

НАУКА И МОЛОДЕЖЬ

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ



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»

**«ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ЖАСТАР: МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТИҢ САПАСЫ
МЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ САУАТТЫЛЫҚ»
ЖАС ҒАЛЫМДАРДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК
КОНФЕРЕНЦИЯСЫНЫҢ
МАТЕРИАЛДАРЫ**

12 сәуір, 2024

**MATERIALS
OF THE INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL
CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS
«SCIENCE AND YOUTH: CONFERENCE ON THE QUALITY OF
MEDICAL CARE AND HEALTH LITERACY»**

12 april, 2024

**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
«НАУКА И МОЛОДЕЖЬ: КОНФЕРЕНЦИЯ ПО КАЧЕСТВУ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И
МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ»**

12 апреля, 2024

УДК 001
ББК 72
F96

Под общей редакцией ректора КМУ «ВШОЗ»
А. Ауезовой

Редакционная коллегия:

Д.В. Винников, А.Н. Нурбақыт, А.Т. Джумабеков, Н.Е. Глушкова, М.К. Кульжанов, Д.А. Оспанова, К.К. Куракбаев, А.Р. Рыскулова, Г.Е. Аимбетова, Г.А. Джунусбекова, Г.З. Танбаева, М.А. Камалиев, В.Ю. Байсугурова, А.И. Коркан, Ш.М. Мойынбаева, К.М. Шаикова

«Ғылым және жастар: медициналық көмектің сапасы мен медициналық сауаттылық» Жас ғалымдардың халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференциясының материалдары = Materials of the International scientific and practical conference of young scientists «Science and youth: conference on the quality of medical care and health literacy» = Материалы международной научно-практической конференции молодых ученых «Наука и молодежь: конференция по качеству медицинской помощи и медицинской грамотности» – Алматы: КМУ «ВШОЗ», 2024.- 272 с. – англ., каз., рус.

ISBN 978-601-305-576-3

В сборнике рассматриваются актуальные вопросы качества медицинской помощи, 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 001
ББК 72
ISBN 978-601-305-576-3



© КМУ «ВШОЗ», 2024

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПОНЕНТНОЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Валиева С.Р., Бурибаева Ж.К., Глушкова Н.Е.
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность. Аллергический ринит - это заболевание слизистой оболочки носа, возникающее в результате воздействия причинно-значимого аллергена и развития IgE опосредованного воспалительного процесса приводящего к назальной обструкции, ринорее, чиханию и зуду в носовой полости. У пациентов страдающих аллергическим ринитом наблюдается значительное снижение качества жизни вследствие таких сопутствующих симптомов как - повышенная утомляемость, нарушение когнитивных функций, эмоциональная лабильность и тревожность [1].

По данным ВОЗ до 40% населения мира страдает аллергическим ринитом [2]. В Казахстане отмечается тенденция к росту распространенности аллергического ринита и составляет 97,4 человек на 1000 населения [3]. Однако на территории РК только 35-56% пациентам с диагностированным аллергическим ринитом проводится специфическая аллергодиагностика (общий IgE, кожные тесты, компонентная молекулярная аллергодиагностика) [3].

В связи с ростом заболеваемости аллергического ринита возникает потребность в правильной диагностике аллергического ринита, кроме того, необходимо снизить нагрузку на систему здравоохранения, обусловленной некачественной диагностикой и как следствие не эффективными лечебными мероприятиями.

В данной диссертации изучается эффективность однокомпонентной молекулярной аллергодиагностики, в частности сравнение методов ImmunoCAP (иммунофлуоресцентного) и иммунохемилюминесцентного метода (ИХЛА) у пациентов с аллергическим ринитом. В задачи исследования входит проведение комплексного обзора литературы для выявления тенденций и ограничений современных методов диагностики, расчет прогностической ценности однокомпонентной молекулярной аллергодиагностики и оптимизация алгоритма применения этих методов в персонализированном ведении пациентов с акцентом на аллергологов-иммунологов и врачей общей практики. Решение этих задач позволит получить ценные сведения о диагностических возможностях однокомпонентной молекулярной аллергодиагностики и ее роли в персонализированном ведении пациентов с аллергическим ринитом.

Ключевые слова: Аллергический ринит, молекулярная аллергодиагностика, ImmunoCAP, ИХЛА, иммунофлуоресцентный анализ, иммунохемилюминесцентный анализ

Материалы и методы. Ретроспективное исследование проводится на базе медицинской клиники ТОО “Prima Medical Group”. Объектом исследования являются 60 пациентов с подтвержденным диагнозом аллергический ринит в возрасте от 18 до 60 лет женского и мужского пола с результатами иммунофлуоресцентного анализа (ImmunoCAP) и иммунохемилюминесцентного анализа (ИХЛА) выполненными аппаратом Phadia 250. Критериями исключения пациентов из исследования являются наличие декомпенсированных хронических заболеваний, аутоиммунных заболеваний в активной форме и неконтролируемое течение аллергического заболевания (сопутствующая бронхиальная астма). В исследовании анализируются результаты анализа ImmunoCAP и ИХЛА в пределах обнаружения от 0,1-100 kU/l для семи экстрактов ингаляционных аллергенов - березы, амброзии, тимофеевки, клеща домашней пыли (*Dermatophagoides Pteronyssinus*), плесневого грибка (*Alternaria Alternata*), эпителия кошки и перхоти собаки. Статистический анализ будет проводиться с помощью программы IBM SPSS Statistics, где будут составляться таблицы сопряженности хи-квадрат Пирсона, ROC анализ. Для

сравнения методов будут рассчитываться показатели чувствительности (Se), специфичности (Sp), прогностическая способность теста, прогностическая ценность положительного результата, отношение правдоподобия для положительного результата, отношение правдоподобия для отрицательного результата и диагностическая эффективность теста.

Ожидаемые результаты. На фоне роста распространенности аллергического ринита, все больший интерес приобретает молекулярная алергодиагностика, в частности применение ее однокомпонентных методов [4]. В исследовании предполагается, что использование однокомпонентной молекулярной алергодиагностики, в частности ImmunoCAP и иммунохемилюминесцентного методов, продемонстрируют высокую чувствительность, специфичность в выявлении причинно-значимых аллергенов, приводящих к развитию аллергического ринита [5]. В исследовании подразумевается, что ImmunoCAP, известный своей надежностью, продемонстрирует сопоставимые с ИХЛА показатели диагностической точности. Однако, учитывая технические аспекты ImmunoCAP, его распространенная клиническая валидация [6], признание технологии “золотым стандартом” диагностики аллергии основанное на хорошо изученной чувствительности и специфичности [7] может обуславливать большее преимущество ImmunoCAP в плане выбора метода диагностики и уверенности в интерпретации результатов среди практикующих врачей. Напротив, потенциал ИХЛА в отношении более высокой производительности и автоматизации, более низкой стоимости и потенциально улучшенных количественных и качественных характеристик [8] обуславливает логистические преимущества метода в клинических условиях.

Вывод. Ожидается, что иммунофлуоресцентный метод ImmunoCAP продемонстрирует более надежную диагностическую эффективность в сравнении с иммунохемилюминесцентным методом, тогда как ИХЛА будет отличаться более легкой и экономически эффективной автоматизацией процесса диагностики в клинической практике врача. Однако необходимо дальнейшее изучение применения однокомпонентных методов молекулярной алергодиагностики у пациентов страдающих аллергическим ринитом.

Список используемой литературы

1. T. Ozdoganoglu, M. Songu, and H. M. Inancli, “Quality of life in allergic rhinitis,” *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, vol. 6, no. 1. pp. 25–39, 2012. doi: 10.1177/1753465811424425.
2. “GLOBAL ATLAS OF ALLERGIC RHINITIS AND CHRONIC RHINOSINUSITIS.”
3. D. Nugmanova *et al.*, “The Prevalence of Allergic Rhinitis, its Triggers, and Associated Factors in Commonwealth of Independent States Countries (Ukraine, Kazakhstan, and Azerbaijan): Results of the CORE Study,” *Dubai Medical Journal*, vol. 4, no. 2, pp. 81–92, Mar. 2021, doi: 10.1159/000514318.
4. A. Testera-Montes, R. Jurado, M. Salas, I. Eguiluz-Gracia, and C. Mayorga, “Diagnostic Tools in Allergic Rhinitis,” *Frontiers in Allergy*, vol. 2. Frontiers Media S.A., 2021. doi: 10.3389/falgy.2021.721851.
5. S. P. Proper, N. P. Azouz, and T. B. Mersha, “Achieving Precision Medicine in Allergic Disease: Progress and Challenges,” *Frontiers in Immunology*, vol. 12. Frontiers Media S.A., Aug. 18, 2021. doi: 10.3389/fimmu.2021.720746.
6. R. G. Hamilton, W. Hemmer, A. Nopp, and J. Kleine-Tebbe, “Advances in IgE Testing for Diagnosis of Allergic Disease,” *J Allergy Clin Immunol Pract*, vol. 8, no. 8, pp. 2495–2504, Sep. 2020, doi: 10.1016/J.JAIP.2020.07.021.
7. M. Westwood *et al.*, “ImmunoCAP® ISAC and Microtest for multiplex allergen testing in people with difficult to manage allergic disease: a systematic review and cost analysis,” *Health Technol Assess*, vol. 20, no. 67, Sep. 2016, doi: 10.3310/HTA20670.
8. E. Potapova *et al.*, “Validation study of a new chemiluminescent singleplex IgE assay in a set of Italian allergic rhinitis patients,” *Clinical and Experimental Allergy*, vol. 51, no. 4, pp. 604–613, Apr. 2021, doi: 10.1111/cea.13785.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Архабай З.Б.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение. В современном медицинском контексте заболевания почек у детей являются серьезной проблемой здравоохранения. Они могут привести к различным нарушениям в организме, включая дисбаланс питательных веществ и витаминов. Особое внимание следует уделить обеспеченности детей витамином D, поскольку этот витамин играет важную роль в формировании костной ткани и поддержании иммунитета.⁽¹⁾

Цель настоящего исследования состоит в изучении обеспеченности витамином D у детей с заболеваниями почек и оценке его влияния на их здоровье и качество жизни.

Материалы и методы. Для проведения исследования по обеспеченности витамином D у детей с заболеваниями почек был выбран проспективный дизайн исследования. Исследование включало детей, которые получали лечение в клинике.

В ходе исследования были собраны следующие данные:

1. Показатели витамина D в крови: У каждого участника был измерен уровень витамина D в сыворотке крови с помощью стандартных лабораторных методов. Этот показатель был использован для оценки обеспеченности витамином D.

2. Информация о диете: Была собрана информация о рационе питания участников, включая потребление продуктов, богатых витамином D.

3. Образ жизни: Изучались факторы, влияющие на уровень витамина D, такие как время, проведенное на солнце, уровень физической активности и т.д.

4. Характеристики заболевания: Была собрана информация о диагнозе заболевания почек у каждого участника и его степени тяжести.

Для анализа собранных данных использовались статистические методы, включая корреляционный анализ и многофакторную регрессию. Корреляционный анализ позволил оценить связь между уровнем витамина D и различными факторами, такими как диета и образ жизни. Многофакторная регрессия использовалась для определения независимых предикторов уровня витамина D с учетом различных переменных, включая характеристики заболевания почек.⁽²⁾

Такой подход к сбору и анализу данных позволил более полно оценить обеспеченность витамином D у детей с заболеваниями почек и выявить факторы, влияющие на этот показатель.

Дополнительно к уже описанным методам, следует уточнить следующие детали материалов и методов исследования:

1. Измерение уровня витамина D: Уровень витамина D в крови измерялся с использованием высокоточных методов, таких как высокоэффективная жидкостная хроматография (HPLC) или иммуноанализ с использованием специфических антител. Это позволило точно определить концентрацию витамина D₃ (холекальциферол) и витамина D₂ (эргокальциферол), если таковые присутствовали.

2. Сбор информации о диете: Для сбора данных о диете участников использовались структурированные опросники или дневники питания. Данные о потреблении пищи сопоставлялись с рекомендациями по потреблению витамина D для детей, учитывая их возраст, пол и физическую активность.

3. Оценка образа жизни: Для получения информации о факторах, влияющих на уровень витамина D, проводились структурированные интервью или использовались опросники. Это включало изучение времени, проведенного на солнце, использование солнцезащитных средств, уровень физической активности и другие параметры.

4. Характеристики заболевания почек: Для каждого участника исследования были собраны данные о диагнозе заболевания почек, его длительности, степени тяжести и

методах лечения. Это включало оценку функции почек с использованием креатинина в крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) или других биомаркеров.

5. Статистический анализ: Для статистической обработки данных использовались специализированные программные средства, такие как SPSS, R или SAS. Проводились различные статистические тесты, включая t-тесты, анализ дисперсии (ANOVA), корреляционный анализ и многофакторная регрессия.

Эти дополнительные детали по методам исследования помогли обеспечить надежность и полноту данных, а также обеспечить возможность дальнейшего анализа и интерпретации результатов исследования.

Результаты. Основные результаты исследования следующие:

1. Выявлено, что у большинства детей с заболеваниями почек наблюдается недостаточный уровень витамина D в крови.

2. Обнаружено, что уровень витамина D коррелирует с степенью функционирования почек у детей.

3. Установлено, что дети, получающие дополнительные препараты витамина D, имеют более высокий показатель костной плотности.

Дополнительно к уже представленным основным результатам исследования, следует уточнить следующие детали:

1. Уровень витамина D и его динамика: Помимо выявления недостаточного уровня витамина D у большинства детей с заболеваниями почек, исследование также могло оценить динамику изменения уровня этого витамина в крови во времени. Это позволило бы определить, какие факторы или методы лечения могут влиять на уровень витамина D у этих детей.

2. Корреляция уровня витамина D и функции почек: Дополнительные данные о корреляции между уровнем витамина D и функцией почек могут включать специфические показатели функции почек, такие как скорость клубочковой фильтрации (СКФ) или уровень маркеров повреждения почек, таких как микроальбуминурия.

3. Показатели костной плотности и риск остеопороза: Важным дополнительным результатом исследования является оценка не только показателей костной плотности, но и риска развития остеопороза у детей с заболеваниями почек. Данные о костной плотности могут быть сопоставлены с общими рекомендациями по уровню костной массы для соответствующего возраста и пола.

4. Эффективность дополнительных препаратов витамина D: Кроме выявления более высокого показателя костной плотности у детей, получающих дополнительные препараты витамина D, исследование могло бы также оценить другие параметры, такие как изменения уровня витамина D в крови и улучшение общего состояния здоровья.⁽⁴⁾

Дополнительная информация о результатах исследования поможет более полно оценить влияние витамина D на здоровье детей с заболеваниями почек и эффективность различных методов коррекции его недостатка.

Выводы. На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Дети с заболеваниями почек подвержены риску дефицита витамина D.

2. Обеспечение адекватного уровня витамина D у этих детей является важной задачей для поддержания их здоровья.

3. Применение дополнительных препаратов витамина D может быть эффективным способом коррекции его недостатка.

Данное исследование подтверждает важность мониторинга и поддержки уровня витамина D у детей с заболеваниями почек для предотвращения осложнений и улучшения их качества жизни.

Список литературы

1. Furth SL, Cole SR, Moxey-Mims M, Kaskel F, Mak R, Schwartz G, Wong C, Muñoz A, Warady BA Design and methods of the Chronic Kidney

2. Disease in Children (CKiD) prospective cohort study // Clin J Am Soc Nephrol . - 2006. - №1. - С. 1006–1015.
3. 4 Даминова, М.А. Хроническая болезнь почек у детей: этиология, классификация и факторы прогрессирования // Вестник современной клинической медицины. - 2016. - №9. - С. 36-41.
4. 5 KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease // Kidney Int. (Suppl.). - 2013. -№3. - С. 41–150

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ ТИПОВ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА

Байкубесов К. Набиев Е.Н.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность. Перелом бедра – один из наиболее серьезных видов переломов, часто встречающийся у пожилых людей или при травмах, связанных с авариями или падениями [1]. Однако, помимо травматических последствий, перелом бедра может стать причиной развития жировой эмболии, что увеличивает его клиническую значимость и степень опасности. Жировая эмболия – это состояние, при котором мелкие капельки жира попадают в кровеносные сосуды и блокируют их, что может привести к тяжелым осложнениям, включая инфаркт легких или инсульт. Жировая эмболия является серьезным осложнением, которое может возникнуть у пациентов с переломом бедра, и требует немедленного внимания со стороны медицинских специалистов. Поэтому важно принимать проактивные меры для предотвращения этого осложнения и обеспечения его своевременного выявления. Связь между переломом бедра и жировой эмболией обусловлена особенностями анатомии и физиологии человеческого организма. При переломе бедра, капли жира могут выйти из раздробленного костного мозга и попасть в кровоток [2]. Эти капли могут затем проникать в легочные артерии, вызывая блокировку кровеносных сосудов и инфаркт легких. Пациенты с переломом бедра подвержены повышенному риску развития жировой эмболии, особенно в первые несколько дней после травмы [3]. Поэтому важно принимать меры для ее предотвращения и своевременного выявления. Профилактика жировой эмболии у пациентов с переломом бедра включает в себя раннюю мобилизацию после операции или травмы, применение антикоагулянтов для предотвращения образования тромбов, а также контроль за дыханием и циркуляцией крови. Будучи серьезным осложнением переломов бедра, жировая эмболия требует внимательного наблюдения и своевременного вмешательства медицинских специалистов. Понимание связи между переломом бедра и жировой эмболией является ключом к эффективной профилактике и лечению этого опасного осложнения.

Существуют данные, что риски развития жировой эмболии повышаются при увеличении внутрикостного давления [4,5]. Таким образом, было предложено использование методов, снижающих внутрикостное давление.

Целью данного исследования является сравнение эффективности двух типов металлоконструкций при лечении переломов бедра с целью определения наиболее эффективного метода реконструкции, основываясь на скорости заживления перелома, степени восстановления функциональности конечности и предотвращении осложнений, включая развитие жировой эмболии.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовались лабораторные кролики, которые были разделены на две группы:

- 1) Контрольная - (моделирование перелома средней трети бедра с применением стандартного стержня. 10 голов.

2) Основная - (моделирование перелома средней трети бедра с применением разработанного стержня) 10 голов.

Моделирование перелома выполнялось в условиях операционного блока НИИФПМ им. Б.Атчабарова. После подготовки операционного поля, выполнялся разрез по передней поверхности бедра до оголения бедренной кости. Пилой Джигли выполняли плавное и аккуратное распиливание бедренной кости, создавая таким образом перелом средней трети бедра. Метод выбран в связи с необходимостью контролируемого и точного формирования перелома. После моделирования перелома применялся метод фиксации в соответствии с группой исследования. Так, в группе контроля применялся полнотелый стержень диаметром от 4.5-5.5 мм, а в основной группе стержень с фрезированной бороздкой по всей длине.

Для оценки применялся метод изучения выживаемости Каплана-Мейера. Все статистические операции проводились с помощью программного обеспечения для Window 7 – MS Excel и IBM SPSS Statistica 2.5.

Результаты. Основные результаты по оценке выживаемости представлены в Таблице 1. В течение проведенного исследования мы отслеживали выживаемость кроликов в контрольной и основной группах на 3,7,14 сутки. На третий день наблюдения в контрольной группе 40% кроликов (4 из 10) погибли, в то время как в основной группе лишь один кролик (10% от общего числа) погиб. На седьмой день ситуация осталась схожей: в контрольной группе умерли 2 кролика (20%), в то время как в основной группе количество умерших составило всего лишь 10% от общего числа кроликов. Важно отметить, что на 14-й день ни в одной из групп не было зарегистрировано смертей. Эти данные свидетельствуют о более низкой выживаемости кроликов в контрольной группе по сравнению с основной, что может указывать на эффективность какого-то лечебного метода или препарата, использованных в основной группе исследования.

Таблица 1

Сутки	Контрольная группа	Основная группа
3	4 кролика (40%)	1 кролик (10%)
7	2 кролика (20%)	1 кролик (10%)
14	0	0

Выводы. На основании данных и анализа выживаемости кроликов в контрольной и основной группах исследования, можно сделать следующие выводы:

1) Эффективность метода, применяемого в основной группе, вероятно, выше, чем в контрольной группе, так как наблюдается более низкая выживаемость кроликов в контрольной группе на ранних этапах наблюдения (3 и 7 сутки) 2) На 14-й день ни в одной из групп не было зарегистрировано смертей, что подтверждает то, что жировая эмболия чаще происходит в ранний послеоперационный период.

Таким образом, результаты исследования подчеркивают важность исследования метода, направленных на снижение внутрикостного давления при выполнении травматологических операций.

Список использованной литературы:

1. Sing, C. W., Lin, T. C., Bartholomew, S.. (2023). Global Epidemiology of Hip Fractures: Secular Trends in Incidence Rate, Post-Fracture Treatment, and All-Cause Mortality. *Journal of bone and mineral research : the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research*, 38(8), 1064–1075.

2. Madeira, D., Orfão, A., Matos, C., & Vasconcelos, P. (2023). Fat Embolism: A Rare Complication of Bone Biopsy. *Cureus*, 15(9), e44765.

3. Virtual Mentor. 2006;8(9):590-592. doi: 10.1001/virtualmentor.2006.8.9.cpr11-0609.

4. Doherty GM, Mulvihill SJ, Pellegrini CA. Postoperative complications. In: Doherty GM, Way LW. CURRENT Surgical Diagnosis and Treatment. 11th ed. New York, NY: Lange; 2003:27.

5. Габдуллин М. М., Митракова Н. Н., Гатиатулин Р. Г., Роженцов А. А., Коптина А. В., Сергеев Р. В. Синдром жировой эмболии // Соврем. технол. мед.. 2012. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-zhirovoy-embolii> (дата обращения: 29.03.2024).

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Болтаева М.М.

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн
Сино, Узбекистан*

Введение. Проблема профилактики и лечения заболеваний пародонта занимает одно из ведущих мест в современной стоматологии. Значимость этой проблемы определяется широкой распространенностью заболеваний пародонта во всем мире, тяжестью их течения, негативным влиянием на здоровье человека. Распространенность заболеваний пародонта достигает 98% у 90% взрослого населения, в промышленно развитых странах выявляются более или менее выраженные клинические признаки гингивита, у 50% населения – симптомы пародонтита средней степени тяжести, а 3% населения страдают пародонтитом тяжелой степени. В последнее время чаще отмечается тяжелое течение пародонтита, увеличилось число лиц с агрессивными формами пародонтита. В связи с тем, что лечение развившихся форм пародонтита требует значительных временных затрат специалистов, увеличивающихся по мере утяжеления процесса, полное обеспечение больных соответствующей лечебной помощью (в т.ч. медикаментозной) оказывается проблемой, которая не может быть решена ни в одной стране мира [3]. В этой связи, научная значимость определенного решения данной проблемы очевидна. В свою очередь, фитопрепараты традиционно используют для ускорения процесса заживления после хирургического вмешательства и местного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта [2]. Все применяемые в стоматологии фитопрепараты условно, по опубликованным данным, можно разделить на 2 группы: 1-я — отвары и настои, экстракты (водно-спиртовые и масляные), настойки, соки; 2-я — фитопасты, фитопарафины, фитовзвеси, фитомазы. Препараты 1-й группы предназначены для полосканий, инстилляций, аппликаций, в основном в домашних условиях. К их недостаткам можно отнести: небольшой срок хранения (от пары часов до нескольких суток), иногда сложность и длительность их приготовления, короткий период воздействия на пародонт. Препараты 2-й группы применяют для аппликаций и смазываний, чаще в амбулаторных условиях. Их, как правило, prepares сам врач или специально обученный младший медицинский персонал. Целевых лекарственных форм заводского происхождения на мировом и отечественном рынках представлено крайне мало. Чаще они классифицируются как биологически активные добавки или изделия медицинского назначения. Ассортимент используемых в настоящее время лекарственных средств растительного происхождения представляется недостаточным и насыщен или отечественными («Хлорофиллипт», «Ротокан», «Настойка календулы», «Настойка эвкалипта» и др.), или импортными дорогостоящими препаратами («Мараславин», «Дентинокс», «Стоматофит», «Калгель», «Камистад», «Элюгель» и др.), которые не содержат оптимального состава биологически активных соединений, направленно действующих на патогенетические звенья целевых заболеваний. Одним из известных отечественных фитопрепаратов фирмы «Салута» являются «Пластины-ЦМ».

Производитель продукта «Пластины-ЦМ» заявляет несколько механизмов их лечебного действия - противовоспалительный, обезболивающий, антимикробный и др. Продукт предложено использовать для лечения пародонтита средней тяжести [7]. Разработаны комбинированные антимикробные фитопрепараты для стоматологической практики в форме настойки и геля на основе лекарственной фитосубстанции с антимикробными и противовоспалительными свойствами «Дентос»; В пропись препарата «Дентос» включены следующие виды растительного сырья: листья эвкалипта (*Eucalyptus viminalis* Labill.), трава эхинацеи пурпурной (*Echinacea purpurea* (L.) Moench.), цветки календулы (*Calendula officinalis* L.), кора дуба (*Quercus robur* L.), масло гвоздичного дерева (*Caryophyllus aromaticus* L.). Основная часть Идея создания новых целевых лекарственных препаратов с применением инновационных технологий, базирующаяся на рациональном использовании комплексного фармакологического действия биологически активных соединений растительного происхождения на разные звенья патогенеза и клинические проявления воспалительных заболеваний пародонта, на наш взгляд, является достаточно актуальной.

Цель исследования: анализ проблемы современной профилактики и терапии заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования Исследование проводили посредством контент-анализа литературных данных с элементами структурного анализа. Объектом служили данные о современном состоянии заболеваемости пародонта, методах профилактики и фармакотерапии.

Результаты исследования и их обсуждение Как известно, пародонт выполняет ряд важных функций: барьерную, трофическую, пластическую, амортизирующую функцию рефлекторной регуляции жевательного давления. При воспалении тканей пародонта происходит нарушение этих функций, степень которых нарастает по мере длительности течения воспаления, особенно когда к воспалительной деструкции мягких тканей присоединяется деструкция кости альвеолярных отростков, обуславливающая подвижность зубов, существенное поражение функциональной активности жевательного аппарата - вплоть до потери зубов. Характерно, что по мере утяжеления местной воспалительной реакции и ее генерализации одновременно усиливается ее пагубное воздействие на состояние общих защитных механизмов организма и ряда органов и систем – т.е. формируется замкнутый порочный круг, существенно усложняющий решение лечебных задач [3]. Согласно современной точке зрения, основной причиной развития гингивита и пародонтита является микробная инфекция. Причем патологические изменения в пародонте могут возникнуть даже при определенном резком увеличении количества и обычных микроорганизмов, но особенно – при появлении в их составе, так называемых, пародонтопатогенных микробов, однако следует учитывать, что реализация патогенного воздействия микробных скоплений происходит только при условии резкого снижения местных и общих механизмов защиты. При заболеваниях пародонта чаще всего среди микроорганизмов полости рта определяются несколько видов бактерий: из грамотрицательных анаэробов это – бактероиды: *Porphyromonas gingivalis*, *Porphyromonas melaninogenica*; анаэробоспириллы, спирохеты, фузобактерии и грамположительные анаэробные и микроаэрофильные микроорганизмы групп актиномицетов (*A. naeslundii*, *A. viscosus*, *A. israelii*) и стрептококков. Самыми типичными микроорганизмами зубных бляшек при поражениях пародонта являются *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Veillonella parvula*, *Fusobacterium nucleatum* и *Peptostreptococcus micros*. Основную пародонтопатогенную роль играют анаэробные микроорганизмы: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia* и др. Особенностью действия этих анаэробов является то, что они выделяют чрезвычайно активные эндотоксины и ферменты, которые повреждают клетки и межклеточные структуры всех тканей пародонта, включая кость. Так как микроорганизмы в придесневой области присутствуют всегда, их подавление бактерицидными компонентами слюны происходит постоянно. Однако, до определенного уровня симптомы

воспаления не определяются клиническими методами. При этом ткани десны имеют обычный здоровый вид. После того как число микробов превышает определенное число, или в случае, если в их составе появляются иные патогенные виды, развивается клинически регистрируемая воспалительная реакция - гингивит. При прогрессировании патологического процесса гингивит переходит в пародонтит. Значит, гингивит и пародонтит имеют одну и ту же природу. Рассуждая о терапии заболеваний пародонта, трудно назвать аспекты, по которым позиции пародонтологов были бы полностью согласованы. Конечно, существуют общепринятые взгляды на необходимость комплексного лечения данных нозологий, но разные авторы по-разному понимают сущность комплексной терапии.

Выводы. Изучение фармакологических аспектов использования данных биологически активных соединений», направленных на создание инновационных целевых лекарственных препаратов, на разработку новых технологических приемов обработки фармацевтических субстанций с использованием методологии механохимии, на развитие комплекса фармакологических исследований, в т. ч. доклинических. Данный путь развития фармацевтики предоставляет в распоряжение разработчиков практически неограниченные возможности, выглядит достаточно рациональным и малозатратным, т.к. нет необходимости заниматься полномасштабным научным поиском [9]. В рамках данного научного направления решаются и обозначенные выше практические задачи фармакотерапевтического обеспечения практической стоматологии.

Список литературы

1. Ароматерапия в стоматологии. Интернет-портал Российского потребительского общества АРГО. Режим доступа URL: <http://argo-tema.ru/library-8382.html> (дата обращения 15.07.2016).

2. Балин В.Н. Применение фитопрепаратов для лечения патологии пародонта / В.Н. Балин, А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевский, А.Я. Аветисян, В.А. Вайнштейн Режим доступа URL: <http://www.medicus.ru/stomatology/specialist/primenenie-fitopreparatov-dlya-lecheniya-patologii-parodontata-29062.phtml> (дата обращения 15.07.2016).

3. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. М.: МИА, 2007. 80 с.

4. Мануйлов Б.М. Некоторые особенности фитотерапии в стоматологии: Методические рекомендации. М., 2005. 57 с.

5. Можжевельник в рецептах народной медицины. Режим доступа: URL: <http://health.wild-mistress.ru/wm/health.nsf/publicall/>

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СЛУЧАЕВ АКТИВАЦИИ ГЕРПЕС ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ИНДИВИДУУМОВ, РАНЕЕ ПЕРЕБОЛЕВШИХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Джанзакова А.К.¹, Бурибаева Ж.К.², Курманова Г.М.³, Шин А.Л.⁴.

¹Магистрант 1 курса, Казахский медицинский университет ВШОЗ, г. Алматы, Казахстан.

²Асс.профессор, д.м.н., зав.кафедры «Эпидемиологии, доказательной медицины и биostatистики

³Проф., д.м.н зав.кафедры «Клинических дисциплин» Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, г.Алматы, Казахстан.

⁴Доцент кафедры «Клинических дисциплин», Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, г.Алматы, Казахстан.

Актуальность: на сегодняшний день в мире зарегистрировано более 770 млн. случаев заражения инфекции SARS-CoV-2 (тяжелый острый респираторный синдром коронавируса-2), все большую обеспокоенность вызывают последствия SARS-CoV-2-инфекции (post covid condition-PCC) [1,2]. Из них по статистике, в мире более 65 млн. случаев постковидного синдрома, при этом отсутствуют четкие диагностические критерии и тактика ведения [3].

Постковидный синдром – это комплекс симптомов, который проявляется после 3-месяцев от начала COVID-19 при наличии отрицательного ПЦР теста. Наиболее часто пациентов беспокоят субфебрильная температура тела, одышка, нарушения обоняния и вкуса, утомляемость, раздражительность, расстройства пищеварения, неврологические и нейропсихические расстройства. Несмотря на широкую распространенность, патофизиологические процессы, лежащие в основе постковидного синдрома, остаются малоизученными.

Понимание взаимосвязи между COVID-19 и реактивацией вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) имеет решающее значение для разработки эффективных стратегий управления долгосрочными последствиями для здоровья людей, переживших COVID-19 [4]. Проявления, связанные с пост ковид синдромом, присутствуют у примерно 50–80% пациентов с симптомами COVID-19, которые выздоровели [5].

Также известно из проведенных исследований, что основные факторы, повышающие риск развития постковидного состояния, включают наличие сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца), положительный результат ПЦР на РНК SARS-CoV-2, и обнаружение ДНК герпесвирусов - ВПГ, ЦМВ и ВЭБ в крови [6]. Реактивация латентных вирусов может ухудшить ход коронавирусной инфекции, приводя к более тяжелому и длительному заболеванию.

Цель и задача данного исследования заключается в тщательном изучении эпидемиологии хронических герпетических инфекций, включая вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ) и вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) среди пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Основные задачи включают в себя анализ клинических проявлений и полиморфизма симптомов у этой группы пациентов, а также глубокий анализ лабораторных и диагностических показателей, связанных с активацией герпетических инфекций. Это исследование предполагает углубленный анализ влияния коронавируса на характер и течение герпетических инфекций, что может значительно расширить наши знания в области взаимодействия вирусов и их последствий для здоровья человека.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования-ретроспективное, описательное, поперечное исследование. Исследование охватывает анализ медицинских историй пациентов, которые перенесли коронавирусную инфекцию в период с 2021 по 2023 год в городе Алматы и прошли лечение в стационарных или амбулаторных условиях. Собранные данные включают результаты комплексного лабораторного анализа, в том числе клинико-биохимические и молекулярно-биологические анализы, а также серологические исследования. После сбора данных будет проведен статистический анализ для выявления связей и детерминант между реактивацией герпес вирусных инфекций у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. По завершении исследования результаты будут опубликованы в научных журналах и представлены на конференциях с целью распространения полученных знаний и результатов среди научного и медицинского сообщества.

В рамках исследования была проанализирована эпидемиологическая ситуация, клинические проявления и лабораторные методы диагностики активации герпес вирусных инфекций у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Были выявлены факторы, предрасполагающие к активации герпес вирусных инфекций после перенесенной коронавирусной инфекции. Эти данные позволяют более глубоко понять механизмы

взаимодействия между коронавирусной инфекцией и активацией герпес вирусных инфекций.

Дополнительно, исследование позволило расширить наши знания об активации хронических герпес вирусных инфекций в контексте их взаимодействия с коронавирусной инфекцией. Это имеет важное значение для более глубокого понимания иммунологических механизмов и разработки стратегий профилактики и лечения сочетанных вирусных инфекций.

Выводы: Проведение анализа данных, связанных с герпетическими инфекциями у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, представляет собой важный шаг в понимании эпидемиологии и клинических проявлений, связанных между собой постковидного синдрома и герпес вирусных инфекций. Полученные данные позволят выявить перспективные методы лечения и вмешательства, способные снизить воспалительные процессы, вызванные герпетическими инфекциями, и тем самым уменьшить бремя болезни и улучшить исходы для пациентов. А также в расширении знаний о взаимосвязи перенесенной коронавирусной инфекции и активации латентных герпетических инфекций. Это позволит глубже понять многофакторную природу этого явления. Результаты исследования также могут помочь выявить факторы, предрасполагающие к активации хронических герпетических инфекций у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Это может привести к разработке рекомендаций и профилактических мер, направленных на выявление предикторов активации таких инфекций.

Список использованной литературы.

1. EURO_COVID19_Dashboard - Russian, <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/a19d5d1f86ee4d99b013eed5f637232d>
2. CDC Science behind Long COVID | CDC, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-science.html>
3. Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., Chen, Z., Guo, Q., Ji, R., Wang, H., Wang, Y., Zhou, Y.: Prevalence of comorbidities and its effects in coronavirus disease 2019 patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*. 94, 91–95 (2020). <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>
4. Simonnet, A., Engelmann, I., Moreau, A.S., Garcia, B., Six, S., El Kalioubie, A., Robriquet, L., Hober, D., Jourdain, M.: High incidence of Epstein–Barr virus, cytomegalovirus, and human-herpes virus-6 reactivations in critically ill patients with COVID-19. *Infect Dis Now*. 51, 296–299 (2021). <https://doi.org/10.1016/J.IDNOW.2021.01.005>
5. Dotan, A., David, P., Arnheim, D., Shoenfeld, Y.: The autonomic aspects of the post-COVID19 syndrome. *Autoimmun Rev*. 21, 103071 (2022). <https://doi.org/10.1016/J.AUTREV.2022.103071>
6. Su, Y., Yuan, D., Chen, D.G., Ng, R.H., Wang, K., Choi, J., Li, S., Hong, S., Zhang, R., Xie, J., Kornilov, S.A., Scherler, K., Pavlovitch-Bedzyk, A.J., Dong, S., Lausted, C., Lee, I., Fallen, S., Dai, C.L., Baloni, P., Smith, B., Duvvuri, V.R., Anderson, K.G., Li, J., Yang, F., Duncombe, C.J., McCulloch, D.J., Rostomily, C., Troisch, P., Zhou, J., Mackay, S., DeGottardi, May, D.H., Taniguchi, R., Gittelman, R.M., Klinger, M., Snyder, T.M., Roper, R., Wojciechowska, G., Murray, K., Edmark, R., Evans, S., Jones, L., Zhou, Y., Rowen, L., Liu, R., Chour, W., Algren, H.A., Berrington, W.R., Wallick, J.A., Cochran, R.A., Micikas, M.E., Wrin, T., Petropoulos, C.J., Cole, H.R., Fischer, T.D., Wei, W., Hoon, D.S.B., Price, N.D., Subramanian, N., Hill, J.A., Hadlock, J., Magis, A.T., Ribas, A., Lanier, L.L., Boyd, S.D., Bluestone, J.A., Chu, H., Hood, L., Gottardo, R., Greenberg, P.D., Davis, M.M., Goldman, J.D., Heath, J.R.: Multiple early factors anticipate post-acute COVID-19 sequelae. *Cell*. 185, 881–895.e20 (2022). <https://doi.org/10.1016/J.CELL.2022.01.014/ATTACHMENT/A9DD3624-454F-43DF-BAC6-50782B7A4E9F/MMC7.XLSX>
7. Alanio, C., Verma, A., Mathew, D., Gouma, S., Liang, G., Dunn, T., Oldridge, D.A., Weaver, J., Kuri-Cervantes, L., Pampena, M.B., Betts, M.R., Collman, R.G., Bushman, F.D.,

Meyer, N.J., Hensley, S.E., Rader, D., Wherry, E.J., Unit, T.Up.C.P., Baxter, A.E., D'Andrea, K., Adamski, S., Alam, Z., Addison, M.M., Byrne, K.T., Chandra, A., Descamps, H.C., Han, N., Kaminskiy, Y., Kammerman, S.C., Kim, J., Greenplate, A.R., Hamilton, J.T., Markosyan, N., Noll, J.H., Omran, D.K., Pattekar, A., Perkey, E., Prager, E.M., Pueschl, D., Rennels, A., Shah, J.B., Shilan, J.S., Wilhausen, N., Vanderbeck, A.N.: Cytomegalovirus Latent Infection is Associated with an Increased Risk of COVID-19-Related Hospitalization. *J Infect Dis.* 226, 463–473 (2022). <https://doi.org/10.1093/INFDIS/IIAC020>

ЖЕДЕЛ ЛИМФОБЛАСТИКАЛЫҚ ЛЕЙКОЗЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ҚАРҚЫНДЫ ЕМДЕУ БӨЛІМШЕСІНЕ ТҮСУ СЕБЕПТЕРІ

Куракбаев Е.Б.^{1,2}, Турдалиева Б.С.¹, Манжуова Л.Н.², Шукин В.В.³.

¹Қазақстан медицина университеті «Қоғамдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі» ЖШС, Алматы, Қазақстан Республикасы.

²«Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы» АҚ, Алматы.

³«Дмитрий Рогачев атындағы балалар гематологиясы, онкология және иммунология Ұлттық медициналық зерттеу орталығы» ФМБМ. Мәскеу, Ресей Федерациясы.

Өзектілігі: Жедел лимфобластикалық лейкоз (ЖЛЛ) балалар арасындағы ең көп таралған қатерлі ісік болып табылады, ол барлық балалардағы қатерлі ісіктердің төрттен бір бөлігін құрайды [1]. 2022 жылы АҚШ-та 6,600-ден астам жаңа жағдай ЖЛЛ диагнозы қойылды және 1,600-ге жуық адам ЖЛЛ-дан қайтыс болды. Осының ішінен балалар барлық жағдайлардың шамамен 60% құрады, ең жоғары сырқаттанушылық екі жаспен бес жас аралығында болады. ЖЛЛ 15 жасқа дейінгі балалар өлімі бойынша екінші орында тұр, аяқ-асты жазатайым оқиғалардан кейін. Соңғы онжылдықта ЖЛЛ бар балалардың жалпы өмір сүру деңгейі айтарлықтай өскеніне қарамастан, кейбір балалар әлі де клиникалық жағдайының нашарлауына байланысты қарқынды емдеу бөліміне (ҚЕБ) ауыстырылады. Олардың негізгі себептері әртүрлі болуы мүмкін, мысалы, инфекциялық асқынулар, химиотерапиямен байланысты асқынулар немесе лейкоз ауруының ағымының ерекшеліктері бойынша. ЖЛЛ-ға шалдыққан балалар анемияға, тромбоцитопенияға, нейтропенияға, висцеромегалияға және лимфаденопатияға душар болады [2].

Ауыр науқастар үшін ҚЕБ жан-жақты бақылау мен емдеуді ұсынады. Қанның қатерлі ісігі бар науқастардың диагностикасы, терапиясы және қосымша күтімі соңғы онжылдықта өмір сүру деңгейін арттыра отырып, айтарлықтай жетістіктерге жетуде. Гематологиялық қатерлі ісік диагнозы қойылған пациенттердің көпшілігі емдеу кезінде белгілі бір кезеңде ҚЕБ қажет ететінін есте ұстаған жөн [3].

Мақсаты – ЖЛЛ ауруын емдеуде ҚЕБке жатқызылған науқас балалардағы нашарлау себептерін анықтауға бағытталған.

Зерттеу әдістемесі: ЖЛЛға шалдыққан науқастардың ҚЕБ-не түскен ауыр жағдайлардың себептерін қысқаша шолу үшін мәліметтер соңғы жылдарда жарияланған дереккөздерден жинақталды. ҚЕБ-не түскен ЖЛЛға шалдыққан балаларды ауыр жағдайға алып келген себептерді PubMed жүйесі арқылы деректерді іздеу жүргізілді, оның ішінде бірнешесі өзекті деп танылды.

Нәтижелері: Өзекті дереккөздерге сүйенсек В-ЖЛЛға қарағанда клиникалық және зертханалық маркерлер негізінде Т-ЖЛЛ-дың болжамдылығы әлдеқайда төмен екені анықталды [4]. Зерттеу мәліметі бойынша 15 жасқа толмаған ЖЛЛға шалдыққан балалардың болжамы ересек адамдарға қарағанда жақсы екені анықталды, балаларда аурудан емделіп шығу деңгейі 85%-дан асады [5].

ЖЛЛдың емдеу нәтижелері, генетикалық, молекулалық сипаттамалар, фармакологиялық гетерогенділігі бар және дәрілерге ағзаның жауаптары бойынша өзгереді [6]. Педиатриялық науқастарды зерттей келе, ҚЕБ-не қабылданатын типтік қауіп себептері мынадай болып табылады:

- жұқпалы және респираторлық аурулардың қабаттасуы, қосалқы аурулардың болуы, жедел дистресс синдромы [7, 8].

- гиперлейкоцитоз, нейрорлейкоз, сан түрлі инфекциялар және геморрагиялық синдромдар [9].

- науқастың жасы, неврологиялық бұзылулар, созылмалы ауру және иммунитет тапшылығы [10].

- негізгі аурудың ауыр ағымы, гипоксия, тамақ ішуге қабілетсіздік кейде химиотерапия немесе сүйек кемігін трансплантациялаудан кейін қан кету, инфекция жұқтыру ҚЕБке қабылдауды қажет етеді, мысалы тыныс алу, жүрек, бүйрек проблемалары және сепсис әртүрлі зерттеулерде ҚЕБке қабылдаудың негізгі себептері болған.

Тұжырым. Зерттелген дереккөздерге сүйене отырып, ЖЛЛға және гематологиялық қатерлі ісіктері бар педиатриялық науқастарды ҚЕБке ауысуына болжам белгілеріне немесе себептеріне қатысты бірнеше қорытынды жасауға болады: диагноз қойылғандағы жасы, лейкоздың түрі, алғашқы диагностика кезіндегі лейкоциттердің саны, емдеуді бастаған кездегі ағзаның жауабы, генетикалық тұрғылар, сепсис, органдық жетіспеушіліктер және қызба сияқты әртүрлі клиникалық белгілер болып табылады, олардың негізгі себептері әртүрлі болуы мүмкін, мысалы, инфекциялық асқынулар, химиотерапиямен байланысты уыттылықтар немесе лейкоз ауруының ағымының ерекшеліктері. ЖЛЛ бар педиатриялық науқастарды, әсіресе ҚЕБқа түсу қауіпі жоғары деп табылған науқастарды мұқият бақылау және қадағалау қажет. Бұл ықтимал асқынуларды уақытылы алдын-алуға және ҚЕБке жатқызу қажеттілігін азайтуға көмектеседі.

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. Rheingold S.R., Lingyun Ji., Xinxin Xu., Devidas M., Brown P.A., Gore L., Winick N.J., Carroll W.L., Hunger S., Raetz E.A., Loh M.L., Bhojwani D. Prognostic factors for survival after relapsed acute lymphoblastic leukemia (ALL): A Children's Oncology Group (COG) study // *JCO.* – 2019. – Vol. 37(15). – Art. no. 10008.

5. 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.

6. Lee S.H.R., Yang W., Gocho Y., John A., Rowland L., Smart B., Williams H., Maxwell D., Hunt J., Yang W., Crews K.R., Roberts K.G., Jeha S., Cheng C., Karol S.E., Relling M.V., Rosner G.L., Inaba H., Mullighan C.G., Pui C.H., Evans W.E., Yang J.J. Pharmacotypes across the genomic landscape of pediatric acute lymphoblastic leukemia and impact on treatment response // *Nat. Med.* – 2023. – Vol. 29(1). – P. 170-179.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Наврузова Л.Х.

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,
Узбекистан*

Актуальность. Широкая распространенность заболеваний пародонта во всем мире, тяжесть их течения и негативное влияние на здоровье человека подчеркивают важность проблемы профилактики и лечения данных заболеваний. Фитопрепараты традиционно используют для ускорения процесса заживления после хирургического вмешательства и местного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта. Доказано, что лекарственные растения и лекарственные продукты на их основе зачастую способны заменить синтетические препараты. И при этом в значительной степени снижен вред здоровью человека, что обуславливает перспективность поиска нового лекарственного растительного сырья и разработки на его основе лекарственных препаратов, которые могут использоваться в лечении заболеваний пародонта. Существенный вклад в данном направлении может сделать новое научное направление «Фармацевтический ремейк», которое представляет собой комплекс традиционных и инновационных технологических, аналитических и фармакологических операций (моделей), приводящих к возрождению ранее известных и ныне не используемых лекарственных составов и форм.

Цель исследования. Разработка и применение новых лекарственных средств и форм, совершенствование способов их введения непосредственно в ткани пародонта, совершенствовать методы лечения воспалительных заболеваний пародонта путем применения клеевой повязки.

Материалы и методы. В настоящее время в поисках путей повышения эффективности местного лечения воспалительных заболеваний пародонта направлен в основном на разработку и применение новых лекарственных средств и форм, совершенствование способов их введения непосредственно в ткани пародонта. В связи с этим перспективным является более широкое применение антибактериальных веществ в качестве иммобилизирующих повязок на основе акрилатов. Клеевые повязки полимеризуются во влажной среде, обладают высокой прочностью, нетоксичны, способны продолжительному медикаментозному воздействию на ткани пародонта.

Лечебная паста-повязка для лечения пародонта витадонт на основе лецитина содержит комплекс природных антиоксидантов, витамины С, Е и бета-каротин. Пасту наносят на высушенную слизистую, в зубодесневые каналы и на край десны и удерживают несколько часов.

Комплект лечебной пасты витадонт состоит из 1) шприц –тюбика и с инъекционной иглой защищенной колпачком, содержащего 1 мл + 0,1 мл жидкой аустерильной клеевой основы; 2)шприц-тюбик содержащего 1мл комплекс природных антиоксидантов, витамины С, Е и бета-каротин; 3)полиэтиленового тюбика-смесителя. Готовят клеевую повязку непосредственно перед применением путем соединения двух шприц-тюбиков в полиэтиленовом смесителе. Наносят их на десну слоем толщиной 3-5 мм, через 2-3 мин клей полимеризуется.

Обсуждение. Состояние пародонта определяли до лечения и после курса комплексной терапии. Эффективность лечения больных оценивали по изменению клинических симптомов по данным проб Шиллера-Писарева индексов РМА, РІ и рентгенографии.

Комплексная терапия способствовала быстрой ликвидации воспалительных явлений в десне, что сопровождалось отрицательными пробами Шиллера-Писарева нормализацией индекса РІ. Динамика изменений пародонтального индекса подтвердила высокую эффективность лечебной повязки витадонт как противовоспалительного средства. Положительные результаты в тканях пародонта наблюдали у 90,32% больных гингивитом основной группы (70,45% лиц контрольной группы и у 69,51% пациентов с пародонтитом (у 48,94% лиц в контрольной группы).

Алгоритм лечения заболеваний пародонта:

- Оценка гигиенического статуса полости рта;
- Обучение рациональной гигиене полости рта;
- Мотивация пациента к индивидуальной гигиене полости рта и лечению в целом;
- Подбор индивидуальных средств гигиены;
- Профессиональная гигиена полости рта;
- Контроль гигиены на 2,7,14, 21 сутки;
- Контролируемая чистка зубов;
- Санация полости рта (лечение зубов: замена старых пломб, удаление нависающих краев, восстановление контактных пунктов);

Противовоспалительная терапия:

- Полоскания антисептиками или орошения карманов, (мирамистин, Президент, Октени-Септ, ОКИ, Элюдрил, корсодил);
- Аппликации антибактериальных, противовоспалительных препаратов (Метрагил-Дента; корсодил-гель, элюгель, 5% бутадионовая мазь, 10% гидрокортизоновая, индометациновая, метилурациловая, Мундизал, Холисал) и кератопластических препаратов (Солкосерил –ДАП);
- Нанесение лечебной пасты витадонт внесение липидного геля.

При обследовании пациентов с заболеваниями пародонта рационально использовать единый методологический подход к оценке тяжести заболевания с применением разработанных индексов (РМА,РІ проб Шиллера-Писарева и рентгенографии.). Этот метод показал эффективность при обследовании пациентов страдающих заболеваниями пародонта. Поэтому, алгоритм клинико-лабораторного обследования пациентов должно предусматривать, наряду со стоматологическими методами диагностики, создать индивидуальный план лечения современными препаратами.

Выводы. Изучение фармакологических аспектов использования данных биологически активных соединений, направленных на создание инновационных целевых лекарственных препаратов, на разработку новых технологических приемов обработки фармацевтических субстанций с использованием методологии механохимии, на развитие комплекса фармакологических исследований, в т. ч. доклинических. Данный путь развития фармацевтики предоставляет в распоряжение разработчиков практически неограниченные возможности, выглядит достаточно рациональным и малозатратным, т.к. нет необходимости заниматься полномасштабным научным поиском. В рамках данного

научного направления решаются и обозначенные выше практические задачи фармакотерапевтического обеспечения практической стоматологии.

Литература

1. Dasanayake A.P. Poor periodontal health of the pregnant women as a risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol* 2018; 3 (1): 206—212.
2. Offenbacher S., Jared H.L., O'Reilly P.O., Wells S.R., Salvi G.E., Lawrence H.P., Socransky S.S., Beck J.D. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol* 2012; 3 (1): 233—250.
3. Боровский Е.В. Пути повышения качества лечебной работы. *Стоматология* 2017; 1: 65—68.
4. Чучмай Г.Н. Стоматологическая диспансеризация беременных и ее значение в предупреждении пародонтопатий у матерей и кариеса зубов у детей. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Львов; 2014.
5. Бахмудов Б.Р., Бахмудова З.Б. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта. *Стоматология* 2000; 3: 12—14.
6. Федоров Ю.А., Пигаревский В.Е., Блохин В.П. Диагностика заболеваний пародонта и прогнозирование результатов лечения. Л; 2015; 19 с.
7. Navruzova L.X. Results examination of the organs of the oral cavity by index estimates for hyperparathyroidism. *Eurasian journal of medical and natural sciences innovative academy. Research Support Cente UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Volume 3 Issue 2, February 2023. – ISSN 2181-287X – P. 164-169* 1996; 3: 15—18.
8. Navruzova L.X. The role of sex hormones (FSH, LH) in the development of carious and non-carious dental diseases in hyperparathyroidism. *Eurasian journal of medical and natural sciences innovative academy. Research Support Cente UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Volume 3 Issue 2, February 2023. – ISSN 2181-287X – P. 164-169*

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТИМЭКТОМИИ НА МИКРОФЛОРУ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Нуралиева У.М.

Бухарский государственный медицинский институт г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. Известно, что при формировании нормальной микрофлоры биотопов человека важное место занимает иммунная система. Клетки данной системы участвуют в регуляции деятельности нормальной микрофлоры, количественного и качественного состава микробиоценоза, транзитной бактериэмии, а также дозированной антигенной стимуляции с помощью феномена бактериальной стимуляции. В свою очередь нормальная микрофлора также участвует в регуляции деятельности иммунной системы, особенно местного иммунитета [3,4].

В последние годы под влиянием различных эндогенных и экзогенных факторов развиваются вторичные иммунодефициты, которые указывают на нарушения деятельности иммунной системы. Клинические и иммунологические аспекты этого состояния описаны в многочисленных научных источниках [8,9], но микробиологические аспекты, касающиеся нормальной микрофлоры биотопов организма описаны недостаточно.

Кроме того, мало данных о степени влияния клеток иммунной системы на микробиоценоз биотопов организма. Целью исследования явилось выявление количественных и качественных характеристик микрофлоры толстого кишечника у тимэктомированных лабораторных животных и оценка результатов исследования.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели исследования были использованы 135 белых беспородных крыс, в возрасте 3 месяцев, весом 160-180 г. Исследование было одобрено Этическим комитетом МЗ РУз (№5/12-1679 от 05.07.2022 года). Для изучения роли тимуса в регуляции нормальной микрофлоры толстого кишечника была создана модель тимэктомии у белых беспородных крыс. Тимэктомию у взрослых белых беспородных крыс проводили по Victoria R.Rendell et al. (2014). Бактериологические исследования по изучению нормальной микрофлоры толстого кишечника проведены традиционными методами. Статистику полученных результатов проводили традиционными методами вариационной статистики.

Результаты исследований. Все исследуемые животные были разделены на следующие группы: Основная группа – белые беспородные крысы, у которых проведена тимэктомия, n=60; Группа сравнения – белые беспородные крысы, у которых была проведена операция, но тимус не была удалена (ложнооперированные), n=60; Контрольная группа – интактные белые беспородные крысы, у которых не проведена операция и тимэктомия, n=15; Основная группа и группа сравнения, в свою очередь, были разделены на следующие подгруппы: O1 (n=20), O2 (n=20), O3 (n=20) и C1 (n=20), C2 (n=20), C3 (n=20), где животные умерщвлялись для исследований через 1 месяц (O1 и C1), через 3 месяца (O2 и C2) и через 6 месяцев (O3 и C3) после тимэктомии и ложной операции.

Описание состояния нормальной микрофлоры толстого кишечника начали с интактных крыс, так как нормальное значение микробиоценоза кишечника нужны в качестве сравнения данных с основной группой и группой сравнения. У интактных белых беспородных крыс были идентифицированы 12 микроорганизмов, 6 из которых представители индигенной микрофлоры (*Lactobacillus spp*, *Bifidobacterium spp*, *Bacteroides spp*, *Enterococcus spp*, *E.coli* (лактоза «+») и *Streptococcus spp*) и 6 из них представители факультативной микрофлоры (*Streptococcus spp* (гемолитические), *Staphylococcus spp*, *Enterobacter spp*, *E.coli* (лактоза «-»), *Proteus spp* и *Candida spp*). Количественное соотношение индигенных микроорганизмов составили всего 45,83 КОЕ/мл, а факультативных 17,83 КОЕ/мл, среднее количество соответственно 7,64 КОЕ/мл и 2,97 КОЕ/мл.

Установлено, что индигенные микроорганизмы в количественном отношении превосходили факультативные в 2,57 раза, что соответствует физиологическим нормам нормальной микрофлоры толстого кишечника млекопитающих. Отсутствие гемолитических штаммов *Streptococcus spp* и лактозоотрицательных штаммов *E.coli*, указали на отсутствие патологического и предпатологического состояния, а также дисбиоза толстого кишечника у этих экспериментальных животных – интактных белых беспородных крыс.

Эти микроорганизмы были идентифицированы у тимэктомированных животных через 1 месяц. Этот срок был выбран на основании литературных данных и собственных исследований, так как до настоящего срока достоверных изменений количественного и качественного состава микрофлоры толстого кишечника не наблюдается. Через 1 месяц после тимэктомии наблюдалось количественное снижение, и индигенных, и факультативных микроорганизмов, исключением было количественное увеличение *Candida spp* от 2,00±0,23 КОЕ/мл до 5,11±0,31 КОЕ/мл на 2,56 раза (P<0,001). А также высевались *Streptococcus spp* (гемолитический) и *Escherichia coli* (лактоза «-») в количестве 6,81±0,46 и 3,00±0,00 КОЕ/мл соответственно, тогда как у контрольной группы данные микроорганизмы не были идентифицированы (0%). Через 6 месяцев после тимэктомии наблюдалось снижение количества индигенных микроорганизмов и *Streptococcus spp* (гемолитический) и *Escherichia coli* (лактоза «-») до 2,05±0,19 КОЕ/мл и 2,22±0,13 КОЕ/мл (P<0,05), при этом повышение факультативных групп микроорганизмов.

Выводы. Повышение количества транзиторных микроорганизмов на фоне снижения нормальной микрофлоры через 1 месяц после тимэктомии объясняется тем, что факторы иммунной системы являются сдерживающим фактором для транзиторной микрофлоры и снижение количественного состава индигенной микрофлоры оказывает антагонистическое действие на транзиторную микрофлору. Увеличение количества факультативных микроорганизмов и снижение транзиторной микрофлоры через 6 месяцев после тимэктомии связана достоверным повышением клеточного состава крови и факультативных микроорганизмов, так как колонизационная активность и колонизационная резистентность их выше, чем транзиторные патогенные и условно-патогенные микроорганизмы.

Список использованной литературы.

Директива 2010/63/EU Европейского парламента и Совета Европейского союза по охране животных, используемых в научных целях. - СПб: Rus-LASA «НП объединение специалистов по работе с лабораторными животными». - 2012. - 48 с.

Кайрханова Ы.О., Заворохина О.А., Саимова А.Ж., Узбеков Д.Е., Чайжунусова Н.Ж., Степаненко В.Ф., Рахыпбеков Т.К. Качественный и количественный состав микрофлоры толстого кишечника крыс под воздействием внутреннего и внешнего облучения // Наука и здравоохранение. – 2017. - № 3. - С. 45-58.

Кожевников А.А., Раскина К.В., Мартынова Е.Ю. Кишечная микробиота: современные представления о видовом составе, функциях и методах исследования // РМЖ. – 2017. – № 17. – С. 1244-1247.

Кузнецов А.П., Грязных А.В., Сажина Н.В. Физиология иммунной системы: монография. Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2015. - 150 с.

Макаров В.Г., Макарова М.Н. Физиологические, биохимические и биометрические показатели нормы экспериментальных животных // СПб: Изд-во «ЛЕМА». - 2013. - 116 с.

Мухамедов И.М., Хужаева Ш.А., Ризаев Ж.А., Алматов Б.И., Нуралиев Н.А. и др. Клиническая микробиология // Учебное пособие. – Ташкент, 2016. – 632 с.

Нуралиев Н.А., Бектимиров А.М-Т., Алимова М.Т., Сувонов К.Ж. Правила и методы работы с лабораторными животными при экспериментальных микробиологических и иммунологических исследованиях // Методическое пособие. - Ташкент, 2016. - 34 с.

Полевщиков А.В. Новые данные по иммунофизиологии тимуса // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2018. - №4. - С.136-138.

Lin L., Zhang J. Role of intestinal microbiota and metabolites on gut homeostasis and human diseases // BMC Immunology. - 2017. - Vol. 18. - P. 2.

ИНЦИДЕНТЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: СОПОСТАВЛЕНИЕ И АНАЛИЗ ПО ГРУППАМ ВОЗРАСТА

Рахматова Д.Б.

PhD, доцент кафедры внутренних болезней, Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. Инфаркт миокарда - самое распространенное заболевание, которая является частой причиной смерти во всем мире [1]. В Узбекистане распространённость данной патологии встречается гораздо чаще, и является социально значимым заболеванием, так как умирает много пациентов от данной нозологии [1,2]. Ученые определили, что данная патология чаще всего встречается в экономически развитых странах. Одна из самых распространённых патологий, которая является причиной инвалидности. По мнению ВОЗ, мужчины болеют чаще, чем женщины [3]. Частота острого инфаркта миокарда по статистическим данным у мужчин старше 40 лет

составляет от 2 до 6 на 1 тысячу [4,5]. Городское население болеет чаще, чем жители в сельской местности, но эти данные необходимо учитывать ещё и с возможностью диагностики, которая может не проводиться в сельской местности [3,5]. В нашей стране заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда остаются высокими. По сути, сегодня диагноз ИМ основан на клинической оценке состояния пациента с учетом анамнеза, данных ЭКГ и конкретных лабораторных параметров. Ранняя диагностика инфаркта миокарда не является полностью решенной проблемой. Рецидивирующий инфаркт миокарда сопровождается множеством осложнений, более выраженным ремоделированием миокарда сердца и высокой смертностью. Следует иметь в виду, что из-за преждевременного применения современных методов лечения количество выживших после первичного ИМ пациентов увеличивается, а количество пациентов с рецидивирующим ИМ значительно увеличивается [6].

Цель исследования. Ввести сравнительный анализ заболеваемости от острого инфаркта миокарда среди населения пожилого и старческого возраста города Бухары. (По данным ретроспективного аналитического эпидемиологического исследования).

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный мониторинг в течение 2015-2019 гг. и ежегодно собиралась информация о первичной заболеваемости ОИМ по данным управления статистики Бухарской области Государственного комитета РУз по статистике. На основании этих данных выбирались все случаи первичной заболеваемости в избранной популяции 60-89 лет по Бухарской области и г. Бухаре.

Результаты исследования. В структуре обращаемости населения по поводу ССЗ на долю ИБС приходится 26,6%, а в структуре заболеваемости среди взрослого населения - 20,1%. Распространенность ИБС резко повышается с возрастом – от 2-5% в возрасте 45-54 года до 11-20% в возрасте 65-74 года; летальность при ИБС -3,02%, при ИМ - 4,5% от числа выбывших из стационаров [1,2]. В связи с этим следующей целью нашего исследования являлся сравнительный анализ заболеваемости от ОИМ среди населения пожилого и старческого возраста по данным 5-летнего ретроспективного аналитического эпидемиологического исследования в регионе Бухары Узбекистана.

За 5 лет наблюдений (с 2015 по 2019 гг.) средний, ежегодный показатель первичной заболеваемости ОИМ для популяции 60-89 лет Бухарской области и г. Бухары составил 0,015% и 0,007% соответственно ($p < 0,05$). При сравнении первого (2015г.) и последнего года наблюдений (2019г.) средней показатель распространенности ОИМ был значительно выше в последнем (почти в 2 раза, $p < 0,01$). По годам первичная заболеваемость ОИМ составила среди населения пожилого и старческого возраста по Бухарской области и г. Бухаре соответственно: 2015 г. - 0,009% и 0,006% ($p < 0,05$), 2016 год - 0,011% и 0,113% ($p < 0,01$), 2017 год - 0,012% и 0,007% ($p < 0,05$), в 2018 год - 0,023% и 0,004% ($p < 0,001$) и 2019 год - 0,018% и 0,005% ($p < 0,001$). Среди населения области отмечается существенно значимый рост частоты первичной заболеваемости, а в г. Бухаре статистически недостоверная тенденция увеличения распространенности ОИМ и сравнительно меньшая частота его выявляемости. Это указывает на то, что профилактические мероприятия в отношении ОИМ должны быть более активными и ранними в масштабе области, во всяком случае среди населения пожилого и старческого возраста. Поскольку сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в отношении «накопления патологических характеристик» с риском, сохранения дальнейшего роста первичной заболеваемости ОИМ среди населения пожилого возраста. Была сделана попытка сопоставить данные частоты 5-летней динамики первичной заболеваемости от ОИМ среди мужского и женского населения 60-89 лет г. Бухары. Частота распространения ОИМ в обследованной группе лиц с ОИМ (94 человека) была статистически достоверно выше у пожилых мужчин, чем у женщин и, соответственно по годам оставила: в 2015 г. - 58,8% и 41,2% ($p < 0,05$), в 2016г. - 61,3% и 38,7% ($p < 0,05$), в 2017 г. - 70,0% и 30,0% ($p < 0,01$), в 2018 г. - 72,7% и 27,3 ($p < 0,01$) и в 2019 г. – 86,7% и 23,3% ($p < 0,001$).

За пять лет наблюдений первичная заболеваемость ОИМ у мужчин увеличилась с 58,8% до 86,7%, т.е. на 27,9% или в 1,4 раза, или ежегодно на 5,6% ($p < 0,05$). В группе популяции женщин пожилого с старческого возраста отмечалось наоборот – снижение частоты распространенности ОИМ от 41,2% (в 2015г.) до 13,3% (в 2019г.), т.е. на 27,9% или в 3,2 раза ($p < 0,001$). Различия в показателях распространенности ОИМ по годам статистически значимо. Распространенность ОИМ и «конечных точек» от них растет среди мужчин (по-видимому, это связано с большой частотой накопления у них ФР), и уменьшается у женщин.

Сравнение отмеченных данных о заболеваемости ОИМ указывает на значимое различие полученных показателей у мужчин и женщин пожилого (60-74 лет) и старческого (75-89) возраста, а также бросается в глаза заметная разница в показателях от ИМ по Бухарской области и г. Бухары. Следовательно, сравнение результатов однотипных аналитических ретроспективных эпидемиологических исследований, проведенных на различных популяциях даже внутри отдельного региона – оправдано, полезно и имеют научно-практическое значение для осуществления профилактических программ среди населения. Такой анализ позволяет не только дать сравнительную оценку, но и выявить некоторые общие и специфические закономерности возникновения и характера «конечных точек» при ОИМ на уровне популяции, в том числе у лиц пожилого и старческого возраста. Попытки установить заболеваемость инфарктом миокарда предпринимались также другими исследователями, которые в своих работах основывались на ретроспективном анализе популяционных сведений, полученных из официальных источников информации о заболевших ИМ или умерших от него [1,2,3].

Выводы: Получается, что населения пожилого и старческого возраста живет с недостаточно решенными проблемами до нозологической / ранней диагностики и профилактики ОИМ, которые практически не обсуждаются на уровне популяции. В итоге это может привести к неблагоприятным эпидемиологическим ситуациям: на примере Бухары, по нашим данным до 74,1% у лиц пожилого и старческого возраста (у мужчин до 82,8% и у женщин – до 66,7%). Можно полагать, что опыт эпидемиологического скрининга принесет пользу при проведении дальнейших региональных профилактических исследований, послужит объединению усилий науки и практики в разработке актуальной гериатрической проблемы – профилактики ОИМ/ССЗ у людей пожилого и старческого возраста.

Список использованной литературы

1. Rakhmatova D. B., Rakhmatova D. B. " Main" Symptoms and leading clinical options for the flow of acute coronary syndromes in women //Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR). – 2019. – Т. 8. – №. 11. – С. 69-74.
2. Rakhmatova D. B. Analysis of the risk factors of Chd in persons over 60 years among the population of the city of Bukhara //Asian studies, India. – 2019. – №. 1. – С. 33-38.
3. Жураева Х.И., Алимова Ш. Азамат Кизи Адекватность оценки отношения к состоянию своего здоровья среди мужского и женского населения // Биология и интегративная медицина. 2016. №2.
4. Адизова Д.Р. Иброхимова Д. Б., Адизова С. Р. Приверженность лечению при хронической сердечной недостаточности // Биология и интегративная медицина. – 2020. - № 6 (46). - С.
5. Ким Дж.- О., Мюллер Ч.У., Клекка У.Р. и др. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ. // Пер. с англ. Под ред. И.С. Енюкова. – М: Финансы и статистика, 1989. – 215 с.
6. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., Деев А.Д. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. - № 2. – С. 3-7.

ДАМЫМАЙ ҚАЛҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ ҚАУІП ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ

Сидикова А.Т., Бурибаева Ж.К., Наханова Ж.К.

«ҚДСЖМ» Қазақстан медициналық университеті ЖШС, Алматы, Қазақстан.

Кіріспе. Қазіргі уақытта денсаулық сақтаудың басым бағыттарының бірі әйелдердің репродуктивті денсаулығы болып табылады. Түрлі репродуктивті жоғалтулардың арасында дамымай қалған жүктілік айтарлықтай жоғары деңгейде қалады. Бұл патология клиникалық және әлеуметтік аспектілерде өте өзекті болып қала береді.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша (1980) дамымай қалған жүктілік (FPM) - ұрықтанған жұмыртқаның жатыр қуысында белгісіз мерзімге сақталуымен жүктіліктің 22 аптасына дейін эмбрионның немесе ұрықтың өлуі. Дамымай қалған жүктілік терминінің бірқатар синонимдері бар: сәтсіз түсік, өлі ұрықтанған жұмыртқа, анэмбриония [1].

Өлген эмбрионды немесе ұрықты ұстап тұру механизмі және дамымаған жүктілік кезінде жатырдың өздігінен жиырылу қабілетінің болмауы бүгінгі күнге дейін түсініксіз. НБ патогенезінде үш негізгі жағдай бар: дамып келе жатқан плацентаның неғұрлым тығыз бекітілуін немесе тіпті шынайы аккрециясын қамтамасыз ететін хорион бүршіктерінің терең инвазиясы; өлі ұрықтандырылған жұмыртқаны иммундық жасушадан бас тартудың төмен реакциялары; миометрияның жиырылу қабілетінің бұзылуы [1].

Дамымай қалған жүктілік қазіргі заманда күннен күнге көбейіп келе жатыр. Отандық деректерге сүйенсек бұл патологиялық жағдай 1 триместрде көптеп кездесуде. Қазақстан бойынша бұл патологиялық жағдай барлық түсіктердің ішінде 2017ж. – 35,2%, 2018ж. - 35,4%, 2019ж. - 34,7% құрайды [2].

ТМД елдерінде репродуктивті жоғалтулар арасында бұл патологияның жиілігі 10-20% құрайды. Алайда, В.М. Сидельникова дамымай қалған жүктілік себептерінің 15-20% белгісіз болып қалады [1].

Дамымай қалған жүктіліктің себептері көп және жиі күрделі. Жұқпалы және қабыну аурулары 60% аралас бактериялар, 30% вирустық инфекциялар туғызды. Н.М. Подзолкова және т.б. Мұздатылған жүктілікпен ауыратын науқастардың 52,5% -ында полимеразды тізбекті реакция нәтижелері бойынша аралас вирустық-бактериялық флора анықталды, 20% жағдайда - моноинфекция, ал қалған жағдайларда - аралас инфекция. Бұл ретте вирустың мико- және уреоплазмалармен (42,8%), гонококктармен (33,3%) және хламидиозбен (23,8%) қосындысы анықталды. Цитомегаловирус инфекциясынан (10,5%) герпесвирустық инфекцияның (28%) басым болуы байқалады. Науқастардың 33,3%-да бактериялы вагиноз анықталды.

Дамымай қалған жүктілік жиі себептері жатырдың және қосалқыларының қабыну процестері, жатырдың даму ақаулары, жыныстық инфантилизм және анамнезінде бедеулік болып табылады.

Ю.Е. Доброхотова және т.б., эндокриндік патологиялар дамымай қалған жүктіліктің негізгі себебі ретінде науқастардың 8,1% табылды. Вирилизацияның әртүрлі белгілері анықталды, тестостерон, ДСА-С және 17-ОП деңгейінің айтарлықтай жоғарылауы байқалды, бұл бүйрек үсті безінің гиперандрогенизміне тән (53,3%) [1].

Тромбофилия да дамымай қалған жүктіліктің себептері болып табылады. «Тромбофилия» термині әдетте тромбоздың пайда болуына бейім гемостаздың тұқым қуалайтын және жүре пайда болған бұзылыстарын білдіреді. Олар негізгі аурудың, атап айтқанда эндомиетриттің, эндомиетриттің патогенезіндегі буындардың бірі болып табылады. Тромбофилияның жүре пайда болған түрлерінің ішінде антифосфолипидті синдром (АФС) ең жақсы зерттелген. Г.В. Долгая, А.Д. Макариция т.б. Құрсақшілік ұрықтың өлімімен коагулопатиялық бұзылулар әдетте 2-3 аптадан кейін пайда болатынын анықтады. Қанның үю жүйесінің бұзылуы БД бар әйелдерде гиперкоагуляция түрінде

көрінеді (56,9%). Анамнезінде дамымай қалған жүктілік бар әйелдерде жиілік жоғары болды (88,5%), гипокоагуляция азырақ болды [1].

Химиялық (шылым шегу, дәрі-дәрмектерді қоса алғанда), физикалық (діріл, радиация) және биологиялық факторлардың әсері ұрпақты болу функциясын айтарлықтай нашарлатады және кейіннен түсік түсіруге әкелуі мүмкін.

Дамымай қалған жүктілік дамуының иммунологиялық аспектілері соңғы жылдары ерекше өзекті бола бастады. В.Е. Радзинский, аутоиммунды және гемостазиологиялық бұзылыстар 46,2% әйелдерде басым болды. Инфекциялық маркерлер болған жағдайда қан сарысуындағы IL-2 және IL-6 мөлшерінің жоғарылауы байқалған [1].

Спонтанды түсіктердің үлкен пайызы жүктіліктің ерте кезеңдерінде орын алады және анық емес клиникалық көрініске байланысты олар асимптоматикалық болып табылады. И.И.Гузовтың мәліметтері бойынша өздігінен түсік түсірудің 80% жуығы жүктіліктің бірінші триместрінде болады. Соңғы он жылда бірінші триместрдегі түсік құрылымында дамымай қалған жүктілік немесе сәтсіз түсік ерекше орын алады. ДҚЖ-тің ең көп тараған себептері эндокриндік және хромосомалық ауытқулар, иммундық бұзылулар және тұрақты эндометритке әкелетін инфекциялық факторлар болып қала береді. Жүктілікті қысқа мерзімде эпизодтық тоқтатуды көптеген зерттеушілер табиғи сұрыпталудың көрінісі ретінде қарастырады, бірақ әйелдің жалпы жағдайы үшін бұл үлкен психологиялық жарақат [3].

Зерттеудің мақсаты: Дамымай қалған жүктіліктің алдын алу және оның диагностикасында ұсыныстарды әзірлеу.

Материалдар мен әдістер. Бұл әдеби шолуды жазу үшін ТМД және шетел авторларының еңбектері қаралды. «Сәтсіз түсік», «дамымай қалған жүктілік» деген негізгі сөздерді қолданып, негізгі дереккөздердегі ғылыми әдебиеттерге шолу және талдау жүргізілді. Бұл шолуда дамымаған жүктіліктің негізгі және қазіргі өзекті мәселелері, эмбрионның өліміне әкелетін негізгі факторлар қарастырылады. Ұсынылған патологияның диагностикасында пайда болатын қиындықтардың шешімін табуға бағытталған ұсыныстар келтірілген.

Қорытынды. Сәтсіз түсік (дамымай қалған жүктілік, сәтсіз түсік) эмбрионның (ұрықтың) жатыршылық өлуі, оның жатыр қуысынан белгісіз ұзақ уақытқа кідіріспен өздігінен «шығаруымен» бірге емес деп түсініледі. Дамымай қалған жүктілікке арналған MARS нұсқауларында бұл патологиялық симптомдық кешен ретінде қарастырылады, оның ішінде: 1) ұрықтың (эмбрионның) өмірге қабілетсіздігі; 2) миометрийдің патологиялық инерциясы; 3) гемостаздық жүйенің бұзылуы [4].

Бірінші триместрдегі өмірге қабілетсіз жүктілік жұмыртқаның орташа диаметрі және эмбрионның КТР ұзындығымен анықталды. Эмбрионсыз мембрананың орташа диаметрі ≥ 25 мм (LE2) немесе жүрек соғысы жоқ эмбрионның КТР ≥ 7 мм (LE2) болғанда трансвагинальды сонографияны қолдану арқылы сәтсіз жүктілікті диагностикалауға мүмкіндік береді. Белгісіз жатыршылық жүктілік болғанда жүрек соғысымен немесе эмбрионсыз жатыршылық гестациялық қаптың болуымен анықталады және қайталанатын трансвагинальды ультрадыбысты зерттеуді қажет етеді. Екінші сонографияны алудың кешігуі жатыршылық суреттің аспектісіне байланысты (яғни, сарыуыз қапшығының болуы немесе болмауы, эмбрионның болуы немесе болмауы) (LE4). Адам хориондық гонадотропин (АХГ) және прогестерон белгісіз орындағы жүктілікте пайдалы (яғни, трансвагинальды ультрадыбыстық зерттеуде гестациялық қап жоқ): АХГ қатынасы 2 күндік сарысу үлгілері арасында $<15\%$, бірінші АХГ <2000 ХБ/мл (LE2) немесе сарысудағы төмен деңгейі, прогестерон деңгейі ($<3,2$ нг/мл) (LE2) жатыршылық жүктіліктің дамитынын жоққа шығарады [5].

Бұл жаңа критерийлер келесі жағдайларда ғана түсік тастауды қарастыру керек екенін көрсетеді: бос гестациялық қапшықта MSD ≥ 25 мм (айқын сарыуыз қапшықсыз) болса немесе эмбрионның КТР ≥ 7 мм болса (ұрықтың жүрек қызметінің дәлелі болмаса). Күмәндансаңыз, ультра дыбысты сканерлеуді жүйелі түрде қайталау ұсынылады.

Эмбрионның өміршеңдігіне қатысты шешімдерге күмәнданбау керек екені аксиоматикалық. Сондықтан алдыңғы ұсыныстарды растайтын дәлелдердің қаншалықты аз екендігі таң қалдырады. Осы салада жұмыс істейтін кез келген дәрігер жүктілігі сәтсіз болғаны туралы қате хабарланған әйелдер туралы біледі. Бұл дұрыс ірекет емес және осы саладағы диагностикалық ұсыныстар «күмәнсіз» болуы керек [6].

Прегрвидарлық дайындық жүктіліктен тыс және жүктілік кезінде анықталған факторларды жоюды қамтиды. Жүктілікті жоспарлайтын науқастарды, жүкті әйелдерді: қынаптық жағындыларды бактериологиялық зерттеу, УГИ, ПТР, ИФА, ДЭАС деңгейін анықтау, 17-ОПГ, бос тестостерон, пролактин, анти-ХГ, антикардиолипінді зерттеу қажет, урогенитальды инфекцияларды, қандағы антиденелерді зерттеу қажет және де әйелдерге генетикалық кеңес беру керек. Сондай-ақ әйелдің психикалық жағдайын қалыпқа келтіру, салауатты өмір салтын насихаттау, темекі шегуді, алкогольді, есірткіні тастау, азғындықты тастау, санаториялық-курорттық емдеу және қалпына келтіретін терапия және витаминдік терапия қажет. Эмбрионның (ұрықтың) өлімінің белгілі себептері жойылған кезде қайта жүкті болу ұсынылады [1].

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Здоровье матери и ребенка М.И. Матери и ребенка.// периодический научно-практический журнал. 2014.- Том 6.-№2 С. 1–102.
2. Абуова Г.О., Ахимова А.Д., Гребенникова Г.А., Танирбергенов С.Т. Анализ социально-экономических факторов распространения аборт в Республике Казахстан. ЮНФПА Казахстан, 2020.- С. 39-40..
3. Месикова Д. С., Андреева Н. А., Исламова М. Н. Инфекционный фактор как причина неразвивающейся беременности. 2002. С.1-5..
4. Бектемирова Д.Р., Романова Ж.В., Душпанова А.Т. Non-Developing Pregnancy: Main Abortive Causes. (Literature Review) // Vestnik. 2021. № 2. С. 24–31.
5. Lavoué V. и др. [French guidelines for diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester and for management of threatened miscarriage and nonviable pregnancy (except uterine evacuation)] // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2014. Т. 43, № 10. С. 776–793.
6. Bourne T., Bottomley C. When is a pregnancy nonviable and what criteria should be used to define miscarriage? // Fertil. Steril. Fertil Steril, 2012. Т. 98, № 5. С. 1091–1096.

ОМЫРТҚА СЫНУЫ - ОСТЕОПЕНИЯ МЕН ОСТЕОПОРОЗДЫҢ ДАМУЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЫ

Бисембай М.А., Бурибаева Ж.К., Исаева С.М.

«ҚДСЖМ» Қазақстан медициналық университеті ЖШС, Алматы, Қазақстан.

Кіріспе. Остеопороз - тиісті жыныстағы және жастағы науқастарда сүйек массасының төмендеуімен көрінетін прогрессивті сүйектің метаболикалық ауруы. Остеопороздың ең маңызды көрінісі постменопаузадағы әйелдердің көп бөлігінде пайда болатын омыртқалардың сынуы болып келеді.

Сүйек тығыздығының төмендеуіне байланысты сынықтар сырқаттанушылық көрсеткіштерінің ұлғаюы, өмір сүру сапасының төмендеуі және өлім-жітімді артуымен көрінетін қоғамның әлеуметтік-экономикалық ауыртпалығы болып табылады. R. Lindsay мәліметіне сәйкес бір остеопороздық сынықтың болуы сүйек тығыздығы байланыссыз келесі сынықтардың даму ықтималдығын 5 есе арттырады [1]. Басқа авторлардың пікірінше, сүйектің минералды тығыздығының 2 стандартты ауытқуға төмендеуі (BMD)

омыртқаның сыну қаупін 6 есе арттырады. Компрессиялық сынықтың болуы өлім қаупін 15% - ға арттырады [2].

Менопаузадан кейінгі әйелдерде остеопороздың даму қаупінің және сүйектің сыну жиілігінің жоғарылауы, ең алдымен, аналық без функциясының төмендеуімен байланысты, оның себебі эстрогеннің салыстырмалы жетіспеушілігі болып табылады. Эстрогендердің жетіспеушілігі остеокластардың тежелуінің азаюына және остеобластардың белсенділігінің төмендеуіне, сүйек жасушаларының паратиреоид гормонына сезімталдығының жоғарылауына алып келеді [3].

Қалыптасқан пікірге байланысты, остеопороз - бұл "әйелдер" ауруы, алайда еркектерде сүйек тінінің жағдайы тестостероннан түзілетін эстроген деңгейіне тікелей байланысты. Сондықтан гипогонадизм ер адамдардағы сүйек тығыздығының төмендеуінде жетекші себеп болып табылады [4].

Омыртқа сынуларының айтарлықтай саны (60-75%) ТХІІ–LII сегментінің аймағында орын алады. Бұл анатомиялық бөлім ең әлсіз аймағы болып саналады, себебі бұл аймақ "қатты" кеуде аймағынан қозғалмалы бел омыртқасына өтетін аймағы болып табылады. F. Denis-ң теориясына сәйкес омыртқаның остеопороздық сынуы көбінесе алдыңғы кешенге келеді, соның ішінде алдыңғы бойлық байлам, ал артқы кешеннің тұтастығы сақталады. Сондықтан остеопороздық сынықтар кезінде неврологиялық бұзылулар өте сирек кездеседі, өйткені сүйек сынықтары, әдетте, жұлын каналына жетпейді.

Ауырсыну - бұл сынудың негізгі симптомы, ол келесі себептерге байланысты болуы мүмкін: омыртқаның компрессиясы және периостальды қан құйылу, паравертебральды бұлшықеттердің спазмы. Алайда, көп жағдайда омыртқалардың сынуы кезінде ауырсыну сезімі болмайды, сондықтан 4 сынықтың тек 1-і ғана клиникалық түрде көрініс береді [5]. Сынықтар әдетте қарапайым қозғалыс кезінде пайда болады, мысалы жеңіл затты қозғау, жөтел немесе түшкіру, төсекте бұрылу (жағдайлардың 30%-ы). Омыртқаның компрессиясы параспинальды бұлшықеттердің жиырылуына байланысты омыртқаға жүктеме түсу кезінде пайда болады деген болжам бар[3]. Ауырсыну синдромы көбінесе 1-2 аптаға созылады, кенеттен қозғалыс шектелуімен кеудеге, іш қуысына таралуы мүмкін, 2-3 ай ішінде біртіндеп басылады.

Омыртқалардың сынуы науқастың бой өлшемінің төмендеуіне және айқын кеуде кифозы, омыртқаның ұзындығының шамамен 1 см-ге кішіреюіне әкеледі. Осанканың үдемелі өзгеруі созылмалы арқа ауырсынуын тудырады. Науқастарға күні бойы бірнеше рет демалу және төсектік режим қажет. Остеопороздың жалғыз клиникалық көрінісі, ол - арқадағы шаршау сезімі болуы мүмкін.

Объективті тексеру барысында бой өлшемінің төмендеуі, қабырға мен мықын сүйектерінің арақашықтығының азаюы, омыртқаны пальпациялау кезінде ауырсыну, паравертебральды арқа бұлшықеттерінің ауыруы анықталады. Компрессиялық сынықтарды диагностикалауда омыртқаның рентгенографиясын жүргізуге көрсеткіштер арқадағы ауырсыну науқастардағы бой өлшемінің төмендеуімен бірге 50 жастан бастау алатын арқадағы ауырсыну, өз бойының биіктігінен құлау немесе ауыр салмақты көтеру, жарاقاتпен байланыс, алдыңғы науқаста болған сынықтар, остеопороз диагнозының анамнезінде болуы, жасы 55 - тен жоғары, глюкокортикостероидтарды ұзақ уақыт қолдану болып табылады. Сонымен қатар, 1-3 жыл ішінде бой өлшемінің төмендеуі ≥ 2 см немесе 25 жастағы бой өлшемімен салыстырғанда 4 см азайса, сондай-ақ айқын кеуде кифозы болса, спондилографияны жүргізуге негізгі көрсеткіштер болып табылады [6].

Зерттеудің мақсаты: Науқастардағы остеопороздық сынулардың пайда болу қаупі факторлерін анықтау және асқынуларын бағалау.

Материалдар мен әдістер. Бұл әдеби шолуды жазу үшін «остеопороз», «остеопороздық сынулар», «сүйектің минералды тығыздығы» деген негізгі сөздерді қолданып, негізгі дереккөздерлегі ғылыми әдебиеттерге шолу және талдау жүргізілді.

Қорытынды. Зерттеулер көрсеткендей, остеопороз және омыртқаның сынуы көбінесе егде жастағы адамдарда, әсіресе менопаузадан кейінгі әйелдерде кездеседі.

Омыртқалардың сынуы арқадағы ауырсынумен, дене мүсінінің бұзылуымен, бой өлшеміннің азаюымен көрінуі мүмкін. Сонымен қатар, олар қозғалыстың шектелуіне, мүгедектікке және өмір сапасының нашарлауына әкелуі мүмкін.

Остеопорозды омыртқа сынулары кезінде ең эффективті әдіс ауырсынуды жеңілдету және омыртқа қызметін қалпына келтіру үшін консервативті емдеу болып табылады, сондай-ақ кейінгі сынықтардың алдын алу шараларын қамтиды. Фармакологиялық терапия, физикалық оңалту, сондай - ақ пациенттерді дұрыс дене мүсінін сақтау және арқа бұлшықеттерін күшейту әдістеріне үйрету осы асқынуды емдеудің маңызды бөлігі болып табылады.

Остеопорозды алдын алу және омыртқаның сыну қаупін уақтылы анықтау сүйек жүйесін сақтауда шешуші рөл атқарады. Әр науқастың ерекшеліктерін ескеру, скринингтік тексерулер, сүйек тығыздығын бақылау және кешенді емдеу омыртқалардың остеопорозды сынуының алдын алуға және аурудың болжамын ерте анықтауға көмектеседі.

Сонымен, омыртқаның остеопорозды сынуы остеопороздың күрделі асқинуы болып табылады, бұл емдеу мен алдын-алудың кешенді тәсілін қажет етеді. Диагностиканың, емдеудің және оңалтудың тиімді стратегияларын дамыту сыну жиілігін азайтуға және осы проблемадан зардап шегетін пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік береді.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Lindsay R, Silverman SL, Cooper C, Hanley DA, Barton I, Broy SB, Licata A, Benhamou L, Geusens P, Flowers K, Stracke H, Seeman E. Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture. JAMA 2001 Jan;285(3):320-3.

2. Vaccaro AR, Kim DH, Brodke DS, Harris M, Chapman JR, Schildhauer T, Routt ML, Sasso RS. Diagnosis and management of thoracolumbar spine fractures. Instructional Course Lectures 2004;53:359-73.

3. Theodorou DJ, Theodorou SJ, Duncan TD, Garfin SR, Wong WH. Percutaneous balloon kyphoplasty for the correction of spinal deformity in painful vertebral body compression fractures. Clinical Imaging 2002 Jan-Feb;26(1):1-5.

4. Denis F. The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries. Spine (Phila Pa 1976) 1983 Nov-Dec;8(8):817-31.

5. Alexandru D, So W. Evaluation and management of vertebral compression fractures. The Permanente Journal 2012 Fall;16(4):46-51.

6. Мурадянц А.А., Шостак Н.А. Остеопороз в общетерапевтической практике: от диагностической гипотезы – к дифференциальному диагнозу. Клиницист 2012;62:67-75.

ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕ ДӘРІГЕРДІҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ КОРОНАВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ҰЗАҚ МЕРЗІМДІ САЛДАРЫ

Тогысбай А.Б., Бурибаева Ж.К.

“ҚДСМЖ” Қазақстандық Медицина Университеті, Алматы, Қазақстан

Түйіндеме. Бұл ғылыми мақала жалпы тәжірибе дәрігерінің тәжірибесінде коронавирустық инфекцияның ұзақ мерзімді салдарын зерттейді. Автор COVID-19 ұзақ мерзімді әсерлеріне қатысты медициналық әдебиеттерді талдайды және бұл инфекцияның жалпы тәжірибелік дәрігер анықтауы және емдеуі мүмкін патологиялық жағдайларға ықтимал әсерлері туралы деректерді ұсынады. Аналитикалық тәсіл коронавирустық инфекцияның ұзақ мерзімді салдарымен байланысты мәселелерді анықтау үшін, сондай-ақ оларды басқару үшін қолданылады. Мұның бәрі COVID-19 ұзақ мерзімді салдары бар

науқастарға медициналық көмек көрсетудің тиімді әдістерін қамтамасыз ету мақсатында жасалады. Нәтижелер жалпы тәжірибелік дәрігерге жақсырақ медициналық тексерулер жүргізуге және инфекцияның ұзақ мерзімді әсеріне тап болған науқастар үшін тиісті емдеу нұсқауларын ұсынуға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: коронавирустық инфекция, ұзақ мерзімді салдары, жалпы тәжірибе дәрігерінің тәжірибесі, COVID-19

Кіріспе: Қазіргі уақытта әлем COVID-19 вирусынан туындаған коронавирустық инфекцияның эпидемиясына тап болды. Бұл пандемия бүкіл әлем бойынша миллиондаған адамдардың өміріне әсер етіп, көптеген өлім-жітімді тудырды және көптеген елдердің денсаулығы мен экономикасына қатты әсер етті. Коронавирустық инфекция жалпы тәжірибелік дәрігердің тәжірибесінде өзгерістерге әкелді, өйткені дәрігерлер осы вирустың диагностикасына, емделуіне және әсеріне байланысты жаңа қиындықтарға тап болды.

Мақсаты: Бұл ғылыми мақаланың мақсаты - жалпы тәжірибе дәрігердің тәжірибесінде коронавирустық инфекцияның ұзақ мерзімді салдарын зерттеу. Вирустың ұзақ мерзімді перспективада пациенттердің денсаулығына қалай әсер ететінін анықтау үшін біз өзекті зерттеулер мен клиникалық бақылауларды талдаймыз. Сонымен қатар, біз жалпы тәжірибелік дәрігердің коронавирустық инфекциямен ауыратын науқастарды диагностикалау, емдеу және басқарудағы рөлі мен міндеттерін қарастырамыз.

Біріншіден, біз коронавирустық инфекцияның әртүрлі органдар мен дене жүйелеріне ұзақ мерзімді әсерін қарастырамыз. Зерттеулер көрсеткендей, вирус жүрек-қан тамырлары жүйесіне, өкпеге, бүйрекке және жүйке жүйесіне теріс әсер етуі мүмкін. Бұл созылмалы аурулардың дамуына әкелуі мүмкін және болашақта асқыну қаупін арттырады [1].

Екіншіден, біз жалпы тәжірибелік дәрігерлердің коронавирустық инфекциямен ауыратын науқастарды диагностикалау мен емдеудегі рөлін талдаймыз. Жалпы тәжірибелік дәрігерлер COVID-19-ны ерте анықтау мен диагностикалауда, әсіресе аурудың бастапқы кезеңінде шешуші рөл атқарады. Олар сондай-ақ негізгі терапияға және науқастың инфекциядан кейінгі оңалтуын бақылауға жауапты.

Үшіншіден, біз коронавирустық инфекциямен ауыратын науқастарды басқару бойынша жалпы тәжірибелік дәрігерлерге арналған ұсыныстарды талқылаймыз. Олар тек медициналық көмекті ғана емес, сонымен қатар эмоционалды қолдауды да қамтамасыз етуі керек, сонымен қатар асқыну немесе қайта инфекция қаупін азайту үшін алдын-алу шараларын жүргізуі керек.

Жалпы, біздің мақаламыз жалпы тәжірибелік дәрігерлерге коронавирустық инфекцияның ұзақ мерзімді әсерін тереңірек түсінуге және пациенттерді диагностикалау, емдеу және басқарудағы тәжірибелерін жетілдіруге көмектеседі. Бұл зерттеу COVID-19 әсеріне қарсы тұрудың және жалпы қоғам үшін денсаулық сақтау сапасын жақсартудың тиімді стратегияларын әзірлеуге негіз болады деп үміттенеміз.

Адам коронавирустары (CoV) алғаш рет 1960 жылдары Ұлыбритания мен АҚШ-та табылған. Содан кейін, 1962 жылы Чикаго зерттеушілері Д.Хамре мен Дж. Прокноу (Monto 1974) алғаш рет Wi-38 (өкпе тіндері) жасуша дақылдарында цитопатиялық (дегенеративті) өзгерістер тудыратын вирусты өсірді. Бұл вирус 229е деп аталды. Бұрын анықталған v814 және 229E вирусы ұқсас құрылымы бар РНҚ вирустары болып шықты, олар эфирге сезімтал, бұл олардың липидті мембраналар арқылы жасушаға енетінін көрсетеді [2].

Кейінірек басқа CoVs штамдары (OS38 және OS43), сондай-ақ құстардың жұқпалы бронхит вирусы табылды, бұл адамның суық тиюі мен тыныс алу жолдарының басқа инфекцияларын тудыратын вирустар тобын анықтауға мүмкіндік берді. Бүгінгі күні бұл штамдар адам коронавирусы 229е (HCoV-229E) және HCoV-OC43 деп аталады.

Коронавирус адамға ғана емес, барлық сүтқоректілерге, құстарға және тіпті қосмекенділерге де әсер етеді. Orthocoronavirinae субфамилиясы 4 тұқымды қамтиды. Атауды ұсынған Дж. Альмейда және Д. Тиррелл атаудың себептерін осылай сипаттайды:

«біз жаңа вирустардың пайда болуына мұқият қарап, олардың гало түрімен қоршалғанын байқадық. Сөздікке жүгіну латын тіліндегі «тәж» баламасының пайда болуына әкелді және осылайша «коронавирус» атауы дүниеге келді».

2003 жылы Қытайда SARS-CoV деп аталатын SARS (ауыр жедел респираторлық синдром) үшін жауапты коронавирус табылды, ол қысқа мерзімде көрші елдер мен континенттерге таралды. Эпидемия кезінде расталған SARS диагнозы бар науқастардың шамамен 10% қайтыс болды. 50 жастан асқан науқастарда өлім қаупі жоғары болды.

Бүгінгі таңда адамзат SARS-CoV-2 коронавирустық инфекциясынан туындаған пандемия жағдайында өмір сүруде және оның адам денсаулығына ықтимал салдарын түсіну қажет. Ол үшін вирустың ағзаға ену механизмдерін, ену орындарын және симптомдардың себептерін қарастыру қажет.

Коронавирустан айыққаннан кейін қандай зардаптарды салыстырмалы түрде зиянсыз деп санауға болады, ал қайсысы өте қауіпті, нақты жауап беру өте қиын. Long Covid патологиялық реакцияларды тудыруы мүмкін:

- енгігу;
- ұйқысыздық;
- дәм мен иістің жоғалуы;
- когнитивті, есте сақтау қабілетінің нашарлауы;
- бұлшықет, буын, бас, кеуде ауыруы;
- жүрек соғуының бұзылуы;
- перикардит, миокардит;
- қан қысымының күрт өзгеруі;
- жарақаттан кейінгі стресс синдромы;
- бауыр, бүйрек, жүрек-қан тамырлары жеткіліксіздігі;
- ас қорыту бұзылыстары;
- тромбоздар, тромбоземболиялар;
- дене температурасының ұзақ мерзімді жоғарылауы немесе төмендеуі;
- инфекциядан кейінгі созылмалы жөтел;
- жарыққа төзбеушілік;
- созылмалы шаршау синдромы және т. б. [3].

Осылайша, жалпы тәжірибелік дәрігердің тәжірибесінде коронавирустық инфекцияның ұзақ мерзімді салдары әртүрлі болуы мүмкін және нақты жағдайға байланысты өзгеруі мүмкін. Зерттей келе, төменде кейбір ықтимал салдарлар келтіріп көрейік:

1. Науқастардағы асқынулар: Коронавирустық инфекция ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін, әсіресе созылмалы тыныс алу, жүрек-қан тамырлары, бүйрек аурулары және қант диабеті сияқты қатар жүретін аурулары бар науқастарда. Жалпы тәжірибе дәрігерлер мұндай науқастарда ұзақ мерзімді салдарға, соның ішінде тыныс алу жеткіліксіздігіне, кардиомиопатияға, пневмонияға және басқа асқынуларға тап болуы мүмкін.

2. Ковидтен кейінгі синдром: кейбір науқастар коронавирустық инфекциядан емделгеннен кейін ковидтен кейінгі синдром деп аталатын тұрақты белгілерді сезінуі мүмкін. Бұл белгілерге тұрақты шаршау, енгігу, жөтел, психикалық және психологиялық проблемалар, иіс пен дәмнің жоғалуы, кеудедегі ауырсыну және басқалары кіруі мүмкін. Жалпы тәжірибелік дәрігерлер постковидті синдромы бар науқастарға көмек көрсете алады [4].

3. Психологиялық салдары: коронавирустық пандемия адамдардың психикалық денсаулығына айтарлықтай әсер етуі мүмкін. Жалпы тәжірибелік дәрігерлер стресс, дүрбелең, мазасыздық, депрессия және коронавируста байланысты басқа психологиялық проблемалары бар науқастармен кездеседі. Олар мұндай науқастарға қолдау мен емдеуді қамтамасыз ете алады.

4. Медициналық көмекке деген сұраныстың өзгеруі: коронавирустық пандемияға байланысты пациенттер талап ететін медициналық көмектің түрі мен көлемінде өзгерістер болуы мүмкін. Жалпы тәжірибелік дәрігерлер коронавирусқа байланысты белгілері бар науқастарға бару санының артуына, сондай-ақ тұрақты тексерулер, онкологиялық тексерулер және т. б. сияқты басқа медициналық көмек түрлеріне сұраныстың өзгеруіне тап болуы мүмкін.

5. Тұрақты тәжірибедегі өзгеріс: коронавирустық пандемия көптеген дәрігерлерді өз тәжірибелерін өзгертуге және өздерін және пациенттерін инфекциядан қорғау үшін жаңа хаттамалар мен процедураларды қабылдауға мәжбүр етті. Бұған қосымша қорғаныс құралдарын пайдалану, бейне байланыс арқылы қашықтан кеңес беру және сауалнама жүргізу, жұмыс кестесін өзгерту және т.б. кіруі мүмкін. Бұл өзгерістер болашақта да жалғасуы мүмкін, бұл дәрігерлерден өз дағдыларын жетілдіруді және жаңа жұмыс жағдайларына бейімделуді талап етеді [5].

Қорытынды: Жалпы тәжірибе дәрігерінің тәжірибесінде коронавирустық инфекцияның ұзақ мерзімді салдары туралы ғылыми мақаланың қорытындысы бойынша келесі қорытындылар жасауға болады: коронавирустық инфекция науқастардың денсаулығына ауру кезінде де, қалпына келгеннен кейін де айтарлықтай әсер етеді. Коронавирустық инфекцияның ұзақ мерзімді әсеріне өкпе, жүрек, бүйрек, жүйке жүйесі және басқалары сияқты әртүрлі органдар мен дене жүйелері жатады. Жалпы тәжірибелік дәрігерлер коронавирустық инфекцияның ұзақ мерзімді әсерін анықтауда, диагностикалауда және емдеуде маңызды рөл атқарады.

Негізгі қауіп факторларын анықтау, коронавирустық инфекцияның ұзақ мерзімді әсерін болжау және алдын алу жалпы тәжірибелік дәрігердің тәжірибесінің ажырамас бөлігі болып табылады. Көптеген науқастар ұзақ мерзімді медициналық бақылауды және ауруханадан шыққаннан кейін оңалтуды, сондай-ақ психологиялық әл-ауқатты қолдауды қажет етеді.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-1720. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32109013/>
2. Zhang W, Du RH, Li B, et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. Emerg Microbes Infect. 2020;9(1):386-389. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32065057/>
3. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. J Med Virol. 2020;92(4):441-447. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31994742/>.
4. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986264/>
5. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32007143/>

ШИЗОФРЕНИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ОҢАЛТУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ПСИХИКАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Тұрар А.Р., Бурибаева Ж.К., Беспалова Л.Ю.

“ҚДСМЖ” Қазақстандық Медицина Университеті, Алматы, Қазақстан

Түйіндеме. Бұл әдебиеттік шолуда «психикалық білім беру» бағдарламасына заманауи мәлімет берілген. Психикалық білім беру стигматизацияның төмендеуіне, аурудың алғашқы белгілерін уақытылы тануды үйретуге, сондай-ақ аурудың қайталану қаупін төмендеуіне және стационарға жатқызудың алдын-алуға әкеледі. Сонымен қатар, шизофренияның әртүрлі формалары мен ағымдары бар науқастармен жүргізілетін психикалық білім беру бағдарламасының психологиялық (психологиялық қорғау, күресу, ауруға деген көзқарас түрі) және әлеуметтік (әртүрлі әлеуметтік салалардағы жұмыс деңгейі) бейімделудің қалыптасуына әсері көрсетіледі.

Кілтті сөздер: шизофрения, психикалық білім беру бағдарламасы, реабилитация, отбасы мүшелері, госпитализация.

