТА ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКОЙ: МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА И ОПЫТ	89
С.Г.Мыктыбаева, К.К. Куракбаев, Ж.К. Бурибаева АДАМНЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӨЛЕУМЕТТІК	92

ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ

- Р.Ш. Сәдірханов, А.Р. Рыскулова, Н.Н. Айтамбаева 94
ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ПО ВОПРОСАМ
КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ АКШ
- С.Т Уалиева, М.А Камалиев 95
АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-
ИНФЕКЦИОНИСТА И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ. Обзор научной литературы
- Ш.О. Беркинбаева, М.Д.Бримжанова, Н.Н. Айтамбаева, Ш.М. Мойынбаева 96
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА СТРУКТУРУ ТРАВМАТИЗМА
- Каукербекова А.К., Құсаинова Г.С., Саусакова С.Б., Тургамбаева А.К. 97
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЛАСТИ
ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И МОНИТОРИНГА ЗДОРОВЬЯ
- Кәріпбай А.Т., Кубеева Ж.К. 99
ЭЛЕКТРОМАГНИТТІК ТОЛҚЫНДАРДЫҢ АДАМ АҒЗАСЫНА ТИГІЗЕТІН
ӘСЕРІ
- А. Сугурғали, М.А. Баймуратова, В.Б. Камхен, А.Р. Рыскулова, Г.Т.Абилова, 102
Н.А.Садуақасова, Ә.Н. Самадин
К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСЛЕ ТРАВМ КОЛЕННОГО СУСТАВА
- Бейсенбаева Г.Г., Избасарова А.Ш., Аширбеков Г.К., Бағдатханова Б.И. 104
ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СРЕДИ ВУЗОВ
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ
- Sausanova D. Zh., Baymuratova M.A. 107
CONTEMPORARY TRENDS IN THE TREATMENT OF PEDIATRIC BRONCHIAL
ASTHMA: UPDATES AND NOVEL APPROACHES
- Тұрлықожа Т.Ә., Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Сарсенбаева М.З., 108
Жансейтова М.Ш.
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША LISTERIA MONOCYTOGENES
ПРОФИЛАКТИКАСЫ ТУРАЛЫ АТА-АНАЛАРДЫҢ ХАБАРДАРЛЫҒЫН
АРТТЫРУ
- Идагат А.Е., Кенжалы Н.С., Саусакова С.Б., Сарымсакова Б.Е. 110
АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА В КОНТЕКСТЕ
ГЛОБАЛЬНЫХ ТРЕНДОВ
- Жамакурова А.Н. 112
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ: ПРОБЛЕМЫ И СТРАТЕГИИ
- N. Narymbayeva, B. Tulenov, B. Seisembekov, S. Serik, B. Sultan, E. Erbak 114
ORGANIZATION OF LEISURE TIME FOR STUDENTS: COMPARATIVE

ANALYSIS AMONG STUDENTS OF THE MEDICAL AND NON-MEDICAL FACULTY

А. Р. Лыскова., А. Р. Рыскулова, Т. М. Абдирова СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОГРАММЫ УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩЕГО В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ	116
Карибаев К.Р., Карибаева Б.Д. АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЗА 2016-2023 ГОДЫ	119
Т. Zh. Акранова, Т. К. Rakhyrbekov FACTOR CONDITIONALITY OF PUBLIC HEALTH	121
А.Ж. Баймурынова, М.А. Камалиев, Ж.К.Бурибаева МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СНЕЧК-UP УСЛУГ В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ	123
Әбдеш Б.Т., Камалиев М.А., Бурибаева Ж.К. ОБЗОР МЕТОДОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	126
Мәдиярқызы Н., Баймуратова М.А, Мойынбаева Ш.М., Садуакасова Н.А. К ВОПРОСУ ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ НЕКОНВЕНЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	129
Ш.Мойынбаева, М.Камалиев ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОВЕДЕННОЕ В КАЗАХСТАНЕ	133