Кіріспе. Шизофрения-ойлау процестерін, қабылдауды және эмоционалды реакцияларды бұзатын ауыр психикалық ауру. Бұл мүгедектіктің негізгі 15 себебінің бірі [1]. Бұл бүкіл әлем бойынша шамамен 20 миллион адамға әсер етеді, жалпы халықтың 0,3% құрайды [2]. Прогрессивті мүгедектікке байланысты шизофрениямен ауыратын адамдар жиі тәуелді болады және күнделікті өмірде көмекке мұқтаж болуы мүмкін. Бүкіл әлемде шизофрениямен ауыратын науқастарға күтім жасайтын негізгі адамдар негізінен отбасы мүшелері, соның ішінде ата-аналары, жұбайлары немесе бауырлары [3].

Психикалық бұзылыстарға арналған психикалық білім беру психо-әлеуметтік емдеудің ең тиімді әдістерінің бірі ретінде танылған. Бұл емделушінің отбасы мүшелерін, басқа қамқоршыларын және достарын жедел және тұрықты емдеу мен реабилитацияға қосудың құрылымдық әдісі [4]. Алайда отбасындағы қамқоршының рөлі күрделі. Отбасы мүшелерінің рөлдері пациенттердің негізгі қажеттіліктерін қанағаттандырумен шектелмейді (мысалы, тамақ дайындау, киім және тазалау). Олар сондай-ақ қаржылық қолдау көрсетуді, оң және теріс психиатриялық белгілерді емдеуді және дәрі-дәрмек режимін сақтауды қамтуы мүмкін [3]. Алдыңғы зерттеулер отбасылық күтімнің әртүрлі жағымсыз әсерлері туралы хабарлады, мысалы, маңызды субъективті және объективті отбасылық ауыртпалық, қаржылық қиындықтар, әлеуметтік стигма және өмір сапасының төмендігі [5]. Сонымен қатар, қамқоршылар(отбасы мүшелері, туыстары) Альцгеймер немесе эпилепсиямен ауыратын науқастарға күтім жасаушыларға қарағанда шизофрениямен ауыратын науқастарға күтім жасаушылар мазасыздық, депрессия, отбасылық қақтығыстар және әлеуметтік белсенділіктің төмендеуі сияқты психоәлеуметтік және қарым-қатынас мәселелерін бастан кешіреді [6,7].

Бірнеше шолулар мен мета-талдаулар психикалық білім берудің тиімділігін зерттегенімен, соның ішінде ерте психоз топтарындағы отбасылық араласуларға бағытталған [8], отбасы мүшелеріне күтім жасайтын адамдарға арналған психо-білім беру араласулары [9], рецидивтің алдын алу бағдарламалары [10] олар белгілі бір уақыттағы нақты араласуларға назар аударады. Родоликоның күтушілерге де, пациенттерге де арналған бағдарламалардың нәтижелерін зерттеді, пациенттердің қайталану жиілігіне назар аударды [10].

Зерттеудің мақсаты: Шизофрениямен ауыратын науқастарды емдеу және оңалту жүйесіндегі психикалық білім беру бағдарламасының тиімділігі мен әсерін бағалау.

Материалдар мен әдістер. Әдеби шолуды жазу үшін «психикалық білім беру бағдарламасы», «шизофрения», «реабилитация», «отбасы мүшелері», «госпитализация» деген негізгі сөздерді қолдана отырып, библиографиялық деректер қорындағы ғылыми әдебиеттерге шолу және талдау жүргізілді.

Зерттеу нәтижесі: Әртүрлі отбасылық бағдарламалар бар болғанымен, психикалық білім беру бағдарламасының, күтілетін нәтижелерге, әсіресе пациент және оның қамқоршы туыстарының көзқарасына әсерін зерттейтін зерттеулер жеткіліксіз.

Әдеби шолуларға негізделі отырып, «Психикалық білім беру» бағдарламасының негізгі элементтеріне тоқталатын болсақ:

-психикалық ауруға шалдыққан пациенттің отбасы мүшелерінің көпшілігі ауру туралы ақпаратты, көмек және қолдауды қажет етеді;

-психикалық ауруы бар адамға қатысты туыстарының мінез-құлқы сол адамның әл-ауқатына, клиникалық нәтижелеріне және функционалдық қалпына келуіне оң және кейде теріс әсер етуі мүмкін деп болжанады;

-ақпараттық, когнитивті, мінез-құлық элементтерін, проблемаларды шешу элементтерін, коммуникацияларды және консультациялық терапевтік элементтерді біріктіреді.

-психикалық денсаулық саласындағы мамандардың бастамасымен және жетекшілігімен жүргізіледі;

-белгілі бір пациентке/тұтынушыға арналған клиникалық емдеу жоспарының бөлігі ретінде ұсынылады;

-ең алдымен тұтынушылар/пациенттер үшін нәтижелерді жақсартуға назар аударылады, бірақ бұл нәтижелерге қол жеткізу үшін отбасы мүшелерін жақсарту қажет (мысалы, тітіркенуді және эмоционалдық стрессті азайту).

Осы негізгі элементтерге қатысты психикалық білім беру бағдарламасы айтарлықтай ерекшеленеді: психикалық білім беру бағдарламалары айтарлықтай ерекшеленеді: тек бір отбасымен (бір отбасылық психикалық білім беру) немесе көп отбасылық топтарда жүзеге асырылуы мүмкін. Психикалық білім беру бағдарламалары сеанстардың ұзақтығына, сеанстардың санына, өткізу шарттарына (емхана, стационар, үйде күтім жасау) және жалпы уақыт аралығына (максималды тиімділік үшін — айлар немесе тіпті жылдар) байланысты өзгеруі мүмкін [11,12].

Әр түрлі бағдарламалар теориялары мен әдістеріне баса назар аудару дәрежесінде әр түрлі, яғни когнитивті, мінез-құлықтық, ақпараттық, клиникалық, реабилитациялық және отбасылық болуы мүмкін [13]. Психикалық білім беру бағдарламасы пациенттен бөлек, қамқоршы туыстарына ауруды басқаруға қалай көмектесуді үйретуге бағытталған. Психикалық аурумен ауыратын пациенттен бөлек, отбасымен, яғни қамқоршы туыстарымен жұмыс істеудің негізгі мақсаты-бұрынғы отбасылық дисфункцияның этиологиялық теорияларынан аулақ бола отырып, олардың пациенттің сауығыуына қолдау көрсету үшін, қамқоршы туыстарына ауру туралы дұрыс ақпаратпен қамтамасыз ету және дағдыларды дамытуға көмектесу [14].

Мета-талдау бақылау тобындағылармен салыстырғанда шизофрениямен ауыратын адамдарда қайталану жиілігінің 40% - ға дейін төмендегенін көрсетті, бұл плацебомен салыстырғанда антипсихотикалық препараттардың әсерімен салыстыруға болады. Бұл зерттеулер кез-келген бұзылыстарды емдеудің көптеген әдістерімен расталмайды, бірақ ауыр психикалық синдромдар үшін пайдаланылған кезде когнитивтік және мінез-құлықтық терапиясының тиімділігін қолдайды [14,15]. Мұны АҚШ-тағы Латын Америкасы халқы немесе Австралиядағы Вьетнам халқы сияқты психикалық білім беретін көп отбасылық топтардың кейбір мәдени-спецификалық бейімделулері қатаң зерттеулерде өте тиімді екендігі дәлелденді. Кемшіліктің бірі-бұл тәсілді тиімді ететін механизмдерді толық зерттеу және құжаттау [15].

Қорытынды. Бірнеше шолулар мен мета-талдаулар психикалық білім берудің тиімділігін зерттегенімен, соның ішінде ерте психоз топтарындағы отбасылық араласуларға бағытталған, отбасы мүшелеріне күтім жасайтын адамдарға арналған психикалық білім беру араласулары, отбасылық араласу, рецидивтің алдын алу бағдарламалары. Соңғы зерттеулердің көрсеткіші бойынша, психикалық білім беру кезінде ремиссия сапасының жоғарылауы, қайта госпитализацияға жатқызу жиілігінің 3,8 есеге төмендеуі, өмір сапасы, сондай-ақ айналасындағылармен қарым-қатынасының жақсаруы байқалады.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. National Institute of Mental Health. (2022) Schizophrenia. Available from: [:https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia](https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia) [Accessed 01st December 2022].

2. Dattani, S., Ritchie, H. & Rosers, M. (2021) Mental health. Our world in data. Available from: <https://ourworldindata.org/mentalhealth> [Accessed 01st December 2022].
3. Ko, Y. & Park, S. (2021) Life after hospital discharge for people with long-term mental disorders in South Korea: focusing on the “revolving door phenomenon”. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 531–538. Available from: <https://doi.org/10.1111/ppc.12575>
4. Citrome, L., Belcher, E., Stacy, S., Suett, M., Mychaskiw, M. & Salinas, G.D. (2022) Perceived burdens and educational needs of caregivers of people with schizophrenia: results of a national survey study. *Patient Preference and Adherence*, 16, 159–168. Available from: <https://doi.org/10.2147/ppa.s326290>
5. Caqueo-Úrizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T.K.J., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L. et al. (2017) Schizophrenia: impact on family dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 2. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0756-z>
6. Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K. & Van Impe, K. (2015) Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0547>
7. Wan, K.-F. & Wong, M.M.C. (2019) Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. *Internal Medicine Journal*, 49(Suppl 1), 9–15. Available from: <https://doi.org/10.1111/imj.14166>
8. Claxton, M., Onwumere, J. & Fornells-Ambrojo, M. (2017) Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 371. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00371>
9. Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T. & Henderson, C. (2017) Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002>
10. Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L. et al. (2022) Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network metaanalysis. *The Lancet Psychiatry*, 9(3), 211–221. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)
11. Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A. & Ferrer-García, M. (2009) Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(5), 343–348. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0451-9>
12. Koolae, A.K. & Etemadi, A. (2010) The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(6), 634–646. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020764009344144>
13. Marchira, C.R., Supriyanto, I., Subandi, S., Good, M.J.D. & Good, B.J. (2019) Brief interactive psychoeducation for caregivers of patients with early phase psychosis in Yogyakarta, Indonesia. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 469–476. Available from: <https://doi.org/10.1111/eip.12506>
14. Chien, W.T., Bressington, D., Lubman, D.I. & Karatzias, T. (2020) A randomised controlled trial of a caregiver-facilitated problemsolving based self-learning program for family carers of people with early psychosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–22. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249343>
15. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D.G. (2009) Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264–269. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПАВ В СТРУКТУРЕ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХИАТРИИ

Козыбаева К.А.¹, Бурибаева Ж.К.¹, Субханбердина А.С.²

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

²НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Актуальность. В условиях растущего употребления синтетических веществ, важно исследовать их влияние на психическое здоровье, особенно среди лиц с пограничными расстройствами, чтобы разработать эффективные стратегии профилактики, диагностики и лечения [1].

Проблема употребления синтетических наркотиков в современном обществе – это не новое явление, однако актуальность ее возрастает ежедневно. Темпы роста наркомании требуют и научного подхода к ее всестороннему решению. В последние годы отмечается явное омоложение этой медико-социальной проблемы. Это является предметом исследования для специалистов разных профилей: психологов, педагогов, юристов, медиков, социологов, биологов, что свидетельствует о междисциплинарном направлении изучаемого явления. Акцент сделан на анализе современных исследовательских тенденций, проливающих свет на вопросы, касающиеся употребления ПАВ и его воздействия на психическое здоровье [2]. Синтетические ПАВ становятся все более распространенными, часто из-за их доступности, повсеместной распространенности, но при этом недостаточно исследуемый эффект и состав вещества [3]. Изучение клинических и психологических аспектов их употребления становится важным для понимания последствий, отражающихся на здоровье. Пограничные расстройства характеризуются сложными клиническими расстройствами. Исследование связи между употреблением синтетических ПАВ и пограничными расстройствами может помочь для профилактики этих состояний психики.

Данное исследование поможет раскрыть психосоциальные аспекты употребления синтетических ПАВ, такие как социальная изоляция, проблемы с адаптацией и семейные конфликты. Понимание взаимосвязи между употреблением синтетических ПАВ и пограничными расстройствами может помочь изучить более эффективные методы лечения и реабилитации для пациентов с данными проблемами, путем разработки методических и клинических рекомендаций, которые могут послужить основой для разработки программ профилактики употребления синтетических ПАВ и образовательных и информационных кампаний для общественности, т.к это тема имеет глобальный масштаб.

Ключевые слова: синтетические вещества, психическое здоровье, пограничные расстройства, наркология, психиатрия, психотерапия.

Материалы и методы. Для исследования были использованы современные методы, включая исторический, медико-социологический, статистический, аналитический анализ, а также проведение SWOT-анализа и оценка рисков [4].

Для оценки и определения медико-социальных характеристик больных будет проведен ретроспективный анализ 60 электронных медицинских историй болезни пациентов Центра психического здоровья г. Алматы в КМИС: группа первая- пациенты с подтвержденным диагнозом пограничные расстройства без употребления синтетических наркотиков в анамнезе, группа вторая- пациенты с подтвержденным диагнозом пограничные расстройства с употреблением синтетических наркотиков в анамнезе.

Объект исследования: Центр психического здоровья г. Алматы.

Предметом исследования является лечебно-диагностический процесс, возникающий при обращении пациентов в Центр психического здоровья г. Алматы.

Для решения поставленных задач в работе были использованы современные методы исследования включая статистический. В программе имеется большое количество разнообразных процедур, при помощи которых можно провести анализ связи между двумя переменными, относящимися к номинальной шкале или к порядковой шкале с не очень большим количеством категорий. Для этой цели в SPSS реализован тест χ^2 , при котором проверяется, есть ли значимое различие между наблюдаемыми и ожидаемыми частотами. Кроме того, существует возможность расчета различных мер связанности.

Ожидаемые результаты. Ожидается, что исследование приведет к глубокому пониманию влияния синтетических веществ на развитие и течение пограничных расстройств, а также предоставит новые научные данные, способствующие формированию теоретической модели взаимосвязи между употреблением веществ и психическими расстройствами [5].

Комплексный взгляд на психотропные эффекты даст нам более полный обзор о воздействии веществ на разные аспекты психического здоровья, обогащая теоретическую базу психиатрии. Исследование внесет вклад в понимание психологических механизмов, стоящих за решением пациентов с пограничными состояниями и здоровых людей прибегнуть к употреблению веществ.

Вывод. Проведенное исследование позволит разработать практические рекомендации для улучшения диагностики и лечения пациентов с пограничными расстройствами, а также профилактические программы для лиц, употребляющих синтетические вещества [6]. Что позволит создать обучающие программы для медицинского персонала по выявлению и лечению пациентов с пограничными расстройствами и синтетической наркоманией. А также более эффективное лечение и профилактика могут снизить затраты на здравоохранение, связанные с обслуживанием пациентов с пограничными расстройствами и синтетической наркоманией [7]. Исследование может служить основой для социальных программ и интервенций, направленных на поддержку пациентов и их близких, сталкивающихся с проблемами синтетической наркомании и пограничными расстройствами.

Список литературы:

1. Smith, J. et al. (2023). The impact of synthetic substances on mental health: a comprehensive review. *Journal of Psychiatry*, 25(2), 45-58.
2. Ковалева, Е.М. (2019). Психоактивные вещества: механизмы воздействия на психику. *Журнал нейропсихиатрии*, 10(4), 112-125.
3. Петров, С.Н. (2018). Психотропные препараты и их влияние на психическое здоровье. Москва: Издательство Медицина.
4. Иванов, А.А. (2022). Методы исследования в психиатрии. Москва: Издательство НИИ психиатрии.
5. Григорьева, О.И. (2017). Взаимосвязь употребления синтетических веществ и возникновения психических расстройств. *Журнал психиатрии и наркологии*, 8(2), 56-68.
6. Brown, L. et al. (2021). New insights into the relationship between substance use and psychiatric disorders. *Journal of Addiction Medicine*, 15(3), 78-91.
7. Антонов, В.Г. (2020). Профилактика и лечение пограничных расстройств. Санкт-Петербург: Издательство Психологического института.

СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПРИ ОТВОДЕ ЗЕМЕЛЬНЫХ УЧАСТКОВ ПОДСТРОИТЕЛЬСТВО ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Байембетова А¹., Романова Ж.В².

Актуальность (введение). Развитие здравоохранения является одним из приоритетных направлений государственной политики в Республике Казахстан. В целях обеспечения доступности и улучшения качества медицинских услуг необходимо строительство новых медицинских учреждений и модернизация уже существующих объектов здравоохранения. Важно подчеркнуть, что данный процесс должен строго регулироваться существующим законодательством, нормативными документами и правовыми актами, с целью предотвращения возможных негативных последствий для окружающей среды и общества в целом. Одним из важных моментов при планировании и строительстве объектов здравоохранения является отвод земельного участка.

Актуальность исследования заключается в том, что в настоящее время отвод земельного участка является одним из ключевых этапов планирования и реализации инфраструктурных проектов в области здравоохранения. Важность этого процесса заключается не только в обеспечении доступности качественных медицинских услуг для населения, но и необходимости обеспечения эффективного функционирования и развития объектов здравоохранения. Ключевые моменты отвода земельного участка под строительство объектов здравоохранения включают в себя следующее:

- Доступность медицинской помощи: население нуждается в доступных и качественных медицинских услугах. Выбор подходящего места для строительства объекта здравоохранения позволит обеспечить население необходимыми медицинскими услугами без лишних затрат на поездки и время на поиск медицинских учреждений [7].

- Эффективность и доступность населению планируемого объекта: размещение объектов здравоохранения на участках, близких к жилым районам и общественным местам, повышает их доступность и повышает эффективность медицинской помощи. [6]

- Качество услуг: выбор участка с учетом инфраструктуры и экологических факторов способствует созданию благоприятной среды для предоставления качественной медицинской помощи населению [3].

- Экономическая эффективность: правильный выбор земельного участка также имеет важное экономическое значение. Эффективное использование территории земельного участка, соответствие его площади и инфраструктуры потребностям объекта здравоохранения помогают оптимизировать затраты на строительство и обслуживание медицинского учреждения. [5].

- Учет социальных потребностей: потребности населения на обслуживаемой территории, уровень медицинской помощи – все это учитывается при отводе земельного участка для строительства объекта здравоохранения. [2].

- Безопасность земельного участка: безопасность земельного участка (экологическая, санитарно-эпидемиологическая, строительная и др.), определяется согласно требований законодательных актов и нормативных правовых актов Республики Казахстан [4].

- Правовая безопасность: правовая безопасность земельного участка определяется согласно требований законодательных актов Республики Казахстан. [1]

Целью данного исследования является теоретический анализ существующей законодательной, нормативной правовой базы для разработки рекомендаций к выбору земельного участка под строительство объекта здравоохранения.

Задачами исследования являются:

1. Изучение и анализ законодательных и нормативных правовых актов Республики Казахстан при отводе земельного участка под строительство объектов здравоохранения.

2. Анализ существующей практики при выделении участков под строительство объектов здравоохранения.

3. Разработка рекомендации к выбору земельного участка под строительство объекта здравоохранения.

Объектом исследования выступают законодательные и нормативные правовые акты Республики Казахстан и существующая практика использования этих документов при отводе земельного участка под строительство объектов здравоохранения. Предметом данной работы является исследование процесса выделения земельного участка под строительство объектов здравоохранения, и разработка рекомендаций к усовершенствованию процессов выделения безопасного земельного участка под строительство объектов здравоохранения.

Материалы и методы исследования. В работе приведён обзор и анализ законодательных нормативных правовых актов, принятых за последние годы в Республике Казахстан. Основными методами явились теоретический анализ законодательных актов, критический анализ существующего опыта и моделирование.

Результаты. Законодательными актами, такими как Земельный кодекс Республики Казахстан, Закон архитектурной, градостроительной и строительной деятельности в Республике Казахстан регламентированы процедуры выделения и выдачи разрешения использования земельного участка, в том числе земельных участков под строительство объектов здравоохранения. Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» устанавливаются основные принципы организации здравоохранения, включая нормы по обеспечению доступа населения к медицинским учреждениям. Помимо вышеперечисленных законодательных актов, требования к выбору земельного участка определены в нормативных правовых актах в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, нормативно технических документах в области архитектуры, строительства и градостроительства. Тщательное соблюдение процедур отвода земельных участков способствует минимизации негативных последствий для окружающей среды и общества, а также повышению эффективности и рационального использования земельных ресурсов. Однако, для достижения этих целей необходимо также уделить внимание контролю за исполнением законов и нормативных актов, а также развивать механизмы мониторинга и оценки эффективности использования земельных участков в здравоохранении. Не соблюдение или не надлежащее соблюдение требований действующего законодательства может привести к негативным последствиям как окружающей среды, так и населению при планировании и реализации проектов строительства объектов здравоохранения.

Ниже представлены основные Законодательные акты и нормативные правовые документы Республики Казахстан, в которых отражаются требования к отводу земельного участка под строительство объектов здравоохранения:

- Кодекс Республики Казахстан «Земельный кодекс Республики Казахстан» от 20 июня 2003 года № 442[1];

- Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года [2];

- Закон Республики Казахстан «Об архитектурной, градостроительной и строительной деятельности в Республике Казахстан» от 16 июля 2001 года № 242 [3];

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 января 2022 года № ҚР ДСМ-2 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к санитарно-защитным зонам объектов, являющихся объектами воздействия на среду обитания и здоровье человека» [4];

- Свод правил Республики Казахстан 3.02-113-2014* «Лечебно-профилактические учреждения» [5].

- Строительные нормы 3.02-13-2014* Республики Казахстан «Лечебно-профилактические учреждения» [6]

- Свод правил Республики Казахстан 3.01-101-2013* «Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских населенных пунктов» [7].

Практическая ценность данной работы заключается в том, что в соответствии с поставленными задачами исследования, на основе проведенной работы, были решены

обозначенные задачи и даны практические рекомендации по эффективному и надлежащему выбору безопасного земельного участка под строительство объекта здравоохранения:

1) Проведен анализ законодательных и нормативных правовых актов Республики Казахстан при отводе земельного участка под строительство объектов здравоохранения.

2) Проведен анализ существующей практики при выделении участков под строительство объектов здравоохранения.

3) Подготовлены рекомендации к выбору земельного участка под строительство объекта здравоохранения.

Выводы (заключение). В результате данной работы на тему «Соблюдение требований законодательных актов Республики Казахстан» намечены разработки рекомендаций, направленные на усовершенствование процессов выделения земельного участка под строительство объектов здравоохранения.

Список использованной литературы:

1) Кодекс Республики Казахстан «Земельный кодекс Республики Казахстан» от 20 июня 2003 года № 442. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K030000442>

2) Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>.

3) Закон Республики Казахстан «Об архитектурной, градостроительной и строительной деятельности в Республике Казахстан» от 16 июля 2001 года № 242. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z010000242>

4) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 января 2022 года № ҚР ДСМ-2 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к санитарно-защитным зонам объектов, являющихся объектами воздействия на среду обитания и здоровье человека». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200026447>.

5) Свод правил Республики Казахстан 3.02-113-2014* «Лечебно-профилактические учреждения». Режим доступа: https://new-shop.ksm.kz/upload/e-fond/upload/NTD/NTD_GO_2023/211021/SP_RK_3.02-113-2014.pdf

6) Строительные нормы 3.02-13-2014* Республики Казахстан «Лечебно-профилактические учреждения». Режим доступа: https://new-shop.ksm.kz/upload/e-fond/upload/NTD/SNRK22/SN3_02_13_2014.pdf

7) Свод правил Республики Казахстан 3.01-101-2013* «Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских населенных пунктов» https://new-shop.ksm.kz/upload/e-fond/upload/NTD/NTD_GO_2023/211021/SP_RK_3.01-101-2013.pdf

МОДЕРНИЗАЦИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В ГОРОДЕ АСТАНА

Бердыбекова Р.Р.¹, Уалиева А.Е.²

¹НАО «TurarHealthcare», город Астана, Республика Казахстан

²Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность (введение). В современном мире одним из важнейших аспектов развития государственной политики является забота о здоровье и благополучии его граждан. В рамках этого контекста особое внимание уделяется сфере репродуктивного здоровья и охране здоровья матери и ребенка, в том числе развитию и модернизации инфраструктуры службы родовспоможения.

Стратегическими документами, в которых отражаются вопросы организации деятельности сферы здравоохранения Республики Казахстан являются:

- Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

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

- Указ Президента Республики Казахстан от 26 ноября 2022 года № 2 «Справедливый Казахстан – для всех и для каждого. Сейчас и навсегда».

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан».

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 марта 2023 года № 52 «Об утверждении стандарта организации оказания неонатальной помощи в Республике Казахстан».

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-167/2020 «Об утверждении минимальных стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями».

- Послание Главы Государства К.К. Токаева народу Казахстана «Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество».

В целях совершенствования системы охраны здоровья женщин и детей на протяжении всех периодов жизни и обеспечения высокого качества жизни на пути достижения Целей устойчивого развития Организаций Объединенных Наций и в рамках реализации среднесрочных и долгосрочных стратегических документов Республики Казахстан Министерством здравоохранения Республики Казахстан разрабатывается Концепция по развитию службы охраны здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан на 2023-2030 годы «Каждая женщина – каждый ребенок».

Актуальность исследования является важной и актуальной задачей, отвечающей потребностям современного общества и способствующей развитию здравоохранения, повышению качества жизни женщин, снижению рисков и осложнений и укреплению общего благосостояния города.

На сегодняшний день в стране сеть перинатальных центров требует существенного улучшения, путем модернизации инфраструктуры и строительства, современных соответствующих международным требованиям и вызовам перинатальных центров для оказания комплекса медицинской помощи начиная с зачатия и заканчивая реабилитацией. Для обеспечения качества и доступности медицинской помощи ряд существующих перинатальных центров нуждаются в проведении капитального ремонта.

Учитывая рост рождаемости в столице, увеличение нагрузки на объекты родовспоможения, в рамках исполнения поручения Главы государства от 14 июля 2022 года по итогам расширенного заседания Правительства Республики Казахстан, определено строительство в регионах современных 13 перинатальных центров для оказания комплекса медицинской помощи матерям и детям.

Данные усовершенствования инфраструктуры социально значимыми проектами позволит обеспечить безопасность, расширит возможности реализации современных технологий выхаживания тяжелых пациентов, что в итоге позволит снизить материнские и перинатальные потери, улучшит удовлетворённость граждан уровнем оказания медицинской помощи.

Задачами исследования являются:

1. Изучить и обобщить теоретико-методологические основы организации службы родовспоможения.

2. Проанализировать текущее состояние инфраструктуры родовспоможения города Астана.

3. Выявить проблемы и недостатки существующей инфраструктуры родовспоможения города Астана.

4. Исследовать современные тенденции и практику в области организации службы родовспоможения.

5. Сформировать рекомендации по модернизации инфраструктуры родовспоможения города Астана.

Материалы и методы исследования. Объекты родовспоможения города Астана: ГКП на ПХВ «Городской перинатальный центр» акимата города Астана, Перинатальный центр в составе ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №2» акимата города Астана, Перинатальный центр №3 в составе ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №3» акимата города Астана.

Предметом данной работы является изучение процесса обновления и улучшения инфраструктуры медицинских учреждений, специализирующихся на оказании помощи беременным женщинам и проведении родов, в городе Астана. Работа включает в себя анализ текущего состояния службы родовспоможения в городе, выявление проблем и недостатков существующей инфраструктуры, исследование современных тенденций и практик в данной области, а также разработку и реализацию конкретных мероприятий по ее модернизации.

Практическая ценность данной работы заключается в том, что достигнуты поставленные задачи исследования приведут к улучшению доступности, повышению качества медицинской помощи и медицинских показателей города, также значительным выгодам для здравоохранения, экономики и социальной сферы для укрепления общего благосостояния города.

Текущее состояние службы родовспоможения в Астане

В городе Астана оказывают комплексную стационарную помощь матерям и новорожденным 3 перинатальные центры третьего уровня, с коечной мощностью 550 коек.

Работа койки составляет – 364,9 оборот койки 89,2, среднее число дней пребывания – 4,6. За последние 10 лет отмечается увеличение родов на 41%, в 2012 году – 19 500, в 2020 году – 30 258, в 2020 году – 30 494, в 2021 году – 32 060, в 2022 году – 31 714 родов. В столице за январь 2024г. число родившихся составило 2486 человек (на 2,5% меньше, чем в январе 2023г.), число умерших составило 516 (на 7,3% больше, чем в январе 2023г.).

Несмотря на значительные улучшения в последние годы, многие аспекты инфраструктуры все еще требуют внимания. Одной из главных проблем является недостаток доступных медицинских учреждений и специалистов в области акушерства и гинекологии, особенно в отдаленных районах города.

С учетом текущей ситуации становится очевидной необходимость модернизации инфраструктуры службы родовспоможения в городе Астана. Это важно для обеспечения доступности качественных услуг всем женщинам, независимо от их места проживания или социально-экономического статуса. Модернизация также способствует повышению уровня медицинских знаний и практик, что в свою очередь снижает риск осложнений во время беременности и родов.

Важно отметить, что модернизация не ограничивается только обновлением оборудования. Это также включает в себя улучшение качества обучения медицинского персонала, развитие программ профилактики и ранней диагностики, а также создание комфортной среды для пациентов.

Основные направления модернизации:

1. Развитие медицинской инфраструктуры: Это включает в себя строительство новых родильных домов и медицинских центров, оснащенных передовым оборудованием. Также важно обеспечить равномерное распределение этих учреждений по всем районам города, чтобы женщины из отдаленных районов имели доступ к качественной медицинской помощи.

2. Повышение квалификации медицинского персонала: Обучение врачей, акушерок, а также медицинских сестер и фельдшеров, играет ключевую роль в обеспечении

высокого уровня заботы о беременных и новорожденных. Программы по повышению квалификации должны включать в себя современные методики лечения и диагностики, а также акцентировать внимание на эмпатии и понимании потребностей пациентов.

3. Внедрение информационных технологий: Использование информационных технологий в медицинской практике может значительно улучшить качество услуг. Это включает в себя внедрение электронных медицинских карт, онлайн-консультации с врачами, а также использование телемедицины для удаленной диагностики и консультаций.

Результаты. Следовательно, в результате данной работы на тему «Модернизация инфраструктуры службы родовспоможения в городе Астана» сформированы рекомендации и предложения по улучшению службы родовспоможения города к эффективному организационному планированию и управлению, а также на повышение эффективности и способности адаптироваться к быстро меняющейся сфере здравоохранения.

Выводы. Таким образом, цель данной работы по модернизации инфраструктуры службы родовспоможения в городе Астана на основе формирования рекомендаций с использованием стратегических методов и инструментов достигнута.

Список использованной литературы:

1. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>.

2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945>.

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024131>.

5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 марта 2023 года № 52 «Об утверждении стандарта организации оказания неонатальной помощи в Республике Казахстан». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300032214>

6. Послание Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана от 1 сентября 2022 года «СПРАВЕДЛИВОЕ ГОСУДАРСТВО. ЕДИНАЯ НАЦИЯ. БЛАГОПОЛУЧНОЕ ОБЩЕСТВО». Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K22002022_2.

7. Указ Президента Республики Казахстан от 26 ноября 2022 года № 2 «О мерах по реализации предвыборной программы Президента Республики Казахстан "Справедливый Казахстан - для всех и для каждого. Сейчас и навсегда"». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U2200000002/info>.

8. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. Режим доступа: <https://stat.gov.kz/ru/region/astana/>.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Жакежанова Ж.Р.¹, Құмар А.²

¹НАО «TurarHealthcare», город Астана, Республика Казахстан

²Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение: Аутизм – это слово, происходящее от греческого слова «autos», что означает «сам», впервые описанного в 1943 году Лео Каннером из Университета Джонса Хопкинса. В этом слове отражаются разные точки зрения, с помощью которых ребёнок видит мир. Аутизм, или расстройство аутистического спектра (РАС), представляет собой сложное расстройство нервного развития, затрагивающее определенные области развития мозга, влияющее на коммуникативные способности, социальное взаимодействие и поведение ребёнка. Обычно его диагностируют в течение первых трех лет жизни, при этом спектр симптомов варьируется от лёгкой до тяжёлой степени и варьируется от ребёнка к ребёнку.

Существует широкий разброс распространённости аутизма от одной страны к другой и от одной этнической принадлежности к другой, средняя распространённость составляет 0,1%. Однако распространённость может достигать 1/64 в Великобритании и 1/36 в США. Эти различия могут быть связаны с доступностью диагностических инструментов. В других странах, например, в Королевстве Бахрейн, распространённость могла быть намного ниже с заниженной оценкой (0,1%), вероятно, из-за неправильной диагностики некоторых случаев и отсутствия официальной регистрации из-за страха стигмы. Кроме того, существуют значительные гендерные различия: мальчики болеют в 4–5 раз чаще, чем девочки. Этническая принадлежность также влияет на распространённость, поскольку она чаще встречается среди не испаноязычного белого населения, чем среди латиноамериканцев и афроамериканцев, с огромными различиями среди жителей Азии и Тихоокеанского региона.

Точный патогенез аутизма до сих пор не совсем ясен. Оно является многофакторным, главным образом вследствие взаимодействия генетических, экологических, преклонного возраста родителей, биологических, психологических и иммунологических факторов. Около 80–90% риска аутизма передаётся по наследству, что объясняет, почему аутизм передаётся в семьях. Благодаря огромным достижениям в генетических исследованиях мы недавно обнаружили различные генетические мутации у больных детей, которые в конечном итоге могут спровоцировать изменения мозга и воспаление на ранних стадиях развития. В патогенез аутизма вовлечены многие генетические нарушения: от простой генетической мутации до сложных числовых вариаций с большими делециями, инверсиями, дупликациями или хромосомными транслокациями. Эти генетические мутации, такие как синдром ломкой X-хромосомы, могут передаваться по наследству, мутации *de novo* или вследствие накопленных изменений на протяжении поколений. Эти генетические факторы повышают частоту рецидивов от 2% до 8% у братьев и сестёр детей с аутизмом

Методы исследования: Актуальность исследования заключается в том, что в настоящее время растёт количество первично выявляемых случаев детей с аутизмом. Проведён анализ обращений за помощью в Психолога пелагическую консультацию по г. Астана за 2022 и 2023года. В 2022г зарегистрировано – 2899 детей с РАС. В 2023г количество составило -3479 детей. Организация реабилитационной помощи детям с РАС для страны является социально значимым вопросом, так как данная патология приводит к инвалидизации детей.

Вопрос реабилитации детей с РАС актуально, ранняя и правильная вмешательство специалистов в состоянии детей даёт возможность социальной адаптации детей с РАС.

У детей с РАС возникают трудности в социальном взаимодействии и коммуникации. Диагностика аутизма базируется на поведенческих наблюдениях и оценках медицинских специалистов. Раннее выявление и вмешательство играют ключевую роль в обеспечении помощи детям с аутизмом. Для успешной реабилитации детей с РАС необходимо учитывать особенности проявления клинических симптомов. Каждый год количество первичных случаев РАС растёт. В мире и в нашей стране семьи всё чаще сталкиваются с нарушениями поведения у детей. РАС представляет собой сложность в ранней диагностике и выявлении причин. Родители, столкнувшиеся с диагнозом РАС,

испытывают трудности при выборе пути реабилитации. Многие из них обращаются в неспециализированные учреждения, где часто используются методы, не подтвержденные научными исследованиями. Это приводит к потере времени и материальных ресурсов, необходимых для эффективной реабилитации. Для решения этой проблемы необходимо разработать и утвердить научно обоснованные методы реабилитации в соответствии с международными стандартами и на основе доказательной медицины.

Аутизм, РАС так как это особое состояние нейронных связей головного мозга необходимо адаптация к социуму исходя из особенностей поведения. В процессе реабилитации согласно международным стандартам используются коррекционные методы. При аутизме основной проблемой для родителей является нарушение поведения и отсутствие социально-бытовых навыков. В коррекции главная задача стоит перед психологом. В зависимости от состояния детей психолог подбирает метод и составляется индивидуальный план занятия.

В Национальном центре детской реабилитации проводят коррекцию детям с РАС в течение 24 дней. Коррекцию получают дети со всех регионов Республики Казахстан. В 2022г реабилитационную помощь с РАС получили всего 244 ребёнка, в 2023г количество детей составило – 241.

По алгоритму дети с особенностями поведения могут приниматься в приоритете. После оформления документации, проводится осмотр мультидисциплинарной команды. В состав команды входят специалисты: врач координатор, психолог, эрготерапевт, логопед, социальный педагог, игротерапевт, музыкотерапевт, специалист ФМР (кинезиотерапевт). Дети с аутизмом часто имеют пищевые нарушения, с целью определения особенности питания привлекается врач диетолог. Во время осмотра определяется цель реабилитации на период лечения в центре. С первого дня реабилитации родитель по уходу подключается к процессу, проводится обучение.

Главным аспектом является создание безопасной среды для ребёнка с аутизмом и для персонала. Часто дети могут проявлять агрессию. В случае психомоторного возбуждения пациентов, применять фиксацию для обеспечения безопасности самого пациента и окружающих (не дать возможности причинить вред самому себе и окружающим). Процедура фиксации используется при психомоторном возбуждении, которое выражается в двигательном беспокойстве разной степени выраженности (от суетливости до разрушительных действий) и может сопровождаться речевыми расстройствами и агрессивностью. Фиксация используется осторожно, чтобы предотвратить перевозбуждение, при этом сохранить достоинство пациента и его право на свободу передвижения, избежать травмирования от сдерживающего устройства.

Психомоторное возбуждение может быть проявлением острого психоза любого генеза: эндогенного, экзогенного, экзогенно-органического, психогенного.

Обсуждение и результаты: Провести анализ текущей ситуации реабилитационной помощи детям с РАС. Внедрение стандарта маршрута детей с РАС, помогающие справляться с трудностями связанные с диагнозом и улучшить качества жизни детей. Организация реабилитационного процесса со снижением риска для пациента и персонала.

Задачи исследования:

1. раскрыть особенности диагностики и лечения РАС;
2. определить значение РАС для общества.
3. изучить методiku диагностики и реабилитации детей с РАС;
- 4.изучить нормативно-правовы акты, медицинские стандарты и клинические протокола в области здравоохранения с РАС.
5. разработать практические предложения по эффективной реабилитации в системе здравоохранения Республики Казахстан.
6. утвердить единый маршрут введения детей с РАС.

Объектом выступает организация оказывающее реабилитационную помощь детям с РАС, НАО «Национальный центр детской реабилитации».

Предметом данной работы является анализ коррекционной работы и трудности возникающие в процессе реабилитации.

В работе приведён обзор отечественных и иностранных источников литературы, анализ правовых документов, принятых за последние годы в Республике Казахстан. Основными методами явились изучение и обобщение опыта, контент-анализ, сравнительный анализ.

Практическая ценность данной работы заключается в том, что достигнуты поставленные задачи исследования, на основе проведенной работы даны рекомендации и методы для организации реабилитационной помощи на амбулаторном уровне:

1. Мультидисциплинарный подход
2. Организация безопасности пациента и специалистов.
3. Составления индивидуального плана коррекции исходя от потребности ребёнка.
4. Обучение родителей.

Выводы (заключение). Следовательно, в результате данной работы на тему «Особенности организации реабилитационной помощи детям с расстройством аутистического спектра» сформированы практические рекомендации, направленные на улучшение процесса реабилитационной помощи.

Список использованной литературы:

1. Клинический протокол диагностики и лечения: Общие расстройства психологического (психического) развития (Расстройства аутистического спектра)
2. Adolphs R, Russell JA, Tranel D (1999) A role for the human amygdala in recognizing emotional arousal from unpleasant 3.
3. stimuli. Psychol Sci 10:167-71.
4. Adolphs R, Sears L, Piven J (2001) Abnormal processing of social information from faces in autism. J Cogn Neurosci
5. Aicardi J (1998) Diseases of the nervous system in childhood. Clin Dev Med 115/118. Mac Keith Press, London, pp 1408.
6. Allen DA, Mendel sohn L and Rapin I (1989) Syndrome specific remediation in preschool developmental dysphasia. In: JH French, S Harel and P Caesar (eds) Child Neurology and developmental disabilities. Paul Brookes, Publ. Co, Baltimore.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Жакипбаева М.А.¹, Уалиева А.Е.²

¹*«Городская поликлиника №7», город Астана, Республика Казахстан*

²*Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»*

Актуальность (введение). Усовершенствование организации деятельности является ключевым фактором для развития и успешного функционирования медицинских организаций в современных условиях, а также подчеркивают не только актуальность организации деятельности, но и предоставляют практическое руководство для улучшения их организационных процессов и стратегий [1].

Стратегическими документами, в которых отражаются вопросы организации деятельности сферы здравоохранения Республики Казахстан являются:

- Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

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

- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-167/2020 «Об утверждении минимальных стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями».

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2023 года № 49 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» [2].

Актуальность исследования заключается в том, что в настоящее время проблемой организации деятельности является ряд вызовов, с которыми сталкиваются организации при попытке управления и планирования. Ключевые проблемы на примере ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» города Астана являются: необходимость обучения и развития персонала; сложность адаптации к быстро меняющейся среде; ограничения в доступных ресурсах.

Совершенствование организации деятельности кабинета для ультразвукового исследования (далее – УЗИ) в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» города Астана на основе формирования практических рекомендаций с использованием стратегических методов и инструментов является целью данного исследования.

Задачами исследования являются:

1. Изучить и обобщить теоретико-методологические основы организации деятельности кабинета для УЗИ.

2. Оценить текущее состояние кабинета для УЗИ в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» города Астана.

3. Сформировать рекомендации по организации кабинета для УЗИ в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» города Астана.

Материалы и методы исследования. Объектом выступает организация ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» города Астана.

Предметом данной работы является процесс проведения УЗИ в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» города Астана, углубленное изучение и совершенствование процессов для УЗИ, которые необходимы для эффективного исследования [3].

В работе приведён обзор отечественных и иностранных источников литературы, анализ правовых документов, принятых за последние годы в Республике Казахстан.

Основными методами явились изучение и обобщение опыта, контент-анализ, сравнительный анализ.

Практическая ценность данной работы заключается в том, что достигнуты поставленные задачи исследования, на основе проведенной работы даны практические рекомендации для ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» города Астана [4].

Результаты. Следовательно, в результате данной работы на тему «Организация деятельности кабинета для УЗИ в условиях АПП» сформированы практические рекомендации, направленные на улучшение деятельности кабинета для УЗИ в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» города Астана к эффективному организационному планированию и управлению, а также на повышение эффективности и способности адаптироваться к быстро меняющейся сфере здравоохранения.

Выводы. Таким образом, цель данной работы по организации деятельности кабинета для УЗИ в ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №7» города Астана на основе формирования практических рекомендаций с использованием стратегических методов и инструментов достигнута.

Список использованной литературы:

1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>.

2) Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945>.

3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-167/2020 «Об утверждении минимальных стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021560>.

4) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 марта 2023 года № 49 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300032160>.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ HEALTH PLANNING ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЪЕКТОВ

Жусупова Ж.Б.¹, Хаджиева А.Б.²

¹НАО «TurarHealthcare», город Астана, Республика Казахстан

²Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность (введение). Развитие инфраструктуры здравоохранения является одной из ключевых приоритетных задач для обеспечения эффективной работы системы здравоохранения и улучшения здоровья населения. Основным направлением в рамках модернизации здравоохранения является строительство и улучшению материально-технического оснащения объектов здравоохранения [1].

В статье рассматривается вопрос совершенствования процесса планирования и оснащения медицинских учреждений современным оборудованием на основе применения международных стандартов.

На сегодняшний день имеются множество проблем в структуре закупок медицинского оборудования что обусловлено неэффективными методами планирования оснащения медицинских изделий для объектов здравоохранения. Недостаточная оснащённость и высокий уровень износа, имеющегося парка медицинских изделий, недостаточное качество сервисного обслуживания, отсутствие комплексных отраслевых программ по оснащению медицинскими изделиями, отсутствие альтернативных источников финансирования и др. Выше указанные проблемы требуют внедрения механизмов регулирования закупок медицинских изделий, а также разработки комплексных расчетов планирования оптимального оснащения медицинскими изделиями объектов здравоохранения. Важнейшей предпосылкой к оказанию качественной медицинской помощи является внедрение методики медицинского планирования Health Planning в системе здравоохранения для строящихся объектов здравоохранения. Внедрение методики медицинского планирования, это системный подход, эффективно влияющий на успешную реализацию модернизации системы здравоохранения. В рамках методики разработан последовательный алгоритм действий планирования перечня медицинских изделий для проектируемых объектов здравоохранения.

Применение методики Health Planning при планировании медицинских изделий в проектируемых объектах здравоохранения позволит на начальном этапе выявлять проблемы, потребности и ресурсы с целью определения приоритетных направлений и определения административных и управленческих действий, необходимых для достижения целей. Разработан последовательный алгоритм действий планирования перечня медицинских изделий для проектируемых объектов здравоохранения [2].

В проектируемых объектах здравоохранения планирование медицинских изделий приобретает еще большую значимость, поскольку это позволяет оптимизировать процессы строительства и предотвратить необходимость дорогостоящих переделок после завершения строительства. Кроме того, правильное планирование медицинских изделий на этапе проектирования способствует избежанию проблем в будущем при эксплуатации больницы, такие как простой оборудования, некачественное либо не полное оказание услуг в связи отсутствием необходимой комплектации медицинских изделий, отсутствие специалистов и т.д.

Материалы и методы исследования. В работе были использованы информационно-аналитический метод. Проводился анализ нормативных документов. Проведен анализ показателей потребностей в медицинских изделиях в объектах здравоохранения.

Перечень медицинских изделий разрабатывается с целью проведения определенных расчетных показателей, используемых для монтажа медицинских изделий при строительстве организации здравоохранения, с точным местом дислокации. Следует отметить, что при формировании перечня медицинских изделий учитывается технологический процесс от начала обращения пациента в приемное отделение с целью получения им медицинской помощи (услуги), получения лечебно-диагностических процедур и выписки из организации здравоохранения (в случае стационара).

Перечень медицинских изделий формируется и проходит анализ на соответствие следующим критериям:

1. Медико-технического задания проекта;
2. Нормативно-правовым актам (стандарты лечения, приказы по оснащению, строительные нормы РК и т.д.);
3. Перечню медицинских услуг (возмещение через фонда социального медицинского страхования, виды и объём услуг);
4. Штатному расписанию;
5. Концепт дизайну проекта;
6. Оптимального количества перечня медицинских изделий;
7. Системе оказания медицинской помощи в Казахстане;
8. Содержание передовых медицинских технологии;
9. Наличия казахстанского содержания;
10. Перспективам развития медицинской помощи.

Тщательное изучение первичных данных (медико-технического задания) и анализ потребности организации здравоохранения, а также стратегических планов, выбор подходящего оборудования являются неотъемлемой частью эффективного функционирования медицинских учреждений. Специалист планирующий перечень медицинских изделий формирует оптимальное оснащение медицинской техникой, изделиями медицинского назначения и вспомогательными устройствами, в т.ч инновационными медицинскими и немедицинскими технологиями, позволяющий планировать место их дислокации, провести расчет объема финансирования и штатного расписания, а также других составляющих компонентов при проектировании. [3].

Завершающим этапом медицинского планирования производится расчет потребности в медицинских изделиях. Одной из главных задач при планировании медицинских изделий заключается в определении необходимого оборудования и его количества, исходя из видов и объёма будущих медицинских услуг.

При проектировании объектов здравоохранения требуются значительные инвестиции, поскольку строительство нуждается в существенных расходах на качественные инженерные решения, крупногабаритную медицинскую технику и сложное технологическое оборудование. Планирование медицинской техники в строящихся (проектируемых) объектах здравоохранения РК играет важнейшую роль в обеспечении эффективности и безопасности оказания медицинской помощи. Успешная реализация

проекта в целом зависит от многих факторов, и медицинская техника играет немаловажную в этом роль.

Результаты. По результату исследования методики планирования медицинских изделий, и ее внедрение приведет к следующим показателям:

- оснащение современным медицинским оборудованием;
- эффективное использование бюджетных средств;
- оптимальному балансу между функциональностью и эффективностью при лечении;
- снижению риска простоя оборудования.

Выводы. Применение методики «Health Planning» является стратегически верным и современным подходом для оптимизации расходов и достижения многих целевых индикаторов. Методику необходимо распространять и на действующие организации здравоохранения при планировании медицинских изделий.

Список использованной литературы:

1) Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945>.

2) «Медицинское планирование «Планирование здравоохранения» в Казахстанской республиканской организации здравоохранения» Режим доступа: <https://jhd.kz.org/index.php/jhd/issue/view/10>

3) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Кабыкенова А.А.¹, Хаджиева А.Б.²

¹НАО «TurarHealthcare», город Астана, Республика Казахстан

²Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность (введение). В настоящее время одной из важнейших управленческих задач в области охраны здоровья населения является достижение целевых показателей повышения качества и доступности медицинской помощи за счет эффективного использования ограниченных финансовых и кадровых ресурсов в условиях происходящих в стране социально-экономических преобразований в здравоохранении.

Актуальность исследования заключается в том, что в настоящее время проблемой стратегического анализа является ряд вызовов и сложностей, с которыми сталкиваются организации при попытке эффективно проводить стратегический анализ и планирование. Ключевые проблемы на примере НАО «Turar Healthcare» включают в себя следующее:

- Недостаток интегрированных подходов: отсутствие комплексных и интегрированных подходов к стратегическому анализу, сочетающих финансовое планирование, управление рисками, качеством обслуживания и инновационные процессы.
- Сложность адаптации к быстро меняющейся среде: трудности в адаптации к быстро изменяющимся условиям в сфере здравоохранения, включая новые медицинские технологии, изменения в законодательстве и динамичные рыночные тенденции.
- Ограничения в доступных ресурсах: проблемы, связанные с ограниченными ресурсами, включая финансирование и технологии, что затрудняет проведение глубокого и всестороннего стратегического анализа.

- Управление рисками и неопределенностью: трудности в оценке и управлении рисками, особенно в условиях неопределенности и быстро меняющихся клинических и экономических сценариев.

- Сопротивление изменениям: проблемы сопротивления изменениям в организационной культуре организаций здравоохранения, что затрудняет внедрение новых стратегий и подходов.

- Необходимость обучения и развития персонала: недостаточность программ обучения и профессионального развития для сотрудников, необходимых для эффективного стратегического анализа и планирования.

- Интеграция инновационных технологий: проблемы с интеграцией и использованием современных технологий в процессах стратегического анализа, включая большие данные и искусственный интеллект.

Совершенствование стратегического анализа деятельности НАО «Turar Healthcare» на основе формирования практических рекомендаций с использованием стратегических методов и инструментов является целью данного исследования.

Задачами исследования являются:

Изучить и обобщить теоретико – методологические основы стратегического анализа медицинской организации.

Проанализировать международный опыт стратегического анализа деятельности медицинских организаций.

Проанализировать современное состояние отрасли здравоохранения Казахстана.

Оценить текущее состояние НАО «Turar Healthcare».

Сформировать рекомендации по разработке стратегических показателей для НАО «Turar Healthcare».

Объектом выступает организация НАО «Turar Healthcare». Предметом данной работы является процесс стратегического анализа НАО «Turar Healthcare», углубленное изучение и совершенствование процессов и инструментов стратегического анализа, которые необходимы для эффективного управления.

Материалы и методы исследования. В работе приведён обзор отечественных и иностранных источников литературы, анализ правовых документов, принятых за последние годы в Республике Казахстан. Основными методами явились изучение и обобщение опыта, контент-анализ, сравнительный анализ.

Результаты. Совершенствование стратегического анализа является ключевым фактором для развития и успешного функционирования медицинских организаций в современных условиях; а также подчеркивают не только актуальность стратегического анализа в организациях здравоохранения, но и предоставляют практическое руководство для улучшения их управленческих процессов и стратегий. Так, стратегический анализ медицинской организации включает в себя различные методы и подходы, которые помогают определить текущее положение организации, её сильные и слабые стороны, а также идентифицировать возможности и угрозы во внешней среде. Применение данных методов стратегического анализа позволяет медицинским организациям не только адаптироваться к текущим условиям рынка, но и активно управлять своим будущим. Они помогают идентифицировать как внешние возможности и угрозы, так и внутренние сильные и слабые стороны, что критически важно для разработки эффективных стратегий управления и роста. Стратегический анализ в медицинских организациях обеспечивает необходимую информацию для принятия обоснованных решений и формирования устойчивых стратегий развития в сложной и быстро меняющейся среде здравоохранения.

Стратегическими документами, в которых отражаются вопросы стратегического анализа сферы здравоохранения Республики Казахстан являются:

- Указ Президента Республики Казахстан от 26 февраля 2021 года № 520 «Об Общенациональных приоритетах Республики Казахстан до 2025 года» [1];

- Указ Президента Республики Казахстан от 15 февраля 2018 года № 636 «Об утверждении Национального плана развития Республики Казахстан до 2025 года» [2];
- Послание Главы Государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана от 1 сентября 2022 года «Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество» [3];
- Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года [4];
- Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года» [5];
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 января 2023 года № 64 «Об утверждении Плана развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2023-2027 годы» [6].

При этом, вопросы стратегического анализа сферы здравоохранения Республики Казахстан должны соответствовать нормам Постановления Правительства Республики Казахстан от 29 ноября 2017 года № 790 «Об утверждении Системы государственного планирования в Республике Казахстан» [7].

Практическая ценность данной работы заключается в том, что в соответствии с поставленными задачами исследования, на основе проведенной работы, были даны практические рекомендации для НАО «Turar Healthcare» такие как:

1) Проведен анализ и оценка НАО «Turar Healthcare» с применением SWOT анализа, который выявил сильные и слабые стороны, а также возможности и угрозы организации. На основе чего были даны рекомендации по решению проблем организации.

2) Примененная в исследовании Бостонская матрица для анализа услуг позволяет НАО «Turar Healthcare» стратегически оценить и управлять своим портфелем. Данный анализ рекомендуется к использованию в работе НАО «Turar Healthcare» в рамках усиления существующих и расширения планируемых оказываемых услуг.

3) В процессе проведения стратегического анализа услуг НАО «Turar Healthcare» с применением Бостонской матрицы было выявлено то, что в уставной деятельности организации предусмотрено оказание видов услуг, которые в настоящее время не проводятся. Так, предлагаются рекомендации, которые можно использовать при написании методики по оказанию услуг в сфере трансферта инновационных медицинских технологий в медицинские организации и организации образования в области здравоохранения РК.

4) Информация по системе стратегических показателей рекомендуется к применению при написании стратегического плана НАО «Turar Healthcare».

Выводы (заключение). Следовательно, в результате данной работы на тему «Совершенствование стратегического анализа медицинской организации» сформированы практические рекомендации, направленные на улучшение способности НАО «Turar Healthcare» к эффективному стратегическому планированию и управлению, а также на повышение эффективности и способности адаптироваться к быстро меняющейся сфере здравоохранения. Данная работа вносит вклад в научное понимание стратегического анализа в сфере здравоохранения, предоставляя ценные знания и инструменты для улучшения практик управления в организациях сферы здравоохранения.

Список использованной литературы:

1) Указ Президента Республики Казахстан от 26 февраля 2021 года № 520 «Об общенациональных приоритетах Республики Казахстан до 2025 года». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U2100000520>.

2) Указ Президента Республики Казахстан от 15 февраля 2018 года № 636 «Об утверждении Национального плана развития Республики Казахстан до 2025 года и признании утратившими силу некоторых указов Президента Республики Казахстан». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1800000636>.

3) Послание Главы Государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана от 1 сентября 2022 года «Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество». Режим доступа: <https://www.akorda.kz/ru/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana-181130>.

4) Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>.

5) Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945>.

6) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 января 2023 года № 64 «Об утверждении Плана развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2023-2027 годы». Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36473828&pos=4;-88#pos=4;-88.

7) Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 ноября 2017 года № 790 «Об утверждении Системы государственного планирования в Республике Казахстан». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1700000790>.

«РЕГИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Закарина М.К.

НАО «TurarHealthcare», город Астана, Республика Казахстан

Введение. В современном мире вопрос обеспечения доступного и качественного здравоохранения является одним из ключевых приоритетов для развивающихся и развитых стран. Региональное развитие инфраструктуры здравоохранения выдвигается в центр внимания как важное звено обеспечения здоровья населения. В связи с этим, исследование данной темы приобретает особую актуальность.

Цель настоящего исследования заключается в анализе текущего состояния и перспектив развития инфраструктуры здравоохранения на региональном уровне. Основная задача исследования - выявить основные проблемы и барьеры, с которыми сталкиваются региональные системы здравоохранения, а также предложить стратегии и меры по их преодолению. В рамках исследования будут проанализированы текущие тенденции развития инфраструктуры здравоохранения, оценены эффективность существующих программ и проектов, и выработаны рекомендации для улучшения ситуации в этой области.

Методологическая база исследования включает в себя анализ, сравнительный анализ, статистические методы и методы моделирования для оценки состояния инфраструктуры здравоохранения.

Глобальные вызовы, такие как увеличение населения, изменение демографической структуры, распространение инфекционных и хронических заболеваний, требуют эффективных мер по развитию инфраструктуры здравоохранения на уровне регионов. Особенно актуальным этот вопрос становится в контексте страны, такой как Республика Казахстан, где доступ к медицинским услугам может быть ограничен или недостаточным в определенных регионах. Несмотря на значительные усилия правительства по совершенствованию системы здравоохранения и улучшению ее инфраструктуры, остаются регионы, где медицинские услуги оказываются с недостаточным качеством или вовсе недоступны из-за отдаленности или недостаточного финансирования.

Исследование регионального развития инфраструктуры здравоохранения в Казахстане имеет критическое значение для эффективной реализации государственной

политики по укреплению здоровья нации и достижению стратегических целей, определенных до 2050 года. Анализируя конкретные проблемы и вызовы, с которыми сталкиваются различные регионы Казахстана в области здравоохранения, можно разработать целенаправленные стратегии и меры для устранения неравенств в доступе к медицинским услугам и повышения качества здравоохранения на всей территории страны.

В Республике Казахстан проводятся значительные инвестиционные программы по совершенствованию и расширению медицинской инфраструктуры, включая строительство и модернизацию больниц, поликлиник и других медицинских учреждений, а также обновление оборудования и внедрение новейших технологий. Эти усилия направлены на улучшение доступности и качества медицинской помощи для населения. Однако для эффективного распределения ресурсов и ориентации инвестиций необходимо учитывать демографические показатели.

Согласно данным Бюро Национальной статистики Республики Казахстан, численность населения страны на 1 февраля 2024 года составила 20 053,7 тыс. человек. Этот аспект играет ключевую роль в определении приоритетов развития инфраструктуры здравоохранения, включая расширение охвата профилактическими осмотрами и ускорение обследований при подозрении на онкологические и гематологические заболевания, особенно среди сельского населения и детей [1].

В последние годы благодаря поддержке руководства страны в Казахстане усилилась работа по развитию инфраструктуры объектов здравоохранения, расширен охват профилактическими осмотрами, включая сельских жителей и детское население, а также ускорены обследования при подозрении на онкологические и гематологические болезни. В рамках этого процесса в Казахстане приняты важные документы государственного планирования, такие как «Модернизация сельского здравоохранения» [2], «Комплексный план по борьбе с онкологическими заболеваниями на 2023–2027 годы» [3] и другие. Эти стратегические документы направлены на улучшение доступности и качества медицинской помощи, особенно в сельских районах и в борьбе с онкологическими заболеваниями. Кроме того, активно ведется строительство детских больниц и перинатальных центров, что способствует улучшению заботы о здоровье детей и матерей в стране.

Согласно данным информационной системы «Система управления ресурсами» (далее – ИС «СУР»), в стране по состоянию на 4-й квартал 2023 года насчитывается более 10 000 объектов здравоохранения, включая медицинские учреждения, образовательные центры в сфере здравоохранения, СЭС и объекты, связанные с обращением лекарств и медицинскими изделиями.

Сведения, представленные в таблице 1, отражают информацию о структуре здравоохранения в различных областях Казахстана, включая количество объектов и их категоризацию по типам (типовым или нетиповым), что общее количество построенных объектов здравоохранения в стране. В среднем по регионам примерно 65% объектов относятся к типовым, в то время как остальные 35% являются нетиповыми. Средний процент износа объектов здравоохранения составляет 33%, причем лечебные объекты обычно имеют более высокий процент износа по сравнению с вспомогательными. В большинстве регионов наблюдается высокий процент стандартных объектов здравоохранения, что указывает на системный подход к развитию инфраструктуры в данной области.

Согласно данным ИС «СУР» более половины (59%) объектов здравоохранения были построены в период советского времени, и общий уровень износа зданий составляет более 60%. Общее количество построенных объектов здравоохранения в стране уменьшилось с 6 405 до 4 425 после 1991 года. Это указывает на существенное сокращение числа медицинских учреждений, что может быть связано с изменениями в экономике, политике

здравоохранения или другими факторами, имеющими влияние на систему здравоохранения в Казахстане [4].

Таблица 1 – Количество зданий и сооружений государственных организаций в Казахстане по данным ИС «СУР», 4-й квартал 2023 года.

№	Регион	Общее кол-во по РК ИТОГО (БО+АПО+ПРОЧИЕ):											
		Построено до 1991		Построено после 1991 - н.в.		Итого: леч.		вспом. Ср.износ, %		Ср.износ, % (леч.)		Ср.износ, % (вспом)	
		типовой	нетиповой	6405	4425								
	РК	10 830	7 660	3 170	31	38	24	7 276	3 554	437	155		
1	Абайская	592		379	213	33	42	23	260	332	403	213	
2	Акмолинская	616		441	175	45	58	33	366	250	245	278	
3	Актюбинская	523		387	136	40	43	37	372	151	319	213	
4	Алматинская	532		441	91	24	36	13	469	63	191	198	
5	Атырауская	389		228	161	43	51	35	208	181	493	145	
6	ВКО	638		467	171	32	37	28	278	360	317	466	
7	Жамбылская	783		587	196	33	39	28	604	179	352	157	
8	Жетысуская	509		353	156	21	25	16	310	199	366	237	
9	ЗКО	603		448	155	37	48	26	379	224	528	208	
10	Карагандинская				736	465	271	31	35	27	605	131	
499				122									
11	Костанайская	621		383	238	24	27	22	347	274	251		
332													
12	Кызылординская			583	329	254	39	40	37	473	110		
40				87									
13	Мангистауская			127	85	42	24	32	16	125	2		
249				313									
14	Павлодарская	562		424	138	34	42	25	403	159	740		
157													
15	СКО	897		686	211	35	44	26	449	448	494	653	
16	Туркестанская			1 147	934	213	27	30	24	838	309		
58				10									
17	Улытауская	68		53	15	29	46	11	41	27	102		
143													
18	г.Шымкент	245		172	73	29	30	28	154	91	262		
194													
19	г.Алматы	456		263	193	24	28	19	422	34	59		
144													
20	г.Астана	203		135	68	13	17	10	173	30			

Примечание: составлено автором на основе данных ИС «СУР» за 4-й квартал 2023 года

Анализ ситуации показывает, что демографические и социальные изменения требуют от системы здравоохранения адаптации и модернизации для эффективного реагирования на новые вызовы. Например, увеличение числа пожилого населения требует расширения медицинских услуг для пожилых людей и создания специализированных программ по уходу за ними. Кроме того, социальные проблемы, такие как неравенство в доступе к медицинским услугам, требуют разработки и реализации мероприятий по обеспечению равного доступа всех слоев населения к качественной медицинской помощи.

В качестве одного из инструментов решения выявленных проблем может быть использован региональный перспективный план, позволяющий разработать стратегии по модернизации и улучшению системы здравоохранения в регионе.

Согласно Кодексу, региональный перспективный план развития инфраструктуры здравоохранения является долгосрочным планом развития инфраструктуры региона, включающим информацию о существующей сети организаций здравоохранения, планируемых изменениях (открытии, объединении, закрытии, перепрофилировании) и потребности в новых объектах здравоохранения, а также о планировании инвестиций [5].

Несвоевременное утверждение и актуализация региональных перспективных планов развития инфраструктуры здравоохранения приводит к:

1. Некачественному планированию сети организаций здравоохранения.
2. Нерациональному использованию производственных мощностей организаций здравоохранения.
3. Невозможности стратегического планирования и прогнозирования развития инфраструктуры здравоохранения.
4. Невозможности стратегического планирования и прогнозирования развития инфраструктуры здравоохранения.
5. Неравномерному распределению финансирования (без учета реальной потребности).

Таким образом, региональный перспективный план играет ключевую роль в совершенствовании системы здравоохранения и повышении качества жизни местного населения.

Заключение: в целом, развитие инфраструктуры здравоохранения в Казахстане является стратегическим приоритетом, особенно в контексте долгосрочной стратегии развития до 2050 года. Оно направлено на обеспечение высококачественных медицинских услуг и доступности медицинской помощи для всех граждан. Важно отметить, что недостаточное финансирование, неравномерное распределение ресурсов и отсутствие четких стандартов создают вызовы для системы здравоохранения. Анализ и реагирование на демографические и социальные изменения также являются ключевыми аспектами, требующими комплексных стратегий и программ.

Региональные перспективные планы развития здравоохранения играют важную роль в этом процессе, обеспечивая адекватное планирование, анализ текущей ситуации и эффективное управление ресурсами для улучшения системы здравоохранения в регионах.

Список использованной литературы:

1. Статистические данные Бюро национальной статистики. Режим доступа: <https://stat.gov.kz/ru>;
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 ноября 2022 года № 962 «Об утверждении пилотного национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000962>;
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 октября 2023 года № 874 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2023 – 2027 годы». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2300000874>
4. Статистические данные информационной системы «Система управления ресурсами»;
5. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>

BEHAVIORAL FACTORS AS A PREDICTOR OF THE DEVELOPMENT OF DIGESTIVE SYSTEM DISEASES USING THE EXAMPLE OF THE ZHAMBYL REGION

Namazbayeva Zh.E¹, Smailova D.S.², Umarova S.U.², Kulzhanov M.K.²

¹ *Kazakhstan's Medical University «Kazakhstan School of Public Health», Almaty, Kazakhstan*

² *Kazakh national medical University named after S.D. Asfendiyarov», Almaty, Kazakhstan*

Introduction: According to WHO, 71% or 41 million deaths from non-communicable diseases are recorded annually. Digestive system diseases (DSD) account for 2.5 million cases. The economic costs of noncommunicable diseases create global barriers to socioeconomic development. According to statistics, with an increase in mortality by 10%, economic growth decreases by 0.5% [1].

Objectives: Epidemiological study of the influence of behavioral factors on the development of diseases of the digestive system.

Materials and methods: The most important criterion determining the epidemiological situation is morbidity and mortality rates. At the same time, a comparative analysis of the data on health safety indicators for the Zhambyl region was carried out using statistical collections "Health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of health care organizations for 2011-2020." A survey was also conducted, using the standardized and adapted WHO STEPS tool, 391 residents of the Zhambyl region aged from 18 to 69 years (Taraz, Karatau v., Sarykemer v.).

Results: The study was conducted within the framework of the NTP "National Program for the Introduction of Personalized and Preventive Medicine in the Republic of Kazakhstan." A comparative analysis of the dynamics of the incidence of digestive organs in the Zhambyl region revealed an increase in the primary incidence of DSD in the Zhambyl region - by 29.2%. Indicators of the adult population made the greatest contribution to the increase in the overall incidence of DSD. Thus, this indicator increased by 2 times during the study period (by 102 %) from 2280.3 (as the lowest indicator) in 2011, to 4616.9 per 100,000 adult population in 2020 (as the highest indicator) [2]. Of the 391 respondents surveyed, 52 (13.3%) are registered with a dispensary, while 339 (86.7%) respondents are not registered with a dispensary, $\chi^2 = 210.662$, $p < 0.001$. According to the respondents' answers, the amount of salt consumed in one day was up to 5g - 120 (30.7%), 5-10g - 71 (18.2%), 10-15g - 25 (6.4%), do not know - 166 (42.5%), 15-20g - 9 (2.3%), $\chi^2 = 219.013$, $p < 0.001$. Characteristics of fruit consumption: once a week - 77 (19.7%), 2 times a week - 88 (22.5%), once a month - 23 (5.9%), daily - 192 (49.1 %), there is no such possibility - 11 (2.8%), $\chi^2 = 263.565$, $p < 0.001$, for eating vegetables once a week - 55 (14.1%), 2 times a week - 90 (23.0 %), once a month - 12 (3.1%), daily - 224 (57.3%), there is no such opportunity - 10 (2.6%), $\chi^2 = 396.020$, $p < 0.001$. For lovers of fatty foods, the answer was yes - 166 (42.5%), no - 225 (57.5%), $\chi^2 = 8.903$, $p = 0.003$. According to the frequency of eating fatty foods: once a week - 84 (21.5%), 2 times a week - 84 (21.5%), once a month - 57 (14.6%), daily - 67 (17.1%), do not use - 99 (25.3%), $\chi^2 = 13.744$, $p = 0.008$. For fans of spicy food, the answer was yes - 207 (42.5%), no - 184 (57.5%), $\chi^2 = 1.353$, $p = 0.245$. According to the frequency of eating spicy food: once a week - 88 (22.5%), 2 times a week - 60 (15.3%), once a month - 66 (16.9%), daily - 57 (14.6%), do not use - 120 (30.7%), $\chi^2 = 35.458$, $p < 0.001$.

Conclusions: Based on the results of a cross-sectional study, the influence of behavioral factors on the increase in the incidence of digestive system diseases in the population of the Zhambyl region was established.

References:

1. WHO/Digestive diseases/ [https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/digestive-diseases-\(dds\)](https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/digestive-diseases-(dds))
2. Health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of healthcare organizations Stat.sb. - Astana, 2011-2020.

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Алиев Н.А.

НАО «Turar Healthcare», г.Астана, Казахстан

Актуальность (введение). Пандемия Covid-19 подчеркнула критическую важность инфраструктуры здравоохранения в обеспечении благополучия и безопасности жизни людей по всему миру. Доступность к качественным медицинским услугам, адекватное финансирование, обеспеченность квалифицированными медицинскими кадрами являются фундаментальными аспектами в данном контексте. В течение последних десятилетий Республика Казахстан активно развивала свою инфраструктуру здравоохранения, стремясь обеспечить население качественными медицинскими услугами. В рамках исполнения стратегии «Казахстан-2050» и программ системы государственного планирования Правительство сосредоточило усилия на совершенствовании системы здравоохранения. Внедрение новых технологий и модернизация медицинских учреждений были ключевыми приоритетами. Активно развивалась сеть медицинских центров, оснащенных современным оборудованием. Для повышения качества медицинского обслуживания в стране акцентировалось внимание на повышении квалификации медицинских работников и развитии медицинского образования. Значительные ресурсы направлялись на обучение специалистов, а также на создание условий для привлечения высококвалифицированных специалистов из-за рубежа.

Однако, до сих пор остаются ряд нерешенных вопросов в области инфраструктуры здравоохранения, требующих последовательных мер со стороны ответственных государственных органов.

Материалы и методы исследования. Данное исследование опирается на информационно-аналитические материалы, статистические данные с открытых источников информационных баз данных и документы системы государственного планирования. В рамках исследования применены методы качественного и количественного анализа данных, литературного обзора информационных материалов и анализа статистических данных.

Результаты. Инфраструктура здравоохранения представляет собой 3 основных взаимосвязанных элемента:

- 1) здания и сооружения инфраструктуры здравоохранения;
- 2) материально-техническое оснащение объектов здравоохранения;
- 3) кадровые ресурсы объектов здравоохранения.

Согласно официальной статистической информации, в настоящее время в Республике Казахстан функционируют 11120 объектов инфраструктуры здравоохранения, из них в рамках осуществления медицинской деятельности - 10658 объектов (в т.ч. вспомогательных сооружений - 3264), образовательной деятельности в области здравоохранения - 85 (в том числе вспомогательных сооружений - 43), санитарно-эпидемиологической службы (далее - СЭС) - 372, в сфере обращения ЛС и МИ - 5 [1].

В 2022 году была утверждена «Концепция развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года», направленная на решение ключевых проблем отрасли здравоохранения [2]. За последние 5 лет построено более 400 объектов здравоохранения (3,6%), отремонтировано более 4000 объектов здравоохранения (36%), закуплено медицинское оборудование на сумму более 75 млрд.тенге, что в целом способствовало значительному обновлению инфраструктуры здравоохранения страны.

В среднем по стране уровень износа объектов здравоохранения составляет 49,3%, при этом капитальный ремонт необходим порядка 40% объектов всей инфраструктуры здравоохранения в Республике Казахстан. Более 35% объектов по стране нетиповые (приспособленные), что в свою очередь не позволяет развивать новые технологии,

обеспечивать надлежащие условия для пациентов и (или) персонала и не соответствует национальным и международным стандартам и требованиям.

В этой связи, отсутствие комплексного подхода при планировании, проектировании, строительстве, ремонте (текущий, капитальный, поддерживающий) и реконструкции объектов инфраструктуры здравоохранения, в том числе при учете и мониторинге их состояния, несовершенство законодательной базы по развитию инфраструктуры здравоохранения и недостаточное внедрение цифровых технологий существенно влияют на эффективность управленческих решений и операционных расходов в здравоохранении.

По итогам инвентаризации организаций здравоохранения уровень оснащенности оборудованием за 2022 год в среднем по республике составил 66,1%, объекты здравоохранения обеспечены более 2 млн. единиц техники. В то же время уровень износа оборудования в объектах инфраструктуры здравоохранения в среднем составляет 66,3%, из них медицинское оборудование – 49,1%, лабораторное оборудование – 83,5%. Высокая потребность в оборудовании говорит о действующих проблемах в закупе (в том числе поставки) оборудования (медицинского и лабораторного) исходя из специфики отрасли здравоохранения и наличия финансовых возможностей (страны и самой организации). С учетом высокой потребности возникает необходимость в совершенствовании системы определения потребности, закупа и поставки оборудования, в том числе с применением международного опыта (например, лизинг, реagentный контракт, аренда и т.д.) [3].

Общеизвестно, что уровень качества услуг здравоохранения зависит не только от состояния материально-технической базы, финансово-экономических условий функционирования медицинских учреждений, но и в первую очередь — от укомплектованности, профессиональной подготовки и квалификации медицинских специалистов. В настоящее время общее количество работников в системе здравоохранения Республики Казахстан с учетом всех ведомств, составляет более 270 тысяч работников. По итогам 2022 года обеспеченность врачебными кадрами (государственные, ведомства, частные) на 10 тысяч населения в Республике Казахстан составила 40,1 и среднего медицинского персонала (далее – СМР) – 96,8 [4]. Исходя из анализа в разрезе специальностей, наибольший дефицит наблюдается по следующим специальностям:

- 1) терапевты (593 штатных единиц), уменьшение показателя в сравнении с 2021 годом на 27 %;
- 2) врачи общей практики (501,75 штатных единиц), увеличение показателя в сравнении с 2021 годом на 2,6 %;
- 3) педиатры (253,75 штатных единиц), уменьшение показателя на 17 %;
- 4) анестезиологи-реаниматологи взрослые, детские (363,75 штатных единиц), наблюдается понижение дефицита почти в два раза, показатель за 2021 год составил 787,75 штатных единиц;
- 5) акушеры-гинекологи взрослые, детские (372 штатных единиц), увеличение на 28 % [5].

Основными причинами дефицита кадров является отток медицинских работников из государственного сектора в частный в связи с отсутствием в государственном секторе эффективных механизмов мотивации, наличием высокой психоэмоциональной нагрузки, недостаточно эффективными механизмами для профессионального развития работника и недостаточными социальными гарантиями. В тоже время отток и миграция работников здравоохранения приводит к дисбалансу врачей и среднего медицинского персонала в разрезе регионов, а также между городом и сельской местностью.

Выводы (заключение). На основе проблемных вопросов, выявленных при анализе текущей ситуации инфраструктуры здравоохранения, а также учитывая вызовы, с которыми столкнулась инфраструктура здравоохранения, требуется реализация основных подходов по следующим направлениям.

Направление 1. Совершенствование институциональной среды и строительство (реконструкция (модернизация), ремонт) объектов инфраструктуры здравоохранения:

1) совершенствование нормативно-технических документов в области строительства, архитектуры и градостроительства (Строительные нормы и Свод правил Республики Казахстан) по объектам инфраструктуры здравоохранения;

2) проведение полной инвентаризации всех объектов инфраструктуры здравоохранения с целью выявления фактического состояния инфраструктуры, цифровизация полученных данных и формирование карт объектов инфраструктуры здравоохранения;

3) создание эффективной системы планирования, мониторинга и контроля за объектами инфраструктуры здравоохранения путем разработки соответствующих нормативных правовых актов по развитию инфраструктуры здравоохранения;

4) внедрение и применение системы «Медицинское планирование» и «Медицинское проектирование» при проектировании, строительстве, реконструкции, капитальном ремонте объектов здравоохранения, реализуемых в рамках бюджетных инвестиций, в том числе через ГЧП;

5) разработка методики определения потребности в коечной мощности стационаров, производственной мощности амбулаторно-поликлинических организаций и других организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь (с учетом численности прикрепленного населения для планирования мощности объекта).

Направление 2. Оснащение объектов инфраструктуры здравоохранения современным оборудованием:

1) совершенствование механизма закупа и поставки (в том числе обслуживания) оборудования (медицинского и лабораторного) исходя из специфики отрасли здравоохранения, в том числе автоматизация этого механизма;

2) внедрение единой методологии по сервисному обслуживанию оборудования (медицинского и лабораторного);

3) регламентация рекомендуемого оснащения медицинской техникой в Стандартах организации медицинской помощи согласно соответствующему профилю.

Направление 3. Обеспечение объектов здравоохранения кадровыми ресурсами:

1) разработка и внедрение подходов по эффективному прогнозированию и обеспечению кадровыми ресурсами инвестиционных проектов по строительству и эксплуатации объектов здравоохранения;

2) внедрение механизма администрирования кадрового обеспечения инвестиционных проектов в сфере здравоохранения для проектируемых и строящихся объектов здравоохранения, а также администрирования кадрового обеспечения для эксплуатируемых объектов здравоохранения;

3) актуализация всех программ повышения квалификации для специалистов организаций здравоохранения с учетом принципов лучших практик в здравоохранении.

Реализация в полном объеме предлагаемых принципов, подходов и видения развития инфраструктуры здравоохранения в Республике Казахстан позволит обеспечить эффективную работы системы здравоохранения и получение гражданами качественных медицинских услуг.

Список использованной литературы:

1. Информационная система «Система управления рисками»
2. Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P22000009сл45>
3. Информационная система «Система управления медицинской техникой»
4. Национальная политика управления кадровыми ресурсами в области здравоохранения https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36651922&pos=5;-106#pos=5;-106
5. Бюро национальной статистики <https://stat.gov.kz/ru/>

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ

Джумагулов Р.Д.

НАО «Turar Healthcare», г.Астана, Казахстан

Актуальность. Статья оценивает влияние внедрения ситуационных центров в систему здравоохранения на основные показатели ее эффективности на примере Атырауской области. В контексте постоянно меняющихся социально-экономических и медицинских условий, статья выделяет проблемы, такие как неэффективное распределение ресурсов и несвоевременное реагирование на кризисные ситуации. Внедрение ситуационных центров представляет собой потенциальное решение для этих проблем, обеспечивая оперативный мониторинг и управление в реальном времени. Исследование осуществляется на основе сравнительного анализа показателей здравоохранения и данных комплексной медицинской информационной системы «Дамумед» за период с августа 2022 года по декабрь 2023 года. Результаты показывают значительное улучшение эффективности системы здравоохранения, такое как повышение охвата мобильным приложением, увеличение числа осмотров в доврачебных кабинетах, сокращение числа беременных женщин, не поставленных на учет, и увеличение охвата медицинским патронажем. В заключение, статья подчеркивает положительное влияние деятельности Ситуационного центра на различные аспекты здравоохранения в регионе, отмечая успешную реализацию программы и повышение доступности медицинской помощи для населения.

Введение. В последние годы системы здравоохранения многих государств сталкиваются с рядом вызовов, требующих непрерывного совершенствования и оптимизации. Одним из ключевых факторов, способствующих повышению эффективности здравоохранения, является внедрение современных технологических решений, в том числе ситуационных центров.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью повышения качества и эффективности здравоохранения в условиях постоянно меняющихся социально-экономических и медицинских факторов. Анализ текущего состояния здравоохранения демонстрирует ряд проблем, таких как неэффективное распределение ресурсов, несвоевременное реагирование на кризисные ситуации, и недостаточная координация между различными уровнями медицинской помощи. Внедрение ситуационных центров представляет собой потенциальное решение для этих проблем, предоставляя механизмы оперативного мониторинга, анализа и управления в реальном времени. Ситуационные центры позволяют улучшить реакцию на чрезвычайные ситуации, оптимизировать процессы управления и ресурсное обеспечение системы здравоохранения.

Применение ситуационных центров в сфере здравоохранения предполагает создание централизованной платформы, объединяющей данные из различных источников, таких как медицинские учреждения, службы скорой помощи, и даже социальные службы. Это позволяет оперативно реагировать на изменяющиеся ситуации, координировать действия между различными структурами и оптимизировать использование ресурсов.

Существующие исследования на тему внедрения ситуационных центров в систему здравоохранения фокусируются преимущественно на аспектах их технической реализации и практическом опыте использования. Однако, необходимо более глубокое исследование влияния внедрения ситуационных центров на основные показатели здравоохранения и их роль в улучшении качества предоставляемых медицинских услуг.

Целью исследования является оценка влияния внедрения ситуационных центров в систему здравоохранения на основные показатели её эффективности.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Проанализировать существующий опыт внедрения ситуационного центра в системе здравоохранения.
2. Изучить основные показатели эффективности системы здравоохранения.
3. Оценить влияние внедрения ситуационных центров на данные показатели.

Предметом исследования является процесс внедрения ситуационных центров в систему здравоохранения.

Объектом исследования выступают основные показатели эффективности здравоохранения, такие как качество медицинского обслуживания, доступность медицинских услуг, оптимизация ресурсов и управление рисками.

Тема исследования остается актуальной и мало исследованной в рамках комплексного анализа влияния ситуационных центров на систему здравоохранения, особенно в контексте современных вызовов и требований.

Данное исследование опирается на теоретические концепции в области управления здравоохранением, инновационных технологий и управления качеством услуг. Методологическая база включает в себя анализ, сравнительный анализ, статистические методы и методы моделирования для оценки влияния внедрения ситуационных центров на показатели здравоохранения.

Все это позволит получить объективные данные о влиянии ситуационных центров на систему здравоохранения и определить пути их оптимального внедрения с целью повышения эффективности системы здравоохранения.

Так с целью повышения уровня здравоохранения с августа 2022 года в Атырауской области при Управлении здравоохранения был внедрен Областной Ситуационный центр. Данный центр осуществляет оперативный мониторинг и контроль за деятельностью медицинских организаций для повышения качества и эффективности оказания медицинской помощи населению.

В рамках исследования проведен сравнительный анализ показателей здравоохранения, индикаторов комплексной медицинской информационной системы «Дамумед», по медицинским учреждениям Атырауской области за период с августа 2022 года по декабрь 2023 года.

Охват мобильным приложением. Данный индикатор необходим для мониторинга доли пациентов с установленным мобильным приложением, чем выше доля пациентов с мобильным приложением, тем меньше пациенты обращаются в ПМСП для повторной выписки рецептов, сокращается живая очередь в ПМСП, так как запись на прием ведется через приложение, а также включается общественный контроль за оказанными услугами и как следствие появляется инструмент для оперативного исправления проблемных моментов внутри организации.

За 2023 год было отмечено повышение охвата мобильным приложением на 19,9%.

Осмотр в доврачебном кабинете. Индикатор требуется для мониторинга ежегодного медицинского обследования пациентов с целью выявления онкологических заболеваний (с визуальной локализацией) и заболеваний сердечно-сосудистой системы, а также для подготовки пациентов к последующему обследованию как врачами общей практики, так и узкоспециализированными специалистами.

Наблюдается увеличение количества осмотров в доврачебных кабинетах ПМСП на 17,4%.

Обслуживание активов и вызовов. Данные индикаторы предназначены для отслеживания посещения врачами пациентов после оказанной стационарной помощи, для отслеживания фактов осмотра врачами пациентов при вызове врача на дом, а также для мониторинга осмотров врачами при вызове скорой медицинской помощи по 1, 2, 3, 4 категориям срочности.

Отмечается положительная динамика в обслуживаемых активах и вызовах, что указывает на повышение эффективности работы медицинских служб.

Беременные женщины, не поставленные на учет. Благодаря систематической работе с маркером «Беременная не на учете» наблюдается сокращение числа женщин в шесть раз с 1357 до 230.

Охват патронажем. Индикатор отслеживает медицинское обслуживание родильниц на дому (патронаж) после неосложненных родов, которое проводится акушеркой или медицинской сестрой в первые трое суток после выписки родильницы из медицинской организации родовспоможения. А также индикатор отслеживает посещение родильницей врача акушер-гинеколога акушерско-гинекологического отделения (кабинета), которое осуществляется на десятые и тридцатые сутки после родов.

Охват патронажа на 3 сутки после родов достиг 97,6%, а патронаж на 10 и 30 сутки увеличился в 3 раза.

План флюорографического обследования. Индикатор используется с целью раннего выявления туберкулеза, для своевременной диагностики, снижения заражения бактерионосителем, снижения деструктивных и запущенных форм туберкулеза. Выявление туберкулеза методом флюорографии проводится среди целевой группы населения с высоким риском заболевания и подлежащих обязательному флюорографическому обследованию согласно перечню групп населения с высоким риском заболевания, подлежащих обязательному ежегодному флюорографическому обследованию на туберкулез.

Охват населения флюорографическим осмотром увеличился в 2,5 раза.

Маркеры флюорозадержанных и туберкулезоподозрительных случаев. Индикатор разработан с целью раннего выявления больных туберкулезом и осуществляется медицинскими работниками всех специальностей медицинских организаций, независимо от формы собственности, при обращении населения за медицинской помощью в организации, оказывающие ПМСП, и стационарные организации, при проведении обязательных и профилактических медицинских осмотров. В случаях, когда имеется рентгенологическое подозрение на туберкулез, то пациенту оказываются диагностические услуги по определенному алгоритму с последующей консультацией врача-фтизиатра для уточнения диагноза.

Охват флюорографическими осмотрами родильниц увеличился на 10,4% (с 88,3% до 98,7%). За данный период было дообследовано 715 человек.

Своевременность обследования пациентов с подозрением на онкологическую патологию. Данный индикатор необходим для выявления на ранних этапах пациентов с подозрением на онкологические заболевания. Разработаны алгоритмы выявления, обследования и дообследования пациентов с временными ограничениями каждого этапа. Отслеживание данного индикатора позволяет в кратчайшие сроки провести все необходимые мероприятия и в максимально сжатые сроки верифицировать или исключить заболевание.

Данный показатель снизился с 923 до 44 человек с нарушением сроков обследования.

Межведомственное взаимодействие. Наблюдается снижение показателя госпитальной летальности с 1,9 до 1,7 (на 0,2%) и повышение оперативной активности с 49% до 58% по области в рамках мероприятий по травматологической службе. Разработан план межведомственного взаимодействия для снижения смертности и летальности от ДТП.

Деятельность Ситуационного центра в 2023 году привела к значительным улучшениям в медицинской сфере Атырауской области. Положительные изменения касаются различных аспектов здравоохранения, от профилактики до мониторинга и обслуживания. Развитие межведомственного взаимодействия подчеркивает стремление к комплексному улучшению общественного здоровья. Анализ индикаторов свидетельствует об успешной реализации программы и повышении доступности медицинской информации для населения.

Список использованной литературы:

Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

Комплексная медицинская информационная система «Дамумед»;

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-149/2020 «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований» от 23 октября 2020 года;

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-92 «Об утверждении стандарта организации оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Казахстан» от 26 августа 2021 года.

АСА ҚАУІПТІ ИНФЕКЦИЯ АНЫҚТАЛҒАН ЖАҒДАЙДА БИОҚАУІПСІЗДІК ІС-ШАРАЛАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Сайлау Н.А., Қонысбай Ж.Қ., Мусина М.С., Айтманбетова А.А.

С.Ж.Асфендияров атындағы қазақ Ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан

Қазақстан Республикасы Президенті Қ.К.Тоқаев (2020ж) “Ұлттық қоғамдық сенім кеңесі” жолдауында: “Биологиялық қауіпсіздік жүйесі жалпы стандарттар бойынша жұмыс істеуі және тиімді еларалық өзара іс-қимылды және қауіп-қатерлерге ден қоюды қамтамасыз етуі тиіс...” деген өзекті проблемалардың бірі биоқауіпсіздік мәселесін талқыға салды. Қазақстан Республикасы басшысының тапсырмасы бойынша алғашқы рет “Қазақстан Республикасының биологиялық қауіпсіздігі туралы” заң жобасы мен биологиялық қауіпсіздік мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы ілеспе заң жобасы әзірленді.

Заң жобасының негізгі мақсаты бұл биологиялық қауіптерді ерте анықтау, алдын алу және профилактикасы болып табылады. Заң жобасында мынадай негізгі биологиялық қауіптер:

1) аса қауіпті инфекциялардың табиғи ошақтары (аса қауіпті инфекциялардың ошақтары ел аумағының жартысында таралған: мысалы, оба (10 облыстың аумағында), туляремия (12 облыстың аумағында), геморрагиялық қызбалар (4 облыстың және Шымкент қаласының аумағында), 1795-і күйдіргі бойынша стационарлық қолайсыз пункт);

2) қауіпті инфекциялардың сырттан әкелінуі Денге қызбасы (2019 жылы Таиландтан 3 жағдай), безгек (2019 жылы тропикалық елдерден 4 жағдай);

3) патогенді биоагенттермен жұмыс істеу кезінде талаптардың бұзылуы;

4) төтенше жағдайлар мен терроризм актілерінің салдарынан жоғары қауіпті көздерге әсер ету;

5) биологиялық қауіпсіздік саласында білікті кадрлардың жетіспеушілігі болып табылады (Әділет,2021).

Бұл мәселенің өзектілігі мемлекеттік деңгейде бақылауды қамтамасыз ету- аса қауіпті патогендермен жұмыс істеу барысында биологиялық қауіпсіздік саласында жедел назар аудару, профилактикалық іс-шаралар ұйымдастыру көзделеді. Төтенше жағдайларда жұмылдыру шараларының ұлттық шеңберін құрастыра отырып жедел әрекет ету топтарын құру . Жедел әрекет ету тобы- қоғамдық денсаулық сақтау және ветеринария саласындағы төтенше жағдайларды басқару құрылымының бөлігі ретінде немесе бірлесіп жұмыс істеу кезінде тез жұмылдырылуы мүмкін тиісті және тұрақты оқытуды алатын пәнаралық немесе салааралық команда. Аса қауіпті инфекциялармен жұмыс істеу үшін арнайы даярлықтан өткен мамандарды қарастырады, қажет болған жағдайда олар аса

қауіпті патогендермен жұмыс істеуге (төтенше жағдайлар, пандемия, басқа елдерге көмек көрсету) жұмылдырылады.

“Жедел Орталық” ҚР Үкіметі аурулардың халықаралық таралуын болдырмау үшін қоғамдық денсаулық сақтау деңгейінде жауап шаралары бойынша қатысушы мемлекеттердің міндеттемелері бойынша халықаралық медициналық-санитариялық қағидалардың (МСАК) және денсаулық сақтаудың жаһандық бағдарламасының талаптарын іске асыру мақсатында құрылды. Негізгі миссиясы- халық өмірін қорғау, салауаттылығы және төтенше жағдайлардың теріс салдарын барынша азайту мақсатында Қоғамдық денсаулық саласында шұғыл жағдайларға ден қоюға дайындықты қамтамасыз ету болып табылады (CDC,2021).

Пандемия сабақтарын ескере отырып, аса қауіпті патогендермен жұмыс жасау барысында жоғарыда келтірілген іс-шаралар тиімділігі мен нәтижелігін арттыру үшін келесі ұсыныстар көзделеді: заң жобасында халықтың хабардар болу деңгейін арттыру және оның қауіпті биофакторлардың әсеріне назар аударуға дайындығы жөніндегі шаралар қарастырылу қажет; патогенді биоагенттердің айналымы туралы деректерді есепке алу мен мониторингтің бірыңғай жүйесін құру; биологиялық қатерлерді басқару және биологиялық қауіптерді болжау жүйесін енгізу; биологиялық қауіптерді сыртқы және ішкі бағалауды енгізу.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/V2100025151>

2. Айкимбаев А.М., Оспанов К.С., Куница Т.Н. и др. Современное состояние эпидемиологического надзора за туляремией в Казахстане // Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане. Алматы, 2002 г., №5, С.7-14.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Кыдырбекова С.Т.

КГП на ПХВ «Городская поликлиника №18»

Управления общественного здравоохранения г. Алматы.

Актуальность (введение). Во введении следует дать краткое и ясное изложение актуальности вопроса и обоснование исследования, цель и задачи исследования.

Дифференциация (от лат. differentia — «различие») — разделение, разведение процессов или явлений на составляющие части. Дифференцированный подход к оплате труда подразумевает установление определенного размера оплаты в зависимости от квалификации работника, сложности, количества и качества выполняемой работы, а также условий труда.

В современной экономике труда в качестве основной причины дифференциации заработной платы принимают различия в продуктивности труда работников.

Целью внедрения системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества медицинской помощи является улучшение качества медицинского обслуживания населения за счет повышения эффективности деятельности медицинского персонала и лечебного учреждения в целом.

Основными задачами введения системы дифференцированной оплаты труда являются:

- стабильное функционирование поликлиники в современных условиях за счет оказания востребованного объема медицинских услуг максимально возможного качества
- повышение уровня социальной защищенности членов коллектива

- повышение удовлетворенности пациентов от взаимодействия со службами поликлиники.

Проблемы мотивации медицинских работников были и остаются наиболее актуальными независимо от общественно–политического строя в любом государстве. От четко разработанных систем мотивации зависит не только социальная и творческая активность работников, но и конечные результаты деятельности медицинской организации.

Дифференцированная оплаты труда – это поощрение работников за образцовое исполнение должностных обязанностей, высокое качество выполнения работ, за инициативу, творческую активность и иные достижения в работе. Такую возможность поощрения предоставляет нормативная база нашей страны – п. 3 ст. 107 Трудового Кодекса Республики Казахстан. Правила поощрения работников здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП или в системе ОСМС, регламентирован приказом МЗ и СР РК от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-278/2020. Статьей 103 Трудового Кодекса Республики Казахстан установлены факторы дифференциации оплаты труда работников, к которым отнесены: квалификация работника; сложность выполняемой работы; количество и качество работы; условия труда. Руководитель медорганизации может вводить различные формы стимулирования труда, определяемые условиями коллективного договора, Положения об оплате труда и премировании, приказа руководителя. Согласно п. 3 ст. 107 Трудового Кодекса работодатель может вводить систему премирования и другие формы стимулирования труда, которые определяют условия коллективного договора или другие акты работодателя это могут быть:

- Положение об оплате труда и премировании;
- Коллективный договор;
- приказ руководителя или другой локальный документ, утвержденный в организации.

Чтобы разработать такие документы в медицинских организациях создаются комиссии. Председателем комиссии должен быть специалист, по должности не ниже заместителя руководителя. В комиссии работают главные специалисты по медицинской части, экономической, финансовой службе, методисты, председатель профсоюзного комитета, и другие специалисты.

В документе указывают:

- наименование должностей, которым начисляют дифференцированную оплату;
- критерии оценки деятельности медработников;
- коэффициенты повышения или понижения за каждый критерий;
- условия выплат: когда их начисляют, когда не производят;
- сроки выплаты и др.

В каждом коллективе свои нюансы, потребности, и надо их учесть, чтобы документ наиболее полно отвечал интересам работодателя и коллектива.

Медицинским работникам дифференцированная выплата выплачивается по результатам оценки их деятельности и за счет экономии бюджетных и внебюджетных средств. Подробно прописывают порядок начисления и выплат стимулирующих доплат, перечисляют условия, при выполнении которых эти доплаты начисляют:

- за выполненный объем работ и услуг;
- качество и результативность;
- сложность;
- уменьшение процента дефектов;
- выполнение важных и ответственность работ;
- снижение заболеваемости на участке и др. с учетом специфики организации.

При этом нужно оговорить условия для медицинского, административного и прочего персонала, а также из каких источников будут производить доплаты и т. п. В каждой организации – своя структура, подразделения, отделы, перечень платных услуг, фонд

оплаты труда. В зависимости от этого применяют систему премирования и иного вознаграждения сотрудников.

На заседании комиссии обсуждают все показатели работы, условия труда сотрудников структурных подразделений, каждого работника. Затем составляют протокол заседания, который служит основой для акта работодателя.

Дифференцированная оплата выплачивается:

1. При наличии экономии денег
2. При отсутствии кредиторской задолженности.

Поликлиника на праве хозяйственного ведения могут устанавливать свои критерии оценки. Также есть утвержденные критерии оценки, по которым проводится распределение дифференцированной оплаты. Это:

1. Наличие обоснованных письменных и устных жалоб, связанных с нарушением прав пациентов.
2. Наличие случаев предотвратимых летальных исходов, осложнений, возникших в результате лечения и диагностики, в том числе, повлекшие инвалидность пациента.
3. Наличие нарушений по результатам государственного контроля
4. Наличие случаев (подтвержденных экспертизой) повторного незапланированного поступления пациентов.
5. Наличие случаев расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов.

Система распределения дифференцированной оплаты так же у каждой медорганизации своя, но в большинстве своем идет привязка к фактически отработанным дням и окладу. Дифференцированная оплата не выплачивается:

1. При наличии неснятого дисциплинарного взыскания за рассматриваемый период, но не более двух месяцев с момента его применения.
2. Проработавшему в соответствующем субъекте здравоохранения менее одного месяца.
3. В период испытательного срока.
4. При нахождении в отпуске в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан более 14 календарных дней, за исключением оплачиваемого ежегодного трудового отпуска.
5. При временной нетрудоспособности более 14 календарных дней
6. При увольнении до окончания отчетного периода.

На сегодняшний день большая часть медицинских организаций, финансируемые из государственного бюджета переведены на коммунальные предприятия на праве хозяйственного ведения, что позволяет медицинским организациям утверждать на Наблюдательном совете собственно разработанную систему оплаты труда и мотивации работников.

Выводы: В каждой медицинской организации разработана собственная дифференцированная система оплаты труда. Дифференцированная оплата труда, оплачиваемая каждому работнику, участвующему в лечении пациента с учетом качественных и количественных параметров, в соответствии с зоной ответственности исходит из оказываемых услуг. Дифференцированная оплата труда оплачивается при наличии экономии денег и при отсутствии кредиторской задолженности в медицинской организации, то есть по результатам финансово-хозяйственной деятельности.

Дифференциальная оплата труда медицинского персонала, стимулирующая трудовую деятельность, должна быть персонализированной (персональной); основываться на объективных критериях оценки трудозатрат работника; быть понятной работнику; не утяжелять документооборот; быть прозрачной для контроля; стимулировать повышение качества медицинской помощи и ресурсосберегающие технологии; не ущемлять права пациента; способствовать социальной защите медицинского работника.

Система дифференцированной оплаты труда стимулирует повышение качества оказываемой медицинской помощи, поднимает престиж медицинской организации, учит работать в команде, заставляет весь персонал понять смысл экономического типа управления и развитие конкурентоспособности среди медицинской организации.

Список использованной литературы

1. Трудовой Кодекс Республики Казахстан (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.01.2020 г.).

2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2015 года № 1193 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий».

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15.12.2020 № ҚР ДСМ-278/2020 «Об утверждении правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования»

4. Отраслевое соглашение от 24. 01. 2023 между Министерством здравоохранения Республики Казахстан, Республиканским общественным объединением "Отраслевой профессиональный союз работников системы здравоохранения "SENIM", Общественным объединением "Казахстанский отраслевой профессиональный союз работников здравоохранения "AQNIET", Республиканским общественным объединением "Отраслевой профсоюз работников медицины и смежной с ней отраслей "QazMed" и Национальной палатой здравоохранения на 2023-2025 годы

5. Приказ Министерства здравоохранения РК от 25.09.2017 № 720 «Об утверждении Перечня должностей работников и организаций, которым устанавливается доплата за условия труда».

6. Приказ МЗСР РК от 28.12.2015 № 1053 «Об утверждении Списка производств, цехов, профессий и должностей, перечня тяжелых работ, работ с вредными и (или) опасными условиями труда, работа в которых дает право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный оплачиваемый ежегодный трудовой отпуск и повышенный размер оплаты труда, а также правил их предоставления».

АУРУХАНА АУАСЫНЫҢ САПАСЫ МӘСЕЛЕСІ

Макка М.М. Сарсенбаева М.З. Рыскулова А.Р.

"ҚДСЖМ" Қазақстан Медицина Университеті, Алматы Қ., Қазақстан

Өзектілігі: Медициналық мекеме бөлмелерінің ауа сапасын бағалау және басқару пациенттердің қауіпсіздігі мен медицина қызметкерлерінің денсаулығын қамтамасыз ету үшін маңызы зор. Ауа сапасын бағалау және бақылау медициналық мекемелердің жұмысын ұйымдастыруда ерекше назарда болуы тиіс. Әсіресе бұл мәселе аурухана ішілік инфекциялардың алдын алуда өзектілігі айқындала түседі. Сонымен қатар аурухана ауасының сапасы онда жұмыс жасайтын медицина қызметкерлерінің денсаулығына әсерін тигізетін фактор екені де ұмытпау қажет.

Зерттеу мақсаты: аурухананың ауа сапасы туралы соңғы 10 жылдағы әдеби көздерді шолу.

Материалдар мен әдістер. Іздеу стратегиясы ғылыми мақалалардың әртүрлі ресурстық базаларын пайдалануды қамтиды: Scopus, Google, Scholar, PubMed, Medlain.

Нәтиже. Соңғы жылдары ауаның ластануының адам денсаулығына әсерін тигізетін ең үлкен экологиялық қауіп ретінде танылып отыр [1]. Адамдар уақытының 90% бөлме

ішінде өткізетіндігі белгілі [2], сондықтан ауаның денсаулыққа жағымсыз әсерін азайту үшін бөлме ішіндегі ауаның тиісті сапасын сақтаудың маңызы зор [3]. Ауруханадағы ауа сапасын ақылды бақылау иммундық жүйесі әлсіреген науқастардағы инфекциялардың алдын алу үшін ғана маңызды емес [4], сонымен қатар денсаулық сақтау қызметкерлерінің оңтайлы денсаулығын, жұмыс өнімділігін және әл-ауқатын қамтамасыз ету үшін де маңызы зор [5]. Денсаулық сақтау мекемелерінің ішкі ортасының санитарлық-бактериологиялық жағдайын объективті бағалау қазіргі уақытта арнайы және арнайы емес профилактикалық және эпидемияға қарсы шаралар кешенін жүргізу кезінде маңызды міндеттердің бірі болып табылады. Медициналық мекемелердегі инфекциялық қауіпсіздік мәселесі 2019-2022 жылдардағы коронавирустық инфекцияның пандемиясы айтарлықтай қиындатты [6].

Аурухана ауасының сапасын бақылаудың күрделілігін және жұқпалы аурулардың таралуын алдын алудың шұғыл қажеттілігін ескере отырып, аурухана ауасының сапасын бақылаудың және оған әсерін тигізетін факторларды мұқият түсіну қажет [7]. Желдету жүйесін пайдалану және оған техникалық қызмет көрсету ауруханалардағы ауа сапасында маңызды рөл атқарады және де ауа алмасу жылдамдылығын, химиялық ластаушы заттар мен бөлшектерді, көмірқышқыл газының шамадан тыс деңгейін және тұрғындардың жайлылық деңгейін бақылау үшін маңызды екенін көрсететін көптеген зерттеулер бар [8].

Ластанған желдету арналары мен ауамен қамтамасыз етілмеген және тиімсіз желдету жүйелері аурухана жағдайында ауадағы инфекциялық қоздырғыштардың таралуын жеңілдететіні көрсетілген [9,10,11,12]. Ауруханаларда гигиенаны сақтау бөлмедегі ластаушы заттардың деңгейіне әсер ету арқылы ауа сапасына да айтарлықтай әсер етеді [13]. Бөлмені тұрақты тазаламау адамдардың қозғалысына байланысты өлшемді бөлшектердің деңгейі артқан сайын қайта ауаға көтерілуге әкеледі [14].

Медициналық мекемелерде жұқпалы аэрозольдермен күресу үшін сұйылтып желдету, ластаушы көздерді бақылау және жобалау шараларын оңтайлы қолдану, аурухана жабдығын, жиһазын, еден мен қабырғаларды тазалау және дезинфекциялаудың маңызы зор [15]. Бір ғажабы, дәл осындай әрекеттер ылғалдылықты арттырып, микроорганизмдердің өсуі мен тіршілігіне ықпал етеді. Нашар жұмыс жасайтын желдету жүйелері, шаңсорғыштың вакуумды қапшықтары бактериялардың, көгертікші саңырауқұлақтарды және аллергияларды жинауы мүмкін [16].

Сонымен, тазарту құралдарын дұрыс пайдаланбау және жеткіліксіз желдету жүйелері алдыңғы зерттеулерде көрсетілгендей, ауруханадағы ауа сапасының нашарлауына әкеледі [17]. Медициналық қызметкерлердің, емделушілер және науқастардың туыстары үшін сапалы ауаның қолжетімділігі аурухананың ішкі ауасының сапасына да әсер етеді [18].

Сийымдылығы жоғары аурухана ғимаратының ауасында өлшемді бөлшектер, бактериялар мен саңырауқұлақтар мөлшері жоғары болады. Бір қатар зерттеушілер жариялағандай белгілі бір аурухана бөлмелерінде адам санының артуы биоаэрозоль концентрациясының айтарлықтай өсуіне әкеледі, адам саны аз бөлмелермен салыстырғанда 1,2-3,5 есе жоғары болады екен [19].

Ішкі және сыртқы микробтық жүктемелердің сандық көрсеткіштері аурухана бөлмесінің ауасында сыртқы ауамен салыстырғанда бөлмеде адамдар шоғырланған ауада бактериялардың концентрацияларының көбірек екені анықталды. Сонымен қатар, қарқынды жан сақтау палаталарының ауасында өлшемді бөлшектердің және көмірқышқыл газының концентрациясының онда ем қабылдап жатқан пациенттердің санына тікелей байланысты екендегі дәлелденді [20].

Сонымен қатар, Changkew K, Onklai N, Junsuvun T, Homkham N, Ketsakorn A, Netmanitpiri S. (2020ж.) аурухананың амбулаториялық бөлімін зерттеу бөлімшедегі ауа сапасының нашарлауына адамдардың көп болуы және нашар желдету ықпал ететінін атап өтті [21]. Сөйлеу, түшкіру, жөтелу, жуыну сияқты әрекеттер бөлме ауасын биологиялық ластағыштармен ластайтындығын өз зерттеулерінде Hamal R, Isa ZM, Sutan R, Noraini

NMR, Ghazi HF (2019ж), Heo KJ, Lim SE, Kim HB, Lee BU. (2017ж), Oh H, Nam IS, Yoon H, Kim J, Yang J, Song Jr. (2014ж) айтып өтті [22,23,24]. Аурухана ауасының сапасының өзгеруіне күту аймағында адамдардың қозғалысы арттыратынын Chen M, Yin Y, Zhang J, Zhou Q. (2019ж) хабарлады [25].

Қорытынды: Аурухана ауасының сапасы бойынша әдебиет көздерін талдау, оның әр түрлі жағдайларға байланыстылығын көрсетті. Барлығымыз білетіндей ауа ауа-шаң әсер ету механизмі бар көптеген инфекциялардың таралу факторы болып табылады, ал ол өз тарапынан ауруханада емделуші адамдардың және медицина қызметкерлердің денсаулығына кері әсерін тигізуі мүмкін. Сондықтан, микробиологиялық және гигиеналық аспектерде аурухана ауасының сапасын бақылау бұл маңызды мәселе болып табылады.

Әдебиеттер:

1. World Health Organization. WHO Global Air Quality Guidelines: Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide, electronic version; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2021; ISBN 9789240034228. [Google Scholar].

2. World Health Organization. Combined or multiple exposures to health stressors in indoor environments: a review of evidence prepared for the WHO training workshop on “Multiple environmental exposures and risks”: 16–18 October 2013, Bonn, Germany; World Health Organization, Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark, 2013 [Google Scholar].

3. Mannan, M.; Al-Ghamdi, S.G. Indoor Air Quality: A Comprehensive Review of Factors Affecting Air Pollution in Residential and Commercial Buildings. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 3276. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed].

4. Smielowska M., Mare M., Zabegala B. Air quality in public buildings - a review. *Environ Sci Pollut Res.* (2017) 24:11166–76. doi: 10.1007/s11356-017-8567-7 PubMed Abstract | Full text CrossRef | Google Scholar].

5. Ингрид Дж.С. Качество воздуха в помещении – проектирование зданий. *Веб-конференция MATEC.* (2017) 93:03001. doi: 10.1051/matecconf/20179303001 [PubMed](#) [Аннотация](#) | [Полный текст CrossRef](#) | [Google Scholar](#)].

6. Богданова О.Ю., Черных Т.Ф., Цветкова И.А. Микробиологическое исследование воздушной среды многопрофильного стационара // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* – 2022. – № 9. – С. 86-90; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=13445> (дата обращения: 04.01.2024).

7. Gola M, Settimo G, Capolongo S. Indoor air quality in hospitals: a systematic review of factors influencing chemical pollution in inpatient wards. *J Healthcare Eng.* (2019) 8358306:20. doi: 10.1155/2019/8358306.

8. Stockwell RE, Ballard EL, O'Rourke P, Knibbs LD, Morawska L, Bell SS. Hospital air and the effect of ventilation on bioaerosols: a systematic review. *Jay Hosp Infection.* (2019) 103:175–84. doi: 10.1016/j.jhin.2019.06.01.

9. Agalari Z, Dames H, Sosa-Hernandez HE, Oyervides-Muñoz MA, Parra-Saldivar R. Assessment of indoor air transmission of SARS-CoV-2 in hospitals and methods of prevention: a systematic review. *Environment Res.* (2021) 195:110841. doi: 10.1016/j.envres.2021.110841.

10. Noorimotlah Z., Jaafarzadeh N., Martinez S.S., Mirzaei S.A., A. Systematic review of possible airborne transmission of COVID-19 virus (SARS-CoV-2) in indoor air. *Environment Res.* (2021) 193:110612. doi: 10.1016/j.envres.2020.110612.

11. Sham N.M., Ahmad N.I., Parol M.A., Leong Y.H. Research on fungi and mycotoxins in hospital settings: a scoping review. *Build the environment.* (2021) 193:107626. doi: 10.1016/j.buildenv.2021.107626.

12. Sodiq A., Khan M.A., Naas M., Amhamed A. Controlling COVID-19 infection through HVAC systems by analyzing the nature of indoor airborne infectious microbes: will an

- innovative air recirculation concept provide practical solution? *Environment Res.* (2021) 199:111329. doi:10.1016/j.envres.2021.111329.
13. Sari KAM, Mastaza KFA, Rahman MAA, Saji N, Muslim R, Mustafa M, et al. Assessment of indoor air quality parameters at XYZ Ambulatory Care Centre, Malaysia. *IOP Earth Environ Sci Conference Series.* (2019) 373:012013. doi: 10.1088/1755-1315/373/1/012013.
14. Gulshan T, Ali Z, Zona Z, Ansari B, Ahmad M, Zainab M, et al. Air quality status in and outside hospital wards in urban centers - a case study in Lahore, Pakistan. *J Anim Plant Sci.* (2015) 25:666–671.15.
15. Gola M, Settimo G, Capolongo S. Indoor air quality in hospitals: a systematic review of factors influencing chemical pollution in inpatient wards. *J Healthcare Eng.* (2019) 8358306:20. doi: 10.1155/2019/8358306.
16. Veillet M, Knibbs LD, Pelletier A, Charlebois R, Lecourt PB, He S, et al. Microbial composition of vacuum cleaner bag dust and emitted bioaerosols and their effects on humans indoors. *Appl Environ Microbiol.* (2013) 79:6331–6. doi: 10.1128/AEM.01583-13
17. Llamosas PAA, Clemente PA, Agusti MB, Brull XDLF. Hypersensitivity syndrome, which is multiple, and surrounding building syndrome. *Honey Klin.* (2006) 126:774–8. doi: 10.1157/13089106.
18. Ho KJ, Lim KE, Kim HB, Lee BU. The influence of human activities on the concentration of cultivated bioaerosols in indoor air. *J Aerosol Sci.* (2017) 104:58–65. doi: 10.1016/j.jaerosci.2016.11.008.
19. Verde SC, Almeida SM, Matos J, Guerreiro D, Meneses M, Faria T, et al. Microbiological assessment of indoor air quality in different hospitals. *Res Microbiol.* (2015) 155:557–63. doi: 10.1016/j.resmic.2015.03.004.
20. Tan KS, Chung FF, Lin MC, Wang GH. The impact of patient visits on the environment in the intensive care unit: a one-year longitudinal study. *Am J Infection Control.* (2009) 37:183–8. doi: 10.1016/j.ajic.2008.06.011.
21. Changkew K, Onklai N, Junsuvun T, Homkham N, Ketsakorn A, Netmanitipsiri S, et al. Assessment of indoor air quality and particle size distribution of all bacteria and *Staphylococcus* species. in a city hospital in Thailand. *Southeast Asian Public Health J Trop Med.* (2020) 51:896–907.
22. Hamal R, Isa ZM, Sutan R, Noraini NMR, Ghazi HF. Indoor particulate matter, microbial assessment and wheezing symptoms in infants in urban day care centers in Seremban district, Malaysia. *Annals of Global Health.* (2019) 85:15. doi: 10.5334/aogh.2425.
23. Heo KJ, Lim SE, Kim HB, Lee BU. The influence of human activities on the concentrations of cultivated bioaerosols in indoor air. *J Aerosol Sci.* (2017) 104:58–65. doi: 10.1016/j.jaerosci.2016.11.008.
24. Oh H, Nam IS, Yoon H, Kim J, Yang J, Song Jr. Characteristics of indoor air quality and air purifier efficiency in child care centers, Korea. *Building environment.* (2014) 82:203–14. doi: 10.1016/j.buildenv.2014.08.019.
25. Chen M, Yin Y, Zhang J, Zhou Q. Impact of human activities on air flow and pollutant distribution in the waiting area of a general hospital. In: al Zwe, editor. *Proceedings of the 11th International Symposium on Heating, Ventilation and Air Conditioning (ISHVAC 2019).* Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd. (2019). pp. 491-502.

СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Есен А.К.

В Послании народу Казахстана от 1 сентября 2022 года «Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество» Главой Государства поручено уделить особое внимание комплексному улучшению медицинской инфраструктуры.

Актуальность исследования развития инфраструктуры здравоохранения обусловлена рядом специфических факторов:

Демографические тенденции в Карагандинской области отражают старение населения и рост числа людей, требующих медицинской помощи, подобно многим другим регионам Казахстана. Исследования в сфере развития здравоохранения могут способствовать оптимизации системы медицинского обслуживания, учитывая эти демографические изменения.

Особенности здравоохранения: Карагандинская область имеет свои уникальные характеристики, такие как географическое расположение, наличие промышленных предприятий и социально-экономические условия. Исследования, проведенные в контексте этого региона, могут помочь учесть его особенности при разработке стратегии развития здравоохранения.

Технологические возможности: Карагандинская область, как и вся страна, активно внедряет современные технологии в здравоохранение. Исследования в области развития инфраструктуры здравоохранения могут помочь определить оптимальные стратегии использования технологий, для улучшения доступности и качества медицинской помощи в регионе.

Финансовые и организационные вопросы: Вопросы финансирования и организации здравоохранения также являются актуальными для Карагандинской области. Исследования в этой области могут помочь выявить эффективные модели финансирования и управления здравоохранением, а также оптимизировать использование бюджетных ресурсов.

Таким образом, исследования в области развития инфраструктуры здравоохранения в Карагандинской области имеют важное значение для обеспечения доступности, качества и эффективности медицинской помощи для жителей этого региона.

Целью исследования является изучение и оценка состояния инфраструктуры здравоохранения Карагандинской области с последующей разработкой предложений по ее улучшению и модернизации.

Объектом исследования является инфраструктура здравоохранения Карагандинской области, включая все медицинские организации (здания, сооружения), а также деятельность данных организаций (работа коек, простой койки). Кроме того, будет проведен анализ доступности медицинской помощи населению Карагандинской области.

Методологическая база исследования включает в себя анализ, сравнительный анализ, статистические методы и методы моделирования для оценки состояния инфраструктуры здравоохранения.

Современное здравоохранение становится все более важным аспектом жизни общества, требующим системных подходов к своему развитию и совершенствованию. В условиях динамичного социально-экономического развития Казахстана, а также мировых вызовов, стоящих перед системой здравоохранения, вопросы стратегического планирования и развития инфраструктуры здравоохранения приобретают особую актуальность.

Карагандинская область, как один из ключевых регионов Республики Казахстан, не остается в стороне от этих вызовов. Несмотря на значительные усилия, направленные на улучшение системы здравоохранения в регионе, остаются ряд проблем и задач, требующих комплексного подхода и разработки эффективной стратегии развития.

В процессе подготовки стратегии развития инфраструктуры здравоохранения Карагандинской области будет осуществлена комплексная оценка текущего состояния

объектов здравоохранения, определение оптимальной и эффективной сети организаций здравоохранения исходя из потребности населения и обеспечения доступности медицинской помощи (в том числе приведение коечного фонда стационаров и производственной мощности организаций здравоохранения в соответствии с потребностями населения, путем перепрофилирования в востребованные организации здравоохранения и профили коек), а также определение реальной потребности региона в строительстве новых объектов (дополнительно и взамен), капитальном ремонте и реконструкции действующих.

Результаты данного исследования могут быть использованы для формулирования конкретных стратегических целей и задач в сфере здравоохранения Карагандинской области. Они также могут послужить основой для разработки программ и проектов по модернизации и развитию медицинской инфраструктуры, включая планирование новых строений, капитальный ремонт и реконструкцию существующих объектов.

Дополнительно, результаты исследования могут помочь определить приоритетные направления в развитии здравоохранения, такие как улучшение доступности медицинской помощи, оптимизация использования ресурсов и повышение качества предоставляемых услуг. Это позволит управленческим структурам выстраивать более эффективные стратегии и распределение бюджетных средств в сфере здравоохранения, а также обеспечить более точное соответствие потребностям населения. Состояние инфраструктуры здравоохранения в Карагандинской области требует внимания и системных мер по ее обновлению и модернизации.

Согласно данным информационной системы «Система управления ресурсами» Министерства здравоохранения Республики Казахстан на конец 2023 года в Карагандинской области всего – 736 медицинских объектов (зданий, сооружений). Из общего количества зданий и сооружений, 18,5 % (136 объектов) является нетиповыми. Это свидетельствует о том, что некоторые здания не соответствуют современным стандартам и требованиям безопасности.

Средний износ зданий и сооружений достигает 31%, что говорит о том, что многие из них уже требуют ремонта и обновления. Значительная часть зданий и сооружений (71,7% или 528) были построены до 1991 года, что указывает на их старый возраст и вероятную потребность в реконструкции и модернизации, чтобы соответствовать современным медицинским стандартам и требованиям. 28,3 % или 208 зданий и сооружений были построены в период с 1991 по настоящее время. Это может указывать на тенденцию к современным стандартам и технологиям в строительстве, что может влиять на их общую состоятельность и способность удовлетворять современные требования. Однако, несмотря на это, даже новые здания могут потребовать обновлений и модернизации со временем, чтобы соответствовать изменяющимся стандартам и потребностям.

Результаты: Проанализировав состояние инфраструктуры здравоохранения Карагандинской области составлен перечень приоритетных объектов, износ по которым превышает 100%.

КГП на ПХВ «Многопрофильная больница им. проф. Х.Ж. Макажанова», главный корпус (*хирургический корпус*) 1939 года постройки, корпус центрального стерилизационного отделения (*стерилизационная лаборатория*), износ 100%, запланирован текущий ремонт, годы построек остальных зданий данной больницы варьируются от 1952 до 1982 года. Последний ремонт был произведен в 2012 году;

Клиника профессионального здоровья Института общественного здравоохранения и профессионального здоровья НАО «Медицинский университет Караганды» - все здания и сооружения (*главный корпус, поликлиника 2, пристройка к поликлинике, В, В1 Лабораторный корпус 2, Д, Д1 Пищевая (265,6 кв.м), Е Гараж (209.8 кв.м)*) 1971 года постройки, износ 100%. Информация о проведении капитального ремонта отсутствует.

КГП «Многопрофильная городская больница №2 города Караганды». Здание гаража 1972 года постройки, износ 100%. Годы построек остальных зданий данной больницы варьируются от 1964 до 2014 года;

КГП «Многопрофильная больница № 3 города Караганды» корпус здания архивного помещения для хранения рентген пленок 1949 года постройки, корпус здания транспортного сооружения 1963 года постройки, корпус здания прачечной 1963 года постройки, корпус здания складского сооружения 1990 года постройки, износ 100%. Годы построек остальных зданий данной больницы варьируются от 1963 до 1977 года;

КГП «Многопрофильная больница № 1 города Караганды» здание хозяйственного корпуса – 1970 года постройки, жилье для молодых специалистов 1950 года постройки, износ 100%. Годы построек остальных зданий данной больницы варьируются от 2006 до 2007 года;

КГП на ПХВ «Многопрофильная больница города Темиртау», инфекционный корпус 1958 года постройки, пристройка и складское помещение 1985 года постройки, износ 100%. Последний ремонт был произведен в 2001, в 2010 год;

КГП на ПХВ «Больница города Шахтинск», коммунальное сооружение (котельная) 1977 года постройки, транспортное сооружение (*гараж*) 1995 года постройки;

КГП «Реабилитационный центр «Умит», стационарный корпус, 1969 года постройки, износ 100%. Не указана дата последнего проведения ремонта;

В целом, анализ состояния инфраструктуры здравоохранения в Карагандинской области показывает необходимость внимания к модернизации старых зданий, обновлению нетиповых сооружений и продолжению усилий по строительству современных объектов, соответствующих современным стандартам медицинского обслуживания.

В заключении необходимо отметить, что для разработки рекомендаций по модернизации инфраструктуры здравоохранения в Карагандинской области важно учитывать демографические показатели и данные о состоянии здоровья населения. Эти факторы помогут определить не только текущие потребности, но и прогнозировать будущие требования к системе здравоохранения региона. Учитывая динамику населения и его здоровья, можно сформулировать рекомендации, направленные на оптимизацию инфраструктуры здравоохранения, улучшение качества услуг и обеспечение доступности медицинской помощи для всех слоев населения.

Наконец, учитывая потребности населения и прогнозируемые изменения в медицинских требованиях, важно разработать стратегию долгосрочного развития инфраструктуры здравоохранения, которая будет учитывать не только текущие потребности, но и будущие вызовы и тенденции в этой области.

Список использованной литературы:

1. Послание Главы Государства К.К. Токаева народу Казахстана «Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество»;
2. Информационная система «Система управления ресурсами» Министерства здравоохранения Республики Казахстан;
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года». Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945>

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ВНЕДРЕНИЯ ГЧП В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА: ВЗГЛЯД НА МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Султанова Д.С.

ВКГ МО РК г.Алматы, Казахстан

Актуальность. Государственно-частное партнерство (ГЧП) зарекомендовало себя как важный инструмент для стимулирования инвестиций и инноваций в критически важных секторах экономики, причем особенно значимо его влияние оказывается в области здравоохранения. Суть ГЧП заключается в объединении преимуществ частного и государственного секторов для достижения общественных целей, таких как повышение доступности и качества медицинских услуг, что становится особенно актуальным в условиях ограниченных государственных ресурсов и растущего спроса на медицинское обслуживание.

Ситуация в Казахстане. В Казахстане ГЧП активно привлекается для решения проблем здравоохранения: недостаточное финансирование, устаревшая инфраструктура и нехватка квалифицированных кадров. Государство стремится создать благоприятные условия для частных инвестиций в медицинскую сферу, разрабатывая и адаптируя нормативно-правовую базу, акцентируя внимание на проектах по строительству новых и реконструкции существующих медицинских учреждений, внедрению современных технологий и оборудования, а также повышению квалификации медицинского персонала.

Международный опыт. Изучение международного опыта подтверждает эффективность ГЧП в здравоохранении. Великобритания, Франция, Россия и Турция представляют примеры успешного привлечения частных инвестиций в медицинские проекты, что привело к существенному улучшению качества и доступности медицинских услуг. Эти страны демонстрируют различные модели ГЧП, направленные на решение специфических задач: от строительства и обновления медицинских учреждений до проведения научных исследований и внедрения инновационных технологий в лечение.

Необходимые шаги в Казахстане

Для повышения эффективности ГЧП в Казахстане необходимо предпринять следующие шаги:

Совершенствование законодательства: Критический пересмотр существующих законов и регуляций для устранения бюрократических барьеров, противоречий и создания стимулов для частных инвесторов.

Упрощение процедур: Внедрение эффективных и прозрачных механизмов подготовки, согласования и мониторинга ГЧП-проектов, включая цифровизацию процессов.

Наращивание опыта участников: Развитие профессиональных компетенций через обучение, обмен опытом и сотрудничество с международными экспертами и организациями.

Повышение общественной осведомленности: Организация информационных кампаний для населения и бизнес-сообщества о преимуществах ГЧП, публикация успешных кейсов и исследований.

Анализ состояния и перспектив

Тщательный анализ существующих ГЧП-проектов в сфере здравоохранения Казахстана выявил не только успешные инициативы, но и ряд проблем и вызовов, таких как сложности в процедурах заключения контрактов, недостаток опыта и компетенций у участников, ограниченность финансирования. Решение этих вопросов потребует комплексного подхода и сотрудничества всех заинтересованных сторон: государственных структур, частного сектора и международных партнеров.

Заключение. Развитие ГЧП в Казахстане имеет огромный потенциал для улучшения качества и доступности медицинских услуг, а также для стимулирования социально-экономического развития страны в целом. Успешная реализация ГЧП требует не только правильной нормативно-правовой базы и процедур, но и активного взаимодействия между государством и частным сектором, а также использования международного опыта и передовых практик. Скоординированные усилия всех заинтересованных сторон позволят

преодолеть существующие препятствия и максимально реализовать потенциал ГЧП в сфере здравоохранения Казахстана.

Список использованных источников

1. Чалтабаева Р. Основные цели внедрения механизмов ГЧП в сферу здравоохранения. – Информационная система «ПАРАГРАФ». 2019
2. В Казахстане разработали Концепцию развития инфраструктуры здравоохранения до 2030 года - URL: <https://www.zakon.kz/obshestvo/6409997-v-kazakhstane-razrabotali-kontseptsiyu-razvitiya-infrastruktury-zdravookhraneniya-do-2030-goda.html>
3. Бизнес теряет интерес к ГЧП проектам. - URL: <https://inbusiness.kz/ru/news/biznes-teryaet-interes-k-gchp-proektam>
4. Касым-Жомарт Токаев поручил ускорить «перезагрузку» системы ГЧП. - URL: <https://kapital.kz/business/122992/kasym-zhomart-tokayev-poruchil-uskorit-perezagruzku-sistemy-gchp.html>
5. Йескомб, Э.Р. Государственно-частное партнерство. Основные принципы финансирования. – Москва: Альпина Паблишер. – 2021 год. – С. 458
6. Public-Private Partnership Center. Republic of the Philippines. What is PPP? – URL: <https://ppp.gov.ph/ppp-program/what-is-ppp/>
7. Кельбах, С.В., Сигова, М.В. Анализ международной практики реализации и финансирования проектов государственно-частного партнерства в развитии реальной инфраструктуры // Управленческое консультирование. – 2015. – № 9. – С. 36
8. Игнатюк, Н.А. Государственно-частное партнерство. – «Юстицинформ». – 2012. – С. 356
9. The Philippine Amended BOT Law and its Revised Implementing Rules and Regulations (IRR), 2012. – URL: https://ppp.gov.ph/wp-content/uploads/2013/02/BOT-IRR-2012_FINAL.pdf
10. Черенков, В.В. США: государственно-частное партнерство по внедрению инноваций // Российское предпринимательство. – 2010. – Том 11. – № 10. – С. 32-37
11. Адылбекова, А.М. «Опыт стран Европейского союза в использовании возможностей ГЧП», Кыргызско-Российский Славянский университет им. Первого Президента РФ Б.Н. Ельцина, Кыргызская Республика, г. Бишкек. – № 14. – 2019. – С. 25
12. Review of the Public-Private Partnerships work since the first session of the Working Party on Public-Private Partnerships on 21-22 November 2017. – P.20.
13. Инвестиции в инфраструктуру и ГЧП 2020. Аналитический обзор. 2020 год. – URL: <https://pppcenter.ru/analitika/razvitie-rynka-infrastruktury/>
14. Федеральный Закон от 1 апреля 2020 года № 69-ФЗ "О защите и поощрении капиталовложений в Российской Федерации". – URL: <https://www.zakonrf.info/doc-36147822/>
15. Кризис и инфраструктура, май 2020 года. – URL: <https://pppcenter.ru/upload/iblock/3af/3af0a34f9f730eec53fec3219665871.pdf>
16. На базе АО «Сбербанка» создан Фонд проблемных платежей. – URL: https://www.sberbank.kz/ru/small_business
17. Структура проектов ГЧП по отраслям в странах с разным уровнем экономики. – URL: <http://www.rcb.ru>
18. Айрапетян, М.С. Зарубежный опыт использования государственно-частного партнерства. – URL: <http://www.ppp-russia.ru>
19. Структура проектов ГЧП по отраслям в странах с разным уровнем экономики. – URL: <http://www.rcb.ru>
20. Стратегия «Казахстан-2050». – URL: https://www.akorda.kz/ru/official_documents/strategies_and_programs

21. Президент РК Касым-Жомарт Токаев провел заседание совета национальных инвесторов. – URL: https://www.akorda.kz/ru/events/akorda_news/meetings_and_sittings/prezident-kazahstana-kasym-zhomart-tokaev-provel-zasedanie-soveta-nacionalnyh-investorov
22. Бизнес теряет интерес к ГЧП проектам. – URL: <https://inbusiness.kz/ru/news/biznes-teryayet-interes-k-gchp-proektam>
23. Официальный сайт «Казахстанский центр ГЧП». – URL: <https://kzppp.kz>
24. Расширенное заседание Правительство Республики Казахстан 22 октября 2019 года. – URL: <https://primeminister.kz/ru/sessions/zasedanie-pravitelstva-rk-22-10-2019>
25. Анализ распределения проектов ГЧП в разных странах мира. – URL: <http://kmtlc.kz/ru/news/analiz-raspredeleniya-proektov-gchp-v-razlichnykh-stranakh-mira/>
26. Доля ГЧП в ВВП в зарубежных странах. – URL: <https://bpp.worldbank.org/>
27. ГЧП стало одной из форм подмены госзакупок. – URL: <https://atameken.kz>
28. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 ноября 2017 года № 790 «Об утверждении Системы государственного планирования в Республике Казахстан». – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1700000790> >
29. Указ Президента РК от 26 февраля 2021 года N521 «О внесении изменений в Указ Президента РК» от 15 февраля 2018 года № 636 «Об утверждении Стратегического плана развития РК до 2025 года и признании утратившими силу некоторых указов Президента Республики Казахстан». – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U2100000521#z6>
30. Информационный лист инвестиционного предложения проекта НЧП «Развитие сельского здравоохранения в Алматинской области» – г.Конаев, 2023
31. Казахстан поднялся в мировом рейтинге Bloomberg по эффективности здравоохранения – URL: https://arminfo.info/full_news2.php?id=35112&lang=2
32. Исследование затрат государственного бюджета согласно отчету МФ РК на здравоохранение – URL: https://economy.kz/ru/Novosti_instituta/id=5681

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВОЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ГРАЖДАНСКИМИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Суюнов Б.Н., Аимбетова Г.Е.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Введение. Термин "качество жизни" был впервые введен довольно давно и с тех пор получил различные определения. Несмотря на большое количество исследований, очень часто используется следующее определение: "Качество жизни соответствует состоянию, которое испытывает человек в процессе динамичного достижения своих целей в рамках трудовой деятельности, когда сокращение разрыва, отделяющего человека от этих целей, отражается положительным влиянием на общее качество жизни человека, эффективность работы организации и, следовательно, на общее функционирование общества" [1].

Те же вопросы, указанные в данном определении, применимы и к медицинским работникам санитарно-эпидемиологического центра вооруженных сил, чья рабочая среда, нагрузка и виды работ могут влиять на качество жизни и производительность. Предполагается, что данные медработники должны одновременно выполнять роли коммуникатора, специалиста по качеству оказываемой помощи для пациентов данных центров. На качество жизни этих специалистов влияет большое количество параметров, таких как стресс на работе, удовлетворенность работой, приверженность профессии и работодателю, мотивация к работе, рабочая перегрузка и т.д. [2, 3].

Целью работы послужило изучение мирового опыта медицинских работников военных медицинских организаций и гражданских медицинских работников. Задачами данной обзорной статьи являются определение факторов, влияющих на качество жизни данных работников, а также их степень влияния и значимость.

Материалы и методы. Для подготовки данной обзорной статьи использовался поиск научных материалов в базах Scopus, Web of Science, PubMed, Cochrane, eLibrary. По данной тематике всего было найдено 40 статей, из которых 11 вошло в данную обзорную статью. 15 источников было исключено по причине отсутствия данных о статистической значимости факторов, влияющих на качество жизни, в 14 статьях изучалась только одна группа медицинских работников.

Результаты. Европейские медицинские работники предложили для изучения качества жизни гражданских и военных медработников анкету, состоящую из 2 разделов. Первый раздел включает вопросы по 11 демографическим характеристикам, а именно: возраст, пол, семейное положение, образование, тип места работы, статус занятости, общий ежемесячный доход, наличие или отсутствие достаточного дохода, количество рабочих часов в неделю и частота использования дополнительного рабочего времени в неделю. Второй раздел включает пункты из шкалы качества жизни, связанного с работой. Этот раздел содержит семь подшкал с 32 пунктами:

1. Общее самочувствие;
2. Взаимодействие дома и на работе;
3. Удовлетворенность работой и карьерой;
4. Управленческий статус (контроль на работе от начальства);
5. Условия работы;
6. Стресс на работе;
7. Вовлеченность и сплоченность сотрудников.

Ответы на каждый вопрос даются по пятибалльной шкале Лайкерта (1 балл - "Категорически не согласен", 2 балла - "Не согласен", 3 - "Нейтрально", 4 - "Согласен", 5 - "Категорически согласен") [4].

Более половины участников исследования из Австрии были удовлетворены своим уровнем жизни, но несколько человек выразили значительную неудовлетворенность. Гражданские медицинские представители чаще давали ответы "не согласен" и "нейтрально", чем военные. Значительные различия между группами были обнаружены в отношении общего самочувствия, удовлетворенности работой и карьерой, а также условиями труда. Подводя итог, уровень качества жизни был выше у гражданских медицинских работников ($p=0,02$) [5].

Гражданские и военные медработники, участвовавшие в следующем исследовании, проведенном во Франции, сравнивались по уровню качества жизни на основе общего среднего балла, суммарных баллов по двум разделам отдельно и семи средних баллов по второму разделу. Для проверки внутренней согласованности рассчитывались показатели валидности по шкале Кронбаха. Качество жизни гражданских медработников также оказалось выше, по сравнению с военными ($p<0,05$), несмотря на факт, что заработная плата военных медработников существенно выше, чем у гражданских [6].

Значительные различия между качеством жизни военных и гражданских медицинских работников по таким показателям как "общее самочувствие", "удовлетворенность работой и карьерой", а также условиями труда было обнаружено в исследовании из Великобритании. В условиях современной гражданской медицинской помощи, ориентированной на повышение безопасности, улучшение терапевтических результатов и качества жизни пациентов, военные медработники могут столкнуться с множеством проблем [7].

Исследователями из Таиланда было обнаружено, что военные медработники могут столкнуться с эмоциональной реакцией пациентов, раненых в военных условиях. Соответственно, им придется оказывать непосредственную помощь пациентам под

руководством врача, а также содействовать обмену информацией и советами между пациентами и другими медицинскими работниками. Значительный стресс, испытываемый военными, может поставить под угрозу не только их физическое и психическое здоровье, но и здоровье врачей, а также безопасность пациентов [8].

Военные невропатологи из Индии, работавшие менее 44 часов в неделю, демонстрировали более высокий уровень качества жизни, по сравнению с гражданскими. Были обнаружены существенные различия относительно точного количества отработанных часов в неделю между двумя группами в пользу гражданского населения. Среди группы гражданских представителей, работавших более 44 часов в неделю, наблюдались более высокие баллы по каждому вопросу анкеты о качестве жизни, на которые военные медработники ответили в основном "не согласен" и "нейтрально" ($p < 0,05$). Данная тенденция связана с тем фактом, что при увеличении количества сверхурочных часов возрастает общий ежемесячный доход. Проведя корреляцию, исследователи выявили, что данный показатель положительно коррелировал с общим показателем качества жизни ($p < 0,01$) [9].

Различия в качестве жизни в зависимости от управленческого статуса также были обнаружены между данными двумя группами в одном из американских исследований. Гражданские медицинские работники оценили себя выше, чем их коллеги, работающие на военной службе, несмотря на то, что заработная плата военных работников санитарно-эпидемиологического центра была выше ($p < 0,05$) [10].

Военные американские медработники моложе 30 лет и старше 40 лет показали значительно более низкий уровень показателя качества жизни, чем их гражданские коллеги. Среди женщин-гражданок были выявлены более высокие показатели, чем у женщин-военных, однако значимых различий в этом отношении между группами мужчин не обнаружено [11].

Выводы. Несмотря на упомянутые ограничения и недостатки, результаты дают представление о связи между работой в военных/гражданских условиях и показателями качества жизни военных/гражданских врачей, медсестер и санитаров.

Улучшение компонентов трудоспособности позволит повысить качество трудовой жизни сотрудников и производительность военно-медицинской организации в целом. Например, хорошее общее самочувствие персонала, удовлетворенность работой, контроль над работой, подходящие условия труда, хорошая зарплата, соответствующая рабочая среда и хорошая организационная политика могут привести к высокому уровню качества жизни.

В будущих исследованиях необходимо уточнить влияние дополнительных факторов на усталость от сострадания у военных медицинских работников, находящихся в боевой командировке, включая демографические характеристики, специализацию медицинского работника, программы подготовки к стрессоустойчивости, заработной платы, а также назначение в санитарно-эпидемиологические центры специального назначения. Ответы на эти вопросы помогут гражданским и военным лицам, принимающим решения, разработать программы поддержки и обучения медработников, а также структуры распределения персонала, чтобы оптимизировать качество жизни медработников в долгосрочной перспективе.

Список использованной литературы:

1. Lee K.Y. Quality of Life Among Nurses in Primary Healthcare Clinics in the Health District of Petaling, Selangor // *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*. – 2018. – Vol. 5, PP. 57-67. DOI: 10.32827/ijphcs.5.5.57.

2. Chui M.A., Look K.A., Mott D.A. The association of subjective workload dimensions on quality of care and pharmacist quality of work life // *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*. – 2014. – Vol. 10(2), PP. 328–340. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.05.007>

3. Falco A., Girardi D., Marcuzzo G., De Carlo A., Bartolucci G. B. Work stress and negative affectivity: a multi-method study // Occupational medicine (Oxford, England). – 2013. – Vol. 63(5), PP. 341–347. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt054>
4. Liekweg A., Westfeld M., Jaehde U. From oncology pharmacy to pharmaceutical care: New contributions to multidisciplinary cancer care // Supportive Care in Cancer. - 2004. – Vol. 12(2), PP. 73–79. doi: 10.1007/s00520-003-0539-4.
5. Schafheutle E.I., Seston E.M., and Hassell K. Factors influencing pharmacist performance: A review of the peer-reviewed literature // Health Policy (Amsterdam, Netherlands). – 2011. – Vol.102 (2–3), PP. 178–192. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.06.004.
6. Martel J.-P., and Dupuis G. Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument // Social Indicators Research. – 2006. - Vol. 77(2), PP. 333–368. doi: 10.1007/s11205-004-5368-4.
7. Seston E., and Hassell K. British pharmacists' work-life balance - is it a problem? // The International Journal of Pharmacy Practice. – 2014. – Vol. 22(2), PP. 135–145. doi: 10.1111/ijpp.12040.
8. Sirisawasd P.N., Chaiear N., Johns P., Khiewyoo J. Validation of the Thai version of a work-related quality of life scale in the nursing profession // Safety and Health at Work. - 2014. – Vol. 5(2), PP. 80–85. doi: 10.1016/j.shaw.2014.02.002.
9. Rejeesh M.R. Interest point-based face recognition using adaptive neuro-fuzzy inference system // Multimedia Tools and Applications. - 2019. – Vol 78(16). PP. 22691–22710.
10. Rahim H., Shah B. Pharmacy students' perceptions and emotional responses to aggressive incidents in pharmacy practice // American Journal of Pharmaceutical Education. – 2010. – Vol. 74(4), PP. 61. DOI: 10.5688/aj740461.
11. Mott D.A., Doucette W.R., Gaither C.A., Pedersen C.A., Schommer J.C. Pharmacists' attitudes toward work life: Results from a national survey of pharmacists // Journal of the American Pharmacists Association. - 2004. – Vol. 44(3). – PP. 326–336. doi: 10.1331/154434504323063968.

ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ НА УРОВНЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА И ПОЛИКЛИНИКИ

Жаримбетова А.Ж., Рыскулова А.Р.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Актуальность темы: Реабилитация пациентов - одна из наиболее актуальных и сложных задач в области медицины, здравоохранения и социальной помощи. Основная цель этих мероприятий заключается в интеграции пациентов в общество с достижением возможной социальной и экономической самостоятельности. Объем, интенсивность и продолжительность реабилитационных программ зависят от характеристик конкретного заболевания, особенностей его течения в каждом отдельном случае, степени тяжести последствий, уровня инвалидности, личностных особенностей пациента, а также степени его психологической травмы и социальной дезадаптации. Такое многообразие последствий заболевания подразумевает создание специализированных реабилитационных служб, адаптированных к определенным патологиям, стадиям заболевания и социально-психологическим, социально-бытовым и социально-трудовым задачам, которые определяются исходя из возможностей пациента и требований общества [1]. С увеличением возраста населения все больше людей страдает от заболеваний

межпозвоночных дисков. Эти заболевания являются основной причиной появления болей в пояснице и возникновения инвалидности [2]. Дегенерация межпозвоночного диска — это прогрессивное состояние межпозвоночного диска, которое сопровождается различными признаками и симптомами, включая поясничную боль, грыжу диска и стеноз позвоночного канала. Эти симптомы имеют серьезное влияние на качество жизни пациентов и вызывают значительные социальные и экономические издержки [3].

Боль в пояснице (БВП) является одним из наиболее распространенных жалоб по всему миру. Примерно 80% населения сталкивается с этой проблемой хотя бы один раз в жизни. Данное заболевание является широко распространенным и может привести к инвалидности. В США только расходы на его лечение превышают 100 миллиардов долларов ежегодно. Среди многих возможных диагнозов БВП наиболее частыми являются дегенеративная болезнь дисков и грыжа поясничного отдела диска [4].

Боль в пояснице, распространяющаяся в ногу может быть вызвана грыжей межпозвоночного диска, которая оказывает давление на нервный корешок. Большинство пациентов успешно реагирует на консервативное лечение, однако у некоторых тщательно отобранных пациентов хирургическая дискэктомия может предложить быстрое облегчение симптомов [5].

Цель исследования: Изучить уровень организации оказания реабилитационной помощи пациентам, перенесшим операцию на позвоночнике (поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов) на амбулаторных и стационарных уровнях.

Материалы и методы исследования: Стратегия поиска. Были изучены статьи, находящиеся в открытом доступе, с использованием следующих баз данных научных публикаций и специализированных поисковых систем глубиной за последние 15 лет: PubMed, Wiley, Scopus, Web of Science, Google Scholar.

Результаты исследования: Заболевания позвоночника представляют собой одну из самых инвалидизирующих и дорогостоящих проблем здоровья. Информация говорит о том, что каждый третий взрослый человек может страдать от хронической боли в позвоночнике. В Соединенных Штатах лечение позвоночника оценивается в 134,5 миллиарда долларов ежегодно, что включает в себя расходы на лечение и потерянных рабочих дней. Хирургическое лечение распространенных заболеваний позвоночника, таких как стеноз поясничного отдела позвоночника, может сопровождаться побочными эффектами и осложнениями в 10-24% случаев [6]. Боль в пояснице является распространенной жалобой в Австралии и других развитых странах. Боль в пояснице определяется как любая боль в спине между реберным краем и ягодичной складкой из любой причины. Ее распространенность составляет от 15% до 30% населения, от 50% населения испытывает боль в пояснице в течение года, а распространенность в течение жизни составляет от 60% до 80% [7]. Боль часто становится серьезным препятствием для успешной реабилитации как до, так и после операции. Независимо от наличия неврологических и онкологических проблем, пациентам с механической нестабильностью позвоночника и болями рекомендуется рассмотреть хирургическое вмешательство как первичный метод лечения. Невозможно успешно реабилитировать пациента, который испытывает сильную боль, связанную с движением, или у кого есть риск прогрессирования неврологического дефицита из-за нестабильного перелома позвоночника. Другие факторы боли, такие как послеоперационные, корешковые или скелетно-мышечные, могут значительно ухудшить возможности пациента для реабилитации и продолжения нормальной жизнедеятельности [8]. Существуют все больше исследований, которые демонстрируют связь между физическими и психологическими факторами и важными клиническими и экономическими результатами после операций на позвоночнике. Физические ограничения и психологический стресс имеют негативное влияние на восстановление пациентов как по отдельности, так и в комбинации, что приводит к значительному разнообразию хирургических результатов при обычных заболеваниях позвоночника. Также было установлено, что страх перед

движением связан с интенсивной болью и высокой степенью инвалидности до операции, что в свою очередь связано с плохими результатами через год после проведения хирургической процедуры. Выполненный недавно ретроспективный анализ по претензиям показал, что общая тенденция в получении медицинской помощи включает преимущественно назначение опиоидных препаратов, в то время как физиотерапевтические процедуры и упражнения редко используются в качестве направлений лечения [6]. С использованием Unified Data System (UDS), были получены демографические и функциональные данные пациентов, которые переведены в стационарное реабилитационное учреждение после проведения операции по спондилодезу в период с 2013 по 2016 годы. Результаты были представлены в виде среднего значения \pm стандартного отклонения. В данном исследовании было включено 47 случаев, из них 22 мужчины и 25 женщин. Были проанализированы показатели шкалы функциональной независимости (FIM) при поступлении и выписке, а также эффективность FIM (изменение общего балла FIM и фактическая продолжительность пребывания). По результатам исследования было выявлено, что 58% пациентов, находившихся на непрерывном пребывании, были выписаны домой с улучшением по всем показателям FIM. Полученные данные в этом ретроспективном исследовании говорят о том, что программа стационарной реабилитации является эффективным средством для улучшения показателей функциональной независимости и увеличения частоты выписки пациентов домой или в сообщество [9], подобные выводы исследователей диктуют необходимость рассматривать все этапы медицинской реабилитации, обеспечивающие минимизацию осложнений и максимальное восстановление пациента.

Выводы: Эти обстоятельства и определяют актуальность настоящего исследования по изучению вопросов организации оказания реабилитационной помощи пациентам после операции на позвоночнике на уровне специализированного отделения стационара и поликлиники, для осуществления анализа деятельности, преемственности этапов реабилитации с выявлением нерешенных вопросов обеспечения доступности помощи для населения, а также оценки уровня информированности медицинского персонала в вопросах применения и назначения реабилитационных мероприятий пациентам после операции на позвоночнике.

Список литературы:

1. А.Б. СЕЙДАНОВА¹, Д.К. АБИЛЬДИНОВА¹, Р.Т. БАЙТУГАНОВ¹, А.С. ЖОЛДАСБЕКОВА² УДК 616. 8 - 036.83 Вестник КазНМУ 3-2016
2. Pang Hung Wu 1 2, Hyeun Sung Kim 1, Il-Tae Jang 1 Int J Mol Sci . 2020 Mar 20;21(6):2135. doi: 10.3390/ijms21062135. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32244936/>
3. Jingguo Xin 1 Orthop Surg. 2022 Jul;14(7):1271-1280. doi: 10.1111/os.13254. Epub 2022 Apr 29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35486489/>
4. Mustafa I. Al Qaraghli 1, Orlando De Jesus 2 In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. 2023 Aug 14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809713/>
5. Daniëlle AWM van der Windt Authors' declarations of interest Version published: 17 February 2010 Version history <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007431.pub2/full?highlight=Abstract=herniat%7Cdisk%7Cdisc%7Cherniation>
6. Предварительная реабилитация перед операцией на позвоночник: обзорная статья. Джеймс Э. Юбэнкс, доктор медицинских наук, MS, Кристиан Карлессо PT, MS, Минакши Сундарам PT, MS, Джеронимо Бехарано, Роб Джем Смитс, доктор медицинских наук, доктор философии, Ричард Сколаски, доктор медицинских наук, Мария Ванушкина, Роуз Тернер MLIS, Майкл Дж. Шнайдер, округ Колумбия, доктор философии PM&R Том 15, Выпуск 10. 2 февраля 2023 г. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmrj.12956>
7. Результаты операций на позвоночнике в когорте компенсаций работникам Ян А. Харрис, Нанду Дантанараяна, Жюстин М. Нейлор Журнал ANZ Операция Том 82, выпуск 9 7 августа 2012 г. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1445-2197.2012.06152.x>

8. Барьеры для реабилитации после нейрохирургической операции на позвоночник больных раком. Майкл Д. Стаблфилд, доктор медицинских наук, Марк Х. Бильски, доктор медицинских наук. Журнал Хирургический Онкология Том 95, Выпуск 5. 7 марта 2007 г. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jso.20783>

9. Эффективность стационарной реабилитации в улучшении функциональных результатов после операции спондилодеза. Эфраин Дж. Перес-Браво, доктор медицинских наук, Нихил Верма, Амарин Сурияхамхенгвонгсе, доктор медицинских наук, Суати Срикумар, доктор медицинских наук, Тодд Р. Лефковиц, доктор медицинских наук. 19 сентября 2017 г. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.pmrj.2017.08.424>

МЕКТЕПТІҢ ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ОҚУШЫ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ТИГІЗЕР ӘСЕРІ

Сарсенбаева М.З¹., Әсет Ф¹., Рыскулова А.Р¹., Балтамуратова К.А².

¹"ҚДСЖМ" Қазақстан Медицина Университеті, Алматы қ., Қазақстан

²С.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті, Алматы, Қазақстан

Өзектілігі: Бүгінгі таңда оқушы денсаулығына едәуір әсерін тигізетін факторлардың біріне мектептің гигиеналық жағдайы және оқу процесінің гигиеналық талаптарға сай болуы екені белгілі. Осыған орай оқу орнының гигиеналық талаптарға сай болуы мәселесі әлі де болса да өз өзектілігін жоғалтқан жоқ.

Мақсаты. Мектептің гигиеналық жағдайының оқушы денсаулығына тигізетін әсерін әдебиет көздері бойынша шолу жасау.

Материалдар мен әдістер. Іздеу стратегиясы ғылыми мақалалардың әртүрлі ресурстық базаларын пайдалануды қамтиды: Scopus, Google, Scholar, PubMed, Medlain.

Нәтиже. Мектеп оқушыларының денсаулығы экологиялық, әлеуметтік-гигиеналық, медициналық-биологиялық және медициналық-ұйымдастырушылық факторлардың күрделі жиынтығының әсерінен қалыптасады. Мамандардың айтуынша мектеп жасындағы балалардың денсаулығын нашарлататын жағымсыз әсерлердің 20-40% дейінгі білім беру мекемелерінің гигиеналық жағдайына байланысты. Оқу процесін гигиеналық тұрғыдан дұрыс ұйымдастыру (оқу жүктемесінің көлемі, оқу күнінің ұзақтығы, оқу аптасы, сабақты ұйымдастыру, сабақ оқу кестесі т.б.) айтарлықтай үлес қосады [1,2]. Балалар мен жасөспірімдер үнемі өсу мен даму процесінде болатындығы белгілі. Бұл процесті бұзу денсаулық жағдайындағы елеулі ауытқуларға әкелуі мүмкін [3]. Оқушылардың денсаулығын сақтау және денсаулық мәдениетін қалыптастырудың білім беру ортасы – бұл балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын сақтау және нығайту, сондай-ақ олардың бойында денсаулық мәдениетін қалыптастыру мақсатында мектептің оқу-тәрбие қызметі субъектілерінің тиісті өзара әрекеттесуін қамтамасыз ететін өзара байланысты жағдайлар кешені [4].

Білім беру ұйымдарының санитарлық-гигиеналық жағдайын оқушылардың денсаулығымен байланыстыратын интегралды көрсеткіші санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық деңгейі (СЭС) болып табылады [4]. Осы деңгейдің нашарлығы мектеп жасындағы балалардың соматикалық патологиясының бір себебі болып табылады. Осыған мысал ретінде соңғы 10 жылда оқушылар арасында тірек-қозғалыс аппаратының аурулары, көз және оның қосалқылары, тыныс алу жүйесі аурулары бірінші орындарды иелетіндігі бір қатар ғалымдардың еңбектерінде дәлелденді [5].

М.А. Позднякованың (2017) мәліметтеріне сай антропометриялық скрининг нәтижелері бойынша қауіп факторларының топтарында қазіргі мектеп оқушыларының

тәуекел факторының бақылау кезеңінде айтарлықтай төмендегенін көрсетті. Айта өтер жағдай, дамуында кемістігі бар мектеп оқушыларының үлесінің өсуін. Алынған нәтижелер әртүрлі жастағы және жыныс топтарындағы балалардың денсаулық жағдайындағы ерте ауытқуларды анықтау және профилактикалық, сауықтыру және оңалту шараларын әзірлеу мақсатында балалардың жүйелі профилактикалық тексерулер жүргізу қажеттілігін растайды [6,7].

Ғылыми зерттеулер білім беру қызметінің жалпы орта білім беру кезеңінде балалардың денсаулығын анықтайтын тұрақты, жүйелі және ұзақ мерзімді қауіп факторы болып табылатынын дәлелдеді. Жалпы орта білім беру ұйымдарында (ЖОББ) гигиеналық талаптардың ең аз бұзылуының өзі оқудың кезеңінде сағат сайын және күн сайын жиналып қалуға бейім [8,9].

Орыс психологиясының негізін салушы Л.С.Выготский былай деп жазған: «Баланың зейінінің тарихы – оның мінез-құлқын ұйымдастыру тарихы» деп. Осыған байланысты, ең алдымен оның физикалық, физиологиялық және психикалық денсаулығын болжайтын баланың жеке басының қалыптасуына әсер ететін әдістерді іздестіру, өзекті мәселе болып отыр. Өмір бойы дене қарапайым жағдайлардан экстремалды жағдайларға дейін әртүрлі әсерлерге ұшырайтынын түсіну маңызды. Ағзаның қоршаған ортамен әрекеттесуі бейімделудің бір түрі болып табылады. Үздіксіз өзгертін орта тіршілікті қамтамасыз ету жүйесінің әртүрлі деңгейлеріндегі бейімделу процестерінің динамизмін, пластикасын және жан-жақтығын анықтайды. Сонымен бірге, әрбір бейімделу реакциясының белгілі бір «шығын» болады, оны организм заттар, энергия және әртүрлі қорларды, соның ішінде қорғаныс құралдарын жұмсау арқылы жүзеге асырады [10,11].

Балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын қорғаудың маңызды факторы оқытудың қауіпсіз және оңтайлы жағдайларын қамтамасыз ету болып табылады. Орыстың ұлы ғалымы және хирургы Н.И.Пироговтың «Болашақ профилактикалық медицинада» деген сөзі белгілі, бұл дегеніміз ауырып ем іздегенше, оның алдын алудың маңызын түсіндеріді [12].

Өз кезегінде өскелең ұрпаққа әсер ететін жетекші факторлардың бірі – экологиялық фактор. 7-17 жас аралығындағы балалардың көп уақытын мектепте өткізетін ескерсек, білім беру ұйымдарының санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығын қамтамасыз ету қажет екені анық [13,14].

Экологиялық жағдайдың шиеленісуі, әлеуметтік-экономикалық өзгерістер, демографиялық жағдайдың нашарлауы аясында физикалық дамуы нашар, тыныс алу жолдарының созылмалы және қайталанатын аурулары бар балалар санының өсуі байқалады [15,16,17,18].

Сонымен қатар, Covid-19 пандемиясымен байланысты дүние жүзіндегі күрделі эпидемиологиялық жағдай өмірді қамтамасыз ету жүйесінің әртүрлі деңгейлерінде денсаулық жағдайының ауытқуына әкелетін балалар арасындағы аурушандықтың артуына қосымша себепке айналуға [19,20,21,22,23,24,25].

Бұл жағдайда тағы бір мәселе баланың мінез-құлқының бұзылуы болып табылады: қозғалтқыш белсенділігінің төмендеуі, зейіннің төмендеуі, ұйқының және сергектіктің өзгеруі, бұл көбінесе теледидарды, әлеуметтік желілерді қарауға және компьютерлік ойындарға шамадан тыс құмарлықтың артуына байланысты [26].

Әлемнің көптеген елдерінде өскелең ұрпақтың денсаулық жағдайындағы жиі кездесетін ауытқулардың бірі – артық салмақ. Бұл мәселені шешуде тиімділікке америкалық сарапшылар Loureiro, M. I. G. және N. Engaging (2012) пікірінше, денсаулық сақтау мекемелері мен қоғамның басқа да салалары арасында белсенді өзара іс-қимылды ұйымдастыру арқылы балалардың денсаулығын сақтау және нығайту жөніндегі жұмыстың кешенді тәсілін жүзеге асыру арқылы ғана қол жеткізуге болады [27].

Отырықшы өмір салтының алдын алу және адамдардың, әсіресе балалар арасында жұкпалы емес аурулардың дамуы ДДСҰ-ның «Салуатты қалалар» бағдарламасын іске асыру шеңберінде әртүрлі ведомстволық бағынысты мекемелердің («Денсаулықты

нығайту мектептері», «Денсаулықты нығайту жұмыс орындары») желілік өзара іс-қимылы негізінде жүзеге асырылады және денсаулық сақтау ұйымдарының маңызды міндеттерін анықтау және шешуге бағытталған:

1. Әртүрлі қалалық аймақтардағы жергілікті атқарушы билік органдары;

2. Азаматтардың өздерінің белсенді қатысуы арқылы халықтың салуатты өмір салтын қалыптастыру үшін әлеуметтік институттардың қорлары мен мүмкіндіктерін кеңейтуге жәрдемдему.

Жұқпалы емес аурулардың тиімді алдын алу стратегияларын әзірлеу кезінде зерттеушілер денсаулық сақтау жүйесіне қатысы жоқ әртүрлі әлеуметтік институттар арасында серіктестік орнатуға назар аударады [28].

Қорытынды. Білім беру ұйымдарының гигиеналық жағдайы (оқу жүктемесінің көлемі, оқу күнінің ұзақтығы, оқу аптасы, сабақты ұйыдастыру, сабақ оқу кестесі т.б.), қозғалтқыш белсенділігінің және зейіннің төмендеуі, ұйқының және сергектіктің өзгеруі, оқушы денсаулығына тигізетін факторлар екені белгілі. Осы аталған жағдайлардың гигиеналық көрсеткіштерге сай болмауы оқушының денсаулық деңгейіне тікелей әсер етеді. Осы тұста аталған мәселені толығырақ зерттеу қажеттілігінің маңызы зор.

Әдебиеттер:

1. Гигиеническая оценка учебного процесса в школах с различными образовательными программами / С.Л. Валина, И.Е. Штина, Л.В. Ошева, О.Ю. Устинова, Д.А. Эйфельд // Гигиена и санитария. – 2019. – № 98 (2). – С. 166–170.

2. Суворова А.В., Якубова И.Ш., Мельцер А.В. Санитарно-гигиеническое обеспечение режима дня, учебно-воспитательного процесса в общеобразовательных организациях // Профилактическая и клиническая медицина. – 2017. – № 1 (62). – С. 12–19.

3. Скоблина Н.А., Кучма В.Р., Милушкина О.Ю., Бокарева Н.А. Современные тенденции физического развития детей и подростков // Здоровье населения и среда обитания. 2013. 8(245). С. 9–12.

4. Кучма В.Р., Степанова М.И., Александрова И.Э., Шумкова Т.В., Седова А.С., Звезда И.В., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г. Новый методический подход к гигиенической оценке условий обучения и воспитания детей в образовательных организациях // Гигиена и санитария. 2014. № 4. С. 110-115.

5. Суворова А.В. Динамика показателей состояния здоровья детей и подростков Санкт-Петербурга за 20-летний период / А.В. Суворова, И.Ш. Якубова, Т.С. Чернякина // Гигиена и санитария. 2017. № 96 (4). С. 332–338.

6. Леонова, О. А. Понятие «образовательное пространство» и его региональная интерпретация / О. А. Леонова. – Текст : непосредственный // Педагогика. – 2008. – № 6. – С. 36–41.

7. Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения. Сборник научных трудов. Выпуск 4. Под общей редакцией д. м. н., проф. М.А. Поздняковой. – Н. Новгород: Изд-во «Ремедиум Приволжье», 2017. – 279 с.

8. Кучма, В.Р. Вызовы XXI века: Гигиеническая безопасность детей в изменяющейся среде (Часть I) / В.Р. Кучма // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. — 2016. — № 3. — С. 4–22.

9. Кучма, В.Р. Вызовы XXI века: Гигиеническая безопасность детей в изменяющейся среде (Часть II) / В.Р. Кучма // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. — 2016. — № 4. — С. 4–24.

10. Фишер, Т.А. Методология закаливания в дошкольном образовательном учреждении / Т.А. Фишер, Е.Л. Дремина, С.С. Бобрешова ; отв. ред. Т.А. Фишер ; Рос. акад. наук, Сиб. отд-ние, ФИЦ Тюменский научный центр. – Новосибирск : СО РАН, 2022. – 100 с.

11. Санкт-Петербург'2016. Краткий статистический сборник / ПетроSTAT. 2017. 102 с. Available at: http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/resources/3ad43e804156fc278c4e8da3e1dde74c/SPb2017.pdf (дата обращения: 05.06.2017).
12. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю. Профилактическая педиатрия – новые вызовы // Вопросы современной педиатрии. 2012. 11. 2. С. 7-10.
13. Гаврюшин М.Ю., Сазонова О.В., Бородина Л.М. Зависимость нарушения физического развития детей от полноценности школьного питания // Вопросы детской диетологии. 2016. Т. 14. №6. С. 13-17. DOI: 10.20953/1727-5784-2016-6-13-17.
14. Березин И.И., Гаврюшин М.Ю. Сравнительный анализ антропометрических показателей физического развития школьников городов Самара и Пенза // Наука и инновации в медицине. 2016. №1. С. 25-30.
15. Аромафитобальнеотерапия в лечении и профилактике частых респираторных инфекций у детей с хроническими и инвалидизирующими болезнями / О.М. Конова, Е.Г. Дмитриенко, Т.Г. Дмитриенко и др. // Педиатрическая фармакология. – 2016. – Т. 13, № 5. – С. 482–487.
16. Баранов А.А. Состояние здоровья детей России. Приоритеты его сохранения и укрепления / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Казан. мед. журн. – 2018. – Т. 99, № 4. – С. 698–705.
17. Ванина В.А. Принципы оздоровления часто болеющих детей (краткий обзор литературы) / В.А. Ванина // Вестн. новых мед. технологий [Электронное издание]. – 2017. – Т. 11, № 1. – С. 241–244.
18. Abrams E.M. Managing asthma during Coronavirus disease-2019: An example for other chronic conditions in children and adolescents / E.M. Abrams, S.J. Szeler // J. Pediatr. – 2020. – N 222. – P. 221–226. – DOI: 10.1016/j.jpeds.2020.04.049.
19. Первые результаты наблюдения за детьми, переболевшими COVID-19 в Москве / Д.С. Русинова, Е.Л. Никонов, Л.С. Намазова-Баранова и др. // Педиатрическая фармакология. – 2020. – № 17 (2). – С. 95–102. – DOI: 10.15690/pf.v17i2.2095.
20. Are children less susceptible to COVID-19? / P.I. Lee, Y.L. Hu, P.Y. Chen et al. // J. Microbiol. Immunol. Infect. – 2020. – N 53 (3). – P. 371–372. – <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.02.011>.
21. Green P. Risks to children and young people during Covid-19 pandemic / P. Green // BMJ. – 2020. – N 369:m1669. – DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1669>.
22. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak / G. Wang, Y. Zhang, J. Zhao et al. // Lancet. – 2020. – N 395 (10228). – P. 945–947.
23. Tezer H. Novel coronavirus disease (COVID-19) in children / H. Tezer, T. Bedir Demirdağ // Turk. J. Med. Sci. – 2020. – N 50 (SI-1). – P. 592–603.
24. The psychophysical impact that COVID-19 has on children must not be underestimated / L.D. Carbonare, L.L.D. Pecoraro, G. Franceschi et al. // Acta Paediatrica. – 2020. – V. 109, I. 8. – P. 1679–1680. – <https://doi.org/10.1111/apa.15347>.
25. Why is COVID-19 so mild in children? / P. Brodin // Acta Paediatrica. – 2020. – V. 109, I. 6. – P. 1082–1083.
26. Чутко Л.С. Типы нарушений внимания у детей и связанные с ними расстройства поведения / Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 2. – С. 120–124.
27. Loureiro, M. I. G., N. Engaging municipalities in community capacity building for childhood obesity control in urban settings / M. I. G. Loureiro, N. Freudenberg. – Текст : непосредственный // Family Practice. – 2012. – Volume 29, Issue SUPPL. – P. 24–30.
28. Coppola, L. 2015-2018 Regional prevention plan of Lombardy (Northern Italy) and sedentary prevention : Across-sectional strategy to develop evidence-based programmes / L. Coppola, E. Ripamonti, D. Cereda, G. Gelmi, L. Pirrone, A. Rebecchi. – Текст : непосредственный // Epidemiologia e Prevenzione. – 2016. – Volume 40, Issue 3-4. – P. 243–248.

КӘДІМГІ ШАШЫРАТҚЫ ТАМЫРЛАРЫНДАҒЫ (CICHORIUM INTYBUS L) БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫ АНЫҚТАУ

Ақбердиева Ұ.Е., Әбілова А.А., Орынбасарова К.К.

«Оңтүстік Қазақстан Медициналық Академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан

Тақырыптың өзектілігі. Соңғы жылдары зерттеушілердің үлкен назары дәрілік және емдеу-профилактикалық мақсатта қолданылатын дәрілік өсімдіктерді зерттеуге аударылып отыр. Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында фармацевтика ғылымының өзекті міндеттерінің бірі импортты алмастыратын дәрілік заттарды, оның ішінде Өсімдік шикізатынан жасалған дәрілік препараттарды жасау және енгізу болып табылады. Бәсекеге қабілетті импортты алмастыратын дәрілік заттарды құру және енгізу, бір жағынан, Қазақстан Республикасының 2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық" денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламаларын және Қазақстан Республикасының 25.12.2014 ж.по 984 үдемелі индустриялық - инновациялық даму жөніндегі мемлекеттік бағдарламаны (өзгерістермен және толықтырулармен) табысты іске асыруға ықпал етеді, ал екінші жағынан, елдің қауіпсіздігін қамтамасыз етуге мүмкіндік береді. Қазақстан Республикасының фармацевтика өнеркәсібін дамыту үшін ең қауіпсіз және қолжетімді отандық шикізат дәстүрлі медицинада ғасырлар бойы пайдаланылып келе жатқан дәрілік өсімдіктердің орасан зор қоры бар елдің бай флорасы болып табылады [1].

Осыған байланысты дәрілік өсімдік шикізаты ерекше қызығушылық тудырып отқан өсімдіктің бірі - кәдімгі цикорий (*Cichorium Intybus L.*). Оның қызығушылық тудыру себебі, биологиялық белсенді заттардың жоғары болуына байланысты. Атап айтқанда, кәдімгі цикорийдің (*Cichorium Intybus L.*) тамырларында инулин, полисахарид, иілік заттар, флавоноидтар, сапониндер, кумариндер бар [2]. Кәдімгі шашыратқы (*Cichorium Intybus L.*) диабетке қарсы, холеретикалық, антиоксидант, микробқа қарсы, қабынуға қарсы фитопрепараттардың құнды көзі болып табылады және оны тереңірек зерттеу жақын арада терапевтік әсердің кең спектрі бар жаңа препаратты жасауға мүмкіндік береді [3].

Зерттеудің мақсаты: Кәдімгі шашыратқы (*Cichorium Intybus L.*) тамырлары құрамындағы құрамындағы биологиялық белсенді заттарды фитохимиялық (сапалық және сандық анықтау).

Зерттеудің міндеті:

1. Кәдімгі шашыратқы тамырларындағы биологиялық белсенді заттардың анықтау.
2. Кәдімгі шашыратқы тамырларындағы иілік заттардың мөлшерін перманганатометрия әдісімен анықтау.

Зерттеу материалы мен әдістері. Зерттеу объектісі - Кәдімгі шашыратқы (*Cichorium Intybus L.*) тамырлары болып табылады. Зерттеуге қажетті шикізат үлгілері Түркістан облысы Төлеби ауданының Қасқасу ауылында гүлдеу кезеңінде жиналды. Зерттеу үшін дәрілік өсімдік шикізаты ретінде тамырлары алынды.

Дәрілік өсімдік шикізатының биологиялық белсенді заттарын анықтау ҚР МФ көрсетілген әдістер бойынша жүргізілді. Кәдімгі шашыратқы тамырларын сапалық талдау жалпы топтық реактивтердің көмегімен жүргізілді [4]. Иілік заттар мөлшерін анықтау перманганатометрия әдісімен анықталды [5].

Зерттеу нәтижелері. Зерттеліп отырған объектілерге фитохимиялық зерттеулер жүргізу үшін сығындылар келесі әдістермен алынды: 70% спирт ерітіндісі флавоноидтар мен иілік заттарды анықтау үшін, 40% кумариндерді анықтау үшін және полисахаридтерді анықтау үшін, тазартылған су сапониндерді анықтау үшін қолданылды.

Зерттеу нәтижелері 1-кестеде көрсетілген. Көрсетілген нәтижелер бойынша Кәдімгі Шашыратқы сулы сығындысы арқылы сапониндер анықталды. Сапониндерге идентификация жасау мақсатында хлор қышқылымен және натрий гидроксидімен

қосымша реакция жасалып, құрамында тритерпенді сапониндер бар екендігі анықталды. Сонымен қатар, флавоноидтар, полисахаридтер, кумариндер, иілік заттарға жасалған реакциялардың нәтижесі де құрамында аталған биологиялық қосылыстардың бар екендігін көрсетті.

Кесте 1. Негізгі ББЗ идентификациялау үшін жүргізілген реакция нәтижелері

Реактивтер	Сығынды		
	40% спирт	70% спирт	Тазартылған су
Флавоноидтар			
5% алюминий хлориді ерітіндісімен	-	Ашық сары түс	-
Аммиак ерітіндісімен	-	Сары түс	-
Концентрлі күкірт қышқылы	-	Қызыл-қоңыр түс	-
Концентрлі хлорсутек қышқылы	-	-	-
Иілік заттар			
1% темір-аммоний ашудасы ерітіндісімен	-	-	Қара-жасыл бояу
Натрий нитрат кристалдары мен 0,1н хлорсутек қышқылы ерітіндісімен	-	-	-
Сапониндер			
Көбік тұзу реакциясы 0,1н хлорсутек қышқылы ерітіндісімен	-	Көбік түзілді	Тұрақты көбік түзілді
Көбік тұзу реакциясы 0,1н натрий гидроксиді ерітіндісімен	-	Көбік түзілді	Тұрақты көбік түзілді
1% қорғасын ацетаты	-	Тұнба түзілді	-
Кумариндер			
Драгендорф реактивімен	-	Қоңыр түс	-
Концентрлі күкірт қышқылы	-	-	-
Инулиндер			
Тимол ерітіндісі	-	-	Ұақыт өте күлгін түс
Шырыштар			
Қорғасын ацетаты	-	-	Тұнба түзілді

Иілік заттарды перманганатометриялық анықтау. Кәдімгі шашыратқы тамырының құрамындағы иілік заттардың сандық мөлшері ҚР МФ 1 томындағы 2.8.14. Дәрілік өсімдік шикізатынан таниндерді анықтау жалпы мақаласы бойынша перманганатометрия әдісімен анықталды.

Шамамен 2,0 г ұсақталған шикізатты конустық колбаға салып, 250мл ыстық су қосып, кері тоңазытқышпен 30мин бойы араластыра отырып, кайнатылды. Одан ары сүзіліп, сүзіндіге су және индигосульфокышқылы ерітіндісі қосылады. Және 0,02М калий

перманганаты ерітіндісімен алтын-сары түске дейін араластыра отырып титрленді. Параллель бақылау сынауы қатар жүргізілді.

Иілік заттардың құрамы (X) абсолютті құрғақ шикізаты пайызбен арнайы формула бойынша есептелді:

$$X = \frac{(V - V_1) \times 0.004157 \times 250 \times 100 \times 100}{m \times 25 \times (100 - W)}$$

№	Иілік заттардың сандық мөлшері, %	Метрологиялық сипаттама
1	0,39	96 n=5 Хорт=0,3 S ² =0,0001 3 S=0,0114
2	0,41	
3	0,40	
4	0,38	
5	0,40	

Шашыратқы тамырларындағы иілік заттардың мөлшері 0,396% құрады.

Қорытынды: Кәдімгі шашыратқы тамырларына фитохимиялық талдау жүргізу арқылы құрамындағы биологиялық белсенді заттары, олардың сандық мөлшері анықталды. Сапалық талдау жалпы топтық реактивтер көмегімен, мынадай биологиялық белсенді заттар бар екендігі анықталды: флавоноидтар, иілік заттар, полисахаридтер және сапониндер, кумариндер, инулиндер мен шырыш.

Кәдімгі шашыратқы тамырларының 70% сулы-спиртті сығындысынан иілік заттар перманганатометрия әдісі көмегімен анықталды. Нәтижесінде Кәдімгі шашыратқы тамырларында 0,396% иілік заттар бар екендігі анықталды. Және кәдімгі шашыратқы өсімдігіне ары қарай зерттеулер жүргізу маңыздылығын айқындайды.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Омарова Р.А. Датхаев У.М. Диссертация «Разработка состава в стандартизация мягких лекарственных форм на основе Цикория обыкновенного (*Cichorium Intybus L*)» / Алматы 2018г.

2. Айрапетян А.А., Манжесов В.И., Чурикова С.Ю: Перспективы использования цикория в технологии продуктов профилактического значения ,В сборнике. Инновационные технологии и технические средства для АПК. Материалы международной научнопрактической конференции молодых ученых и специалистов.

3. Мастыкина Е.С., Сапарклычева С.Е:Полезные свойства цикория обыкновенного (*Cichorium Intybus L.*),В книге.Ландшафтный дизайн и декоративное садоводство. сборник тезисов. 2020. С. 50-51.

4. Р.А.Музычкина, Д.Ю.Корулькин, Ж.А.Абилов. «Качественный и количественный анализ основных групп БАВ в лекарственном растительном сырье и фитопрепаратах» / Алматы 2004.

5. Государственная фармакопея Республики Казахстан. Т. 1 : монография / под ред. А.У. Тулегеновой ; 7. М-во здравоохранения РК. - 1-е изд. - Алматы : Жибек жолы, 2009. – 804с. - ISBN 978-601-7152-43-7

ПРОПОЛИС (PROPOLIS) ЭКСТРАКТЫМЕН ТІС ПАСТАСЫНЫҢ ҚҰРАМЫН, ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖӘНЕ САПАСЫН БАҒАЛАУДЫ ӘЗІРЛЕУ

Бақыт Р.Б.

Түйін. Тіс пасталары - күнделікті ауыз қуысын күтуге арналған өнімдер, олардың химиялық құрамы өндірушілердің бәсекелестігіне байланысты үнемі өзгеріп отырады. Дәрілік өсімдік экстракты негізінде зиянсыз, емдік және тазартқыш қасиетке ие тіс пастасын дайындау перспективті бағыт болып табылады. Ғылыми зерттеу жұмысы: прополис экстракты негізінде тіс пастасының оңтайлы құрамы мен технологиясын жасауға қажетті ингредиенттерді таңдау бойынша зерттеу материалдары берілген. Тіс пастасының оңтайлы құрамын анықтау үшін әртүрлі ингредиенттерден, түрлі модельдік үлгілер жасалды. Ауыз қуысына арналған тіс пастасының модельдік үлгілері оргонолептикалық, микробиологиялық, рН көрсеткіштері бойынша сапа спецификациясы жасалды.

Кіріспе. Тіс пастасы-бұл тазартуға, дезодорациялауға және тіс тініне қолайлы профилактикалық және емдік әсер етуге арналған күрделі көп компонентті жүйе. Тіс пастасы туралы алғашқы деректер біздің эрамыздың IV ғасырындағы Египет қолжазбасында кездеседі [1]. Тіс пастасы - ең көп қолданылатын және ең көп сатылатын стоматологиялық өнімдердің бірі. Соңғы 30 жылда тіс пастасы құрамында көптеген өзгерістер болды. Тіс пасталары құрамында көптеген ингредиенттер бар: абразивтер, ылғалдандырғыштар, консерванттар, қоюлатқыш немесе байланыстырғыштар, хош иістендіргіштер және емдік агенттер бар [2]. Құрамына қарай біз тіс пасталарының гигиеналық және емдік-профилактикалық деп 2 топқа бөлеміз. Гигиеналық тіс пасталары-емдік және профилактикалық қоспаларсыз. Олар тістерді жақсы тазартады және оларға жылтырақтық пен ақтық береді. Емдік-профилактикалық тіс пасталары күнделікті ауыз қуысын күтуге арналған әртүрлі биологиялық қоспалардан тұрады [3]. *Прополис* - өсімдіктер мен жануарлардан алынатын өнім. *Прополисті* аралар ағаш бүршіктерінен жинап, ферменттерімен түрлендіретін жабысқақ, шайырлы зат. Прополистің шығу тегі туралы пікірталастар көне заманнан бері жалғасып келеді. Прополис құрамында шайырлардан басқа химиялық қосылыстардың негізгі топтарына балауыздар, полифенолдар (фенол қышқылдары, флавоноидтар) және терпеноидтар жатады. Прополис құрамында микро- және макроэлементтер (Mn, Fe, Si, Mg, Zn, Se, Ca, K, Na, Cu) және B1, B2, B6, C және E дәрумендері кездеседі [4]. Прополис бірнеше мың жылдар бойы халықтық медицинада қолданылады. Прополистің антисептикалық, бактерияға қарсы, микотикалық, тұтқыр, спазмолитикалық, қабынуға қарсы, ауыруды басатын, антиоксидант, ісікке қарсы, зеңге қарсы, жараға қарсы, ісікке қарсы және иммуномодуляциялық әсерлері бар деп саналады [5].

Негізгі бөлім

Зерттеудің мақсаты: Прополис (Propolis) экстракты негізінде тіс пастасының құрамын әзірлеу және сапасын бағалау.

Зерттеу материалдары: Ауыз қуысына арналған тіс пастасының оңтайлы құрамын әзірлеу үшін прополис экстракты, ақ саз, каррагинан, глицерин, жалбыз майы, шай ағаш майы, тазартылған су қолданылды. Берілген ингредиенттер және көмекші заттар нормативті құжат талаптарына сай таңдалды.






Зерттеу әдістері: Зерттеу жұмысы С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті базасында Фармация мектебінің ғылыми-практикалық бақылау-аналитикалық зертханасында, симуляциялық орталықта жүргізілді.

Прополис (Propolis) экстрактымен тіс пастасының оңтайлы құрамын таңдау.

Стоматологиялық пастаның барлық үлгілеріне әсер етуші зат ретінде прополис сығындысы қосылды. Стоматологиялық пастаны құрайтын, пленка түзуші және қосымша заттар композицияға белгілі бір пішін мен сыртқы түр беруі қажет. Сонымен қатар тіс

пастасы белгілі бір талаптарға сай, микробқа қарсы әрекетті қамтамасыз етуі, тұрақтылығын сақтауы керек. Тәжірбиелік мақсатта стоматологиялық пастаның 5 модельдік үлгілері әзірленді (кесте 1).

Кесте 1-Үлгілерді дайындау технологиясы

<p>Үлгі №1</p>	<p>Үлгіде паста түзуші зат ретінде натрий карбонаты алынды.Көмекші зат ретінде агар-агар қолданылды.№1 үлгіге қорытынды жасайтын болсақ:№1 үлгіде паста түзуші зат ретінде натрий карбонаты алынған болатын.10 минуттан соң паста тез кеуіп,сынғыш қасиет көрсетті.№1 үлгі стоматологиялық тіс пастасына сай келмеді.</p>	
<p>Үлгі №2</p>	<p>Паста түзуші зат ретінде таған сорбент қолданылды.Және консервант ретінде ксантан шайыры алынды. №2 үлгі қорытындысы:Үлгіде паста түзуші зат ретінде таған сорбент алынды.Паста белгілі бір уақыт аралығында сарғыш түстен қоңыр түске ауысты.Паста сұйық,гель тәрізді өзіне тін иісі бар.</p>	
<p>Үлгі №3</p>	<p>Үлгіде паста түзуші зат ретінде коалин алынды.Консервант ретінде ксантан шайыры қолданылды. Дайын болған №3 қорытындысы:Паста түзуші зат ретінде ақ тағамдық саз алынды.Дайын болған тіс пастасы технологиялық талаптарға сәйкес келмеді.Паста сұйық,біраз уақыттан соң пастаның бетіне су мен май бөлініп шықты.</p>	
<p>Үлгі №4</p>	<p>Паста түзуші зат ретінде коалин қолданылды.Консервант ретінде ксантан шайыры және каррагинан алынды. Дайын болған №4 үлгінің қорытындысы:Паста өзіне тән иісі бар,қоймалжың масса түрінде алынды.</p>	
<p>Үлгі №5</p>	<p>Паста түзуші зат ретінде коалин алынды.Консервант ретінде каррагинан қолданылды. Дайын болған №5 үлгінің қорытындысы.Дайын болған паста белгілі бір талаптарға сәйкес,өзіне тін иісі бар,біртекті тұтқыр масса.</p>	

Ең оңтайлы құрам ретінде №5 үлгі тандалынды.Себебі каррагинан қоюлатқыш және тұрақтандырғыш ретінде қолданылады. Бұл тіс пастасына қажетті құрылым мен консистенцияны беруге көмектеседі, оны қолдануды және тиімді пайдалануды жеңілдетеді. Каррагинан тістер мен қызыл иекті қорғайды, бұл бактериялардың жабысып қалуын және бляшканың пайда болуына жол бермейді. Бұл ауыз қуысының гигиенасын жақсартуға және тіс жегі мен тіс ауруы қаупін азайтуға көмектеседі.Сонымен қатар ксантан шайыры қосылған тіс пастасына қарағанда Каррагинан қосылған тіс пастасының сақталу мерзімі тұрақты болды.

Прополис (Propolis) экстрактымен тіс пастасының сапа көрсеткіштерін анықтау.

Сыртқы түрі және консистенциясы	Бөгде қоспалары жоқ, біртекті масса
Түсі	Ашық сары
Иісі	Жағымды хош иісі бар
Дәмі	Өзіне тән жағымды дәмі бар
Микробиологиялық тазалық	Мезофильді аэробты және факультативті анаэробты микроорганизмдердің жалпы саны 1×10^2 аспады
pH ерітіндісі	6,3
Ауыр металдар саны	0,002 ден жоғары емес

Қорытынды: Осылайша, жүргізілген зерттеу нәтижесінде органолептикалық және физика-химиялық қасиеттерін анықтау нәтижелерін ескере отырып, ауыз қуысына арналған тіс пастасының құрамы және оңтайлы технологиясы жасалды: прополис экстракты, жалбыз майы, шай ағаш майы, каррагинан, коалин, глицерин, тазартылған су.

Әдебиеттер тізімі

1. Кочетова А.Н. Зубные пасты. Их состав и степень воздействия их на полость рта // Материалы IX Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» URL: <https://scienceforum.ru/2017/article/2017030930>
2. Yavnai N. Toothpastes: ingredients, brands, categories and their utilization//Refuat Napeh Vehashinayim . 2010 Apr;27(2):19-27, 61. Hebrew. PMID: 21250403. URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250403/>
3. Орлин.Н.А,Вейкова Е.А Исследование ингредиентного состава современных зубных паст // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – № 12 (часть 1) – С. 110-111
4. Пшибылек И, Карпинский ТМ. Антибактериальные свойства прополиса. Молекулы. 2019, 29 мая; 24(11):2047 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC6600457/>
5. Andrzej K. Kuropatnicki, Ewelina Szliszka, Wojciech Krol, "Historical Aspects of Propolis Research in Modern Times", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 2013, Article ID 964149, 11 pages, 2013. URL: <https://doi.org/10.1155/2013/964149> (<https://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/964149/>)

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО МОДЕЛЬНОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИНИТА

Бобоқулова Д., Орипова Ф.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

В настоящее время применяются препараты различного происхождения от фитогомеопатических до синтетических высокомолекулярных соединений, формируются новые подходы к использованию комбинаций препаратов и все большее распространение получают методы локальной иммунофармакотерапии.

Применение новых препаратов, их комбинаций и подходов требует проведения тщательных доклинических исследований в экспериментах различных уровней. В настоящем сообщении представлены результаты исследований по экспериментальной терапии острого инфекционного ринита у крыс при системном использовании настойки ромашки в комбинации куркумы.

Материалы и методы. Исследования проведены на крысах породы «Вистар» в возрасте от 8 до 12 месяцев в 2 сериях экспериментов. Острый ринит моделировали острого ринита по методу, описанному А.Ю. Бредуном [1], у 24 животных, с учетом рекомендаций по моделированию ринитов у грызунов [2]. Дополнительно использовали материал от 6 интактных животных с аналогичными весовыми и возрастными параметрами и условиями содержания [3].

Терапия начиналась через сутки после второго введения инфекционного начала. В первой группе использовали местную терапию 0,02% раствором дибазола, закапывая его дважды в день на протяжении 4 дней по 0,1 мл. Вторая группа животных получала настойку ромашки в комбинации куркумы в виде местного раствора (назально) из расчета 1мг препарата на 1 кг массы дважды в день также на протяжении 4 дней. Животные третьей группы крыс служили контролем возникновения ринита и 4-я группа состояла из интактных здоровых животных.

Результаты исследование. Проведение лечения с применением настойку ромашки в комбинации куркумы (местно, per nasi, приводило к «нормализации» количественного состава клеток, участвующих в воспалительных реакциях, близкого по распределению к показателям у интактных животных (1 таблица).

Изменения в содержании и активности клеток врожденного иммунитета у животных различных экспериментальных групп

Группы	Фагоцитарная активность		Активность ЕЦК, % деструкции мишеней	Количество Fc-R+ клеток, %
Интактные	52,2 (40-70)	3,3 (2-6)	25,2 (15-40)	9,2 (5-11)
Экспериментальный ринит без лечения (модель)	64 (60)	65 6,1* (4,5)	7,5) 12,3* (10)	14,9) 6,0 (5)
Дибазол (местно)	45 (23)	61) 3,6 (2,5)	4,7) 56,9 *(31)	85) 4,3(2)
Настойку ромашки в комбинации куркумы	62 (42)	70) 7,1* (4,5)	8) 40,0 (30)	55) 4,3 (3)

Примечание: * статистически значимо по отношению к контролю (p<0,05).

Таким образом, проведенные экспериментальные исследования указывают на то, что предложенная модификация модели инфекционного острого ринита может быть использована для оценки иммуномодулирующего и противовоспалительного действия различных групп препаратов, применяемых местно или системно.

Основным выводом исследований является то, что сочетанное применение настойки ромашки в комбинации куркумы (местно) оказывает наиболее выраженный противовоспалительный и иммуномодулирующий эффект при остром инфекционном рините, что дает основание использовать комбинацию препаратов и основную схему лечения в условиях клиники.

Литература

Бредун А.Ю. Экспериментальне та клінічне обґрунтування застосування комбінації препаратів „Тималін” та „Амізон” для корекції мукозального імунітету при верхньощелепному синуситі у дітей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Київ, 2014. – 21 с.

Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Локальная иммунофармакотерапия в отоларингологии: подходы, преимущества и недостатки // Ліки та життя, Міжнародний медико-фармацевтичний конгрес. – Київ, 2019. – С. 72-73.

Raeburn D., Giembycg M. Rhinitis; Immunopathology and pharmacotherapy. – Basel etc.; Birkhauser, 2021, V.234.

КӘДІМГІ ДӘРІЛІК ЖАУЖАПЫРАҚ ШӨБІНЕН (*MELISSA OFFICINALIS L.*) ЭКСТРАКТ АЛУ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ӘЗІРЛЕУ ЖӘНЕ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Кулабасова Ж.Д.

«Фармацевтикалық өндіріс технологиясы» білім беру бағдарламасы 4-курс студенті

Ғылыми жетекшісі: PhD, доцент Тлеубаева Меруерт Ильясовна

«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ»

Түйіндеме. Мақалада кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбінің жалпы сипаттамасы, химиялық құрамы мен фармакологиялық қасиеттері, экстракттар технологиясы, технологиялық параметрлер нәтижелері енгізілген. Ғылыми зерттеу жұмысы: кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбі негізінде сұйық экстрактың технологиясын жасауға қажетті ингредиенттерді таңдау бойынша зерттеу материалдары берілген. Жалпы Қазақстан Республикасында, фармацевтика саласында фитопрепараттарға деген көзқарас пен оны арттыру тенденциясы негізінде отандық флораны дамыту жүйесі қарастырылған. Мақалада оның ішінде өсімдік шикізатынан концентрацияланған сығынды – Мелисса зерттелген.

Түйін сөздер: экстракт, дәрілік жаужапырақ шөбі (*Melissa officinalis L.*), фитопрепараттар, отандық флора, фармацевтика саласы.

Кіріспе. Экстракттар – (лат. Extractum-экстракция, экстракция) - дәрілік өсімдік шикізатынан концентрацияланған сығындылар. Экстракттар консистенциясы бойынша: құрғақ экстракттар (*Extracta sicca*) - ылғалдылығы 5%, төгілмелі масса, қою экстракттар (*Extracta spissa*) - құрамында 25% дейін ылғал бар тұтқыр масса, сұйық экстракттар (*Extracta fluida*) - сұйық концентрлі сығынды. [1]. Қазақстан Республикасының (ҚР) фармацевтикалық нарығының негізгі ерекшелігі оның жоғары импортқа тәуелділігі болып табылады. Бұл мәселенің сәтті шешілуіне отандық флора негізінде өсімдік тектес жаңа дәрілік препараттарды (фитопрепараттар) жасау ықпал етеді. [3]. Осы тұрғыдан алғанда, кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбінен (*Melissa officinalis L.*) биологиялық белсенді заттың кеңінен әсер ете алатын, биожетімділігі жоғары экстракттар алу қазіргі таңда өзекті болып табылады. [2]. Дәрілік мелисса — биіктігі 30-120 сантиметрге дейін жететін, көп жылдық, шөп тектес өсімдік. Сабағы түзу әрі төрт қырлы. Жапырақтары қарама-қарсы орналасқан, сабақтары ұзын, жұмыртқа тәрізді. Шеттері ара тісті, ұштары сүйір, жоғарғы жағы қою жасыл тусті, төменгі жағы ашық жасыл түсті, шеттерінде қызыл дақтары бар. [4]. Кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбінің құрамында цитронеллал (37,33%), тимол (11,96%), цитрал (10,10%) және β-кариофиллен (7,27%) бар, сонымен қатар лимон хош иісті эфир майы бар. Органикалық қышқылдар, танин, С дәрумені, флавоноидтар, көптеген К, Na, Mg, Fe тұздары да анықталды. Сонымен қатар протехилальдегид, урзол қышқылы, олеан қышқылы, розмарин қышқылы, пальмитин қышқылы анықталды. [5]. Халық медицинасында дәрілік мелиссаның экстрактысын денедегі ауырған жерлерді тыныштандыратын және қолаяқтың бұлшық еттерінің жиырылуына қарсы әсер ететін дәрі

ретінде қолданады, өсімдіктен жасалған дәрілер жүйкені тыныштандырып, жүректің жұмысын жақсартады. [4]

Негізгі бөлім

Зерттеу мақсаты. Кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбінен (*Melissa officinalis* L.) экстракт алу технологиясын әзірлеу және сапа көрсеткіштерін анықтау.

Ғылыми зерттеу жұмысының жаңалығы: Кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбінен (*Melissa officinalis* L.) сұйық экстракт алу және фармацевтикалық нарық ассортиментін отандық өніммен қамтамасыз ету.

Зерттеу материалдары. Кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбі (*Melissa officinalis* L.) дәрілік өсімдік шикізаты болып табылды. Негіз түзуші және көмекші заттар ретінде: Тазартылған су (Aqua purificata) H₂O (ҚР МФ Іт. б. 475), Этанол 96% Ethanolum (96 per centum). C₂H₅OH. (Mr 46,07). (ҚР МФ Іт. б.577-581). Негізгі зерттеу жұмыстары «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» Фармация мектебі симуляция орталығында және бақылау аналитикалық лабораториясында жүргізілді.

Зерттеу әдістері. Экстракциялау перколяция және ультрадыбыстық қондырғы негізінде жүзеге асты. Жаужапырақ шөбінің (*Melissa officinalis* L.) технологиялық параметрлерін зерттеу әдістері нормативті құжаттардың талаптарына сай жүргізілді: ДӨШ меншікті салмақты анықтау әдістемесі, көлемдік салмағы, себілу салмағы, кеуектілігі, бөлектілігі, қабаттың бос көлемі, экстрагентті жұту коэффициенті, экстрактивті заттарды анықтау әдістемесі.

Жаужапырақ шөбінің (*Melissa officinalis* L.) технологиялық параметрлерін зерттеу

Технологиялық параметрлері Минина С.А. Химия и технология фитопрепаратов оқу құралындағы әдістеме бойынша және ҚР МФ І, 1. т. сәйкес анықталды. (кесте 1, 2, 3)

Кесте 1 - Жаужапырақ шөбінің технологиялық параметрлерін анықтау

Технологиялық параметрлер	D, мм
Меншікті салмағы, г/см ³	2,9017
Көлемдік салмағы, г/см ³	0,1333
Себілмелі массасы, г/см ³	0,2344
Кеуектілігі, г/см ³	0,9541
Бөлектілігі, г/см ³	0,7624
Шикізат қабатының бос көлемі, г/см ³	0,9192

Кесте 2 - ДӨШ экстрагентті жұту коэффициентін анықтау, %

Экстрагентті жұту коэффициенті:	D, мм
Тазартылған су	6,84
30% сулы-этанол ерітіндісі	5,6
50% сулы-этанол ерітіндісі	5,56
70% этанол ерітіндісі	4,4
96% этанол ерітіндісі	3,4

Кесте 3 - Дәрілік өсімдік шикізатының экстрактивті заттарын анықтау, %

Экстрактивті заттарды анықтау	Нәтижесі
30% сулы-этанол ерітіндісі	33,3
50% сулы-этанол ерітіндісі	31,1
70% этанол ерітіндісі	25,4
90% этанол ерітіндісі	13,3

Жаужапырақ шөбінен (*Melissa officinalis* L.) перколяция және ультрадыбыс әдісімен экстрактының технологиясы

<p>Жаужапырақ шөбі (<i>Melissa officinalis</i> L.) ДӨШ ультрадыбыстық қондырғы әдісімен экстракт алу параметрлері: PS-20AD ультрадыбыстық моделі экстракция уақыты 30 минут экстракция жиілігі 28 КГц экстракция температурасы 25°С шикізат салмағы 50 г шикізат майдалану дәрежесі 2-3 мм экстрагент көлемі 600 мл Дәрілік жаужапырақ шөбінен ультрадыбыс әдісімен экстракт алу технологиялық процесінің жалпы ұзақтығы – 3 сағат. Тығыздығы 1034, сұйық, таза, мөлдір экстракт алынды.</p>	<p>Жаужапырақ шөбі (<i>Melissa officinalis</i> L.) ДӨШ перколяция әдісімен экстракт алу параметрлері: Конус тәрізді перколятор экстракция уақыты 120 минут экстракция температурасы 60°С жоғары емес шикізат салмағы 50 г шикізат майдалану дәрежесі 2-3 мм экстрагент көлемі 600 мл Дәрілік жаужапырақ шөбінен перколяция әдісімен экстракт алу технологиялық процесінің жалпы ұзақтығы – 6 сағат. Тығыздығы 1038, сұйық, таза, мөлдір экстракт алынды.</p>
--	---

Екі әдісті салыстыру нәтижесінде, ультрадыбыстық қондырғы арқылы алынған экстракт – технологиялық процесстің жоғары өнімділігімен, экстрагентті тұтынудың төмендігімен, ұзақ уақыт пен еңбекті қажет етпейтіндігімен ерекшеленіп, оны қолжетімді, ұтымды және үнемді қылады.

Қорытынды

1. Қазақстан Республикасы фармацевтикалық нарығындағы сұйық дәрілік заттар мен жалпы барлық дәрілік форма ассортиментіне талдау мемлекеттік реестрдің (ndda.kz) 09.11.2023 жылғы мәліметтеріне сәйкес жасалды. Еліміздің фармацевтикалық нарығында сұйық дәрілік заттар – 2130 сауда атауын құрайды. Ал отандық фармацевтикалық өндірісте сұйық дәрілік заттар бойынша дәрілік формалардың саны – 439.

2. Кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбінің (*Melissa officinalis* L.) технологиялық параметрлері Минина С.А. Химия и технология фитопрепаратов оқу құралындағы әдістеме бойынша және ҚР МФ I, 1. т. сәйкес анықталды. Жасалған жұмыс нәтижесі бойынша тиімді экстрагент – 30% сулы-спирт ерітіндісі болып табылды.

3. Кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбінен (*Melissa officinalis* L.) перколяция және ультрадыбыс әдісімен экстракттар алынды. Екі әдіспен бірдей оңтайлы құрам бойынша жұмыс жасалды, ең соңында қай әдіспен жұмыс жасаған тиімді екені анықталды. Ультрадыбыстық қондырғымен экстракт алу тез, ұтымды, қолжетімді және үнемді болды.

4. Кәдімгі дәрілік жаужапырақ шөбінен (*Melissa officinalis* L.) алынған экстрактының химиялық құрамы анықталды. Екі түрлі әдіспен алынған экстрактпен жұмыс жасалды, құрамында 0,8% кем емес флавоноидтар, 0,4% кем емес дубильді заттар мен 0,3% кем емес фенолды қосылыстар бар. Сапа көрсеткіштерін бағалау Қазақстан Республикасының Мемлекеттік Фармакопеясы және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 16 ақпандағы № ҚР ДСМ-20 бұйрығы бойынша жасалды.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Устенова Г.О., Амирханова А.Ш. Экстракциялық препараттар технологиясы: оқу құралы. –М.: Литтерра, 2019. – 256 б.
2. Болтабекова З.Б. Фармакогностическое исследование по стандартизации новых лекарственных средств на основе травы Melissa officinalis L.) – // 2003
3. <https://startinfo.kz/business/qazaqstanda/> - Дамыту жолдары
4. <https://bilim-all.kz/article/16853-Darilik-melissa> - Мелисса сипаттамасы
5. Мелисса лекарственная – химический состав, применение в древней, современной народной и научной медицине – Музаффаров Х.А.

ДӘРІЛІК ТҮЙМЕДАҚ (*MATRICARIA CHAMOMILLA L.*) ЭКСТРАКТЫМЕН СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ПЛЕНКАНЫҢ ҚҰРАМЫН ЖӘНЕ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ӘЗІРЛЕУ

Қалибек А.М.

*Фармацевтикалық өндіріс технологиясы» білім беру бағдарламасы 4-курс студенті
Ғылыми жетекшісі: PhD, доцент Тлеубаева Меруерт Ильясовна
«С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті»*

Түйін. Ауыз қуысының қабыну ауруларын емдегенде басты мақсат қабыну ошағын ликвидациялау, пародонталдық комплекстің құрылысы мен қызметін қалпына келтіру, терең тіндерді патологиялық процестен сақтандыру болып табылады. Аурудың алдын-алу, әрі оны емдеу үшін көбіне сұйық дәрілік қалыптар шайғыш, ерітінділер, бальзамдар, ұнтақ, паста, жақпа май, эмульсия, аэрозольдер қолданылады. Бұл қалыптардың кемшілігі ретінде: тінмен байланысу уақытының аздығын, шырышты қабық пен компоненттің біртегіс байланыспауын, сілекеймен дәрілік заттың шайылып кетуін айтуға болады. Сондықтан қазіргі кездің өзекті мәселесі - стоматологияда дәрілік өсімдік экстракты мен еритін полимерлер негізінде ұзақ әсерлі, тұтқыр құрылымды биологиялық зиянсыз, жоғары химиялық және термиялық төзімділікке ие, ауыз қуысының тіндеріне жақсы адгезиясы, ұзақ мерзімді, жоғары терапиялық әсері бар пленка жабындарын жасау перспективті бағыт болып табылады. Ғылыми зерттеу жұмысында дәрілік түймедақ (*Matricaria Chamomilla L.*) экстрактымен дайындалатын стоматологиялық пленканың құрамы мен оңтайлы технологиясы, сапа көрсеткіштері бойынша нәтижелер берілген.

Кіріспе. Адамдардың стоматологиялық денсаулығы қазіргі қоғамның маңызды мәселесі болып табылады. Кез келген уақытта тіс денсаулығы ауыз қуысының гигиенасымен байланысты болды [1]. Стоматологиялық аурулар – адам ағзасындағы ең көп таралған зақымданулар. Олардың ішінде ауыз қуысының шырышты қабығының аурулары ерекше орын алады [2]. Стоматологиялық тәжірибеде әртүрлі патологияларды емдеу үшін дәрілік шөптерді қолданудың жеткілікті тәжірибесі жинақталған. Стоматологияда шөппен емдеу медицина саласында ежелден қолданылып келеді және әлі күнге дейін тіс ауруларын емдеуде өзекті әдіс болып табылады [3]. Дәрілік түймедақ - *Matricaria Chamomilla L.* күрделігүлділер тұқымдасына жататын бір жылдық шөптесін өсімдік. Ол бар ғасырлар бойы, әсіресе қабынуға қарсы, микробқа қарсы, спазмолитикалық және седативті әсерлері үшін халық медицинасында қолданылған. Негізгі химиялық компоненттері: бірнеше фенолды қосылыстар, соның ішінде флавоноидтар апигенин, кверцетин, патулетин, лютеолин және олардың глюкозидтері. Қабынуға қарсы, микробқа қарсы, антиоксиданттық әсерлер көрсетеді. Осы қасиеттеріне байланысты стоматологиялық пленканың құрамына қосылатын әсер ететін негізгі ингредиент ретінде таңдалды [4]. Гүл себеттерінің инфузиясы ішектің түйілуі, гастрит, энтерит, метеоризм,

бауыр мен өт қабының қабынуы, бүйрек, қуық, дисменорея, истерия, невроз және құрысулар, тригеминальды невралгия үшін қолданылады. Сырттай антисептикалық, қабынуға қарсы агент ретінде шаю, лосьондар, ванналар және емдік клизмалар түрінде қолданылады [5]. Түймедақ негізінен қабынуға қарсы агент ретінде қолданылады және антисептикалық, сонымен қатар спазмолитикалық және аздап судорификалық әсер көрсетеді [6]. Оның емдік, косметикалық және тағамдық құндылығы көптеген жылдар бойы дәстүрлі және ғылыми қолдану мен зерттеулерде қалыптасқан [7].

Зерттеудің мақсаты: Дәрілік түймедақ (*Matricaria Chamomilla* L.) экстракты негізінде стоматологиялық пленканың технологиясын жасау.



Зерттеу материалдары: Дәрілік түймедақ (*Matricaria Chamomilla* L.) экстракты бар стоматологиялық пленканың оңтайлы құрамын әзірлеу барысында Қазақстан Республикасының Мемлекеттік Фармакопеясы, Ресей Федерациясының Мемлекеттік Фармакопеясы, Еуропалық фармакопея және басқа да нормативтік құжаттар талаптарына сәйкес дәрілік заттар, көмекші заттар мен әдістер қолданды. Ауыз қуысына арналған стоматологиялық пленканың оңтайлы құрамын әзірлеу үшін дәрілік түймедақ экстракты, глицерин, натрий альгинаты, шай ағашы майы, тазартылған су қолданылды.

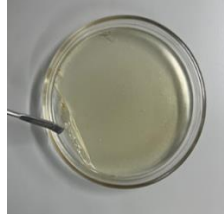

Зерттеу әдістері: Зерттеу жұмысы С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті базасында, Фармация мектебінің ғылыми-практикалық бақылау-аналитикалық зертханасында, симуляциялық орталықта жүргізілді.

Дәрілік түймедақ (*Matricaria Chamomilla* L.) экстрактымен стоматологиялық пленка үшін оңтайлы құрамды таңдау

Стоматологиялық пленканы құрайтын, пленка түзуші және қосымша заттар композицияға белгілі бір пішін мен сыртқы түр беруі қажет, сонымен қатар кептіргеннен кейін дәрілік түр төсемнен оңай алынып, серпімді, иілімді болып, микробқа қарсы әрекетті қамтамасыз етуі, тұрақтылығын сақтауы керек. Тәжірбиелік мақсатта стоматологиялық пленкалардың 6 модельдік үлгілері әзірленді.

Кесте 1- Стоматологиялық пленкалардың үлгілер ретінде дайындалуы

үлгі №1	Үлгіде пленка түзуші зат – желатин. Үлгі қорытындыс кепкен пленканы иілгіштік, төсемнен оңай алынуына тексеріледі. Желатин негізінде пленка түзілді, бірақ кептіру кезінде үлкен салмақ жоғалтып, тез кеуіп, сынғыш қасиетке ие болды. №1 үлгі стоматологиялық пленка талаптарына сай келмеді.	
үлгі №2	Үлгіде пленка түзуші зат ретінде – агар-агар алынды. Үлгі қорытындысы бойынша агар-агар негізінде масса пленка түзбеді, біртекті емес, өте сынғыш, қалың, қою масса түзілді. №2 үлгі стоматологиялық пленка талаптарына сай келмеді.	
үлгі №3	№3 үлгінің қорытындысы бойынша: үлгіде пленка түзуші зат ретінде лицегель алынды. Лицегель негізінде пленка түзілмеді, себебі масса гель түрінде қалып, кебу кезінде қиындық туындады. Қоймалжың масса күйінде кеппей қалып, алынуы қиындық туғызды.	
үлгі №4	№4 үлгі қорытындысы бойынша: пленка түзуші зат ретінде – натрий КМЦ алынды. Натрий КМЦ негізінде пленка түзілді, бірақ технологиялық көрсеткіштерді қанағаттандырмады, басқа үлгілермен салыстырғанда ұзақ кепті.	
	Үлгіде пленка түзуші зат ретінде каррагинан мен	

лгі №5	нартий алгинаты 1:1 қатынаста алынды. Өлшенген форма түзуші затқа су мен глицерин қосып, араластырылды. Массаға тұрақтандырғыш ретінде глицерин қосып араластырылады. Әсер етуші зат өлшенген дәрілік түймедақ экстрактына тұрақтандырушы ретінде шай ағашы майын және жағымды дәм болу үшін қант ұнтағы қосылды. Нәтижесінде масса көпіршікті болып күйылып, құрғақ қабыршақты пленка түзілді, алынуы қиындық туғызды.	
лгі №6	Үлгіде пленка түзуші зат ретінде натрий альгинаты алынды. Үлгі қорытындыс Натрий альгинаты негізінде пленка түзілді, өте иірімді, серпімді, көпіршіксіз, Петри табақшасынан алынуы өте жеңіл, ауыз қуысына қоюға өте жағымды, әрі қауіпсіз болды. №6 үлгі стоматологиялық пленка талаптарына сай екені анықталды.	

№1-6 үлгілерді салыстыра отырып, №6 үлгі оңтайлы құрам ретінде таңдалды, себебі стоматологиялық пленка талаптарына сай келді. Сонымен қатар натрий альгинатының құрамындағы альгин қышқылы, бұл ауыз қуысының шырышты қабатын емдеу кезінде маңызды рөл атқарады [8]. Сонымен қатар, басқа үлгілерге қарағанда натрий альгинаты суды жеңіл сіңіретіндіктен, пленка түзуші масса дайындау үшін су ваннасының көмегінсіз араластыру арқылы масса алу тиімді болды.

Қорытынды: Дәрілік түймедақ (*Matricaria Chamomilla* L.) экстракты бар стоматологиялық пленканың оңтайлы құрамы әзірленді. Стоматологияда дәрілік түймедақ (*Matricaria Chamomilla* L.) экстрактынан еритін полимерлер негізінде ұзақ әсерлі, тұтқыр құрылымды биологиялық қауіпсіз, жоғары химиялық және термиялық төзімділікке ие, ауыз қуысының тіндеріне жақсы адгезиясы, ұзақ мерзімді, жоғары терапиялық әсері бар пленка жабындары жасалды.

Әдебиеттер тізімі

1. ВОЗ: Самая распространенная болезнь в мире это кариес (1 декабря 2022) URL: <https://www.nur.kz/health/medical-conditions/1999553-voz->
2. Силин А.В., Кирсанова Е.В., Сурдина Э.Д., Леонова Е.В., Яковенко Д.Л., Туманова С.А. / Основы стоматологии. Учебное пособие для подготовки к практическим занятиям по дисциплине «Стоматология» для студентов лечебного и медико-профилактического факультетов.- ГОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова.–2014. – С. 191.
3. Gontarev S.N., Gontareva I.S., Nikishaeva A.V. Usage of phytotherapy in pediatric dentistry // Сетевой журнал «Научный результат». Серия «Медицина и фармацевтика». – Т.2, No2, 2016.c 17. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-fitopreparatov-v-stomatologii-detskogo-vozrasta>
4. Duarte CM, Quirino MR, Patrocínio MC, Anbinder AL. Effects of Chamomilla recutita (L.) on oral wound healing in rats. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Sep 1;16(6):e716-21. PMID: 21196867. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21196867/>
5. Ромашка аптечная //Культивируемые лекарственные растения аридной зоны Центрального и Юго-Восточного Казахстана / Под. ред. Г.М. Мейрман. - С. 103-110.- Библиогр: 32 назв. Жезказган- Алмалыбақ, 2011
6. Mann C, Staba EJ. The chemistry, pharmacology and commercial formulations of chamomile. In: Craker LE, Simon JE, editors. Herbs, spices and medicinal plants- recent advances in botany, horticulture and pharmacology. USA: Haworth Press Inc.; 2002. p. 235-80.
7. Singh O, Khanam Z, Misra N, Srivastava MK // Chamomile (*Matricaria chamomilla* L.): An overview// Pharmacogn Rev // 2011 Jan;5(9):82-95
URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210003/>

КІШІ ҚҰЛҚАЙЫР ӨСІМДІГІ ЖЕР ҮСТІ БӨЛІГІНІҢ МИНЕРАЛДЫҚ ҚҰРАМЫН ЗЕРТТЕУ

Сейлхан А.Е., Токсанбаева Ж.С., Омиралы М.А

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

Кіріспе. Минералдық заттар - адам ағзасының дұрыс өмір сүру және дамуын қамтамасыз ететін тамақтанудың қажетті, негізгі компоненттері. Әдетте, олар адам ағзасында протоплазмада және биологиялық сұйықтық құрамында болады. Олар күрделі органикалық қосылыстар (гемоглобин, фермент, гормон) құрамына кіреді, сүйек және тіс ұлпаларының құрылымы үшін пластикалық материал болып табылады. Ион күйінде жүйке импульстарының берілуінде және басқа да физиологиялық үрдістерге қатысады. Өсімдік өмірінде минералдық заттар маңызды рөл атқарады, жасушалардың қалыпты өсуін, дамуын және жұмысын қамтамасыз етеді. Олар фотосинтез, тыныс алу, ақуыз синтезі және басқа да өмірлік процестерге қатысады. Мысалы, азот, фосфор және калий ақуыздарды, нуклеин қышқылдарын және фосфолипидтерді синтездеу үшін қажет. Кальций жасуша қабырғаларын нығайтады және көптеген физиологиялық процестерді реттеуге қатысады. Магний фотосинтез процестерін қамтамасыз ететін хлорофиллдің негізгі элементі болып табылады. Минералдар сонымен қатар өсімдіктердегі көптеген ферментативті реакциялардың катализаторы ретінде қызмет етеді.

Дәрілік өсімдік шикізатында тек органикалық қосылыстар ғана емес, минералдар да бар. Өсімдіктерде минералдық заттар топырақтан жиналады және олардың мөлшері өсу ортасына, тыңайтқыштардың болуына, қоршаған ортаға, климаттық жағдайға байланысты. Дәрілік өсімдіктерді рациональды қолдану үшін минералдық элементтерді зерттеу маңызды.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Құрғақ минералдану әдісін қолдана отырып, атомды-адсорбциондық спектрометр МГА-1000 құрылғысының көмегімен бізге берілген өсімдік шикізатындағы элементтердің құрамын анықтадық.

Параллель екі тостағанда олардың тазалығын бақылау үшін сынамаға қосылған реактивтердің минералдануы жүзеге асырылады. Фарфорға немесе кварцтық тигельге (тостағанға) салмағы 0,5-2 г болатын өнімнің үлгісі салынып, минералдануды жүзеге асырдық. Егер өнімнің құрамында 20% ылғал болса, үлгісі бар тостағанды электр плитасына қойып, қатты түтінді болдырмай, сақтықпен күйдірдік. Түтіннің шығуын тоқтатқаннан кейін тостағанды осыған дейін шамамен 250 °С температураға реттелген электр пешіне салады. Күйдіру аяқталғаннан кейін сынамалардың минералдануы электр пешінде жүреді, біртіндеп (әр 30 минут сайын 50 ° С-қа) температураны 450 °С дейін жоғарылаттық. Минералдану осы температурада сұр күл алынғанша жалғасады. Күл қосылған тостағанды электр пешінен 10-15 сағаттық күлден кейін шығарып, бөлме температурасына дейін салқындатады, ал ішіндегі заттар азот қышқылы ерітіндісінің HNO₃ (1: 1) - 1 мл ең аз мөлшерімен тамшылатып суланады. Ылғал тұздарға дейін электр плитасында ақырын қыздыра отырып, буландырдық. Салқындағаннан кейін өлшенген ыдыс қайтадан салқындатылған электр пешіне салынады. Температураны біртіндеп 300 ° С-қа дейін жеткізіп, 0,5 сағ ұсталады. Бұл циклды бірнеше рет қайталайды. Минералдану күл ақ немесе аздап боялған, күйдірілген бөлшектерсіз болған кезде толық жүрді деп саналады. Күйдірілген бөлшектер болған кезде күлді азот қышқылының ерітіндісімен немесе сумен өңдейді. Саны бойынша массасы 0,3% азот қышқылының ерітіндісімен 50 мл (25-100 см³) сыйымдылығы бар колбаға ауыстырдық. Сол қышқыл ерітіндісімен

белгіге дейін жеткізіп, араластырдық. Егер колбада ұсақ бөлшектер немесе шөгінділер болса, оны сүзіп алу қажет!

Нәтижелері. Кіші құлқайыр шөбінің құрамындағы минералды элементтердің зерттеу нәтижесі – 19- кестеде көрсетілген.

Кесте 19 - Кіші құлқайыр шөбінің элементтік құрамы

Химиялық элемент	Күлдегі мөлшері, %	Тәуліктік қажеттілік (г)
	Кіші құлқайыр шөбі	
Кальций	27,8	0,8
Калий	14,32	2,0-4,0
Магний	6,7	0,2-0,3
Натрий	2,09	3-4
Фосфор	1,0	1,2
Күкірт	0,03	0,004-0,005
Темір	0,5	0,01-0,03
Кремний	1,86	0,02-0,03
Бор	0,74	0,2-0,3
Марганец	0,06	0,1-0,2
Хром	0,008	0,15
Мыс	0,004	0,00025
Алюминий	0,007	анықталмаған
Селен	0,9	0,000055
Бром	0,32	0,003-0,008
Мырыш	0,005	0,015-0,14

Қорытынды. Қолданған әдістеме бойынша кіші құлқайыр шөбінде маңызды минералды элементтердің шоғырланғандығын байқаймыз. Жалпы 16 элемент анықталды, оның ішінде 6 макроэлемент (кальций, калий, натрий, күкірт, фосфор және магний) және 10 микроэлементтер (кремний, темір, селен, алюминий, бром, марганец, хром, бор, мыс және мырыш). Шикізатта келесі элементтер анықталмады: қорғасын, висмут, стронций, күшән, қалайы, сурьма, уран, кадмий, алтын, церий, литий. Әдебиет деректеріне сүйенсек, орман құлқайыры секілді өсімдік бойына ауыр металдарды жинау қабілетіне ие емес екенін көреміз.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.

1. [Akbar S, Hanif U, Ali J, Ishtiaq S.](#) Pharmacognostic studies of stem, roots and leaves of *Malva parviflora* L./ [Akbar S, Hanif U, Ali J, Ishtiaq S.](#)// Asian Pac J Trop Biomed. – 2014. - 4(5). – P. 410-415.
2. [Saleem U, Khalid S, Zaib S, Anwar F, Ahmad B, Ullah I, Zeb A, Ayaz M.](#) Phytochemical analysis and wound healing studies on ethnomedicinally important

plant *Malva neglecta* Wallr/ [Saleem U](#), [Khalid S](#), [Zaib S](#), [Anwar F](#), [Ahmad B](#), [Ullah I](#), [Zeb A](#), [Ayaz M](#).// Journal Ethnopharmacol. – 2019. -15. – P. 249.

3. [Feizi S](#), [Taghipour E](#), [Ghadam P](#), [Mohammadi P](#). Antifungal, antibacterial, antibiofilm and colorimetric sensing of toxic metals activities of eco friendly, economical synthesized Ag/AgCl nanoparticles using *Malva Sylvestris* leaf extracts/[Feizi S](#), [Taghipour E](#), [Ghadam P](#), [Mohammadi P](#).// Microbial Pathogenesis. – 2018. – 125. P. 33-42

4. Әтем Б.Б. Кіші құлқайыр өсімдігін фармакогностикалық зерттеу. - 6М110400 - «Фармация» мамандығы бойынша медицина ғылымдарының магистрі академиялық дәрежесін ізденуге арналған диссертациялық жұмыс.- Шымкент, 2021.- 98бет.

5. Әтем Б.Б., Омиралы М.А. Определение биологически активных веществ травы просвирника низкого *Malva Pusilla* Smith.- Авт. свидетельство от 04.02.2021 г., №14875

БУНГЕ КИКОТЫ ШӨБІНЕН ҚҰРАМЫНДАҒЫ ЭФИР МАЙЫН КЛЕВЕНДЖЕР АППАРАТЫМЕН БӨЛІП АЛУ

Шымкентбай А.А., Орынбасарова К.К., Ибрагимова З.Е.

«Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы» АҚ, Шымкент қаласы, Қазақстан

Тақырытың өзектілігі. Осы күндері фармацевтиканың алға қойған басты мақсаттарының бірі- табиғи фитодәрілердің санын арттыру болып табылады. Осыған байланысты табиғат байлықтарын қатарындағы, құрамында кең спектрлі әсер ететін биологиялық белсенді заттары бар өсімдік шикізаттарын зерттеу маңызды болып табылады. Фитодәрілердің қорын арттырудағы ең басты себептердің бірі- синтетикалық дәрілік препараттарға қарағанда олардың жанама әсерінің біршама аз болуы, фармакологиялық әсерінің жоғары болуы және экономикалық жағынанан қолжетімділігі [1].

Қазақстанның бай флорасында халық медицинасында қолданылатын өсімдіктіктер кездеседі. Солардың бірі Қазақстанның көптеген аумағында таралған Бунге кикоты шөбі [2].

Жүргізілген зерттеулерге сүйенсек, бунге кикоты өсімдігінің емдік қасиеті оның құрамындағы біршама биологиялық белсенді заттардың эфир майлары, иілік заттар, флавоноидтар, полисахаридтер, кумариндер және сапониндердің болуына байланысты [3].

Зерттеудің мақсаты. Бунге кикоты шөбіне фитохимиялық талдау жүргізу, құрамындағы биологиялық белсенді заттарын анықтау.

Зерттеу міндеті. Бунге кикоты шөбінен эфир майын Клевенджер аппаратымен бөліп алу.

Зерттеу материалдары мен әдістемелері: Зерттеудің негізгі нысаны ретінде Түркістан облысы, Төле би ауданы, Қасқасу аумағында 2023 жылдың маусым айында гүлдеу кезеңінде жиналған Бунге кикоты шөбі (гүлдері мен жапырақтары) алынды. Қазақстан Республикасы Мемлекеттік Фармакопеясында көрсетілген әдістемелері бойынша Бунге кикоты шөбінен эфир майын бөліп Клевенджер аппаратымен бөліп алу жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері. Бунге кикоты шөбіне жүргізілген зерттеулер негізінде, төмендегідей нәтиже жасауға болады.

Бунге кикоты шикізаты құрамындағы эфир майын Клевенджер аппаратымен бөліп алу ҚР МФ І томының «2.8.12 Дәрілік өсімдік шикізатындағы эфир майларын анықтау» мақаласына сәйкес жүргізілді.(ҚР МФ І т., 2.8.12, 227 б). [4]

Бунге кикоты дәрілік өсімдік шикізаты тор көздерінің диаметрі 1 мм болатын електен өтетін бөлшектердің мөлшеріне дейін ұсақталды. 10 гр ұсақталған шикізаттың бір бөлігін дөңгелек түпті колбаға салып, үстінен 300 мл су қосылды, содан кейін колба бу

құбырына бекітілді, градуирленген және дренажды құбырларды сүзгімен аяқталатын резеңке түтікті кран арқылы сумен толтырылды. Колба ішіндегісі 4 сағат бойы қарқындылықпен қайнатылып, онда дистилляттың ағу жылдамдығы 1 минут ішінде шамамен 60-65 тамшыны құрады. Су буымен айдау аяқталғаннан соң, 5 минуттан кейін кран ашылып, эфир майы қабылдағыш түтігінің градуирленген бөлігін алатындай етіп дистиллятты бірте-бірте түсірдік, содан кейін 5 минуттан кейін эфир майының көлемін өлшедік. Эфир майының мөлшері 0,02 мл құрады.

Абсолютті құрғақ шикізатқа есептегенде эфир майының мөлшері төменгі формула бойынша есептелінді:

$$X = \frac{V \cdot 100 \cdot 100}{m \cdot (100 - W)}$$

мұндағы,

V – эфир майының көлемі, мл;

m – шикізаттың массасы, г;

W – шикізатты кептіру кезіндегі массалық шығын, %.

$$X = \frac{0,02 \cdot 100 \cdot 100}{10 \cdot (100 - 5,4\%)} = 0,2\%$$

Кесте -1 Бунге киікоты шөбінің мөлшерін сандық анықтау, сандық мөлшерін анықтау нәтижелері

	Эфир майы сандық мөлшері, %	Метрологиялық сипатамасы
	0,211	n=5 Хорт = 0.2114 S2 =0.00023 S=0.01519
	0,221	
	0,193	
	0,231	
	0,203	

Құрғақ шикізатқа есептегенде эфир майының сандық мөлшерінің орташа мәні 0,2% болды.

Қорытынды. Клевенджер аппараты арқылы бунге киікоты шикізаты құрамындағы эфир майының сандық мөлшері анықталды. Талдау нәтижесінде эфир майының сандық мөлшерінің орташа мәні 0,2% ды құрады. Зерттеулер нәтижесінде анықталған эфир майы әдеби шолуларға сәйкес, бұл өсімдік қабынуға қарсы, бактерицидті әсер көрсететінін атап өтсек болады, осыларды назарға ала отырып, Бунге киікотына ары қарай да зерттеулер жүргізу перспективті болып табылады.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Флора Казахстана. Алма-Ата, 1956-1966 – Т.Т.1-9, С.560.
2. Фармацевтическая разработка лекарственных средств на основе растительного сырья *Ziziphora bungeana* ЖАПАРКУЛОВА КАРЛЫҒАШ АЛТЫНБЕКОВНА УДК615.7:615.322:615.012/.014, Алматы-2016 г.

3. Antibacterial Activity and Composition of the Essential Oil of *Ziziphora clinopodioides* subsp. *bungeana* (Juz.) Rech. f. from Iran

4. Государственная фармакопея Республики Казахстан. Алматы: Издательский дом «Жибекжолы», 2008 – Т.1, С.592

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ПЛЕВРОДЕЗА ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Исмаилов Ж.К.¹, Эшонходжаев О.Дж.², Ахмедов Р.М.³

¹*Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, г.Бухара, Узбекистан*

²*РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова, г.Ташкент, Узбекистан*

³*Бухарский государственный медицинский институт, г.Бухара, Узбекистан*

Буллезная эмфизема поражает более 5% населения Земли, причем почти 12% среди взрослых старше 30 лет. Она также занимает третье место по причинам смерти в США и убивает более 120000 человек в год. Известно также, что данное заболевание служит причиной спонтанного пневмоторакса в 70-80% случаев. В зарубежной литературе буллезную болезнь легких авторы определяют, как «синдром исчезающего легкого» (vanishing lung syndrome) и указывают на тенденцию к росту заболеваемости и осложненного течения данной патологии, отмечая при этом отсутствие снижения показателей неудовлетворительных результатов лечения вследствие рецидива заболевания [1,2,3,4].

При ведении пациентов с буллезной болезнью легких, как правило, применяются различные консервативные методы лечения, которые не приводят к долгосрочным положительным результатам и характеризуются большим количеством осложнений и рецидивов (20-50%) [5,6]. В последнем руководстве Британского общества торакальных хирургов (2010) по лечению первичного спонтанного пневмоторакса было указано, что после первого рецидива лечение должно предусматривать хирургическое вмешательство (буллэктомию, сопровождаемая процедурой индукции плевральных спаек). Таким образом, хирургический подход считается лучшим лечением, чтобы минимизировать риск рецидива у пациентов, которые испытали первичный спонтанный пневмоторакс. Показано, что подход с использованием видео-торакальной хирургии дает большие преимущества в отношении боли и дыхательной функции пациента по сравнению с торакотомными разрезами. В качестве альтернативы стандартному многопортовому VATS был разработан подход с одним портом, одним надрезом или унипортом. Унипортальная техника показала себя безопасной и эффективной не только для резекции легких и биопсии, но и для лобэктомии. С этой точки зрения, доказательства показали, что минимально инвазивный подход следует отдавать предпочтение, подтверждая преимущества по сравнению с традиционными методами [7,12].

Несмотря на разработку и широкое применение различных технологий спайкообразования, и их многообразие, подробные данные о механизмах действия склерозирующих агентов являются весьма неполными. Это относится, например, к йодоповидону, который все еще представляется интересным и перспективным склерозантом [8]. Провоспалительный эффект этого агента был протестирован только на животных моделях [9,10]. Большинство исследований, выполненных до настоящего времени, было сосредоточено на агентах, которые приобрели наибольшую популярность в разные периоды на протяжении всей истории плевродеза, например, тальк, доксициклин и нитрат серебра [11].

По-прежнему, актуальной проблемой современной торакальной хирургии является разработка технологий спайкообразования при хирургическом лечении осложнений буллезной болезни легких.

Цель исследования: улучшить результаты видеоторакоскопических хирургических вмешательств при буллезной болезни легких на основе клинико-экспериментальной оценки эффективности оптимизированных методик комбинированного плевродеза.

Материал и методы. Основу клинических исследований составят результаты лечения 59 пациентов с буллезной болезнью легких, осложненных разрывом, получавших лечение в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» и Бухарском областном многопрофильном медицинском центре. Группу сравнения составили 31 пациент, оперированные в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре (2015-2019 гг). Основную группу – составили 13 пациентов оперированных в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» (2018-2020 гг) и 15 пациентов оперированных в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре (2018-2020 гг). Распределение пациентов по полу и возрасту в обеих группах преобладали пациенты в возрасте 20-44 года (64,3% в основной группе против 67,7% в группе сравнения). Заболеваемость среди мужчин также была выше чем у женщин и репрезентативна между группами (64,3% в основной группе против 61,3% в группе сравнения).

Экспериментальные и морфологические исследования выполнены в отделе экспериментальной хирургии и отделении патологической анатомии ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» за 2019-2020 гг. Материалом для экспериментальных исследований послужили, известные антисептические растворы такие как «Бетадин®» (Швейцария), «Мирамистин®» (Россия) и новый отечественный антисептический раствор «ФарГАЛС» для достижения плевродеза при повреждении легкого. Для оценки эффективности антисептических растворов при образовании спаечного процесс между париетальной и висцеральной плеврой экспериментальные исследования проводились на модели повреждения плевры. Для этого использовали 96 половозрелых крыс самцов весом $203 \pm 7,8$ гр.

Результаты исследование: В исследование животные были распределены на 2 группы: сравнительная с ведением «Бетадин®» и «Мирамистин®» по 32 животных в каждой и основная с ведением ФарГАЛСа 32 животным. сравнительный анализ эффективности формирования химического плевродеза при использовании антисептических растворов в эксперименте показал, что введение в плевральную полость Мирамистина не приводит к спайкообразованию, применение Бетадина способствовало развитию единичных тонкостенных спаек к 7 суткам наблюдения у 71,4% животных, однако в дальнейшем отмечен их полный лизис, в свою очередь при использовании ФарГАЛСа верифицировано поэтапное развитие спаечного процесса от локального (на 1-3 сутки) до диффузного характера с сохранением адгезии и развитием плотной соединительно-тканной пленки на поверхности висцеральной плевры к 14 суткам наблюдения у 85,7% подопытных животных.

В исследование доказана клиническая эффективность применения предложенной методики химического плевродеза при буллезной болезни легких, осложненной разрывом, в плане улучшения и ускорения послеоперационной реабилитации, снижения частоты развития специфических осложнений и рецидивов заболевания. Также, определены технические преимущества проведения разработанной методики видеоторакоскопического плевродеза в плане упрощения и сокращения времени операции, а также клиническое значение лекарственного воздействия на плевральную полость в плане проявлений воспалительного процесса и антибактериального эффекта.

В частности, совершенствование тактико-технических аспектов ВТС вмешательств при буллезной болезни легких с учетом применения однопортового доступа и предложенной методики химического плевродеза позволило сократить среднюю продолжительность операции с $96,3 \pm 4,7$ до $76,4 \pm 4,2$ минут ($p < 0,01$), при этом за счет снижения травматического фактора (без проведения механического плевродеза) обеспечило достоверное снижение тяжести проявления местного воспалительного процесса, общей частоты осложнений с 16,1% (у 5 больных в группе сравнения) до 7,1%,

сроков дренирования (с $5,8 \pm 0,4$ до $4,4 \pm 0,2$ суток; $p < 0,01$) и госпитального периода (с $8,1 \pm 0,3$ до $6,8 \pm 0,3$ суток; $p < 0,01$).

Разработанная методика проведения химического плевродеза при выполнении видеоторакоскопических вмешательств обеспечивает адекватное формирование спаечного процесса в плевральной полости со снижением риска развития рецидивов осложнённого течения буллезной болезни легких с 6,5% (у 2 из 31 пациента в группе сравнения) до 3,6% (у 1 из 28 больных в основной группе), и в целом позволила увеличить долю пациентов с отсутствием ближайших и отдаленных осложнений с 77,4% (24 больных в группе сравнения) до 89,3% (25 пациентов в основной группе).

Вывод: Морфологические исследования экспериментального материала при выполнении химического плевродеза нативным раствором препарата ФарГАЛС показали, что формирование грануляционной ткани начинается уже с третьих суток после манипуляции в толще которой, в более поздние сроки (7-14 сутки), образуются грубоволокнистые соединительнотканые тяжи, характерные для развития диффузного спаечного процесса, при этом в прилежащих тканях легкого, париетальной и висцеральной плевры не отмечено существенных структурных изменений.

Разработанная методика проведения комбинированного плевродеза при выполнении видеоторакоскопических вмешательств обеспечивает адекватное формирование спаечного процесса в плевральной полости со снижением риска развития рецидивов осложнённого течения буллезной болезни легких с 6,5% до 3,6%, и в целом позволила увеличить долю пациентов с отсутствием ближайших и отдаленных осложнений с 77,4% до 89,3%.

Список литературы:

1. Im Y, Farooqi S, Mora A Jr. Vanishing lung syndrome. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2016;29(4):399–401.
2. Kim MS, Yang HC, Bae MK, et al. Single-Port Video-Assisted Thoracic Surgery for Secondary Spontaneous Pneumothorax: Preliminary Results. Korean J Thorac Cardiovasc Surg 2015;48:387-92.
3. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2095–128.
4. Stockley RA, Mannino D, Barnes PJ. Burden and pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. Proceedings of the American Thoracic Society 2009;6:524–6
5. Lor KL, Liu CP, Chang YC, et al. Predictive Modelling of Lung Function using Emphysematous Density Distribution. Sci Rep. 2019;9(1):19763.
6. Wheatley GH, III, Estrera AS. “Bullous Lung Disease” CTS NET: The Cardiothoracic Surgery Network. Accessed February 16, 2013.
7. Bertolaccini L, Pardolesi A, Brandolini J, Solli P. Uniportal video-assisted thoracic surgery for pneumothorax and blebs/bullae. J Vis Surg. 2017;3:107.
8. Agarwal R, Khan A, Aggarwal AN, et al. Efficacy & safety of iodopovidone pleurodesis: a systematic review & meta-analysis. Indian J Med Res. 2012; 135:297–304.
9. Guo Y, Tang K, Bilaceroglu S, et al. Iodopovidone is as effective as doxycycline in producing pleurodesis in rabbits. Respirology. 2010;15:119-25.
10. Teixeira LR, Vargas FS, Puka J, et al. Effectiveness and safety of iodopovidone in an experimental pleurodesis model. Clinics (Sao Paulo). 2013;68:557–62.
11. Tomaszewski JF. Dail and Hammar's pulmonary pathology volume I: nonneoplastic lung disease; 2008.
12. Очилов М.Э., Исмаев Ж.К., Хикматов Ж.С., Тагаев Ф.Х. Ўпканинг буллёз эмфиземаси ва спонтан пневмотораксда замонавий тиббий технологияларнинг роли (амалиётда кузатилган ҳолат). “Ўзбекистон хирургияси” журналы. 2016 йил, №3 (71), 128-129-бет.

РЕЗУЛЬТАТЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЭКТАЗОВ

Хикматов Ж.С., Хамдамов Б.З.

Бухарский государственный медицинский институт, г.Бухара, Узбекистан

Распространенность бронхоэктазов (БЭ) в литературе четко не определена. Weiker и соавт. сообщили, что от 340 000 до 522 000 взрослых в США лечились от бронхоэктазов, а у 70 000 взрослых бронхоэктатическая болезнь была впервые диагностирована в 2013 году [6]. Другое исследование показывает, что в 2012 году во всем мире насчитывалось более двух миллионов взрослых пациентов с бронхоэктазами, и ожидается, что к 2020 году это число превысит три миллиона [2,4].

Поскольку бронхоэктатическая болезнь характеризуется воспалением легких, теоретически может быть полезным применение противовоспалительных препаратов. Однако систематический обзор эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и кортикостероидов при лечении бронхоэктазов не показал явной пользы [1,5].

С иммунологической точки зрения бронхоэктатическая болезнь представляет большой интерес, поскольку позволяет понять механизмы иммунодефицита и последующего стойкого воспалительного ответа на бактериальную инфекцию. Это также дает возможность манипулировать иммунным ответом для улучшения результатов лечения пациентов. Следует отметить, что существует множество различных факторов, которые могут способствовать развитию бронхоэктатических заболеваний (после инфекции, иммунодефицит, нарушение функции слизистой оболочки, системные воспалительные заболевания, обструкция дыхательных путей), и их патогенез до конца не изучен [3].

Цель исследования: Улучшение клинических результатов послеоперационного периода с использованием методов коррекции иммуностатуса в комплексном хирургическом лечении бронхоэктазов

Материалы и методы: Исследование было проведено в 2019-2023 годах в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре и Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре хирургии им. акад. В.Вахидова было обследовано 118 пациентов с бронхоэктатической болезнью (БЭ). Из них 47 пациентов мужского пола (39,8%) и 71 пациент женского пола (60,2%). Средний возраст составил $38,2 \pm 2,2$ года.

В исследование были включены 52 пациента основной группы и 66 пациентов группы сравнения. Все пациенты получали стандартное лечение, включающее антибиотики (в зависимости от микробной чувствительности) и бронхолитики (ингаляции ипратропия бромид + фенотерол в дозе 500 мкг через небулайзер 3-4 раза в день). Для местной терапии также проводилась санационная фибробронхоскопия. Основная группа (52 пациента) одновременно получала иммунотерапию. Санационные процедуры фибробронхоскопии проводились с интервалом 3-4 дня; Курс лечения продолжался от 3 до 6 сеансов в зависимости от характера и размера бронхиальной обструкции.

В ходе исследования мы использовали препарат Ликопид® (Licopid) в целях иммунотерапии у пациентов основной группы. В состав входит глюкозаминилмурамилдипептид (ГМДП). Он выпускается в виде таблеток. Препарат применяется в комплексном лечении заболеваний, сопровождающихся случаями вторичного иммунодефицита у взрослых: острых и хронических гнойно-воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей, в том числе при гнойно-септических осложнениях после хирургических вмешательств. Препарат применяют утром за полчаса до еды.

Для определения концентрации цитокинов у пациентов брали мокроту, а исследования проводили с помощью ИФА. При этом концентрации интерлейкина-4 (IL-4) и интерлейкина-8 (IL-8) определяли с помощью тест-систем. Для определения гуморального иммунитета определяли концентрацию иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в мокроте пациента с помощью ИФА. При этом использовались наборы для тестирования.

Результаты исследования были введены в электронную матрицу программы MS Excel- XP. Статистические методы включают расчет средних значений (M) и их вариационных характеристик (стандартная ошибка – SE, стандартное отклонение – SD). Исходя из принципов доказательности, надежность всех рассчитанных статистических данных колебалась от $p < 0,050$ до $p < 0,001$. Вся статистика ниже $p > 0,050$ считалась недостоверной.

Результаты исследования: Во время исследования в мокроте пациента определяется концентрация цитокинов, которые вызывают воспаление и противодействуют ему, течение воспалительного процесса в организме меняется в соответствии с исходом заболевания, если концентрация одного из них превышает концентрацию другого, этот результат свидетельствует о том, что воспалительный процесс интенсивный. Тот факт, что во время нашего исследования цитокин IL-8, определяющий иммунологический статус, количественно превышает противовоспалительный IL-4, указывает на явное развитие этого патологического состояния. Иными словами, с учетом уровня воспаления в качестве дополнительных диагностических и прогностических иммунологических критериев были рекомендованы IL-4 и IL-8, определяющие иммунологический статус.

Определение концентрации первичных иммуноглобулинов (IgM, IgG, IgA, IgE) в мокроте пациентов с бронхоэктазами показало, что у пациентов в основной и сравнительной группах направления их сдвига и тенденции к размножению были практически одинаковыми. В то время как количество IgA увеличилось в 1,25 и 1,02 раза ($p < 0,05$) по сравнению с показателями контрольной группы в обеих группах, концентрация IgM увеличилась в 1,15 раза ($p < 0,05$) и 1,05 раза ($p > 0,05$) соответственно, в то время как те же показатели IgG достоверно увеличились на 2,12 и 2,14 раз ($p < 0,005$). Несмотря на патогенетическую значимость обоих иммуноглобулинов для изучаемой назологической единицы, мы признаем, что они являются диагностическими и не имеют большого значения для определения течения заболевания и перспективы его прекращения.

Пациенты на фоне основного заболевания характеризовались достоверно более высоким содержанием противовоспалительных цитокинов (IL-4), чем показатели контрольной группы. При этом межгрупповой разрыв в IL-4 составил 1,98 и 2,05 раза соответственно. Впервые среди всех показателей были обнаружены различия в параметрах цитокинов между группами пациентов (основной и выбывающей группами) ($p < 0,05$, $p < 0,005$). Это рекомендуется как новый взгляд на патогенез заболевания, на роль иммунной системы в его формировании и развитии. Оба цитокина (IL-4 и IL-8) были рекомендованы в качестве дополнительных прогностических критериев для практического здравоохранения при определении будущего и прекращения бронхоэктатической болезни у пациентов.

Полученные результаты показали, что IL-4 и IL-8 находились в пределах общепринятой нормы или референтных показателей у пациентов группы наблюдения и показали результат, близкий к практическому, даже после лечения - $11,12 \pm 0,71$ нг/мл и $46,31 \pm 1,59$ нг/мл соответственно по исследуемым параметрам.

Определение концентрации острого иммуноглобулина (IgM, IgG, IgA, IgE) в мокроте больных бронхоэктазами и сравнение показали, что направление изменения и тенденция увеличения в мокроте больных бронхоэктазами практически различны. Количество IgA увеличилось в 1,25 и 1,02 раза ($p < 0,05$) по сравнению с числом складок пациента у обоих полов, а концентрация IgM увеличилась в 1,15 раза ($p < 0,05$) и 1,05 раза ($p > 0,05$)

увеличилась, папаметплапс IgG увеличился до 2,12 и 2,14 карты на достоверном уровне ($p < 0,005$).

В ходе исследования концентрация IgE в мокроте пациента, в отличие от IgA, IgM и IgG, изменилась настолько, что привлекла к себе внимание. В отличие от других иммуноглобулинов, их количество отличалось не только от показателей контрольной группы, но и среди сопоставимых групп.

В основной и сравнительной группах было отмечено, что этот показатель увеличился еще больше - $167,58 \pm 6,67$ нг/мл ($p < 0,005$ в 6,85 раза). Значительное увеличение содержания IgE (в 6,33 и 6,85 раза) в мокроте пациентов с бронхоэктатической болезнью свидетельствовало о повышенной распространенности заболевания в организме.

В исследовании комплексное хирургическое лечение бронхоэктазов, включающее санативную фибробронхоскопию и иммунотерапию, привело к изменению характера сепарации в бронхиальном дереве у больных основной группы. В этой группе количество больных со слизисто-гнойным отделяемым уменьшилось на 35,9%, количество больных со слизисто-гнойным отделяемым увеличилось на 1,9%, а у 34,1% больных выделения из бронхиального дерева полностью исчезли.

Вывод: Применение иммунотерапии в сочетании с традиционным лечением в комплексном хирургическом лечении пациентов с бронхоэктатической болезнью достигло высокой эффективности и считается патогенетически обоснованным и обладающим высокой эффективностью в лечении и профилактике заболевания, поэтому стало возможным рекомендовать его для широкого применения в клинической практике.

Список литературы:

1. Martínez-García M. Á., Soler-Catalunã J. J., Sanz Y. D., et al. Factors associated with bronchiectasis in patients with COPD. CHEST. 2011;140(5):1130–1137.
2. Khikmatov, J. S., Khudaibergenov Sh. N., Khamdamov B. Z., Ismatov J. K. "Bronchiectasis (literature review)." Scientific progress 2.7 (2021): 94-108.
3. King PT. The Role of the Immune Response in the Pathogenesis of Bronchiectasis. Biomed Res Int. 2018;2018:6802637.
4. Polverino E., Cacheris W., Spencer C., Operschall E. In O'Donnell AE: Global burden of non-cystic fibrosis bronchiectasis: A simple epidemiologic analysis. 2012.
5. Welsh E. J., Evans D. J., Fowler S. J., Spencer S. Interventions for bronchiectasis: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;7:p. CD010337.
6. Weycker D., Hansen G. L., Seifer F. D. Prevalence and incidence of noncystic fibrosis bronchiectasis among US adults in 2013. Chronic Respiratory Disease. 2016;14(4):377–384.

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Очилов М.Э.¹, Газиев К.У.², Шарипов И.И.³, Хикматов Ж.С.⁴

^{1,3}Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, г.Бухара, Узбекистан

^{2,4}Бухарский государственный медицинский институт, г.Бухара, Узбекистан

В последнее время диагностика и лечение заболеваний сосудистой системы приобретает все большую значимость. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, среди причин смерти в развитых странах острое нарушение мозгового кровообращения стоит на третьем месте после ишемической болезни сердца и онкологических заболеваний.

Заболеваемость ишемическим инсультом в России составляет 3,48 на 1000 населения в год, в Европе — 0,38 на 1000 населения в год, в США — 1,38 на 1000 человек в год [6,7]; в 2016 г. в России выявлено 22 000 заболевших [1]. В Узбекистане заболеваемость мозговым инсультом колеблется от 0,9 до 1,4 на 1000 населения, а в г.Ташкенте 1,5 на 1000 населения [2,4]. Особо следует подчеркнуть, что в этой структуре доминирует расстройство ишемического характера. По данным Парфенова В.А. (2002) 70-85% мозговых инсультов носят ишемический характер. Предполагается, что в ближайшие годы значимость инсульта как медико-социальной проблемы еще более возрастает, что связывается с старением населения и увеличением в популяции числа лиц с факторами риска [2,3].

По данным «Добровольного национального обзора Узбекистана 2020 года» в Узбекистане в общей структуре причин смертности среди населения в возрасте от 30 до 69 лет первое место занимают болезни системы кровообращения - 68,9%, основными причинами которых являются ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония и их осложнения (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.). За ним следуют злокачественные новообразования (8,7%), болезни органов дыхания (3,6%) и сахарный диабет (3,6%).

Профилактика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения является важнейшей медико-социальной проблемой и имеет большое социально-экономическое значение. Среди всех видов нарушений мозгового кровообращения преобладают ишемические поражения головного мозга. Данные международных мультицентровых исследований, а также данные, представленные главным неврологом Узбекистана Гафуровым Б.Г., подтверждают, что, соотношение геморрагического и ишемического инсульта составляет в среднем 4,8:1,2. Следует подчеркнуть катастрофические последствия ишемического инсульта, т.е., 80% больных остаются инвалидами, летальность в остром периоде составляет 29%, к концу первого года достигает 59%. Среди выживших больных повторный инсульт развивается у 5-25% в течение первого года, в течение 3 лет – у 18%, а после 5 лет – у 20-40% пациентов. Вероятность смертельного исхода и инвалидности при повторном инсульте выше, чем при первом [2,4].

Современные методы дооперационного обследования, интраоперационного мониторинга основных мозговых функций, дифференцированный подход к выбору метода эндартерэктомии, выбору метода анестезии, а также динамическое наблюдение в ближайшем послеоперационном периоде позволяют более безопасно использовать хирургические методики коррекции стенозирующих поражений сонных артерий у пациентов с высоким хирургическим риском.

Материалы и методы. С 2016 по 2023 г. в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре прооперированы 23 пациента (15 мужчин - 65,2%) с атеросклеротическими стенозами сонных артерий. Средний возраст пациентов составил 63,5 года (55—67 лет). Из этих пациентов у 15 произведены «Классическая каротидная эндартерэктомия слева», у 8 - «Классическая каротидная эндартерэктомия справа». Все пациенты прошли курс консервативного лечения в предоперационном периоде. Все операции прошли гладко и без осложнённых.

Результаты. Пример из практики: пациенту 65 лет. Пол мужской. Пациент поступил в отделение II хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра с головные боли, головокружение, шум в ушах, снижение памяти с диагнозом «Атеросклероз. Стеноз ОСА и ВСА слева». В анамнезе заболевания считает себя больным в течении 3-4 лет. Свое заболевание ни с чем не связывает. Больной лечился в амбулаторных и стационарных условиях у невролога и терапевта. Пациенту проведено полное стандартное обследование. При осмотре область шеи без изменений. Кожа чистая. При пальпации пульсация на всех артериях сохранена. При аускультации выслушивается систолический шум левой общей сонной артерии. Над другими артериями систолический шум не слышен. Лабораторные анализы без изменения.

При инструментальных исследованиях: на УЗДГ эхопризнаки атеросклеротических изменений сосудов БЦА с наличием гиперэхогенным, гетерогенным АСБ. Стеноз справа в бифуркации 5-10%, слева бифуркации 40-45%, ВСА 65-70%. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастом в области шеи: Бассейн А. Carotis communis sinistra. Bifurcatio carotidis: сужено, в медиальной стенку бифуркации общей сонной артерии и у основания внутренней сонной артерии, определяется неправильной формы участок «дефект наполнения» (атеросклеротическая бляшка АСБ), размерами толщина-5 мм, продолжительность -1,3 см, с четкими ровными контурами. На эхоэнцефалография: Эхографически значимого смещения М-эха не выявлено. Желудочки расширены. Признаки умеренной внутричерепной гипертензии.

В результате лабораторных и инструментальных исследований были выставлен следующие клинический диагноз: Атеросклероз. Стеноз ОСА, НСА и ВСА слева. Осл: Цереброваскулярная болезнь. Хронического нарушения мозгового кровообращения. Дисциркуляторная энцефалопатия II степени. Больной осмотрен неврологом, кардиологом и анестезиологом.

Пациенту произведена операция «Классическая каротидная эндартерэктомия из ОСА, ВСА и НСА слева» под эндобронхиальным наркозом. В после трехкратной обработки операционного поля йод+спиртом. Разрезом кожи до 5 см в области шеи слева параллельно кивательные мышцы. Острым и тупым путем выделены ОСА, ВСА и НСА последней пульсируют на устья ВСА имеется стеноз характерно для атеросклероза, острым углом и имеется бляшка на уровне бифуркации ОСА которой стенозируют просвет до 70-80% устья ВСА. Далее гепаринизация, подъем АД до 170/100 мм.рт.ст. Пережат ВСА, НСА и ОСА продольная артериотомия над ОСА с переходом ВСА произведена классическая эндартерэктомия артериотомическая отверстия восстановлена нитью Пролен 5/0. Профилактика воздушной эмболии и поэтапный снятия зажимов. Гемостаз-сухо. Послойный швы на рану с оставлением резинового выпускника. Асептическая повязка. Макропрепарат: Внутрисосудистая атероматозная бляшка серо-желтоватого цвета с плотной консистенции. Послеоперационный период прошел гладко. Состояние пациента относительно улучшилось.

Вывод. Контрастное МСКТ исследование брахиоцефальных артерий помогают определить тактику лечения в период дооперационной подготовки, предотвратит интраоперационные и послеоперационные осложнения при стенозирующем и окклюзирующем атеросклерозе сонных артерий.

Список литературы:

1. Анцупов К.А., Лаврентьев А.В., Виноградов О.А., Дадашов С.А., Марынич А.А. Особенности техники гломуссберегающей эверсионной каротидной эндартерэктомии. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2011;17:2:119-123.
2. Асадуллаев Н.М., Ильхамов Ф.О. Эпидемиология мозгового инсульта и этапность оказания медицинской помощи // *Неврология*. 2002. №4. С. 14-16.
3. Святская Е.Ф., Бийкузиева А.А., & Ахмедова Д.Ш. (2020). Роль роботизированной механотерапии в восстановлении мобильности у пациентов, перенёвших острое нарушение мозгового кровообращения. *Вестник восстановительной медицины*, (1 (95)), 31-35.
4. Рахимджанов А.Р. (1999) Соматогенные осложнения мозговых инсультов. *Неврология*, 2: 12–13.
5. Hikmatov J.S. (2023). Use of the Mos SF-36 questionnaire in the assessment of quality of life in surgery. *Journal of applied medical sciences*, 6(4), 49-55.
6. Kim AS, Johnston SC. Temporal and geographic trends in global stroke epidemic. *Stroke*. 2013;44(6 suppl 1):123-125.
7. Lloyd-Jones et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Executive summary: heart disease and stroke statistics — 2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;121(7):948-954.

RECURRENT RENAL CELL CARCINOMA OF SOLITARY KIDNEY: RENAL SPARING SURGERY

Madadov I.K., Belgibaev E.B., Nabiyev E.S., Rgebayev B.G., Saduakas N.T.

*National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov
Almaty, Kazakhstan*

Abstract. 57 years old female was admitted to the hospital absolutely asymptomatic. Previously on ultrasound investigation 3 renal neoplasms were detected. Five years ago patient underwent nephrectomy on the left for renal cell carcinoma. Preoperatively laboratory tests were in reference range.

Patient underwent renal sparing surgery - all neoplasms were fully excised. After each excision arterial circulation was temporarily restored for up to 10 min. We call this - "start-break" technique. Also after excision it was better to assess hemostasis. Total warm ischemic time was 18 min. Total blood loss was 200ml. Patient's condition was relatively stable and did not necessitate hemodialysis. She was discharged on 11th postop day.

Renal cell carcinoma of the solitary kidney presents a great challenge either for the surgeons or patients, because it depends on what is the main purpose of treatment, because organ sparing surgery and radical surgery have mostly different outcomes in long-term period. The decision is made according to the clinical data, patient's preference, safety and good quality of life for patient. But organ sparing surgery bears the risk of recurrence more than the radical surgery. So these aspects must be considered before the informed consent is taken.

Key words: renal cell carcinoma, solitary kidney, excision, ischemic time.

Introduction. Renal cell carcinoma is the most common type of kidney cancer in adults. [1] It accounts for approximately 3% of adult malignancies and 90-95% of neoplasms arising from the kidney.

Initial treatment is most commonly either partial or complete removal of the affected kidney(s) [2]. Where the cancer has not any metastasis (spread to other organs) or burrowed deeper into the tissues of the kidney, the five-year survival rate is 65–90%, [3] but this is lowered considerably when the cancer has spread.

Small renal tumors (< 4 cm) are treated increasingly by partial nephrectomy when possible.[4] Most of these small renal masses manifest indolent biological behavior with excellent prognosis.[5] Nephron-sparing partial nephrectomy is used when the tumor is small (less than 4 cm in diameter) or when the patient has other medical concerns such as diabetes or hypertension. [6] The partial nephrectomy involves the removal of the affected tissue only, sparing the rest of the kidney, Gerota's fascia and the regional lymph nodes. This allows for more renal preservation as compared to the radical nephrectomy, and this can have positive long term health benefits.[7] Larger and more complex tumors can also be treated with partial nephrectomy by surgeons with a lot of kidney surgery experience.

Materials and methods (Case presentation). 57- year old female with the previous history of nephrectomy of the left kidney with renal cell carcinoma was admitted to our department completely asymptomatic with no classic clinical signs such as pain, gross hematuria or palpable mass. Preoperatively, on renal computed tomography with contrast enhancement 3 (three) neoplasms were detected on the right kidney: 2.5 cm tumor on posterior surface centrally, 3.0 cm - laterally on the lower pole and 3.0 cm - anteriorly on the upper pole. (Fig.1). Creatinine was 1.02 mg/dl and BUN was 5.2 mmol/l. During the preoperative evaluation there were not detected any sites of metastasis.

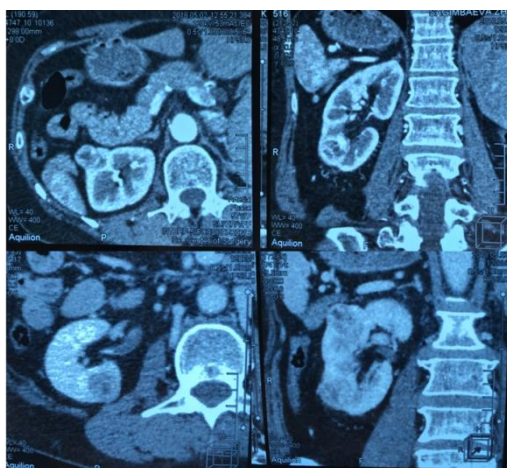


Figure 1. Computed tomography

According to the patient's history in 2013 she underwent open surgery – radical nephrectomy on the left for renal cell carcinoma. She was on follow up annually to date. Considering the previous history, the neoplasms were regarded as recurrent renal cell carcinoma. Taking into account normal function of the kidney, the refusal of patient to go on hemodialysis furtherly and the desire to maintain good quality of life we decided to perform renal sparing surgery.

Results. All neoplasms were fully excised and total warm ischemic time was 18 min (Fig.2). We used “start - break” technique, that refers to the temporary revascularization of kidney after each excision for up to 10 min. This technique has two advantages: firstly, it minimizes the warm ischemic time and, the second, is the opportunity to better control blood loss precisely after each excision. Postoperatively patient was hemodynamically stable, but the levels of creatinine and BUN increased on 2 postop day up to 4.1 mg/dl and 15.6 mmol/l, respectively. Potassium level was constant. Urine output was decreased until 800 ml. Patient's condition was relatively stable and did not necessitate hemodialysis. On the 10th postop day creatinine was 1.78 mg/dl and BUN was 6.5mmol/l. Urine output also greatly increased up to 2.5 l/day. Patient was discharged on 11th postoperative day in stable state condition. Histologically neoplasms were regarded as clear cell renal cell carcinoma grade 2. After 4 weeks of follow up creatinine and BUN are 1.3 mg/dl and 7.0 mmol/l, respectively. 6 month after the surgery patient has arrived for check - up. On computed tomography of kidney were no signs of recurrence and biochemistry assays were normal (Fig. 3). Creatinine was 1.2 mg/dl.

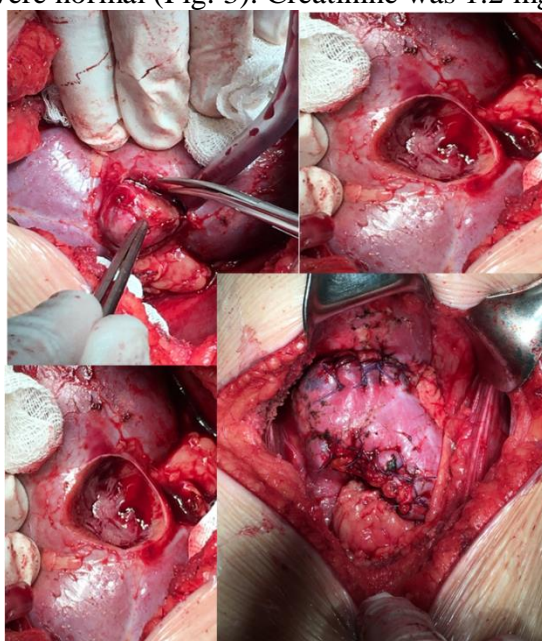


Figure 2. Excision of neoplasms. End view



Figure 3. Computed tomography 6 after surgery

Conclusion. According to previous reports at 5 and 10 years the overall survival rate in such kind of patients after renal sparing surgery was 74.7% and 45.8%, the cancer specific survival rate was 80.7% and 63.7%, the local recurrence-free survival rate was 89.2% and 80.3%, and the metastasis-free survival rate was 69% and 50.4%, respectively [8].

Such cases are very rare but if it is encountered we suppose that “start - break” can be safely used for excision two or more neoplasms in a solitary kidney in order minimize the ischemic injury and preserve the function.

References

1. Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin.* 2005;55:10–30.
2. Janzen NK, Kim HL, Figlin RA, Belldegrun AS. Surveillance after radical or partial nephrectomy for localized renal cell carcinoma and management of recurrent disease. *Urol Clin North Am.* 2003;30:843–852.
3. McNichols DW, Segura JW, DeWeerd JH. Renal cell carcinoma: long-term survival and late recurrence. *J Urol.* 1981;126:17–23.
4. Ljungberg B, Alamdari FI, Rasmuson T, Roos G. Follow-up guidelines for nonmetastatic renal cell carcinoma based on the occurrence of metastases after radical nephrectomy. *BJU Int.* 1999;84:405–411.
5. Levy DA, Slaton JW, Swanson DA, Dinney CP. Stage specific guidelines for surveillance after radical nephrectomy for local renal cell carcinoma. *J Urol.* 1998;159:1163–1167.
6. Lam JS, Leppert JT, Figlin RA, Belldegrun AS. Surveillance following radical or partial nephrectomy for renal cell carcinoma. *Curr Urol Rep.* 2005;6:7–18.
7. Lam JS, Leppert JT, Figlin RA, Belldegrun AS. Surveillance following radical or partial nephrectomy for renal cell carcinoma. *Curr Urol Rep.* 2005;6:7–18.
8. Bani-Hani AH, Leibovich BC, Lohse CM, et al. Association with contralateral recurrence following nephrectomy for renal cell carcinoma using a cohort of 2352 patients. *J Urol.* 2005;173:391–4.

«QAZAQ метод» - МЕТОД МОДИФИКАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КОНДУИТА ПРИ АНЕВРИЗМЕ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Нурбай Ж.Н., Тулеутаев Р.М.

АО «Научно-Исследовательский Институт Кардиологии и Внутренних болезней»
г. Алматы, Казахстан

Современной кардиохирургии известны много способов и модификации имплантации композитного кондуита к корню аорты, целью которых является уменьшение (предотвращения) кровотечения, тромбообразования и формирования парапротезных фистул [1,2,3,4,5,6,7,8]. На сегодняшний день вопрос все еще остается актуальным, так как многочасовая сложная операция может привести к печальным последствиям если не избежать осложнений. Новые предложенные способы имплантации показали в той или иной степени эффективность, но требуют дополнительных манипуляции, создание и подшивание искусственных юбок, использование дополнительного шовного, синтетического материала и как следствие увеличение времени ишемии миокарда, риска развития инфаркта миокарда, что удлиняет время операции и не эффективно останавливает кровотечение по линии швов.

Цель: Анализ первых результатов нового метода модификации имплантации аортального кондуита при аневризме восходящей аорты («QAZAQ method»).

Материал и методы: В АО «НИИ Кардиологии и ВБ» с 2018 по 2023 г. 115 пациентам выполнена замена аортального клапана и восходящей аорты различными техниками. В основе метода лежит способ при котором при супраанулярном протезировании на прокладках с применением «П-образных» швов, нити, выведенные с манжеты кондуита проводят на наружную поверхность аорты и на прокладках фиксируются таким образом, что после завязывания швов манжета композитного кондуита становится обернутой по типу «сэндвича» оставшейся частью восходящей аорты, а перипротезное пространство закрыто, а проксимальная линия шва усиливает фиксацию, что позволяет эффективно проводить профилактику кровотечений, тромбообразования и формирования фистул. Пациенты были разделены на 2 группы в соответствии с различными хирургическими методами, выполняемыми во время операций. В первых 45 случаях (группа 1) мы использовали стандартную процедуру. В других 40 случаях (группа 2) мы изменили процедуру, добавив некоторые новые техники для улучшения эффекта гемостаза (модификация «QAZAQ method»).

Результаты: Результаты оценивались через 12 мес. Средний возраст 35 пациентов в группе 1 составлял 57 года, во группе 2 составлял 58 лет. У всех пациентов как в 1 так и во 1 группах имелась аневризма восходящего отдела аорты более 5 см. Пациенты с расслаивающей аневризмой аорты были исключены. Значимых различий в предоперационных гематологических показателях не было. Не было выявлено значительных различий в продолжительности АСТ между группами до операции [Группа 1, (120 ± 12,6) мин против группы 2, (118,1 ± 13,9) мин], времени пережатия аорты [(135 ± 18,5) мин в 1 группе против (130 ± 14,2) мин, соответственно во 2 группе]. Значительно отличалось время искусственного кровообращения удлиняющееся, за счет длительного гемостаза при стандартной методике (219 ± 17,5) мин в 1 группе против (178 ± 15,2) мин, соответственно во 2 группе при использовании модификации.

Объем кровопотери в 1-й группе был достоверно больше, чем во 2-й группе [(790 ± 100,27) мл и (378 ± 105,3) мл соответственно; P < 0,05]. Объем переливания продуктов крови в группе 1 (6 пациентов) (450 ± 152,7) мл также был значительно больше, чем в группе 2 (трансфузий не проводилось) соответственно; P < 0,05]. Значимый объем кровопотери соответственно отразился и на гематологических показателях в

послеоперационном периоде. Повторных рестернотомий ни в 1 группе, ни во 2 не потребовалось. Одно из грозных осложнений – неврологические (ОНМК), встретились в 2 случаях в 1 группе, во 2 группе не наблюдалось. Нами так же оценивалась длительность нахождения пациента в ОРИТ (часы), в 1 группе учитывая значимый объем кровопотери и потребовавшее проведение гемотрансфузий привело к увеличению данного показателя (1 группа – $(36 \pm 5,3)$, во 2 группе $(25 \pm 3,5)$). Все пациенты как в 1 группе, так и во 2 группе были экстубированы в первые сутки. Технический результат - эффективная 100% профилактика кровотечений, тромбообразования и формирования фистул во 2-й группе.

Заключение: Данная методика модификации имплантации аортального кондукта при аневризме восходящей аорты («QAZAQ method») может помочь достичь положительных результатов при выполнении оперативного лечения и снизить количество осложнений, таких как кровотечение и тромбообразование.

Список литературы:

1. Chen L.-W., Dai X.-F., Wu X.-J. A Modified Composite Valve Dacron Graft for Prevention of Postoperative Bleeding From the Proximal Anastomosis After Bentall Procedure. *Ann Thorac Surg* 2009; 88: 1705—1707.

2. Bortolotti U. Preventing Bleeding From the Proximal Anastomosis After the Bentall Procedure. *Ann Thorac Surg* 2010; 90: 698.

3. Della Corte A., Baldascino F., La Marca F. et al. Hemostatic modifications of the bentall procedure: imbricated proximal suture and fibrin sealant reduce postoperative morbidity and mortality rates. *Tex Heart Inst J* 2012; 39 : 2: 206—210.

4. Copeland 3rd J.G., Rosado L.J., Snyder S.L. New technique for improving hemostasis in aortic root replacement with composite graft. *Ann Thorac Surg* 1993; 55: 1027—1029.

5. Тулеутаев Р.М., Уразбеков Д.О., Онгарбаев К.О., Абзалиев К.Б., Ракишев Б.А., Ибрагимов Т.Ю., Иммамырзаев У. Ошакбаев А.А.. Реконструктивные операции при аневризмах корня аорты с аортальной недостаточностью. *Ж.Известия Национальной академии наук РК института биологии и биологических растений, серия биологическая и медицинская №4(328)2018 июль – С5-20.*

6. de Figueiredo LF, Coselli JS. Individual strategies of hemostasis for thoracic aortic surgery. *J Card Surg* 1997; 12 (2): 222–228.

7. Lawrence HC. Ascending aortic aneurysms: Cardiac surgery in the adult. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 2008: 1236–1240

8. Copeland JG 3rd, Rosado LJ, Snyder SL. New technique for improving hemostasis in aortic root replacement with composite graft. *Ann Thorac Surg* 1993; 55 (4): 1027–1029.

9. Kotsis VN, Connery CP, Azariades P, et al. Prevention of aortic anastomotic hemorrhage. A simplified intraoperative testing technique. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 2001; 42 (5): 481–484.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ

Аленова А.У., Кауышева А.А., Коркан А.У.

«КМУ ВШОЗ» г. Алматы, Казахстан

Актуальность (введение). В Республике Казахстан одним из приоритетных направлений в сфере медицинской деятельности системы здравоохранения является репродуктивное здоровье.

По последним данным ВОЗ, частота бесплодных пар колеблется в пределах (17%).

По данным Казахской ассоциации репродуктивной медицины, частота бесплодных пар в Казахстане варьируется от 12% до 16%. Это практически каждая шестая пара.

Согласно определению ВОЗ от 2010г термин бесплодие означает – отсутствие наступления беременности у супружеской пары без применения средств контрацепции в течение 1 года при регулярной половой жизни (более 3 половых актов в неделю). Возрос интерес к хирургическим методам лечения бесплодия, при этом совершенствование эндоскопической техники способствует минимальному инвазивному вмешательству и снижает риск образования спаечных процессов и послеоперационных осложнений. На основании общепринятых принципов лечения в сфере медицинской деятельности врачи предпочитают эндовидеохирургический доступ для проведения диагностики и оперативного лечения пациентов с бесплодием.

Достаточно актуальная на сегодняшний день проблема женского бесплодия решается ранней и правильной диагностикой этиологии бесплодия, тактикой хирургического лечения и ведения пациентки с акцентом на репродуктологический результат, профилактику рецидивов нехирургических причин приводящих к бесплодию.

Количество хирургических вмешательств у женщин с бесплодием увеличивается каждый год во всех странах.

Проведенный обзор литературных источников определяет дефицит работ по вопросам диагностики патологии маточных труб при оперативном лечении с проведением сальпингоампулоскопии с одновременным забором на иммуногистохимическое исследование, что и обусловило актуальность данного исследования.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о необходимости внедрения: объединения репродуктологического подхода к хирургическому лечению и разработки индивидуальной тактики ведения пациентов после хирургического лечения.

Цель: «Улучшение эффективности хирургического лечения бесплодия путем внедрения методов комплексной диагностики и прогнозирования результатов»

Материал и методы:

В ТОО МЦ «РАХАТ» с 2019 по 2023гг. прооперировано 92 пациентов с диагнозом бесплодие, различного генеза.

Методика проведения - после подписания согласия и объяснения метода, заполнялись готовые формы с маркировкой пациента, итоги обследования супруга, установленной причиной бесплодия, характер проведенной операции, дальнейшая тактика ведения и исходы лечения.

На основании полученных данных, проведены 92 операции по бесплодию различного генеза, с использованием одномоментной гистероскопии, сальпингоампулоскопии и лапароскопии, с использованием иммуногистохимической диагностики забранного материала из маточных труб и эндометрия.

Выводы (заключение). По результатам нашего исследования мы диагностировали исход послеоперационного лечения, и ускорили наступление беременности у 62% пациентов основной группы, против 38% в контрольной. Таким образом, мы считаем методы сальпингоампулоскопии и гистероскопии с ИГМ исследованием биоптата, фактором улучшающим хирургическое лечение и диагностику бесплодия.

Литература:

1. Бесплодный брак Под редакцией члена-корреспондента РАН, профессора В.Е. Радзинского Версии и контраверсии, 2020 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва. ГЭОТАР-Медиа 2020, с.421.

2. Крутова В.А., Коваленко Я.А. Современные формы бесплодия

Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №3.;

3. Мэтью Х. Уокер; Кайл Дж. Тоблер. Женское бесплодие. Последнее обновление: 28 декабря 2021 г.

4.Исупова О.Г. (2017). Вспомогательные репродуктивные технологии: новые возможности // Демографическое обозрение. 4/1: 35-64.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ АЛЛОГЕРНИО-ПЛАСТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Норов Ф.Х., Хамдамов Б.З., Хикматов Ж.С.

Бухарский государственный медицинский институт, г.Бухара, Узбекистан

В мире одним из наиболее распространенных хирургических патологий являются наружные грыжи живота. На долю «...послеоперационных вентральных грыж приходится до 15-18% из общего числа пациентов с грыжами живота. Ежегодно в мире выполняются более 1,5 млн. хирургических вмешательств по поводу вентральных грыж, в странах СНГ этот показатель превышает 200 000 операций...» [1,2]. Необходимо отметить, что «...рецидив грыжи после операции возникает у 29% больных, после устранения первого рецидива 35%, второго 39%...» [3,4].

Во всем мире существует множество способов пластики грыжевых ворот при послеоперационных вентральных грыжах. Наиболее распространенным методом являлась пластика с использованием местных тканей, частота выполнения которых из года в год уменьшается. При этом рецидивы грыжи у пациентов составляли до 20%, а при осложненных формах превышали 40%. Решение проблем лечения больных с грыжами живота нашлось в широком применении алломатериалов. «...при укреплении брюшной стенки сетчатыми эндопротезами частота рецидивов снизилась до 2-3%, но увеличился риск развития осложнений со стороны послеоперационной раны в раннем и позднем послеоперационном периодах...» [5,6,7].

Несмотря на достижения определенных успехов в лечении грыж, многие вопросы герниологии остаются нерешёнными и спорными. Следовательно, разработка и внедрение в хирургическую практику более эффективных методов лечения грыж, направленных на определение градаций гистосовместимости тканей передней брюшной стенки с различными синтетическими материалами, а также дифференцированный подход к выбору алломатериала, определяют актуальность данной проблемы и ее важное социальное значение.

Цель исследования: оценить результатов гистосовместимости аллопротезов при использовании нескольких видов протезирующих материалов на экспериментальная модель наружных грыж живота.

Материал и методы. Экспериментальные исследования были проведены в виварии ТМА на кроликах породы новозеландская белая со средней массой 5 кг (4600-5400 грамм) с строгим соблюдением требований Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей (Strasburg, 1986).

У экспериментальных животных были сделаны 4 поперечных среза длиной 3 см по обе стороны от средней линии. После подготовки площадки для аллопластики каждому подопытному животному имплантировали различные аллопластики (тонкий пористый полипропилен, крупнопористый полипропилен, ультрапро, акрил) размерами 3, 0x1, 0 см. На 10-й и 45-й день был взят материал и проведены морфологические исследования для оценки степени адгезии имплантата. С этой целью в течение указанного периода времени из эксперимента был изъят один кролик, и для исследования была взята ткань из зоны имплантации алломатериала.

Статистическая обработка материала произведена на персональном компьютере Core I7 11400H в операционной системе Windows NT 11 с помощью программного пакета Microsoft Excel 2016 с использованием встроенных функций статистической обработки.

Результаты исследование. Для нивелирования факта влияния различных факторов на процессы заживления сеток у различных экспериментальных животных, нами разработана экспериментальная модель оценки гистосовместимости аллопротезов при использовании нескольких видов протезирующих материалов. Для этого на экспериментальном животном (кролике) параллельно срединной линии живота делали 4 отдельных разреза длиной до 3,0 см. После подготовки площадки для аллопластики имплантировали различные аллопротезы.

Необходимо отметить, что данный принцип создание экспериментальной модели вполне имеет место при разработке экспериментальных моделей локального характера (послеоперационные раны, гнойный раны, объемные образования мягких тканей и т.д.), однако не могут быть использованы при воспроизведении заболеваний, имеющих общий характер и распространенность.

При классификации материалов для герниопластики в эксперименте Н. М. Классификация, изложенная в работе Урмановой (2022).

Для проведения экспериментальных исследований использовались 4 группы алломатериалов по приведенной выше классификации. Экспериментальные исследования проводились в условиях операционной вивария ТМА, где соблюдались все меры асептики и антисептики. Под общим тиопенталовым наркозом с дополнительной местной анестезией на четырех экспериментальных животных по обеим сторонам от срединной линии делали 4 разреза длиной до 3 см. После подготовки площадки для аллопластики каждому экспериментальному животному имплантировали различные аллопротезы (1-4 типы) размерами 3,0x1,0 см. Сетка ушивалась к апоневрозу с помощью синтетических нерассасывающихся монофиламентных нитей типа «пролен непрерывными швами. Контроль на гемостаз. Рана ушивалась послойно, наглухо. Накладывалась асептическая повязка. На 10-е и 45-е сутки осуществляли забор материала и проводили морфологические исследования для оценки степени заживления имплантата. Для этой цели в указанные сроки из эксперимента выводили по одному кролику и с зоны имплантации алломатериала осуществляли забор тканей для исследования.

Проведенные морфологические исследования показали, что у акриловых, ультрапропористых, крупнопористых полипропиленовых видов регенеративные процессы протекали относительно равномерно, в сочетании со свободными проникновениями фибробластов и последующим разрастанием коллагеновых волокон как вокруг узловых соединений, так и вокруг однослойных имплантатов, с менее рубцовыми изменениями, близкими к физиологическим. При использовании крупнопористой сетки большие поры вызывали более естественную фибробластическую инфильтрацию. Акрил и ультрапро обладают наилучшими показателями репарации, так как некоторые волокна подвергаются гидролизу, освобождая место для разрастающейся в них соединительной ткани, при этом процент инородного тела, остающегося в организме, и реакция на него также сведены к минимуму.

При использовании особо мелкопористого полипропилена наблюдалась более выраженная воспалительная и фибробластическая реакция с образованием плотных, гипертрофированных соединительных волокон. Это обусловлено избытком нерастворимого синтетического материала, стимулирующего пролиферацию фибробластов, непропорциональным для вида ростом регенерирующих тканей, более выраженной воспалительной реакцией, активизирующей коллагенизацию.

Вывод: Нами была усовершенствована экспериментальная модель наружных грыж живота, которая заключалась в том, что на одном экспериментальном животном имплантировали несколько разновидностей алломатериалов на равнозначных участках передней брюшной стенки, что позволяло достичь идентичности условий для заживления

различных алломатериалов. Учитывая различные физико-химические свойства сеток, нами проведены экспериментальные исследования по изучению заживления различных аллотрансплантатов.

Список литературы:

1. Гегия Б.Ш., Алаутдинов Р. Р. “Гибридная методика лечения послеоперационной вентральной грыжи” хирургия, 2018, Т4, с 24 – 30.
2. Давлатов С.С. Послеоперационные вентральные грыжи: современное состояние проблемы // Проблемы биологии и медицины. – 2019. – № 1. – С. 168-174.
3. Инютин А.С. Профилактика послеоперационных срединных вентральных грыж в ургентной абдоминальной хирургии: Дисс. на соис. уч. степ. док. мед. наук. – Рязань, 2021. – 292 с.
4. Норов Ф. Х., Алекян Б. Г., Пурсанов М. Г. осложнения рентгеноэндоваскулярных лечебных вмешательств у пациентов старше одного года с врожденными пороками сердца // Вестник Авиценны. – 2011. – №. 3. – С. 19-26.
5. Хикматов Ж.С. Хирургияда вентрал чурраларда ўтказиладиган протезли пластика амалиёти натижаларини яхшилаш йўллари (Пути улучшения результатов протезной пластики при хирургии вентральных грыж): Магистерская диссертация / науч. рук., к.м.н. Мирходжаев И.А.
6. Burner G., Montgomery A. Suture-Tool: A Mechanical Needle Driver for Standardized Wound Closure // World J Surg. – 2020. – Vol. 44, № 1. – P. 95-99.
7. Dindo D – Annals of surgery, 2004, vol.2, №240, p 205 – 213.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО И БЕЗОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Солиева Ш.С.¹, Маркушин В.А.², Исматов Ж.К.³, Хикматов Ж.С.⁴.

^{1,4} Бухарский государственный медицинский институт, г.Бухара, Узбекистан

² Частная медицинская клиника "Здрава", г.Краснодар, Россия

³ Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, г.Бухара, Узбекистан

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — врожденная аномалия развития, при которой грудина и передние ребра оттягиваются назад. Такая деформация грудной клетки известна человечеству с давних времен. Первые записи в литературе были обнаружены в 1594 г., а первые описания ВДГК были даны в 1870 г. Н.Eggel.

Врожденные пороки грудной клетки встречаются у 1-4% населения, причем наибольшую часть (90%) из них составляют ВДГК [1]. У мальчиков заболевание встречается в 4 раза чаще, чем у девочек. По данным литературы, это заболевание встречается у 1 из 500 новорожденных, при этом в различных исследованиях наблюдалось преобладание мальчиков от 2:1 до 9:1.

Почти 65% пациентов с этим заболеванием имеют в анамнезе деформацию грудной клетки у своих родственников. По мере роста ребенка заболевание ухудшается, то есть уродство углубляется, меняется положение тела, вызывает функциональные расстройства сердца и легких.

Оперативное лечение врожденной деформации грудной клетки проводят детям 6-7 лет. По мнению травматологов, желаемый результат достигается лишь у 40-50% пациентов [2]. При II и III степени деформаций грудной клетки рекомендуется проводить реконструктивные операции на грудной клетке для создания нормальных условий для работы сердца и легких. На сегодняшний день существует более 100 видов оперативного лечения ВДГК. К ним относятся операции, предложенные Ludwig Meyer, Ferdinand

Sauerbruch, M.Ravitch, D.Nuss, A.B.Виноградовым, Н.П.Кондрагайном и другими. Отдаленные эффекты ранее предложенных оперативных методов были спорными, а некоторые операции привели к ухудшению внешнего вида и эластичности грудной стенки. В 1987 году Насс предложил минимально инвазивную видеоторакоскопическую операцию по устранению ВДГК [3]. Индекс Галлера более 3,25 является показанием к оперативному лечению при ВДГК [4,6].

В большинстве случаев ВДГК степень деформации не требует немедленного хирургического вмешательства, но этим пациентам может помочь консервативное лечение. Другие пациенты неохотно идут на операцию из-за боли, связанной с послеоперационным восстановлением, и риска несовершенных результатов. В связи с этими фактами использование альтернативной терапии «Vacuum Bell» для консервативного лечения ВДГК стало предметом интереса пациентов [5,8]. Метод использования вакуума для поднятия грудной клетки впервые был использован более 100 лет назад [7].

Цель исследования: изучить эффективность результатов оперативного и консервативного лечения воронкообразных деформаций грудной клетки и широко применить их на практике.

Материал и методы. За 2019-2023 годы из 47 пациентов, пролеченных по поводу воронкообразной деформации грудной клетки в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре, 16 пациентам была проведена операция по Насс. Из них у 5 человек была воронкообразная деформация грудной клетки II степени, у 11 человек - III степени. У 14 пациентов была установлена 1 металлическая пластина, а у 2 пациентов — 2 металлические пластины подходящего размера. У всех пациентов деформация была симметричной, других врожденных пороков не выявлено. Индекс Галлера колеблется от 3,48 до 6,85. Остальным 31 пациенту с целью консервативного лечения по поводу I-II степени воронкообразной деформации был установлен аппарат «Vacuum Bell». Ношение данного устройства рекомендовано в течение от 6 до 12 месяцев по индивидуальной схеме в зависимости от степени деформации. Всего было 47 пациентов в возрасте от 4 до 19 лет.

Результаты исследования: Все 16 выполненных оперативных вмешательств протекали неосложненно, у 13 пациентов металлическая пластина на передней грудной стенке была удалена, у 2 пациентов металлическая пластина не была удалена из-за преждевременных сроков. У 1 пациента через 2 года после операции Насс, учитывая, что воронкообразная деформация в определенной степени сохранилась и с косметической точки зрения пациент не удовлетворен, использован аппарат «Vacuum Bell» с сохранением металлической пластины на передней стенке грудной клетки.

Пример из практики: Пациентка — девочка 8 лет. В мае 2019 года обратилась в отделение «I хирургия» Бухарского областного многопрофильного медицинского центра с жалобами на врожденную деформацию грудной клетки, косметический дискомфорт, одышку при физических нагрузках. По словам матери, у пациентки с рождения имеется деформация грудной клетки.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые оболочки нормальной окраски, температура 36,5⁰С, подкожная жировая клетчатка хорошо развита. Движения активные, периферические лимфатические узлы не увеличены. В области грудной клетки на передней стенке грудной клетки имеется впалая (воронкообразная) деформация размером 10х6 см и глубиной 4 см. В равной степени участвует в акте дыхания. При пальпации звуковая вибрация равномерная, безболезненная. Перкуторный звук в легких при перкуссии. При аускультации в обоих легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧДД-22 минуты. ИМТ-13 кг/м². Тоны сердца ясные, ритмичные. А/Д 110/70 мм.рт.ст. Пульс 98 ударов, ритмичный. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный, перистальтика кишечника выслушивается хорошо. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Пассажи и мочеиспускание адекватные. Отклонений от нормы в лабораторных анализах нет. При инструментальных исследованиях: «КТ-признаки

воронкообразной деформации грудной клетки 3 степени» при мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) грудной клетки. Индекс Галлера равен 6,0. В ЭхоКГ: Полости сердца не расширены, сокращения сохранены, клапаны не изменены. При спирографии: Функция внешнего дыхания не изменена. На ЭКГ: ритм синусоидальный, правильный, число сердечных сокращений 100 раз/мин. Органы брюшной полости при УЗИ: без изменений.

По результатам лабораторного и инструментального обследования установлен следующий клинический диагноз: воронкообразная деформация грудной клетки, компенсированный тип, симметричный вид, 3 степень. Пациентке 17 мая 2019 г. выполнена операция по Насс с установкой 1 металлической пластины для коррекции деформации грудной клетки. После рентгенографии органов грудной клетки на 2-е сутки удалены дренажные трубки в плевральных полостях. Послеоперационный период у пациентки протекал гладко. Общее состояние больной улучшилось и на 4-е сутки после операции она была выписана под наблюдение торакального-хирурга. Через 2 года, 28 июня 2021 г., пациентке успешно удалили металлическую пластину, установленную на передней стенке грудной клетки, по методу Насс. Имевшаяся воронкообразная деформация грудной клетки была устранена.

У 23 пациентов, получавших лечение с помощью аппарата «Vacuum Bell», курс лечения был завершен, протекал без осложнений, и наблюдалась полная коррекция деформации. Остальные 8 пациентов в настоящее время проходят курс лечения.

Вывод: несмотря на то, что сегодня старая школа торакальных хирургов и хирургов-ортопедов по-прежнему использует методы открытой торакопластики, торакопластика ВДГК по методу Насс стала «золотым стандартом». Потому что эта операция, как менее инвазивный, менее травматичный метод, значительно сокращает время операции и сводит кровопотерю во время операции к минимуму. Однако за последние несколько десятилетий в использовании вакуумной терапии при ВДГК был достигнут значительный прогресс, поскольку материалы, используемые для изготовления вакуумного колокола, улучшились, а вакуумные устройства стали более мощными.

Список литературы:

1. Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Разин М.П. и др. Сравнительная характеристика эффективности различных способов оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей: мультицентровое исследование. // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2018. Т. 6. Вып. 1. С. 5-13.
2. Малахов О.А., Рудаков С.С., Лихотай К.А. Новый подход к лечению воронкообразной и килевидной деформаций грудной клетки у детей и подростков //В кн.: Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии.-СПб — 2002 — С. 179-180.
3. Nuss D, Obermeyer RJ, Kelly RE. Nuss bar procedure: past, present and future. *Ann Cardiothorac Surg* 2016;5(5):422-433. doi: 10.21037/acs.2016.08.05
4. Archer JE, Gardner A, Berryman F, Pynsent P. The measurement of the normal thorax using theHaller index methodology at multiple vertebral levels. *Journal of Anatomy*. 2016 May; 229(4):577-581. doi: 10.1111/joa.12499
5. Haecker FM. The vacuum bell for conservative treatment of pectus excavatum: the Basle experience. *Pediatr Surg Int*. 2011 Jun;27(6):623-7. doi: 10.1007/s00383-010-2843-7. PMID: 21240610.
6. Khanna G, Jaju A, Don S, Keys T, Hildebolt CF. Comparison of Haller index values calculated with chest radiographs versus CT for pectus excavatum evaluation. *Pediatr Radiol*. 2010 Nov;40(11):1763-7. doi: 10.1007/s00247-010-1681-z. Epub 2010 May 15. PMID: 20473605.
7. Lange F. Thoraxdeformitäten [J]. *Handbuch Der Kinderheilkunde. Chirurgie und Orthopädie*. 1910;V:157.
8. Robert N. Negative pressure wound therapy in orthopaedic surgery. *Orthop. Traumatol. Surg. Res*. 2017;103:S99–S103. doi: 10.1016/j.otsr.2016.04.018.

ҚАЛҚАНША БЕЗІ АУРУЛАРЫНЫҢ АЙМАҚТЫҚ ТАРАЛУЫНЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Назарова Л.З.¹, Әбілқасым Д.А.¹, Жакупова М.Н.¹, Алкеева Р.О.².

¹«С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» КЕАҚ, Алматы қ., Қазақстан

²«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан

Кіріспе. Эндокриндік патологияның құрылымында қалқанша безінің аурулары таралуы бойынша жетекші орын алады. Қазіргі уақытта денсаулық сақтаудың маңызды, басым бағыттарының бірі – қалқанша безінің йод тапшылығы ауруларының алдын-алу және онымен күресу болып табылады. ДДҰ мәліметтері бойынша, эндокриндік бұзылулар арасында қалқанша безінің аурулары қант диабетінен кейін екінші орында тұр. Әлемде 740 миллионнан астам адам эндемиялық зобқа шалдыққан, оның көрінісі осы бездің функциясының бұзылуымен сипатталады, сондай ақ, қазіргі таңда әлем халқының үштен бір бөлігінен астамы (шамамен 2 млрд) йод тапшылығы ауруларының дамуының жоғары қаупі жағдайында өмір сүреді.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Біз соңғы Google Scholar, Scopus, Web of Science, PubMed, E-library ғылыми дерекқорларынан 10 жылдағы ашық қолжетімді мақаларға аналитикалық шолу жасадық. Әдебиеттерді шолуға енгізілген басылымдар орыс және ағылшын тілдеріндегі толық мәтінді мақалалар болды.

Зерттеу нәтижелері. Жыл сайын қалқанша безінің патологиясы бар науқастарды емдеу үшін мемлекеттер орасан зор қаражат жұмсауға мәжбүр, ал бұл үлкен медициналық және әлеуметтік-экономикалық проблемалар туғызатыны мәлім. Қалқанша безінің патологияларының ішінен эндемиялық зоб жетекші орын алады. Эндемиялық зобпен ауыратын науқастардың шамамен 75% - ы аз дамыған елдерде, қалған 25% - ы йод тапшылығының алдын-алуға бағытталған шаралардың жүзеге асырылуына қарамастан зоб ауруы сақталатын дамыған елдерде тұрады (Трошина Е.А. және бір.ав., 2014). Соңғы жылдары қалқанша безінің қатерлі ісік ауруларының санының өсуі байқалды. Жыл сайын әлемде қалқанша безі қатерлі ісігінің жаңа жағдайлары бойынша 122 мың адам тіркеледі, бұл анықталған барлық қатерлі ісіктердің 1% құрайды. Әлемнің әр түкпірінде қалқанша безінің қатерлі ауруларымен сырқаттанушылық деңгейі 100 мың тұрғынға шаққанда әйелдерде 1,9-дан 19,4-ке дейін және ерлерде 0,8-ден 5,0-ге дейін кездеседі (Канаев Р. А., 2016).

Әсіресе, йодтың жетіспеушілігі айқын геохимиялық провинцияларда балалардың интеллектуалды және физикалық дамуы жатыршылық кезеңнен бастап кешеуілдейтіні өзекті мәселе [1]. Орталық Азия аймағы өзінің географиялық орналасуына байланысты тамақ пен су құрамында йод мөлшері тапшы аймақ болып табылады [2,3]. Жыл сайын Өзбекстан, Тәжікстан, Қырғызстан және Қазақстан эндокринологтарының жаңа зерттеулері жарияланады, олардың нәтижелері Орталық Азия өңірінің тұрғындарында қалқанша безінің патологиясының жоғары статистикалық динамикасын көрсетеді [4,5]. Соңғы онжылдықтарда Орталық Азия елдерінің үкіметтері әзірлеген және қабылдаған тұзды йодпен байытуға бағытталған әртүрлі бағдарламаларына қарамастан, Орта Азия елдерінің жекелеген аймақтарында йод тапшылығы жағдайларының өршуі мезгілімен байқалады [6,7].

Топырақта, суда және тамақ өнімдерінде йодтың жетіспеушілігі Қазақстан Республикасы аумағының жартысында белгіленген, ал эндемиялық зоб ошақтары 16 облыстың 13-інде тіркелген. Зоб эндемиясы, әсіресе, Қазақстанның оңтүстігі мен шығысында жиі кездеседі. Аталған аймақтардағы ересек тұрғындар арасында зобтың таралуы 50-60%-ға жетеді. Қазақстанда эндемиялық зобпен сырқаттанушылықтың орташа республикалық көрсеткіші 3,9% құрайды. Бұл саннан жоғары көрсеткіштер Шығыс

Қазақстан (5,7%), Жамбыл (28,9%), Батыс Қазақстан (5,8%) облыстарында және Алматы қаласында (9,3%) тіркеледі [8].

Батыс Қазақстан облысында йод тапшылығының басты маркерлерінің бірі – тиреогеалияның пайда болу жиілігі 32,5%-ды құрады (2016 жыл), бұл қиын жағдайдың көрсеткіші болып табылады. Ұзақ мерзімді зерттеу барысында алынған нәтижелерге сүйенсек, жүкті әйелдер контингентімен бірге 6 мен 12 жас аралығындағы балалар да йод тапшылығының әсеріне ең осал топтарға кіретіні өкінішті. Сондай-ақ, мұнай мен газ өндірудің балалардағы йод тапшылығы жағдайларының ауырлығына әсерін дәлелдейтін зерттеу нәтижелері де қолжетімді [5,6].

Эндокринологтарға, педиатрларға және урологтарға ата-аналар және балалардың өздері құрдастарымен салыстырғанда жыныс мүшелерінің дамуында артта қалушылық туралы шағымдармен жиі жүгінеді [9]. Авторлар Өзбекстан Республикасының әртүрлі аймақтарындағы 1066 жасөспірім ұлдарды бақылау жағдайын талдады. 696 жасөспірімде (65,3%) жыныстық және жалпы дамудың әртүрлі бұзылыстары анықталды, олардың 412-де (38,6 %) бұл патология йод тапшылығы жағдайымен үйлестірілді. Даму бұзылыстарының ішінде 191 жасөспірімде (17,9 %) әртүрлі дәрежедегі жыныстық жетілудің (пубертат) кешігуі жиі кездеседі, сондай-ақ физикалық және жыныстық дамудың кешігуі-126 жағдайды (11,8 %) құрады. Өсудің оқшауланған тежелуі 134 жасөспірімде анықталды (12,5 %). Әр түрлі даму бұзылыстары бар 696 пациенттің 330-ының (47,4 %) себебі қалқанша безі ауруының салдыры ретінде қарастырылды. Йод тапшылығы бар аймақтарда сыни жас кезеңдерінде негізгі танымдық функциялардың қалыптасуының кешігуі байқалады. РМҒА балалар денсаулығы ғылыми орталығының мәліметтері бойынша, мұндай өңірлердегі балалардың 85%-ында интеллектуалдық-мнестикалық тұрғыда ауытқулар бар, оның ішінде балалардың 30%-ында зерттелген функциялардың көпшілігі бойынша өрескел бұзушылықтар анықталды, балалардың 55%-ында әртүрлі дәрежедегі жартылай когнитивтік кемшіліктер анықталды. Алынған нәтижелер йод тапшылығы жағдайлары ұрықтың туа біткен ауытқуларының да, даму бұзылыстарының да қауіп факторы болып табылатыны туралы әдеби деректерін растайды [10].

Соңғы онжылдықта әлемнің дамыған елдерінде тіршілік ету ортасының зиянды ауыр металдармен ластануының теріс әсер ету қаупі, сондай-ақ халықтың тамақтану құрылымының өзгеруіне, экологиялық, өндірістік факторларға, өмір сүру ұзақтығы мен ауру құрылымының өзгеруіне, дәрі-дәрмек жүктемесінің жоғары деңгейіне байланысты өмірлік маңызды химиялық элементтердің тапшылығы туралы алаңдаушылық артып келеді [11]. Йод тапшылығына байланысты аурулардың алдын-алу шаралары қарапайым және оны дұрыс шешкен кезде йод тапшылығы себебінен болатын бұзылыстарды болдырмауды барынша қамтамасыз етуге болады. Бұл мәселеге ДДҰ мен ЮНИСЕФ тарапынан ерекше назар аударылады, осы орайда барлық елдерде йод тапшылығы жағдайларының алдын алу бойынша іс-шаралар кешенін ұйымдастыруды алға қояды. Германиядағы йод тапшылығымен күресудің экономикалық тиімділігін зерттеу нәтижесі йод тапшылығы салдарларын емдеу олардың алдын алудан 20 есе қымбат екенін көрсетті [12].

Қорытынды. Йод тапшылығының медициналық-әлеуметтік және экономикалық маңызы – бүкіл ұлттың зияткерлік дамуын және кәсіби әлеуетін айтарлықтай жоғалту қаупінде болып табылады. Сонымен қатар, мәселенің өзектілігі жүктілік барысында әйелдерде туындаған зоб үрдісінің кері қайтпауына байланысты, бұл қалқанша безінің патологиясының қалыптасуына алғышарттар жасайды. Осы орайды, қазіргі эндокринология мен эндокриндік хирургияда қалқанша безінің аурулары кешенді тәсілді және оны шешуді қажет ететін маңызды әлеуметтік мәселе болып табылады.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Корнев С.В. Рак щитовидной железы на территориях, загрязненных радионуклидами: основные факторы риска. Медицинская радиология и радиационная безопасность. 2005; Т. 50, № 4; 43-55
2. Исмаилов С.И., Рашитов М.М. Прогресс в области профилактики йододефицитных заболеваний в Республике Узбекистан (1998-2016) // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2016. – Т. 12, № 3. – С. 20-24.,
3. Исмаилов С.И., Рашитов М.М. Результаты эпидемиологических исследований распространенности йододефицитных заболеваний в Республике Узбекистан // Международный эндокринологический журнал. – 2017. – Т. 13, № 3. – С. 197-201
4. Каримова М.М., Исмаилов С.И. Динамика количества и объема хирургических операций узловых форм зоба в условиях йодообеспеченности (1984-1990) и йододефицита (1999-2005) в Узбекистане // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12, № 6. – С. 28-33.,
5. Кудобаева Х.И. и др. Роль дисбаланса микроэлементов в развитии эндемического зоба у школьников нефтегазоносных районов Западного региона Республики Казахстан // Микроэлементы в медицине. – 2016. – Т. 17, № 2. – С. 36-44
6. Батырова Г.А. и др. Распространенность тиреомегалии в Западно-Казахстанской области по данным ультразвукового исследования щитовидной железы // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2016. – № 4. – С. 419-423.,
7. Султаналиева Р.Б., Бейшекеева Г.И., Герасимов Г.А. Оценка обеспечения питания йодом беременных и кормящих женщин в Кыргызстане // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2016. – Т.12, №1. – С. 34-37.
8. Кудобаева Х.И. Базаргалиев Е.Ш. Кошмаганбетова Г.К. О проблеме йододефицитных состояний в Республике Казахстан// Медицинский журнал Западного Казахстана №3 (39) 2013 г.
9. Бруно де Бенуа, Швец О.В. Устранение дефицита йода — одна из ключевых задач здравоохранения // Международный эндокринологический журнал. - 2011. - № 6 (38). - С. 12-18.
10. Urmanova Yu.M., Mavlonov U.Kh., Khodzhaieva F.S. The value of screening to identify risk factors for delayed puberty in adolescent boys and correlations with iodine deficiencies in various regions of the republic of Uzbekistan/ International journal of endocrinology, ISSN 2224-0721 № 1(65) • 2015
11. Savchenko O.V., Toupelev P.A. / Lead, cadmium, manganese, cobalt, zinc and copper levels in whole blood of urban teenagers with non-toxic diffuse goiter. //Int J Environ Health Res. -2012 -22(1):51-9. doi: 10.1080/09603123.2011.588324. Epub 2011 Jun 9.
12. Andersson M., Karumbunathan V., Zimmermann M.B. /Global iodine status in 2011 and trends over the past decade //J Nutr. -2012 Apr 1 -42(4):744-50. Epub 2012 Feb 29.

СТУДЕНТТІК ОРТА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚОҒАМҒА НАСИХАТТАУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ

Ахметова П.Е.¹, Айтманбетова А.А.².

¹ «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

² С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

Саламатты өмір салтын (СӨС) ұстанатын халықтың үлесін арттыру – «Дені сау ұлт» әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» ұлттық жобасының маңызды бағыты. Замануи өмірдің қарқынды ағыны адамдардың денсаулығына кері әсерін тигізбей қоймайды. Жолда жүре тамақтану, күйзеліс, ұйқының қанбауы және

физикалық белсенділік 21 ғасырдың өмір салтымен үнемі бірге жүреді. Индустрияландыру үрдістеріне байланысты әлемнің барлық дерлік ірі қалаларының серігі болып табылатын тығыз жол қатынасы қозғалыстары, нашар экологиялық мәселелер – салауатты өмір салтын ұстануды ауырататын факторлар.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау саласындағы көптеген мемлекеттік қаулыларға қарамастан, Қазақстан денсаулық деңгейі бойынша 167 елдің рейтингінде 84-ші орынға ие болды. Әрине, бұл тұста Ресей мен Қырғызстанды басып озғанын айта кеткен жөн /<https://energyprom.kz/> Рейтинг көрсеткендей, барлық елдер әртүрлі себептермен зиянды өмір салтына бейім. Мұнда Шығыс Еуропаны лидерлік танытқанымен, физикалық белсенділік жеткілікті болып көрінетін және жаман әдеттер жоқ деп саналатын Океанияда да семіздікті белгілері жеткілікті.

СӨС туралы екі деңгейден айтуға болады: халықты тәрбиелеу (микро-деңгей) және ақылға қонымды мемлекеттік саясат (макро-деңгей). Мемлекеттік басқару деңгейіне тоқталсақ, ҚР бюджетінің 2024 жылға арналған шығыстары – 24 трлн теңге. Сонымен қатар, міндетті медициналық сақтандыруды енгізуге қарамастан, елде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі жұмыс істейтінін ұмытпауымыз керек әрі ол барлық азаматтар үшін бюджет есебінен төленеді. Сонымен, жалпы денсаулық сақтау жүйесіне бюджетте 2,38 трлн теңге қарастырылған /<https://bes.media/news/24-trln-tenge>.

Денсаулық сақтау жүйесіне жұмсалатын шығыстардың шамасы осы проблемаға мемлекет қатынасының көрсеткіші болып табылады, Ол өз кезегінде оны ел халқының қабылдауынан да көрінеді. Бұл бұрыннан мемлекеттен тиісті қолдау таппай келе жатқан әлеуметтік проблема. Халықтың денсаулықты сақтаудағы мінез-құлқының маңыздылығы мен мемлекеттік саясаттың бағыттары туралы түсінігін қалыптастырудың нақты қажеттілігі арасындағы қайшылық зерттеуді қажет ететін өзекті мәселе болып табылады.

Осы орайда, зерттеу нысаны ретінде студенттік орта белгіленіп, ғылыми жұмыстың мақсаты - студенттер арасында салауатты өмір салтын ынталандыра отырып қоғамға интеграциялау болып табылды.

Зерттеу мақсатына жетуде салауатты өмір салтын зерттеудің негізгі бағыттарын отандық және шетелдік әдебиеттерде шолу қарастырылды. Сонымен қатар зерттеу орны бойынша студенттердің денсаулығын сақтаудың негізгі тәжірибелерін талдау, СӨС қағидаттары туралы негізгі ақпараттық арналарды анықтау міндеттерін шешу жоспарланды.

Магистрлік жұмыста қолданылатын зерттеу әдістері: теориялық –социологиялық, медициналық әдебиеттерді, сондай-ақ қажетті нормативтік-құқықтық актілерді талдау; эмпирикалық – сауалнама көмегімен зерттеу.

Жұмыстың практикалық маңыздылығы диссертациялық зерттеудің нәтижелерін жастарда СӨС қалыптастыру саласындағы мемлекеттік саясатты білім беру және заң шығару деңгейінде жетілдіру бойынша ұсыныстар әзірлеу үшін пайдалану мүмкіндігімен анықталады.

Ғылыми талдаулар қазіргі уақытта кез-келген елдің даму болашағын анықтайтын халықтың денсаулығы екеніне күмән келтірмейді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша, денсаулықтың – аурудың немесе физикалық ақаулардың болмауы ғана емес, толық физикалық, психикалық және әлеуметтік оптимальды жағдайы анықтамасы денсаулықтың нақты болмауының маңыздылығын ғана емес, сонымен қатар денсаулықты сақтау мінез-құлқына назар аударады, оның мәні денені тепе-теңдікке келтіру болып табылатынын айтады [1,2].

Салауатты өмір салтының негізгі элементтері: қоршаған орта (өмір сүру үшін қауіпсіз және қолайлы); тамақтану: белгілі бір адамның физиологиялық ерекшеліктеріне сәйкес келетін, сондай-ақ тұтынылатын өнімдердің сапасы туралы хабардар болу; жас және физиологиялық ерекшеліктерін ескере отырып, физикалық белсенді өмір сүру; дене гигиенасы: жеке және қоғамдық гигиена ережелерін сақтау, алғашқы медициналық көмек дағдыларын меңгеру; жаман әдеттерден бас тарту [3,4].

СӨС -ның жоғарыда аталған компоненттері тек субъективті болып табылады, бұл адамның өз денсаулығын сақтауға белсенді қатысуын білдіреді, алайда салауатты өмір салтына деген ұмтылысында максималды жетістікке жету мүмкіндіктерімен тығыз байланысты СӨС объективті компонентін бағаламауға болмайды.

Студенттердің СӨС ережелері мен құрылымы туралы хабардар болуын анықтау мақсатында 2024ж Алматы қаласының медициналық жоғары оқу орнының қоғамдық денсаулық сақтау мамандығының студенттері қатысқан сауалнама арқылы зерттеуге 90 респондент жауабын құрады. Оның ішінде 71% қыздар мен 29% ұлдар. Респонденттердің жасы 19 мен 22 жас аралығында.

«Сіздің өзіңіздің өмір салтыңызды жақсарту үшін нақты әрекетіңіз» сұрағына 20% - ештеңе, қалғандары: өздерінің тамақтануын анағұрлым толық және әр түрлі етуге тырысатынын (48%), толыққұнды ұйықтап демалу (51%) және қозғалыс белсенділігінің мөлшерін (38%) арттыруға тырысатынын атап өтті. Студенттердің пікірінше, СӨС үздік триадасы: дұрыс тамақтану, жаман әдеттерден бас тарту және жеткілікті физикалық белсенділік. Осылайша, студенттердің негізгі әрекеттері ең маңызды деп санайтын салауатты өмір салтына бағытталған деп айтуға болады.

Жаман әдеттерден бас тартуды студенттердің өздері СӨС негізгі критерийлерінің бірі ретінде ажыратады. Дегенмен, студенттердің 11% - ы тұрақты негізде немесе андасанда темекі шегеді.

Осылайша, зерттеу нәтижелері денсаулық сақтау белсенділігі туралы терең білімнің болмауы, соның ішінде мемлекеттік деңгейде бұл мәселені реттеудің жеткіліксіздігі студенттердің өз денсаулығының маңыздылығын қабылдауына әсер ететін себептердің бірі екендігіне нұсқайды.

Әдебиеттер тізімі:

1. Ежегодная информация об исполнении федерального бюджета. Предварительные данные за 2018 год от 03.04.2019.

2. Здоровье-2020 Лидерство в интересах здоровья и благополучия в Европе в XXI веке. ВОЗ. Проект 1. 2012 г.

3. Мировая статистика здравоохранения — 2018: мониторинг здоровья для следования Целям устойчивого развития. URL: <https://materials/mirovaya-statistika-zdravookhraneniya-2018-monitoring-zdorovya-dlya-sledovaniya-tselyam-ustoychivogo/> (Дата обращения 01.05.19)

4. World Health Organization (WHO), Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020, 2014.

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ХАЛЫҚТЫҢ ӨМІР САПАСЫН ЗЕРТТЕУ (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ)

Сукенова Д.А., Нурбақыт А.Н., Изекенова А.К.

*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы,
Қазақстан*

Қартаю және егде жастағы халықтың жасының ұлғаюы - бұл көптеген қауымдастықтар үшін күрделі мәселелерді тудыратын құбылыс [1]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы қартаюды адамдардың биологиялық, психологиялық және әлеуметтік өзара әрекеттесуіндегі прогрессивті өзгерістер процесі ретінде сипаттайды [2]. Дамушы елдерде 60 жастан асқан адамдар қарт адамдар деп аталады. ДДҰ мәліметтері бойынша, егде жастағы адамдар үш топқа бөлінеді: 60-74 жас, 75-90 жас және 90 жастан асқан қарттар. Тиісінше, әлемдегі егде жастағы адамдардың саны 900 миллионға жуықты

құрап отыр және 2050 жылға қарай екі миллиардқа жетеді деген болжам бар. Егде жастағы адамдар әлем халқының тез өсіп келе жатқан үлесінің бірін құрайды [3].

Егде жастағы адамдардың өмірінің мақсаты жай ғана өмір сүру емес, олардың өмір сүру сапасы да маңызды екені түсінікті. Өмір сапасы ұғымы өте кең және ол динамикалық, мәдени, әлеуметтік және экологиялық даралықты ескереді және ДДҰ мәліметтері бойынша адамдардың өмірлік жағдайын, олардың үміттерін, стандарттары мен мәселелерін түсіндіреді. Өмір сапасы - бұл адамның өмірлік мәртебесі немесе оның өміріне қанағаттануы туралы субъективті және тұжырымдамалық пайымдау. Бұл егде жастағы адамдар үшін көп өлшемді тұжырымдама және әлеуметтік саясатқа көп көңіл бөлуді және өнімді өмір құру үшін әлеуметтік мақсаттарды өзгертуді білдіреді [4].

Егде жастағы адамдардың өмір сапасына үш фактор әсер етеді: аурудың болмауы, өмірге бейімделу және менталды, психологиялық құзыреттілік. Денсаулық егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасын анықтайтын ең маңызды фактор болып саналады, жас ұлғайған сайын бұл көрсеткіш төмендейді [5]. Өмір сапасына көптеген әсер етуші факторлар, соның ішінде созылмалы қабыну аурулары, депрессия және әлеуметтік қолдау мәселелері әсер етеді. Егде жастағы адамдарға өмір сүру ұзақтығын ұзарту үшін ғана емес, олардың өмір сүру сапасын жақсарту үшін де қолдау көрсетілуі керек. Динамикалық қартаю - егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасын жақсарту үшін денсаулықты нығайту, белсенді түрде іс-шараларға қатысу және қауіпсіз өмір сүру мүмкіндіктерін оңтайландыру процесі. Әлеуметтік орта, әлеуметтік-экономикалық статус және көрсетілетін медициналық көмектің сапасы, тәуелсіздік, отбасымен және достарымен қарым-қатынас, бос уақыт, физикалық және психикалық денсаулық қарт адамдардың өмір сапасына әсер ететін факторлардың бірі болып табылады. Егде жастағы халықты әлеуметтік қолдау өмір сүру сапасын жақсартуға және салауатты қартаюды қамтамасыз етуге бағытталған қызметтер мен іс-шаралардың кең ауқымын қамтиды [6]. Әлеуметтік қолдау тұжырымдамасы келесі мәселелерді қамтуы мүмкін: зейнетақы төлемдері мен жеңілдіктер - егде жастағы адамдарға зейнетақы және басқа да жәрдемақылар түріндегі мемлекеттік қолдау; сапалы медициналық көмекке, оңалтуға және емдеуге қол жеткізу; әлеуметтік қызметтер-тұрмыстық мәселелерде қолдау, бос уақытты ұйымдастыруға және әлеуметтік іс-шараларға қатысуға көмектесу; психологиялық қолдау-кеңес беру және психологиялық мәселелер мен жалғыздықты жеңуге көмектесу; білім беру бағдарламалары, яғни үйірмелер мен мәдени іс-шараларға қатысу мүмкіндігі; тұрғын үй және күтім қызметтерімен қамтамасыз ету; көлік пен инфрақұрылымға қол жеткізу-егде жастағы адамдардың қозғалысы мен дербестігі үшін қолайлы жағдайлар жасау. Егде жастағы адамдарға әлеуметтік қолдау көрсету және олардың өмір сүру сапасын жақсарту үшін мемлекет, қоғамдық ұйымдар мен жеке тұлғалардың бірлесіп жұмыс істеуі маңызды [7]. Егде жастағы адамдар өмір сүру сапасын қамтамасыз ету үшін әртүрлі қолдауды қажет ететін қоғамның ең осал топтарына жатады және әлеуметтік қолдау маңызды, себебі әлеуметтік қарым-қатынас егде жастағы халықтың өмір сүру сапасын анықтайтын негізгі фактор болып табылады [8-9]. Қартаюдың физиологиялық үрдісінен туындаған бұзылулардың салдары егде жастағы адамдардың өмірінің әлеуметтік өлшемінде көбірек байқалады және бұл өлшем денсаулыққа, әсіресе өмір сапасына тікелей әсер етеді [10-11]. Әлеуметтік қолдау түрлеріне назар аудару және оларды күшейту егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасы мен моральдық жағдайын жақсарту үшін әлеуметтік капитал ретінде қарастырылуы мүмкін [12].

Көптеген зерттеулердің нәтижелері медициналық-әлеуметтік қолдаудың орташа көрсеткіші мен егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасы арасында айтарлықтай тікелей байланыс табылғанын көрсетті. Әр түрлі салалардағы қарттардың өмір сүру сапасын жақсартудағы әлеуметтік қолдаудың маңызды рөлін ескере отырып, оны жеке тұлғаның салауатты өмір сүру сапасын қамтамасыз етудің маңызды факторы ретінде қарастыруға болады, бұл өз кезегінде өзін-өзі бағалау сезімін арттырады. Сондай-ақ, қарт адамдарға әлеуметтік қолдаудың әртүрлі түрлеріне назар аударуды қарттардың өмір сүру сапасы мен

психикалық денсаулығын жақсарту үшін арзан ресурстардың бірі және әлеуметтік капиталды қалыптастыру көзі ретінде қарастыруға болады. Егер біз балалық шақтан жасөспірімге ауысқаннан кейін қартаю кезеңін анықтасақ, қартаюды ең аз алаңдаушылықпен, жоғары өмір сапасымен және жан тыныштығымен жеңілдету үшін көмекші ресурстарды барынша пайдалану үшін дұрыс жоспарлауды құру қажет болады. Қоғамда егде жастағы адамдар әлеуметтік қолдау алатынына сенімді болған кезде, олар сапалы өмір сапасын қалыптастыруы мүмкін және өмір сүру ұзақтығы жоғарылайды.

Зерттеудің нәтижелеріне сәйкес, егде жастағы адамдарға медициналық-әлеуметтік аспектілерін күшейту үшін стратегиялық жоспар құру барысында егде жастағы адамдардың қажеттіліктері мен әлеуметтік қолдауға мұқтаждықтарын ескеру өте маңызды.

Қорытынды: әлеуметтік қолдаудың көлемі егде жастағы адамдардың өмір сүру сапасының деңгейін анықтауға мүмкіндік береді. Осылайша, қарттардың өмір сүру сапасын жақсарту үшін барлық қажеттіліктерді уақтылы зерттеу және жан-жақты талдау жүргізуді талап етеді.

Әдебиеттер тізімі:

1. WHO. WHO launches baseline report for decade of healthy ageing. 2020. <https://www.who.int/news/item/17-12-2020-who-launches-baseline-report-for-decade-of-healthy-ageing> (accessed Jan 28, 2020).

2 WHO. 1st world report on ageing and health. 2015. <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/> (accessed Jan 28, 2020).

3 WHO. WHO global strategy and action plan on ageing and health (2016–2020). 2016. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf (accessed Jan 28, 2020).

4. Saber M, Nosratabadi M. Social support and health-related quality of life in elderly people covered by the Welfare organization of Kerman city. *J Health Develop.* 2014;3:189–99.

5. Safavi S. Comparing quality of life, social support and depression among elderly living at home and nursing home residents. *JGN.* 2015;1:34–46.

6. Niknam F, Homayouni A, Mohammadi AK. Relationship among social support, quality of life and loneliness of the elderly. *Int J Adv Biotechnol Res.* 2016;7:1365–73.

7. Zarifnejad G, Saberi Noghabi E, Delshad Noghabi A, Koshyar H. The Relationship between social support and morale of elderly people in Mashhad in 2012. *J Rafsanjan Univ Med Sci.* 2014;13:3–12.

8. Seyfzadeh A. The relationship between perceived social support and health in the elderly adults case study: Azarshahr. *J Gerontol.* 2016;1:40–7.

9. Soltani T, Morowatisharifabad M, Fallahzadeh H, Jafari A. Social support and its relation with daily activities among elderly people of Yazd. *J Community Health Res.* 2015;3:270–7.

10. Şahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educ Gerontol.* 2019;45:69–77.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ»

Джумасейтова Г.Т. Куракбаев. Бримжанова.М.Д. Қайырбек А.М.

Введение. Республиканский клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны организован в 1943 году на базе Днепропетровского эвакуационного госпиталя. До 1988 года оказывал медицинскую помощь только участникам и инвалидам Великой Отечественной войны, с 1988 года - войнам-интернационалистам, с 1990 года - лицам,

получившим ионизирующее излучение при аварии на Чернобыльской атомной электростанции, а с 2001 года - лицам, получившим ионизирующее излучение вследствие испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне, членам семей погибших военнослужащих и реабилитированным жертвам массовых политических репрессий. ¹

РГП на ПХВ «Республиканский клинический госпиталь для ветеранов Отечественной войны» – оказывает специализированную медицинскую помощь, в том числе консультативно-диагностическую, стационарную и реабилитационную, инвалидам и участникам Отечественной войны, лицам, приравненным к ним по льготам и гарантиям, лицам подвергшихся воздействию ионизирующего излучения, гражданам, пострадавшим от деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона.

Методы. Проводилось количественное исследование статистики. Были взяты количественные данные в процентах.

Материалы:

Стратегический план развития РГП на ПХВ «РКГВОВ»

Годовой отчет РГП на ПХВ «Республиканский клинический госпиталь для Отечественной войны» за 2023 год.

Отчет о движении больных и коечного фонда РГП на ПХВ «РКГВОВ» О контингентах.

Каждый месяц Госпиталь передает по 20 регионам Республики карты-направления с днями заезда в госпиталь, далее приемное отделение работает утвержденным графиком. Каждый регион в соответствии с датой указанной в карте и соответствии с кодом заболевания регистрирует прикрепленный контингент госпиталя в портал-Бюро Госпитализации.

Поступило в РКГВОВ за 2023 год – 4180 пациентов.

Госпиталь 2023 году лечились всего – 4180 пациентов. Из них УОВ (участники Отечественной войны) – 4. ВИ (войны интернационалисты) – 869. ЛПИИ-Ч (лица подвергшихся радиации на Чернобыльском АЭС) – 298. ЛПИИ-С (лица пострадавших на Семипалатинском ядерном полигоне) – 2569. Семья погибших – 4. Прочее – 436.

В отделение терапии лечению прошли всего 1987 пациентов. Из них УОВ (участники Отечественной войны) – 3. ВИ (войны интернационалисты) – 399. ЛПИИ-Ч (лица подвергшихся радиации на Чернобыльском АЭС) – 144. ЛПИИ-С (лица пострадавших на Семипалатинском ядерном полигоне) – 1439. Семья погибших – 2.

В отделение неврологии лечились всего 1721 пациентов. Из них УОВ (участники Отечественной войны) – 1. ВИ (войны интернационалисты) – 462. ЛПИИ-Ч (лица подвергшихся радиации на Чернобыльском АЭС) – 153. ЛПИИ-С (лица пострадавших на Семипалатинском ядерном полигоне) – 1103. Семья погибших – 2.

В отделение реабилитации лечению проходили 472 пациентов. Из них ВИ (войны интернационалисты) – 8. ЛПИИ-Ч (лица подвергшихся радиации на Чернобыльском АЭС) – 1. ЛПИИ-С (лица пострадавших на Семипалатинском ядерном полигоне) – 27. Прочее – 436.

В нашем госпитале только плановая госпитализация. 2023 году среди всех отделений клиники самыми востребованными являются отделения неврология.

Лица с инвалидностью за 2023 году в нашем госпитале 30,7% от общего количества, всего 1142 пациентов из них инвалиды первой группы – 21. II группы – 289. III группы – 832. С равнения с 2022 году лица с инвалидностью было 33,7% от общего количества. Всего 1163 пациентов из них инвалиды первой группы – 35. II группы – 309. III группы – 819. Что показывает нам по результатам исследования 2023 году инвалидов меньше на 3% от общего количества.

2023 году участников Отечественной войны пролечилось всего 4 пациентов. С равнением 2022 году участников Отечественной войны пролечились 10 пациентов.

Охват контингента 2023 году УОВ (участников Отечественной войны) составил- 4 пациента 0,09%.

ВИ (войны интернационалисты) – 869 пациентов 20,8% (увеличилось на 1,75% сравнение 2022 годам. 19,05% 730 пациентов было 2022 году).

Выводы. Каждым годам уменьшается количества инвалидов и участников Отечественной войны. Госпитале 2023 году пролечились всего – 4180 пациентов из них участников Отечественной войны пролечилось – 4 это 0,09% от общего количества. 2022 году всего лечению проходили 3282 пациентов из них участников Отечественной войны пролечились – 10 (0,26%) от общего количества.

Большой процент наших пациентов 60лет и старше, что требует применения методов наблюдения, ухода и лечения за пациентами геронтологического профиля. Сотрудники Госпиталя обладают необходимым уровнем подготовки для работы с пациентами нашего профиля.

Источник:

1. <https://company.medelement.com/>
2. Годовой отчет РГП на ПХВ «Республиканский клинический госпиталь для Отечественной войны» за 2023 год.
3. Отчет о движения больных и коечного фонда РГП на ПХВ «РКГВОВ» О контингентах.

МИКРОАНГИОПАТИЯНЫҢ КӨРІНІСТЕРІН ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДЕРУ

Сандыбек Ә.Б., Ахметов В.И., Попова Т. В.

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан

Кіріспе. Мидың майда тамыр ауруы, сонымен қатар церебральды микроангиопатия деп аталады, бұл майда артериялардың, артериолалардың, капиллярлардың, венулалардың немесе ұсақ тамырлардың патологиясымен байланысты мидың зақымдануының қолшатыр термині [1]. Бұл тамырлы деменцияның / когнитивті бұзылулардың ең көп тараған себебі және ишемиялық және геморрагиялық инсульттің негізгі себебі болып табылады. Кішкентай тамырлардың созылмалы аурулары жасына байланысты жиі кездеседі [2]. Жалпы популяцияда ақ заттардың зақымдануының таралуы 39-дан 96% - ға дейін. Кішкентай тамырлардың созылмалы ауруы көбінесе бейнелеу кезінде кездейсоқ асимптоматикалық нәтиже болып табылады [3]. Алайда, бұл тамырлы деменцияны тудырады және жалпы популяциямен салыстырғанда (бір зерттеуде сәйкесінше 100% қарсы 92%) деменциямен ауыратын науқастарда (тамырлы деменция, Альцгеймер ауруы, Льюи денесінің деменциясы) жиі кездеседі [4]. Ең алдымен, қан қысымының үнемі жоғары көрсеткіштері кіші диаметрлі тамырларға теріс әсер етеді. Нәтижесінде АҚ медулла зақымдалады, периваскулярлық кеңістіктің кеңеюі байқалады, лакунарлы инфаркттар дамиды – кіші ену артериясымен қоректенетін шектеулі аймақта қан айналымының жедел бұзылуы.

Мақсаты. Нейродегенеративті аурулар секілді асқынулардың пайда болуын болдырмау мақсатында микроангиопатияның таралуын бағалау және ерте диагностика көрсетуді оңтайландыру.

Материалдары мен әдістері. Ақпаратты талдау әдісі: отандық және шетелдік әдебиеттер, мақалалар, арнайы статистикалық мәліметтер, құқықтық актілерді талдау. Ретроспективті эпидемиологиялық әдіс: 2021 - 2023 жылдарға арналған №5 қалалық клиникалық ауруханасындағы 1,5 теслалық магнитты-резонансты томография аппаратындағы аксиаль, сагиталь, коронарлы әдістермен түскен бас миының зерттеуінің статистикалық мәліметтері.

Қорытынды. Микроангиопатияның көрінісін ерте диагностикалауды ұйымдастыруды жақсарту үшін келесі қадамдарды қарастыруға болады:

Ақпарат: микроангиопатияның алғашқы белгілері мен белгілері туралы пациенттер мен медициналық қызметкерлерге білім беру бағдарламалары мен науқандарын жүргізу. Бұл ауру туралы хабардарлықты арттырады және ерте диагноз қоюға ықпал етеді.

Медициналық персоналды оқыту: микроангиопатияны ерте диагностикалау үшін дәрігерлер мен медбикелерге арнайы білім беру. Бұл медицина қызметкерлерінің уақтылы және дәл диагноз қою үшін білімі мен дағдыларын арттыруға мүмкіндік береді.

Диагностикалық хаттамаларды әзірлеу: микроангиопатияны диагностикалау үшін стандартты хаттамаларды әзірлеу және енгізу. Бұл диагностикалық тәсілді біріздендіруге көмектеседі және ауруды тиімдірек және дәл анықтауға мүмкіндік береді.

Мамандар арасындағы үйлестіру: науқасты жан-жақты бағалауды және дәл диагнозды қамтамасыз ету үшін әртүрлі мамандықтағы дәрігерлерді (мысалы, кардиологтар, эндокринологтар, невропатологтар және т.б.) қамтитын микроангиопатияны ерте диагностикалау үшін көп функциялы командалар құру [5].

Мониторинг және кері байланыс: микроангиопатия диагностикасының тиімділігін бақылау және процесті ұйымдастыруға қажетті түзетулер енгізу үшін мониторинг және кері байланыс жүйесін енгізу.

Пациенттерді тарту: микроангиопатияны ерте диагностикалау процесіне пациенттерді белсенді тарту, мысалы, ақпаратқа қол жеткізу, скринингтік бағдарламалар жүргізу және қолдау көрсететін қауымдастықтар құру.

Бұл шаралар микроангиопатияның көрінісін ерте диагностикалауды ұйымдастыруды жетілдіруге және аурудың уақтылы анықталуын қамтамасыз етуге көмектеседі, бұл өз кезегінде емдеуді ерте бастауға және аурудың асқынуын болдырмауға мүмкіндік береді.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Шевченко О.П., Болотов А.В., Марцевич С.Ю. Мозговая микроангиопатия: эпидемиология, патогенез, клиника, лечение. Неврологический журнал. 2016; 21(6): 9–14.

2. Zhang Y, Qian Y, Zhang H, Xu H, Zhang Y, Zhang S, et al. Cerebral Microangiopathy in Alzheimer's Disease Patients: A Pathological Aspect of Amyloid β and APPswe Mutant Mouse Brains. Neural Plast. 2016; 2016: 205275.

3. Pantoni L. Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges. Lancet Neurol. 2010; 9(7): 689-701.

4. Vatankhah B, Mocco J. Case study: A patient with chronic microvascular ischemic disease. Medscape. 2017. доступно на: <https://www.medscape.com/viewarticle/884546>

5. Patel B, Markus HS. Magnetic resonance imaging in cerebral small vessel disease and its use as a surrogate disease marker. Int J Stroke. 2011; 6(1): 47-59.

ҚЫЗЫЛША ЖҰҚПАСЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАРАЛУЫН ҚАДАҒАЛАУ

Саржанов Е.Ж.¹, Айтманбетова А.А.², Мухамадиева Б.Н.¹, Абдукаримова Г.Б.¹

¹*«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан*

²*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан*

Тақырыптың өзектілігі. Қызылша жоғары жұқпалы (95% -дан астам) жедел вирустық ауруларға жатады, науқастардың едәуір бөлігінде ауыр ағыммен сипатталады. XX ғасырдың аяғында ДДҰ мәліметтері бойынша қызылшадан болатын өлім-жітім мен оның асқынуларының жылдық саны шамамен 2,5 млн.жағдайды құрады [Centers for

Disease Control and Prevention. Global measles mortality, 2000-2008 / MMWR Morb Mortal Wkly Rep. -2009]. Әлемде қызылша инфекциясының таралуы белең алуы мен әлеуметтік маңыздылығына байланысты 2010 жылға қарай қызылшаны жою бағдарламасы жасалды. Қызылшаның маңызды ерекшелігі – бұл антропонозды ауру. Сонымен қатар, инфекциядан кейінгі және вакцинациядан кейінгі арнайы антиденелер «жабайы» қызылша вирустарының барлық белгілі генотиптерін бейтараптандырады, бұл мүмкіндік вакцинациядан кейінгі популяциялық иммунитетті қалыптастыру арқылы қызылшаны жою бағдарламасын жүзеге асырудың маңызды алғышарты болып табылады.

Жүргізілген есептеулерге сәйкес, жұқтыру тізбегін тоқтату үшін 4 жасқа дейінгі топта 85% иммундық қабат қажет, 90% – 5 жастан 10 жасқа дейін және 95% – 14 жастан жоғары (Ramsay M., 1998).

Қазіргі уақытта ДДҰ талаптарына сәйкес, вакциналармен қамту халықтың кемінде 95% -. құрауы тиіс.

Көптеген елдерде қызылша мен қызамыққа қарсы біріктірілген вакцинация жүзеге асырылады. Осылайша, қызамықты жоюға қызылшаны жою жұмыстары арқылы қол жеткізуге болады.

ДДҰ қамқорлығымен жүргізілген қызылша мен қызамыққа қарсы халықты жаппай вакцинациялау саясаты айтарлықтай нәтиже берді. Қызылша ауруы күрт төмендеді, сонымен қатар бұл инфекциядан болатын өлім-жітім айтарлықтай төмендеді (Vauloup-Fellous S., 2018). 2015 жылға қарай қызылшаны толығымен жою міндеті жақын және шынайы болып көрінді. Алайда, алғашқы үміт берген нәтижелерден кейін 2008 жылдан бастап көптеген вакцинациямен қамтылған елдерден қызылшаның бұрқетпесі тіркеле бастады. Қызылшаны жою мерзімі 2020 деп аталған болатын.

Алайда, 2014 жылы аурушылдық жоғарғы көрсеткіштерге жетті, содан кейін әлемнің әртүрлі елдерінде 2017 жылдан бастап аурудың қайта өсуімен ауысқан қысқа сауығу кезеңі орын алды. 2016-2017 жылдары Румынияда 7000-нан астам адам ауырып қалды, олар негізінен қызылшаға қарсы егілмеген кішкентай балалар болды. Бұл бұрқетпе өлімге жағдайына да әкелді [1,2].

ДДҰ мәліметтері бойынша, әлемде қызылшамен ауырғандар саны 2018 жылы – 339138 және 2019 жылы – 519490 адамды құрады

Фактілер, әрине, белсенді вакцинацияға қарамастан, қызылшаны жоюға әлі қол жеткізу мүмкін емес екенін көрсетеді. Ресей Федерациясында қызамық ауруы өте төмен деңгейде, бұл осы инфекциямен жағдайды қолайлы деп санауға мүмкіндік береді. Ресей ДДҰ -ның қызамықты жоятын елдер тізіміне енгізілген [3,4].

Атап өткендей, ошақтардың пайда болуы мен дамуының көп факторларына сүйене отырып, гигиеналық, әлеуметтік, медициналық-ұйымдастырушылық сипаттағы қызылшаның таралу қаупінің бірқатар факторларының кешенді әсерін зерттеу, оларды жоюға ықпал ететін тұрақты саламаттылықтың болжамды критерийлерін анықтау, осы инфекцияларды бақылау мен бақылаудың кешенді жүйесін жетілдіру маңызды және өзекті болып табылады.

Зерттеу мақсаты – Алматы облысына жапсарлас аймақ тұрғындарының қызылшамен аурушылдығына әкелетін факторларды анықтап, өршуінің алдын алуға қатысты іс-шараларды оңтайландырубойынша ұсыныстар әзірлеу болып табылатын қызылша вирусының эпидемиологиялық таралу ерекшеліктерін зерттеп және бақылау жүйесін әзірлеуге бағытталған магистрлік жоба, бүгінгі күні аса қажеттілік танытып отыр.

Зерттеу мәліметтері мен әдістерін біріктіретін зерттеу методологиясы тарихи-библиографиялық, ақпараттық-аналитикалық, социологиялық және статистикалық әдістерді біріктіреді.

Зерттеу нысаны ретінде Алматы облыстық Қонаев қаласының көпсалалы ауруханасының жұқпалы бөлімінің есеп мәліметтері, қызылша жұқпасымен ауырған науқастардың статистикалық мәліметтері.

Зерттеу нәтижелеріне келетін болсақ, 2015-2018 жылдары Қазақстанның жиынтық халқының сырқаттануы туралы деректер 2015 жылы қызылшамен сырқаттанушылық көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 13,3, 2016 жылы - 100 мың тұрғынға шаққанда 0,69 құрады; 2015 жылмен салыстырғанда сырқаттанушылықтың 19,5 есе төмендеуі анықталды.

Алматы облысында қызылшамен байланысты белгілі бір кезеңнің көрсеткіштеріне талдау жүргізу, 2023 жылдың 14 наурызы мен 2024 жылдың 15 наурызы аралығында бастапқы ақпарат бойынша қызылшаның 6 719 жағдайы тіркелгенін, оның ішінде 14 жасқа дейінгі балалар – 5 091 (76%), зертханалық расталған 4 496 жағдай, диагноз 1 599 наукаста, 624 наукастан тексеруге алынғаны баяндалады. Иммундық мәртебесі бойынша: вакцинацияның толық курсымен егілген – 573 (13%), вакцинацияланбаған – 3 923 (87%), оның ішінде жасы бойынша вакцинациялауға жатпайды – 977 (25%), медициналық бөлу-1081 (28%), вакцинациядан бас тарту-1 093 (27%), мәртебесі белгісіз-772 (20%).

Қорытындылай келе, Қызылшамен аурушылық және асқыну жағдайларының тіркелуі, эпидемиологиялық таралу қарқыны жөніндегі өңделген мәліметтер, сонымен қатар қызылшаға қарсы вакцинацияның тиімділігі мен нәтижелілігін арттыру мақсатындағы осы зерттеудің нәтижелері жергілікті сәйкес құзыретті ұйымдар үшін эпидемиологиялық таралуының алдын алуды ұйымдастырудың тәжірибелік жұмысы үшін маңызды.

Әдебиеттер тізімі:

1. Смердова, М.А. Разработка стандартных образцов для внутрилабораторного контроля, используемых при оценке специфических антител к кори и краснухе иммуноферментным методом / М.А. Смердова, Т.А. Мамаева, М.А. Наумова, А.П. Топтыгина //Российский иммунологический журнал. – 2016. – Т.10(19), №2(1). – С.396-397.

2. Топтыгина, А.П. Особенности иммунного ответа против кори и краснухи в условиях активной вакцинации населения / А.П. Топтыгина, М.А. Смердова // Инфекция и иммунитет. – 2017. – № 5. – С.303.

3. Горохова, А. А. Пути совершенствования эпиднадзора по итогам вспышки кори в Европе // Фундаментальная наука и клиническая медицина – человек и его здоровье : материалы XXII Международная медико-биологической конференции молодых исследователей. – Санкт-Петербург, 2019. – Т. 22. – С. 105–106.

4. Романенко, Т. А. Социально-экологические условия, влияющие на результаты вакцинопрофилактики кори и краснухи // Донецкие чтения 2020: образование, наука, инновации, культура и вызовы современности : материалы V Международной научной конференции. – Донецк : Изд-во ДонНУ, 2020. – Том 2. – С. 357–359.

ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ СТАТИСТИКА КАБИНЕТІНІҢ ҚЫЗМЕТІ ТУРАЛЫ

Тажибеева П.Н.¹, Айтманбетова А.А.².

¹*«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан*

²*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан*

Өзектілігі. Берілген магистрлік жобада халыққа алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдар деңгейіндегі статистикалық есеп ең жауапты болып табылатыны көрсетілген. Медициналық статистика қызметі статистика бөлімшелерімен (кабинеттерімен), автоматты басқару жүйесі бөлімдерімен және есептеу орталықтарымен, медициналық статистика бюросымен және медициналық ақпараттық

талдау орталықтарымен ұсынылады. Медициналық статистика кабинеттері мамандарының қызметінде жаңа функциялар пайда болды: жекелеген қызметтердің, бірқатар бағыттардың және тұтастай алғанда бүкіл емхананың жұмысын ақпараттандыру; Емдеу-профилактикалық мекемелер (ЕПМ) басшылығы үшін жаңа, стандартты емес талдамалық материалдарды дайындау. Осылайша, отандық денсаулық сақтау жүйесіндегі амбулаторлық-емханалық қызметті аймақтық реформалау негізінде модернизациялаудың қазіргі жағдайында қалалық емханалардың статистика кабинеттері мамандарының қызметі мен бағыттары жан-жақты зерттеуді қажет етеді. Бұл зерттеу тақырыбының өзектілігін көрсетеді. Сонымен қатар, қазіргі жағдайда емханалардың медициналық статистика бөлімшелерінің/кабинеттерінің жұмысының маңыздылығы бойынша арнайы ғылыми зерттеулер жүргізілген жоқ. Сондықтан, біздің зерттеуіміздің мақсаты мен міндеттерін таңдауда өзекті мәселе ретінде анықтауға себеп болды [1,2].

Зерттеу жұмысының мақсаты – қалалық емхананың медициналық статистика кабинеті мамандарының жұмысын зерделей отырып, жаңашыл нысан ретінде қызметін жетілдіру бойынша ұсынымдарды негіздеу.

Жобаның практикалық құндылығы орта медициналық білімі бар медициналық статистиктер мен дәрігер-статистиктердің жұмыс жағдайларын зерттеуде; статистика кабинеттері қызметкерлерінің емхана басшылығының басқарушылық шешімдер қабылдауы үшін мәліметтер дайындауға бағытталған ақпараттық талдау бөлімі ретінде қызмет атқаруына мүмкіндік беретін ұсынымдар әзірлеу болып табылады.

Жұмыстың зерттеу әдістемесі әлеуметтік-гигиеналық, аналитикалық әдістерді, ұйымдастырушылық эксперимент әдісін қолдануға негізделген. Зерттелетін мәселе бойынша нормативтік-құқықтық база мен периодикалық басылымдарға, емхананың медициналық статистика қызметінің ресурстары туралы статистикалық деректерді талдау жүргізілді. Денсаулық жағдайын бағалау үшін емханаға бекітілген халық аурушылығының әлеуметтік салдарлары бойынша сырқаттанушылық туралы статистикалық деректерге талданып, көрсеткіштер динамикасының тенденциялары анықталып, медициналық мекеменің медициналық статистика кабинеті қызметкерлерінің жұмысының сипаты мен көлеміне зерттеу жүргізілді. Сонымен қатар, қалалық емхана базасында емхана қызметінің әртүрлі аспектілері туралы деректерге талдау жүргізілді: статистикалық деректер, учаскелік дәрігерлердің жұмысын, медико-санитарлық көмектің бастапқы буыны мамандарының медициналық көмек көрсету тәртібін орындауын талдау.

Амбулаторлық-емханалық мекеме кабинеттері мен статистика бөлімшелерінің мамандары халықтың аурушандығы және медициналық ұйымның қызметі туралы жиналатын ақпараттың толықтығы мен дұрыстығын қамтамасыз ету бойынша маңызды рөлге ие, өйткені сенімді және жүйелі түрде ұсынылатын статистикалық ақпарат халықтың денсаулығын нығайтуға, емдеу және профилактикалық жұмысты жетілдіруге бағытталған ағымдағы жоспарлар мен перспективалық бағдарламалар құрылатын іргетас болып табылады [3].

Ақпараттық компонентті аналитикалық мәліметтермен қанықтыру осы бөлімшелердің рөлін едәуір нығайтуға мүмкіндік береді. Статистикалық ақпарат көлемінің едәуір ұлғаюы статистика бөлімдерінің (кабинеттерінің) санының және емханалардағы статистика дәрігерлерінің штаттық лауазымдарының өсуіне әкеледі. Зерттеу нәтижелеріне сәйкес, жұмыспен қамтылған дәрігерлік лауазымдар саны мен штаттар саны арасында сәйкессіздік бар. Барлық статистикалық дәрігерлердің 26% -ы және медициналық статистиктердің 57% -ы жоғары немесе бірінші біліктілік санатына ие, бірақ статистикалық дәрігерлердің 74% -ы және орта медициналық білімі бар медициналық статистиктердің 43% -нда санат сертификаты жоқ. Статистика бөлімдерінің жұмыс тәжірибесіне ақпараттық технологиялар кеңінен енгізілуде. Олардағы электрондық-есептеу техникасы бірліктерінің саны 28% -ға өсті, бұл ретте ескірген компьютерлердің үлесі - 5 есеге төмендеді. Жоғары жылдамдықты байланыс арналарына қол жеткізу - 2,6 есеге артты. Алайда, статистика бөлімі қызметкерлерінің тек 40,0% -ы

компьютерлендіру олардың жұмысын жеңілдетті деп санайды, ал 30% -ы жұмыс күрделене түскенін айтады. Қалалық емханалардың медициналық статистика кабинеттері мамандары қызметінің негізгі бағыттарын бағалау диагноздарды кодтауға және дұрыс кодтауды тексеруге жұмыс уақытының орта есеппен 3/1 бөлігі жұмсалатынын көрсеткен.

Зерттеудің заманауи статистикалық әдістерін пайдалана отырып, тіркелген халықтың аурушандығын, мүгедектігін және өлімін терең талдау; емхананың емдеу-диагностикалық және профилактикалық қызметінің әртүрлі аспектілерін талдау мүмкіндігі дәлелденді және енгізілді. Бұл статистика бөлімдерін/кабинеттерін ақпараттық-талдау бөлімшелеріне қайта ұйымдастыру үшін кәсіби құзыреттілік бағыттарын қалыптастыруға мүмкіндік береді. Дәрігерлердің-статистиктер мен медициналық статистиктердің жұмыс мазмұнына, көлеміне және жағдайларына қанағаттану дәрежесі туралы пікірін зерттеу кезінде респонденттердің 90% астамы соңғы 5 жылда учаскелер көлемінің ұлғаюына және есепке алу және есеп беру нысандарының күрделенуіне байланысты жүктеме артқанын көрсетті. Респонденттердің 60% - статистика кабинеттерінің техникалық жарақтандырылуына, орындалатын жұмыс көлеміне - 63%, жұмыс мазмұнына - 63,6%, жалақысына -89% қанағаттанбаған және тек 8% - бөлімдегі әлеуметтік-психологиялық жағдайға қанағаттанбаған.

Дәрігер-статистиктердің жұмысын ұйымдастырудың ұсынылған жаңа нысандары: халықтың денсаулығы мен емхана қызметінің көрсеткіштерін терең талдау, медициналық ұйымның медициналық көмектің сапасын арттыру жөніндегі қызметін бақылау жөніндегі жұмыс, мамандардың амбулаторлық қабылдаудағы жұмыс мазмұнын талдау, медициналық көмек көрсету тәртібінің орындалуын тексеруге қатысу – медициналық статистика қызметінің құрылымдық өзгерістерін жүргізу кезінде олардың қызметінің басым бағыттарын айқындайды.

Әдебиеттер тізімі:

1. Медицинская статистика в практической деятельности врача / Учебно-методическое пособие. Ставрополь: Л.Л. Максименко, А.А. Хрипунова, В.Б.Зафинова, Е.В.Максименко, О.О.Кравченко. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2020. – 164 с.

2. Амлаев К.Р. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / К.Р. Амлаев, Л.Н. Блинкова, Н.П. Гавриленко, Х.Т. Дахильгова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 560 с.

3. Шапиро К.И. Ресурсное обеспечение статистической и организационно методической службы в Санкт-Петербурге / К.И. Шапиро, С.М. Сафонов, Н.И. Виш няков // Ученые Записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова /Главный редактор С. Ф. Багненко. - 2014. -Т. XXI, №2. -С. 20-22.

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Баубекова Д.Д.¹, Жакупова М.Н.², Әбілқасым Д.А.².

¹«КМУ ВШОЗ», г. Алматы, Республика Казахстан

²«КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан

Введение. Лучевая диагностика является одним из диагностических направлений в медицине, которая позволяет выявлять различные заболевания на самых ранних стадиях развития без хирургического вмешательства.

Методы лучевой диагностики малотравматичные, и построены на принципе четкой визуализации внутренних органов, что позволяет врачам подробно изучить структуру

органов (их контуры, патологические новообразования, признаки воспаления и инородные тела) и выявить верную причину болезни пациента в целях назначения дальнейшего индивидуального плана лечения [1].

Результаты исследования. Реализация технологии лучевой диагностики осуществляется в рамках рентгенологической службы, объединяющей рентгенологическую диагностику, рентгеновскую (РКТ) и магнитно-резонансную (МРТ) компьютерную томографию. В дальнейшем, возникает потребность в последовательной структуризации высокотехнологичных производств – высокотехнологичных видах лучевой диагностики. Для этого необходимо провести реальную оценку деятельности лучевой диагностики. Объективная оценка ситуации осложняется тем, что специальные документы регистрации и отчетности ограничены общими данными о составе специалистов, количестве устройств и выполненных исследованиях [2,3].

Лучевая диагностика превратилась в крупную область медицины. Профессионалы, работающие в этой области, сегодня имеют в своих руках целый спектр современных методов диагностики и лечения. Эти изменения стали возможными благодаря внедрению в медицину последних достижений научно-технического прогресса, взаимодействию фундаментальных и клинических дисциплин. Для лучевой диагностики очень велика роль технических инноваций, которые позволяют по новому взглянуть на многие проблемы диагностики и лечения [4].

В Европе придается большое значение эффективному управлению медицинскими ресурсами. Для оптимизации работы служб лучевой диагностики используются методы и инструменты управления качеством, такие как Six Sigma, Lean Management и Kaizen. Они позволяют устранять избыточные затраты, оптимизировать процессы и повышать эффективность службы лучевой диагностики [5].

Одним из наиболее популярных методов является создание централизованных служб лучевой диагностики. В таких центрах используются современные методы диагностики и обработки данных, а также специалисты с высокой квалификацией. Они могут обрабатывать большое количество исследований и обеспечивать быстрый доступ к результатам диагностики.

Можно отметить следующие тенденции в развитии методов лучевой диагностики:

Во - первых произошли огромные изменения в технологии получения изображений.

Во - вторых все методы лучевой диагностики стали цифровыми.

В - третьих развиваются системы для организации, распределения и хранения (архивирования) цифровых изображений.

В - четвертых возросла скорость получения диагностической информации и ее объем.

В - пятых, современные методы лучевой диагностики стали широко использоваться для раннего выявления заболеваний на доклиническом этапе.

С внедрением КТ, МСКТ и МРТ значительно расширились возможности лучевой диагностики заболеваний костно-суставной системы. С учетом разработок традиционной рентгенологии созданы новые технологии углубленной дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных изменений костей, впервые исследованы не только костные структуры, но и мышечно-связочный аппарат, хрящевая ткань [6].

В последние годы разработана новая гибридная медицинская диагностическая система, радионуклидной диагностики, сочетающая в себе позитронный эмиссионный томограф (ПЭТ) и магнитно резонансный томограф (МРТ) – ПЭТ/МРТ, который широко используется в онкологии во всем мире. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) способна оценивать интенсивность обмена веществ в клетках организма, что позволяет обнаруживать злокачественные опухоли на ранних стадиях их развития [7].

Раковые клетки активнее делятся и быстрее растут, а значит, поглощают больше глюкозы и других биологически активных веществ. Именно с учетом интенсивности этого накопления и построены изображения ПЭТ. Именно способность ПЭТ "видеть" очаги

изменения обмена веществ позволяет четко различать злокачественные и доброкачественные опухоли, что не могут другие методы визуализации – рентген, УЗИ, КТ и МРТ. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) способна оценивать интенсивность обмена веществ в клетках организма, что позволяет обнаруживать злокачественные опухоли на ранних стадиях их развития [8].

Раковые клетки активнее делятся и быстрее растут, а значит, поглощают больше глюкозы и других биологически активных веществ. Именно с учетом интенсивности этого накопления и построены изображения ПЭТ. Именно способность ПЭТ "видеть" очаги изменения обмена веществ позволяет четко различать злокачественные и доброкачественные опухоли, что не могут другие методы визуализации – рентген, УЗИ, КТ и МРТ. Существенный прогресс в диагностике многих заболеваний и планировании лечения связан с внедрением в медицинскую практику методов визуализации, позволяющих получать изображения внутренней структуры и функционирования организмов без хирургического вмешательства. В числе широко используемых методов - рентгенография, компьютерная рентгеновская томография, ультразвуковая диагностика, позитронная эмиссионная томография, гамма-томография, а также получение изображений с помощью магнитного резонанса [9,10].

Заключение. Внедрение практически всех основных методов лучевой диагностики отмечено Нобелевскими премиями. Первая Нобелевская премия была присуждена, как известно, основателю рентгенологии В.К. Рентгену, в дальнейшем премии были присуждены специалистам, заложившим фундамент радиоизотопной диагностики (супруги Кюри, А. Беккерель, Дж. Де Хевеши, К.Д. Андерсон), ангиографии (В. Форссман, А. Курнард и Д. Ричардс), компьютерной томографии (КТ) (Г. Хаунсфилд, М. Кормак). Совсем недавно, в 2003 г., Нобелевская премия в области медицины была вручена создателям магнитнорезонансной томографии (МРТ) – П. Лаутербуру и П. Мансфилду. Без сомнения, этот список будет продолжен.

Использованная литература:

1. Бекишев, В. А. Организационно-методические и санитарно-гигиенические требования к радиационной безопасности пациентов/ В. А. Бекишев // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. - 2013. - № 2. - С. 63-67.
2. Руммени Э.Й., Раймер П., Хайндель В.; Магнитно-резонансная томография тела. / Пер. с англ.; Под ред. Г.Г. Кармазановского. – МЕДпресс-информ, 2014, 848с.
3. Сәулелік диагностика [Текст]. 2-ші кітап. Ас қорығу жүйесі мүшелерінің қалыпты көрінісі және ауруларының сәулелік белгілері / Ә. Хамзин. - Алматы : Эверо, 2010. - 110 б.
4. Справочник по абдоминальной эхографии. А.И. Дергачева и П.М. Котлярова (2004 г).
5. Вестник рентгенологии и радиологии №5, 2014 г
6. И.Е. Тюрин Лучевая диагностика в онкологии. Практическая онкология Т14№1-2013г
7. Солодский В.А Котлярова П.М. Нуднов Н.В. История развития лучевой диагностики в российском научном центре рентгенологии. Вестник рентгенологии и радиологии 2014 (5)5-12
8. Журнал медицинская радиология и радиационная безопасность .Том 66 №6 2021г
9. Синицын В.Е. Развитие методов лучевой диагностики: что нас ждет? Лучевая диагностика и интервенционная радиология в клинической онкологии 17.05.2006 г.
10. Календер В. Основы рентгенологической компьютерной и магнито-резонансной томографии. Техносфера 2006г.

ЕМХАНАДА УЧАСКЕЛІК ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУДЕГІ БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК МАҢЫЗЫ

Утебаева М.И.¹, Айтманбетова А.А.², Бегимбетова Г.А.².

¹ «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан
² С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

Өзектілігі. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) қолдауымен жаһандық бастама шеңберінде ретті түрдегі іс-шаралардың басты мақсаты халық пен пациенттердің арасында бронх демікпесі туралы білімді арттыру, профилактика туралы хабардар ету, аурудың жаңа жағдайларын ерте кезеңде анықтау, науқастарға медициналық көмек көрсету сапасын арттыру болып табылады.

Демікпе – созылмалы ауру, ол мезгіл-мезгіл қайталанатын тұншығу және ысқырықты ұстамалармен сипатталады, олардың ауырлығы мен жиілігі адамдардың арасында әртүрлі болады.

2019 жылы әлемде демікпеден 262 миллион адам зардап шекті және 461 000 өлімнің себепшісі болды.

Бронх демікпесі балалардың арасында ең көп таралған созылмалы ауру. Ингаляциялық дәрі-дәрмектер демікпе белгілерін бақылай алады және демікпемен ауыратындарға қалыпты белсенді өмір сүруге мүмкіндік береді. Қазақстанда демікпемен сырқаттанушылық тұрақты өсу үрдісіне ие. Егер 2017 жылы 100 мың қазақстандыққа орташа есеппен 93,4 демікпе ауруы, 2018 жылы – 97,2, 2019 жылы – 102,8, ал 2020 жылы бұл көрсеткіш 126,1 құрады. ҚР-да диагностикалық есепте тұрған бронх демікпесі бар науқастардың саны 5 жылдың ішінде 2017 жылы 72 815-тен 2021 жылы 109 384-ке дейін өсті, алайда МСАК -та есепте тұрған науқастардың көбеюіне қарамастан, осы жылдардың ішінде емдеуге жатқызу саны төмендеу үрдісіне ие болды, оны менеджменттің жақсаруы ретінде және МСАК -те бронх демікпесі бар пациенттерді динамикалық бақылауға болады.

Балалардың арасында 2020 жылы 100 мың адамға шаққанда 132,2 сырқаттанушылығы бар 14 жасқа дейінгі балалар ең осал жас болып қала береді. Қалаларда тұратын адамдарда бронх демікпесі аудандарға қарағанда 2 есе жиі кездеседі. Мәселен, 2020 жылы ҚР қалаларында демікпе жиілігі 156,3, ал аудандарда - 100 мың тұрғынға шаққанда 82,8-ді құрады. Бұл статистика басқа елдердің көрсеткіштеріне өте ұқсас және урбанизация факторларының әсерімен ғана емес, сонымен қатар қалалық жағдайда демікпенің статистикалық жоғары диагностикалануымен де байланысты болуы мүмкін.

Денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламасы шеңберінде бронх демікпесінен сырқаттанушылықты, асқынуларды және халықтың өлімін азайту мақсатында Министрлік дәлелді медицинаға негізделген созылмалы ауруларды динамикалық бақылау және басқару бағдарламаларын енгізе отырып, МСАК -ті күшейту бойынша жұмыс жүргізуде.

Ресми статистика деректері бойынша Қазақстан Республикасында кейінгі жылдары тыныс алу органдарының аурулары таралу бойынша бірінші орынды иеленген, олардың қатарына мынадай: пневмония, созылмалы бронхит және анықталмаған эмфизема, бронх демікпесі аурулары кіреді [1,2].

Демікпенің алдын-алу деп аурудың пайда болуының алдын-алу (біріншілік алдын-алу) және демікпемен аурудың өршуінің алдын-алуды (екіншілік алдын-алу) ажыратады [3]

Біріншілік профилактиканың мақсаты – демікпенің пайда болуын болдырмау. Екіншілік профилактиканың мақсаты-ауруы бар адамдарда демікпе ұстамаларының алдын алу және демікпемен ауыратын науқастардың нашарлауының алдын алу.

Зерттеу жұмысының мақсаты – Алматы қалалық емханада учаскелік тіркеудегі тұрғындар арасында бронх демікпесінің эпидемиологиялық ерекшеліктері мен қауіп факторларын бағалау болып табылады.

Зерттеу нәтижелері. Аурудың нақты анықтамасына, жеткілікті айқын белгілеріне қарамастан, БД -не, көбінесе, бронхиттің әртүрлі формалары ретінде қате диагноз қойылады және нәтижесінде тиімсіз емделеді. Зерттеу нәтижелеріне сәйкес, учаскелегі егде жастағы адамдар тобында алғаш рет анықталған бронх демікпесі бар адамдардың саны айтарлықтай жоғары болды; осы жас санатындағы барлық тұрғындардың 19% (33 адам). Бронх демікпесі бар жасырақ тұрғындардың жалпы саны, оның ішінде бірінші рет анықталған жағдайлары бар адамдар (N = 13) және бұрын белгілі диагнозы бар науқастар (N = 21) 34 пациентті құрады, осылайша жас тұрғындар арасында бронх демікпесінің үлес салмағы 9,3% құрады. Бұл нозологияның үлесі егде жастағы адамдар арасында 19% - дан жоғары болды.

Осылайша, зерттеу алғаш рет, бронх демікпесінің негізгі қауіп факторларының сипаттамасын, олардың осы аурулардың белгілеріне нақты әсерін көрсетті. Алынған жаңа ғылыми деректер учаске тұрғындарының денсаулығы үшін маңызды болып табылады және бронх демікпесі бар науқастарға медициналық-әлеуметтік көмекті практикалық ұйымдастыруда қолданбалы.

Жүргізілген зерттеу нәтижесінде анықталған учаскенің жас тұрғындарындағы бронх демікпесінің үлес салмағы едәуір жоғары (9,3%) құрады. Жас тұрғындар арасында темекі шегу жиілігі 33,1% құрайды. Оларда алғаш рет анықталған бронх демікпесі бар науқастарда орташа ауырлықтағы сыртқы тыныс алу функциясының обструктивті бұзылыстары бар, сонымен қатар, бронх демікпесі негізінен «психологиялық компоненттің» төмендеуіне әсер етеді.

Қорытынды. Бронх демікпесінің жоғары үлесі және олардың жас адамдардағы қауіп факторлары туралы деректер ерте кезеңінде өкпенің созылмалы ауруларын анықтау үшін тыныс алу жүйесіне скринингтік бағдарламаларды жүргізу қажеттілігін негіздейді. Темекі шегудің, әсіресе ерлер арасында айтарлықтай таралуын және 25 жастан бастап өкпенің созылмалы обструктивті ауруының даму қаупі топтарын қалыптастыра отырып, темекі шегу қарқындылығының жоғары параметрлерін ескере отырып, балаларға, жасөспірімдерге және жас тұрғындарға мемлекеттік деңгейде де, медициналық мекемелер деңгейінде де темекіге қарсы белсенді бағдарламаларды енгізу қажет.

Әдебиеттер тізімі:

1. Показатели заболеваемости бронхиальной астмой в Мордовии./Степанов Н.А. и соавт. //Здоровье населения и среда обитания. – 2018. - №7 (3040). -С.57-60.
2. Даулетова Г.Ш., Ахелова Ш.Л. и др.. Основные тенденции заболеваемости бронхиальной астмой в Казахстане /<https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-tendentsii-zabolevaemosti-bronhialnoy-astmoy-v-kazahstane>
3. Шарипова Н.С. Медико-социальный аспект или заболевание бронхиальной астмы.//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. - №10. -С.101-104.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ С ПРИМИНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА «ТИМОГЕЛЬ»

Болтаева Ф.М.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – одно из распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР), которое имеет хроническое течение и характеризуется периодами ремиссии и обострения с высыпанием афт. По данным ВОЗ, поражает до 20% населения. Характерными морфологическими элементами при ХРАС являются афты, которые локализуются на любом участке СОПР и имеют цикл развития 7-10 дней. Они чаще округлой формы с гиперемизированным венчиком, образовавшиеся на фоне невоспаленной слизистой, покрытые желтовато-белой фиброзной пленкой, находящиеся на одном уровне со слизистой оболочкой или незначительно выступающие над ней. Жалобы при легкой форме ХРАС на боли при приеме пищи и разговоре, снижение аппетита, на одиночные афты на слизистой рта, предшествует чувство жжения, болезненность, парестезия слизистой оболочки в месте возникновения афт. Тактика лечения: ХРАС зависит от степени тяжести патологического процесса, от наличия фоновой патологии и включает устранение причинных и предрасполагающих факторов. Медикаментозное лечение носит паллиативный характер. Немедикаментозное лечение: направлено на устранение этиологических и предрасполагающих факторов – санация полости рта, избегать травматизации СОПР, обучение рациональной гигиене полости рта, устранение стрессогенных факторов, восстановление баланса женских половых гормонов (у женщин), выявление взаимосвязи с пищевыми продуктами, соблюдение безглютеновой диеты, даже при отсутствии целиакии; – Медикаментозное лечение: (в зависимости от степени тяжести заболевания): Местное лечение: - Обезболивание: 1- 2% лидокаин для обезболивания, 0,1% триамцинолон для аппликаций 3-6 раз в день 4-6 дней, 0,05% клобетазол для аппликаций 3-6 раз в день 4-6 дней, при наличии вирусной этиологии 5% ацикловир для аппликаций 4-6 раз в день 5-10 дней - Антигистаминные препараты: лоратадин 10мг 1 раз в сутки 10-15 дней, дезлоратадин 5мг 1 раз в сутки, длительность приема зависит от симптоматики; - Симптоматическая терапия: хлоргексидина биглюконат, раствор, 0,05% для обработки полости рта 3 раза в день до начала эпителизации, в виде аппликаций на элементы поражения до полной эпителизации.

Цель исследования. В связи с вышесказанным, целью нашего исследования является изучить влияние препарата «Тимогель» на динамику клинической симптоматики болезни и местного иммунного статуса ХРАС.

Материал и методы. Исследование проводили на базе кафедры терапевтической стоматологии Бухарского государственного медицинского института. Было выполнено клиническое исследование с последующим лечением 80 пациентов с ХРАС в возрасте от 25-40 лет.

С целью оценки действия препарата «Тимогель» на клиническое течение ХРАС сформированы 3 группы пациентов:

Первая группа (основная), где были включены 30 пациентов, которым проводилась монотерапия препаратом «Тимогель».

Вторая группа (контрольная), куда были включены 30 пациентов, которым проводилось лечение препаратом Диплен-Дента.

В третью группу были включены 20 пациентов, которым проводилась комплексное лечение антисептическими средствами, местных обезболивающих препаратов

«Тимогель» назначили в виде местной обработки полости рта 2 раз в день в течении 5-7 дней. Экспозиция препарата «Тимогель» на поверхности слизистой – 10 минут. Все другие группы также проходили лечение в течение 7 дней. Принимать пищу и полоскать рот пациентам разрешалось не ранее, чем через 1 час после применения препаратов.

Терапевтический эффект оценивали на основании сроков исчезновения субъективных и объективных признаков ХРАС. Клинические симптомы оценивали ежедневно. Клинические методы исследования включали – сбор анамнеза, осмотр полости

рта на наличие афт ХРАС, пальпацию СОПР для оценки болезненности высыпаний. Обработку и анализ полученных статистических данных проводили на персональном компьютере программой Statistica для Windows 7.

Результаты и обсуждение. Пациенты всех 3-х групп предъявляли жалобы на боль, жжение, покраснение СОПР, наличие афт. Афты высыпались в различных участках ротовой полости, чаще на слизистой губ, щек, спинке и кончика языка (табл.1).

Таблица 1.

Жалобы и клинические проявления больных на ХРАС

Жалобы	Количество больных (n=80)
Боль	80 (100%)
Жжение	40 (33,3%)
Воспаление	35 (32,5%)
Афты	80 (100%)
Ухудшение общего самочувствия	100 (83,3%)

Как видно из данных таблицы 1, чаще всего ХРАС проявлялась в виде боли и высыпаний афт (100%). 83,3% пациентов жаловались на ухудшение общего самочувствия – наличие субфебрильной температуры, нервозность, тревожность, понижение аппетита, что значительно ухудшало качество их жизни.

Клинические проявления после использования терапии также уменьшались (табл.2).

Таблица 2.

Симптомы	1 группа (n=31)	2 группа (n=40)	3 группа (n=39)
Боль/воспаление/жжение	30 (73,2%)	15 (37,5%)	18 (46,2%)
-2 сутки	38 (92,7%)	20 (50%)	25 (64,1%)
-5 сутки	41 (100%)	31 (77,5%)	36 (92,3%)
-7 сутки			
Афты	25 (60,97%)	11 (27,5%)	16 (41,03%)
-3 сутки	39 (95,12%)	23 (57,5%)	26 (66,7%)
-5 сутки	41 (100%)	32 (80%)	34 (87,18%)
-7 сутки			
Улучшение общего самочувствия (на 2 сутки)	30 (73%)	15 (37%)	18 (46%)

Пациенты 2 группы почувствовали улучшение общего самочувствия на 2 сутки у 37% пациентов, афты начали уменьшаться у 27,5% пациентов на 3 сутки, и 80 % на 7 сутки. Пациенты 3 группы, почувствовали улучшение общего самочувствия и исчезновение симптомов боли на 2 сутки у 46% пациентов, афты исчезали на 3 сутки у 66,7%. Пациенты, получавшие обработку препарата «Тимогель», уже на 2-е сутки почувствовали улучшение общего самочувствия, значительное уменьшение симптомов боли, жжения, воспаления. Афты начали исчезать на 3 сутки у 60,97% пациентов, на 5 сутки у 95%, и на 7 сутки у 100% пациентов.

Заключение. Исследование показывает нам, что проводимое лечение с применением препарата «Тимогель» проявило свою хорошую эффективность. Также клинические проявления ХРАС значительно уменьшились уже на второй день применения препарата «Тимогель», а на 7 сутки достигли 100% результата, чего не наблюдалось в двух других контрольных группах.

Показания для консультации специалистов: наличие соматических заболеваний, отягощенный аллергологический анамнез. Профилактические мероприятия: Выявление и лечение заболеваний ЖКТ, нервной, эндокринной систем. Устранение очагов хронической инфекции, травмирующих факторов. Своевременное выявление и лечение

вирусной инфекции. Тщательная санация полости рта, систематический гигиенический уход. Мониторинг состояния пациента – нет; Индикаторы эффективности лечения: сокращение сроков лечения, увеличение периода ремиссии.

Литература:

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф.Е.В.Боровского, проф.А.Л.Машкиллейсона. – М.:МЕДпресс, 2016. -320с.
2. Зазулевская Л.Я. Болезни слизистой оболочки полости рта. Учебник для студентов и практических врачей. – Алматы, 2016. – 297 с.
3. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. – 2015. – 92 с
4. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта: Атлас / Перевод с английского под ред. Л.А. Дмитриевой. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
5. Наврузова Л.Х. Сканирующая электронная микроскопия твёрдых тканей зубов при гиперфункции паращитовидных желёз. Новый день в стоматологии. Ташкент-2020 №1
6. Наврузова Л.Х. Ультраструктурная организация твёрдых тканей зубов при гиперпаратиреозе» Проблемы науки. Москва 2018 стр. 138-141

ОБРАЗ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

PhD., Мухаммедова М.М.

Бухарский Государственный Медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день идёт тенденция к ведению правильного образа жизни, которая является по своей сути ключом лечения многих заболеваний связанных с метаболизмом и кровообращением. Великий авиценна твердил в своё время что, еда должна быть лекарством, а лекарство едой. Эти слова подразумевают то что, в рационе каждого человека должны присутствовать все полезные ингредиенты для поддержания организма. У пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и острым коронарным синдромом (ОКС) улучшение факторов риска, связанных с образом жизни, снижает сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Однако модификация образа жизни очень сложна.

Цель исследования: это исследование было направлено на оценку воздействия сочетания программ, касающихся образа жизни у больных с ишемической болезнью сердца и острым коронарным синдромом.

Материалы и методы исследования. Авторы провели исследование на 84 пациентов. На основании разработки программы по изменению образа жизни, основанной на правильном питании, которые обращались в кардиологическое отделение РНЦЭМП БФ с диагнозами ОКС и ИБС.

Пациенты, госпитализированные с острым коронарным синдромом и / или реваскуляризацией, с ≥ 1 изменением жизненного образа (ИЖО) (индекс массы тела $> 27 \text{ кг} / \text{м}^2$, отсутствие физической активности и / или курение) были включены. Все пациенты получали обычную помощь в соответствии с рекомендациями. Вмешательство было основано на программах образа жизни, направленных на снижение веса, повышение физической активности и отказ от курения. Первичным результатом была доля успеха через 12 месяцев, определяемая как улучшение ≥ 1 квалифицируемого ИЖО с использованием веса (снижение $\geq 5\%$), 6-минутной ходьбы (улучшение $\geq 10\%$). Статистическую обработку данных осуществляли с использованием программ «Microsoft

Excel 7.0» и «Statistica for Windows 6.0». Корреляционный анализ количественных величин проводили с вычислением коэффициента корреляции методом Стьюдента. Достоверными считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования. Мы исследовали 84 пациента. Полные данные о первичном исходе были доступны у 71 пациентов. Доля успешных пациентов в группе вмешательства составила 37% (36 пациентов) по сравнению с 26% (27) в контрольной группе ($p = 0,002$; отношение рисков: 1,43; 95% доверительный интервал: 1,14 до 1,78). В группе вмешательства участие было связано со значительно большей вероятностью успеха (46% против 34%; $p = 0,03$).

Выводы. Среди пациентов с ишемической болезнью сердца направление, координируемое высшим и средним медицинским персоналом, на комплексный набор общедоступных, широко доступных вмешательств, направленных на изменение образа жизни, приводит к значительным улучшениям в изменении образа жизни, что ведет скорейшему восстановлению пациента с вышеуказанными синдромами.

Литература

1. Баутин А.Е., Мазурок В.А., Осовских В.В., Афанасьева К.Ю. Гемодинамические эффекты маневра мобилизации альвеол у пациентов кардиохирургического профиля с систолической дисфункцией левого желудочка // Анест. и реаниматол. – 2014. – Т. 59, №6. – С. 43-48.

2. Мухамедова М.М., Ганиева Ш.Ш. Клинические особенности острого коронарного синдрома у больных, перенесших коронавирусную инфекцию // Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali. – 2022. – С. 209-213.

3. Шляхто Е.В., Конради А.О., Виллевалде С.В. и др. Руководство по диагностике и лечению болезней системы кровообращения (БСК) в контексте пандемии COVID-19. – М., 2020. – 41 с.

4. Яковлева Т.В., Брико Н.И., Герасимова А.Н. и др. Сравнительная характеристика эпидемических сезонов гриппа 2015-2016 и 2009-2010 гг. // Журн. микробиол. – 2017. – №1. – С. 11-19.

5. Alhobhani T. Acute myocarditis associated with novel Middle east respiratory syndrome coronavirus // Ann. Saudi Med. – 2016. – Vol. 36. – P. 78-80.

6. Alon D., Stein G.Y., Korenfeld R., Fuchs S. Predictors and outcomes of infection-related hospital admissions of heart failure patients // PLoS One. – 2013. – Vol. 8. – P. e72476.

7. Chan-Yeung M., Xu R.H. SARS: Epidemiology, Virology, Clinical Characteristics, and Treatment strategy // Clin. Chest. Med. – 2017. – Vol. 38. – P. 59-70.

8. Mukhamedova M.M. Features of Management of Patients with Acute Coronary Syndrome after Suffering COVID-19 // Central Asian J. Med. Nat. Sci. – 2022. – Vol. 3, №6. – P. 315-319.

9. Product Information. Fortovase (saquinavir). – Roche Laboratories, Nutley, NJ.

10. Product Information. Xarelto (rivaroxaban). – Bayer Inc, Toronto, IA.

11. 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. – Vol. 395 (10229). – P. 1054-1062.

ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПОЛ И АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В ПЕЧЕНИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ГРАНАТНОЙ МАСЛОМ

Тешаев Ш.Ж., Тураев У.Р.

Бухарский Государственный Медицинский Институт

Цель работы. Оценка влияния гранатное масло на изменение в печени при коррекции с экспериментальной злокачественной раке молочной железы.

Методика исследования. Исследования было выполнено на 86 крысах самцах возрасте 6 месяцев. В течении 21-дней экспериментальным животным внутримышечно ввели 7,12-диметилбензантрацен, лекарственный препарат, который в организме вызывает раковый процесс.

Животных разделели на 4 гр. 1-группа контрольная; 2-группа химиотерапия; 3- группа химиотерапия +гранатное масло; 4-группа коррекция только гранатное маслом.

Результаты. Было установлено, что рак молочной железы негативно влияет на микроциркуляторные сдвиги в органах печени проявляющиеся капиллярстазом, геморрагиями и уменьшением числа функционирующих сосудов. Эти изменения естественно могут приводить к гипоксии органов и активации липопероксидации в печени. Уже с первых суток наблюдается застой в микроциркуляторном русле, усиления сосудистого тонуса и периваскулярный отек. Биохимически увеличение уровня МДА в гомогенате печени. Повышение было статистически в 1,8 раза ($p < 0,05$). Активность СОД имели тенденция к снижению на 2,2 % по отношению к значениям к контрольных. Каталаза первые сутки имела тенденцию к повышению, в конце эксперимента активация носила статистически значимый характер и превысила нормативные параметры на 22 и 23%. 4-группа животных показатели МДА активация носила статистически значимый характер, то в конце приёма гранатное масло достоверно снижалась и концу эксперимента составило 1,2 %. СОД имела тенденцию к повышению, а к концу эксперимента составила 11,3 % от значений нормы. Каталаза имела тенденцию к снижению и концу эксперимента составила 8% от значений нормы.

Заключение. Таким образом была установлено, что при раке молочной железы вторично к патологическому процессу подключается печень. В печени нарушается микроциркуляция, капиллярстазом, геморрагиями и уменьшением числа функционирующих сосудов. Эти изменения естественно приводит к активации липопероксидации в печени. Коррекция гранатном маслом выше указанные изменения в печени улучшается.

Литература.

1. Тураев У.Р. Микрогемодинамика печени и ПОЛ при ОКН. Медицинский журнал Узбекистана.-2002.-№3.С.89-92.
2. Тураев У.Р. Микрогемодинамика печени и ПОЛ при ОКН. 6-й Международный медицинский конгресс студентов и молодых учёных – Тернополь. 2002- С.250.
3. Музико Е.А...и др., Изменение оксидантного и антиоксидантного статуса у потомства крыс экспериментальной преэклампсией под действием производных ГАМК. Вестник ВолгГМУ. С.98-101.
4. Phipps E.A Thadhani R. Benzing T. Karumanchi S.A Pre-eclampsia: pathogenesis novel diagnostics and therapies//Nature reviews.Nephrology.-2019.-№5(15).-P.275-289.

АСТАНА ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ АРАСЫНДА АИТВ-ИНФЕКЦИЯСЫМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫ ТАЛДАУ

Утелова Э.К., Кожекенова Ж.А.

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Республика Казахстан

Тақырыптың өзектілігі. Қазақстан Республикасында соңғы бірнеше жыл ішінде АИТВ-ның таралуы жоғары деңгейде қалып отыр. Республикалық ЖИТС орталығының деректері өсіп келе жатқан қорытындымен республикада АИТВ-инфекциясы бар науқастар тіркелетінін көрсетеді. Қазақстан ЖИТС эпидетінің жаһандық мониторингі 2020 - қол жеткізілген прогресс туралы елдік есебі бойынша бүгінгі таңда Қазақстан Республикасында өмір сүретін адамдардың болжамды саны АИТВ-инфекциясы "Спектрум" бағдарламасының бағалауы бойынша 31 378 құрайды (2019 жыл), олардың мәртебесін білетін адамдардың саны 25 753 адамды құрайды[1]. Ұлттық мониторинг деректері бойынша АИТВ-инфекциясы шоғырланған кезең, яғни. негізінен негізгі кезеңдер арасында кең таралған халық топтары: инъекциялық есірткі қолданатын адамдар, секс жұмыскерлер, еркектермен жыныстық қатынасқа түсетін ер адамдар. 15-49 жас тобында АИТВ-инфекциясының таралуы 0,25% құрайды, болжам бойынша-0,28%. Негізгі популяциялар арасында таралуы: ЛУИН –7,9%; СР-1,4%; МСМ – 6,5%. [2] Егер әлемде АИТВ-ны берудің негізгі жолы жыныстық жол болса, онда посткеңестік кеңістік елдерінде, оның ішінде Қазақстан Республикасында есірткі тұтынушылар арасында АИТВ-ны берудің ең көп таралған инъекциялық жолы. АИТВ-ның бұл берілу жолы өзінің басым позициясын сақтап қалса да, жыныстық берілу жолын жандандыру жүріп жатыр [3].

АИТВ-инфекциясы-ең ауыр экономикалық проблема. АИТВ жұқтырған адамдарды ұстау және емдеу айтарлықтай ақшалай инвестицияны қажет етеді. Эпидемияның одан әрі таралуы қоғамның экономикалық және әлеуметтік дамуының ауыр зардаптарына әкелуі мүмкін. АИТВ-инфекциясы қазіргі уақытта қоғамдастықтың АИТВ-инфекциясы өкілдерімен қарым-қатынасын реттейтін нормативтік құқықтық актілерді қабылдау тұрғысынан проблема болып табылады [4,5]. Осы орайда Астана қаласы тұрғындарының арасындағы АИТВ инфекциясының таралуын зерттеу өте маңызды болып табылады.

Зерттеу мақсаты: Астана қаласы бойынша АИТВ инфекциясының сырқаттанушылығын зерттеу және инфекцияның таралуын азайтуға бағытталған тәжірибелік ұсыныстар беру.

Зерттеу міндеттері:

1 Қазақстан Республикасында және алыс шет елдерде АИТВ-инфекцияларының даму ерекшеліктерін зерделеу.

2 Астана қаласы тұрғындары арасындағы АИТВ-инфекциясының сырқаттанушылығына талдау жүргізу.

3 Астана қаласы бойынша АИТВ-инфекциясымен сырқаттанушылықты төмендету және оның одан әрі таралу қарқынын тұрақтандыру жөнінде ұсыныстар әзірлеу.

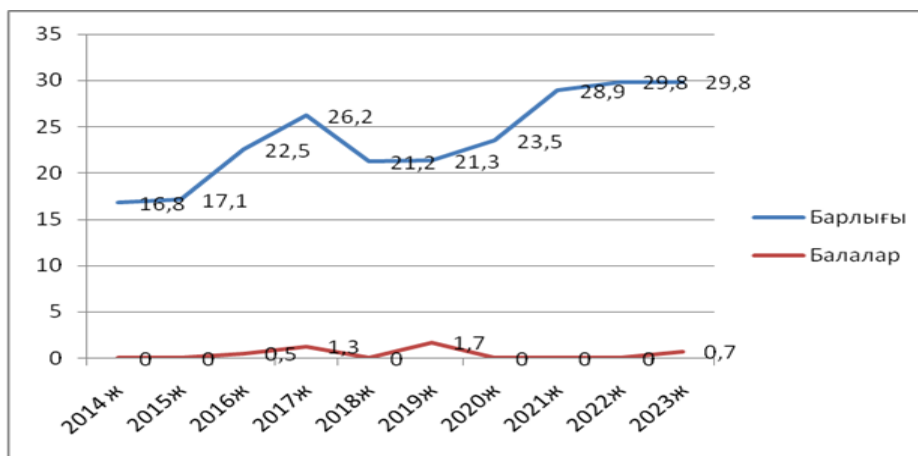
Зерттеу материалдары мен әдістері:

– ақпараттық-аналитикалық;

– статистикалық;

Зерттеу көлемі (іріктеме): Астана қаласы тұрғындары арасындағы АИТВ-инфекциясының сырқаттанушылығы бойынша Денсаулық сақтау Министрлігінің ақпараттық деректер базасы.

Астана қаласы тұрғындарының арасында АИТВ- инфекциясының сырқаттанушылық жағдайын талдау үшін біз он жылдық есеп құжаттарды талдадық. Зерттеу барысында 2014 жылдан бастап Астана қаласында АИТВ-инфекциясына шалдыққандар саны жоғарлауда. Ересек адамдар арасында соңғы он жылда АИТВ инфекциясы 1,8 есе жоғарлаған, 2014 жылы көрсеткіш 16,8 болса, 2023 жылы 29,8 құраған. Диаграммадан 2017 жылдан 2020 жылға дейін аурушылықтың төмендегенін көріге болады. Ал әрі қарай өсу қарқыны байқалады. 14 жасқа дейінгі балалар арасында инфекция бір деңгейде сақталған, тек 2020 ж – 1,7 көрсеткіші тіркелген (сурет 1).



Сурет 1 – Астана қ.АИТВ инфекциясының таралу динамикасы 100 мың халық санына шаққанда.

Әйелдер мен ер адамдардың арасында салыстырсақ, көбінесе ер адамдар зардап шегеді, олардың үлес салмағы 60,0% - дан асады. Астана қ.АИТВ жұқтырғандардың жас құрамын талдадық, нәтижесінде он жыл ішінде инфекцияға шалдыққандар көбінесе 20-29 және 30-39 жастағылар жиі тіркеліпті. АИТВ- инфекцияның басым таралу жолы- жыныстық болып табылады, оның ішінде гетеросексуалды түрі 60-70% құрайды. Екінші орында парентералды жолы, шамамен 20-28%, үшінші орында жыныстық гомосексуалды түрі 11% дан 21%-ға дейін өскен. 2014 -2015 жылдары 50%-ға жуық жұмыссыздар арасында АИТВ жиі тіркеліпті. Ал 2016 жылдан бастап 2023 ж дейін 50-63% жұмысы бар адамдарда жиі кездеседі.

Аурушылықтың I-II кезеңдегілер 20-50%, III-IV кезеңдегілер 3-8% құрайды. Инъекциялық есірткіні қолданушылар әр жылдары 2-3% диспансерлік есепке алынады. АИТВ жұқтырғандар АРВ ем қабылдайды, олар 76-88% құрайды, көбісі амбулаторлық ем қабылдаған, тек аз адамдар стационарлық көмекке жүгінген. ЖИТС+туберкулез аурушылығының өсу қарқыны байқалады. АИТВмен босанған әйелдердің саны мен олардан туған балалар саны екі есеге көбейген жылдан жылға жоғарлауда.

Астана қалысымен және Республикалық ЖИТС орталығымен Меморандумына сәйкес халықты тестілеу көрсеткіші 11% құрады. Халықты тестілеумен қамту әр жылда 20-30% құрады, яғни бұл жұмыстың түрі толық көлемінде орындалуда.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі №360 кодексі;
2. Информационный бюллетень «Всемирный день борьбы со СПИДом 2021». ЮНЭЙДС, 2021. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_ru.pdf. End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026, UNAIDS, Geneva, 2021. 100 p. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf.
3. АИТВ-инфекциясының болуына міндетті құпия медициналық тексеру қағидаларын бекіту туралы. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 27 қарашадағы № ҚР ДСМ-211/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 30 Қарашада № 21692 болып тіркелді.
4. Нугманова Ж.С., Рамазанова Б.А. ВИЧ-инфекция и старение (обзор) // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2015. № 4. С. 67-72.
5. WHO Constitution. <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution> https://kncdiz.kz/ru/WHO_Constitution. <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution> <https://kncdiz.kz/ru/>

АЛМАТЫ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ӘЙЕЛДЕР АРАСЫНДА ТАРАЛУ ЖОЛЫН ЗЕРТТЕУ

Мырзатаева М.Н., Кожекенова Ж.А.

КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, г.Алматы, Республика Казахстан

Тақырыптың өзектілігі. Ана мен баланың денсаулығын сақтау мемлекеттің басым міндеттердің бірі болып табылады. Бүгінгі таңда адамның иммун тапшылығы вирусынан туындаған инфекция-АИТВ инфекциясы - адамның ең қауіпті жұқпалы ауруларының бірі. АИТВ-инфекциясы, ең алдымен, репродуктивті және ең еңбекке қабілетті жастағы адамдарға әсер етеді, өмірлік сипатқа ие және бірнеше жыл бойы еңбекке жарамсыздығымен бірге жүреді, мемлекет үшін үлкен қаражатты қажет етеді. Әр бір әйел кісі өз денсаулығына немқұрайлы қараудың арқасында АИТВ инфекциясын жұқтырғанын дер кезінде медицина қызметкерлеріне жүгінбей ЖИТС ке ұласып өлім көрсеткіші жоғарлауда. Жұғу жолдарының ішінде қорғалмаған жыныстық қатынас. Жас өспірімдеріміздің ерте жыныстық қатынасқа түсуі. Жыныстық сауаттылығын төмен болуының әсерінен әйелдер арасында АИТВ инфекциясының эпидемиологиялық жағдайлары өсуде.

АИТВ-инфекциясы күрделі әлеуметтік мәселе болып табылады, өйткені жұқтырған адамдардың басым көпшілігі жұмыссыздықпен, білім мен мәдени деңгейдің төмендігімен сипатталады, бұл олардың өзгерген өмірлік жағдайға бейімделуінде елеулі қиындықтар туғызады. Эпидемиялық процеске соңғы кезде әйелдер де белсенді қатысады, АИТВ жұқтырған әйелдер арасында жүктілік жағдайлары өсуде. Жүктілік, босану және емізу кезінде АИТВ-ның анандан балаға берілу қаупі жоғары. Осы орайда әйелдер арасындағы АИТВ инфекциясының таралуын зерттеу өте маңызды болып табылады.

Зерттеу мақсаты: Алматы облысы бойынша АИТВ инфекциясының әйелдер арасында таралуын зерттеу және инфекцияның таралуын азайтуға бағытталған тәжірибелік ұсыныстар беру.

Зерттеу міндеттері:

1. АИТВ-инфекцияларының әйелдер арасында таралуын және арушылдықтың ерекшеліктерін зерделеу.

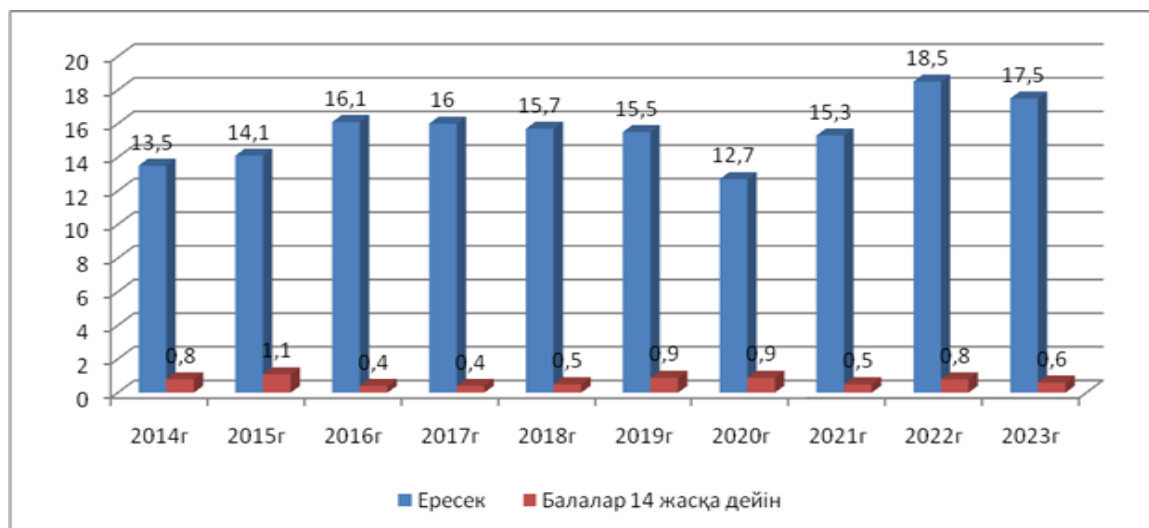
2. Алматы облысы бойынша әйелдер арасындағы АИТВ-инфекциясының таралу ерекшеліктерін зерделеу.

3. Алматы облысы бойынша әйелдер арасында АИТВ-инфекциясымен сырқаттанушылықты төмендету және оның одан әрі таралу қарқынын тұрақтандыру жөнінде ұсыныстар әзірлеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері: ақпараттық-аналитикалық, статистикалық;

Зерттеу көлемі (іріктеме): Әйелдер арасындағы АИТВ-инфекциясын жұқтырғандар бойынша Денсаулық сақтау Министрлігінің ақпараттық деректер базасы 2014-2023ж.ж.

ҚР ДСМ "Жүкті және фертильды жастағы әйелдер тіркелімі" ақпараттық жүйесінің мәліметтері бойынша Алматы облысында соңғы он жылда ересек адамдардың арасында ЖИТС аурушылдық деңгейі 4 есе жоғарлағаны байқалады. Мысалы 2014 жылы көрсеткіш 13,5 құраса, ал 2023 жылы 17,5 құрады. 14 жасқа дейінгі балалар арасында аурушылдық бір деңгейде (сурет 1)



Сурет 1 – Алматы облысы бойынша ЖИТС аурышылдығын тіркелу динамикасы, 2014-2023 ж.ж. 100000 халық санына шаққанда

Ерлер арасында соңғы жылдары инфекция жоғарлауда, 2014 жылы – 56,3% құраса, ал 2023 жылы – 67,7% құрады. Әйелдер арасында аурушылдықтың азайғаны байқалуда, 2014 жылы – 48,7% құраса, ал 2023 жылы – 32,3%.

Алматы облысы бойынша 2023 жылы әйелдер саны жалпы 28161 құрады, 28129 тексеруге жататындар, оның ішінде 16 АИТВ жұқтырған әйелдер болып шықты. Ең көп тіркелген әйелдер Қарасай ауданында (7), үш әйелден Іле және Енбекшіқазақ аудандарынан болды. Бір бірден Жамбыл, Райымбек, Талғар аудандарында тіркелі.

2023 жылдың мәліметтеріне сүйенетін болсақ АИТВ инфекциясы бар әйелдердің әлеуметтік жағдайы мәз емес. Барлық аудандарда әйелдер жұмыссыз. Ең көп жұмыссыз әйелдер Іле (10%), Қарасай (10%) аудандарында. Екінші орында Қонаев қаласында (8%) және Талғар ауданында (8%). Үшінші орында Енбекшіқазақ ауданы (7%) және басқа аудандар (6%). Жұмыс істететіндердің көбісі Іле (7%), Енбекшіқазақ (6%), Талғар (5%) аудандарында. Мектеп оқушыларыда бар арасында Жамбыл облысында (1%). Әйелдер арасында зейнеткерлер де бар, олар Қонаев қаласында (1%) Іле (1%) және Енбекшіқазақ (1%) аудандарында тіркелген. Алматы облысының колонияларында 276 адам АИТВ инфекциясына шалдыққандар, олардың 19 (6,9%) әйелдер колониясында жаза мерзімін өтеуде.

Қазақстанда әйелдер арасында АИТВ аурушылдығының деңгейінің жоғарылауының себептерінің бірі стигма. АИТВ-мен өмір сүретін әйелдерге қатысты стигма мен кемсітушілік көбінесе мемлекеттік және жеке медициналық мекемелерге (атап айтқанда, босанғанға дейінгі және босанғаннан кейінгі патронаж кезінде), жұмысқа орналасу кезінде, орта мектептерде және мектепке дейінгі білім беру кезінде, сондай-ақ тұрмыста балаларға білім алу кезінде көрінеді. Бұл АИТВ-позитивті әйелдің мәртебесін жасырудың негізгі факторы болып табылатын стигма мен кемсітушілік, бұл жүйелі күтім мен медициналық және әлеуметтік көмекке жүгінуден бас тартуға әкеледі.

Әйелдер үшін АИТВ-ның оң мәртебесін жақын ортасына, әсіресе көршілеріне ашу өте қиын, өйткені мәртебе ашылғаннан кейін, көп жағдайда қарым-қатынас күрт нашарлайды және әйел қоршаған ортаның қысымын сезіне бастайды.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Покровский В.В. Основные тенденции развития эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин в Российской Федерации В 2021 ГОДУ// Материалы конференции - СПб.: «Человек и его здоровье», 2022 г. — С.5-13).

2. Denebayeva A, Abrahamyan A, Sargsyan A, Kentenyants K, Zhandybayeva A, Nugmanova Z, et al. Antiretroviral therapy among patients with HIV in Almaty, Kazakhstan:

The implication for HIV-associated tuberculosis control. The Journal of Infection in Developing Countries. 2020;14(11.1).

3. WHO Constitution. <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>
[https://kncdiz.kz/ru/WHO Constitution](https://kncdiz.kz/ru/WHO_Constitution). <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>
<https://kncdiz.kz/ru/>

4. В. В. Покровский, Ермак Т.Н., Беляева В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство - ГЭОТАР-Медиа - 2020 г – 696 с.

5. Приказ № 211 Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-211/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 ноября 2020 года № 21692.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Кусаинова Ж.Д., Кожекенова Ж.А.

КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, г.Алматы, Республика Казахстан

Актуальность проблемы. Деятельность в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Республике Казахстане осуществляется в соответствии с новыми Глобальными стратегиями и целями. Следует отметить, что в Республике Казахстан в течение последних нескольких лет распространенность ВИЧ остается высокой. Данные Республиканского центра СПИД показывают, что с нарастающим итогом в республике регистрируются больные с ВИЧ-инфекцией. При этом наибольшее число ВИЧ-инфицированных в 2023г. выявлено в г.Алматы, г.Астана, Карагандинской и Восточно-Казахстанской областях.

Цель исследования: Провести анализ и оценить ситуацию ВИЧ-инфекции среди населения Республики Казахстан.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности развития ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан, СНГ и в странах дальнего зарубежья.
2. Изучить особенности распространенности ВИЧ-инфекции населения РК.
3. Разработать рекомендации по снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией и стабилизации темпов дальнейшего ее распространения.

Материалы и методы исследования: информационной базой исследования будут служить: статистическая отчетность МЗ РК, официальные ежегодные отчеты об обследовании на ВИЧ-инфекцию в РК;

Методы исследования: статистический, информационно-аналитический.

Результаты: Анализ наблюдений за заболеваемостью ВИЧ-инфекцией в РК посезонно и ежемесячной регистрации случаев ВИЧ-инфекцией показало отсутствие какой-либо закономерности распространения инфекции. Лица с ВИЧ были установлены в любое время года и в различных соотношениях. Это связано с тем, что время заражения ВИЧ и время фактического установления ВИЧ-инфекции не совпадают и могут варьировать в широких пределах.

Распространенность ВИЧ-инфекции по Республике Казахстан в целом за последние 10 лет имеет тенденцию к постепенному возрастанию на 6,8 раз. Если в 2014 году на 100.000 населения показатель составил 12,7, то в 2023 году он составил 19,5 (рисунок 1)

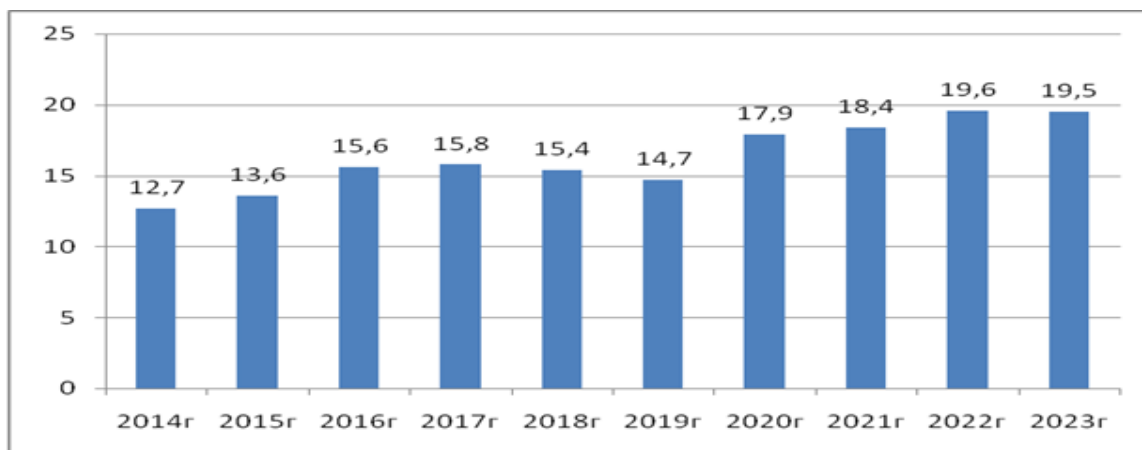


Рисунок – 1 Динамика распространенности ВИЧ инфекции по РК, %

Количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных в Республике Казахстан на 01.01.2024 г. в возрасте 15-49 лет по данным Центра СПИД г.Алматы видно, что наибольшее число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных приходится на Восточно-Казахстанскую (0,30), Карагандинскую (0,88), Павлодарскую (0,73) области, а наименьшая – на Кызылординскую (0,06). ВИЧ-инфекция чаще встречается у мужчин и имеет тенденцию к росту.

В 2023 году наибольший процент выявления отмечен в возрастной группе 30-39 лет – 33,2%, в возрастной группе 40-49 лет – 28,7%, лица в возрастной группе 20-29 лет оставляют 16,6%.

На сегодняшний день в Республике Казахстан оценочное количество людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, составляет 31378 согласно оценкам программы «Спектрум», число людей, знающих свой статус, составляет 25 753 человека.

По данным национального мониторинга ВИЧ – инфекция удержана наконцентрированной стадии, т.е. распространена преимущественно среди ключевых групп населения: людей, употребляющих инъекционные наркотики, секс работников, мужчин, имеющих секс с мужчинами. Распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет составляет 0,25% при прогнозе - 0,28%. Распространенность среди ключевых групп населения: ЛУИН –7,9%; СР – 1,4%; МСМ – 6,5%.

Согласно докладу Европейского бюро СДС (2018г.) при проведении анализа по прогрессу в достижении первых 90 на примере 39 стран ЕС и стран, включенных в европейское экономическое пространство, показал, что Казахстан опережает все страны Центральной Азии, и такие страны как: Чехия, Словакия, Беларусь, Армения, Украина и другие в достижении цели по тестированию на ВИЧ - инфекцию.

В целом по Республике Казахстан: показатель смертности от СПИД на 1000 ЛЖВ снизился в 1,8 раза (с 18,1 до 10,0), количественный охват АРТ ЛЖВ увеличился в 13 раз (с 1336 человек до 17 535).

В целом, на сегодняшний день в Казахстане внедрены большинство рекомендаций ВОЗ по профилактическим программам по ВИЧ, в частности, тестирование и консультирование; информационно-образовательная работа; доступ к презервативам; доступ к иглам и шприцам; профилактика с участием неправительственных организаций; постконтактная профилактика; применение принципа «равный-равному» в аутрич-работе; профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку; антиретровирусная терапия для серодискордантных пар.

Список использованной литературы

1. WHO Constitution. <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>
[https://kncdiz.kz/ru/WHO Constitution](https://kncdiz.kz/ru/WHO%20Constitution). <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution>
<https://kncdiz.kz/ru/>
2. В. В. Покровский, Ермак Т.Н., Беляева В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство - ГЭОТАР-Медиа - 2020 г – 696 с.

3. О. В. Решетников, ВИЧ-инфекция в терапевтической практике, ГЭОТАР-Медиа - 2018 г – 88 с.
4. М. Р. Бобкова, Латентность ВИЧ – Олимпия/Человек – 2021 – 228 с.
5. А. В. Кравченко, В. Н. Зимина, Кошечкин В.А., Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых. Руководство, ГЭОТАР-Медиа - 2020 г – 256 с.
6. Iskakova B, Nugmanova Z, Murat Yucel R, Gamarel KE, King EJ. Re-validation and cultural adaptation of the brief, standardized assessment tool for measuring HIV-related stigma in healthcare settings in Almaty, Kazakhstan. 2022 Nov 2;17(11)

БАЛАЛАРДА СӨЙЛЕУ ТІЛІНІҢ БҰЗЫЛУЫНЫҢ ДАМУЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫН ТАЛДАУ

Жумадуллаева А.Н.¹, Нурбақыт А.Н.², Жакупова М.Н.², Жақып Н.А.²

¹ «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

² С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы,
Қазақстан

Тақырыптың өзектілігі. Балалардың денсаулығына байланысты проблемалар қазіргі әлемдегі күрделі әлеуметтік-экономикалық проблема болып табылады. Олар арнайы білім беру саласында да, жалпы адамдық әлеуетті төмендету тұрғысынан да қиындықтар туғызады. Денсаулықтағы ауытқуларды ерте анықтап, зерттеу патологиялық факторлардың себептерін анықтауға ғана емес, сонымен қатар бала дамуындағы ауытқулардың дәрежесін болжауға және ерекше қажеттіліктері бар балалардың әрбір тобына сәйкес түзету бағдарламаларын әзірлеуге мүмкіндік береді [1].

Зерттеу мақсаты - мектеп жасына дейінгі балаларда сөйлеу тіліндегі бұзылыстардың туындауына әсер ететін факторларды анықтап, дамудың кешігуінің алдын алуға және ерте диагностикалауға қатысты іс-шараларды жетілдіру бойынша ұсыныстар әзірлеу.

Материалдар мен әдістер. Жарияланымдарды іздеу үдерісі зерттеу тақырыбы бойынша әдебиет көздерін талдауды қамтыды, олар Pubmed, Scopus, Google Scholar, Wiley және e-Library сияқты электронды кітапханалардың дерекқорларындағы соңғы 10 жылдағы ашық қолжетімді мақалаларға аналитикалық шолу жасалды. Әдебиеттерді шолуға негізделген басылымдар орыс және ағылшын тілдеріндегі толық мәтінді мақалалар болды.

Негізгі бөлім. Мектеп жасына дейінгі балалардың сөйлеу тіліндегі бұзылыстары жиі кездесетін құбылыс. ДДҰ деректері бойынша, бірінші сынып оқушыларының шамамен 30% -ында түзетуді қажет ететін сөйлеу бұзылыстары бар. Шетелдік зерттеулер одан да көп таралуды көрсетеді - 5% -дан 20% -ға дейін балалар әртүрлі сөйлеу бұзылыстарынан зардап шегеді. Бұл жағдайдың жақсы тұсы, бұл бұзылулардың көпшілігі ауыр немесе тұрақты емес. Сөйлеу тіліндегі кешігулер немесе айтылу проблемалары көбінесе өздігінен шешіледі немесе оңай түзетіледі [2].

Нестерова Т.В. зерттеу нәтижелеріне сәйкес сөйлеу бұзылыстары церебральды органикалық патологияның белгілерінің бірі бола отырып, жүйке жүйесіндегі функционалдық және органикалық өзгерістермен бірге жүреді, ол когнитивтік қызметтің әртүрлі бұзылыстарында көрінеді. [3]

Дашина М.Г., Акопян Т.А. және т.б. авторлардың пікірінше балаларда сөйлеудің кеш дамуын тудыратын көптеген факторлар бар. Оларға мыналар жатады:

* Биологиялық факторлар: жүктілік және босану кезіндегі асқынулар, жалпы ақыл-ой кемістігі, артикуляциялық аппараттың ақаулары, есту қабілетінің бұзылуы, тұқым қуалаушылық;

* Элеуметтік факторлар: қарым-қатынас пен білімнің болмауы, қолайсыз элеуметтік орта;

* Басқа факторлар: физикалық дамудың тежелуі, ерте жастағы ауыр ауру, теңгерімсіз тамақтану, аутизм, т.б. [4].

Дәрігерлер арасында сөйлеу дамуының барлық бұзылыстарын бастапқы және қайталама деп бөлу үрдісі бар. Сөйлеуді дамытудың біріншілік бұзылыстары анық анықталған этиологиялық фактор болмаған жағдайда, есту, көру және интеллект бұзылмаған кезде байқалады. Бұл бұзылулардың генетикалық негізі бар деп болжанады. Сөйлеу дамуының қайталама бұзылыстары психикалық дамудың тежелуі, орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымдануы, есту қабілетінің жоғалуы, артикуляциялық аппараттың туа біткен немесе жүре пайда болған ақаулары сияқты басқа аурулардан туындайды [5].

Крючкова Т.А. зерттеулері бойынша сөйлеу дамуының кешігуі қыздарға қарағанда ұлдарда айтарлықтай жиі анықталған ($p < 0,001$). Науқас балалардың аналарында жүктілік кезінде патологияның жиі кездесетін түрлері созылмалы фетоплацентарлы жеткіліксіздік және созылмалы жатыршілік ұрықтың гипоксиясы болып табылады, олар туылғаннан кейін балаларда сөйлеу бұзылыстарының қалыптасуына ықпал етеді. Көру мүшелерінің зақымдануы, орталық жүйке жүйесінің қалдық және перинаталдық зақымдануы балалардағы сөйлеу тілі кешігуі патологиясының жиі кездесетін түрі болып табылады [6]. 3,5 жасқа дейінгі балаларда қараусыз қалған сөйлеу тілінің кешігуі психо-сөйлеу дамуының кешігуіне айналады, ал бұл динамика ұлдарда жиі байқалады [7].

Балалардың сөйлеу тілінің бұзылуының дамуына әсер ететін факторларды зерттеу және медициналық-элеуметтік көмекті ұйымдастыруды талдау нәтижесінде келесідей қорытынды жасауға болады. Бастапқыда генетикалық, экологиялық және психологиялық факторлар сияқты көптеген айнымалылар балалардың сөйлеу бұзылыстарының пайда болуына айтарлықтай әсер етуі мүмкін екендігі анықталды. Маңызды аспект - ерте жаста проблемаларды анықтау және оңалтудың болжамы мен тиімділігін жақсарту үшін уақтылы емдеуді тағайындау.

Ақпараттық-аналитикалық зерттеу нәтижесі бойынша қазіргі таңда мектеп жасына дейінгі және мектеп жасындағы балалар арасында эпидемия болып табылатын сөйлеу тіліндегі бұзылыстарға әкелетін қауіп факторларының әсерін зерттеу, айтылған ауытқуларды ерте анықтауға және алдын-алу, оңалту іс-шараларын барлық салалар арасындағы (медицина, психология, элеуметтік, педагогика, логопедия, т.б.) интеграцияланған жетілдіру жұмыстарын жүргізу қазіргі таңда маңызды және өзекті болып табылады.

Әдебиеттер тізімі:

Данилина Е. В., Влияние ранних патогенных факторов на последующее развитие детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья, Педагогика. Вопросы теории и практики, 2023. Том 8, Выпуск 11

Committee on the Evaluation of the Supplemental Security Income (SSI) Disability Program for Children with Speech Disorders and Language Disorders; Board on the Health of Select Populations; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Speech and Language Disorders in Children: Implications for the Social Security Administration's Supplemental Security Income Program. Rosenbaum S, Simon P, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 Apr 6. PMID: 27123507

Нестерова Т.В. Проблемы состояния здоровья дошкольников с нарушением речевого развития // Universum: Медицина и фармакология : электрон. научн. журн. 2014. № 2 (3)

Дашина М.Г., Акопян Т.А., Павлов Г.А., Кочеткова Е.П., Тимошникова Н.Н., Малетин С.И., Проблемы экспертной оценки нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста при проведении медикосоциальной экспертиз, Медико-социальная экспертиза и реабилитация, № 2, 2014, 54 стр.

И.В. Макаров, Д.А. Емелина, Нарушения речевого развития у детей, Социальная и клиническая психиатрия 2017, т. 27 № 4, 101 стр.

Крючкова Т.А., Анализ причин задержки речевого развития у детей раннего возраста, российский педиатрический журнал, Том: 24, Номер: 4 Год: 2021

Фрисман Д. М., Гвозденко Т. А. Распространенность задержки речевого развития у детей дошкольного и дошкольного возраста, Вестник физиотерапии и курортологии № 2, 2023

САНДЫҚ БУЛЛИНГ: ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИАНЫҢ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ОНЛАЙН БУЛЛИНГТІҢ КӨРІНІСІ МЕН КҮРЕСІНЕ ӘСЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Оразбай Ә.М.¹, Нурбақыт А.Н.^{1,2}, Жакупова М.Н.², Жақып Н.А.²

¹*«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан*

²*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан*

Тақырыптың өзектілігі: әлеуметтік желілердің онлайн буллингті қалыптастыру және жеңу әсеріне баса назар аударып отырып, оқушылар арасындағы цифрлық буллинг мәселесі қарастырылады. Цифрлық буллингтің психологиялық және әлеуметтік динамикасы зерттеледі, зорлық-зомбылықтың осы түрінің пайда болуының негізгі себептері, құрбандар үшін салдары және осы құбылыстың алдын алу және оған қарсы тұру әдістері талданады. Мақалада әлеуметтік медианы пайдалану мен оқушылар арасында цифрлық буллинг жағдайларының көбеюі арасындағы байланыс көрсетілген. Сондай-ақ, онлайн-бұзақылықпен күресудің құралдары мен тәсілдері, соның ішінде білім беру мекемелерінің, ата-аналардың және қоғамдық ұйымдардың осы мәселенің алдын алу мен жеңудегі рөлі қарастырылады. Зерттеу цифрлық буллинг туралы хабардар болудың маңыздылығын, алдын алу және оқушыларды қолдау бойынша тиімді бағдарламаларды әзірлеуді және балалар мен жасөспірімдер үшін қауіпсіз онлайн ортаны құру үшін мектептер, отбасылар және интернет-провайдерлер арасындағы ынтымақтастықтың маңыздылығын анықтайды.

Кіріспе. Цифрлық қорқыту немесе онлайн қорқыту қазіргі цифрлық қоғамдағы мектеп оқушылары арасында жиі кездесетін мәселеге айналуда. Технологияның дамуымен және Интернетке қол жетімділікпен әлеуметтік медиа жастардың күнделікті өмірінің ажырамас бөлігіне айналды. Алайда, байланыс пен ақпарат алмасудың жағымды жақтарымен қатар, қараңғы жағы пайда болды – виртуалды кеңістік арқылы жасырын және жазасыз қорлау және қудалау мүмкіндігі [1].

Әлеуметтік желілердің оқушылар арасындағы цифрлық қорқытудың көрінісіне әсерін бағаламауға болмайды. Бұл платформалар қарым-қатынасты қорлау мен қорлау алаңына айналдыру арқылы агрессивті мінез-құлықтың жаңа құралдары мен тәсілдерін ұсынады. Цифрлық қорқытуға тап болған мектеп оқушылары эмоционалды күйзеліске ғана емес, сонымен қатар психологиялық проблемалардың, әлеуметтік оқшауландудың, тіпті өзіне-өзі зиян келтірудің немесе суицидтің даму қаупіне ұшырайды [2].

Негізгі бөлім. Сандық буллинг немесе онлайн буллинг – бұл интернет технологиялары арқылы көрінетін агрессия мен зорлық-зомбылықтың бір түрі. Қорқытудың бұл түрі әлеуметтік медианың, мобильді қосымшалардың және басқа да онлайн-платформалардың дамуымен кең таралды. Цифрлық әлемде мектеп оқушылары қауіп-қатерге, қорлауға, жеке ақпаратты жария етуге, қорлауға және психологиялық немесе эмоционалдық зорлық-зомбылықтың басқа түрлеріне тап болуы мүмкін [3].

Сандық буллингтің негізгі мәселесі – оның тұрақтылығы мен ауқымдылығы.

Интернетте орналастырылған хабарламалар мен суреттер тез таралуы мүмкін және оны ұзақ уақыт бойы көруге болады, бұл құрбандар үшін жағымсыз салдарды күшейтеді. Сандық қбуллинг зардап шеккендердің психологиялық жағдайына айтарлықтай әсер етуі мүмкін, депрессияны, мазасыздықты, әлеуметтік оқшаулануды тудыруы мүмкін, тіпті өзін-өзі зақымдауы немесе суицидке әкелуі мүмкін [4].

Зерттеулерге сәйкес, цифрлық буллингтің таралуы бойынша, әлемдегі жасөспірімдердің 59% - дан астамы цифрлық қорқытуға тап болды, ал 33% - ы зорлық-зомбылықтың осы түрінің құрбаны болғанын мойындады. Шет елдердің статистикасы ойынша, сандық буллингке ұшырағандардың көрсеткіші келесідей:

1. АҚШ: американдық жасөспірімдердің шамамен 30% - ы цифрлық қорқытуға тап болды және бұл көрсеткіш соңғы бірнеше жылда тұрақты болып қалды.

2. Ұлыбритания: Ұлыбританияда балалар мен жасөспірімдердің 50% - дан астамы цифрлық қорқыту жағдайлары туралы хабарлады, оның себебі негізінен әлеуметтік медианы пайдалану болып табылады.

3. Австралия: австралиялық балалардың шамамен 35% - цифрлық буллингпен тәжірибесі болды және бұл желіге қол жетімді мобильді құрылғылардың таралуына байланысты өсуде.

4. Жапония: Жапонияда мектеп оқушыларының шамамен 25% - ы цифрлық қорқытуға тап болады және бұл білім беру ортасында үлкен проблемаға айналған [5].

Ал Қазақстандық зерттеулер бойынша, статистика келесі көрсеткіштерді көрсеткен. Қазақстанда таралуы бойынша: ұлттық зерттеулердің деректері бойынша Қазақстандағы жасөспірімдердің 40% - дан астамы цифрлық буллингке ұшырады, бұл ретте бұл пайыз біртіндеп өсуде. Қорлау, қорқыту және жеке ақпаратты жария ету - Қазақстанда оқушылар арасында кездесетін цифрлық зорлық-зомбылықтың негізгі нысандары. Қазақстанда цифрлық буллинг құрбандарының 50% - ға жуығы психологиялық проблемаларды, соның ішінде депрессияны, мазасыздықты және өзін-өзі бағалаудың төмендеуін бастан кешіреді [6].

Жасөспірімдердің 90%-ға жуығы әлеуметтік медианы белсенді пайдаланады. Әлеуметтік желі – әлеуметтік мәселелерді құруға, көрсетуге және ұйымдастыруға арналған ғаламдық компьютерлік желідегі платформа, онлайн-сервис, веб-сайт. Әлеуметтік медианы тиімді пайдалану негізінде, ол қоғамға оң әсер ете алады. Әлеуметтік желі арқылы, көптен бері жоғалған адамдармен қайта қосылуға, қажетті суреттер мен бейнелерді қарауға және бөлісуге болады. Немесе кез-келген елден жаңа адаммен таныуға болады. Әлеуметтік желі оны қол жетімді етеді [7].

Профессор Поль Кишнер бастаған ғалымдар тобы студенттердің үлгеріміне әлеуметтік желілер әсерін анықтауға бағытталған зерттеу жүргізді. Экспериментте барлығы 12-18 жас аралығындағы 291 оқушы қатысты. Қорытындысы өте болжамды шықты. Эксперименттің барысы бойынша, емтиханға дайындық кезінде оқушылар интернет байланысынан толығымен бас тартылды, ал нәтиже қалғандарына қарағанда 20% жақсы шықты. Егер әлеуметтік желіні үнемі қолданушылардың орташа бағасы төрт балдық шкаласы бойынша 3,06 құраса, емтихан қарсаңында интернеттен алшақтаған оқушылардың орташа баға нәтижесі 3,82 көрсеткен екен [8].

Сандық буллинг жағдайларының шамамен 17% - ы ересектерге немесе оқу орындарына хабарланады, бұл құбылысты анықтау және оған жауап беру жүйелерін жақсарту қажеттілігін көрсетеді. Цифрлық буллингке қарсы күрес білім беру мекемелерінің, ата-аналардың, құқық қорғау органдарының және интернет-провайдерлердің кешенді көзқарасы мен ынтымақтастығын талап етеді. Алдын алу шаралары, балаларды онлайн ортада қауіпсіз мінез-құлыққа үйрету, құрбандарды психологиялық қолдау және цифрлық зорлық-зомбылыққа деген көзқарасты өзгерту бойынша жұмыс осы құбылыспен сәтті күресудің негізгі элементтері болып табылады [9]. Бұл зерттеу әртүрлі елдердің бірнеше мектептерінде цифрлық қорқытудың алдын алуға

бағытталған бірнеше білім беру бағдарламаларына талдау жасады. Бағдарламаларда әлеуметтік бейімделу дағдыларын үйрету, эмпатия мен ынтымақтастықты ынталандыру және құрбандарға психологиялық қолдау көрсету және онлайн ортада қауіпсіз мінез-құлықты үйрету кіреді. Зорлық-зомбылық туралы хабардарлықты арттыру және алдын алу үшін мектептің оқу жоспарларына цифрлық қорқытудың алдын алу бағдарламаларын енгізу маңызды. Жәбірленушілерді қолдау: цифрлық қорқыту құрбандарына психологиялық қолдау көрсету және оларға жағымсыз салдармен күресуге көмектесу қажет. Ата-аналармен және қоғамдастықпен ынтымақтастық: ата-аналарды, мұғалімдерді, құқық қорғау органдарын және интернет-компанияларды тарту цифрлық буллингпен тиімді күресудің кілті болып табылады [10].

Цифрлық қорқыту балалар мен жасөспірімдер үшін қауіпсіз онлайн ортаны қамтамасыз ету үшін қоғамның барлық қатысушыларының пәнаралық көзқарасы мен бірлескен күш-жігерін талап ететін маңызды мәселе болып қала береді.

Қорытынды:

1. Оқушылар арасында Цифрлық қорқыту мәселесіне қоғамның, білім беру мекемелерінің, ата-аналардың және құқық қорғау органдарының назарын аудару бұл құбылыстың жағымсыз салдарын болдырмау үшін өте маңызды.

2. Әлеуметтік медиа жасөспірімдер арасында Цифрлық қорқыту ортасын қалыптастыруда маңызды рөл атқарады, сондықтан балалар мен ата-аналарды онлайн ортада қауіпсіз мінез-құлыққа үйрету бағдарламалары мен бастамаларын белсенді түрде дамыту қажет.

3. Мектептер, отбасылар, Психология және әлеуметтік жұмыс мамандары, сондай-ақ интернет-провайдерлер арасындағы ынтымақтастық цифрлық буллингке қарсы тұруда және онлайн кеңістікте балалар мен жасөспірімдер үшін қауіпсіз ортаны құруда шешуші рөл атқарады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Bovill H. (2022). Too much information: exploring technology-mediated abuse in higher education online learning and teaching spaces resulting from COVID-19 and emergency remote education. *Higher education*, 1–17. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10734-022-00947-0>

2. Sorrentino, A., Sulla, F., Santamato, M., di Furia, M., Toto, G. A., & Monacis, L. (2023). Has the COVID-19 Pandemic Affected Cyberbullying and Cybervictimization Prevalence among Children and Adolescents? A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(10), 5825. <https://doi.org/10.3390/ijerph20105825>

3. Morales-Arjona, I., Pastor-Moreno, G., Ruiz-Pérez, I., Sordo, L., & Henares-Montiel, J. (2022). Characterization of Cyberbullying Victimization and Perpetration Before and During the COVID-19 Pandemic in Spain. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 25(11), 733–743. <https://doi.org/10.1089/cyber.2022.0041>

4. Zhang, Y., & Chen, J. K. (2023). Emotional Intelligence and School Bullying Victimization in Children and Youth Students: A Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4746. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064746>

5. Liu, Y., Yu, X., An, F., & Wang, Y. (2023). School bullying and self-efficacy in adolescence: A meta-analysis. *Journal of adolescence*, 95(8), 1541–1552. <https://doi.org/10.1002/jad.12245>.

6. Fraguas, D., Díaz-Caneja, C. M., Ayora, M., Durán-Cutilla, M., Abregú-Crespo, R., Ezquiaga-Bravo, I., Martín-Babarro, J., & Arango, C. (2021). Assessment of School Anti-Bullying Interventions: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA pediatrics*, 175(1), 44–55. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.3541>

7. Russo LX. Associação entre vitimização por bullying e índice de massa corporal em escolares [Association of victimization from bullying with body mass index in schoolchildren]. *Cad Saude Publica*. 2020 Oct 19;36(10):e00182819. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00182819. PMID: 33084832.

8. Алла Иванилова // В Казахстане законодательно закрепят понятие «буллинг» // 10.03.2021 // <https://mk-kz.kz/social/2021/03/10/v-kazakhstane-zakonodatelno-zakrepyat-ponyatie-bulling.html>

9. Mishna, F., Khoury-Kassabri, M., Gadalla, T., & Daciuk, J. (2012). Risk factors for involvement in cyber bullying: Victims, bullies, and bully-victims. Children and youth services review, 34(1), 63-70.

ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚТА АКУШЕРЛІК-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Халдарбекова Э.Н.¹, Айтманбетова А.А.², Шахиева А.М.².

¹«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

²С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

Кейінгі жылдары патологияның әртүрлі нұсқалары бар жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсетуде ұйымдастырушылық технологиялар дами бастады. Медициналық көмекті жетілдіру жөніндегі ұсыныстарды іске асыру үшін «Дені сау ұлт» ұлттық жобасының негізгі міндеттерінің бірі – «әйелдердің денсаулығын сақтау және балалардың денсаулығын нығайту» болып отыр. Аталған жоба бойынша, 2030 жылға қарай ана өлімі көрсеткішінің 100 000 тірі туылғанға шаққанда 13,0-ге дейін төмендеуіне және нәресте өлімі көрсеткішінің 1000 тірі туылғанға шаққанда 6,9-ға дейін төмендеуіне қол жеткізу стратегиялық көрсеткіш.

Ана мен баланы қорғау мәселесін шешудің негізгі бағыттарына жүкті әйелдің, ұрықтың және жаңа туған нәрестенің денсаулығына экономикалық, әлеуметтік, биологиялық және медициналық факторлардың әсер етуінің түпкі нәтижесі ретінде қарастырылатын ана мен репродуктивті денсаулық шығындарын азайту. Сонымен қатар, демографиялық жағдайды жақсартудың кілті де ана денсаулығына аса көңіл бөлу, репродуктивті көмектің қолжетімділігін кеңейтуге тәуелді.

Медициналық көмектің көлемі мен көліктік қолжетімділігін ескере отырып, перинаталдық орталықтарды аумақтық бөлудің халықаралық тәжірибесі бірқатар зерттеушілердің жұмысында талданған [1-3].

Перинаталдық орталықтардың босану қызметіндегі рөлі «бақылаудың барлық нысандары әйелдерде немесе балада туындайтын жағдайларды есепке алуға негізделген». Бүгінгі күнге дейін әрбір қолайсыз медициналық-ұйымдастырушылық әсерлердің аз қамтылғандығын ескерген жөн. Медициналық көмектің сапасын жақсарту ресурстарының бірі басқару процесін ақпараттық қамтамасыз ету болып табылады. Қазіргі уақытта перинаталдық көмекті аймақтандыру оның тиімділігін басқаруды жүйелі қамтамасыз етуді жетілдіруді қажет етеді.

Перинаталдық көмекті өңірлендірудің тиімді тетіктерінің бірі «компьютерлік негізде мониторинг принципі бойынша шешілетін жүкті әйелдердің денсаулығы мен олардың медициналық қамтамасыз етілу сапасын бақылау жүйелерін әзірлеу және енгізу» болып табылады [4]. Перинаталдық тәуекелдерді ескере отырып, жүкті әйелдерге, босанатын әйелдерге, босанған әйелдерге, жаңа туған нәрестелерге медициналық көмекті өңірлендіруді басқаруды жақсартудың кейбір тетіктері ретінде аумақаралық қашықтықтан акушерлік консультативтік орталықтың ұйымдастырушылық-функционалдық моделінің ақпараттық және ұйымдастырушылық негіздерін құру маңызды.

Ана мен баланы қорғау қызметін басқару орталықсыздандырылуымен және аймақтық құрылымдардың рөлінің артуымен сипатталады. Әйелдер мен балалардың

денсаулығын нығайту «қауіпсіз аналық» мемлекеттік және аймақтық мақсатты бағдарламалардың басты приоритеті болуы міндет. Айта кету керек, бұл бағдарламалар бойынша қаржыландыру негізінен республикалық бюджет қаражаты, сонымен қатар, аймақтардың бюджет қаражаты, МӘМС қорлары есебінен жүзеге асырылды.

Айтылған тақырып өзектілігіне сәйкес, зерттеу жұмысының мақсаты – перинаталдық орталықтағы акушерлік-гинекологиялық патологиялар құрылымы мен көрсетілетін көмектің ұйымдастырылуын бағалау болып табылды.

Жұмыс барысында Тараз қалалық перинаталдық орталығындағы акушерлік-гинекологиялық патологиялар құрылымы мен себептерін зерттеу жүргізіліп, орталықтағы гинекологиялық көмектің ұйымдастырылуына бағалау жасалып, перинаталдық орталықтағы көмек көрсетуді оңтайландыру бойынша тәжірибелік ұсыныстар әзірлену жоспарланған.

Перинаталдық орталықтағы акушерлік-гинекологиялық патологиялар құрылымы мен себептері жөніндегі мәліметтер анықталып, гинекологиялық көмектің қазіргі жағдайдағы ұйымдастырылуына баға беріліп, көрсетілетін көмектің тиімділігін арттыруға бағытталған тәжірибелік ұсыныстар әзірлеу көзделген.

2023-2022 жылдар аралығындағы Тараз қалалық перинаталдық орталықтағы ана мен бала бірге болу бөлімі бойынша жылдық есеп мәліметтеріне сәйкес, босанғаннан кейінгі кезеңдегі антибиотикотерапия 2022ж. жалпы босанған 8830 әйелдің 452 -сі алған. Оның ішінде 370 – 1 комбинация, 82 – 2 комбинация антибиотикотерапия қабылдаған. Осы көрсеткіштердің деңгейі 2023ж., сәйкесінше, 8300 босанған әйелден 323 -іне антибиотик қабылдауға көрсету болуымен, оның ішінде 248 – 1 комбинация, 82 – 2 комбинация антибиотикпен ем алғандығымен сипатталады.

Босанғаннан кейінгі бөлімде қан кету 2022 ж. – 5 жағдайдан 2023ж. – 3 жағдайға төмендеген. Жатыр мойнының бактериологиялық жағындыны зерттеулер саны 2022ж. – 107, 2023ж. – 86 құраған. Оның ішінде ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар, салыстырмалы жылдарда мағынасы жақын көрсеткіштерге ие болса (2022ж. -69, 2023ж. -64), ал *E.coli* расталғандығы 2022ж. -38 жағдайдан 2023ж. -22 жағдай санына қысқарған.

Репродуктивті жастағы әйелдердің, жүкті әйелдердің, босанатын әйелдердің, босанған әйелдердің және жаңа туған нәрестелердің денсаулығында бірқатар жағымсыз тенденцияларға: экстрагенитальды патологияның (ең алдымен қан айналу жүйесінің, несеп-жыныс жүйесінің және қалқанша безінің аурулары), сондай-ақ гинекологиялық аурулардың жиілігі, олардың құрылымында жыныстық жұқпалардың таралуының қолайсыз тенденциялары аясында қабыну сипатындағы аурулардың маңыздылығы артады; жүкті әйелдерде, босанған әйелдерде сырқаттанушылықтың теріс динамикасы жатады. Сонымен қатар репродуктивті жастағы 10 мың әйелге акушерлік төсектермен (15,4 қарсы 20,4), жүкті және босанатын әйелдерге арналған төсектермен (8,2 қарсы 10,5), жүктілік патологиясымен (7,2 қарсы 9,9) қамтамасыз етілуінің төмен деңгейі анықталған.

80% -дан аса сауалнамаға қатысқан әйелдердің медициналық белсенділігі салыстырмалы түрде жоғары болды, ал 35% әйелдер кеңесіне жиі барады. Әйелдер консультациясына барудан бас тартудың негізгі себебі – уақыттың болмауы болды (55%). Жалпы, пациенттер әйелдер консультациясында (55%) және перзентханада (50%) көрсетілетін медициналық көмекке қанағаттанды. Сонымен қатар, олар әйелдер кеңесінде дәрігерді таңдауға мүмкіндік алады, ал осы мекемеде көрсетілген көмек олардың жеке қажеттіліктеріне сәйкес келеді. Позитивті жауаптар арасында білікті көмек алу, қажет болған жағдайда дәрігермен байланысу мүмкіндігі де аталды.

Айтылғандарға орай, бөлімде жауапкершілікке сай көмек көрсетудегі анықталған кемшіліктер мен талапқа сай қызмет атқаруға ұсыныстар ретінде бөлімдегі палата санын, ондағы табиғи жарық түсу ауданының жеткіліксіздігі; компьютерлердің ескіруі және санының жеткіліксіздігі; ауа алмасуындағы ретсіздікке әкелетін ауа тазартқыштарының істен шығуы; тіркеуде болмаған тосыннан жүгінетін әйелдер санын азайту; дәрігерлерді әлеуметтік-материалдық қолдауды арттыру табылады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Шувалова, М.П. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации / М.П. Шувалова, Т.В. Письменская, Т.К. Гребенник // Социальные аспекты здоровья населения. - 2017.
2. Харбедия, Ш.Д. Оценка социальной эффективности деятельности перинатального центра в условиях мегаполиса / Ш.Д. Харбедия, А.В. Алексеева, И.Н. Родин и др. // В сб.: Проблемы городского здравоохранения. - Санкт-Петербург, 2017. - С. 184-187
3. Холодова, В.Е. Исследование итоговых показателей деятельности Краснодарского краевого перинатального центра в составе ГБУЗ детской краевой клинической больницы / В.Е. Холодова // В сб.: Неделя науки - 2017 материалы всероссийского молодежного форума с международным участием. - 2017. - С. 610-
4. Васильева, Т.П. Механизмы регионализации перинатальной помощи в субъекте Российской Федерации / Т.П. Васильева, О.Н. Песикин, А.И. Малышки-на и др. // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2014. - № 1. -С. 64-67.
5. Hernández-Valencia, M. Perinatal complications and serotonin level (5-HT) associated with low birth weight / M. Hernández-Valencia, M. Ruiz-Albarrán, A. Vargas-Girón et al. // Ginecol Obstet Mex. - 2015. - № 83(7). -P. 408-413.
6. Hod, M. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care / M. Hod, A. Kapur, D.A. Sacks et al. // Int J Gynaecol Obstet. - 2015. -№ 131 Suppl 3. - P.173.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ФАКТОРАХ РИСКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

*Имашева Б.И.¹, Камалиев М.А.¹, Локшин В.Н.², Киселева М.В.³, Туреханова А.Д.⁴,
Сапаралиева А.М.⁴.*

*¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», 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*

Резюме. Проведена оценка информированности 300 женщин с гиперплазией эндометрия о факторах риска онкозаболеваний женских половых органов и собственного отношения к здоровью. Социологический опрос проведен с помощью специально разработанной анкеты в г. Алматы за период 2022-2023 гг.

Ключевые слова: информированность, гиперплазия эндометрия, рак эндометрия, анкетный опрос, профилактика.

Введение. Гиперплазия эндометрия (ГЭ) — патология матки, представляющая собой патологическое разрастание эндометриальных желез. Клиническое значение ГЭ заключается в ассоциированном риске прогрессирования рака эндометрия [1]. По оценкам заболеваемости и смертности от рака GLOBOCAN, подготовленных Международным агентством по изучению рака, рак эндометрия занимает 6 место среди всех раков женских

органов [2]. В Российской Федерации заболеваемость раком эндометрия в течение последних 10 лет увеличилась с 119,9 до 175,5 случаев на 100 тыс. женского населения [3]. В Республике Казахстан в 2022 г. заболеваемость раком эндометрия занимала 3 место (8%) среди всех онкологических заболеваний женских репродуктивных органов [4].

Основой большинства профилактических программ, направленных на предупреждение заболеваний и уменьшении риска их возникновения, является оценка и повышение уровня медицинской грамотности населения, т.е. способности правильно понимать и интерпретировать связанные со здоровьем данные.

Цель: оценить информированность женщин с гиперплазией эндометрия о факторах риска онкозаболеваний женских половых органов и отношении к здоровью.

Материалы и методы исследования. Проведен социологический опрос 300 женщин с гиперплазией эндометрия г. Алматы за период 2022-2023 гг. Специально разработанная анкета включала 25 вопроса закрытого и открытого типов. Опрос осуществлен посредством анкет на бумажном и электронном (Google-форма) носителях. Формирование базы данных и статистическая обработка результатов проводилось с помощью Microsoft Excel 2016 и статистического пакета программы SPSS Statistics 26. Исследование одобрено Этическим комитетом Казахского медицинского университета «ВШОЗ» (протокол № IRB-335 от 05.01.2023 г.).

Результаты. Медиана возраста респондентов составила 55 лет (IQR 50-61 лет). Неполное среднее образование имели 1,7%, полное среднее – 39,7%, среднее специальное – 13,3%, высшее – 38%, незаконченное высшее – 7,3%. По социальному статусу респонденты распределились следующим образом: рабочие – 25,7%, служащее – 30%, индивидуальные предприниматели – 11%, безработные – 13,7%, пенсионеры – 14%, работающие пенсионеры – 2,6%, домохозяйки – 3%. Респонденты по-разному оценили состояние своего здоровья: большинство (47,3%) оценили его как удовлетворительное, 30,3% – как хорошее, 15% – как неудовлетворительное и 7,4% опрошенных затруднились ответить. Большая часть (81,4%) опрошенных не знали о том, что ГЭ является предшественником рака эндометрия, тогда как знали об этом лишь 18,6%. При ответе на вопрос: «Укажите, какие факторы риска относятся к онкозаболеваниям женских половых органов?» был выявлен низкий уровень информированности: лишь 18,5% смогли отметить более 8 факторов риска из 11 представленных, 21% смогли назвать более 5 факторов риска, а более половины опрошенных (60,7%) знали менее 4 факторов риска. Информированность респондентов о симптомах онкологических заболеваний женских половых органов также была низкой: 48,3% женщин смогли назвать менее 4 симптомов из представленных 11; 26,3% – 5-7 симптомов, 19,7% – 8-11 симптомов и 5,7% затруднились ответить. Уровень информированности женщин с ГЭ о современных методах диагностики онкозаболеваний женских половых органов составил 71,4%, а уровень незнания ни одного метода диагностики – 28,6%. При оценке отношения к своему здоровью 72,3% респондентов знали уровень своего артериального давления, а 27,7% – не знали. Уровень глюкозы в крови знали 45% женщин, а 55% не знали. Все участники исследования принимали лекарственные препараты, рекомендуемые при лечении ГЭ. При этом, не знали дозы препаратов 59,3% пациента, а 51% опрошенных не знали, что лекарства следует принимать длительное время. Профилактический осмотр в кабинета врача акушера-гинеколога 41,7% респондента проходили более 3-х лет назад, 26,7% – 2-3 года назад, 18,3% – не проходили и 13,3% – год назад.

Выводы. Полученные результаты проведенного социологического опроса показали низкий уровень информированности пациентов с гиперплазией эндометрия о факторах риска, симптомах, методах диагностики и лечения злокачественных новообразований женских половых органов, а также низкого уровня приверженности к своему здоровью и лечению.

Необходимо усилить работу с пациентами в направлении повышения осведомленности о факторах риска, способствующих перерождению гиперплазии

эндометрия в рак эндометрия, симптомах женских онкологических заболеваний, соблюдения сроков медицинских профилактических осмотров, выполнения врачебных назначений.

Список использованной литературы:

1. Hwang W. Y., Suh D. H., Kim K., No J. H., Kim Y. B. Aspiration biopsy versus dilatation and curettage for endometrial hyperplasia prior to hysterectomy // *Diagn Pathol.* – 2021. - 16(1). - P. 7. <https://doi.org/10.1186/s13000-020-01065-0>

2. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *Ca. Cancer J. Clin.* – 2021. - Vol. 71. – P. 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

3. Гусейнова Р. Г., Ординяц И. М., Ямурзина А. А., Саргсян Н. Л., Исмаилзаде С. Я. Злокачественная трансформация гиперплазированного эндометрия: эпидемиология и прогнозирование // *Акушерство и гинекология.* – 2000. – 8(29). С. 100 – 105. DOI: <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2020-13916>

4. Кайдарова Д. Р., Шатковская О. В., Онгарбаев Б. Т., Сейсенбаева Г. Т., Ажмагамбетова А.Е., Жылқайдарова А. Ж., Лаврентьева И. К., Саги М. С. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2022 год: статистические и аналитические материалы. – Алматы, 2023. – 214 с. <https://onco.kz/news/pokazateli-onkologicheskoy-sluzhby-respubliki-kazahstan-za-2023-god/>

ВЕДОМСТВОЛЫҚ ЕМХАНАДА ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ЖЕТІЛДІРУ

Камалов Б.Б.¹, Жакупова М.Н², Әбілқасым Д.А.², Жақып Н.А.²

*¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Республика
Казахстан*

*²С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
Алматы, Қазақстан*

Тақырыптың өзектілігі. Травматологиялық тәжірибенің дамуы соңғы жылдары емдеу – диагностикалық үрдістің жаңа технологиясын ендірумен, сәйкес ресурстық қамтамасыз етумен, білікті маманның болуымен және еңбекті тиімді ұйымдастырумен ерекшеленеді. Бірақта, травматологиялық көмекті қажет ететін аурушылдық және әлеуметтік маңызды аурулардың таралуы жоғары деңгейде қалып отыр.

Негізгі мәселелерді тексеруді жалғастыру және травматологиялық қызметтің даму бағдарламасын іске асыру, қоғамда әлеуметтік – саяси және әлеуметтік – экономикалық біліктілікті жетілдіру медициналық көмектің сапалылығы мен қолжетімділігінің, білікті медициналық көмектің теңдестірілген ұйымдастырушылық – функционалдық құрылым қалыптастырудың маңызды элементін құрайды.

Сонымен қатар, травматологиялық медициналық көмекті басқару жолдарын кең көлемде одан әрі зерттеу де өзекті болып табылады.

Жоғарыда аталған жағдайлардың барлығы дерлік бізбен көтеріліп отырған мәселенің өзектілігін білдіреді және пәннің нақты зеттеулерін анықтау негізі және оны таңдаудағы басты бағыт болып табылады.

Зерттеу мақсаты болып емханада көрсетілетін травматологиялық көмектің тиімділігін арттыру мақсатында оның қазіргі жағдайын зерттеу

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зерттеу травматологиялық науқастарға дербес сауалнама жүргізу әдісіне сәйкес жүргізілді.

Барлығы 110 науқас сұралды. Сауалнамаға 63,3% - ер және 36,7% - әйел қатысты.

Науқастарды жас ерекшелігі бойынша бөліп қарастырғанымызда травматологиялық профилдегі науқастардың құрылымында 20-30 жастағылар (40%), 31-40 (30%) және 41-50 (19%) және 51 ден 60-қа дейінгі емделушілер 11 пайызды құраған. Травматологиялық бөлімде жастардың басымдығын белгілеуге мүмкіндік берді.

Сұхбаткерлердің 86,7%-ы ауруы жайында медициналық ұйымдарға өздері, шұғыл жағдайда түскен, 8,3%-ы – қаралу, медициналық тексерілу жөнінде, және 5,0% - басқа себептермен (анықтамалар және т.б.) жүгінген.

«Берілген мекеменің қабылдауына/еміне түсу үшін қандай да бір ұйымдық жоспардың қиындықтарын бастан кештіңіз бе? деген сауалға сұхбаткерлердің тек 11,7%-ы теріс жауап берді. 31,7% - қиындықты бастан кешті, бірақ шешімін тапты деген ойда екендіктерін айтса, басым көпшілігі яғни 56,7% ешқандай қиындықтың болмағанын және де бәрі шұғыл жағдайда жатқызылғандарын нақтылады.

Дәрігердің жұмысының сапасын «өте жақсы» деп сұхбаткерлердің 45% және 41,7% «жақсы» деп бағалады. Яғни, біріктіре алғанда, 86,7% дәрігер жұмысының сапасын оңды деп бағалады. Тек 13,3% қанағаттанарлық деп жауап берді.

Осы арада мейірбике жұмысының сапасын «өте жақсы» деп көрсеткендер – 45,0%-ды, ал «жақсы» деп бағалағандар – 43,3%-ды құрады, сұхбаткерлердің 11,7 орташа деңгейді құрады

Сұхбаткерлердің травматологиялық бөлімше жұмысына баға беруінде келесі мәліметтерге қол жеткіздік. Жақсы деп бағалағандар – 78,3%-ды, қанағаттанарлық деп бағалағандар – 20,0%, қанағаттанарлықсыз деп баға бергендер - 1,7% ды құрады. Бұл көрсеткіш травматология бөлімінің жақсы мамандармен қамтылғандығын, бөлім жұмысының жоғары деңгейін көрсетеді.

Респонденттердің 33,3% диагностика деңгейінің көтерілуін көрсетсе, сұхбаткерлердің төрттен бір бөлігі (25,0) сервистік қызмет көрсету сапасын жақсарту мен емдік базаны нығайтуды нұсқады, 8,3%-ы дәрігерлердің біліктілігін көтеріп, жұмыстың ұйымдастырылуын күшейтуді атады.

Зерттеудің мақсатымен медицина қызметкерлерінің травматологиялық жәрдем көрсету тиімділігінің жақсаруына әсер етуші субъективті факторлар анықталды. Сауалнамалық зерттеудің барысында 21 дәрігер-мамандар сұхбат берді.

Зерттеудің бастапқы кезеңінде сұхбаткерлердің жас құрамы зерттелінді.

Сұхбаткерлердің жасы келесідей үлестірілді: 23-29 жас – 28,6%, 30-39 жас – 33,3%, 40-49 жас – 14,3%, 50-59 жас – 14,3% және 60 жастан жоғары – 9,5%.

Келесі мәліметтерден, сұхбаткерлердің жалпы санының төрттен бір бөлігінен астамында (28,6%) біліктілік санатының жоқтығын байқаймыз, 19% – бірінші санат, 23,8% – жоғары санат, және 28,6%- екінші санаттың бар екендігін көрсеткен.

Сұхбат берген дәрігерлердің 28% өз жұмыстарының қанағаттанатыны, ал 52,4% жартылай қанағаттанатыны белгілі болды. Осы арада тек 19% қойылған сұрақ теріс жауапты нұсқады.

«Сіз медициналық ұйымның техникалық жабдықталу деңгейіне қанағаттанасыз ба?» деген сұраққа сұхбаткерлердің 14,3% ғана толықтай қанағаттанамын деп жауап берді. Респонденттердің басым бөлігі яғни, 47,6% жартылай қанағаттанады екен, ал 38,1% - медициналық ұйымның техникалық жабдықталуына мүлде қанағаттанбайды.

Еңбек жүктемесіне қатысты сауалымызға дәрігер-мамандардың 71,4% еңбек жүктемесінің жоғары екендіктерін атап кетсе, 28,6% қалыпты деп жауап берген. Еңбек жүктемесінің жоғары болуы өз кезегінде дәрігерлердің кәсіби зорығуына әкелуі мүмкін. Нәтижесінде сапасыз медициналық көмек, науқасқа деген селқос қарым-қатынастың туындауына алып келуі мүмкін.

Сұхбат берген дәрігерлердің 28,6% еңбек ақыларына қанағаттанбайтыны белгілі болды, 61,9% жартылай қанағаттанады, және тек 9,5% ғана еңбекақылары толық қанағаттанбайтынын көрсетті. Еңбек ақы менеджменттегі ең күшті ынталандырушы күш

болып табылады. Бұл нәтижелер жалпылай алғанда еңбек ақыларына көңілінің толмайтындықтарын көрсетеді.

Зерттеуіміздің келесі сауалы сұхбаткер дәрігерлердің жұмыс істейтін медициналық ұйымдарындағы психологиялық климатты анықтауға қатысты болды. Сонымен, жұмыс істеу ортамның аурасы өте жақсы деп 33,3% белгілесе, 42,9% жақсы деген, ал, 23,8 қанағаттанарлық деген жауапты таңдаған. Жұмыс ортасындағы психологиялық жағдайларда мамандардың жақсы, нәтижелі жұмыс істеуіне өз септігін тигізеді. Жақсы жағдайда оң нәтиже берсе, жаман жағдайда керісінше теріс нәтиже береді.

Шешімдер. Сұхбаткерлердің тек 4,7%-ы көрсетілген медициналық жәрдемнің көлемі мен сапасына қанағаттанбайды. Оған басты себеп - көптеген диагностикалық зерттеулердің тағайындалуы болған. Сұхбаткерлерден травматологиялық жәрдем сапасын жақсарту жөніндегі ұсыныстар мен тілектер қабылданды. Осылайша, сұхбаткерлердің төрттен бір бөлігі (24,6%) сервистік қызметті жақсартуды, 15,8%-ы диагностика деңгейін көтеруді меңзеді.

Дәрігер-мамандарды сауалнамалық зерттеудің барысында дәрігерлердің 28,6%-ы өз жұмыстарының шарттарына толық қанағаттанатындығын көрсетті, ал «Сіз медициналық ұйымның техникалық жабдықталу деңгейіне қанағаттанасыз ба?» деген сауалға сұхбаткерлердің тек 14,3%-ы мақұлдап жауап берді. Сұралған дәрігерлердің 28,6% еңбек ақыларына қанағаттанбайтынын айтты, ал 61,9% – жартылай қанағаттанады, ал 81%-ы ақылы медицина қызметтерін енгізуді нұсқады.

«МАКСАТ МЕД» ЖШС ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ КӘСІБИ ЭМОЦИОНАЛДЫ КҮЙЗЕЛІСІ»

Максат Н.¹, Кошербаева Л.К.².

*¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Республика
Казахстан*

*²С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
Алматы, Қазақстан*

Қазіргі таңда адамдардың кәсіби күйіну мәселелері психолог мамандардың басты назарында. Кәсіби күйіну-бұл синдром, психологиялық күйіну және оның құрылымына деген бір ғана көзқарас бар. Қазіргі мәліметтерге сәйкес «психологиялық күйіну» әлеуметтік - аймақ кәсібінде көрінетін физикалық, эмоционалдық және ақыл-ой қажуының күйі деп түсіндіріледі. Д. Гринбердің пікірі бойынша «күйіну» эмоционалдық, және когнитивті физикалық титықтауды сипаттауды келесі белгілермен көрсетеді: әзіл сезімінің азаюы, денсаулығының нашарлауы, жұмыс ретінің өзгеруі, өзін бағалаудың төмендеуі т.б.

Мейірбикелердің өмір сапасын зерделеу және кәсіби күйінуін бағалау арқылы кәсіби күйінулердің алдын – алу, олардың өз көзқарастарын сауалнама негізінде зерттеу болашақта мейірбикелердің жұмыстарына қызығушылығын артырып, дәрігердің біраз қызметтерін мейірбикелерге жүктеуге мүмкіндік береді. Еңбек тиімділігін арттыруға септігін тигізеді. Мейірбикелердің өмір сапасын арттыра отырып, медициналық көмектің дұрыс көрсетуін ұйымдастыру. Жұмыстарына жауапкершілікпен тұрақтылық, кәсіби білімдерін жетілдіру, ынталандыру жолдарын қарастыру.

Аталған барлық жағдайлар пәннің нақты зерттеулерін анықтау негізі және оны таңдаудағы басты бағыт болып табылады.

Зерттеу мақсаты – Мейірбикелердің өмір сапасы мен кәсіби күйінуін зерттеу және оңтайландыру бойынша тәжірбиелік ұсыныстар әзірлеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Әлеуметтік негізгі зерттеу жүргізілді. Негізгі зерттеу аясында «MAKSAT MED» жұмыс істейтін мейірбикеге сауалнама жүргізілді.

Сауалнама «MAKSAT MED» барлық бөлімшелерінде жұмыс істейтін әртүрлі деңгейдегі мейірбикелерге жүргізіледі.

Мамандықтың бағыты бойынша, респонденттердің, басым көпшілігі хирургиялық - 27,2%, педиатриялық - 23,9% мамандық өкілдері. Негізгі мамандық профилдерінен басқа, басқа мамандық бағыттарының үлесі жиынтықтың 1/5 құраған (21,1%).

Сонымен қатар, мамандар құрамында, үлес салмағы салыстырмалы түрде айтарлық болмаса да, терапиялық (15%) және диагностикалық (12,8%) бөлімдер қызметкерлері болды.

Жалпы мейірбикелердің көп бөлігіне яғни, 66% істейтін жұмысы ұнайтындығын айтса, жауап берген мейірбикелердің үштен бір бөлігі 34% ұнамайтындығын атап өтті. Негізгі себеп болып жалақы мөлшерінің төмендігі және жұмыстағы күштеменің стандарттарға сәйкес болмауын айтады.

Сауалнамаға жауап берген жалпы мейірбикелердің 79% алатын айлық деңгейі қанағаттандырмайды. Олардың айтуынша атқарып жүрген жұмыс алатын жалақы мөлшеріне сәйкес келмейді деп жауап берді. 21% - жалақы деңгейі жеткілікті деп жауап берді.

Жалпы мейірбикелердің 41,9% жұмысын қанағаттанарлық деп бағалады, 35,5% - қанағаттандырмайды екен, ал 22,6% - жақсы деген баға берді.

Өз денсаулығыңызды қалай бағалайсыз? – деген сауалға жалпы респонденттердің 59,7 % - жалпы денім сау деп белгіледі (олардың ішінде көп бөлігін 20 жастан 40 жасқа дейінгі респонденттер құрады), 24,2% - диспансерлік есепте тұрамын дейді (41 жастан бастап 50 жастан асқандар құрады), 16,1% - кәсіби қызметіне байланысты созылмалы ауруларын атап өтті.

XII сурет мәліметтеріне сәйкес, жұмыс жағдайында жиі қарбаласты сезінемін әрі еңсем түсіңкі деп респонденттердің 12,8% жауап берген. ½-нен астамы (51,1%) жұмыстағы мұндай келеңсіздіктерді, кейде, сезінемін деп тоқталған.

Кәсібінің қарбаласымен дұрыс көңілінің болмауын, барлық кезде сезінетініне 8,9% мейірбике-маман дауыс берген. Мұндай негативті жұмыс барысында мүлдем сезінбейтініне ¼-ден астам энтузиаст-маман сенімді.

Кейде немесе уақыт өте келе «қарбаластық пен еңсенің түсуіне» шағымданған, жиынтықтың жартысынан аса бөлігі, бұл құбылысты жұмыс ритмінің күрделілігі мен жұмыс өтілінің артуымен байланыстырады.

Жұмыс барысында рахаттанушылық сезіміне бөлейтін аспектердің бар екендігін әрі қазірге дейін өзгеріссіз солай екенін 28,3% растайды. Сенімсіз түрде, бәлкім солай шығар деп 1/3-нен астамы (36,1%) екіұшты жауап белгілеген.

Рахаттанушылық сезіміне бөлейтін жұмыстағы сәттер «өте аз дәрежеде» болады деп 18,3% нұсқаған. «Бұл мүлдем мүмкін емес» деп жұмыс пен рахаттанушылық сезімінің қиыспайтынана 17,2% нұсқаған.

Дегенмен, зерттеу тобының басым бөлігі (жиынтық көрсеткіші –64,4%) жұмыс барысында рахаттанушылық сезіміне бөлейтін аспектердің барын куәландырады.

Мамандар денсаулығының физикалық мүмкіндіктерін анықтауды ескере отырып, құрастырылған «Қазіргі уақытта денсаулық жағдайыңыз төменде келтірілген физикалық жүктемелерді орындауды шектей ме?» сұрақ жауаптары физикалық мүмкіндіктері мен олардың шектелі дәрежелерін анықтауға мүмкіндік берді.

Үстелді жылжыту, шаңсорғышпен жұмыс істеу, еңкею немесе тартылу арқылы шамалы физикалық жүктемелер орындауда физикалық мүмкіндіктерінің айтарлықтай шектелгендігіне 7,2% шағымданады. Бұл әрекет түрлерінің «аз ғана шектелгендігіне» 27,2% нұсқаған.

Алайда, оңтайлы факт болып қимыл-қозғалыстарының көрсетілген әрекет түрлерін орындауда «мүлдем шектемелмегені» табылады.

Жиі жағдайда, баспалдақпен бірнеше қабатқа жаяу көтерілудің де денсаулықтың физико-функционалдық мүмкіндіктерін бағалауда қолданылатыны белгілі. Зерттелген респонденттердің 7,8% - баспалдақпен бірнеше қабат жаяу көтерілуде мүмкіндіктері «айтарлық шектеулі». Айтылған физикалық жүктемені орындауда «аз ғана шектелгендер» - 31,7% тең. Ал, бұл ретте, физикалық мүмкіндіктері, тіпті де шектелмегендер – 60,6% құраған.

Әрине келтірілген екі әрекет түрлері бойынша физикалық жүктемені орындау мүмкіндіктері шектелмегендер санының басым болуы жағымды жәйт болып табылады.

Соңғы айдағы тіннің физикалық жағдайының кәсіби жұмысты немесе күнделікті жұмысты орындауда қиындық туғызу/туғызбау фактілерін саралау жүргізілді. Жоспарланған көлемнен жұмысты аз орындағандар 27,2%% құрап, жұмысты атқарудағы физикалық мүмкіндікте біршама зорығу барын ескертеді.

Қандай да бір нақты жұмыс түрін немесе өзге қызметті орындауда 24,4% физикалық параметрлік шектеулер болған.

Алайда, көп жағдайда, респонденттерде кестеде көрсетілген әрекет түрлерін сәтті атқаруда физикалық денсаулық мүмкіндіктерінің сәйкес болуы – оңтайлы көрсеткіш (сәйкесінше, 72,8-75,6%).

Суреттен көріп тұрғанымыздай, персонал-респонденттердің, соңғы айдағы, эмоционалдық статусының өзгерістерін анықтауда, эмоционалдық тұрақсыздықтан, мамандардың 1/3-нің (33,3%) жұмыс көлем ойлағаннан аз орындауы орын алған.

Өз жұмысыңызды немесе өзге жұмысты әдеттегідей тиянақты орындамаудың маманның эмоционалдық жағдайына тәуелділігі 27,2% жауаптармен расталды.

Дегенмен, кестеге сәйкес, эмоционалдық статусқа байланысты орын алған негативті жағдайлармен салыстырғанда, эмоционалдық тұрақсыздыққа берілмей, жоспарланған және күнделікті жұмысты өз дәрежесінде атқарып жүргендер үлесінің басым болуы анықталды.

Денсаулықтағы мазасыздықтардың қалыпты жағдайда жұмысты атқаруға аздап кедергі болғанын 22,2% алға тартады. Осы кедергі себептің жұмыс нәтижелерінде біршама айтарлық үлесінің бар екені 21,7%-бен расталды.

6,1% респонденттер өз денсаулық ауытқуларының жұмыс атқаруда «күшті» әсерлері бар деп көрсеткен. «Өте күшті» әсерін көрсеткісі келген 2,8% персонал, жанама түрде, денсаулықтарында айтарлық ауытқу барына меңзеп отыр.

Денсаулық жағдайы мен ауру сезімінің жұмысты атқаруға кедергі емес екендігін айтумен қатар, респонденттердің жартысына тарта бөлігі (47,2%) денсаулық жағдайларының жақсы екендіктерін білдірген

Мейірбикелердің мінез-құлқына және жұмысына байланысты кәсіби зорығуға әкелетін факторларын анықтау:

Жұмысын басты орынға қоятын мейірбикелердің жоғары үлесі – 48,7%, өз кәсібін жоғары дәрежеге жеткіземін дейтін мейірбикелер жоғары үлесі – 88,2%, жұмыс міндеттерін шаршағанша істей беремін деушілердің жоғары үлесі - 61,3%, жұмысым мінсіз болуы керек деп санайтын мейірбикелер - 86,6%.

Яғни жұмысқа қабілеттілік көрсеткіші айтарлықтай жоғары болып отыр.

Жұмыс уақыты аяқталса да, жұмысты үнемі ойлап жүретіндердің жалпы үлесі «кейде» деп жауап бергендердің жалпы үлесі -39,5%; жетістіктерге жете алмай қалған жағдайда іштей қиналамын дейтін мейірбикелердің «жоқ» деп жауап бергендер басым бөлігін құрады, яғни - 66,4%; қиындықтарды жеңуге қиналмайтындардың үлесі «иә» деп жауап бергендер үлесі – 88,2%-ды құрады; өткен өміріме өкінішім жоқ деген мейірбикелер үлесі 74,8%- ы мақұлдады .

Жақсы қарым-қатынаста болу үшін жан жақтылық танытамын деушілердің жоғары үлес көрсеткіші – 84,9%; кәсіби мансабын маңызсыз деп есептейтіндердің жоғары үлесін алды, яғни – 46,2%- ы мақұлдады; жұмысынан ештеңе аямайтын мейірбикелердің жоғары үлесі – 83,2%; жұмыс нәтижелерін қатесіз өткізу үшін қайтадан қарап тексеріп шығамын

дейтін мейірбикелердің басым бөлігі «иә» деп жауап берді, олардың жоғары үлесі – 78,2%-ды құрады.

Жұмыстан тыс уақытта да жұмыс істейтіндердің жоғары пайызы – 69,7%-ды алады; өз қателіктеріне қиналмайтын мейірбикелердің жалпы үлесі – 59,7%; жұмысындағы қиындықтардан уайымға салынатындардың жоғары үлесі – 73,1%-ды алады; «Мен тынымсыз адаммын»- деген сауалға мейірбикелердің басым бөлігі 58% құрады.

Жұмысы бойынша өз-өзіне сенімді мейірбикелер жоғары үлесі – 81,5%, кәсіби өрлеуін жүзеге асырғандар үлесі – 73,1%, ал отбасына әрқашан қолдау көрсетіп жүремін деп жауап бергендердің жоғары үлесі – 86,6%-ды құрады.

«Айналамадағы адамдардың көптеп қолдау көрсетулерін қалаймын» деген сауалға «иә» деп жауап бергендер мейірбикелердің үлесі – 68,1%-ды қолдауға мұқтаж екендіктерін көрсетті.

Қорытындылай келе, мейірбикелердің мінез-құлқына және жұмысына байланысты кәсіби зорығуға әкелетін факторлары айтарлықтай өршіп тұрған жоқ. Мейірбикелердің жартысынан астамы кәсіби зорығу белгілері туындамайтындай етіп жақсы пікірде жауап берді.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОЛИТРАВМАМИ

Буйенбаева М.Г.¹, Жакупова М.Н.², Нурбақыт А.Н.², Әбілқасым Д.А.², Жақын Н.А.²

¹«КМУ ВШОЗ», г. Алматы, Республика Казахстан

²«КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан

Введение. Лечение больных детей с политравмами остается одной из важнейших медико-социальных проблем, сохраняющих свою актуальность и в будущем.

Составляющими успеха лечения политравм являются правильно выбранные показания и метод лечения, адекватные сроки остеосинтеза и подбор фиксаторов, предоперационная подготовка и анестезиологическое пособие, стабильная фиксация отломков, а также правильные послеоперационное ведение и реабилитация больных. Только при соблюдении всех условий возможен благоприятный исход лечения.

Целью исследования является разработка предложений по совершенствованию профилактической помощи детскому населению с политравмами.

Задачи исследования: оценить распространенность и тенденцию травматизма среди детского населения; провести анализ и оценку деятельности отделения травматологии; изучить мнение родителей о качестве оказанной медицинской помощи в ДГКБ №2 г.Алматы и дать рекомендации по улучшению профилактики детскому населению с политравмами.

Для анализа использовались следующие документы: - статистическая отчетность Министерства здравоохранения Республики Казахстан; материалы анализа годового отчета травматологического отделения ДГКБ №2 г.Алматы, социологический опрос родителей, на предмет качества оказанной помощи. Всего исследованием были охвачены 57 респондентов-родителей детей обратившихся в ДГКБ №2 г.Алматы.

Для реализации поставленных задач в работе были использованы современные методы научного исследования: социологический, информационно-аналитический, статистический.

Результаты исследования: установлено, что в 2021 году число травм среди основных контингентов населения РК составило 573285, из них среди взрослого населения – 386854 случаев (или 67,6%), подростков – 48226 (8,4%) и детей – 138205 (24,1%).

В 2022 году число травм и отравлений составило 596893 человек. При этом, наибольший удельный вес в структуре населения, получившего травмы составляли взрослые – 421640 (или 70,6%); меньший, дети - 128708 человек (или 21,6%) и наименьший, подростки – 46545 человек (или 7,8%).

Показано, что в 2023 году число зарегистрированных травм в РК составило ; из них, среди взрослого население –70,6%, подростков – 7,5% и детей –21,9%.

Следующим этапом исследования явилось изучение динамики средней длительности пребывания больного травматологического профиля.

Средняя длительность пребывания больного на травматологической койке составила в 2021 году – 7,6, в 2022 году – 7,7 и в 2023 году – 7,8 дней. Установлено, что средняя длительность пребывания больного на койке в 2022 году по отношению к 2021 увеличилась на 1,3%; в 2023 году отмечено ее дальнейшее увеличение на 1,3%.

Данные структуры обращения детского населения в травматологическое отделение ГДКБ №2 установило, что в течение исследуемого периода госпитализация в основном проводилась скорой медицинской помощью, при одновременном снижении темпа прироста.

Так, удельный вес госпитализации скорой медицинской помощью составил в 2021 году - 46,6%, в 2022 году данный показатель снизился на 10,2% и составил – 44,5%. Темп прироста в 2023 году по сравнению с 2022 годом снизился еще на 1,1%. При этом удельный вес был наибольшим среди других обращений и составил 46,3%.

На втором ранговом месте находились самообращение травматологических больных. Следует отметить, что удельный вес обратившихся самостоятельно было немного меньше по отношению госпитализированных скорой медицинской помощью. В 2021 году они составили 40,2%, в 2022 году – 40,1% и в 2023 году – 38,6%.

Причем показатель прироста в данном случае также снижался: в 2022 году – на 6,2% и в 2023 году – на 8,5%.

Следует отметить, что показатель прироста направленных на госпитализацию с территориальных поликлиник в течение анализируемого периода увеличивался: в 2022 году – на 4,5% и в 2023 году – на 47,3%.

В ДГКБ №2 г.Алматы, был проведен социологический опрос родителей детского населения получивших медицинскую помощь в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой травматологической помощи.

Одной из важных характеристик качества оказываемой медицинской помощи в настоящее время является степень удовлетворенности пациентов организацией помощи. Анализ мнения пациентов по организации медицинской помощи позволяет контролировать качество данного вида помощи и планировать меры по ее совершенствованию. 43,3% пациентов, принявших участие в опросе, по поводу качества оказываемой помощи в поликлинике отметили, что они «полностью» удовлетворены качеством оказываемой медицинской помощи, чуть больше половины (54,7%) опрошенных удовлетворены «не совсем» и, лишь, 2,0% пациентов, принявших участие в опросе, полностью «не удовлетворены» качеством оказываемой медицинской помощи

По мнению абсолютного большинства опрошенных (70%), медицинские работники относились к ним с вниманием и участием, каждый пятый респондент (21,3%) оценил отношение медицинских работников как «не очень внимательное и лишь 3,2% пациентов оценили отношение как «безразлично».

Выводы: Число выписанных травматологических больных в ГДКБ №2 в течение изучаемого периода снизилось на 7,6%, а выписанных в течение суток – на 46,5%, с одновременным уменьшением фактически проведенных койко-дней - на 4,7%. При этом установлено увеличение средней длительности пребывания детского населения больного на травматологической койке - на 4,7%. Наибольший удельный вес направленных на госпитализацию составляла скорая медицинская помощь (46,6%) и самообращение

(40,1%), далее следуют с большим отрывом направленных территориальными поликлиниками (12,5%), прочими обращениями (3,2%) и организациями ПМСП (2,2%).

Анализ мнения родителей по организации медицинской помощи позволяет контролировать качество данного вида помощи и планировать меры по ее совершенствованию. 46,7% пациентов, принявших участие в опросе, по поводу качества оказываемой помощи в детской больнице отметили, что они «полностью» удовлетворены качеством оказываемой медицинской помощи, чуть больше половины (51,3%) опрошенных удовлетворены «не совсем» и, лишь, 2,0% пациентов, принявших участие в опросе, полностью «не удовлетворены» качеством оказываемой медицинской помощи.

Список литературы:

1. Усатаева Г.М., Хайрушев А.Е. Эпидемиологическая характеристика детского травматизма в г. Алматы // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. – Астана, 2019.- № 4(53).- С.57-61.

2. Khairushev A., Shumilina L., Ussatayeva G., Zhylkaidarova A. Kazakhstan: prevention of road injuries among schoolchildren (case-study). - WHO European Regional Office, 2020.- 127p.

3. Кульжанов М.К., Усатаева Г.М., Медеубаева К.К., Дьяченко Н.А., Ащетулова А.В., Исакова Г.Д., Камзебаева Л.Ж. Эпидемиологический подход к изучению детского бытового травматизма // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению.- Алматы.- 2018. - №3-4. – С.19-24 .

4. Усатаева Г.М., Хайрушев А.Е. Анализ детской смертности по причине травм в г. Алматы // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению.- Алматы.- 2019. - № 1-2. – С.56-59 .

5. Михайлова Л.К., Чеченова Диагностика наследственных заболеваний скелета в соответствии с международной классификацией дисплазий скелета. // Актуальные проблемы костной патологии у детей взрослых. Научно-практическая конференция с международным участием. // Москва, 23-24 апреля 2018г. С. 179-181. Ф.В., Нечволодова О.Л.

6. Новая интегральная модель организации медицинской помощи детям при травмах и ожогах. Учебно-методические рекомендации. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2019. – 32 с. (совм. с: А.В.Разумовский, А.К.Мартусевич).

7. Усатаева Г.М., Камзебаева Л.Ж. Основные направления профилактики ожогов у детей в возрасте до 1 года // Актуальные вопросы формирования ЗОЖ, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – Алматы.- 2019. - № 4. – С. 114-116.

МИГРАНТТАРДЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗ МӘСЕЛЕЛЕРІНДЕГІ ХАБАРДАРЛЫҚ ДЕҢГЕЙІН БАҒАЛАУ

Айтамбаева Н.Н.¹, Арингазина А.М.², Назарова Л.З.³, Кибатолдинов Е.Н.⁴

¹*«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Қазақстан, Алматы қ.*

²*Алматы Менеджмент Университеті, Қазақстан, Алматы қ.*

³*«С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» КЕАҚ,
Қазақстан, Алматы қ.*

⁴*«Семей медицина университеті» КЕАҚ, Қазақстан, Алматы қ.*

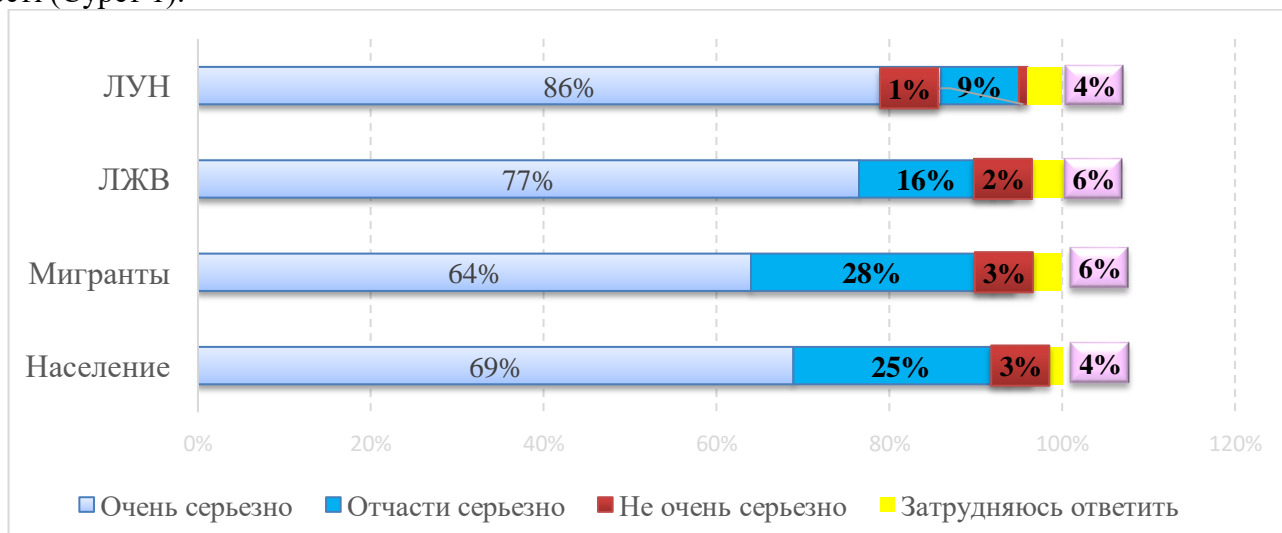
Кіріспе: Қазіргі уақытта көші-қон эпидемиологиялық әл-ауқат тұрғысынан маңызды әлеуметтік-экономикалық маңызға ие. Әлемдегі елдердің ешқайсысында халықтың көші - қонына байланысты тұрғын үймен қамтамасыз ету, жұмысқа орналастыру, әлеуметтік жәрдемақылар және т. б. проблемаларды тиімді шешуге арналған ресурстар мен

құрылымдық тетіктер жоқ. Тым болмаса, шамадан тыс шоғырлану қаупі бар аудандардағы жалғасып жатқан қақтығыстардың көпшілігін, сондай-ақ адамдардың ауқымды қозғалысына байланысты орын алатын және ықтимал проблемаларды тиімді шешу мақсатында экономикалық және әлеуметтік жобаларды шешу үшін түпкілікті шаралар қабылданбаған. Мигранттар арасында жиі таралатын, сондай ақ, елдің жұқпалы аурулар бойынша қауіпсіздігіне қауіп төндіретін барлық жұқпалы аурулардың ішінде туберкулездің өзектілігі басым.

Зерттеу мақсаты: еңбек мигранттары арасындағы туберкулез мәселелеріндегі хабардарлық деңгейін зерттеу.

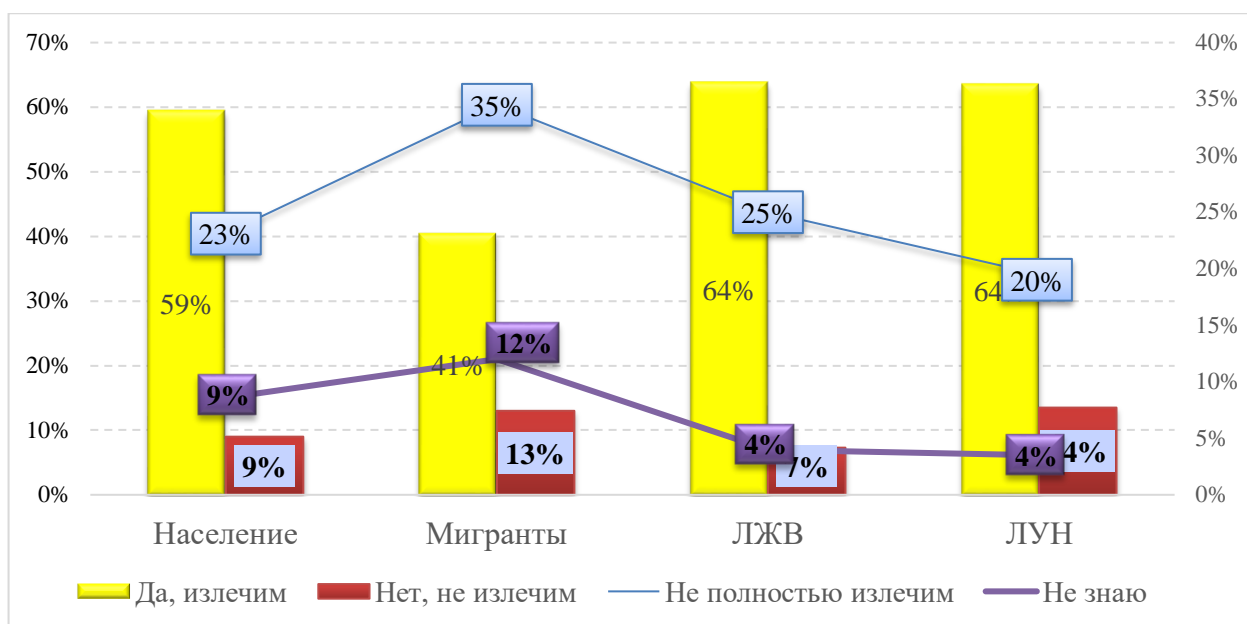
Материалдар мен әдістер: ішкі мигрант болып табылатын 200 адамнан сұхбат алынды. Сауалнама ішкі мигранттар саны көп аймақ саналатын Алматы қаласы мен Алматы облысында жүргізілді. Бұл зерттеуде ішкі мигрант деп соңғы бір жыл ішінде тұрақты немесе уақытша табыс табу үшін ел ішінде қоныс аударған адамдар қарастырылады. Ішкі мигранттардың Алматы қаласында болуының орташа мерзімі 4,5 айды, ең азы 1 айды, ең көбі 10 айды құрайды. Олардың барлығы елдің әртүрлі аймақтарынан қоныс аударғандар.

Зерттеу нәтижелері: Сауалнамаға қатысқан еңбек мигранттарының 37,5%-ын 31 - ден 40 жастағылардың үлесі құрайды, білім деңгейі бойынша тек 7,5%-ның жоғары білімі бар және олардың 50% - ы некеде тұрады. Сауалнамаға қатысқан респонденттердің ішінде жұмысшы /сатушы/ауыл шаруашылығындағы жұмысшылардың үлесі - 64,5% және еңбек мигранттары 22%-ды құрайды. Зерттеу көрсеткендей, азаматтардың тұрғылықты жеріне ең жақын медициналық ұйымның орналасу қашықтығы бірнеше жүз метрден (Минимум - 100 метр) ондаған шақырымға дейін (Максимум - 25 км) ауытқиды. Көбінесе (Мода) 1 км қашықтық белгіленді. Орташа алғанда, ең жақын медициналық мекеме (емхана немесе аурухана) 2,6 шақырым қашықтықта орналасқан. Сауалнама нәтижелері көрсеткендей, туберкулез ауруының ауырлығын түсінуді көрсететін бағалаулар, ішкі мигранттарға (64%) және жалпы халыққа (69%) қарағанда, АИТВ инфекциясын жұқтырғандар (77%) мен Есірткіге тәуелді адамдар (86%) арасында айтарлықтай жоғары кездеседі. Мигранттар мен жалпы халық арасында «жартылай маңызды» деген жауап нұсқасын таңдағандар жиі кездесті (Сурет 1).



Сурет 1. Респонденттердің туберкулез ауруының ауырлық дәрежесін бағалауы

Туберкулезді емдеу туралы хабардарлықтың ең төменгі деңгейі ішкі мигранттар арасында байқалады, олардың 41% бұл ауруды емдеуге болады деп жауап берді, ал «жок» деп жауап бергендердің үлесі - 13% болса, 35% туберкулез толық емделмейді деп санайды және 12% бұл аурудың емделуі туралы білмейді. «Туберкулезді қалай емдеуге болады деп ойлайсыз?» деген сұрақтың нәтижелері 2-суретте көрсетілген.



Сурет 2. Респонденттердің туберкулез ауруының емделу дәрежесі туралы хабардарлығы

Талқылау: ішкі мигранттар арасында медициналық ұйымдарға жүгінудің салыстырмалы түрде төмен деңгейі байқалады, дегенмен олардың 82% медициналық ұйымдарға жүгінеді, 10% өзін-өзі емдейді, 6% емшілерге, тағы 6% дәріханаға дәрі-дәрмек алуға жүгінеді, яғни, іс жүзінде, олар өзін-өзі емдеумен айналысады. Сауалнамаға қатысқан барлық мақсатты топтардың абсолютті көпшілігі (71%-91%) туберкулез рентгенография арқылы анықталатынын атап өтті. Жауаптар қатырындағы ең аз үлесі (71%) ішкі мигранттардың арасында байқалады, сондай-ақ, «білмеймін» деген жауап нұсқасын көрсеткердің ең көп үлесі де (24%) осы топтағы респонденттерге тиесілі. Туберкулез туралы хабардар болу деңгейін бағалау мақсатында барлық респонденттерге «Сіз өзіңізді туберкулез туралы жақсы хабардар деп санайсыз ба?» деген сұрақ қойылды: Жауаптардың нәтижелеріне сәйкес, ішкі мигранттардың 42%-ы өздерінің туберкулез туралы хабардарлық деңгейін «жоғары» деп бағалайды.

Түйін: Зерттеу нәтижелері, еңбек мигранттарының едәуір бөлігінің пікірінше туберкулез туралы ақпаратты жеткізудің ең тиімді жолы теледидар арналары мен медицина қызметкерлері екенін көрсетеді. Сонымен қатар, олар интернет-ресурстар да тиімді ақпарат көздері болып табылады деп санайды, яғни туберкулез туралы ағартушылық ақпараттарды әртүрлі ресми сайттармен қатар, әлеуметтік желілерде де жариялауды жақтайды.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Аликеева Э.А., Арингазина А.М., Берикова Э.А., Джазыбекова П.М., Рыскулов Г.П. Особенности туберкулезной инфекции на современном этапе развития // Фтизиопульмонология. 2017. №2 (30). С.19–22
2. Арингазина А.М., Айтамбаева Н.Н., Назарова Л.З., Алимбекова Г.Т., Исмаилов Ш.Ш., Аденов М.М., Джазыбекова П.М., Мусабекова Г.А., Аликеева Э.А. Уровень осведомленности в вопросах туберкулеза населения и ключевых групп Республики Казахстан // Наука и Здравоохранение. 2021. 5(Т.23). С. 67-77. doi 10.34689/SH.2021.23.5.008

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАНЕ (ОБЗОР)

Актлеуова Р.К.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан

Педиатрическая помощь играет важную роль в поддержании здоровья детей и подростков. Ее особенность заключается в специфике возрастных особенностей пациентов, которые требуют профессионального и компетентного медицинского вмешательства [1]. В первую очередь, следует отметить, что педиатрическая помощь охватывает детей с рождения до 18 лет, и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний детского возраста. Основопологающими принципами организации педиатрической помощи являются доступность, качество и эффективность медицинской помощи [2, 3].

В настоящее время в Казахстане действует обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС), которое позволяет гражданам получать качественную и доступную медицинскую помощь [4]. Одним из важных направлений этой системы является педиатрическая помощь – медицинская помощь детям и подросткам до 18 лет. Согласно статье 76, главы 12 Кодекса Республики Казахстан (РК) «О здоровье народа и системе здравоохранения» государство гарантирует гражданам РК: 1) равный доступ к медицинской помощи; 2) качество медицинской помощи; 3) качество лекарственного обеспечения; 4) доступность, эффективность и безопасность лекарственных средств; 5) проведение мероприятий по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и здорового питания; 6) свободу репродуктивного выбора, охрану репродуктивного здоровья и соблюдение репродуктивных прав, 7) санитарно-эпидемиологическое благополучие [5].

Основные принципы организации педиатрической помощи в условиях ОСМС в РК [4]:

Доступность. Пациентам обеспечивается доступ к медицинским услугам в рамках страховой медицинской организации, с которой они заключают договор страхования. Дети получают помощь в рамках педиатрических отделений поликлиник и больниц.

Качество. Врачи и медицинские работники, оказывающие педиатрическую помощь, должны иметь высокий уровень квалификации и следовать стандартам медицинской практики. Контроль качества медицинских услуг осуществляется на уровне страховых компаний и государственных органов здравоохранения.

Профилактика. Организация педиатрической помощи включает в себя не только лечение заболеваний, но и их профилактику. В рамках программ обязательного медицинского осмотра проводятся обследования и вакцинации детей, чтобы предотвратить развитие опасных инфекционных заболеваний.

Информационная поддержка. Родителям предоставляется информация о возможностях и преимуществах педиатрической помощи в рамках обязательного социального медицинского страхования, чтобы они могли правильно организовать здоровье своих детей.

Эффективное управление. Для обеспечения эффективности педиатрической помощи необходимо эффективное управление процессами в рамках страховых компаний и медицинских учреждений. Контроль за исполнением планов и программ должен осуществляться на всех уровнях.

Педиатрическая помощь в условиях ОСМС в Казахстане обеспечивается за счет финансирования из страховых взносов, которые корректируются в зависимости от возраста и состояния здоровья застрахованного. Важной особенностью является то, что

иностранные граждане и лица без гражданства также могут воспользоваться педиатрической помощью в рамках обязательного медицинского страхования.

По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК), в настоящее время в стране функционирует более 5 тыс. медицинских организаций, включая поликлиники, больницы, родильные дома и другие [6]. Это позволяет обеспечить широкий охват детского населения и обеспечить им качественную медицинскую помощь.

Программы по профилактике детских заболеваний также активно развиваются в стране. В рамках обязательного медицинского осмотра проводятся не только общие медицинские осмотры, но и специализированные обследования, например, на генетические заболевания или аллергические реакции. Одним из элементов развития педиатрической помощи в Казахстане является обеспечение доступа к высокотехнологичным методам диагностики и лечения детей. В последние годы в стране активно внедряются новые методики лечения детских заболеваний, что позволяет повысить эффективность лечения и улучшить результаты. Однако, несмотря на все усилия властей, вопросы доступности и качества педиатрической помощи остаются актуальными. Нередко возникают проблемы с отсутствием квалифицированных специалистов, недостатком медицинского оборудования и лекарственных препаратов. Для улучшения ситуации необходимо проводить дополнительные мероприятия по повышению квалификации медицинских работников, обновлению оборудования и оптимизации процессов управления педиатрической помощью.

Таким образом, организация педиатрической помощи в условиях обязательного социального медицинского страхования в Казахстане является важным элементом системы здравоохранения страны. Несмотря на ряд проблем, усилия властей направлены на улучшение доступности, качества и эффективности педиатрической помощи для детей и подростков. Важно продолжать работу по совершенствованию системы здравоохранения и повышению качества медицинской помощи детям.

Список использованной литературы

1. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: WHO, 2014.
2. American Academy of Pediatrics. Guidelines for pediatric healthcare providers. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2013.
3. Шемшук А.Ю. Организация педиатрической помощи в условиях современной России. Педиатрия, №2, 2017.
4. Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 24.02.2024 г.).
5. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 11.02.2024 г.)
6. Доклад Министерства здравоохранения Республики Казахстан <https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/press/article/details/105104?lang=ru>

ШАЛҒАЙ ӨНІРЛЕРДЕ ХАЛЫҚҚА КӨРСЕТІЛЕТІН ЖЕДЕЛ ХИРУРГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ

Оразбек А.А.¹, Айтманбетова А.А.²

¹ «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университетінің магистранты, Алматы қ.,
Қазақстан

² «С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» КЕАҚ,
Алматы қ., Қазақстан

Кіріспе. Шалғай аймақтарда сапалы медициналық көмекке қол жетімділіктің шектеулі болуы себепті осы санаттағы халыққа шұғыл хирургиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру маңызды міндет болып табылады, Соңғы жылдары хирургиялық практиканың дамуы тиісті ресурстармен қамтамасыз етуді, білікті персоналдың болуын және еңбекті ұтымды ұйымдастыруды талап ететін емдеу-диагностикалық процестің жаңа технологияларын енгізумен сипатталады. Алайда, хирургиялық көмекті қажет ететін әлеуметтік маңызы бар аурулардың таралуы жоғары деңгейде қалып отыр. Ауруханаларға келетін хирургиялық бейіндегі науқастардың қатарында шұғыл түрде түскен адамдардың үлесі басым түседі. Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жөніндегі ұлттық бағдарламаларды іске асыру жөніндегі талаптар медициналық қызметтер мен ресурс сақтаушы технологиялардың қолда бар ұйымдық нысандарын әзірлеуді, жетілдіруді және қажетті тетіктерді енгізуді, халыққа амбулаторлық-емханалық көмектің сапасын едәуір кеңейтуді және арттыруды көздейді.

Материалдар және әдістер. Google Scholar, Web of Science, Pubmed базаларында толық мәтінді дереккөздерге талдау жүргізілді. Іздеу «Emergency surgical care», «Quality of medical care», «Primary health care», «Health sector reforms» кілт сөздерін қолдану арқылы 20 жыл ауқымында жүргізілді. Қосу критерийлері: рандомизацияланған және когорттық зерттеулердің толық нұсқалары, мақалалар, есептер, диссертациялар. Ерекшелік критерийлері: басқа тақырыпты сипаттайтын авторефераттар, мақалалар, ғылыми жарияланымдар, баяндамалардың қысқаша мазмұны.

Зерттеу нәтижелері. Статистикалық деректерді талдау нәтижелері, шұғыл түрде ауруханаға жатқызылғандардың құрылымында хирургиялық бейіндегі науқастардың үлесі 30%-ды құрайды, ал оның ішінде іш қуысы мүшелерінің жіті аурулары бар науқастардың саны басым. Пациенттердің осы контингентінің жағдайының ауырлығы, кеш ауруханаға жатқызу, отадан кейінгі өлім-жітімнің жоғары деңгейі ғалымдардың шұғыл хирургиялық көмекті ұйымдастыру мәселелеріне қызығушылығын тудырады (Архипов В.В., 2003; Шайн М., 2003; Чернядьев С. А., 2008).

Экономикалық қайта құрулар мен халықтың денсаулық жағдайының нашарлауының күрделі жағдайларында хирургиялық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру және оның сапасын арттыру Қазақстан Республикасының (ҚР) Денсаулық сақтау жүйесін реформалауда жетекші орын алады [1,2]. Хирургиялық сырқаттанушылықтың динамикасы мен деңгейінде теріс өзгерістер байқалады, бұл елдегі әртүрлі экономикалық өзгерістердің салдары болды, атап айтқанда денсаулық сақтаудың жеке секторының ұлғаюы, емдеу-алдын алу мекемелерінің санының азаюы, білікті кадрлардың болмауы және тапшылығы, әсіресе ауылдық және шалғай өңірлерде медициналық мамандар және тиісті медициналық жабдықтаудың болмауына байланысты кедергілер орын алды. Мұның бәрі халықтың хирургиялық көмекке қол жетімділігін төмендетті [3,4].

Жекелеген зерттеушілердің материалдары бойынша, еліміздің ірі қаласында хирургиялық сырқаттанушылық жоғары болып табылады және 1 мың тұрғынға 163,9 құрайды; ерлер арасында - 150,9%., әйелдер арасында - 177,6%. Ерлер мен әйелдер арасындағы ең жоғары деңгей 50 жастан асқан адамдарға тиесілі. Ең көп таралғандары жұмсақ тіндердің ірінді аурулары - 49,9% , тірек-қимыл аппаратының аурулары - 45,2%, іш қуысы мүшелерінің хирургиялық аурулары - 36,9%, перифериялық қан тамырларының аурулары - 15,0%, жұмсақ тіндердің қатерсіз өсінділері - 9,4% [5,6].

Денсаулық сақтаудың нарықтық жағдайларға көшуі хирургиялық бейіндегі науқастармен жұмыс жүргізуді ұйымдастыру мен емдеудің жаңа жоғары тиімді және арзан әдістерін негіздеуді және енгізуді талап етеді. Сонымен қатар, егер хирургиялық қызметті қаржыландыру емделген әрбір науқасқа байланысты болса, онда диспансерлеудің рөлі бірнеше есе артады, бұл ауруханаға жатқызудың жоспарлы түрін ұлғайтуға және шұғыл түрін азайтуға, хирургиялық науқастарды емдеу нәтижелерін жақсартуға, мүгедектікті, өлімді азайтуға және материалдық шығындарды едәуір азайтуға

мүмкіндік береді [7,8]. Еуропаның көптеген елдерінде, АҚШ-та, сондай-ақ Ресей Федерациясында бір күндік хирургиялық стационарларда медициналық көмек көрсету принципі кең таралған. Бұл мекемелерде айтарлықтай күрделі хирургиялық араласулар жасалады. «Бір күндік хирургия» бөлімшелеріндегі медициналық көмектің көлемі мен сапасының амбулаторлық хирургиялық көмектен негізгі айырмашылықтары қауіпсіздік кепілдігінің жоғары болуы болып табылады [9,10].

Тәулік бойы стационарда емдеуді қажет етпейтін қарапайым хирургиялық оталар сияқты көмек түрін қайта қарастыру және оларды емханалық жағдайда жүргізу қажеттілігі туындады. Осыған байланысты қазіргі заманғы стационар үнемдеу технологияларын енгізу мен дамытудың өзектілігі, амбулаторлық-емханалық жағдайларда аз инвазивті әдістерді қолдану артып келеді. Көптеген зерттеулердің нәтижелері көрсеткендей, жартылай стационарлық жағдайда хирургиялық науқастарды емдеу тәулік бойғы стационарға жүктеменің төмендеуіне, ауруханада болу уақытының қысқаруына және консервативті және хирургиялық емдеу нәтижелерінің жақсаруына септігін тигізеді, сонымен бірге бұның әлеуметтік және экономикалық тұрғыдан да тиімділігі айқын [11,12].

Қорытынды. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласында болып жатқан өзгерістер бүкіл жүйеге, оның ішінде хирургиялық қызметке де әсер етті. Қазіргі уақытта ҚР-да қалыптасқан қызмет құрылымы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде жоспарлы және шұғыл түрде, жоғары білікті мамандандырылған хирургиялық көмекпен қамтамасыз етуді қамтиды. Сонымен қатар, іш қуысы органдарының ауруларымен шұғыл түрде түсетін науқастардың саны азаймайтынын атап өткен жөн, бұл аудандық буыннан бастап іш қуысы органдарының хирургиялық патологиясы бар науқастарды анықтау және диспансерлеу бойынша жұмысты одан әрі оңтайландыру қажеттігін көрсетеді. Өңірлерде жоспарлы түрде іш қуысы мүшелеріне арналған отаны жүзеге асыру, негізінен көрсетілетін көмек сапасының жақсаруымен сипатталады, бұл асқазан жарасы мен 12 елі ішектің ойық жарасы (2,7%), созылмалы калькулезді холецистит (1,0%), іштің басылмайтын грыжалары (0,4%) кезіндегі оталардан кейінгі асқынулардың пайызының төмендеуімен көрінеді.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Аканов А.А., Тулебаев К.А, Токмурзиева Г.Ж. Новые стратегические подходы охраны здоровья населения в Республике Казахстан // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – Алматы: 2003. - № 1. - С. 58-61.

2. Кульжанов М.К., Абильдинова Н.А. Сравнительный анализ фактического уровня технического оснащения станции скорой медицинской помощи и его соответствия минимальным стандартам // Батые Кдзакстан медицина журналы Западного Казахстана. – Актөбе: 2009. - №3. - С. 32-34.

3. Бисюк Ю.В. Некоторые правовые аспекты оказания экстренной медицинской помощи в многопрофильном стационаре // Скорая медицинская помощь: реальность и перспективы. Сборник научно-практических работ. – Воронеж: 2006. - С. 28-30.

4. Мовчан К.Н., Борисов А.Е., Коваленко А.А., Гриненко О.А., Берников О.Г., Яковенко Д.В., Морозов Ю.М., Мегила А.И., Коваль В.В., Прохоренко А.В., Ботя В.Г. Возможности улучшения результатов оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе при «остром животе» у жителей сельской местности // Материалы Первого Всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи. - М.: 2005. - С. 55-57.

5. Слесарев В.Г., Казбагаров Р.К. Некоторые проблемы службы экстренной медицинской помощи Республики Казахстан // Матер, научно - практ. конф. «Совершенствование службы скорой и неотложной медицинской помощи в Республике Казахстан». – Алматы: 2004. - С. 216-218.

6. Молдалиев И.С. Организационно-управленческие аспекты хирургической службы в Республике Казахстан // Известия ВУЗов. –Бишкек: 2004. - №7. - С. 27-28.

7. Ямлиханов Г.Т. Оценка мнения пациентов о качестве медицинской помощи в многопрофильном стационаре // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: Сборник научных трудов. - Н-Новгород: 2009. - Вып. 2. - С. 377-380.

8. Андреев А.Ю. Эффективность эксплуатации ресурсной базы хирургической службы и пути ее совершенствования: автореф. дис.... канд. мед. Наук – М., 2000. - 27 с.

9. Ахмеров Ф.Р. Проблемы управления при организации оказания экстренной медицинской помощи пораженным вследствие дорожно- транспортных катастроф // Актуальные вопросы медицины катастроф. - 2000. - С. 21-24.

10. Сахаутдинов В.Г., Шенбергер И.Л., Аюханов М.В. Организация экстренной хирургической помощи больным с заболеваниями прямой кишки. Монография депонирована во ВНИИМИ.- М.: 1985. – 364 с.

11. Альменов С.Т. Организация стационарозамещающей технологии и оценка ее эффективности // Центральнo-Азиатский научнопрактический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы: 2008. - №2. - С.26-28.

12. Бисюк Ю.В. Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи в абдоминальной хирургии // Медицинское право. –2007. - №1. - С. 10-14.

ХИРУРГИЯЛЫҚ БЕЙІНДЕГІ НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Стамбек Ұ.М.¹, Абикулова А.К.².

¹ «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университетінің магистранты, Қазақстан,
Алматы қ.

² «С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» КЕАҚ,
Қазақстан, Алматы қ.

Кіріспе. Біз бұл тезисте халыққа хирургиялық көмекті жақсарту мәселелерін зерттеуге, қымбат төсек қорын ұтымды пайдалануды, хирургиялық науқастарға қызмет көрсету мен емдеуді ұйымдастырудың жоғары тиімді және аз инвазивті әдістерін енгізу арқылы емдеу-диагностикалық процесті күшейтуді, диспансерлеуді және хирургиялық көмектің мамандандырылған түрлерін одан әрі дамытуды, ауруханаға дейінгі кезеңді ұйымдастыруды жетілдіру басымдықтарын зерттеуге арналған жұмыстарды зерделедік.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Ақпаратты іздеу интернет желісінде, PubMed, Google Scholar, Scopus дерекқорында, Қазақстан, ТМД, Ресей Федерациясы және шетел әдебиетінің деректеріне хирургиялық бейіндегі науқастарға медициналық көмекті ұйымдастыруға қатысты тақырыптар мен тиісті кілт сөздер бойынша жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері. Экономикалық өзгерістер мен халық денсаулығының нашарлауы жағдайында хирургиялық көмекті ұйымдастыруды оңтайландыру және оның сапасын арттыру саясаты әдетте денсаулық сақтау жүйесін реформалауға байланысты жүзеге асырылады [1,2]. Бүгінде елімізде халыққа хирургиялық көмекті ұйымдастыру жүйесі медициналық кадрлармен жеткіліксіз жабдықталуына, хирургиялық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қолданыстағы талаптарға толық сәйкес келмеуіне, заманауи диагностикалық және емдік жабдықтармен жеткіліксіз жабдықталуына, географиялық орналасуына және аумақтың кеңдігіне байланысты елдің көптеген аймақтарының көліктік қол жетімділігінің төмендігіне, хирургтарды даярлау жүйесін реформалауға байланысты кедергілерге тап болады. Соңғы 20 жыл ішінде қол жетімді жаңа хирургиялық технологиялардың дамуы, сондай-ақ хирург-дәрігерлерді даярлау және жұмысқа орналастыру жүйесіндегі оңтайлы өзгерістер ең алдымен ірі медициналық

ұйымдарда ғана қолжетімді болуының нәтижесі елдегі хирургиялық көмек көрсету дәрежесі бірнеше сапалық деңгейге бөлінді [3,4].

Қуаты аз қалалық және аудандық ауруханалар халыққа медициналық көмектің мамандандырылған түрлерін көрсетуді қазіргі заманғы талаптар деңгейінде қамтамасыз ете алмауда. Осы үрдістің нәтижесінде шағын қалалардың, ауылдық және шалғайдағы елді мекендердің тұрғындары үшін мамандандырылған көмектің қолжетімділігі төмендеді. Кадрлар мен жабдықтар тапшылығы бар аудандық ауруханалар хирургиялық профильдегі пациенттердің ағынына жеткілікті деңгейде меңгере алмай, емдік немесе амбулаторлық емделушілерге де стационарлық ем жүргізуге мәжбүр [5,6]. Елдегі ауыл тұрғындарының үлесі 25% құрайды, алайда кейбір өңірлерде жоғарыда аталған себептерге байланысты, аудандық ауруханалар деңгейінде стационарлық хирургиялық көмекке мұқтаж науқастардың жалпы санының тек 6%-на ғана көрсетіледі. Медициналық ұйымдардың құрамдас бөлігі болып табылатын кадрлық қамтамасыз ету және тиісті жабдықталу деңгейінің төмен болуының салдарынан бұрын аудандық ауруханаларда хирургиялық көмек алған пациенттердің едәуір ағымы аймақтық орталықтарға жолданады. Бұл бірқатар хирургиялық аурулар бойынша облыстық (өңірлік республикалық, округтік) және қалалық жерлердегі медициналық ұйымдарға жоспарлы хирургиялық емдеу кезегінің ұлғаюына әкеледі. Бұл ретте, ірі медициналық ұйымдардың хирургиялық бөлімшелері жоғары технологиялық медициналық көмекті неғұрлым белсенді дамытудың орнына әдеттегі хирургиялық араласулардың үлкен көлемін орындауға мәжбүр.

Қорытынды. Қазіргі таңда ҚР денсаулық сақтау саясаты дәрігер-мамандардың, қажетті аппаратуралар мен жабдықтардың қажетті саны тапшы болып табылатын Қазақстанның аумақтық құрылымдарында, халықтың тығыздығы төмен қалалар мен аудандарда емхана мен күндізгі стационар деңгейінде бірінші деңгейдегі хирургиялық көмек көрсетуді ұйымдастыруды оңтайландыруды алға қояды. Сондықтан біздің зерттеуіміздің мақсаты-орталық аудандық аурухананың хирургиялық бөлімшелерінің қызметін кешенді талдау және оны жетілдіру бойынша ғылыми негізделген ұсыныстар әзірлеу болып табылады. Негізгі проблемаларды зерттеуді жалғастыру және қоғамдағы әлеуметтік-саяси және әлеуметтік-экономикалық өзгерістерге барабар хирургиялық қызметті дамыту бағдарламаларын іске асыру медициналық көмектің уақтылығын, сапасы мен қолжетімділігін қамтамасыз етуде резервтерді айқындай отырып, білікті медициналық көмектің теңгерімді ұйымдық-функционалдық құрылымын қалыптастырудың маңызды элементін құрайды

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Зиновьев Е.В., Мовчан К.Н., Гриненко О.А., Чичков О.В., Сидельников В.О., Высоцкий С.А. Возможные пути улучшения результатов хирургического лечения пострадавших с обширными глубокими ожогами // Сборник научных трудов I съезда камбустиологов России (17-21 октября 2005г.).- М.-2005.-С.165-167.

2. Колосков В.В., Мовчан К.Н., Гриненко О.А. Организационные пути улучшения результатов медицинской помощи населению провинции, нуждающемуся в оказании высокотехнологичных (дорогостоящих) видов хирургического лечения. // Вестн. воен.-мед. акад. – 2005, №1(3). – Прил.: Материалы VII Всеросс. научн.-практ. конф. “Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в многопрофильном лечебном учреждении”. – СПб., 2005. – С. 14-15.

3. Кульжанов М.К., Исаев Д.С., Абильдинова Н.А. Новый методологический аппарат исследования в области управления качеством медицинской помощи // Медицина и экология. - Караганда, 2009. - № 3. - С. 120-121.

4. Гриненко О.А. Организационные возможности улучшения результатов оказания высокотехнологической хирургической помощи населению, проживающему вне региональных административных центров // Проблемы стандартизации здравоохранения. – 2008. - № 6. – С.3-14.

5. Муравьев К. А. Научное обоснование и разработка механизма организации экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля на региональном уровне: Автореф. дис. ... д-р.мед.наук – М., 2012. - 38 с

6. Ковалев М. В. Организация экстренной хирургической оториноларингологической помощи взрослому населению в условиях модернизации здравоохранения Автореф. дис. кандидата мед.наук – Санкт-Петербург, 2018.

ORGANIZATION OF UROLOGICAL CARE TO THE POPULATION IN A HOSPITAL CONDITION (LITERATURE REVIEW)

Tolegenov E., Zikriyarova S.

Kazakhstan Medical University “KSPH”, Almaty, Kazakhstan

Introduction. Today, in the development of urological services, there is the introduction of modern methods of treating and diagnosing patients, but the morbidity rate of the population remains at a high level. In the city of Almaty, the incidence of diseases of the genitourinary and reproductive system exceeds the republican figure by more than 1.3 times [1]. In the current situation, an increase in the level of morbidity of the genitourinary system, especially diseases of the male genital organs, requires improved organization of urological care for this group of patients. Along with the increase in cases of diseases, the structure of morbidity is also changing, among which there is an increase in cancer and male infertility, especially in older people. It is necessary to develop methods and approaches aimed at preventing urological diseases, reducing their prevalence, as well as optimizing urological services.

For timely detection of diseases of the genitourinary system and assessment of their dynamics, improvement of the process of recording urological diseases is required. The existing classification of MPS diseases (ICD-10) does not fully reflect the real situation and does not take into account the characteristics of the pathology, therefore it is necessary to develop indicators that will allow assessing the urological care provided.

Materials and research methods: We made an analytical review of 10 years of open access articles from the latest Google Scholar, Scopus, Web of Science, PubMed, E-library scientific databases. Publications included in the literature review were full-text articles in Russian and English.

Результаты исследования: Urological procedures performed on older adults are commonplace in the hospital environment. The operations performed are aimed at treating or helping with diseases of the prostate gland, malignant neoplasms of the genitourinary system, sexual dysfunction and stone disease. These procedures include robotic prostatectomy, radical prostatectomy, bladder tumor removal, penile implantation, percutaneous nephrolithotripsy, and laparoscopic kidney stone removal [1-2]. The average length of stay for these procedures is 4.9 days (Floyd, Doodnath, McGrath, & Cunningham, 2008). Complications of urologic surgery may include urinary tract infection, bleeding, urinary incontinence, surgical site infection, deep vein thrombosis, and death. These complications account for less than five percent of urologic cases performed in combination. (Floyd et al., 2008). Sammon et al. (2014) examined overall mortality rates and failure to salvage mortality rates by analyzing 7.7 million surgeries during 1998 and 2010 using a nationwide inpatient sample database. Sammon et al. (2014) found a 1.5% increase in mortality each year from complications not identified before hospital discharge. Sammon et al emphasized that urologic surgeons and ancillary staff must be aware of early signs of complications to influence mortality rates, especially in older adults with other chronic diseases. As health care budget constraints tighten, so does the amount of time a patient remains in the hospital after surgery. When discharged within 24 hours of surgery, the fear of leaving the

emergency department at home, as well as death, increases in the predominantly elderly population (Weiss, Yakusheva, & Bobay, 2011).

According to a number of authors [3-4], the discrepancy between the clinical diagnoses in this case and the existing ICD-10 codes in urology is relevant. As the authors noted, it is necessary to develop a new unified coded classification of urological diseases.

In the healthcare system, and especially among medical organizations, the inpatient sector occupies a special place. Due to the fact that hospital care is characterized as a costly sector, despite this, the population receives highly specialized medical care around the clock.

In our republic, 1,392 beds are located in inpatient organizations providing urological care, with a population provision of 0.8 per 100 thousand population (the standard requirement is 3.2). It was revealed that, in the conditions of the hospital in South Kazakhstan, East Kazakhstan and in Almaty, the majority of urological patients were treated.

When analyzing [5-6] the literature, it was revealed that the length of stay of urological patients in beds in the republic is 9.4 days, which is 1.05 below the standard indicator. This indicator also varies significantly by region.

Conclusions: According to the literature, it is necessary to sufficiently provide urological beds and develop and implement minimally invasive technologies, since due to a lack of beds, patients have to be hospitalized in other departments, in particular in surgical and therapeutic departments.

List of used literature:

1. Why New York is the epicenter of the American coronavirus outbreak. CNN. 2020 Mar. URL:<https://www.cnn.com/2020/03/26/us/new-york-coronavirus-explainer/index.html>[accessed 2020-05-10]

2. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. COVID-19 United States Cases by County. URL: <https://coronavirus.jhu.edu/us-map>[accessed 2020-05-09]

3. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. N Engl J Med 2020 Apr 30;382(18):1679-1681.[doi: 10.1056/NEJMp2003539] [Medline: 32160451]4. Telehealth Parity Laws. Health Affairs. URL: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20160815.244795/full/>[accessed 2020-05-07]

4. Ф.А. Акилов, Ш.Т. Мухтаров, Ш.И. Гиясов, Ф.Р. Насыров, Д.Х. Мирхамидов // Частота, характер и причины интраоперационных осложнений при эндоскопическом способе лечения нефролитиаза. Республиканский научно-практический журнал. Казакстанның урология және нефрологиясы №2 (3) 2012. Алматы. – С.7;

5. Ling Y, Xu SB, lin YX, Tian D, Zhu ZQ, Dai fH, et al.Persistence and clearance of viral rNa in 2019 novel corona-virus disease rehabilitation patients. chin Med J (engl) 2020. [epub ahead of print]

6. Xie c, Jiang l, Huang g, Pu H, gong B, lin H, et al.comparison of different samples for 2019 novel coronavirus detection by nucleic acid amplification tests. Int J Infect Dis 2020;93:264–7.

ХАЛЫҚҚА ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Токен Ш. ¹, Кожжекенова Ж.А.²

¹ «ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университетінің магистранты, Қазақстан, Алматы қ.

² «С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» КЕАҚ, Қазақстан, Алматы қ.

Кіріспе. Денсаулық сақтау практикасына диагностикалық, емдік және жедел эндоскопиялық араласуларды кеңінен енгізу - халыққа жоғары білікті медициналық көмек көрсетуде жаңа көкжиектер ашты және эндоскопиялық манипуляциялардың қолжетімділігін қамтамасыз ету жөніндегі іс-шараларды жетілдірудің негізделген талаптарын ұсынды. Диагностикалаудың бұл әдісі клиникалық медицинаның көптеген салаларында жетекші әдістердің бірі бола отырып, іс-жүзінде қолданылады. Жекелеген қызметтердің жұмысын жоспарлау бағыттарын әзірлеу қазіргі жағдайда саланың жұмыс істеуінің өзекті мәселелерінің бірі болып табылады.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Тезисте халыққа эндоскопиялық көмек көрсетудің маңызды аспектілері бойынша PubMed, Google Scholar және т.б. деректер базаларында индекстелген шетелдік және отандық ғылыми зерттеулердің нәтижелері жиналды және талданды.

Зерттеу нәтижелері. Халыққа медициналық көмек көрсету жүйесінде диагностикалау үрдісіне маңызды рөл беріледі, өйткені диагноз қоюдың дұрыстығы және пациентті емдеу тактикасын таңдау диагностикалау әдісінің дәлдігіне байланысты. Диагностикалық әдістерді таңдау көптеген факторлармен, ең алдымен патологияның сипатымен, медициналық мекеменің мүмкіндіктерімен және түрімен анықталады. Аспаптық әдістердің үлкен тізімінен Эндоскопиялық диагностика үлкен басымдықтарымен ерекшеленеді. Эндоскопиялық әдістің жоғары ақпараттылығы мен сенімділігінің арқасында көптеген аурулар мен зақымдарды диагностикалау сапасы жаңа деңгейге көтерілді.

Соңғы 20 жыл ішінде эндоскопия тек сандық жағынан ғана емес, сапалық тұрғыдан да революциялық өзгерістерге ұшырады [1]. Заманауи сандық бейне эндоскоп кешендері әртүрлі масштабтау және түс гаммасы бар жоғары дәлдіктегі кескіндерді көруді қамтамасыз етеді. Эндоскопиялық микроскопия жасауға да мүмкіндік туды. Эндоскопиялық хирургия медицинаның барлық дерлік салаларын қамтиды. Бірақ біздің елде эндоскопияның дамуын тікелей немесе жанама түрде тежейтін көптеген шешілмеген мәселелер әлі де бар [2].

Қызметті ұйымдастырудағы белгілі бір қиындықтар қажетті нормативтік базаның, құрылым мен штат кестесін оңтайландыру бойынша ұсыныстардың, әртүрлі қуаттылықтағы эндоскопия бөлімшелеріндегі зерттеу номенклатурасының болмауына байланысты туындайды. Эндоскопиялық қызметтің жұмысын ұйымдастыру медициналық мекеме шешетін жалпы міндеттермен тығыз байланысты болуы керек. Мәселен, экономикалық мақсаттылық талаптары көмек көрсетудің ең жоғары үлесін амбулаторлық деңгейде көрсетуге бағытталған. Сондықтан, мысалы, ауруханаға жатқызылатын науқастарды тексеру үрдісі мүмкіндігінше ауруханаға дейінгі кезеңде жүргізілуі керек [3,4]. Пациенттер үшін құпиялылық пен өзін-өзі бағалауды қамтамасыз ететін қолайлы жағдайды қалыптастыру жеке меншік медициналық ұйымдар үшін де және мемлекеттік ауруханалар үшін де міндетті болып табылады. Белгілі бір эндоскопиялық әдістердің дамуы көбінесе мекеменің ерекшелігімен анықталады (науқастардың контингенттері, стационардың төсек қорының құрылымы, оның арнайы мамандануының негізгі бағыттары және т.б.). Сонымен қатар, эндоскопист дәрігерлер көптеген жағдайларда дәрігерлерге диагностикалық зерттеулердің ең қолайлы түрлерін ұсынып қана қоймай, емдеу-диагностикалық процедураларды немесе оталарды орындауға қатысу арқылы емдеу процесін өздері жүргізе алады. Персоналдың жеке және кәсіби қажеттіліктерін қанағаттандыратын қолайлы жағдайлар оңтайлы тиімділік пен өнімділікті қамтамасыз етудің ажырамас талабы болып табылады [5,6].

Қорытынды. Эндоскопия қызметін ұйымдастыруда кемшіліктер мен шешілмеген мәселелер әлі де бар. Бүгінде эндоскопиялық зерттеулердің мүмкіндіктері қолданыстағы бөлімшелердің жұмысын тиімсіз ұйымдастыруға, медициналық персоналдың жұмысын басқару мен ұйымдастырудың жаңа нысандарын тәжірибеге баяу енгізуге, эндоскопиямен айналысатын мамандарды басқа мамандандырылған қызметтер арасында бүркуге, жоғары

тиімді эндоскопиялық диагностикалық және емдік бағдарламалардың, алгоритмдердің болмауына байланысты жеткіліксіз пайдаланылады. Кейбір жағдайларда қымбат эндоскопиялық жабдық мамандардың нашар дайындығына, әсіресе хирургиялық эндоскопияға, басқа мамандықтардың дәрігерлерімен жұмыс жасауда тиісті сабақтастықтың болмауына байланысты өте ұтымсыз қолданылады.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Балалыкин А.С., Муцуоров Х.С., Гвоздик В.В., Вербовский А.Н. История и клиническое значение внутрипросветной эндоскопии пищеварительного тракта // Российский медицинский журнал. – 2016. – Т.22, № 1. – С. 52-56.

2. Люцко В.В., Загретдинова З.М. Анализ нормативной базы, регламентирующей деятельность врача-эндоскописта // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2016. – № 2. – С.30-40.

3. Мыглан В.В. К вопросу о состоянии эндоскопии в Российской Федерации и предложения в сфере импортозамещения технологий // Экспертный союз. – 2015. – Спецвыпуск № 3. – С.36-37.

4. Скворцов М.Б., Брегель А.И., Трухан Р.Г. Эндоскопическая служба в Иркутске: развитие, проблемы и перспективы // Сибирский медицинский журнал. – 2004. – Т.45. – № 4. – С. 97-103.

5. Субботин А.М. Нерешенные проблемы соблюдения эпидемиологической безопасности при обработке гибких эндоскопов. Взгляд с позиции эндоскописта // Журнал «Главная медицинская сестра». – 2014. – № 5. – С.69-76 .

6. Яковлева З.А., Кларов А.П., Савина Н.В. Проблемы совершенствования организации эндоскопической службы в Республике Саха (Якутия) // Сборник научных трудов V Конгресса «Экология и здоровье человека на Севере». – 2014. – С.815-821.

ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА ДЕҢГЕЙІНДЕ БАЛАЛАРҒА КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Шегебаева А.К.

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті Алматы қ., Қазақстан

Кіріспе. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) - медициналық көмек көрсету жүйесінің негізі болып табылатын және аурулар мен жай-күйлердің алдын алу, диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту, жүктіліктің барысын бақылау, салауатты өмір салтын қалыптастыру және халықты санитариялық-гигиеналық ағарту жөніндегі іс-шараларды қамтитын денсаулық сақтаудың маңызды буыны. МСАК-тың профилактикалық бағыты халықтың, ересектердің де, балалардың да денсаулық жағдайының жалпы деңгейін, қажетті көмек көлемін, оның ішінде ең қымбат, стационарлық көмекті анықтайды [1]. Педиатриялық көмек медицинаның маңызды салаларының бірі болып табылады, өйткені балалардың денсаулығы қоғамның болашағының кепілі болып табылады. Педиатриялық көмекті ұйымдастыру балалардың денсаулығы мен дамуын қамтамасыз етуде үлкен рөл атқарады. Бұл мақалада біз Қазақстанда және шетелде емхана жағдайында педиатриялық көмекті ұйымдастыруды қарастырамыз.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Емхана жағдайында педиатриялық көмекті ұйымдастыру бойынша зерттеу жүргізу үшін медициналық журналдардың, ғылыми мақалалардың деректері пайдаланылды.

Нәтижелер. Педиатриялық көмекті ұйымдастырудың маңызды аспектісі балаларға кешенді медициналық қызмет көрсету болып табылады [2]. Емханаларда педиатриялық

көмекті ұйымдастыру бірқатар проблемаларға ие: қаржыландырудың жеткіліксіздігі және қызметкерлердің шамадан тыс жүктелуі, бұл балаларға медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасына әсер етеді, медициналық мекемелердің жеткіліксіз жарактандырылуы, заманауи жабдықтар мен дәрілік заттардың болмауы, білікті мамандардың жетіспеушілігі, мамандандырылған бейінді педиатрлар мен медициналық персоналдың жетіспеушілігі.

Емханаларда педиатрларды, невропатологтарды, эндокринологтарды және басқа да мамандарды қоса алғанда, көптеген мамандар жұмыс істейді, бұл аурулардың кең ауқымын уақтылы анықтауға және емдеуге мүмкіндік береді. Зерттеу нәтижелері Қазақстан мен шетелдегі емханаларда педиатриялық көмекті ұйымдастырудың өзіндік ерекшеліктері бар екенін көрсетеді. Қазақстанда педиатриялық көмек жүйесі мемлекеттік медицина қағидаттарына негізделген және 18 жасқа дейінгі барлық балаларға тегін және сапалы медициналық көмек көрсетуді қамтиды [3]. АҚШ немесе Германия сияқты басқа елдерде педиатриялық көмек жүйесі басқаша ұйымдастырылуы мүмкін және оған мемлекеттік және жеке емханалар кіреді. АҚШ-та әртүрлі аурулары бар балаларға жоғары сапалы медициналық көмек көрсететін мамандандырылған балалар ауруханалары бар. Мұндай ауруханалар заманауи жабдықтармен жабдықталған және жедел емдеу, оңалту және мамандарға кеңес беруді қоса алғанда, қызметтердің кең спектрін ұсынады [4]. Германияда педиатриялық көмек жоғары деңгейде ұйымдастырылған. Елде балаларға медициналық көмек көрсетудің барлық шығындарын жабатын міндетті медициналық сақтандыру жүйесі бар. Бұл отбасының әлеуметтік мәртебесі мен материалдық жағдайына қарамастан барлық балаларға медициналық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз етуге мүмкіндік береді. Жапонияда педиатриялық көмектің дамыған жүйесі де бар. Елде балаларға арналған жоғары сапалы медициналық қызметтерді ұсынатын балалар клиникалары кең таралған. Жапондық клиникаларда тәжірибелі педиатрлар жұмыс істейді, олар үнемі біліктілігін арттырып, балаларды емдеудің жаңа тенденцияларын бақылайды [5].

Емханада педиатриялық көмекті ұйымдастырудың негізгі аспектілерінің бірі медицина қызметкерлерінің біліктілігі болып табылады. Зерттеу көрсеткендей, педиатриялық бөлімшелерде жұмыс істейтін дәрігерлер мен медбикелер мамандандырылған білімге ие болуы керек және олардың білімі мен дағдыларын үнемі жетілдіріп отыруы керек. Сондай-ақ балалардағы ауруларды тиімді емдеу мен алдын алуды қамтамасыз ету үшін емханаларды заманауи жабдықтармен және дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету маңызды. Осылайша, дамыған елдердегі емхана жағдайында педиатриялық көмекті ұйымдастыру дамудың жоғары деңгейіне және балаларға қолжетімділікке ие. Дәрігерлер заманауи емдеу және диагностикалық әдістерді қолдана отырып, әр пациентке сапалы және жеке қызмет көрсетуге тырысады.

Қорытынды. Емхана жағдайында педиатриялық көмекті ұйымдастыру - бұл білікті медициналық персоналды, заманауи жабдықты және тиімді басқару жүйесін қажет ететін күрделі және көп сатылы процесс. Халықаралық тәжірибе мен педиатрия саласындағы үздік тәжірибелерді ескере отырып, бұл жүйені үнемі жетілдіріп отыру маңызды. Педиатриялық көмек болашақ ұрпақтың денсаулығының кепілі болып табылады, сондықтан ол барлық балалар үшін қолжетімді және сапалы болуы керек.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Сабанов В.И., Дьяченко Т.С., Попова Е.Г. Организационные основы первичной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению. Учебное пособие. Волгоград: ВолгГМУ; 2014.

2. World Health Organization. Primary health care approaches for children in the context of the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018.

3. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі.

4. American Academy of Pediatrics. (2019). Guidelines for pediatric care. Elk Grove Village, IL: AAP Publishing.

5. United Nations Children's Fund. (2015). Health and rights of children: global statistics. New York, NY: UNICEF.

ҚОЛҚА-КОРОНАРЛЫҚ ШУНТТАУ ОПЕРАЦИЯСЫ ЖАСАЛҒАН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ

Рахметкулова Э.Б.¹, Аимбетова Г.Е.¹, Кибатолдинов Е.Н.²

¹*«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан*

²*«Семей медицина университеті» КЕАҚ, Семей қ., Қазақстан*

Кіріспе. Зерттеліп отырған мәселенің өзектілігі жүрек-қан тамырлары аурулары әлемде де, бірқатар елдерде де, соның ішінде Қазақстан мен Ресейде де өлім-жітімнің басты себебі болып қалуымен ерекшеленеді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) мәліметтері бойынша, 2022 жылы 17,3 миллион адам жүрек-қан тамырлары ауруларының салдарынан қайтыс болды, бұл бүкіл әлемдегі өлімнің 30% құрайды [1]. Болжамдар сонымен қатар бұл аурулар алдағы онжылдықтарда өлімнің негізгі себептері болып қала беретінін көрсетеді. Жүрек-қан тамырлары аурулары халықтың денсаулығына ғана емес, экономика саласына да айтарлықтай әсер ететінін айта кеткен жөн. Олар медициналық көмекке, науқастарды емдеуге және оңалтуға айтарлықтай шығындарды талап етеді, бұл денсаулық сақтау жүйесіне қосымша қысым жасайды.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Google Scholar, Scopus, Web of Science, PubMed, E-library ғылыми дерекқорларынан 5 жылдағы ашық қолжетімді мақаларға аналитикалық шолу жасадық. Әдебиеттерді шолуға енгізілген басылымдар орыс және ағылшын тілдеріндегі толық мәтінді мақалалар болды.

Зерттеу нәтижелері.

Коронарлық артерияны шунттау (CABG) - көп тамырлы коронарлық артерия ауруы және сол жақ қарыншаның дисфункциясы бар науқастар үшін белгіленген терапевтік стратегия. Сол жақ қарыншаның дисфункциясы бар науқастарда коронарлық артерияны айналып өтудің ұзақ мерзімді нәтижесі [1].

Жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) денсаулық сақтаудың басты проблемасы болып табылады және 2020 жылға қарай өлімнің басты себебі болады деп болжануда. Жұқпалы емес аурулардың алдын алу және бақылау: Жаһандық стратегияны жүзеге асыру.

Коронарлық артерияларды шунттау (CABG) 50 жылдан астам уақыт бұрын енгізілгеннен бері коронарлық артерия ауруын емдеудің негізгі бағыты болды, тек Америка Құрама Штаттарында жыл сайын шамамен 400 000 процедура орындалады. Ауруларды бақылау және алдын алу орталықтары: стационарлық хирургия. 2015 жылғы 23 шілдеде қол жеткізілді Аз инвазивті тері арқылы коронарлық араласуды қолданудың артуы соңғы онжылдықта [2-3] КАБГ-ны біртіндеп ауыстырғанымен, CABG көп тамырлы ауруы бар науқастар үшін ең жақсы нұсқа болып қала береді.

Өлімге қосымша, CABG хирургиясы басқа қысқа және ұзақ мерзімді тәуекелдермен, соның ішінде инсультпен байланысты. Өкінішке орай, бұл құбылыс пациенттердің күнделікті өміріне айтарлықтай әсер етеді, бұл туралы туыстары мен пациенттердің өздері хабарлады. Күнделікті өмірдегі операциядан кейінгі когнитивті құлдыраудың өзектілігі: 1 жылдық бақылау нәтижелері. J кардиоторакальды қан тамырлары анестезиясы. Жақында когнитивті құлдырау хирургиямен қаншалықты байланысты болуы мүмкін екендігі туралы пікірталастар болды [4]. Ұзақ мерзімді когнитивтік нәтижелерді CABG-ге жатқызу

қиын болғанымен, коронарлық артерия ауруын басқару стратегиялары 6 жылдық когнитивті нәтижелерге әсері оның қысқа мерзімді салдары жақсы құжатталған.

Бүгінгі таңда коронарлық артерия ауруынан болатын өлім-жітім деңгейі ішінара коронарлық артерия терапиясының жетістіктеріне байланысты анық төмендеді. артериалды шунттау (CABG) және тері арқылы коронарлық араласу (PCI) әдістері.

Симптомдарды емдеу және пациенттің өмір сүру ұзақтығын арттыру, әсіресе көп тамырлы стенозда және сол жақ негізгі коронарлық артерия (LMCA) стенозында, CABG хирургиясының жалпы нәтижелері болып табылады.

Өмір сүру деңгейінің өсуіне байланысты бүгінде медициналық орталықтар кардиологиялық оқиғалардан кейінгі асқынулардың таралуын азайтуға көбірек көңіл бөлуде. Жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) әлемдегі мүгедектіктің негізгі себептерінің бірі болып табылады. Соңғы жылдардағы денсаулық сақтау саласындағы жетістік – пациенттердің өз жағдайына деген көзқарасы қазір клиникалық тәжірибеде дәрігерлердің көзқарасы сияқты жарамды болып саналады. Депрессия - коронарлық артерияны айналып өту операциясына дейін де, одан кейін де жиі кездесетін жағдай. Операциядан кейін ол өте ұзақ уақыт сақталуы мүмкін және процедураның өзі оларды CABG алдында дамыған адамдарда депрессиялық белгілерді жеңілдететін фактор емес. Талдау нәтижелері пациенттің психикалық жағдайын, жынысын, жасын және метаболикалық өзгерістерді ескере отырып, CABG кейін депрессияға әсіресе бейім популяцияны анықтауға болатынын көрсетеді [5-6]. Жеке факторлар операцияға дейін немесе одан кейін бағаланатынына байланысты әртүрлі болжамдық мәнге ие. Аффективті бұзылулардың даму қаупінің жоғарылауы туралы жеткілікті ерте хабардар болу депрессиялық белгілердің жоғарылауын болдырмау үшін нақты шараларды қабылдауға мүмкіндік береді. CABG кейінгі депрессияның салдары мыналарды қамтиды: жүрек реабилитациясының нашар нәтижелері, атеросклеротикалық процестердің күшеюі, қайта қабылдау ықтималдығы және жоғары өлім [7]. Осылайша, депрессия коронарлық шунттау операциясынан өткен науқастардың жағдайына да әсер етеді деген қорытындыға келе аламыз. Бұл пациенттерге күтім жасауды ұйымдастыруды жоспарлау кезінде маңызды фактор болып табылады.

Қорытынды. Коронарлық артерияларды шунттау операциясынан өткен науқастарға күтім көрсетуді жақсартудың жаһандық ландшафты хирургиялық нәтижелерді жақсарту, пациенттердің қанағаттанушылығы және ресурстарды пайдалану бойынша бірлескен күш-жігерді көрсетеді. Бұл күш-жігерге медициналық технологияның жетістіктері, дамып келе жатқан хирургиялық әдістер және пациентке бағытталған күтімге баса назар аударылу керектігін көрсетеді.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Nardi P, Pellegrino A, Scafuri A, Colella D, Bassano C, Polisca P, Chiariello L. Long-term outcome of coronary artery bypass grafting in patients with left ventricular dysfunction. *Ann Thorac Surg.* 2009 May;87(5):1401-7. doi: 10.1016/j.athoracsur.2009.02.062. PMID: 19379873.

2. World Health Organization. Prevention and Control of Noncommunicable Disease: Implementation of the Global Strategy. Report by the Secretariat [Online]. 2008 Available from: URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/23180>. [Google Scholar]

3. Centers for Disease Control and Prevention: Inpatient surgery. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/inpatient-surgery.htm>. Accessed July 23, 2015.

4. Alexander J.H., Smith P.K. Coronary-artery bypass grafting. *N Engl J Med.* 2016; 374: 1954-1964

5. Tarakji K.G. Sabik 3rd, J.F. Bhudia S.K et al. Temporal onset, risk factors, and outcomes associated with stroke after coronary artery bypass grafting. *JAMA.* 2011; 305: 381-390

6. Newman M.F., Kirchner J.L. Phillips-Bute B. et al. Longitudinal assessment of neurocognitive function after coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med.* 2001; 344: 395-402

7. Kastaun S.Gerriets T. Schwarz N.P.et al. The relevance of postoperative cognitive decline in daily living: Results of a 1-year follow-up. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2016; 30: 297-303

МСАК ДЕҢГЕЙІНДЕ ХАЛЫҚҚА КӨРСЕТІЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ДЕҢГЕЙІ ТУРАЛЫ ТІРКЕЛГЕН ХАЛЫҚТЫҢ ПІКІРІН ЗЕРДЕЛЕУ

Турысбекова А.Т.

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қаласы, Қазақстан

Өзектілігі. Алғашқы медициналық-санитариялық көмек (МСАК) деңгейінде алғашқы медициналық көмек көрсетіледі, ол денсаулық сақтаудың негізгі буыны және пациенттің медициналық қызмет көрсету жүйесімен алғашқы байланысы болып табылады. Осы деңгейде медициналық көмек көрсету деңгейі кейбір аспектілерді қамтиды. Жалпы трендтер әртүрлі елдер мен өңірлерде әр түрлі болуы мүмкін, сондай-ақ денсаулық сақтаудың даму деңгейіне, ресурстардың қолжетімділігіне және медициналық қызметтерді ұйымдастырудың ерекшеліктеріне байланысты болады. Медициналық көмек күрделі және көп деңгейлі процесс болып табылатынын және оның сапасын қабылдау әрбір адам мен әрбір медицина қызметкері үшін жеке болуы мүмкін екенін ескеру маңызды.

Мақсаты. МСАК деңгейінде тіркелген халыққа көрсетілетін медициналық көмек деңгейін зерттеу.

Зерттеу әдістері мен материалдары. Алматы қаласының №26 Қалалық емханасына тіркелген 1000 респондент арасында сауалнама жүргізілді. Сауалнама 3 ай көлмеінде жүргізілді. Сауалнамаға 18 жастан асқан респонденттер қатысты.

Зерттеу нәтижелері. Сауалнамаға №26 Қалалық емханасына тіркелген 1000 респондентке жүргізілді. Жас ерекшеліктеріне тоқталатын болсақ, 18-24 жас аралығында 21,8%, 25-35 жас аралығында – 31,1%, 36-45 жас аралығында – 26,5%, 46-59 жас аралығында – 15,7%, 60 жас және жоғары – 3,9% құрады. Студент - 11,9%, мемлекеттік қызметкер – 21,6%, кәсіпкер – 33%, зейнеткер – 9,9%, жұмыссыз, үй шаруасында – 14,1%, жалдамалы жұмысшы болып – 9,5% құрайды. Сауалнамаға қатысқандардың 54,6%-жұмыс басты екенін көрсетеді. Медициналық көмек алу үшін осы емханаға жүгіндім – 95,5% құраса, жүгіндім (ай, жылын жазбаша көрсету) - 4,5% жүгінбеген. Лабораториялық зерттеулердің қолжетімділігіне қанағаттанасыз ба деген сұраққа қанағаттанарлық деген жауапты – 98,90 %, қанағаттанарлықсыз деген жауапты 1,10 % респондент таңдады. Сіз емхананың орта қызметкерлеріне қандай баға бересіз? (профессионалды дағдылар, адалдық, жауапкершілік, манипуляцияны және басқаларды нақты орындау, тәртіп және т.б.) сұрақ қойылды. Жоғары жауап нұсқасын таңдағандар саны - 75,90 %, орташа жауап нұсқасын таңдағандар саны - 23, 10 % көрсетті, төмен жауап нұсқасын таңдағандар саны 1 %. Сауалнамаға қатысқан 1000 респонденттің медициналық қызметкерлер «Сіздің денсаулық жағдайыңыз, диагнозыңыз туралы, дәрігерлерді тағайындау, қолдану әдістері және емдеу әдістері туралы сұхбат жүргізді ме?» деген сұраққа жауаптар келісідей болып бөлінді: ия, жүргізді, толық мәлімет – 89,7%, сұхбат қысқаша болды, қосымша консультация қажет – 8,7%, жоқ, маған ештеңе түсіндірілмеді – 1,6% болып жауаптар бөлінді.

Қорытынды. Сауалнама нәтижелері МСАК деңгейінде медициналық көмек көрсету жүйесін зерттеу мақсатында маңызды тұр. Бұл деректер алымы, денсаулық сақтаудың маңызды салаларын анықтау және көмектесу үшін өзара тәжірибе алысыңызды жетілдіреді.

Қолданылған әдебиеттер:

1. <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/V2000021727>
2. <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/V2000021642#z75>
3. Чумаков А.С., Трофимов В.В. Состояние и факторная обусловленность удовлетворенности потребителей медицинских услуг их качеством по данным опроса на этапе оказания услуг // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 3. - С. 35-39.
4. Турдалиева Б.С., Алтынбекова У.А., Сагындыкова З.Р. (2014). Некоторые вопросы оценки справедливости и неравенства в доступности медицинских услуг для населения на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи // Вестник КазНМУ. - 2014. - №3 (1). - С. 146-149.

ТІРЕК-ҚИМЫЛ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫНАН КЕЙІНГІ ОҢАЛТУ ІС-ШАРАЛАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІН АРТТЫРУ

Шакенова А.Б., Құрақбаев Қ.Қ., Айтамбаева Н.Н.

«ҚДСЖМ» Қазақстандық Медицина Университеті, Алматы қ., Қазақстан

Кіріспе. Тірек-қимыл аппараты ауруларынан кейінгі реабилитациялық іс-шараларын ұйымдастыру және олардың қолжетімділігін арттыру науқастарды толыққанды және тиімді оңалтуды қамтамасыз ету үшін маңызды міндет болып табылады [1]. Омыртқаның зақымдануы, артрит, остеоартрит және басқа да аурулар адамның моторикасын шектеп, ауырсынуды тудыруы және өмір сапасын төмендетуі мүмкін. Оңалту шаралары науқастың функционалдық жағдайын жақсартуға, ауырсыну синдромын азайтуға, оны белсенді өмірге қайтаруға және оның тәуелсіздігін арттыруға мүмкіндік береді [2]. Реабилитациялық емді ұйымдастырудың негізгі аспектілерінің бірі-аурудың ерекшеліктерін, науқастың физикалық жағдайын және оның қажеттіліктерін ескеретін-жеке оңалту бағдарламаларын жасау [3]. Кешенді оңалту бағдарламаларына физиотерапия, массаж, терапевтік жаттығулар, серуендеу практикасы және тірек-қимыл аппаратын қалпына келтіруге және нығайтуға бағытталған басқа әдістер кіруі мүмкін [4].

Мақсаты. Тірек-қимыл жүйесінің ауруларынан кейінгі реабилитациялық көмектің қолжетімділігі мен сапасын зерделеу және оны жетілдіру жолдарын әзірлеу.

Материалдары мен әдістері. Ақпаратты талдау әдісі: отандық және шетелдік әдебиеттер, мақалалар, арнайы статистикалық мәліметтер, құқықтық актілерді талдау. Ретроспективті эпидемиологиялық әдіс: 2018-2023 жылдарға арналған №4 қалалық клиникалық ауруханасы мен ХАК медициналық орталығының статистикалық мәліметтері. Әлеуметтік әдіс: 20 сұрақтан тұратын әлеуметтік сауалнама құрастырылады. Науқастар арасында көрсетілетін реабилитациялық көмектің тиімділігін арттыруға және сапасын жақсартуға бағытталған сауалнама жүргізіледі.

Қорытынды. Жалпы, тірек-қимыл аппараты ауруларынан кейін оңалту іс-шараларын ұйымдастыру және олардың қолжетімділігін арттыру мемлекеттің, медицина қызметкерлерінің және халықтың қатысуымен кешенді тәсілді талап етеді. Ол үшін бірнеше аспектілерді қарастыру қажет:

1) Реабилитациялық орталықтардың қолжетімділігін жақсарту: қолданыстағы оңалту орталықтарын дамыту және жаңғырту;

2) Медициналық қызметкерлердің біліктілігін арттыру: дәрігерлер мен мейірбикелердің тиімді ем жүргізу үшін жеткілікті білімі мен дағдылары болуы тиіс. Сондықтан мамандардың біліктілігін жүйелі түрде арттыруды ұйымдастыру, сондай-ақ емдеудің өзекті ғылыми зерттеулері мен инновациялық әдістеріне қол жеткізуді қамтамасыз ету қажет;

3) Телемедицинаны дамыту: заманауи технологияларды қолдана отырып, науқастарға қашықтықтан кеңес беру мен бақылауды ұйымдастыруға болады, бұл шалғай аймақтарда тұратын адамдар үшін оңалту шараларының қолжетімділігін арттырады;

4) Ақпараттық базаны қалыптастыру және тұрғындарды ақпараттандыру: науқастар үшін қолжетімді оңалту мүмкіндіктері мен мекемелері туралы бірыңғай ақпараттық базаны құрып, оны қолдау қажет және оңалту шараларынан өту ережелері туралы хабардар ету маңызды;

5) Қаржыландыруды қамтамасыз ету: мемлекет пен сақтандыру компаниялары барлық мұқтаж науқастар үшін оңалту шараларының қолжетімділігі мен сапасын жақсарту үшін оңалту бағдарламаларын қаржыландыруды ұлғайтуы керек.

Әдебиеттер тізімі:

1. Александра Раух¹, Стефано Негрини², Аларкос Съеса³ "На пути к усилению реабилитации в системах здравоохранения: методы, использованные для разработки пакета реабилитационных мероприятий ВОЗ" PMID: 31207218; DOI: 10.1016/j.apmr.2019.06.002; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31207218/>

2. Стефано Негрини^{1,2}, Кьяра Ариенти³, Мишель Патрини⁴, Карлотта Кикенс⁵, Александра Раух⁶, Аларкос Съеса⁶ "Кокрейн сотрудничает со Всемирной организацией здравоохранения для разработки пакета реабилитационных мероприятий на основе наилучших имеющихся доказательств" PMID: 34002977; DOI: 10.23736/S1973-9087.21.07075-1; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34002977/>

3. Фаррохи С., Войчек К.А., Ташман С., Фицджеральд Г.К. "Биомеханический взгляд на физиотерапевтическое лечение остеоартрита коленного сустава. Дж Ортоп Спортивная Физика. 2013;43(9):600–619"

4. Торп Л.Е., Самнер Д.Р., Блок Дж.А., Мойсио К.К., Шотт С., Виммер М.А. "Нагрузка на коленный сустав различается у лиц с легким и умеренным медиальным остеоартритом коленного сустава. Ревматоидный артрит. 2006;54(12):3842–3849"

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ӨНЕРКӘСІПТІҢ ДАМУЫ

Мыңбай Р.М.

«Еуразиялық медициналық қауымдастық» ҚН-дағы ЗТБ, Астана қаласы, Қазақстан

Өзектілігі (кіріспе). Қазақстан Республикасындағы фармацевтикалық өнеркәсіпті дамыту соңғы жылдардағы Үкімет жұмысының негізгі бағыттарының бірі болып табылады [1]. Біздің еліміз Орталық Азиядағы ең ірі мемлекет бола отырып, халықтың денсаулығы мен әл-ауқатын қамтамасыз ету, сондай-ақ экономикалық өсім мен ұлттық қауіпсіздікті қамтамасыз ету үшін күшті фармацевтикалық индустрияның болуы қаншалықты маңызды екенін түсінді. Осы мақсатқа жету үшін фармацевтика саласындағы заңнамалық база халықаралық стандарттарға сәйкес айтарлықтай қайта қаралды [2]. Бұл үдерісте Денсаулық сақтау министрлігіне қарасты Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитеті басты рөл атқарады, ол фармацевтика саласын бақылау мен қадағалауды қамтамасыз етеді. Маңызды аспектілердің бірі – импортқа тәуелділікті азайту және дәрілік заттардың қолжетімділігін арттыру үшін дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың жергілікті өндірісін ынталандыру [3], [4]. Соңғы 20 жылда Үкімет осы салаға инвестиция тарту үшін түрлі жеңілдіктерді, соның ішінде салықтық жеңілдіктер мен субсидияларды жүйелі түрде беріп келеді. Маңызды аспектілері инвестиция тарту, халықаралық серіктестермен белсенді ынтымақтастық және фармацевтикалық өндіріс инфрақұрылымын дамытуды жақсарту, оның ішінде фармацевтикалық компаниялар үшін мамандандырылған парктер мен аймақтарды құру [5]. Зияткерлік меншікті қорғау, дәрілік заттардың қолжетімділігін қамтамасыз ету, сапа

стандарттары мен GMP (Good Manufacturing Practice) талаптарына сәйкестігін қамтамасыз ету шаралары, білікті жұмыс күшін дамыту және өңірлік және әлемдік деңгейде дәрілік заттарды экспорттау әлеуетін пайдалану бойынша жұмыстар жүргізілуде.

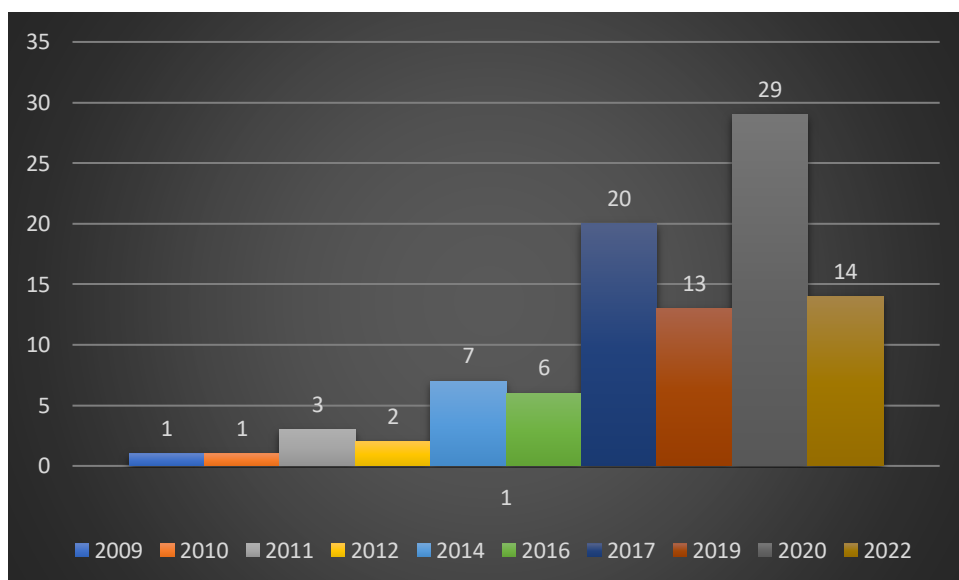
Бірақ айтарлықтай прогреске қарамастан, ғылыми-зерттеу және тәжірибелік-конструкторлық жұмыстардағы қиындықтар, кейбір дәрі-дәрмектердің импортқа тәуелділігі және жақсырақ реттеу мен зияткерлік меншікті қорғау қажеттілігі сақталуда.

Осылайша, Қазақстандағы фармацевтика саласын дамыту халық үшін жоғары сапалы және тиімді дәрі-дәрмектер мен медициналық бұйымдардың қолжетімділігін қамтамасыз ету және елдің экономикалық өсуіне ықпал ету үшін Үкіметтің, бизнестің және халықаралық серіктестердің бірлескен күш-жігерін талап ететін күрделі процесс.

Бұл ретроспективті бақылаулық зерттеу Қазақстан Республикасындағы дәрілік заттарды/медициналық бұйымдарды өндіру және фармацевтиканың басым мәселелері бойынша соңғы жылдардағы талдауды ұсынады.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Соңғы 15 жылдағы Қазақстан Республикасындағы дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды өндірушілердің саны туралы деректер жиналды. 2025 жылға дейінгі дәрілік заттарға ұзақ мерзімді шарттар, дәрілік заттарды/медициналық бұйымдарды келісімшарттық өндіру бойынша инвестициялық жобалар, Қазақстан Республикасының дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету мен фармацевтикалық өнеркәсіпті дамыту бойынша 2023 жылғы қорытындылары талданды.

Нәтижелер. Талдау нәтижелері бойынша отандық тауар өндірушілер көлемінің өсімі ақшалай түрде 15%-ды құраса, отандық тауар өндірушілердің өнімділігі 23,5 есеге өсті және дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды сатып алудың жалпы көлемі 321,5 млрд теңгені құрады. Барлығы 96 ұзақ мерзімді келісім-шарт жасалды, оның ішінде 51-і медициналық бұйымдарды, 44-і дәрілік заттарды жеткізуге, 26 отандық тауар өндіруші медициналық бұйымдар және 12 отандық тауар өндіруші дәрілік заттар өндіру бойынша (Графика 1.). Өндірісте ғылыми-зерттеу және білім беру әлеуеті төмен, субстанциялар мен түпнұсқалық препараттар өндірісі жетіспейді.



Графика 1. 2009 жылдан 2022 жылға дейінгі жасалған ҰМШ-дың саны

Қорытындылар. Зерттеу нәтижелері жаңа технологияларға қолжетімділіктің бәсекеге қабілетсіз деңгейін және ғылыми-зерттеу қызметі үшін базаның, сонымен қатар отандық тауар өндірушілер үшін жүйелік қолдау көрсетудің жаңа тәсілдері жоқтығын көрсетеді.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.

1. “Что ждет евразийское фармацевтическое сообщество в ближайшие годы?” Accessed: Mar. 30, 2024. [Online]. Available: <https://pharmnewskz.com/ru/article/chto-zhdet-evraziyskoe-farmaceuticheskoe-soobschestvo-v-blizhayshie-gody> 22565

2. “Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года” Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 - ИПС ‘Әділет.’” Accessed: Mar. 30, 2024. [Online]. Available: <https://adilet.zan.kz/rus>.

3. O. Fatokun, “Fostering local production of essential medicines in Nigeria,” Bull World Health Organ, vol. 98, no. 7, pp. 507–508, Jul. 2020, doi: 10.2471/BLT.19.249508.

4. E. A. Tawfik et al., “Localizing pharmaceuticals manufacturing and its impact on drug security in Saudi Arabia,” Saudi Pharm J, vol. 30, no. 1, pp. 28–38, Jan. 2022, doi: 10.1016/j.jsps.2021.12.002.

5. L. Fu, F. Wu, and S. Zhang, “Evolutionary Path and Innovative Development of Pharmaceutical Industrial Cluster—A Case Study of Shijiazhuang, China,” Int J Environ Res Public Health, vol. 19, no. 5, p. 2928, Mar. 2022, doi: 10.3390/ijerph19052928.

ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ахметкалиева Ж.Ө.¹, Аимбетова Г.Е.²

¹*Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Казахстан, Алматы*

²*НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»,
Казахстан, г. Алматы*

Актуальность. Вакцинация детей является одним из многих факторов, способствующих значительному глобальному снижению заболеваемости и смертности в результате болезней, предотвращаемых с помощью вакцин. Это важное мероприятие, направленное на снижение детской заболеваемости и смертности, как указано в Целях устойчивого развития [1]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского чрезвычайного фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), ежегодно от болезней, предотвращаемых с помощью вакцин, умирает 1,5 миллиона детей во всем мире [2]. Это вызвано недостаточным охватом населения вакцинацией, и в противном случае этого можно было бы избежать при соответствующем соблюдении графиков иммунизации.

Материалы и методы исследования. Проведен библиографический анализ по вопросам приверженности вакцинопрофилактики в мире. Обзор проведен в базе данных PubMed согласно следующим критериям: ключевые слова: вакцинопрофилактика, приверженность вакцинации, отказы от вакцинации; глубина литературного поиска 10 лет.

Результаты. В результате проведенного литературного поиска и анализа публикаций было выявлено, что вопрос приверженности вакцинации, а также отказов от проведения вакцинации является актуальным, не только в Казахстане, но и во всем мире.

Было проведено перекрестное исследование в 22 случайно выбранных центрах первичной медико-санитарной помощи с целью изучения случаев несоблюдения календаря прививок детьми в возрасте от 6 месяцев до 6 лет в Саудовской Аравии на основе количества пропущенных прививок или задержек более чем на один месяц; а также изучения основных факторов, которые предсказывают масштабы несоблюдения прививок детьми в возрасте от 6 месяцев до 6 лет в Саудовской Аравии. Согласно данным, полученным от 220 участников, 51,8% родителей не придерживались прививок в детском возрасте. Не было выявлено существенной взаимосвязи между социально-

демографическими характеристиками родителей и степенью их неуверенности в вакцинации детей [3].

Для определения понимания о том, как матери в Канаде принимают решение о вакцинации детей, было проведено лонгитюдное исследование "Все наши дети". Мамы ответили на вопросы открытого опроса, в котором разъяснялся статус вакцинации их ребенка к 24 месяцам после родов. Было получено 1560 открытых ответов; 89% (n = 1391) предоставили объяснения по поводу вакцинации своих детей, 5% (n = 79) предоставили объяснения по поводу отказа от вакцинации/отсрочки и 6% (n = 90) предоставили объяснения по обоим вопросам. Были определены два основных вопроса: источники влияния и обсуждение. Источниками влияния на принятие решений были личный, семейный и внешний опыт. Процессы обсуждения включали риск, исследования, эффективность и баланс рисков и выгоды от вакцинации [4].

Несмотря на убедительные доказательства того, что вакцинация безопасна и эффективна, некоторые родители в Австралии предпочитают не делать прививки своим детям. В 2016 году правительство Австралии приняло закон, укрепляющий связь между соблюдением правил вакцинации и некоторыми государственными выплатами. Были опрошены родители, не акцинировавшие своих детей (n=31), о последствиях этой политики. Родители сообщили о большей приверженности своему решению не делать прививку и возросшем желании сохранить контроль над выбором средств для здоровья своих детей, включая беспрецедентную готовность участвовать в акциях протеста. Данное исследование выявило, почему финансовые санкции не были эффективной политической мерой для этой выборки родителей, не делающих прививок, и понимание этого может помочь в разработке будущего законодательства в Австралии [5].

Другое исследование, проведенное в Австралии по анализу влияния федерального закона "Без прививок, без оплаты" и законов штата "Без прививок, без игр" на охват иммунизацией детей и связанное с этим отношение родителей, показал следующие результаты. Результаты показывают небольшое, но постепенное и значительное увеличение полного охвата вакцинацией и увеличение числа повторных прививок после введения в действие законодательства. Отказ от вакцинации и нерешительность были более очевидны среди родителей с более высоким доходом, в то время как практические препятствия, скорее всего, повлияли на семьи с низким доходом [6].

Работники здравоохранения, особенно специалисты общественного здравоохранения (ВОП, т.е. работники сектора гигиены и профилактической медицины), играют важную роль в информировании и пропаганде вакцинации.

Охват вакцинацией против кори и менингококковой инфекции С во Франции недостаточен, что приводит к возникновению тяжелых случаев, которых можно было бы избежать благодаря более широкому охвату иммунизацией. В стране охват вакцинацией младенцев очень высок и соответствует целям общественного здравоохранения, то ситуация с детьми старшего возраста и особенно подростками является неудовлетворительной. Уровень охвата подростков вакцинацией против гепатита В и особенно вируса папилломы намного ниже ожидаемого, что подвергает молодых людей риску заражения этими онкогенными вирусами. Врачи общей практики и педиатры являются основой для увеличения охвата вакцинацией. Подтвержденная приверженность Министерства здравоохранения и его ведомств программе вакцинации должна оказать им необходимую поддержку, в частности, путем предоставления им инструментов, адаптированных к их практике [7].

Начиная с 2013 года, в Италии тревожно возросло число непривитых людей, поэтому в 2017 году был утвержден новый национальный план вакцинации. В этом контексте Итальянская исследовательская группа по больничной гигиене Итальянского общества гигиены, профилактической медицины и общественного здравоохранения провела общенациональный опрос с целью оценки знаний, отношения и практики в отношении рекомендуемых прививок на уровне ПМСП. Опрос был проведен в октябре

2019 года с помощью анонимной анкеты, распространенной среди врачей ВОП. В целом, 57,1% операторов правильно ответили на все семь рекомендованных прививок, 12,8% сообщили, что прошли все семь рекомендованных прививок, в то время как 30% были иммунизированы естественным путем. Сообщалось о более высоком охвате иммунизацией против гепатита В (88,9%) и кори (86,1%), а 81,3% участников сообщили, что им была предложена вакцинация против гриппа в течение сезона 2018/2019 годов. Большая часть нашей выборки показала, что рекомендуемыми вакцинами против гепатита В (95%) и гриппа (93,7%) были вакцины против гепатита С, в то время как о вакцинации против ветряной оспы, коклюша, дифтерии и столбняка, проводимой каждые 10 лет, было известно меньше. Врачи-медики, которые были вакцинированы (или намеревались пройти вакцинацию), с большей вероятностью рекомендовали своим пациентам вакцинацию и подавали обнадеживающий пример тем, кто колебался [8].

Выводы. На основе изученной литературы можно сделать выводы, что вопрос отказов от вакцинации в детском возрасте является актуальной в развитых странах. Отказы родителей не связаны с социально-демографическими характеристиками родителей, так как внедренные финансовые и политические механизмы не смогли в полной мере оказать влияние на решение родителей по вопросам вакцинации.

Ключевую роль в принятии решения о вакцинации играют врачи на уровне ПМСП – Врачи общей практики и педиатры.

Для увеличения охвата прививками рекомендуется разработка программы санитарного просвещения, чтобы повысить осведомленность родителей о том, что их дети подвержены рискам для здоровья. Крайне важно уделять особое внимание существующим барьерам в доступе к иммунизации и ее прохождению. Кроме того, важно повышать самооценку родителей, которые уверены в принятии правильных решений, таких как своевременная вакцинация своих детей.

Понимание причин "за" и "против" вакцинации с точки зрения родителей имеет решающее значение для разработки кампаний вакцинации и информирования о других мероприятиях, направленных на повышение охвата вакцинацией.

Процесс принятия решения о вакцинации сложен, и на него влияют многие факторы, которые схожи, но влияют на принятие различных решений в зависимости от точки зрения родителей.

Результаты этого исследования указывают на необходимость изучения новых подходов к вмешательству для повышения осведомленности, которые учитывают и устраняют чувство давления и приверженность родителей к выбору.

Список использованной литературы.

1. United Nations Development Program. Sustainable Development Goals. Geneva: UNDP; 2015.
2. Kagoné M., Yé M., Nébié E., et al. Vaccination coverage and factors associated with adherence to the vaccination schedule in young children of a rural area in Burkina Faso. *Global Health Action*. 2017;10(1):p. 1399749. doi: 10.1080/16549716.2017.1399749.
3. Fatimah Hobani & Eman Alhalal. Factors related to parents' adherence to childhood immunization // *BMC Public Health* volume 22, Article number: 819 (2022)
4. Deborah A McNeil, et al. Maternal perceptions of childhood vaccination: explanations of reasons for and against vaccination // *BMC Public Health*. 2019 Jan 10;19(1):49. doi: 10.1186/s12889-018-6338-0.
5. Catherine Helps, Julie Leask, Lesley Barclay. "It just forces hardship": impacts of government financial penalties on non-vaccinating parents // *J Public Health Policy*. 2018 May;39(2):156-169. doi: 10.1057/s41271-017-0116-6.
6. Sharyn Burns, et al. The Impact of the No Jab No Play and No Jab No Pay Legislation in Australia: A Scoping Review // *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jun 24;20(13):6219. doi: 10.3390/ijerph20136219.
7. Daniel Lévy-Bruhl, Daniel Floret. Vaccination in childhood in France: Current issues

and challenges // Rev Prat. 2016 Oct;66(8):835-840.

8. Maria Teresa Montagna, et al. Adherence to Vaccination Policy among Public Health Professionals: Results of a National Survey in Italy // Vaccines 2020, 8(3), 379; <https://doi.org/10.3390/vaccines8030379>

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Жұмаиш М.М.¹, Аимбетова Г.Е.².

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан

²НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан

Актуальность. Преждевременные роды остаются постоянной проблемой глобального здравоохранения, поскольку ежегодно более 15 миллионов младенцев рождаются преждевременно [1]. Однако значительное число этих младенцев появляются на свет менее чем через 28 полных недель и могут испытывать проблемы, начинающиеся еще до рождения, в процессе родов и в первые несколько недель после рождения. Достижения, достигнутые за последние десятилетия, позволили клиницистам оказывать помощь таким маленьким и незрелым недоношенным детям, что даже у самых хрупких младенцев на сроке беременности до 25 недель улучшилась выживаемость с надеждой на улучшение показателей развития нервной системы в возрасте 2-3 лет и в последующий период.

Недоношенные дети, в частности те, которые родились до 28 полных недель беременности, они сталкиваются с целым рядом осложнений, связанных с преждевременными родами, которые включают тяжелые хронические заболевания легких, значительное и стойкое закупоривание артериального протока, серьезные внутричерепные патологии, такие как внутрижелудочковое кровоизлияние и ишемия, инфекции и даже проблемы, возникающие в начале реанимации после преждевременных родов. За последнее десятилетие были предприняты новые усилия для изучения оптимальных подходов к ведению крайне недоношенных детей в условиях родов [2].

Материалы и методы исследования. Проведен обзор литературы по теме сестринского ухода за недоношенными пациентами в базе данных PubMed. Критериями включения в анализ были: глубина исследования 10 лет; отделение интенсивной терапии новорожденных, недоношенный ребенок, сестринский уход, медсестры.

Результаты.

Для обеспечения лечебно-охранительного режима при уходе и выхаживании недоношенных детей должны соблюдать следующих правил:

- в палатах отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных не должно быть слишком яркого света, при выполнении манипуляций нужно воспользоваться локально направленным светом;
- очень важно соблюдать режим тишины; в палате отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, недопустимо громко разговаривать, включать музыку; медперсонал должен вовремя реагировать на звуковые сигналы мониторов; оборудование, создающие громкий шум, такие как компрессоры, должны быть установлены за границами отделения;
- необходимо по возможности минимизировать болезненных процедур, а при выполнении инвазивных процедур использовать анестезию (20% раствором сахарозы или глюкозы капать в рот – за 2 мин до 14 манипуляции и дробно давать во время

манипуляции по 2 мл или до манипуляции на язык 5-10 мл, затем во время манипуляции дать соску-пустышку);

- для прикрепления датчиков, игл-бабочек, катетеров, эндотрахеальных трубок желательнее использовать не травматичный лейкопластырь, специальные пленочные фиксаторы; при использовании обычного пластыря перед снятием смочить его водой или маслом;

- для ежедневного ухода за кожей желательнее использовать детское растительное или эфирное масла или вазелиновое, которое оказывает дезинфицирующее, смягчающее и увлажняющее действие);

- у глубоконедоношенных детей уход за кожей необходимо проводить без использования спиртовых растворов, водного раствора перманганата калия т.к. при обработке ран, пуповинного остатка могут появиться ожоги, развиться болевой синдром);

- периодически поворачивать ребенка, избегать длительного вынужденного положения на одном положении, использовать сгибательное положение, которое наиболее физиологично. Ощущение комфорта и безопасности для недоношенного ребенка можно обеспечить выхаживанием в «гнезде» [3].

С целью проведения анализа сестринского ухода, оказываемого недоношенным детям в отделении интенсивной терапии новорожденных в Бразилии было проведено описательное исследование. Отбор статей проводился с августа по октябрь 2018 года. В результате поиска было найдено 75 статей. Из них только 12 статей соответствовали установленным критериям и описаниям. По результатам проведенного анализа было выявлено, что основными видами медицинской помощи, оказываемой недоношенным детям в отделении интенсивной терапии, являются: наблюдение за недоношенным ребенком в первые 24 часа жизни; увлажнение; питание; кожные покровы; инфекции; пупочная культя, среди прочего [4].

Помимо оказания медицинской помощи, медицинские сестры отделения детской реанимации занимаются купанием недоношенных детей. В этой статье раскрывается важность правильного купания недоношенных детей, поскольку это может привести к снижению госпитализации, повторному поступлению в больницу, а также заболеваемости и смертности. В анализ были включены как описательные, так и аналитические исследования, в которых оценивалось влияние купания на физиологическое состояние недоношенных детей, поступивших в отделение интенсивной терапии. Десять статей (о 438 пациентах) соответствовали критериям включения, где было проведено сравнение в зависимости от типа ванны: обтирание губкой, ванна и пеленальная ванна, показавшее, что пеленальная ванна в меньшей степени связана с перепадами температуры и уровнем стресса. Также было показано, что частоту купания можно сокращать каждые 96 ч без увеличения риска заражения [5].

С целью обобщения и интегрирования современных международных знаний о стратегиях сестринского ухода для оказания эмоциональной и практической поддержки матерям недоношенных детей в отделении интенсивной терапии новорожденных был проведен систематический обзор и мета-анализ. Был проведен поиск по четырём англоязычным базам данных, включая EMBASE, PubMed (включая MEDLINE), Scopus и Web of Science.

В результате в обзор были включены двадцать исследований, написанные на английском языке и посвященные стратегиям ухода за недоношенными детьми в отделении интенсивной терапии, опубликованных в период с 2010 по 2021 год. Были определены три категории, соответствующие целям обзора: "стратегии ухода, связанные с эмоциями матерей и привязанностью ребенка к матери", "стратегии ухода, связанные с расширением прав и возможностей матерей" и "стратегии ухода, связанные с участием матерей в процессе ухода и поддержки". В мета-анализ были включены восемь интервенционных исследований, в которых сообщалось о стрессе матерей в качестве результата исследования. Мероприятия включали образовательную программу, духовную

заботу, теленности, программу поддержки родителей, индивидуальный уход и ориентированный на семью уход. В группе вмешательства был выявлен значительно более низкий уровень материнского стресса по сравнению с контрольной группой [6].

Выводы. Недоношенным детям с очень низкой массой тела при рождении может быть полезен индивидуальный подход к развитию в отделении интенсивной терапии новорожденных с точки зрения медицинских результатов и неврологического развития.

Недоношенность до настоящего времени остаётся одной из ведущих причин высокой заболеваемости и смертности среди новорожденных детей.

Адекватный лечебно-охранительный режим является ключевым аспектом при выхаживании недоношенных пациентов. В его организации большое значение имеет деятельность всего персонала отделения по выхаживанию недоношенных новорожденных, а особенно медицинских сестер. Постоянное наблюдение медицинскими сестрами отделения за изменениями в состоянии недоношенных детей, сохранение полноценного грудного вскармливания, обучение и привлечение мам к организации квалифицированного ухода способствуют: снижению сроков выхаживания недоношенного и снижению показателя летальности.

Список использованной литературы.

1. World Health Organization. Preterm Birth. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (accessed on 29 January 2022).

2. Elizabeth Asztalos. Optimizing Care for the Preterm Infant // Children.- 9(6):778 DOI:10.3390/children9060778

3. Демьянова Т.Г., Григорьянц Л.Я., Авдеева Т.Г., Румянцев А.Г. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни.- М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006, 148 с.

4. Renata Santos Silva. Practices of Nurses for the Care of Premature in Neonatal Intensive Care Unit: A Literature Review // Archives of Current Research International.-2020.-20(5): 24-30. DOI:10.9734/acri/2020/v20i530194

5. Daniel Fernández, Rebeca Antolín-Rodríguez. Bathing a Premature Infant in the Intensive Care Unit: A Systematic Review // J Pediatr Nurs. 2018 Sep-Oct;42:e52-e57. doi: 10.1016/j.pedn.2018.05.002. Epub 2018 May 18.

6. Maryam Maleki, et al. Nurses' strategies to provide emotional and practical support to the mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A systematic review and meta-analysis // Womens Health (Lond). 2022 Jan-Dec;18:17455057221104674. doi: 10.1177/17455057221104674.

ПРОГРАММНЫЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПОСТОБРАБОТКИ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ПОЛУЧЕНИИ ДИСТАНЦИОННОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Керимкулов Б.Б.¹, Аимбетова Г.Е.²

¹*Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан*

²*НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.
Асфендиярова», Алматы, Казахстан*

Актуальность. Цифровизация медицинской визуализации в сочетании с быстрым развитием персональных компьютеров и небольших мобильных устройств открыла новые возможности для обеспечения доступности, коммуникации и диагностической оценки медицинской визуализации [1]. Последние достижения в области телерадиологии способствовали появлению нескольких программных технологий для доступа к рентгенологическим исследованиям с мобильных устройств [2]. В экстренных ситуациях,

таких как травма головы или инсульт, быстрый доступ к медицинской визуализации для диагностической оценки имеет решающее значение для принятия клинических решений и оптимизации результатов лечения пациентов [3].

Для некоторых пациентов необходимы внешние консультации, требующие передачи изображений за пределы защищенных больничных сетей. Передача изображений на основе телерадиологии обеспечивает диагностические услуги пациентам в любой точке мира, а технологии, использующие небольшие мобильные устройства, могут оказаться полезными не только в сельских районах развивающихся стран, но и в тех частях мира, где отсутствует инфраструктура.

Благодаря цифровизации, развитию Интернета и усовершенствованным сетевым решениям были разработаны методы передачи рентгенологических изображений между больницами [4]. Безопасная передача изображений облегчает направление к специалистам из-за рубежа [5]. Однако этот процесс включает в себя несколько трудоемких этапов, выполняемых вручную, что потенциально может негативно сказаться на быстрой диагностике и результатах лечения пациентов [3]. Передача изображений за пределы защищенной медицинской сети является еще более сложной задачей, поскольку для этого требуется авторизованный компьютер, дополнительные учетные записи пользователей с удаленным доступом и подключение к виртуальной частной сети (VPN).

Поэтому 7 июня 2011 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала заявление о необходимости технических решений, основанных на небольших и недорогих портативных устройствах, таких как планшеты и мобильные телефоны [6].

Материалы и методы исследования. Проведен обзор литературы в базе данных PubMed, по следующим ключевым словам: удаленная консультация, телерадиология, принятие клинических решений, телемедицина.

Результаты. В современных больницах наборы данных изображений хранятся в цифровой архивной системе, которая называется picture archiving and communication system (PACS). Международный стандарт цифровой визуализации рентгенографических изображений был разработан в конце 1980-х годов с целью гармонизации передачи, хранения и архивирования информации о медицинских изображениях, а именно "цифровая визуализация и коммуникации в медицине" (DICOM). Первоначально это был специальный стандарт для радиологии, но с тех пор он расширился и включил в себя многие другие области медицины [7].

Авторы из Швеции внедрили программное обеспечение Image over Globe (IOG, Infomedica, Сплит, Хорватия), это продукт, разработанный для поддержки глобального доступа к медицинским изображениям и клинического сотрудничества. Это кроссплатформенная технология, использующая веб-доступ для доступа к любому настольному компьютеру, планшету или мобильному устройству через стандартный веб-браузер. IOG построен на базе микросервисной архитектуры с облачным сегментом и локальным сегментом. IOG обеспечивает защищенный веб-доступ к полному диагностическому изображению высокого качества. Благодаря использованию IOG Integration services, IOG интегрируется со шведской защищенной коммуникационной платформой BankID и предоставляет возможности распространения наборов данных изображений в другие ИТ-системы, такие как Neuro:Q (NucleonIQ, Эйнховен, Нидерланды), для использования в приложениях для оказания неотложной помощи, например, при инсульте или ЧМТ.

Для работы платформы IOG требуется веб-браузер и подключение к Интернету. Доступ к наборам данных пациентов, хранящимся в PACS, осуществляется по стандартному протоколу DICOM, который является форматом медицинских изображений используется, через специальный разъем, который обменивается данными "по требованию" и использует защищенный веб-доступ. Выбор мобильной технологии (мобильный телефон, планшет или ноутбук) является произвольным, поскольку

технология использует веб-браузер и не требует установки какого-либо программного обеспечения. Изображения передаются с помощью обратимого сжатия без потерь для обеспечения полного качества диагностического изображения [8].

Для просмотра медицинских изображений в Казахстане используются следующие программные обеспечения: OsiriX и RadiAnt.

OsiriX (Geneva, Switzerland) для стационарных компьютеров. Основной функцией программы является просмотр медицинских изображений. Программа изначально имеет открытый исходный код (open-source) что позволяет изменять структуру программы и подстраивать под индивидуальные нужды. OsiriX предназначен для операционной системы Mac OS X и предоставляется в двух вариантах: платная, которая поддерживает 64 битную архитектуру, что позволяет ускорить загрузку и просмотр медицинских изображений и бесплатная, с поддержкой 32 битной архитектуры, что не сильно отражается при просмотре медицинских изображений с малым объемом информации.

OsiriX (Geneva, Switzerland) мобильная версия. Программа устанавливается через мобильное приложение AppStore. Она является платной и предназначена для устройств поддерживаемые программное обеспечение iOS, как телефонов, так и для планшетных устройств (iPhone, iPad). Интерфейс мобильной версии прост, имеет минимум инструментов и более мобильна чем стационарная версия программы. Мобильность связано с меньшим размером устройства по сравнению с компьютером, используется повседневно в работе, имеется возможность постоянного подключения к мобильному интернету.

Мобильная версия так же как и стационарная версия поддерживает все медицинские изображения с форматом DICOM. В ней можно менять проекцию изображения (аксиальная, коронарная, сагиттальная). Из недостатков можно отметить отсутствие инструмента 3D реконструкции. Для этого необходимо предварительно сделать реконструкцию на компьютере, затем отправлять по адресату.

RadiAnt. Инструмент для просмотра медицинских изображений стандарта DICOM для операционных систем Windows. Предоставляется бесплатно. Мобильная версия отсутствует.

Выводы. Современная телерадиологическая технология обеспечивает простой и быстрый доступ к изображениям пациентов с помощью мобильных устройств как в больнице, так и за ее пределами. Общение между врачами значительно упрощается. Проблема конфиденциальности пациентов должным образом решена благодаря внедрению уровней защиты. Технологии телерадиологии позволяют безопасно, оперативно и защищенно передавать данные DICOM для быстрого принятия клинических решений и проведения дистанционных консультаций.

Список использованной литературы.

1. Godinho T.M., Viana-Ferreira C., Bastião Silva L.A., Costa C. A Routing Mechanism for Cloud Outsourcing of Medical Imaging Repositories. *IEEE J. Biomed. Health Inform.* 2016;20:367–375. doi: 10.1109/JBHI.2014.2361633.
2. European Society of Radiology ESR paper on the proper use of mobile devices in radiology. *Insights Imaging.* 2018;9:247–251. doi: 10.1007/s13244-017-0589-7.
3. Mitchell J.R., Sharma P., Modi J., Simpson M., Thomas M., Hill M.D., Goyal M. A smartphone client-server teleradiology system for primary diagnosis of acute stroke. *J. Med. Internet Res.* 2011;13:e31. doi: 10.2196/jmir.1732.
4. Arenson R.L., Andriole K.P., Avrin D.E., Gould R.G. Computers in imaging and health care: Now and in the future. *J. Digit. Imaging.* 2000;13:145–156. doi: 10.1007/BF03168389
5. Mirvis S.E., Kubal W.S., Shanmuganathan K., Soto J.A., Yu J. *Problem Solving in Emergency Radiology.* Elsevier/Saunders; Philadelphia, PA, USA: 2015. p. 569
6. World Health Organization. *mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies.* World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2011. p. viii+102 p

7. Agrawal J.P., Erickson B.J., Kahn C.E., Jr. Imaging Informatics: 25 Years of Progress. Yearb. Med. Inform. 2016;25(Suppl. 1):S23–S31. doi: 10.15265/IYS-2016-s004.
8. Paulina Cewe, Gustav Burström, et al. Evaluation of a Novel Teleradiology Technology for Image-Based Distant Consultations: Applications in Neurosurgery // Diagnostics (Basel). 2021 Aug; 11(8): 1413.

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Кыдырбекова С. Т.¹, Романова Ж.В.²

¹*«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан*

²*Казахский национальный университет имени Аль Фараби, Алматы, Казахстан*

Актуальность темы: Дифференцированная система оплаты труда значительно расширяет возможности руководителей медицинских организаций и входящих в них подразделений влиять на величину заработной платы работников, изменять ее в ту или иную сторону в зависимости от количества и качества выполненной работы. В то же время следует иметь в виду, что в этой системе возрастает возможность влияния субъективного фактора, проявляющегося в предрасположенности руководителей к отдельным подчиненным работникам в форме предпочтения в оплате труда, не обусловленных успешной деятельностью. Несмотря на усложнение процедур определения величины заработной платы, дифференцированная оплата труда более прогрессивна в сравнении с чисто тарифной благодаря своей гибкости, стимулирующему характеру, более тесной связи с количеством и качеством оказываемых медицинских услуг [1,2].

Тяжелые условия труда врача, наряду с низкой заработной платой и отсутствием мотивации привели к утечке высококвалифицированных кадров. Те кто остался не способны оказывать в полной мере квалифицированную помощь в следствии отсутствия опыта, низкой квалификации, отсутствия мотивации. Таким образом, для того чтобы решить проблемы утечки кадров и низкого качества лечения необходимо повышать заработную плату медицинским работникам и вводить систему мотивации [3-5].

Все выше сказанное предопределило актуальность темы исследования.

Цель исследования: Изучить состояние оплаты труда медицинского персонала и разработать рекомендации по повышению эффективности работы за счет применения методов материального стимулирования работников медицинской организаций.

Материалом исследования стали директивные и нормативные документы в области здравоохранения, отчетные данные КГП на ПХВ «Городская поликлиника №18», анкеты опроса медицинских работников.

Настоящая работа основана на данных ретроспективного анализа отчетных данных за период 2022 – 2023 гг. Объектом исследования в данной работе является КГП на ПХВ «Городская поликлиника №18».

Для изучения удовлетворенности медицинскими работниками своей работой добровольное анонимное анкетирование с помощью анкеты–опросника, специально разработанной с учетом поставленных задач.

Нами был проведен социологический опрос медицинского персонала КГП на ПХВ «Городская поликлиника №18. Данный опрос проводился посредством заполнения анкеты, содержащей вопросы оценки удовлетворенности оплатой и условиями труда.

В анкетировании приняло участие 117 медицинских работников. В анкетировании среди врачебного персонала приняло участие 6,5% мужчины и 93,5% женщин, среди среднего медицинского персонала – 99,6 % женщин и 0,4% мужчин.

В разрезе всех респондентов количество мужчин составляет 2,1% по отношению к 97,9% женщин. Данное обстоятельство, прежде всего, обосновывается в целом небольшим количеством мужчин среди медицинских работников.

Оценка опрошенными оснащенности медицинской организации представлена на слайде. Как показал опрос, значительное большинство респондентов положительно оценили уровень оснащенности МО как «хорошее», каждый третий оценил – как «удовлетворительное». Можно сделать вывод, что в целом большинство довольны условиями работы в плане оборудования, наличия изделий медицинского назначения.

Исследование оценки респондентов о качестве оказываемых медицинских услуг в их МО. Полученные ответы свидетельствуют о достаточно высокой оценке опрошенными уровня оказываемых в МО медицинских услуг, что свидетельствует, что работники считают, что достаточно добросовестно и серьезно относятся к выполнению своих служебных и профессиональных обязанностей.

Исследование мнения о информированности персонала о методах материального поощрения своего труда представлена на слайде

Как видно из полученных данных, большинство медицинских работников, практически две трети, отмечают свою полную информированность в применяемых в МО методах материального стимулирования их деятельности для повышения качества оказываемых услуг. Незначительная часть опрошенных отмечает недовольство имеющейся у них объёмом информации о системе дополнительных оплат труда медицинского персонала (6,2%), возможно. Каждый шестой респондент (17,4%) – частично доволен своими знаниями о применяемой системе доплат, что косвенно свидетельствует о необходимости более расширенного информирования медицинского персонала о системе оплаты труда, ее эффективности в повышении качества труда.

Изучение удовлетворенности в получаемой заработной плате среди всех респондентов показало, что практически половина (более 50%) полностью довольны размером платы труда, около 40% всех опрошенных - указали что частично довольны получаемой оплатой, и около 5% не довольны уровнем оплаты своего труда. Недовольство половины опрошенных получаемой оплатой труда, возможно связано с ожиданиями более высокого размера оплаты своего труда.

Исследование удовлетворенности опрошенных работой руководства МО в зависимости от наличия стимулирующих оплат показало, что довольны руководством своей МО значительное большинство респондентов, при этом каждый десятый затруднился ответить на данный вопрос и только около 4% не довольны действующим руководством.

Интересен тот факт, что среди удовлетворенных руководством своей МО более две трети (78,8%) отметили наличие материального стимулирования повышения качества оказываемых услуг. При этом каждый шестой не заинтересован материально в повышении качества оказываемых медицинских услуг.

Анализ опроса выявил, что среди затруднившихся оценить удовлетворенность работой руководства МО (10,4%), половина отмечает материальную заинтересованность улучшения качества услуг, треть также затрудняется, и только каждый восьмой не видит материальной заинтересованности в повышении уровня качества оказываемых услуг.

Недовольных работой МО всего 4%, при этом распределение ответов по наличию материальной заинтересованности в повышении качества своей работы отмечено в равных долях: треть отметили материальную заинтересованность, треть не заинтересованы и еще одна треть затруднилась ответить на данный вопрос.

Выводы:

1. Проведенный анализ исследования среди медицинских работников свидетельствует о достаточной значительном мотивирующем влиянии применении материального стимулирования на уровень качества оказываемых услуг, что позволяет позволяющей посредством мотивирующего механизма для медицинских сотрудников совершенствовать процесс качественного и безопасного оказания медицинской помощи.

2. Можно отметить, что получение дополнительных денежных средств к заработной плате, за счет материального стимулирования положительно влияет на процент удовлетворенных деятельностью руководства МО. Таким образом, наличие стимулирующих оплат приветствуется большинством медицинских работников, и подтверждает актуальность применения методов материальной заинтересованности в повышении качества труда. Следовательно, для улучшения качества оказываемых услуг МО необходимо разработать механизм распределения материальных средств среди работников медицинской организации. В тоже время введение новых финансовых инструментов в систему здравоохранения зачастую сопряжено с организационно – функциональными изменениями в организации, которые могут быть выражены в принятии новых методов управления, изменении организационной структуры, введение системы мониторинга за результативностью, увеличение нагрузок на медицинских работников и т.д.

3. Применение методов материального стимулирования при оплате труда медицинских работников в целом влияет как на удовлетворенность своей профессией и выполняемой работой самих медицинских работников, так и оказывает положительное влияние на сохранение и улучшение здоровья населения, путем повышения качества оказываемой пациентам медицинской помощи.

Список использованной литературы

1. Алексеева, Г. И. Бухгалтерский финансовый учет. Расчеты по оплате труда. Учебное пособие / Г.И. Алексеева. - М.: Юрайт, 2015. - 216 с.

2. Ахалкаци, О.В. Аудит учета расчетов по оплате труда / О.В. Ахалкаци. - М.: Юнити-Дана, 2017. - 108 с.

3. Ветлужских, Елена Мотивация и оплата труда. Инструменты. Методики. Практика / Елена Ветлужских. - М.: Альпина Диджитал, 2016. - 559 с.

4. Горелов, Н. А. Оплата труда персонала. Методология и расчеты. Учебник и практикум / Н.А. Горелов. - М.: Юрайт, 2016. - 414 с.

5. Габуева, Л. А. Оплата труда персонала медицинских организаций. Эффективный контракт. Учебно-методическое пособие / Л.А. Габуева, Э.В. Зимица. - М.: Проспект, 2015. - 296 с.

БРОНХ ДЕМІКПЕСІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Байсеркеева Г.Т.¹, Жакупова М.Н.², Суkenова Д.А.², Әбілқасым Д.А.², Жақын Н.А.²

¹«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан

*² С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
Алматы, Қазақстан*

Бронх демікпесі - бұл барлық елдерде кездесетін елеулі проблемалардың бірі болып табылады. Демікпемен сырқаттанған науқастардың саны әр түрлі елдерде 5-тен 15% - ға дейінгі аралықта өзгеріп тұрады. Бронхиальді демікпе - медициналық ғана емес, сонымен бірге әлеуметтік-экономикалық және медициналық мәселе болып табылады.

Бронх демікпесі - прогрессияға бейім созылмалы аурулар қатарына жатып, науқастың қалыпты өмірінің барлық компоненттерін (физикалық, ақыл-ой, әлеуметтік) шектеу арқылы, өмір сүру сапасының үнемі төмендеуіне әкеледі. Демікпе науқас өмірінің физикалық, эмоционалды және әлеуметтік аспектілерін елеулі шектеулерге әкелетіндіктен, бронх демікпесі бар науқастың өмір сүру сапасын зерттеу көптеген отандық және шетелдік зерттеушілермен жүргізілген. Қазіргі кезеңде өмір сүру сапасын бағалау әдістері көптеген шетелдерде белсенді зерттелініп, тексеріліп, сыналады.

Кез - келген созылмалы патология науқас денсаулығына тікелей әсер ететіндіктен, бронх демікпесі сияқты күрделі соматикалық ауру науқастың өмір сүру сапасына айтарлықтай әсер етіп қана қоймай, ауру ағымын қиындатады. Ал демікпе емделмейтін сырқаттар қатарына жататындықтан, науқастардың өмір сүру сапасы маңызды өзгерістерге ұшырайды, сондықтан созылмалы сырқаттары бар науқастардың өмір сүру сапасын жақсарту әдістемелерін ұсыну магистрлік жұмыстың өзектілігін көрсетеді.

Соңғы онжылдықта медицинада жаңа ғылыми бағыт ие болды - созылмалы аурулары бар науқастардың өмір сапасын зерттеу. Бронх демікпесі – созылмалы аурулар қатарына жатады және халықтың ауру-сырқауының және мүгедектігінің тұрақты өсуіне, өмір сүру ұзақтығының қысқаруына, заманауи диагностикалық және емдеу әдістерімен қаржылық және техникалық қолдаудың күрделілігіне байланысты Қазақстандағы ғана емес, бүкіл әлемде заманауи денсаулық сақтаудың маңызды медициналық-әлеуметтік мәселесі болып табылады.

Демікпесі бар науқастардың өмір сүру сапасын зерттеу үлкен маңызға ие. Себебі, бронх демікпесі бірнеше асқынулармен бірге жүреді, бұл пациенттердің өмір сапасына айтарлықтай зиян тигізеді және мезгілсіз өлімге әкеледі. Соңғы он жылдықта денсаулықты қоса алғанда, өмір сапасын бағалауға негізделген әртүрлі ауруларға медициналық көмек көрсетудің тиімділігін бағалаудың дәстүрлі емес тәсілі барған сайын кеңінен қолданылады. Өмір сапасын бағалау әдістері экономикалық дамыған көптеген елдерде белсенді зерттеліп, тексеріліп, сыналады. Кез-келген созылмалы жағдай науқас денсаулығына тікелей әсер ететіндіктен, бронх демікпесі сияқты күрделі соматикалық ауру адамның жеке қасиеттеріне әсер етеді және пациенттің өмір сапасына айтарлықтай зиян тигізеді.

Науқастардың медициналық-әлеуметтік сипаттамаларын зерттеу негізінде олардың арасында қосымша аурулардың таралуы, науқастардың өмір салты туралы, медициналық қызметтің төмендігі туралы зерттеудің нәтижелері алынды, бұл науқастарға медициналық тексеруді жетілдіруге және денсаулықты жақсартуға бағытталған медициналық және ұйымдастырушылық шараларды ұсынуға мүмкіндік берді.

Бронх демікпесімен ауыратын науқастардың емхана деңгейінде көрсетілетін көмек туралы пікірлерін талдау мақсатында сауалнама жүргізілді. Сауалнамаға 157 бронх демікпесі бар науқас қатысты. Суретте келтірілген мәліметтер бойынша, демікпемен сырқаттанған науқастардың жыныстары бойынша айырмашылықтары демікпенің аллергиялық түрінде болған: әйел адамдар демікпенің осы түрімен ер адамдарға қарағанда көбірек сырқаттанған – 62,5 %. Ал демікпенің басқа түрлерінде әйел адамдар мен ер кісілер арасындағы сырқаттанушылық көрсеткіші бірдей болған.

Қалалық емхана тұрғындары арасында 2023 жылы демікпенің аллергиялық түрімен 13,4% жасөспірім, 5,4% бала сырқаттанған, ал қалған 81,2% науқас ересектер қатарынан болған. Бронх демікпесімен ауыратын науқастардың 46,0 % аллерголог пен жалпы тәжірибелі дәрігердің қарауында болған, яғни екі маманда да «Д» есепте тұрған, ал сұрастырылғандардың 17,0 % - ы тек аллерголог маманында қаралса, 37,0 % учаскелік дәрігерде есепте тұрған.

Әлеуметтік сауалнамаға қатысқандардың 48,0 % - ы өздерінің учаскелік жалпы тәжірибелі дәрігерінің оларға тек 15 минут уақыттарын бөлгендігін, 36,0 % - ы 10 минут, ал 16,0 % - ы 5 минут уақыттарын кетіргенін айтты. Сауалнамаға қатысқан науқастардың 54,0 % ғана "Демікпе мектебіне" қатысады, ал респонденттердің 46,0 % - ы бұндай

мектептің бар екенін білмеген. Науқастарға емдеу іс – шаралары күнделікті өмір сүруіне әсер етеді ме деген сұраққа: сұрастырылғандардың 59,0 % - ы жоқ деп жауап берді, 23,0 % өмірлерін ауруына байланысты өзгерткендерін айтты, ал 18,0 % өмірлеріне кері әсер ететінін айтты. Сауалнамаға қатысқандардың 68, 0 % - ына емханада көрсетілетін медициналық көмек түрлеріне көңілдері толған, респонденттердің 29,0 % - ына көрсетілген көмек ұнамаған, ал 3,0 % жауап беруден бас тартты.

Респонденттердің емхана қызметіне көңілдері толмау себептері: бейінді мамандар қабылдауына кезектің көптігі – 45,0 %, ЖТД қызметіне көңілдері толмауы – 21,0 %, тегін зерттеу түрлерінің аздығы - 34% Респонденттердің емхана қызметіне көңілдері толмау себептері: бейінді мамандар қабылдауына кезектің көптігі – 45,0 %, ЖТД қызметіне көңілдері толмауы – 21,0 %, тегін зерттеу түрлерінің аздығы - 34%.

Науқастың өмір сүру сапасын зерттеу оларға медико - психологиялық және әлеуметтік көмекті дұрыс ұйымдастыру үшін маңызды. Науқастардың өмір сүру сапасын бағалау SF – 36 стандартты әдістемесі арқылы жүргізілді. Демікпесі бар 157 науқас сауалнамаға қатысты (97 әйел және 60 ер адам). Сіздің денсаулығыңыздың жағдайы төменде көрсетілген физикалық жүктемелерді орындауда шектеу болама деген сұраққа: әйелдердің 61% -ы олардың денсаулығының қалыпты күндері кездесетін физикалық жүктеме кезінде белсенділігінің шектелетінін айтты. Сауалнамаға қатысқан ер адамдардың жартысынан азы (49%) физикалық жүктеме кезінде белсенділігінің біршама шектелгенін атап өтті. Респонденттердің арасында «Сіздің физикалық жағдайыңыз жұмысыңызда немесе басқа қалыпты күнделікті жұмыста қиындықтар тудырды ма?» деген сауалнамаға жауап бергендердің ішінде ерлердің жартысына жуығы (44%) және әйелдердің (34%) жуығы уақыт көлемінің қысқарғанын айтты, ерлердің 2,0% -ы және тиісінше (7%) әйелдер, белгілі бір әрекеттерді орындауда қиындықтар бар деп жауап берді.

Респонденттердің көпшілігі (64,8 ерлер және 59,4% әйелдер) соңғы 4 аптада олардың физикалық және эмоционалдық жағдайлары олардың отбасымен, достарымен, көршілерімен уақытты өткізбеуіне жол бермейтінін атап өтті.

Бронх демікпесі бар науқастардың өмір сүру сапасы, яғни физикалық және менталды денсаулықты құрайтын компоненттерді зерттеу бүгінгі таңда үлкен маңызға ие болды. Зерттеу нәтижелері физикалық денсаулықты бағалауға талдау жасалған ерлердің дене шынықтыру жағдайы 71,6%, ал әйелдерде - 69,3% көрсетті: ерлер тиісінше 64,2% және 61,4%. Осылайша, демікпемен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасы төмендегенін және аурудың ұзақтығына және асқынулардың болуына байланысты екендігін көрсетті. Сауалнама кезінде көптеген ауқымды ауытқулар байқалды. Зерттеудің нәтижелері өмір сүру сапасын талдауда демікпемен ауыратын науқастарға медициналық, психологиялық және әлеуметтік көмек көрсетуге септігін тигізді.

Қорытынды:

Республика бойынша зерттеліп отырған кезеңде бронхиальді демікпемен алғашқы аурушандық 65 218 оқиғаны құраған. Оның ішінде 20967 (32,1%) 15 жасқа дейінгі балалар арасында, 3 892 (6,0%) – жасөспірімдер арасында (15-17 жас) және 40 359 (61,9%) – ересектер арасында (18 жас және жоғары). Бронхиальді демікпемен аурушандықтың төмен экстенсивті көрсеткіштері Атырау (2,2%) және Батыс Қазақстан облысы бойынша анықталды, ал жоғары көрсеткіштер Алматы (9,2%), Алматы облысы бойынша (9,6%) және Түркістан облысы (18,3%) бойынша тіркелді.

Науқастарға емдеу іс – шаралары күнделікті өмір сүруіне әсер етеді ме деген сұраққа: сұрастырылғандардың 59,0 % - ы жоқ деп жауап берді, 23,0 % өмірлерін ауруына байланысты өзгерткендерін айтты, ал 18,0 % өмірлеріне кері әсер ететінін көрсетті.

Респонденттер арасында «Сіздің сырқатыңызға байланысты физикалық жағдайыңыз қалыпты күнделікті өміріңізде қиындықтар тудырады ма?» деген сауалнамаға жауап бергендердің ішінде ерлердің жартысына жуығы (44%) және әйелдердің (34%) жуығы жұмысты орындау барысында жалпы уақыт көлемінің қысқарғанын айтты ,

ерлердің 2,0% -ы және тиісінше (7%) әйелдер, белгілі бір әрекеттерді орындауда қиындықтар бар деп жауап берді.

Респонденттердің көпшілігі (64,8 ерлер және 59,4% әйелдер) сырқат нәтижесінде қалыптасқан физикалық және эмоционалдық жағдайлар олардың отбасымен, достарымен, көршілерімен толық деңгейде уақыттарын өткізуді шектейтінін айтты.

Зерттеу жұмысының мақсаты мен міндеттеріне сәйкес келесідей тәжірибелік ұсыныстар әзірленді:

Бронх демікпесімен ауыратын науқастардың жалпы санының өсуі мен болжанатын болжамды көрсеткіштерінің жоғары үрдістері демікпенің алдын-алу және ерте анықтау бойынша шараларды әзірлеуді қажет етеді;

Алғашқы медициналық санитарлық көмек деңгейінде бейінді мамандардың, яғни аллергологтар санының аздығын ескере отырып, емхана мамандары ішінен аллергология бойынша қайта даярлау оқу үрдістерін жүргізу керек;

Демікпемен аурушандық көрсеткіштерінің өсуіне байланысты емхана деңгейіндегі жалпы тәжірибелі дәрігерлерге түсетін ауыртпашылықты ескере отырып, мамандар арасында демікпені диагностикалау, емдеу және алдын – алу шаралары бойынша біліктіліктерін жоғарылату бойынша іс- шараларды жүргізу қажет;

Демікпемен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасын жоғарылату мақсатында жалпы тәжірибелі дәрігер, аллерголог, психолог, әлеуметтік жұмыскер арасындағы жұмысты нығайтып, науқастарға алғашқы медициналық – санитарлық көмек деңгейінде сапалы және толық медициналық көмек көрсетуін қалыптастыру.

Әдебиеттер тізімі:

1. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2019. [Mar; 2022]; <http://10.1183/13993003.00598-2019> 2019
2. Health-related quality of life and asthma among United States adolescents. Cui W, Zack MM, Zahran HS. *J Pediatr.* 2015;166:358–364.
3. Quality of life in asthmatic patients. Motaghi-Nejad M, Shakerinejad G, Cheraghi M, Tavakkol H, Saki A. *Int J Bioassays.* 2015;4:3757–3762.
4. National Asthma Education and Prevention Program - third expert panel on the diagnosis and management of asthma: expert panel report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. [Aug;2020]; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7232/> (2007).
5. Prevalence of asthma, COPD, and chronic bronchitis in Iran: a systematic review and meta-analysis. Varmaghani M, Farzadfar F, Sharifi F, et al. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27090362/> *Iran J Allergy Asthma Immunol.* 2016;15:93–104.
6. Comparison of the standard gamble, rating scale, AQLQ and SF-36 for measuring quality of life in asthma. Juniper EF, Norman GR, Cox FM, Roberts JN. *Eur Respir J.* 2001;18:38–44.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВНЕ ПМСП

Аманбек А., Альмуханова А.Б.

ТОО «Казахский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан

Введение. Служба поддержки пациентов на уровне поликлиники играет критически важную роль в улучшении доступа к медицинским услугам, помогая пациентам ориентироваться в сложной системе здравоохранения. Она предоставляет пациентам необходимую информацию о доступных врачах, процедурах и правах, что повышает их информированность и помогает принимать обоснованные решения о лечении.

Эффективная работа службы поддержки способствует повышению удовлетворённости пациентов, поскольку их проблемы и запросы рассматриваются быстро и профессионально. Также она снимает дополнительную нагрузку с врачей, позволяя им сосредоточиться на диагностике и лечении, вместо организационных вопросов.

Цель исследования: Оценить работу службы поддержки пациентов с целью оптимизации данной деятельности на уровне ПМСП

Задачи исследования: Проанализировать отчетные данные службы поддержки пациентов ГП № 10 г. Алматы за 2019-2023 гг.;

Материалы и методы:

- Годовые отчеты ГП № 10 г. Алматы за 2019-2023 гг.
- Годовые отчеты СПП и ВА за 2019-2023 гг.

Методы исследования:

- аналитический
- статистический

Результаты.

Обсуждение. Результаты исследования подчеркивают, что улучшение коммуникаций и процессов внутри службы поддержки пациентов способствует повышению общей эффективности медицинского учреждения. Исследование демонстрирует связь между качеством работы службы поддержки и удовлетворенностью пациентов, что подтверждает необходимость постоянного мониторинга и оптимизации ее деятельности. В дальнейшем, усилия по улучшению работы службы должны сосредоточиться на интеграции современных технологий и обучении персонала. Это поможет обеспечить более высокий уровень удовлетворенности и качества обслуживания в условиях быстро меняющейся медицинской среды.

Ключевые слова: служба поддержки пациентов, первичная медико-санитарная помощь, поддержка пациентов

Введение. Анализ деятельности службы поддержки пациентов на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является крайне важным из-за ряда причин. Служба поддержки пациентов играет ключевую роль в улучшении взаимодействия между пациентами и медицинской системой, что напрямую влияет на качество и доступность медицинской помощи. В условиях постоянно растущего объема информации в области здравоохранения пациенты часто сталкиваются с трудностями в понимании медицинских процедур и правил, что делает поддержку неотъемлемой частью системы [1-3].

Необходимость адаптации служб поддержки к изменениям в медицинской индустрии и обществе также подчеркивает актуальность этого исследования. Пандемия COVID-19, например, показала, как важно иметь эффективные каналы общения и поддержки для обеспечения непрерывности ухода и информирования пациентов в условиях кризиса [4]. Также, учитывая увеличение численности пожилого населения, которое требует более частого и интенсивного медицинского обслуживания, служба поддержки пациентов становится важным элементом в предоставлении адекватной помощи [5].

Кроме того, рост технологических инноваций в здравоохранении предоставляет новые возможности для улучшения работы служб поддержки, однако вместе с этим возникают вызовы по интеграции новых инструментов в существующие процессы. Эффективное использование данных и технологий может значительно улучшить взаимодействие между пациентами и медицинскими работниками, повышая общее качество медицинской помощи [6].

Таким образом, постоянный анализ и улучшение работы службы поддержки пациентов не только улучшает непосредственное обслуживание пациентов, но и способствует более широким системным изменениям в области здравоохранения, направленным на повышение эффективности и результативности медицинского обслуживания.

Цель исследования: Оценить работу службы поддержки пациентов с целью оптимизации данной деятельности на уровне ПМСП

Задачи исследования:

Проанализировать отчетные данные службы поддержки пациентов ГП № 10 г. Алматы за 2019-2023 гг.;

Материалы и методы:

- Годовые отчеты ГП № 10 г. Алматы за 2019-2023 гг.

- Годовые отчеты СПП и ВА за 2019-2023 гг.

Методы исследования:

- аналитический

- статистический

Результаты.

Результаты исследования. В поликлинике ГП № 10 СПП и ВА создана в 2013 году в виде комиссии: Руководитель СПП и ВА – заместитель главного врача по лечебной работе. В составе комиссии: врачи эксперты, заведующие структурных подразделений, главная медицинская сестра, юрист. Ежегодно состав комиссии обновляется.

Служба поддержки пациентов и внутреннего аудита – создана для оперативного решения обращений (жалоб) пациентов по принципу «здесь и сейчас», а также систематического анализа и улучшения качества предоставляемых медицинских услуг.

Основными нормативно правовыми документами используемые в работе являлись:

- Закон Республики Казахстан «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.01.2020 г.) [7];

- пункт 5 статьи 58 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

- Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы [8];

- Приказ МЗСРРК от 27.03.2015г.№173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» [9];

- Приказ и.о. МЗРК от 22 июля 2011 года № 468 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи» [10].

Вектора работы службы поддержки пациентов:

1. Информация с телефонами доверия в общедоступных местах для населения и в регистратуре в том числе.

2. Оперативное реагирование на жалобы по принципу «здесь и сейчас».

3. Прием граждан заместителем главного врача по лечебной работе, круглосуточное общение с пациентами через социальные сети, телефоны доверия.

4. Проведение ежеквартального анкетирования пациентов с целью определения уровня удовлетворенности и выявления дефектов в медицинской помощи.

5. Совместная работа с психологом по улучшению коммуникативных навыков.

Ниже приведены данные по работе с обращениями граждан в ГП № 10 за 2019-2022 гг.

Таблица 2 – Данные по работе с обращениями граждан в ГП № 10 за 2019-2022 гг.

Год	Письменное	Устно	Сайт	Сайт	Личный прием	Служба	Ящики	Журнал	Call центр / прокуратура	УЗ	Через другие сайты/	Операция	ФСМС / Qolda	Анализ	Всего
			ГП № 10	МЗРК	главного	Врач	лоб	жалобы							

					вра ча		р.	.			Е- өті ні ш				
20 19	78	93	10	5	26	95	0	2	3	1 2	16	0	0	2	34 2
20 20	71	92	8	8	28	92	0	2	7	6	2	9	1	0	32 6
20 21	54	90	5	6	25	90	0	2	1	5	2	7	0	1	28 8
20 22	57	83	1	4	30	83	0	3	0	9	5	3	0	1	27 9
20 23	70	28	1	0	42	28	0	3	0	3	5	3	9	4	19 6
Ит ог о	330	386	25	23	151	38 8	0	12	11	3 5	30	22	10	8	14 31

Как видно из таблицы, за анализируемый нами период, 2019-2023 гг., были зарегистрированы 1431 обращения от граждан ГП № 10 г. Алматы. Обращения от граждан регистрировались через сайт ГП № 10, сайт МЗРК, блок директора, журнала жалоб и обращений, УОЗ, ФСМС/Qoldau, Аманат.

Ниже приведены данные по наиболее частым видам обращений населения в ГП № 10 г. Алматы за 2019-2023 гг.

Таблица 4 – Данные наиболее частых видов обращений населения в ГП № 10 г. Алматы за 2019-2023 гг.

Год	Письменно	Устное	Личный прием главного врача	СПП и ВА
	%, 95 % ДИ	%, 95 % ДИ	%, 95 % ДИ	%, 95 % ДИ
2019	23,6 (22,66;24,54)	24,1 (23,23;24,97)	17,2 (15,75;18,65)	24,5 (23,64;25,36)
2020	21,5 (20,54;22,46)	23,8 (22,93;24,67)	18,5 (17,06;19,94)	23,7 (22,83;24,57)
2021	16,4	23,3	16,6	23,2

	(15,41;17,39)	(22,43;24,17)	(15,14;18,06)	(22,33;24,07)
2022	17,3 (16,32;18,28)	21,5 (20,62;22,38)	19,9 (18,47;21,33)	21,4 (20,52;22,28)
2023	21,2 (20,24;22,16)	7,3 (6,34;8,26)	27,8 (26,44;29,16)	7,2 (6,24;8,16)
Итого	330	386	151	388

Как видно из таблицы, наибольшее количество письменных обращений от населения было в 2019 году. Наибольшее количество устных обращений также регистрировали в 2019 году. Наибольшее количество обращений через блок директора было в 2023 году. За анализируемый нами период было 388 обращений в СПП и СА, наибольший удельный вес приходился на 2019 год.

Ниже приведены данные характера обращений от населения за 2019-2023 гг.

Таблица 5 – Структура обращений/жалоб за 2019-2023 гг. (абс.число)

о д	Жалоб ы на руково дители ей	Некаче ственно е лечение , обследо вание	Недос таток в органи зации и прием а больн ых	Отказ в госпита лизации	Взи мани е дене жны х сред ств	Нару шение этики и деонт ологи и	Ока зани е госу слуг	Приоб ретени е медика ментов , входя щих в ГОБМ П	Обоснова нность выдачи листка нетрудосп особности	Пр оче е
20 19	0	9	15	1	0	3	0	1	0	142
20 20	0	3	4	1	0	1	0	0	0	154
20 21	0	9	11	1	0	0	0	3	0	120
20 22	0	16	15	0	0	4	1	2	0	103
20 23	0	14	24	0	0	6	0	6	0	48

Анализ деятельности СПП и ВА выявил следующую структуру обращений/жалоб: жалобы на руководителей, недовольство лечением и обследованием, недостатки в организации приема пациентов, необоснованные отказы в госпитализации, нарушение этики и деонтологии, недостатки в прикреплении к МО, приобретение медикаментов, входящих в ГОБМП и прочие обращения.

В ГП № 10 г. Алматы функционирует Call центр (222-02-10; 373-28-40) поликлиники для обращений лиц по вопросам оказания медицинской помощи населению на 1 этаже, который расположен возле регистратуры, операторы отвечают на все входящие обращения, при затруднении ответа, звонок переадресует заместителю главного врача, врачу эксперту, заведующим структурными подразделениями. При невозможности решить вопрос незамедлительно, ответ дается в течение часа в виде «обратной связи».

Ниже приведены данные «Call center» поликлиники за 2019-2023 гг.

Таблица 9 – Деятельность «Call center» в ГП № 10 за 2019-2023 гг.

Год	Количество	
	абс.число	%
2019	15010	18,6
2020	13605	16,8
2021	13791	17,1
2022	19890	24,6
2023	18540	22,9
Итого	80836	100,0

За анализируемый период, «Call center» ГП № 10 г. Алматы обработал 80836 обращений. Наибольшее количество обращений было отмечено в 2022 году – 19890 обращений (24,6 %). В целом, количество обращений в «Call center» в ГП № 10 г. Алматы, свидетельствует о том, что на должном уровне обеспечивается работа с населением, совершенствованием сайта поликлиники, размещением на них большого количества справочной информации, ответов на наиболее часто задаваемые вопросы, а также хорошим уровнем осведомленности населения поликлиники о колл-центре.

Ниже приведена структура часто задаваемых вопросов через колл-центр:

- по вопросам прикрепления к организациям;
- записи на прием к врачу;
- ГОБМП;
- По амбулаторному обслуживанию;
- По вопросам обслуживания вызовов на дому;
- Лекарственное обслуживание;
- По ОСМС;
- По вопросам инвалидности;
- Прочие вопросы

Заключение. Результаты анализа показали, что с каждым годом количество обращений/жалоб от населения снижаются. В 2023 году темп снижения составил 42,7 % в сравнении с 2019 годом. Данные результаты свидетельствуют о положительной деятельности СПП и ВА, правильной разъяснительной работе с населением, информативности сайта поликлиники;

Обращения/жалобы пациентов регистрировались через сайты поликлиники, Министерства Здравоохранения, Аманат, блок директора, журнал обращений, ФСМС/Qoldau, служб СПП и ВА. За анализируемый период было выявлено, что пациенты чаще всего обращались/жаловались на блок директора, а также обращались в письменном и устном форме в СПП и ВА;

Анализ обращений/жалоб выявил, что пациенты чаще всего жаловались на недовольство лечением и обследованием (7,1 %), недостатки в организации приема пациентов (9,6 %), необоснованные отказы в госпитализации, нарушение этики и деонтологии, недостатки в прикреплении к МО, приобретение медикаментов, входящих в ГОБМП и прочие обращения (79,1 %)

Обсуждение. Результаты исследования подчеркивают, что улучшение коммуникаций и процессов внутри службы поддержки пациентов способствует повышению общей эффективности медицинского учреждения. Исследование демонстрирует связь между качеством работы службы поддержки и удовлетворенностью пациентов, что подтверждает необходимость постоянного мониторинга и оптимизации ее деятельности. В дальнейшем, усилия по улучшению работы службы должны сосредоточиться на интеграции современных технологий и обучении персонала. Это поможет обеспечить более высокий уровень удовлетворенности и качества обслуживания в условиях быстро меняющейся медицинской среды.

Список литературы.

1. Berglas NF, Battistelli MF, Nicholson WK, Sobota M, Urman RD, Roberts SCM. The effect of facility characteristics on patient safety, patient experience, and service availability for procedures in non-hospital-affiliated outpatient settings: A systematic review. PLoS One. 2018 Jan 5;13(1):e0190975. doi: 10.1371/journal.pone.0190975. PMID: 29304180; PMCID: PMC5755935.
2. Richards DP. The patient as person: an update. Br J Sports Med. 2020 Dec;54(23):1376. doi: 10.1136/bjsports-2020-102418. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32522735.
3. Kropp T, Faeghi S, Lennerts K. Evaluation of patient transport service in hospitals using process mining methods: Patients' perspective. Int J Health Plann Manage. 2023 Mar;38(2):430-456. doi: 10.1002/hpm.3593. Epub 2022 Nov 14. PMID: 36374049.
4. Bourdin A, Dubois J, Foley RA, Schlupe M, Bugnon O, Berger J. Satisfaction and experiences of patients taking fingolimod and involved in a pharmacy-based patient support program in Switzerland - a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2020 May 14;20(1):425. doi: 10.1186/s12913-020-05278-3. PMID: 32410681; PMCID: PMC7227186.
5. Bakolis I, Gupta P, Wykes T. Experience of Inpatient Mental Health Care Assessed With Service User-Developed and Conventional Patient-Reported Outcome Measures. Psychiatr Serv. 2022 Oct 1;73(10):1132-1139. doi: 10.1176/appi.ps.202100470. Epub 2022 Apr 27. PMID: 35473362.
6. Wykes T, Csipke E, Rose D, Craig T, McCrone P, Williams P, Koeser L, Nash S. Patient involvement in improving the evidence base on mental health inpatient care: the PERCEIVE programme. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018 Dec. PMID: 30566316.
7. Закон Республики Казахстан «О порядке рассмотрения обращений физических и юридических лиц» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 01.01.2020 г.);
8. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы;
9. Приказ МЗСРРК от 27.03.2015г. №173 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»;
10. Приказ и.о. МЗРК от 22 июля 2011 года № 468 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению анкетирования граждан в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи».

АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА РАЗВИТИЯ МЕНТОРСТВА В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Маханбеткулова Д.Н.^{1,2}, Абдирасил Ж.², Жумашева А.Ш.¹.

¹*НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан,
г. Алматы*

²*НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»,
Казахстан, г. Алматы*

Аннотация. Менторство является эффективным инструментом развития профессиональных навыков и повышения квалификации в сестринском деле. В настоящее время менторство становится все более актуальным в связи с растущей сложностью задач, возникающих перед медицинскими работниками. Развитие менторства в сестринском деле позволит повысить качество медицинской помощи, улучшить культуру обслуживания пациентов и укрепить профессиональную команду.

В данной статье рассмотрены этапы развития менторства, описаны существующие программы, направленные на его совершенствование, а также проанализировано текущее состояние менторства как в Казахстане, так и в мировом контексте.

Ключевые слова: менторство, развитие менторства, менторство в сестринском деле, актуальные вопросы менторства.

Введение. Введение. Вопрос развития менторства в сестринском деле является крайне актуальным, поскольку менторство является одним из ключевых факторов успешной профессиональной деятельности сестринского персонала. Менторство в сестринском деле может оказывать положительное влияние на качество оказываемой медицинской помощи, на повышение квалификации медицинских работников и на развитие профессионального сообщества в целом.

Менторство позволяет молодым медицинским работникам получать опыт от опытных коллег, а также повышать свою мотивацию и уверенность в профессиональной деятельности. Кроме того, менторство способствует более быстрой адаптации молодых медицинских работников к условиям работы, повышает их профессиональную компетентность и способствует формированию ценностей профессиональной этики. Развитие менторства в сестринском деле является необходимым условием для повышения качества медицинской помощи и развития профессионального сообщества в целом.

Материалы и методы. Нами был проведен поиск и анализ научных публикаций в базах данных PubMed, MedLine, CINAHL с использованием ключевых слов. Глубина поиска 10 лет. Общий объем проанализированных научных статей было 25, из них отобраны 20.

Результаты. В свете растущих вызовов, стоящих перед медицинскими работниками, развитие менторства в сестринском деле становится все более актуальным и важным.

История развития менторства в сестринском деле насчитывает несколько десятилетий. Впервые менторство было введено в практику обучения медицинских сестер в Великобритании в 1980-х годах.

Основным целевым направлением менторства было обеспечение поддержки для молодых сестер, которые только начинали свою профессиональную карьеру. Программы менторства включали в себя не только наставничество, но и поддержку в развитии профессиональных навыков и личностного роста.

В 1990-х годах программы менторства в сестринском деле получили широкое распространение в Северной Америке и в Европе. В США менторство в сестринском деле было признано важным компонентом развития профессиональной карьеры медицинских сестер, и в настоящее время почти все учебные заведения, обучающие медицинских сестер, предоставляют программы менторства [1-3].

С 2000-х годов менторство в сестринском деле начинает активно развиваться и в других странах мира, таких как Австралия, Канада, Новая Зеландия, Южная Африка и др. В этих странах программы менторства стали важным компонентом профессионального обучения медицинских сестер и помогают поддерживать высокий уровень качества сестринской практики.

Сегодня менторство в сестринском деле широко распространено по всему миру и признано важным аспектом профессиональной практики медицинских сестер. Развитие программ менторства продолжается, и они становятся все более специализированными и индивидуально ориентированными, чтобы лучше соответствовать потребностям и запросам медицинских сестер на разных этапах их профессиональной карьеры.

Менторство в сестринском деле - это процесс, в рамках которого опытный сестринский работник (ментор) оказывает поддержку, советы, наставления и обучение молодому коллеге с целью развития его профессиональных навыков и компетенций [4-6].

Основная цель менторства в сестринском деле заключается в том, чтобы помочь молодым медсестрам освоить профессиональные навыки, которые не могут быть освоены в теоретических курсах обучения, а также помочь им в адаптации к условиям работы.

Ментор может помочь молодому коллеге на всех этапах его развития, начиная от ориентации в новой должности и знакомства с коллегами, до помощи в подготовке к специализированным экзаменам и продвижении по карьерной лестнице. Кроме того,

менторство в сестринском деле может помочь в укреплении профессиональной самооценки молодого коллеги и повышении его уверенности в профессиональной деятельности.

Важно отметить, что менторство в сестринском деле должно быть организовано и структурировано, чтобы обеспечить максимальную пользу для студента и не причинять вреда пациентам или работодателю. Также необходимо учитывать этические аспекты, связанные с конфиденциальностью и соблюдением профессиональной тайны.

В настоящее время менторство в сестринском деле является важной составляющей профессионального развития медицинских сестер. Оно широко используется в различных сферах сестринской практики, в том числе в образовании, управлении здравоохранением и клинической практике [7,8].

Существует множество программ менторства в сестринском деле, которые предоставляют возможность медицинским сестрам получать поддержку и руководство от более опытных коллег. Одним из наиболее известных примеров такой программы является «Национальная программа менторства для медицинских сестер» в Великобритании [9].

Кроме того, менторство в сестринском деле также становится все более распространенным в образовательных учреждениях, предоставляющих обучение по сестринскому делу. Многие школы медицинских сестер предлагают программы менторства, которые помогают студентам получить практические навыки и советы от более опытных сестер. Таким образом, можно сказать, что менторство в сестринском деле находится на стадии активного развития и играет важную роль в обеспечении высокого уровня качества сестринской практики.

Менторство в сестринском деле в России также развивается и становится все более распространенным. В настоящее время существует ряд программ и инициатив, направленных на развитие менторства в сестринском деле в России. Например, Российское общество медицинских сестер и акушерок (РОМСА) разработало и внедрило программу менторства для молодых медицинских сестер и студентов медицинских учебных заведений [10]. Эта программа предполагает обучение молодых медицинских сестер более опытными коллегами, которые помогают им освоить профессиональные навыки и справиться с трудностями, возникающими в работе. Некоторые медицинские учебные заведения в России предоставляют программы менторства для студентов сестринского дела, которые позволяют им получить практические навыки и поддержку от более опытных коллег. В последнее время в России все больше компаний и организаций начинают осуществлять программы менторства для медицинских сестер, что также способствует развитию этой практики в сестринском деле.

Таким образом, можно сказать, что менторство в сестринском деле в России также находится на стадии развития и становится все более распространенным в профессиональной практике медицинских сестер.

Менторство в сестринском деле в США является важной составляющей профессиональной практики медицинских сестер и активно развивается в этой стране. В США существует множество программ менторства в сестринском деле, включая программы национальных организаций, таких как Американское общество медицинских сестер (American Nurses Association). Эти программы предоставляют медицинским сестрам возможность получать поддержку и руководство от более опытных коллег, которые помогают им развиваться профессионально и справляться с трудностями в работе [11-14].

Многочисленные учебные заведения, предлагающие обучение по сестринскому делу в США, также предоставляют программы менторства, которые помогают студентам сестринского дела получить практические навыки и руководство от более опытных коллег.

Стоит отметить, что в США менторство в сестринском деле также широко используется в клинической практике. Медицинские сестры, работающие в больницах и клиниках, часто получают поддержку и руководство от более опытных коллег, которые помогают им освоить новые процедуры и технологии, а также справиться с трудными клиническими ситуациями. Менторство в сестринском деле в США является важной практикой, которая активно развивается и используется в различных сферах сестринской практики.

Финляндия и Казахстан имеют долгую историю сотрудничества в области здравоохранения, в том числе и в развитии сестринского дела. В 2019 году было подписано соглашение между Финляндией и Казахстаном о сотрудничестве в области здравоохранения, которое включает в себя развитие сестринского дела. Одной из основных целей этого сотрудничества является поддержка профессионального развития сестринского персонала в Казахстане, в том числе и развитие менторства.

Менторство в сестринском деле играет важную роль в Финляндии. Система менторства используется для поддержки новых медицинских сестер в их профессиональном развитии и помощи им в освоении новых навыков и знаний [15].

В Финляндии менторство начинается на этапе обучения в учебных заведениях. Студенты, изучающие сестринское дело, работают под руководством опытных медицинских сестер-менторов на практике, чтобы получить опыт работы в реальной клинической среде. В этот период студенты обучаются не только техническим аспектам сестринской работы, но и развивают свои лидерские и коммуникационные навыки [16].

После окончания обучения, медицинские сестры, которые только начинают свою карьеру, могут получать поддержку и обучение от опытных коллег-менторов на рабочем месте. Менторство включает в себя периодические встречи, обмен опытом и знаниями, а также обсуждение проблем, возникающих в работе.

В Финляндии проводятся специальные программы для развития менторских навыков у опытных медицинских сестер. Эти программы помогают развивать участников навыки лидерства, улучшать их коммуникационные и межличностные навыки, а также помогают им стать более эффективными менторами для новых коллег. В целом, менторство в сестринском деле является важным аспектом профессионального развития медицинских сестер в Финляндии и помогает обеспечить высокий уровень качества медицинской помощи для пациентов [17].

Менторство в сестринском деле является важным аспектом профессиональной практики медицинских сестер во многих странах мира. Некоторые из них активно развивают программы менторства, а другие только начинают осознавать важность этой практики.

Во многих странах Европы существуют программы менторства в сестринском деле. Например, Великобритания имеет национальные программы менторства для медицинских сестер, которые предлагают поддержку и руководство младшим сестрам и студентам сестринского дела. Кроме того, менторство в сестринском деле в Великобритании является обязательной частью программ обучения медицинских сестер [18].

В других странах, таких как Австралия и Канада, также существуют программы менторства в сестринском деле, которые помогают медицинским сестрам развиваться профессионально и справляться с трудностями в работе.

В некоторых странах мира, таких как Индия и Китай, менторство в сестринском деле только начинает развиваться. В этих странах профессиональные ассоциации и учебные заведения начинают создавать программы менторства, которые помогают медицинским сестрам получить практические навыки и руководство от более опытных коллег.

Таким образом, можно сказать, что менторство в сестринском деле развивается по-разному в разных странах мира, но в целом оно является важным аспектом профессиональной практики медицинских сестер во многих странах и продолжает

развиваться и улучшаться в соответствии с потребностями профессионального сообщества.

Менторство в сестринском деле начало развиваться в Казахстане сравнительно недавно, после получения страной независимости в 1991 году. В начале 2000-х годов Министерством здравоохранения были разработаны стандарты профессионального образования и лицензирования медицинских сестер, в которых были учтены принципы менторства. Однако, на практике менторство было введено в образовательные программы для медицинских сестер только в последние годы.

В 2012 году Министерством здравоохранения Казахстана была принята программа «Развитие сестринского дела в Республике Казахстан на 2012-2020 годы», которая включала в себя мероприятия по развитию менторства в сестринском деле. В рамках программы были организованы курсы повышения квалификации для менторов, а также проведены семинары и тренинги для медицинских сестер [19].

В 2014 году была создана Ассоциация медицинских сестер Казахстана, которая занимается координацией деятельности медицинских сестер в стране. Одним из направлений деятельности ассоциации является развитие менторства в сестринском деле. В рамках программы развития сестринского дела также было проведено обучение менторов в области оказания помощи женщинам и новорожденным [20].

На сегодняшний день менторство в сестринском деле продолжает развиваться в Казахстане. Однако, этот процесс является довольно медленным, так как требует значительных усилий для организации обучения и подготовки менторов, а также изменения менталитета и культуры профессионального общения медицинских сестер.

На сегодняшний день, существует множество программ по развитию менторства в сестринском деле, некоторые из которых представлены ниже:

- "Менторинг в сестринском деле" - программа, разработанная для развития навыков менторства у опытных медицинских сестер, которые могут поддерживать и обучать новых сотрудников в сфере здравоохранения.

- "Навыки менторства для сестер" - программа, предназначенная для развития навыков менторства у опытных медицинских сестер, чтобы они могли поддерживать и обучать новых сотрудников.

- "Менторинг для развития карьеры в сестринском деле" - программа, которая помогает медицинским сестрам развивать свои профессиональные навыки и достичь новых высот в своей карьере.

- "Менторские программы в учреждениях здравоохранения" - программа, которая помогает учреждениям здравоохранения разрабатывать менторские программы для поддержки и развития сотрудников.

- "Менторинг для лидеров в сестринском деле" - программа, которая развивает навыки менторства у лидеров в сестринском деле, чтобы они могли поддерживать и развивать своих подчиненных.

Это лишь некоторые примеры программ, существует множество других программ, которые помогают в развитии менторства в сестринском деле.

Обсуждение. Вопрос развития менторства в сестринском деле является актуальным и важным, поскольку качественная менторская поддержка может значительно повысить профессиональный уровень сестринского персонала и улучшить качество медицинской помощи, оказываемой пациентам.

Менторство в сестринском деле представляет собой взаимодействие между опытным и начинающим сестринским персоналом, направленное на передачу знаний, опыта и навыков. Оно помогает новичкам освоить профессиональные компетенции, развить навыки решения проблем и принятия решений в сложных ситуациях, а также научиться работать в команде.

Кроме того, менторство способствует улучшению качества медицинской помощи, поскольку позволяет обеспечить единый уровень знаний и навыков у сестринского

персонала, а также повысить степень удовлетворенности пациентов и их доверие к медицинскому персоналу.

Заключение. Таким образом, актуальность вопроса развития менторства в сестринском деле заключается в том, что оно помогает решать множество проблем, связанных с недостаточным уровнем профессиональной компетенции и квалификации сестринского персонала, что, в свою очередь, повышает качество медицинской помощи, удовлетворенность пациентов и эффективность работы медицинских учреждений.

Список литературы

1. Evans MM, Kowalchik K, Riley K, Adams L. Developing Nurses Through Mentoring: It Starts in Nursing Education. *Nurs Clin North Am.* 2020 Mar;55(1):61-69. doi: 10.1016/j.cnur.2019.10.006. Epub 2019 Dec 24. PMID: 32005366.
2. Pramila-Savukoski S, Juntunen J, Tuomikoski AM, Kääriäinen M, Tomietto M, Kaučič BM, Filej B, Riklikiene O, Vizcaya-Moreno MF, Perez-Cañaveras RM, De Raeve P, Mikkonen K. Mentors' self-assessed competence in mentoring nursing students in clinical practice: A systematic review of quantitative studies. *J Clin Nurs.* 2020 Mar;29(5-6):684-705. doi: 10.1111/jocn.15127. Epub 2019 Dec 23. PMID: 31794105.
3. Cleary M, Thapa DK, West S, Lopez V, Williamson M, Sahay A, Kornhaber R. Mentoring students in doctoral nursing programs: A scoping review. *J Prof Nurs.* 2023 Mar-Apr;45:71-88. doi: 10.1016/j.profnurs.2023.01.010. Epub 2023 Feb 15. PMID: 36889896.
4. Lin J, Chew YR, Toh YP, Radha Krishna LK. Mentoring in Nursing: An Integrative Review of Commentaries, Editorials, and Perspectives Papers. *Nurse Educ.* 2018 Jan/Feb;43(1):E1-E5. doi: 10.1097/NNE.0000000000000389. PMID: 28492413.
5. Yarbrough A, Phillips LK. Peer mentoring in nursing education: A concept analysis. *Nurs Forum.* 2022 Nov;57(6):1545-1550. doi: 10.1111/nuf.12832. Epub 2022 Nov 9. PMID: 36352524.
6. Hewlett PO, Santolla J, Persaud SD. Investing in Nursing's Future. *Am J Nurs.* 2020 Aug;120(8):58-63. doi: 10.1097/01.NAJ.0000694592.98888.10. PMID: 32732484.
7. Ortiz CP. Mentoring Experiences of Male Faculty in Nursing Programs. *Nurs Educ Perspect.* 2021 Sep-Oct 01;42(5):310-314. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000853. PMID: 34225315.
8. Mokel MJ, Behnke LM, Gatewood E, Mihaly LK, Newberry EB, Lovence K, Ro K, Bellflower BB, Tabi M, Kuster A. Mentoring and Support for Underrepresented Nursing Faculty: An Integrative Research Review. *Nurse Educ.* 2022 Mar-Apr 01;47(2):81-85. doi: 10.1097/NNE.0000000000001089. PMID: 34482345.
9. Busby KR, Draucker CB, Reising DL. Exploring Mentoring Relationships Among Novice Nurse Faculty: A Grounded Theory. *Nurs Educ Perspect.* 2023 Jan-Feb 01;44(1):36-42. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000001052. Epub 2022 Nov 4. PMID: 36580620.
10. Попсуйко А.Н., Данильченко Я.В., Андгуладзе О.П., Артамонова Г.В. Роль института наставничества в формировании и развитии профессиональных навыков медицинских сестер: российский и мировой опыт. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.* 2022;11(4S): 98-104. DOI: 10.17802/2306-1278-2022-11-4S-98-104
11. Hoover J., Koon A.D., Rosser E.N., Rao K.D. Mentoring the working nurse: a scoping review. *Hum Resour Health.* 2020; 18 (1): 52. doi: 10.1186/s12960-020-00491-x
12. Davey Z., Jackson D., Henshall C. The value of nurse mentoring relationships: Lessons learnt from a work-based resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting. *Int J Ment Health Nurs.* 2020; 29 (5): 992- 1001. doi: 10.1111/inm.12739
13. Barker E., Kelley P.W. Mentoring: A vital link in nurse practitioner development. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2020; 32 (9): 621-625. doi: 10.1097/JXX.0000000000000417
14. Foolchand D., Maritz J.E. Experience of nurses regarding the clinical mentoring of student nurses in resource-limited settings. *Health SA.* 2020; 25: 1434. doi: 10.4102/hsag.v25i0.1434

15. Jokelainen M., Tossavainen K., Turunen H., Jamookeah D. Mentorship provision for student nurses: Conceptions of Finnish and British mentors in healthcare placements. *Nurse Education in Practice*. 2013; 13(1): 61-67. doi: 10.1016/j.nepr.2012.07.007.
16. Ephraim N. Mentoring in nursing education: An essential element in the retention of new nurse faculty. *J Prof Nurs*. 2021 Mar-Apr;37(2):306-319. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.12.001. Epub 2020 Dec 5. PMID: 33867085.
17. Calaguas NP. Mentoring novice nurse educators: Goals, principles, models, and key practices. *J Prof Nurs*. 2023 Jan-Feb;44:8-11. doi: 10.1016/j.profnurs.2022.11.002. Epub 2022 Nov 12. PMID: 36746602.
18. Horner D.K. Mentoring: Positively Influencing Job Satisfaction and Retention of New Hire Nurse Practitioners. *Plast Surg Nurs*. 2020; 40 (3): 150-165. doi: 10.1097/PSN.0000000000000333
19. Баратова Е. Развитие института наставничества на клинических базах по подготовке специалистов сестринской службы // *Journal of Health Development*. 2018. №S2 (27).
20. Ситказинова Г.К. Управление качеством образовательного процесса по подготовке медицинских сестёр новой формации в соответствии с международными стандартами // *Вестник Инновационного Евразийского университета*. – 2016. – № 1. – Стр. 121-123

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАЗВИТИИ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Маханбеткулова Д.Н.^{1,2}, Адақ Г.², Исмаил Е.Н.¹

¹*НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан,
г. Алматы*

²*НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»,
Казахстан, г. Алматы*

Аннотация. В данной аннотации рассматривается роль медицинской сестры в развитии школьной медицины и объясняется почему их значимость становится все более важной. Проводится анализ зарубежных статей и исследований, где объясняется, что медицинские сестры являются ключевыми участниками школьной медицины, описываются различия и сходства в функциональных обязанностях. Проводится детальный анализ компетенций, которыми должны владеть медицинские сестры, работающие в отделениях школьной медицины.

Ключевые слова: школьная медицина, медицинская сестра, сестринская помощь, сестринская помощь в школьной медицине

Введение. В 2017 году в Республике Казахстан «Школьная медицина» была передана из сектора образования в систему здравоохранения в соответствии с задачами Государственной программы развития системы здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 гг. [1]. За короткое время были обновлены нормативно правовые акты, регулирующие оказание медицинской помощи детям школьного возраста. В перечень этих обновлений вошли следующие приказы по регулированию деятельности школьной медицины:

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 " Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей

дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования " [2].

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 189 от 6 апреля 2012 года "Об утверждении Положения об организации деятельности медицинских офисов в образовательных учреждениях" [3].

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 381 " Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере формирования здорового образа жизни" [4].

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-76 " Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования" [5].

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-285/2020 «Об утверждении правил организации медицинской помощи по охране репродуктивного и психического здоровья несовершеннолетних в возрасте от десяти до восемнадцати лет и молодежи» [6].

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ- 205/2020 «Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками» [7].

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 марта 2022 года № ҚР ДСМ -25 «Об утверждении стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан» [8].

Данные приказы направлены на обеспечение качественной и своевременной медицинской помощи детям и подросткам, обучающимся в образовательных учреждениях.

С начала этапа реформирования школьной медицины особый акцент уделялся кадровому обеспечению отделений школьной медицины. Так, по данным управления охраны здоровья детей и подростков Министерства здравоохранения Республики Казахстан, в период с 2017-2019 г.г. в системе школьной медицины был зарегистрирован рост количества врачей на 12,7%, и среднего медицинского персонала - на 2,5% [9].

Согласно, реформированию, процесс организации оказания школьной медицины должно было осуществляться совместно с организациями здравоохранения и организациями среднего образования. Медицинские пункты также оставались базироваться в школах, а вот специалисты: врачи и медицинские сестры были из числа работников поликлиник. Таким образом, медицинские пункты при школах автоматический переходили под ведомства территориальных поликлиник. В поликлиниках создавались отделения школьной медицины или «Отделения охраны здоровья детей школьного возраста» с закрепленными специалистами по определенной школе [10].

Важно отметить, что именно специалисты школьной медицины играют важную роль в обеспечении здоровья и безопасности детей и подростков, обучающихся в школах, работая в медицинских кабинетах и оказывая медицинскую помощь школьникам. Именно, медицинские сестры занимают важную роль в развитии школьной медицины. Они отвечают за многие аспекты здоровья детей, начиная от проверки наличия прививок до контроля за хроническими заболеваниями.

Методы. Был проведен поиск и анализ научных публикаций в базах данных PubMed, Cochrane Library, MedLine, CINAHL с использованием медицинских тематических заголовков и ключевых слов. Глубина поиска 15 лет. Общий объем проанализированных статей было 35, из числа которых было отобраны 18. А также были проанализированы нормативно-правовые документы,

Результаты. Оценка роли медицинской сестры в школьной медицине является необходимой, поскольку это помогает определить, какие задачи медицинские сестры

могут выполнять более эффективно. Многие исследования показывают, что медицинские сестры занимают ключевую роль в создании здоровой среды в школах.

Школьная медицина является неотъемлемой частью образовательной системы, поскольку здоровье детей имеет прямое отношение к их успеваемости и общему благополучию. Медицинские сестры важный аспект в этой системе, они оказывают медицинскую помощь, проводя профилактические мероприятия и содействуя в развитии здорового образа жизни у детей.

Как говорилось выше, с 2017 года в рамках реформирования системы школьной медицины обновилось множество нормативно-правовых актов, регламентирующие данную сферу, однако, в 2022 году в Казахстане был разработан новый Стандарт организации школьной медицины, где были прописаны основные задачи и направления деятельности организаций здравоохранения, участвующих в организации школьной медицины, это:

- 1) систематическое проведение профилактических медицинских осмотров среди обучающихся;
- 2) организация оздоровительных мероприятий по результатам профилактических медицинских осмотров;
- 3) профилактика и снижение поведенческих рисков, связанных с употреблением психоактивных веществ;
- 4) проведение вакцинации;
- 5) организация и проведение обучающих семинаров, тренингов и лекций по профилактике заболеваний, пропаганде и формированию здорового образа жизни среди школьников, оказанию первой помощи;
- 6) вовлечение родителей и педагогов в охрану здоровья школьников с проведением образовательных и разъяснительных мероприятий;
- 7) оказание первой помощи при неотложных состояниях до прибытия медицинских работников, оказывающих скорую медицинскую помощь [11].

Согласно вышеуказанному Стандарту, постоянное присутствие школьного врача в медицинском пункте организации образования не требовалось, за исключением таких мероприятий, как - проведение профилактических осмотров обучающихся, организация разъяснительной работы со школьниками и их родителями (законными представителями). Постоянное присутствие в медицинском пункте возлагалось на медицинскую сестру. По данному приказу, медицинская помощь школьникам в медицинском пункте должна оказываться медицинской сестрой (медицинским братом) расширенной практики, медицинской сестрой (медицинским братом) общей практики, медицинской сестрой участковой (медицинским братом участковым), медицинской сестрой специализированной (медицинским братом специализированным), медицинской сестрой (медицинским братом) медицинского пункта в организациях образования, медицинской сестрой по специальности «Сестринское дело в школьной медицине» (далее – школьная медсестра) [12].

Сестринское дело является важной и необходимой специальностью в школьной медицине. В школьной медицине сестры занимаются многими важными задачами:

1. Проведение профилактических медицинских осмотров: медицинская сестра формирует список целевых групп школьников, согласно приказу «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, после среднего и высшего образования» [2].

2. Организация плановых, сезонных вакцинаций среди школьников, и по показаниям эпидемиологических, с последующим наблюдением привитых согласно приказу «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования по проведению профилактических прививок населению"» [3].

3. Оказывать помощь в случаях внезапных острых заболеваний, обострении хронических заболеваний или травм, которые не представляют непосредственной угрозы для жизни обучающихся, педагогическому и техническому персоналу. Медицинская сестра может оказывать доврачебную помощь, направлять пациента в медицинскую организацию по месту прикрепления или производить вызов бригады скорой медицинской помощи.

4. Систематический проводит мероприятия по пропаганде и формированию здорового образа жизни совместно со специалистами отделения здорового образа жизни организации ПМСП [4].

5. Принимает участие в организации работы по профилактике суицидального поведения, совместно с психологами и социальными педагогами читает лекции по предупреждению зависимостей, вызванных потреблением табачных изделий, немедицинским употреблением психоактивных веществ.

6. Обеспечивает контроль рассаживания воспитанников и школьников в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-76 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования» [13].

Медсестра занимает ключевую роль в организации профилактических осмотров школьников, поскольку она является ключевым членом медицинской команды, занимающейся оценкой здоровья детей.

Нами был проведен анализ зарубежных исследований и статей, где проводилась оценка роли и деятельности медицинских сестер в школьной медицине. Были проанализированы материалы таких стран как Российская Федерация, Китай, Литва, США, и конечно Республика Казахстан.

В Российской Федерации медицинская сестра в школьной медицине занимает ключевую роль в обеспечении здоровья и безопасности учащихся. Ниже приведены основные функциональные обязанности медицинских сестер школьной медицины: 1) оказывать качественную медицинскую помощь обучающимся; 2) выполнять функцию первичного медицинского обслуживания, включая осмотр учащихся, оценку состояния и выявление заболеваний, оказание первой помощи в экстренных случаях; 3) контролировать профилактику инфекционных заболеваний, проводить прививочную работу, соблюдать санитарные нормы и правила; 4) сотрудничать с родителями учащихся и учителями, чтобы обеспечить здоровый и безопасный обучающий процесс [14,15].

Медицинская сестра также является основным звеном в школьной медицине Китая по нескольким причинам: 1) медицинская сестра отвечает за безопасность учащихся и предотвращение несчастных случаев в школе, она может оказывать первую медицинскую помощь при травмах, контролировать здоровье учеников и предупреждать о потенциальных проблемах здоровья; 2) проводит регулярные медицинские осмотры, проверяет наличие необходимых прививок и контролирует передачу инфекционных заболеваний; 3) поддерживает связь с родителями, то есть медицинская сестра является главным источником информации о здоровье и благополучии учеников для их родителей. Она, в свою очередь, может консультировать родителей по вопросам здоровья и предоставлять им необходимую информацию [16,17]. В целом, медицинская сестра играет важную роль в обеспечении безопасности, здоровья и благополучия учеников в школах КНР. Ее работа помогает поддерживать здоровую и безопасную образовательную среду для учащихся и обеспечивает эффективность педагогического процесса.

В Литве, медсестры школьной медицины выполняют следующие функциональные обязанности: 1) проведение медицинских осмотров: медсестры школьной медицины проводят медицинские осмотры учащихся, в том числе проверяют зрение, слух, зубы, рост и вес, а также оценивают общее состояние здоровья; 2) обеспечение первой медицинской помощи: они должны быть готовы оказать первую медицинскую помощь при необходимости, включая оказание первой помощи при травмах, ушибах, ранах, ожогах и

других повреждениях; 3) управление лекарствами: медсестры контролируют прием лекарств учащимися, а также хранят и распределяют лекарства в соответствии с рекомендациями и требованиями; 4) контроль за прививками: медсестры школьной медицины контролируют наличие и актуальность прививок у учащихся и предоставляют рекомендации по необходимым прививкам; 5) советы по здоровому образу жизни: дают советы по вопросам здорового образа жизни, включая правильное питание, физическую активность и профилактику заболеваний; 6) консультирование: медсестры могут консультировать учеников и их родителей по вопросам общего здоровья, включая профилактику и лечение различных заболеваний [18,19].

В США, медсестры школьной медицины выполняют следующие функциональные обязанности: 1) проведение медицинских осмотров: медсестры школьной медицины проводят медицинские осмотры учащихся, включая проверку общего состояния здоровья. Они также могут проводить скрининг на наличие наркотиков и алкоголя; 2) оказание первой медицинской помощи; 3) хранение и управление лекарственными средствами; 4) проведение прививочных мероприятий; 5) работа по здоровому образу жизни; 5) сотрудничество с учителями и другими специалистами [20,21].

Основной целью школьной медицины является обеспечение оптимального здоровья учащихся, создание безопасной и здоровой среды для обучения и развития. На сегодняшний день, школьная медицина выполняет следующие функции:

- Оказание первой помощи в случае несчастных случаев и заболеваний в школе.
- Мониторинг здоровья учащихся.
- Предупреждение распространения инфекций и заболеваний среди учащихся и персонала школы.
- Обучение учащихся о правильном питании, гигиене, здоровом образе жизни и других аспектах здоровья.
- Проведение мероприятий по профилактике заболеваний и травм, таких как вакцинация, осмотры, контроль за употреблением наркотиков и алкоголя.
- Сотрудничество с родителями и другими медицинскими учреждениями для обеспечения лучшего здоровья и благополучия учащихся [22,23].

Как говорилось выше, медсестры играют важную роль в школьной медицине, оказывая первую помощь, заботясь о учениках, имеющих хронические заболевания, проводя обследования и контроль здоровьем школьников, профилактические мероприятия и взаимодействуя с другими специалистами, такими как врачи, психологи, социальные работники и учителя. Медсестры также помогают соблюдать медицинские протоколы и обеспечивают квалифицированную медицинскую помощь школьникам.

На сегодняшний день, медицинская сестра должна иметь определенные знания и компетенции, чтоб оказывать квалифицированную медицинскую помощь. Ниже приведены основные компетенции, которые должны быть у медицинских сестер:

- знание основных принципов медицины, то есть медицинские сестры должны иметь знания в области медицины и быть знакомы с основными принципами медицинской науки.
- умение проводить общую оценку здоровья детей и определять наличие заболеваний или проблем со здоровьем.
- иметь знания о профилактике заболеваний и уметь проводить профилактические мероприятия.
- знать основы первой помощи и уметь оказывать ее в случае необходимости.
- иметь навыки общения с пациентами, в том числе детьми, и уметь установить доверительные отношения.
- уметь работать с медицинской техникой, включая приборы для измерения давления, пульса, температуры и другие.
- знать правила гигиены и обеспечивать их соблюдение в отделениях школьной медицины.

- уметь собирать и анализировать медицинские данные, включая результаты обследований и лечения.
- знать правила оформления медицинской документации и уметь ее организовывать.
- уметь работать в команде с другими медицинскими специалистами, в том числе с врачами, педиатрами и другими медсестрами [24].

По данным статистики МЗРК, с 2017 года отмечается положительный рост доли медработников, охваченных повышением квалификации, почти в 2 раза в связи с переходом в систему здравоохранения [25].

По данным некоторых авторов, медицинские сестры школьной медицины должны иметь общие понятия о здоровьесберегающих технологиях, о принципах рационального питания и о вопросах взаимодействия с молодежными центрами здоровья.

Здоровьесберегающие технологии в школьной медицине могут помочь поддерживать здоровье школьников и предотвращать развитие заболеваний. Медсестры также играют важную роль в использовании здоровьесберегающих технологий в школьной медицине. Они могут помочь внедрить эти технологии и обучить школьников и других медицинских работников, как использовать их на практике.

Кроме того, медсестры могут помочь управлять и обрабатывать данные, полученные с помощью здоровьесберегающих технологий, чтобы выявлять тенденции и сделать выводы о здоровье школьников в целом. Они могут использовать эти данные, чтобы помочь определенным школьникам, предоставляя персонализированные рекомендации по питанию, физической активности и управлению хроническими заболеваниями.

Медсестры важны в вопросах взаимодействия с молодежными центрами здоровья (МЦЗ). Они могут помочь МЦЗ в реализации их миссии и целей, связанных с улучшением здоровья и благополучия молодежи (школьников). Опыт и знание медицинских сестер в области здравоохранения могут помочь МЦЗ создать благоприятную среду для здоровья и благополучия молодежи, а также обеспечить полноценное взаимодействие с медицинской системой в целом.

Выводы. В заключение можно сказать, что медицинская сестра играет важную роль в развитии школьной медицины. Она является ключевым звеном в оказании медицинской помощи и здоровьесбережении школьников, а также в проведении профилактических мероприятий. Медицинские сестры способствуют формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний среди детей и подростков. Они также помогают школьным врачам и педагогам в проведении образовательных программ, направленных на развитие здоровьесберегающих навыков и поведения учащихся. Кроме того, медицинские сестры являются важными связующими звеньями между школой, родителями и медицинскими учреждениями, обеспечивая координацию действий и обмен информацией. В целом, роль медицинской сестры в развитии школьной медицины очень важна, и ее работа имеет прямое отношение к здоровью и благополучию детей и подростков.

Список литературы

1. Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулык» на 2016-2019 гг. – Астана, 2016. – 58 с.;

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, включая детей дошкольного, школьного возрастов, а также учащихся организаций технического и профессионального, послесреднего и высшего образования», <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021820>

3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 июня 2018 года № 361 «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования по проведению профилактических прививок населению"», <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1800017206>

4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июня 2011 года № 381 " Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере формирования здорового образа жизни", <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1100007064>

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-76 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования", <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023890>

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-285/2020 «Об утверждении правил организации медицинской помощи по охране репродуктивного и психического здоровья несовершеннолетних в возрасте от десяти до восемнадцати лет и молодежи», <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021846>

7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ- 205/2020 «Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками», <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021679>

8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 марта 2022 года № ҚР ДСМ -25 «Об утверждении стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан», <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200027182>

9. https://www.inform.kz/ru/nagruzka-na-shkol-nyh-medsester-vyrosla-v-kazahstane_a3736353

10. https://ksph.edu.kz/wp-content/uploads/2021/12/Маханбеткулова_Д._Вопросы_развития_школьной_медицины_на_уровне_ПМСП.pdf

11. Стандарт организации школьной медицины, <https://legalacts.egov.kz/npa/view?id=14144784>

12. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»

13. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-76 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования»

14. Petrova, A.N., Ivanova, O.V. (2019). "Shkol'naya meditsina v Rossii: organizatsiya i perspektivy razvitiya",.- Meditsina i obrazovanie v Sibiri, 2(21), 62-68.

15. Kozlova, M.V., Shestakova, A.A. (2016). "Rol' meditsinskoj sestry v razvitii shkol'noy meditsiny v Rossii". – Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta, 12(4), 268-272.

16. Zhou, X., Zhang, Y., Gao, R., Chen, S., Wang, J. (2020). "School-based health education in China: a systematic review of intervention studies." BMC Public Health, 20(1), 160.

17. Wang, J., Xie, B., Liu, Y., Xie, J., Xu, Y. (2019). "Analysis of school health education in China: a review of domestic literature." International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(17), 3059.

18. Padaiga, Z., Jankauskiene, D., Ramašauskaite, D. (2014). "School health services as a key factor in promoting students' health in Europe." International Journal of Public Health, 59(2), 189-198.

19. Gaizauskiene, A., Gaižauskas, R. (2016). "Effectiveness of health promotion interventions in schools: a review." Health Education Journal, 75(6), 744-756.

20. Chen, C., Sánchez-Vaznaugh, E. V. (2016). "School-based health education and promotion programs: a review." Journal of School Health, 86(5), 359-372.

21. Gortmaker, S. L., Wang, Y. C., Long, M. W., Giles, C. M., Ward, Z. J., Barrett, J. L., Kenney, E. L., Sonneville, K. R., Afzal, A. S., Resch, S. C., Cradock, A. L. (2015). "Three interventions that reduce childhood obesity are projected to save more than they cost to implement." Health Affairs, 34(11), 1932-1939.

22. Токмурзиева Г.Ж., Сапарбеков М.К., Маханбеткулова Д.Н., Нугманова Д.С., Хегай Е.Л., Стафеева И.Ю. Социальные детерминанты формирования здоровья школьников подросткового возраста // Медицина. – Алматы, 2017. – № 12 (186). – С. 11-14
23. Маханбеткулова Д.Н., Токмурзиева Г.Ж. Модель охраны репродуктивного здоровья девочек-подростков // Вестник КазНМУ. Научно – практический журнал. – Алматы, 2020. – № 1. – С. 9-14
24. "Competencies for Nursing Practice: A Consensus Statement from the National Council of State Boards of Nursing" (https://www.ncsbn.org/Competencies_for_Nursing)
25. <https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm?lang=ru>

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ

Маханбеткулова Д.Н.^{1,2}, Айқынқызы Г.², Хомякова М.В.¹, Дауренбекова А.Н.¹, Жолдасова Ф.Қ.¹, Саматов А.².

¹НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан,
г. Алматы

²НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»,
Казахстан, г. Алматы

Аннотация. В данной статье основное внимание уделяется изучению роли медсестры в процессе медицинской реабилитации, с акцентом на мультидисциплинарный подход и разнообразные задачи, которые медсестра выполняет на различных этапах реабилитации. Рассматриваются ключевые моменты, касающиеся ухода за пациентами на всех трех этапах реабилитационного процесса, начиная от первоначальной оценки состояния пациента, планирования ухода и заканчивая оценкой результатов реабилитации. Особое внимание уделено функциям медсестры в профилактике и уменьшении проблем, возникающих у пациентов во время реабилитации, включая управление личным уходом, предупреждение травм и предоставление эмоциональной поддержки.

Ключевые слова: медсестра расширенной практики, первичная медико-санитарная помощь, сестринская помощь, медицинская реабилитация, медсестра в реабилитационной службе

Введение. Роль медицинской сестры в реабилитационной помощи охватывает множество аспектов и является ключевой для успешного восстановления пациентов. Медсестры играют центральную роль на всех этапах реабилитационного процесса, начиная от первичной оценки состояния пациента и заканчивая контролем за соблюдением рекомендаций и плана восстановления.

В Казахстане, как и во многих других странах, роль медсестер в реабилитационном процессе признается важной для достижения целей реабилитации и улучшения качества жизни пациентов.

Целью исследования является исследование и анализ роли медицинских сестер в процессе медицинской реабилитации.

Материалы и методы. Поиск литературы охватил статьи, опубликованные в период с 2010 по 2023 год. Поиск был проведен в следующих базах данных: CINAHL, Кокрейновский Центральный регистр контролируемых исследований, Medline, PubMed. Поиск был проведен с помощью комбинации ключевых слов: самостоятельная сестринская практика, расширение сестринской практики, современная модель первичной медико-санитарной помощи, реабилитационная помощь, медицинская помощь в

реабилитации пациентам. Всего были просмотрены 23 статей, из них отобраны для статьи 25 работ.

Сегодня медицинские работники среднего звена играют ключевую роль в управлении и выполнении специфических программ медицинской реабилитации [1-3]. Этот процесс включает в себя как медицинские, так и психологические мероприятия, направленные на достижение следующих целей:

полное или частичное восстановление потерянных или нарушенных функций поврежденного органа или системы организма;

поддержание функционирования организма в период завершения острого заболевания или во время обострения хронического заболевания;

предотвращение, своевременное выявление и корректировка возможных функциональных нарушений в поврежденных органах или системах;

предупреждение инвалидности и снижение ее степени;

повышение качества жизни пациентов, сохранение их трудоспособности и способствование их социальной адаптации в обществе [4-6].

Медицинская реабилитация является ключевым элементом процесса лечения и профилактики заболеваний. Она включает в себя использование как медикаментозных средств, так и методов без применения лекарств, а также адаптацию жизненной среды к способностям пациента и наоборот [7]. Это может включать в себя использование средств для облегчения передвижения, протезирования и ортезирования. В рамках немедикаментозной терапии используются различные технологии, в том числе физиотерапия, лечебная физкультура, массаж, диетотерапия, мануальная терапия, психотерапия, рефлексотерапия и методы, основанные на использовании природных лечебных факторов [8,9].

Медицинская реабилитация проводится как в контексте первичного здравоохранения, так и в рамках более специализированной медицинской помощи, включая использование передовых технологий. Эта практика осуществляется как в условиях амбулаторного лечения, так и в стационаре на дневной или круглосуточной основе. Реабилитационные процедуры выполняются командой специалистов различных дисциплин, независимо от длительности заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и наличии возможности для восстановления функций, если нет противопоказаний к применению определенных методов реабилитации, основываясь на поставленном реабилитационном диагнозе. В рамках мультидисциплинарного подхода, медсестры занимают центральное место в команде по реабилитации, работая наравне с другими специалистами и активно участвуя в процессе лечения и восстановления. Их роль в реабилитации крайне важна, так как медсестры проводят с пациентами больше времени, чем другие члены медицинской бригады, управляя различными аспектами их жизни, что позволяет им иметь полное понимание процесса лечения и следить за соблюдением всех этапов реабилитационных процедур. Специалисты среднего звена, такие как медсестры, работающие в областях физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры, трудотерапии, также играют активную роль в реабилитационном процессе, проводя с пациентами гораздо больше времени, чем даже основной лечащий врач.

В процессе реабилитации пациентов различных категорий, медсестра отвечает за выполнение всех этапов ухода, включая первоначальную оценку состояния пациента, анализ собранных данных, разработку плана ухода и окончательную оценку достигнутых результатов. В рамках своей профессиональной деятельности реабилитационная медсестра выполняет следующие задачи:

определение медицинских, психологических, духовных, социальных и бытовых проблем пациента;

выявление и оценка рисков для здоровья пациента и его семьи, предоставление консультаций по минимизации их влияния;

диагностика основных потребностей пациента и разработка программ ухода, включая диагностические, корректирующие и образовательные методы и технологии восстановления, согласно указаниям врача или в рамках своих полномочий;

подготовка пациента к реабилитационным процедурам и оказание помощи врачу в их проведении;

выполнение специализированных реабилитационных процедур и медицинских манипуляций, обеспечивая инфекционную безопасность и безопасность окружающей среды для пациента и персонала;

восстановление адаптивных способностей пациента, обучение адаптации к условиям ограниченных возможностей, самообслуживанию и самоуходу;

консультации для пациента и его семьи по вопросам организации диетического питания и соблюдения лечебного режима в период восстановления;

организация и проведение занятий в реабилитационных школах для пациентов;

выполнение реабилитационных процедур в условиях стационарного и амбулаторного ухода;

контроль за соблюдением пациентами рекомендаций по восстановлению нарушенных функций, физического и психического здоровья, а также социального статуса [10-12].

В соответствии с тяжестью состояния пациента, медицинская реабилитация делится на три этапа. На каждом из этих этапов медсестра выполняет ключевые функции в реабилитационном процессе, которые включают уход за пациентом, реализацию врачебных указаний, определение и удовлетворение потребностей пациента, назначение и проведение физиотерапевтических процедур, организацию занятий лечебной физкультуры и массажа, а также инструктаж пациентов по поддержанию правильного режима дня и диеты, среди прочего [13].

В начальном этапе медицинской реабилитации, который проводится в период острого проявления болезни или после травмы в отделениях интенсивной терапии и реанимации, главная задача - оценить уровень функционального нарушения и возможности пациента, улучшить его общее физическое состояние, предотвратить и лечить осложнения, связанные с длительной неподвижностью, а также обнаружить и корректировать психоэмоциональные нарушения. Для этого используются переносные устройства для лечебной физкультуры, физиотерапии, психотерапии, рефлексотерапии и логопедии. На этой стадии, в зависимости от конкретного заболевания или травмы и тяжести состояния пациента, медсестра сталкивается как с общими, так и с особенными задачами. К общим задачам относятся вопросы питания, гидратации, ухода за кожей, профилактика осложнений, таких как пролежни, риск развития пневмонии и аспирации, а к специфическим - проблемы функции тазовых органов у пациентов с повреждением спинного мозга, боли и отеки в парализованных конечностях при инсульте [14].

На этом этапе медсестра несет ответственность за точное следование указаниям врача, активно мониторит психологическое и физическое состояние пациента, регулирует поддержание температуры тела, обеспечивает достаточное питание и употребление жидкостей. В рамках профилактики затруднения дыхания убираются съемные зубные протезы, осуществляется контроль за положением пациента, регулярно проводятся процедуры по уходу за полостью рта и пассивные упражнения для дыхания. Также поддерживается оптимальная температура в помещении (18–20°C), проветриваются палаты и используется соответствующее постельное белье.

Профилактика пролежней, вызванных неправильным уходом, заключается в избегании долгого давления на мягкие ткани и предотвращении их повреждения во время перемещений пациента, а также в обеспечении сухости и чистоты постели без складок и мелких частиц. Чтобы предотвратить появление пролежней, пациента регулярно переворачивают в кровати каждые два часа, соблюдая принципы правильной биомеханики. Для обеспечения удобства и физиологически корректного положения

пациента используются специальные кровати, матрацы, предотвращающие образование пролежней, а также дополнительные приспособления, такие как подушки, валики из простыней, пеленок и одеял, а также специальные подставки для стоп [15-17].

Во второй стадии медицинской реабилитации, которая осуществляется на начальной стадии восстановления после болезни или травмы, в период устойчивых последствий заболевания или в хронической фазе без обострений и проводится в условиях стационара, например в реабилитационных центрах или отделениях, активно используются различные специализированные службы. В этот процесс включены занятия лечебной физкультуры, медицинский массаж, психотерапия, физиотерапия, рефлексотерапия и другие специализированные услуги отделения [18].

Пациенты, испытывающие значительные функциональные нарушения, но имеющие потенциал для их восстановления, и нуждающиеся в помощи других людей для выполнения повседневных задач, передвижения и общения, направляются в реабилитационные стационары. В этой среде медсестры часто сталкиваются с вызовами, связанными с самообслуживанием пациентов, двигательными нарушениями, риском получения травм, дезориентацией и психическими расстройствами [19].

Ограниченные способности в уходе за собой могут включать трудности с поддержанием личной гигиены (такие как мытье, расчесывание волос, бритье и т.п.), принятием ванны или душа (включая намыливание, мытье и вытирание тела, безопасное вход и выход из ванны), одеванием (например, надевание и снятие одежды, застегивание пуговиц, молний, других фиксирующих элементов, обуви, протезов), использованием туалета (передвижение к туалету и обратно, поддержание правильной позы, личная гигиена), а также приемом пищи, включая использование столовых приборов, подношение еды к рту, глотание, питье и жевание [20].

Если у пациента возникают трудности с самообслуживанием, медсестра должна обучить его специальным методам, которые упрощают выполнение повседневных задач. Также важно обеспечить пациента необходимыми адаптивными устройствами, такими как стенные поручни для поддержки, поручни у туалета, сиденье для ванны, адаптированная посуда для приема пищи и прочее. Кроме того, следует разработать программу трудотерапии с регулярными занятиями, например, использованием стенда для бытовой реабилитации [21].

Медсестра играет важную роль в минимизации риска травм, создавая безопасную среду и предоставляя средства для облегчения передвижения. Важно не ограничивать движения пациента, а обеспечить безопасность всех его действий. Риски падения включают вставание и ложение в кровать, перемещение без поддержки, пересаживание в инвалидное кресло-коляску с нефиксированными колесами, доставание предметов, находящихся вне зоны доступа, и использование скользкой обуви [22].

Если у пациента наблюдаются симптомы дезориентации, медсестра организует его сопровождение к местам проведения процедур, информирует его и ведет разъяснительные беседы. Психоэмоциональные нарушения могут серьезно влиять на мотивацию и адекватное поведение пациента, что затрудняет процесс реабилитации. В таких случаях медсестра должна настраивать пациента на реабилитационные методы, повторять инструкции и отвечать на вопросы, а также стимулировать его к выздоровлению. Психотерапевтический подход включает в себя предварительное обсуждение с пациентом плана реабилитации, поддержку во время его выполнения и заключительную беседу. Медсестра должна быть хорошо осведомлена о целях и методах реабилитации, а также о характере и механизме действия назначенных лекарств и процедур [23].

Третий и заключительный этап медицинской реабилитации проводится в амбулаторных условиях, включая кабинеты лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, психотерапии, медицинской психологии и логопедии. Этот этап реабилитации предназначен для пациентов, которые могут самостоятельно обходиться в повседневной жизни, способных общаться и передвигаться самостоятельно. Кроме того, в

рамках амбулаторной реабилитации могут использоваться дневные стационары, а для пациентов с тяжелыми нарушениями подвижности предусмотрена реабилитация на дому [24,25].

Следовательно, медицинская реабилитация является важной частью медицинского обслуживания и неотъемлемым этапом в нем. Мультидисциплинарный подход в реабилитации активно вовлекает медсестру в лечебно-реабилитационный процесс и ставит перед ней серьезные задачи: предотвращение, облегчение, сокращение или минимизация проблем и трудностей, возникающих у пациентов во время реабилитации. Действия медсестры направлены на решение конкретных проблем пациента. Включение сестринского ухода в процесс реабилитации является ключевым для обеспечения профессионального ухода, что способствует повышению качества сестринской помощи и положительно сказывается на качестве жизни пациента, связанной с его здоровьем.

Обсуждение. Медсестры, работая наравне с другими специалистами, вносят значительный вклад в восстановление пациентов, начиная от первичной оценки и заканчивая последующим уходом. Особое внимание уделяется различным этапам медицинской реабилитации и специфическим задачам, которые возлагаются на медсестер на каждом из этих этапов. Это включает уход за пациентами с серьезными функциональными нарушениями, проблемами самообслуживания и психоэмоциональными расстройствами. В статье приведены современные практики и технологии в области реабилитации, включая использование адаптивных устройств и психотерапевтических методов, и их влияние на улучшение качества жизни пациентов. Анализируются вызовы и возможности, с которыми сталкиваются медсестры в реабилитационных отделениях, а также рассматриваются перспективы развития сестринской реабилитационной помощи. Подчеркивается значимость интеграции сестринского ухода в мультидисциплинарные реабилитационные программы для достижения наилучших результатов в лечении и восстановлении пациентов.

В заключение, статья подчеркивает, что медицинская реабилитация является неотъемлемой и критически важной частью медицинского обслуживания. Основываясь на мультидисциплинарном подходе, она вовлекает медсестер в активный и центральный процесс лечения и восстановления, поручая им ключевые задачи по предотвращению, уменьшению, облегчению или минимизации проблем и трудностей, с которыми сталкиваются пациенты в ходе реабилитации. Действия медсестры целенаправленно решают специфические проблемы пациентов. Включение сестринского ухода в процесс реабилитации оказывается необходимым для обеспечения высококачественного профессионального ухода, что способствует улучшению качества сестринской помощи и оказывает положительное влияние на качество жизни пациентов, связанное с их здоровьем.

Список литературы

1. Новокрещенова И.Г., Чунакова В.В. Роль среднего медицинского персонала в развитии первичной медико-санитарной помощи // Бюллетень медицинских интернет-конференций, vol. 4, no. 10, 2014, pp. 1068-1071.
2. Новокрещенова И.Г., and Чунакова В.В.. "Роль среднего медицинского персонала в развитии первичной медико-санитарной помощи" Бюллетень медицинских интернет-конференций, vol. 4, no. 10, 2014, pp. 1068-1071.
3. Еремушкин М.А. Основы реабилитации. Учебное пособие для студ. проф. образования. 3-е изд., стер. М.: Академия, 2013; 208.
4. Поважная Е.Л. Роль медсестры в медицинской реабилитации больных // Журн. Медицинская сестра. Профессия: теория и практика, Москва. – 2016. – № 6. – С. 42-45
5. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates V, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE, MacKay-Lyons M, Ottenbacher KJ, Pugh S, Reeves MJ, Richards LG, Stiers W, Zorowitz RD; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of

Care and Outcomes Research. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016 Jun;47(6):e98-e169. doi: 10.1161/STR.0000000000000098. Epub 2016 May 4. Erratum in: *Stroke*. 2017 Feb;48(2):e78. Erratum in: *Stroke*. 2017 Dec;48(12):e369. PMID: 27145936.

6. Wei H, Roberts P, Strickler J, Corbett RW. Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. *J Nurs Manag*. 2019 May;27(4):681-687. doi: 10.1111/jonm.12736. Epub 2019 Jan 21. PMID: 30449038.

7. Исенова Б.К., Маханбеткулова Д.Н. и др. Роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам пожилого возраста //Журн. Фармация Казахстана, Алматы. – 2023. – № 3. – С. 187-193

8. Alsadaan N, Salameh B, Reshia FAAE, Alruwaili RF, Alruwaili M, Awad Ali SA, Alruwaili AN, Hefnawy GR, Alshammari MSS, Alrumayh AGR, Alruwaili AO, Jones LK. Impact of Nurse Leaders Behaviors on Nursing Staff Performance: A Systematic Review of Literature. *Inquiry*. 2023 Jan-Dec;60:469580231178528. doi: 10.1177/00469580231178528. PMID: 37269099; PMCID: PMC10265372.

9. Vincent E, Sewell L. The role of the nurse in pulmonary rehabilitation. *Nurs Times*. 2014 Dec 10-16;110(50):16-8. PMID: 26021052.

10. Cigna JA, Turner-Cigna LM. Rehabilitation for the home care patient with COPD. *Home Healthc Nurse*. 2005 Sep;23(9):578-84; quiz 585-6. doi: 10.1097/00004045-200509000-00009. PMID: 16160553.

11. Akinci AC, Olgun N. The effectiveness of nurse-led, home-based pulmonary rehabilitation in patients with COPD in Turkey. *Rehabil Nurs*. 2011 Jul-Aug;36(4):159-65. doi: 10.1002/j.2048-7940.2011.tb00084.x. PMID: 21721397.

12. Baker MJ, Fisher MJ, Pryor J. Male nurse practice in inpatient rehabilitation. Finding a safe way: a grounded theory. *Int J Nurs Stud*. 2023 Jul;143:104506. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104506. Epub 2023 Apr 18. PMID: 37149952.

13. Baker MJ, Fisher MJ, Pryor J. Potential for misinterpretation: An everyday problem male nurses encounter in inpatient rehabilitation. *Int J Nurs Pract*. 2022 Feb;28(1):e12985. doi: 10.1111/ijn.12985. Epub 2021 Jun 11. PMID: 34114712.

14. McCullough K, Whitehead L, Bayes S, Williams A, Cope V. The delivery of Primary Health Care in remote communities: A Grounded Theory study of the perspective of nurses. *Int J Nurs Stud*. 2020 Feb;102:103474. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103474. Epub 2019 Nov 13. PMID: 31835121.

15. Pryor J, Buzio A. Enhancing inpatient rehabilitation through the engagement of patients and nurses. *J Adv Nurs*. 2010 May;66(5):978-87. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05237.x. Epub 2010 Mar 22. PMID: 20337804.

16. Teresa-Morales C, Rodríguez-Pérez M, Araujo-Hernández M, Feria-Ramírez C. Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 22;19(13):7640. doi: 10.3390/ijerph19137640. PMID: 35805296; PMCID: PMC9265497.

17. Brandon E, Green P, Palozzi L, Kassam-Lallani D, Lauzon A, Nenadovic V, Puthen R, Rudden L, Ballantyne M. Nurse Practitioners in a Canadian Pediatric Rehabilitation Hospital: A Description of Roles and Scope of Practice. *J Pediatr Health Care*. 2023 Sep-Oct;37(5):e1-e10. doi: 10.1016/j.pedhc.2023.04.011. Epub 2023 May 27. PMID: 37245130.

18. Dreyer P, Angel S, Langhorn L, Pedersen BB, Aadal L. Nursing Roles and Functions in the Acute and Subacute Rehabilitation of Patients With Stroke: Going All In for the Patient. *J Neurosci Nurs*. 2016 Apr;48(2):108-15. doi: 10.1097/JNN.000000000000191. PMID: 26871241.

19. Kosevich G, Leinfelder A, Sandin KJ, Swift E, Taber S, Weber R, Finkelstein M. Nurse practitioners in medical rehabilitation settings: a description of practice roles and patterns.

J Am Assoc Nurse Pract. 2014 Apr;26(4):194-201. doi: 10.1002/2327-6924.12038. Epub 2013 Jun 27. PMID: 24170448.

20. Harrison JM, Aiken LH, Sloane DM, Brooks Carthon JM, Merchant RM, Berg RA, McHugh MD; American Heart Association's Get With the Guidelines-Resuscitation Investigators. In Hospitals With More Nurses Who Have Baccalaureate Degrees, Better Outcomes For Patients After Cardiac Arrest. Health Aff (Millwood). 2019 Jul;38(7):1087-1094. doi: 10.1377/hlthaff.2018.05064. PMID: 31260358; PMCID: PMC6681904.

21. Gu J, Luo L, Li C, Ma S, Gong F. Effects of a Modified Six-Sigma-Methodology-Based Training Program on Core Competencies in Rehabilitation Nurse Specialists. J Korean Acad Nurs. 2023 Aug;53(4):412-425. doi: 10.4040/jkan.22122. PMID: 37673816.

22. Guitar NA, Connelly DM, Prentice K, Nguyen A, McIntyre A, Tanlaka EF, Snobelen N. The role of nurses in inpatient geriatric rehabilitation units: A scoping review. Nurs Open. 2023 Oct;10(10):6708-6723. doi: 10.1002/nop2.1951. Epub 2023 Jul 28. PMID: 37515319; PMCID: PMC10495722.

23. Ni L, Li K, Jiang L, Chen J, Chen Y, Li X, Lin N, Thorn F, Deng R. A Nurse's Perspective on Visual Rehabilitation of Outpatients With Low Vision in China. Rehabil Nurs. 2020 Jan/Feb;45(1):45-53. doi: 10.1097/rnj.000000000000178. PMID: 30095554.

24. Loft MI, Poulsen I, Esbensen BA, Iversen HK, Mathiesen LL, Martinsen B. Nurses' and nurse assistants' beliefs, attitudes and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit-A qualitative study. J Clin Nurs. 2017 Dec;26(23-24):4905-4914. doi: 10.1111/jocn.13972. Epub 2017 Oct 1. PMID: 28722777.

25. Lawrence M, Campbell L. Nurse education needed to address uncertainties of role and contribution in stroke rehabilitation units. Evid Based Nurs. 2018 Apr;21(2):44. doi: 10.1136/eb-2017-102851. Epub 2018 Feb 19. PMID: 29459385

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Сейсенбаев Н.¹, Маукенова А.¹, Кибатолдинов Е.²

¹ *КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова г. Алматы, Казахстан*

² *«Медицинский университет Семей» г. Семей, Казахстан*

Введение. За последние годы в динамике усовершенствуется и улучшается механизмы мотивации медицинского кадра системы здравоохранения. В данной статье рассматривается проблемы системы мотивации медицинских сотрудников. И с этой целью были исследованы и оценены инструменты мотивации, уровень удовлетворенности работников и определены психологические, мотивирующие и демотивирующие факторы производительности труда. Для сбора количественных данных исследователями сплошным методом использовался структурированный вопросник, в котором рассматривалась мотивация и удовлетворенность медицинских сотрудников. Предметом исследования явились мотивационные инструменты. На основании проведенного исследования авторами подчеркивается необходимость разработки и внедрения различных методы мотивации и стимулирования труда персонала и реализация мероприятий по решению вопросов по отрицательным факторам мотивации.

Цель исследования: Изучить уровень эффективности системы мотивации персонала медицинской организации

Методы исследования:

аналитический
статистический

Обсуждение. Результаты исследования подчеркивают, что улучшение коммуникаций и процессов внутри службы поддержки пациентов способствует повышению общей эффективности медицинского учреждения. Исследование демонстрирует связь между качеством работы службы поддержки и удовлетворенностью пациентов, что подтверждает необходимость постоянного мониторинга и оптимизации ее деятельности. В дальнейшем, усилия по улучшению работы службы должны сосредоточиться на интеграции современных технологий и обучении персонала. Это поможет обеспечить более высокий уровень удовлетворенности и качества обслуживания в условиях быстро меняющейся медицинской среды.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинский персонал, работники общественного здравоохранения, мотивация, удовлетворенность работой

Введение. Кадровые ресурсы играют ключевую роль в оптимизации использования других имеющихся ресурсов, являясь основным компонентом системы здравоохранения [1]. Несмотря на свою важность, дефицит кадров остается актуальной проблемой современного этапа развития здравоохранения в РК, что может привести к неудовлетворительным результатам мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения [2]. Одновременно важно не только привлечь кадры в систему, но и удержать медицинских работников, создав такие условия труда, при которых сотрудники были бы заинтересованы не только в работе на конкретном рабочем месте, но и работать максимально продуктивно. То есть необходимо формировать результативную систему мотивации медицинского персонала [3].

Утверждается, что определяющим фактором удержания медицинского кадра и результативности их работы является мотивация работников здравоохранения [4]. Мотивация труда определяется как “Готовность трудиться и поддерживать усилия для достижения целей организации” [5], в то время как мотивированные и заинтересованные работники здравоохранения с большей вероятностью будут применять свои знания для реального оказания медицинской помощи [6] и тем самым повышает удовлетворенность пациентов [7,8]. Учитывая текущие проблемы, такие как неудовлетворительные условия труда, проблемы личной безопасности и старое оборудование, трудовая мотивация может играть важную роль в повышении производительности ресурсов здравоохранения в развивающихся странах [9,10]. Немотивированная рабочая сила может подорвать качество предоставления услуг и тем самым отказаться от занятия данной профессией. “Качество медицинских услуг, их действенность, результативность, доступность и возможности зависят от работы тех, кто их предоставляет”, и поэтому важно сделать развитие персонала центральным вопросом политики здравоохранения [11].

Механизмы достижения стратегического управления человеческими ресурсами, модернизации медицинского образования и науки, внедрения инновационной модели HR-политики в медицинских организациях государственной и частной форм собственности указаны в Национальной политике управления кадровыми ресурсами здравоохранения Республики Казахстан, которая направлена на обеспечение повышения эффективности действующей системы здравоохранения [12]. Анализ темпов роста численности медицинского персонала в Республике Казахстан в целом показывает их нестабильность и незначительность. Основной причиной оттока квалифицированных кадров из отрасли является отсутствие мотивационного механизма [13]. Однако неэффективное управление человеческими ресурсами является одной из наиболее важных проблем системы здравоохранения страны. Целью этого исследования была оценка системы мотивации на примере АО ННЦХ им А.Н.Сызганова.

Цель исследования: Изучить уровень эффективности системы мотивации персонала медицинской организации

Методы исследования:

Это исследование было сплошным, проведенным в январе и марте 2023 года. В исследование вошли медицинские работники АО ННЦХ им А.Н.Сызганова. В исследовании приняли участие все медицинские работники данного национального научного центра. Была отправлена ссылка на анкету 300 сотрудникам, 291 (97%) анкет были заполнены, 9 анкет были исключены из дальнейшего анализа из-за отсутствия ответов более чем на 30%.

Измерительный прибор

После обзора литературы была разработана анкета на платформе Google форм для самостоятельного заполнения, состоящая из трех частей. В первую часть вошли демографические характеристики, во вторую — вопросы касающиеся удовлетворенности рабочим местом. Заключительный раздел анкеты состоял из 7 вопросов для определения состояния некоторых переменных, состоящих из функционирующей системы мотивации, психологических факторов на мотивацию, негативных факторов, влияющих на процесс работы, вознаграждений и стимулов.

Разработанная анкета сперва была апробирована на 15 медицинских работниках и была проверена с использованием комментариев экспертов в области управления, и их конструктивные мнения были учтены при модификации инструмента. Только после исправления всех замечаний ссылка на анкету была распространена среди всех участников исследования, то есть до начала исследования анкета прошла валидацию на соответствие выдвинутым требованиям. Структурированная анкета была заполнена респондентами самостоятельно.

Анализ данных

Анализ данных выполнен с применением методов описательной статистики. Для качественных данных значимость различий в группах была определена с помощью расчета критерия отношения правдоподобия. Статистически значимыми считались значение p меньше 0,05.

Статистический анализ проводился с использованием программы MSEXcel и программного обеспечения IBM SPSS Statistics (IBM Corp., USA) version 20.0.

Результаты исследования. Общие характеристики участников исследования

Всего в исследовании приняли участие 291 медицинских работников. Большинство респондентов 70,6% находились в возрастной группе 30–39 лет, вторую группу по большинству составили работники в возрастной группе 18–29 лет. По половому составу 70,4% составили мужчины. Около 33,7% участников имели в целом опыт работы медицинским работником более 10 лет. Однако больше половины участников (54,6%) имели опыт от 6 до 10 лет. 5-летний стаж работы в базе исследования у большей доли респондентов 56,7% (Таблица 1).

Таблица 1. Общие характеристики участников исследования

Характеристика	Частота	Процент (%)
<i>Возрастная категория в годах</i>		
18-29 лет	51	17,6
30-39 лет	204	70,6
40-49 лет	18	6,2
50-59 лет	13	4,5
60 лет и старше	3	1
<i>Половая структура</i>		
Мужчины	86	29,6
Женщины	205	70,4
<i>Общий стаж работы</i>		
1-5 лет	65	22,3

6-10 лет	159	54,6
11-15 лет	34	11,7
16-20 лет	13	4,5
20 лет и больше	20	6,9
<i>Стаж работы в АО ННЦХ им А.Н.Сызганова</i>		
1-5 лет	164	56,7
6-10 лет	88	30,4
11-15 лет	14	4,8
16-20 лет	9	3,1
20 лет и больше	14	4,8
Примечание* - источник или составлено на основе анкетирования		

Удовлетворенность рабочим местом

45% работников центра считают необходимо изменить на своем рабочем месте оборудование и технические средства труда. График работы хотели бы изменить 34 (11,8%) медицинских работника. Большая часть сотрудников (42,6%) оценили заработную плату как среднюю, то есть достаточна для приобретения продуктов питания и одежды, оплаты коммунальных услуг, но покупка телевизора, холодильника и т. п. представляет трудности, а по мнению 39,5% респондентов низкая – достаточна для приобретения продуктов, оплаты коммунальных услуг, но даже покупка одежды уже может иногда представлять трудности. Больше всего в своей работе медицинские сотрудники ценят хороший трудовой коллектив (37,2%) и интересность работы (33,4%) (Таблица 2).

Таблица 2. Удовлетворенность рабочим местом

Элементы рабочего места	Частота	Процент (%)
<i>Необходимо изменить на рабочем месте</i>		
продолжительность рабочего дня	34	11,8
оборудование,	130	45,3
технические средства труда	33	11,5
в коллективе	51	17,8
график работы	39	13,6
психологические тренинги		
<i>Уровень зарплаты</i>		
Очень низкая – достаточна в первую очередь для приобретения продуктов питания, оплаты коммунальных услуг	48	16,5
Низкая – достаточна для приобретения продуктов, оплаты коммунальных услуг, но даже покупка одежды уже может иногда представлять трудности	115	39,5
Средняя – достаточна для приобретения продуктов питания и одежды, оплаты коммунальных услуг, но покупка телевизора, холодильника и т. п. представляет трудности	124	42,6
Высокая – не достаточна только для осуществления крупных трат, таких как		

покупка жилья, автомобиля и дорогостоящего отпуска	3	1
Очень высокая – достаточна практически для любых трат, в том числе для оплаты жилья, дорогого автомобиля, дорогостоящего отпуска	1	0,3
<i>Ценное на данной работе</i>		
Это интересная работа	97	33,4
Удобное месторасположение, транспортная доступность	75	25,9
Рабочее место, отвечающее самым современным требованиям	37	12,8
Удобный график работы	66	22,8
Гарантия сохранения рабочего места	33	11,4
Свобода организации своей деятельности	12	4,1
Возможность совместительства	31	10,7
Хороший трудовой коллектив	108	37,2
Общение с пациентами	43	14,8
Социальная значимость	32	11
Возможность хорошо зарабатывать	18	6,2
Перспективы карьерного роста	43	14,8
Возможность творческой самореализации	17	5,9
Затрудняюсь ответить	45	15,5
Примечание* - источник или составлено на основе анкетирования		

Система мотивации

По результатам исследования 37,5% респондентов считают, что в организации инструментом мотивации является премия. Большинство медицинских работников (44,4%) не удовлетворены действующей системой мотивацией и как мотивационный стимул предпочитают длительный оплачиваемый отпуск (33%). Для 44,2 работников объявление благодарности важна как форма морального поощрения (Таблица 3),

Таблица 3. Инструменты мотивации

Инструменты мотивации	Частота	Процент (%)
<i>Используемый мотивационные инструменты на момент исследования</i>		
Систему КРІ	10	3,6
Награждение	28	10,1
Премия	104	37,5
Другое	135	48,7
<i>Удовлетворенность действующей системой мотивации труда в организации</i>		
Удовлетворительно	104	36,1
Неудовлетворительно	128	44,4
Плохо	56	19,4
<i>Предпочитаемые сотрудниками мотивационные стимулы</i>		
Гарантия пенсионного обеспечения	58	20,6
Бесплатное	65	23

медицинское обслуживание	66	23,4
Гарантия занятости	93	33
Длительный оплачиваемый отпуск		
<i>Предпочтительные формы морального поощрения</i>		
Объявление благодарности	125	44,2
Проведение доверительных бесед	32	11,3
Личная неформальная похвала, устное поощрение	36	12,7
Выдвижение в резерв на высшую должность	46	16,3
Публичная похвала	27	9,5
Размещение фотографии на Доске почета	17	6
Примечание* - источник или составлено на основе анкетирования		

Нами также была изучена удовлетворенности системой поощрения среди лиц мужского и женского пола. Результаты анализа удовлетворенности действующими инструментами мотивации показали, что нет статистически значимой разницы среди медицинского персонала мужского и женского пола (Таблица 4).

Таблица 4. Удовлетворенность инструментами мотивации среди медицинского персонала мужского и женского пола.

		Женщины	Мужчины	p-value*
Какие мотивационные инструменты использует ваша организация для мотивации сотрудников?	Систему КРІ	6 (3%)	4 (4,9%)	0,143
	Премия	82 (41,6%)	22 (27,2%)	
	Награждение	20 (10,2%)	9 (11,1%)	
	Другое	89 (45,2%)	46 (56,8%)	
Удовлетворены ли Вы действующей системой мотивации труда в вашей организации?	Удовлетворительно	76 (37,4%)	28 (32,9%)	0,107
	Неудовлетворительно	94 (46,3%)	34 (40%)	
	Плохо	33 (16,3%)	23 (27,1%)	
Какие мотивационные стимулы вы больше предпочитаете в вашей организации?	бесплатное медицинское обслуживание	45 (22,7%)	20 (23,8%)	0,095
	гарантия занятости	39 (19,7%)	27 (32,1%)	
	гарантия пенсионного обеспечения	42 (21,2%)	16 (19%)	
	длительный оплачиваемый отпуск	72 (36,4%)	21 (25%)	
Выделите предпочтительные для вас формы морального поощрения	выдвижение в резерв на высшую должность	34 (17%)	12 (14,5%)	0,162
	личная неформальная похвала, устное	21 (10,5%)	15 (18,1%)	

	поощрение		
	объявление благодарности	89 (44,5%)	36 (43,4%)
	проведение доверительных бесед	21 (10,5%)	11 (13,3%)
	публичная похвала	24 (12%)	3 (3,6%)
	размещение фотографии на Доске почета	11 (5,5%)	6 (7,2%)
*Тест отношения правдоподобия			

Следующим шагом нашей исследовательской работы было выявление основных психологических факторов, влияющих на мотивацию труда. 92% медицинских работников отношения с начальством указали как фактор, влияющий на мотивацию труда, психологический климат в коллективе также для большинства (85%) явился таковым (Рисунок 1).

Какие психологические факторы влияют на вашу мотивацию труда

282 ответа

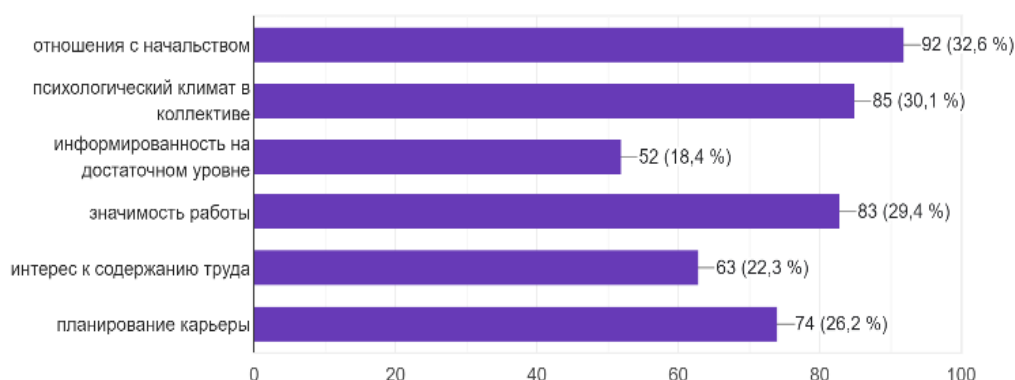


Рисунок 1. Психологические факторы, влияющие на мотивацию труда

Качество работы организации здравоохранения несомненно зависит от степени трудовой активности и поэтому важно определять не только положительно влияющих на мотивацию факторов, но и отрицательно воздействующих факторов. Участники исследования как демотивирующий фактор на первое место поставили психоэмоциональную нагрузку (47,6%) (Рисунок 2).

Выберите основные негативные факторы, влияющие на работу:

288 ответов

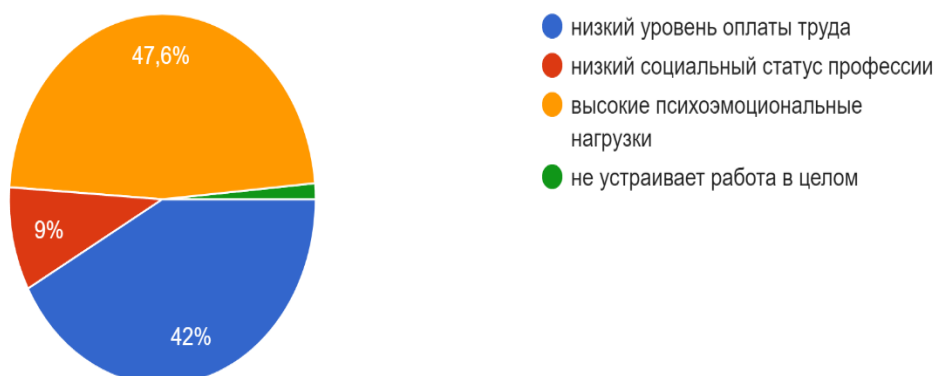


Рисунок 2. Негативные факторы, влияющие на мотивацию труда

Заключение. В этом исследовании были изучены удовлетворенность работой и действующей системой мотивации медицинского персонала. Лишь 36,1% были довольны системой мотивации. Из оцениваемых областей удовлетворенности работой были наиболее удовлетворены трудовым коллективом, местоположением организации, удобным рабочим графиком и тем, что работа в целом интересная. С другой стороны, они были наиболее недовольны своим пакетом заработной платы: 42,6% оценили уровень зарплаты как среднюю и 39,5% как низкую. Большинство (33%) сотрудников предпочитают длительный оплачиваемый отпуск как материальный мотивирующий фактор, предпочитаемым моральным поощрением для 44,2% было объявление благодарности. Демотивирующим факторам 47,6% участников исследования сообщили высокую психоэмоциональную нагрузку. Для 48,3 медицинских работников социальным актуальным мотивом работы в данной организации явилась возможность свободного и дружеского общения с коллегами.

Обсуждение. Политики и менеджеры по персоналу должны пересмотреть свою политику и руководящие принципы в области человеческих ресурсов, чтобы устранить основные источники низкого уровня удовлетворенности системой мотивации.

Список литературы.

1. Daneshkohan A, Zarei E, Mansouri T, Maajani K, Ghasemi MS, Rezaeian M. Factors Affecting Job Motivation among Health Workers: A Study From Iran. *Glob J Health Sci.* 2015;7:153–60.
2. Ахтаева СМ, Тлесова ЭБ, Зейнуллина АЖ. Современное состояние кадровых ресурсов здравоохранения: проблемы и перспективы развития. *Economics: the strategy and practice.* 2023;18:241–55.
3. Petrova NG, Гурьевна ПН, Pogosyan SG, Г ПС. Motivation of medical personnel as an important element of personnel management. *Science and Innovations in Medicine.* 2020;5:105–10.
4. Peters DH, Chakraborty S, Mahapatra P, Steinhardt L. Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. *Hum Resour Health.* 2010;8:27.
5. Mathauer I, Imhoff I. Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Hum Resour Health.* 2006;4:24.
6. Prytherch H, Kagoné M, Aninanya GA, Williams JE, Kakoko DC, Leshabari MT, et al. Motivation and incentives of rural maternal and neonatal health care providers: a comparison of

qualitative findings from Burkina Faso, Ghana and Tanzania. BMC Health Serv Res. 2013;13:149.

7. Doucette JN, Pabico C. Nursing Management partners with ANCC's Pathway to Excellence® Program. Nurs Manage. 2018;49:13–5.

8. Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. Nurs Outlook. 2018;66:180–9.

9. Mutale W, Ayles H, Bond V, Mwanamwenge MT, Balabanova D. Measuring health workers' motivation in rural health facilities: baseline results from three study districts in Zambia. Hum Resour Health. 2013;11:8.

10. Mbilinyi D, Daniel ML, Lie GT. Health worker motivation in the context of HIV care and treatment challenges in Mbeya Region, Tanzania: A qualitative study. BMC Health Serv Res. 2011;11:266.

11. Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Hum Resour Health. 2003;1:1.

12. Об утверждении национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация" - ИПС "Эділет" [Internet]. [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000725#z10>

13. Анатольевна ЛА, Колдасбаевна ДБ. КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА. Вестник Российского университета кооперации. 2021;30–6.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ПО ЛИНИИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ

Амантаева М.Е.¹, Аимбетова Г.Е.²

¹*Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Казахстан, Алматы*

²*НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», Казахстан, г. Алматы*

Актуальность. В настоящее время санитарная авиация разработана как часть передовых служб неотложной медицины, и многие страны используют эти службы для перевозки пациентов в обычных и экстренных ситуациях.

Медицинское обслуживание воздушным транспортом предполагает оказание медицинской помощи в пути с использованием самолетов или винтокрылых машин (вертолетов) для перемещения пациентов из одного места в другое. Современное использование и доступность медицинского обслуживания воздушным транспортом позволило расширить доступ к различным ресурсам системы здравоохранения, включая специализированную медицинскую помощь.

В 2013 году было опубликовано заявление «Надлежащее и безопасное использование вертолетных служб экстренной медицинской помощи: совместное заявление о позиции и справочный документ», разработанное группой авторов, состоящей из членов Ассоциации врачей воздушной медицины, Американского колледжа врачей неотложной помощи, Национальной ассоциации врачей скорой медицинской помощи и Американской академии неотложной медицины [1]. С момента публикации данного документа исследования показали, что возможности авиамедицинских служб по оказанию клинической помощи приносят пользу пациентам независимо от потенциальной экономии времени при транспортировке пациентов [2-4].

Материалы и методы исследования. С целью изучения путей совершенствования организации медицинской помощи новорожденным по линии санитарной авиации нами был проведен анализ статистических данных по оказанной перинатальной медицинской

помощи по линии санитарной авиации в ГКП на ПХВ «Жамбылский областной перинатальный центр Управления здравоохранения акимата Жамбылской области» (далее – УЗАЖО) за 2016-2022 годы. ГКП на ПХВ «Жамбылский областной перинатальный центр УЗАЖО» является учреждением, оказывающим третий уровень перинатальной помощи по регионализации. Оказывает специализированную квалифицированную акушерско-гинекологическую и неонатологическую помощь жителям Жамбылской области.

Результаты. В зону обслуживания ГКП на ПХВ «Жамбылский областной перинатальный центр УЗАЖО» входят следующие районы: Кордай, Шуйский, Меркенский, Сарысуйский, Байзакский, Жуалинский, Жамбылский, Мойынкум, Таласский, Т. Рыскулов, Городская многопрофильная больница, Жамбылская областная многопрофильная детская больница.

В период с 2016 по 2022 годы все районы области были охвачены оказанием медицинской помощи по линии санитарной авиации.

В анализируемый период наблюдается снижение оказания медицинской помощи новорожденным по линии санитарной авиации с показателя 240 детей (2016 г.) в 1,4 раза в 2022 году (n=169) (рисунок 1).



Рисунок 1. Данные по поступившим новорожденным по линии санитарной авиации за 2016-2022гг.

Новорожденные переведенные в ГКП на ПХВ «Жамбылский областной перинатальный центр УЗАЖО» по линии санитарной авиации с первых и вторых уровней перинатальной помощи Жамбылской области (2016-2022 гг.).

Анализ данных показал, что наибольшее количество поступивших детей по санитарной авиации были из Кордайского, Меркенского, Жуалинского и Шуского районов, и из Городской многопрофильной больницы.

Всего на анализируемый период из числа поступивших новорожденных было зарегистрировано 13 случаев летального исхода (рисунок 1).

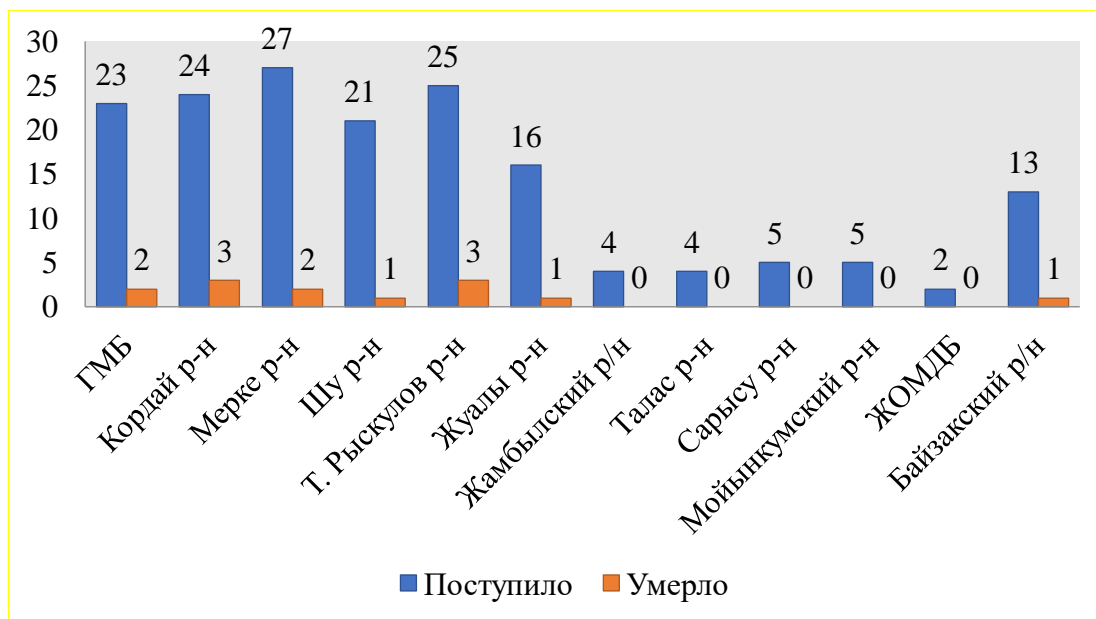


Рисунок 2. Новорожденные, переведенные в ГКП на ПХВ «Жамбылский областной перинатальный центр УЗАЖО» по линии санавиации с первых и вторых уровней перинатальной помощи.

Выводы. Медицинское обслуживание воздушным транспортом является важной частью системы здравоохранения.

Согласно документу EuReCa ONE, около 86% смертей из-за травм и 64% из-за остановки сердца происходят до прибытия в больницу [5]. Это может быть вызвано целым рядом причин, включая расстояние между местом происшествия и расположением служб неотложной помощи, отсутствие доступа к месту происшествия или необходимостью вторичного перевода в другие медицинские организации. из центра первичной медицинской помощи в специализированную больницу, а также в современные травматологические центры. В таких обстоятельствах санитарная авиация может сыграть решающую роль в получении доступа к пациентам и их транспортировке с места происшествия, а также в выживании пациентов [6-8].

Как часть системы неотложной медицинской помощи, санитарная авиация является одним из самых быстрых и эффективных способов транспортировки раненых и больных в чрезвычайных ситуациях, стихийных бедствиях и дорожно-транспортных происшествиях или при необходимости перевода в другие медицинские организации [9-11].

Список использованной литературы.

1. Floccare DJ, Stuhlmiller DFE, Braithwaite SA, Thomas SH, Madden JF, Hankins DG, Dhindsa H, Millin MG. Appropriate and safe utilization of helicopter emergency medical services: a joint position statement with resource document. *Prehosp Emerg Care.* 2013;17(4):521–5. doi:<https://doi.org/10.3109/10903127.2013.804139>.
2. Hannay RS, Wyrzykowski AD, Ball CG, Laupland K, Feliciano DV. Retrospective review of injury severity, interventions and outcomes among helicopter and nonhelicopter transport patients at a level 1 urban trauma centre. *Can J Surg.* 2014;57(1):49–54. doi:<https://doi.org/10.1503/cjs.000113>.
3. Brown JB, Gestring ML, Guyette FX, Rosengart MR, Stassen NA, Forsythe RM, Billiar TR, Peitzman AB, Sperry JL. Helicopter transport improves survival following injury in the absence of a time-saving advantage. *Surgery.* 2016;159(3):947–59. doi:<https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.09.015>.
4. Andruszkow H, Lefering R, Frink M, Mommsen P, Zeckey C, Rahe K, Krettek C, Hildebrand F. Survival benefit of helicopter emergency medical services compared to ground emergency medical services in traumatized patients. *Crit Care.* 2013;17(3):R124.

5. Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, Masterson S, Böttiger BW, Herlitz J, et al. EuReCa ONE, 27 nations, ONE Europe, ONRegistry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*. 2016;105:188–95.
6. Earnest A, Hock Ong ME, Shahidah N, Min Ng W, Foo C, Nott DJ. Spatial analysis of ambulance response times related to prehospital cardiac arrests in the city-state of Singapore. *Prehosp Emerg Care*. 2012;16:256–65.
7. Oliver GJ, Walter DP, Redmond AD. Prehospital deaths from trauma: Are injuries survivable and do bystanders help? *Injury*. 2017;8:985–99.
8. Safi Keykaleh M, Sohrabizadeh S. The Emergency Medical System (EMS) response to Iraqi pilgrims' bus crash in Iran: A case report. *BMC Emerg Med*. 2019;19:38.
9. Isakov A. Urgent air-medical transport: Right patient, place and time. *CMAJ*. 2009;181:569–70.
10. Kalantari Meibodi M, Alamdari SH, Mohammadi P, Kariman H. [Last cited on 2021 Mar 26];2010 1(4):48–52. Available from: <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=203191>
11. Taylor CB, Stevenson M, Jan S, Middleton PM, Fitzharris M, Myburgh JA. A systematic review of the costs and benefits of helicopter emergency medical services. *Injury Prev*. 2010;41:10–20.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Аманов А.Т., Абдильманов К.М., Кушеров Б.К., Ибраимов Р.Ж.

Научный центр урологии им. Б.У.Джарбусынова

Аннотация. В статье изложены результаты лечения инфекции мочевых путей у пациентов с ДГПЖ в период послеоперационной реабилитации. Антибактериальная терапия выбранной категории пациентов должна включать иммуностимулятор, повышающий дифференциацию Т клеток. Так, эффективность применения левофлоксацина составила более 70%, однако процент рецидива инфекции составил 47,3%. При комбинированной терапии левофлоксацин+Лавомакс, эффективность лечения составила 84%, рецидив же регистрировался лишь в 13% случаев.

На основании результатов лечения, мы сделали вывод, что комбинирование антибактериального и иммуностимулирующего препаратов является наиболее эффективным методом лечения инфекции мочевых путей у пациентов с ДГПЖ.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, инфекции мочевых путей, ультразвуковое исследование, послеоперационная реабилитация.

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), увеличение предстательной железы, широко распространена среди мужчин старше 60 лет. Распространенность ДГПЖ увеличивается вместе с увеличением средней продолжительности жизни [1,2]. За последние 15 лет стандарты лечения претерпели существенные изменения ввиду внедрения новых малоинвазивных эндоскопических методов лечения, разработки комбинированных схем медикаментозной терапии. Однако трансуретральная резекция ДГПЖ по прежнему остается «золотым» стандартом хирургического лечения ДГПЖ в случаях, когда консервативная терапия оказывается неэффективной [3,4].

Особого внимания требуют пациенты с ДГПЖ в период послеоперационной реабилитации. Наиболее частыми осложнениями послеоперационного периода являются детрузорно-сфинктеральные нарушения и сексуальная дисфункция [5,6]. Детрузорно-сфинктерная диссенергия характеризуется наличием дизурии, при которой происходит выраженное нарушение оттока мочи, при этом создаются благоприятные условия для развития инфекции мочевых путей (ИМП).

Chung M с соавт., 2015г указывает, что одной из главных целей комплексного лечения гиперактивного мочевого пузыря является купирование ИМП, проявляющейся лейкоцит- и бактериурией. Кроме того, известно, что длительно текущая дисфункция мочевого пузыря часто протекает на фоне тяжелого интерстициального цистита, обуславливающего клиническую симптоматику – рези и боли при мочеиспускании [7,8].

Существует большой спектр антибактериальных и уросептических препаратов, применяемых при ИМП. Большинство ИМП вызваны *Escherichia coli*, однако в случае оперативного вмешательства по поводу ДГПЖ, наш опыт показал, что длительное дренирование нижних мочевых путей катетерами способствует развитию осложненной ИМП, а именно персистенцию в моче таких возбудителей, как *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Staphylococcus aureus* и т.п. Именно поэтому адекватная антибактериальная терапия является важным звеном комплексной терапии ИМП в послеоперационный период [9].

Цель исследования – лечение инфекции мочевых путей у пациентов с ДГПЖ в период послеоперационной реабилитации.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 76 пациентов с ДГПЖ, перенесенных различные оперативные вмешательства. Все пациенты поступили на повторное плановое лечение в связи с развившейся дисфункцией мочевого пузыря. Пациенты предъявляли жалобы на дизурию, никтурию, императивные позывы.

Методы исследования включали в себя общеклинические анализы крови и мочи, бактериальный посев мочи, ультразвуковое исследование органов мочевой системы, уродинамические исследования,

Результаты исследования. Результаты клинико-лабораторного обследования пациентов показали, что у всех имеет место выраженная инфекция мочевых путей (ИМП). Выраженность ИМП проявлялась бактериурией и лейкоцитурией в 100 % случаях.

Микрогематурия была выявлена у 23 пациентов (30,3%), тубулярная протеинурия (до 1 г/л) – 37 пациентов (48,7%), следовая протеинурия (до 0,5 г/л) – 25 пациентов (32,9%). Это подтверждает данные о том, что дисфункция мочевого пузыря в послеоперационном периоде в большинстве случаев сопровождается ИМП. В анализах крови лейкоцитоз был выявлен у 13 пациентов (17,1%), повышение температуры отмечали 35 пациентов (46%). Отсутствие выраженных сдвигов лейкоцитарной формулы крови при наличии пирогенной реакции объясняется тем, что средний возраст исследуемых пациентов составлял $68,7 \pm 11,5$ лет. С возрастом ответная реакция иммунитета значительно снижается, что связано с возрастными изменениями тимуса, отсюда замедляется пролиферация Т – клеток, отвечающих за клеточный иммунитет [10].

В диаграмме 1 отображены результаты микробиологического исследования мочи пациентов с ДГПЖ до и после операции.

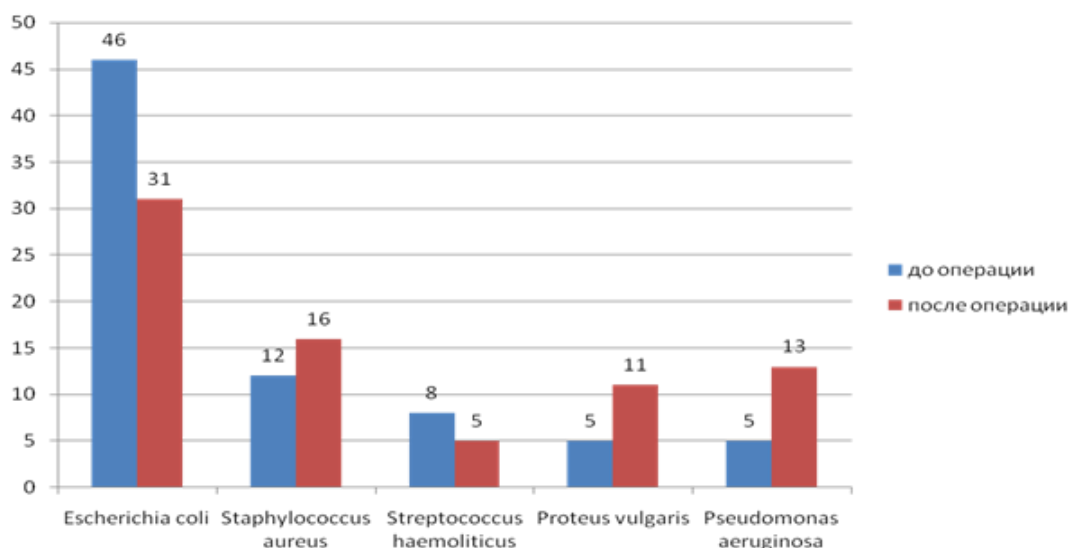


Диаграмма 1. Результаты бактериального посева мочи у пациентов с ДГПЖ.

При ультразвуковом исследовании у 28 пациентов была выявлена гипотония чашечно-лоханочной системы (36,8%). Исследование мочевого пузыря показало у всех пациентов признаки хронического цистита, а именно утолщение стенок мочевого пузыря до 6 мм. У 46 пациентов (59,2%) содержимое мочевого пузыря определялось как неоднородное, с взвесью. Макрогематурия определялась у 5 пациентов, которая была купирована приемом гемостатиков, в том числе растительного происхождения.

Всех пациентов мы разделили на две равные группы. Первой группе (n=38) был назначен левофлоксацин по схеме в течение 14 дней, второй группе (n=38) дополнительно был назначен препарат Лавомакс обладающий иммуномодулирующим эффектом в течение 1,5 месяцев. Данный препарат был включен ввиду того, что у лиц пожилого возраста выработка и пролиферация собственных Т – клеток значительно страдает. Таким образом, проводилось не только бактерицидное лечение, но и дополнительная стимуляция клеточного иммунитета.

Результаты контрольного исследования указаны в таблице 1.

Таблица 1. – Результаты контрольного исследования лечения инфекции мочевых путей у пациентов с гиперактивным мочевым пузырем – 1 группа.

Показатель	1 группа (n=38)		
	До лечения	Через 14 дней	Через 1,5 месяца
Бактериурия: Escherichia coli	15	7	12
Staphylococcus aureus	8	2	-
Streptococcus haemolyticus	3	-	1
Proteus vulgaris	6	-	2
Pseudomonas aeruginosa	6	2	3
лейкоцитурия	38	12	25

Анализируя полученные данные, нами было установлено, что после активного антибактериального лечения левофлоксацином через 14 дней бактериурия выявлялась в 28,9% случаев, лейкоцитурия – 31,6%. Это говорит о высокой эффективности левофлоксацина в лечении ИМП. В случаях неэффективности пациентам назначался цефалоспориин 3-го поколения вместе с метронидазолом. Однако, сравнивая повторные анализы через 1,5 месяца, нами была прослежена явная отрицательная динамика. Возвратная бактериурия была выявлена у 12 пациентов, лейкоцитурия у 25 пациентов. Это позволило нам сделать вывод, что клинический эффект и купирование ИМП достигается только в период активного лечения, однако после отмены препарата, наблюдается возвратная инфекция, ухудшающая прогноз реабилитации.

Это подтверждает тот факт, что иммунная система пациентов с ДГПЖ значительно страдает ввиду возрастных изменений тимуса и как следствие нарушение дифференциации и пролиферации Т – клеток, основной функцией которых является «запоминание» антитела и стимуляция выработки антител и клеток- киллеров.

Таблица 2. – Результаты контрольного исследования лечения инфекции мочевых путей у пациентов с гиперактивным мочевым пузырем – 2 группа.

Показатель	1 группа (n=38)		
	До лечения	Через 14 дней	Через 1,5 месяца
Бактериурия: Escherichia coli	15	7	12
Staphylococcus aureus	8	2	-
Streptococcus haemoliticus	3	-	1
Proteus vulgaris	6	-	2
Pseudomonas aeruginosa	6	2	3
лейкоцитурия	38	12	25

Результаты обследования 2 группы пациентов, принимавших комбинированное лечение, показали, что бактериурия и лейкоцитурия после активного лечения были выявлены в 15,8% и 23,6% соответственно. Через 1,5 месяца уровень бактериурии возрос лишь до 18,4%, а лейкоцитурии до 34,2% (таблица 2).

Все пациенты, помимо антибактериальной терапии, получали патогенетическую терапию – холиноблокаторы и адrenoблокаторы, улучшающие уродинамику, обеспечивающие отток мочи, тем самым ликвидируя условия для активности возбудителя.

Таким образом, на основании результатов проведенного исследования нами была установлена высокая эффективность комбинированной терапии ИМП левофлоксацином и Лавомаксом. Комбинированное лечение позволяет достичь значительного снижения процента бактериурии и лейкоцитурии, а также добиться снижения рецидива ИМП за счет активного иммуномодулирующего компонента.

Результаты исследования позволили нам сделать следующие выводы:

1. У пациентов с ДГПЖ, перенесших оперативное лечение и страдающих дисфункцией мочевого пузыря в 100% случаях диагностируется ИМП, требующая активного лечения.

2. Наиболее эффективным в лечении ИМП является комбинация активного антибактериального препарата и иммуномодулирующего препарата для достижения клинического эффекта и снижения риска возвратной инфекции.

Список использованных источников:

1. Cabelin MA, Te AE, Kaplan SA. Benign prostatic hyperplasia: challenges for the new millennium. *Curr Opin Urol.* 2000;10:301–306.

2. Алчинбаев М.К., Мохаммад А.М., Хусаинов Т.Э., Надыров К.Т. Новые аспекты консервативного лечения больного с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и симптомами нарушения мочеиспускания (обзор литературы) // Журнал «Consilium».- 2011.-№2 (32).- С.79-81

3. Emberton M., Cornet E.B., Bassi P.F., Fourcade R.O., Gómez J.M.F. and Castro R. Benign prostatic hyperplasia as a progressive disease: a guide to the risk factors and options for medical management // *Int J Clin Pract*, 2008: Vol.62(7), pp.1076–1086.

4. Smith R.D., Patel A. Transurethral resection of the prostate revisited and updated // *Curr Opin Urol.* 2011: Vol.21(1), pp.36-41

5. Коган М.И., Белоусов И.И. Клиническое значение функции уретрального сфинктера при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы // *Consilium medicum*, 2008.-N 4.-С.26-31

6. Miner M., Rosenberg M.T., Perelman M.A. Treatment of lower urinary tract symptoms in benign prostatic hyperplasia and its impact on sexual function // *Clin Ther*, 2006: Vol.28(1), pp. 13-25

7. Chung M.K., Butrick C.W., Chung C.W. The Overlap of Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome and Overactive Bladder // *Journal of the society of laparoendoscopic surgeons*, 2010: vol. 14(1), pp.83–90.

8. Blaivas JG. Urodynamics for the evaluation of painful bladder syndrome/interstitial cystitis. // *Journal of Urology*, 2010: vol.184, pp.16-17

9. Hurst M., Lamb H.M., Scott L.J., Figgitt D.P. Levofloxacin: an updated review of its use in the treatment of bacterial infections.// *Drugs*, 2002: vol. 62, pp. 2127-2167.

10. Rafi A, Castle SC, Uyemura K, Makinodan T. Immune dysfunction in the elderly and its reversal by antihistamines // *Biomed Pharmacother.* - 2003. - Vol. 57(5-6).-P. 246-250.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ТАРАЛАУЫ МЕН ПАЙДА БОЛУ СЕБЕПТЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Сапарбек А.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан

Кіріспе. Оториноларингологиялық аурулардың жоғары таралуы және олардың уақтылы анықталмауы бүкіл ағзаның мүшелері мен жүйелерінің ауыр асқынуларына әкеледі, бұл өмір сапасының төмендеуіне, халықтың жалпы денсаулығының деңгейінің төмендеуіне және бастапқы аурулар санының артуына, тіпті мүгедектік жағдайларының орын алуына әкеледі. Бұл оториноларингологтар жұмысының сапасын бағалау критерийлерінің және олардың практикалық қызметіне кері әсер ететін факторлардың жоқтығын көрсетеді.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Google Scholar, Scopus, Web of Science, PubMed, E-library ғылыми дерекқорларынан 10 жылдағы қолжетімді мақалаларға аналитикалық шолу жасадық. Әдебиеттерді шолуға енгізілген басылымдар орыс және ағылшын тілдеріндегі толық мәтінді мақалалар болды.

Зерттеу нәтижелері: Денсаулық сақтауды дамытудың қазіргі кезеңінде медициналық мекемелердің тиімді жұмысын қамтамасыз ету және халыққа медициналық көмек көрсету сапасын арттыру денсаулық сақтауды басқарудың негізгі мәселелері болып табылады. Осыған байланысты медициналық көмектің сапасын басқарудың тиімді жүйелерін әзірлеу және құру денсаулық сақтауды реформалаудың өзекті мәселелерінің бірі болып табылады.

Бүгінгі таңда ЛОР-органдарының патологиясы маңызды медициналық-әлеуметтік мәнге ие және денсаулық сақтауды реформалау кезеңінің өзекті міндеттерінің бірі халыққа медициналық көмектің сапасын басқарудың тиімді жүйесін құру болып табылады, бұл амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмекті жетілдіруді көздейді [1]. Жалпы ЛОР-мүшелерінің аурулары дегеніміз не деген сұраққа тоқталатын болсақ, бұл құлақтың, тамақтың және мұрынның әртүрлі аурулары, сонымен қатар бас пен мойын патологиялары.

Құлақ пен жоғарғы тыныс жолдарының құрылымы, қызметі мен аурулары туралы алғашқы ескертулер Гиппократ, А.Цельстін еңбектерінде айқын көрсетілген. XIV ғасырда Гай де Шолиак (Guy de Chauliac) өз еңбектерінде салыстырмалы түрде егжей-тегжейлі ақпарат көрсеткен [2]. Бұл ғалымдардың еңбектерін дәрігерлер ғасырлар бойы қолданып келеді.

Оториноларингологияны тәуелсіз пәнге бөлу XIX ғасырдың ортасынан басталды. Бірлестіктің негізі осы органдардың анатомиялық-топографиялық бірлігі, олардың физиологиялық және функционалдық байланысы болды.

Ресейдегі оториноларингологияның дамуында ірі терапевтік мектептердің негізін қалаушылар С.П. Боткин мен Г.А. Захарин үлкен рөл атқарды. Мәскеуде әйгілі оториноларинголог С.Ф. Стейннің басшылығымен құлақ, мұрын және тамақ аурулары бойынша арнайы клиниканың (1896) құрылуы маңызды оқиға болды [3].

XX ғасырдың 30-жылдарында Саратовта М.А. Цытовичтің басшылығымен жоғарғы тыныс жолдарының физиологиясы мен патологиясы институты құрылды. Бұл институтта ЛОР-органдарының физиологиясы бойынша бірқатар жұмыстар жүргізілді, сондай-ақ жүргізілген зерттеу жұмыстары әлі күнге дейін өзектілігін жоғалтпады және біз оларға қазіргі уақытта сүйенеміз.

Маусымдық эпидемиологиялық аурулардың жыл сайынғы өршуі ауа-тамшы инфекциясының таралуының және жоғарғы тыныс жолдарының аурушандығының маңызды факторларының бірі болып табылады, бұл халық арасында оториноларингологиялық аурушандықтың (ОА) таралуына әкеледі [4]. Оториноларингологиялық патология, Жер шарының тұрғындары арасында кең таралған, қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың басым мәселелеріне жатады [5-7]. ДДҰ деректеріне сәйкес пациенттердің 80%-дан астамы жедел респираторлық ауру және жедел респираторлық вирустық инфекция пайда болуы себебінен ЛОР-органдарының ауруларымен бірге медициналық мекемелерге жүгінеді [8, 9].

Соңғы уақытағы зерттеу нәтижелері бойынша ЛОР-органдарының аурулары бар науқастардың шамамен 90%-ы - еңбекке қабілетті жастағы адамдар [10,11,12,13]. ЛОР-аурулары бар науқастардың шамамен 27,5% - 19 жасқа дейінгі адамдар, 20-29 және 30-39 жастағы науқастардың үлесі шамамен 24%, 15,2% - 40-49 жастағы науқастар және 8,8% - 50 жастан асқан науқастар [14,15].

Жоғарғы тыныс жолдарының аурулары, әртүрлі авторлардың зерттеулеріне сәйкес, барлық ЛОР-патологияларының 12% -дан 43% -ға дейін артуы байқалған. Бұл ретте жылдық өсім 1-2%-ға жетеді.

Созылмалы спецификалық емес тонзиллит және созылмалы ринит, сондай-ақ жіті және созылмалы синусит - бұл АҚМ мүшелерінің кең таралған аурулары. Ғылыми әдебиеттерді аналитикалық зерттеу нәтижелері дәстүрлі түрде қазіргі оториноларингологияның өзекті мәселелерінің бірі мұрын және параназальды синус ауруларын емдеу және алдын алу мәселесі екенін көрсетеді. АҚШ-тың Ұлттық аурулар

статистикасы орталығының мәліметі бойынша, созылмалы риносинусит бұл елде ең көп таралған созылмалы ауру болып табылады, оған АҚШ тұрғындарының 37 миллион (14,7 %) диагнозы қойылған [16]. Бұл өкпе ауруларының ықтимал дамуы бар науқастар. Ralf Mosges (2004) [17] мәліметтері бойынша, немістердің 15% -ы жылына 1 рет синуситпен ауырады. Германия синуситті емдеуге 10 миллион жұмыс күні және 1 миллиард еуро жұмсайды. Сонымен қатар, соңғы 15-20 жылда мұрын және параназальды синус ауруларының таралу деңгейі 10 еседен астам өсті. Созылмалы тонзиллит ауыртпалықтың жиі кездесуінен болатын аспан бадамшасының тұрақты қабыну процесімен сипатталады. Жарақаттар мен аурулар да мұрынның деформациясына әкелуі мүмкін, сондықтан осындай жағдайларда дер кезінде медициналық көмекке жүгіну маңызды. Өткен ғасырдың 50-60-шы жылдарында адамның жүзге жуық аурулары этиологиялық тұрғыдан созылмалы тонзиллитпен байланысты екендігі дәлелденді, олардың ішінде бүйрек, буын, жүрек аурулары негізгі болып табылады. Бразилияда өткен халықаралық конгресте ("мұрын инфекциясы және аллергиясы", 2005 ж.21-24 сәуір, Сан-Пауло) жоғарғы және төменгі орақ тыныс жолдарының, атап айтқанда аллергиялық және полипозды риносинусит пен бронх демікпесінің біріктірілген патологиясы мәселесі кеңінен талқыланды.

Оториноларингологиялық патология құрылымында ринит ерекше орын алады. Созылмалы гипертрофиялық және вазомоторлы ринит халықтың 40% -на дейін әсер етеді. Аллергиялық ринит дамыған өнеркәсіптік елдерде халықтың 10% - 50% кездеседі. Жіті ринит жиі тоңазу нәтижесінде пайда болады және жоғары тыныс алу жолдарының басқа да инфекциялық ауруларының дамуын тудыруы мүмкін. Бұл ауруларды емдеуді асқынулардың алдын алу үшін дереу жүргізу маңызды. Созылмалы ринит - бұл климаттың өзгеруі немесе өндірісте болуы мүмкін техникалық факторлардың әсері сияқты әртүрлі әсерлерге жіті реакцияның қайталанатын жағдайлары. Ол сондай-ақ гүлденген өсімдіктерге, дәрі-дәрмектерге немесе тамақ өнімдеріне аллергиялық реакциялардан туындауы мүмкін. Аденоидтар мен бадам аурулары жүрек пен бүйрек сияқты басқа да мүшелер үшін асқынулар тудырып, қозғалыс белсенділігін шектеп, жағдайды ушықтыруы мүмкін. Созылмалы түрге айналатын жұтқыншақтың қабынуы да тұрмыстық жағдайларды қоса алғанда, әртүрлі факторлармен туындауы мүмкін кең таралған проблема болып табылады. Жұтқыншақтың лимфоидты сақинасының қабыну аурулары ЛОР-мүшелерінің барлық патологиялары арасында жетекші орындардың бірін алады және 14-35% құрайды. Созылмалы аурулар зат алмасудың бұзылуы мен ас қорыту жүйесіндегі проблемаларды қоса алғанда, ағзаға тікелей де, жанама да әсер етудің нәтижесі болуы мүмкін. Көмейге қатысты проблемалар жоғары тыныс алу жолдарының аурулары арасында да маңызды рөл атқарады және кейде еркін тыныс алуды қамтамасыз ету үшін трахеостомия сияқты хирургиялық араласу талап етілуі мүмкін.

Адам ағзасында өмірлік процестердің түрлі жүйелері өзара әрекеттеседі және бір-біріне әсер етеді, оның ішінде сыртқы тыныс алу, иіс сезу, ас қорыту, сөйлеу, есту және тепе-теңдік органдары бар. Жоғары тыныс алу жолдарының жіті іріңді отит сияқты аурулары болған жағдайда кешенді тексеру мен емдеу жүргізу маңызды. Бұл проблемаларға жеткіліксіз назар аудару отиттің жіті түрінің созылмалы түрге өтуіне әкелуі мүмкін, бұл естудің асқынуы және нашарлау қаупін арттырады.

Қазіргі уақытта 328 миллион ересек адам мен 32 миллион бала (бұл әлем халқының шамамен 5,3% -ына сәйкес келеді) есту қабілетінің жоғалуымен өмір сүреді және әлем халқының шамамен 15% -ы есту қабілетінің әртүрлі дәрежесінен зардап шегеді [18]. Есту қабілетінің төмендеуінен зардап шегетін адамдардың таралуы әлемдік деңгейде біркелкі емес: табысы жоғары елдерде таралуы төмен (балалар арасында 0,5% және ересектер арасында 4,4%), ал Африка мен Азия аймақтарында көбірек таралу деңгейін байқауға болады (Оңтүстік Азиядағы балаларда 2,4% және Орталық Азиядағы ересектерде 8,8%) [19].

ДДҰ әлемдегі есту аппараттарын пайдаланушылардың санын 72 миллионға бағалайды. Есту қабілетінің жоғалуының жоғары таралуында айтарлықтай географиялық айырмашылықтар бар. Жоғарыда атап көрсеткендей табысы төмен және орташа елдерде жиі кездеседі. Қала тұрғындары үшін табысы төмен және орташа елдерде, ауылдық жерлерден айырмашылығы, есту қабілеті бұзылған кезде медициналық көмек көрсетуге арналған инфрақұрылым бар. Мысалы, зерттеу деректері бойынша Нигерияда зерттеу аумағындағы ауруханалардың ешқайсысында ЛОР-хирург немесе ЛОР-медбике жұмыс істемегендігін, бұл құлақ ауруларына шағымдардың таралуына қарамастан есту қабілетінің бұзылуын тиісті емдеудің жоқтығын көрсетеді [20]. Замбияда ауруханалардың шамамен 70% -ында ЛОР-хирургиялық процедуралар тәжірибесі жоқ. Сондықтан халық синус инфекцияларының асқынуларынан және орбиталық сепсис, соқырлық, мидың абсцесі сияқты аурулардан зардап шегеді [21]. Батыс жарты шардағы ең кедей елдердің бірі Гаитиде 2014 жылы 229 ЛОР-операциясы жасалды. Пациенттердің жартысынан көбі (54,2%) - 18 жасқа дейінгі жас тобы, пациенттердің орташа жасы 21,8 жасты құраған [22].

Әлемде ересек тұрғындардың 15% -ы есту қабілетінің жоғалуымен өмір сүреді. 2011 жылы есту қабілетінің жоғалуының таралуы шамамен 360 миллион адамды құрады. ДДҰ мәліметтері бойынша, әлемде 32 миллионға жуық саңырау балалар бар. Босануға байланысты есту қабілетінің жоғалуының негізгі себептеріне босану кезіндегі асқынулар, дене салмағының төмендігі және шала туылу жатады. Табысы төмен және орташа елдердегі балалардың есту қабілетінің жоғалу себептерінің шамамен 60% -ын перинаталдық көмек пен есту қабілетінің жоғалуын ерте скринингтік қаржыландырудың ұлғаюымен болдырмауға болады. Паротит, қызамық, қызылша және менингит сияқты балалардың есту қабілетінің жоғалуын тудыратын инфекциялардың ұлттық вакцинация бағдарламаларын жүзеге асыру арқылы алдын алуға болады. Аминогликозидтер сияқты ототоксикалық препараттарды табысы төмен және орташа елдерде дұрыс пайдаланбауды медицина қызметкерлерінің антибиотиктерді ұтымды пайдалану туралы хабардарлығын арттыру арқылы болдырмауға болады [23].

Көптеген елдерде оториноларингологиялық көмектің қол жетімділігі проблемалары ЛОР-патологиясының Денсаулық сақтауында жеткілікті көңіл бөлінбейтіндігімен байланысты. Әлем халқының 80% -ы табысы төмен және орташа елдерде тұрса да, бұл елдерде оториноларингологиялық көмекке ресурстық қолдау шектеулі немесе мүлдем жоқ (10 миллион адамға бір оториноларингологқа дейін) деуге болады [22, 23].

2009 жылы жүргізілген сауалнама Африка континентінің 18 елінде білікті ЛОР-хирургтарының жетіспеушілігін және Оториноларингология бойынша оқыту бағдарламаларының жетіспеушілігін көрсетті. Оңтүстік Африканы қоспағанда, бұл елдердегі 100000 тұрғынға шаққандағы ЛОР-хирургтарының Саны Ұлыбританияға қарағанда бес есе төмен болды. Малавидегі ең төменгі арақатынас: 12 миллион тұрғынға 1 ЛОР-дәрігері [22].

1 миллион халыққа шаққанда Африка елдерінің 64%-ына 1 ЛОР-маманынан, 81% -ына 1 аудиологтан, ал 19% -ына 1 логопедтен сәйкес келеді [21].

Қорытынды. Оториноларингологиялық аурулар бұл тек бір елдің емес, тұтас бір әлемнің өзекті мәселесі. Алынған деректер адамдарда дамуының ерте кезеңдерінде ЛОР-органдарының ауруларын неғұрлым белсенді анықтау, жүйелі диспансерлік бақылау, мақсатты профилактикалық және емдеу-сауықтыру іс-шараларын әзірлеу қажеттігін көрсетеді.

Оториноларингологияны дамытудың бағдарлы бағыттары:

1. Кадрларды даярлау.
2. Сырқаттанушылықты есепке алу.
3. Заманауи технологиямен қамтамасыз ету.
4. Стандарттар туралы. Стандарттар мамандықты дамытудың қазіргі деңгейіне және халықаралық критерийлерге сәйкес келуі керек. Оларды орындау үшін, ең алдымен, оториноларинголог-дәрігердің стандартталған жұмыс жағдайларын жасау қажет

(кабинеттер мен операциялық бөлмелердің жабдықтары, ЛОР-органдарының патологиясын заманауи түсіну, білім, шеберлік және осы білімді қолдану мүмкіндігі).

5. Елде оториноларингологиядағы іргелі зерттеулерге арналған және толық жабдықталған ғылыми-зерттеу мекемелері көп мөлшерде болуы керек. ЛОР-мүшелерінің физиологиясын, патофизиологиясын, этиологиясын, жасушалық және молекулалық деңгейде қабынудың дамуының патогенетикалық механизмдерін зерттеу басым бағыттар болып саналады. Мұндай мекеменің жарақтандырылуы қазіргі заманғы халықаралық талаптарға (үй-жай, жабдық, кадрлар) сәйкес келуі тиіс. Зерттеу нәтижелері ЛОР-ауруларын емдеу мен алдын-алуды дамытуға негіз болады.

6. Ең маңызды мәселе — мамандарды даярлау. Көптеген оториноларингологтардың білімі студенттерге арналған оқулықпен шектеледі. Дәрігерлер заманауи жабдықтар мен құралдарды білмейді, диагностика мен емдеудің заманауи әдістерін білмейді. Дәрігерлердің білімі мен дағдыларын жетілдіруге ынтасы жоқ. ЛОР-мүшелерінің анатомиясы мен физиологиясы, аурулардың патогенезі туралы білімнің төмен деңгейінде. Мамандарды заманауи даярлау бағдарламаларын құру қажет.

7. Бұл үшін әртүрлі мүмкіндіктерді пайдалана отырып, оториноларингологияның заманауи мәселелері бойынша ақпаратты ұйымдастыру қажет (семинарлар өткізу, журналдарда мақалалар жариялау, симпозиумдар, конференциялар, съездер өткізу).

8. Балалардың оториноларингологиясын дамытуға ерекше назар аудару қажет. Жаңа туылған кезеңнен бастап ЛОР-мүшелерінің жағдайын бағалау, ЛОР-мүшелерінің ауруларының дамуына бейім сәттерді анықтау қажет. Туа біткен бұзылуларды ерте хирургиялық түзету, балалардағы ауруларды дұрыс емдеу ересектердегі ауру деңгейін төмендету. Балаларға сапалы оториноларингологиялық көмек өте маңызды, өйткені болашақ адамның тұлға ретінде қалыптасуы, оның өмір сапасы және ұлттың болашағы ЛОР-органдарының денсаулық жағдайына байланысты.

Оториноларингологиялық аурулар бойынша көрсетілетін көмектің сапасын арттыру, қарастырылған мәселелерді ерте кезеңінде шешу, сырқаттанушылық көрсеткіштерін төмендетері анық. Әйтпесе, 10-15 жылдан кейін ЛОР-ауруларымен байланысты аурулардың көбеюі орын алып, өлім-жітімнің негізгі себептерінің бірі болып кетуі де ғажап емес.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Бицаева А. В., Коршунова И. А., Березова Д. К. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух // Рос. оториноларингология. 2013. № 1(62). С. 36-38.

2. Малая медицинская энциклопедия. — М.: Медицинская энциклопедия. 1991—96 гг.

3. Первая медицинская помощь. — М.: Большая Российская Энциклопедия. 1994 г. 3. Энциклопедический словарь медицинских терминов. — М.: Советская энциклопедия. — 1982—1984 гг.

4. Ашуров А. М. Хронология риносинуситов в Ташкенте и его регионах // Рос. оториноларингология. 2013. № 1(62). С. 25-29.

5. Янов Ю. К., Коноплев О. И., Науменко Н. Е., Антушева И. А. Антибиотики с повышенным профилем безопасности для кишечной микрофлоры: новые перспективы антибиотикотерапии острых бактериальных риноси-нуситов // Нов. оториноларингологии и логопатологии. 2012. № 2 (57). С. 201-213.

6. Рязанцев С. В., Кочеровец В. И. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: метод. рекомендации. СПб., 2010. 36 с.

7. Насыров В. А. [и др.]. Синуситы, клиника, диагностика, осложнения и лечение. Бишкек.: Мегамедиа, 2011. 175 с.

8. Антонова Н. Л. Качество медицинского обслуживания в оценках пациентов // Социология медицины. 2007. № 1. С. 39-41.

9. Казаковцев В. П. Оценка показателей хронической заболеваемости болезнями органов дыхания трудоспособного населения Российской Федерации // Рос. оториноларингология. 2013. № 3(64). С. 46-52.
10. Рыбалкин, С.В. Диагностическое значение компьютерной томографии при переломах костей носа у детей. // Российская ринология. - 2003. - N 2. - С. 56 - 57.
11. Лапина, С.А. Клинические критерии обратимости воспалительного процесса в слизистой оболочке полости носа и параназальных синусов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: // СПб. 2003. - 26 с.
12. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В. Особенности формирования хронического воспаления в верхнечелюстной области. // Вестник оториноларингологии. - 2011. - N 2. - С. 5 - 7.
13. Трешутин, А.В., Щепин, В.О. Региональная система мониторинга здоровья населения и эффективность здравоохранения //М.: 2001. - 256 с.
14. Курбанов, Ф.Ф. Комплексный способ консервативного лечения больных острым гнойным верхнечелюстным синуситом: автореф. дис. ... канд. мед.наук: // М., 2011. - 25 с.
15. Пальчун, В.Т., Магомедов, М.М., Лучихин, Л.А. Оториноларингология // М.: Медицина, 2002. - 298 с.
16. Пискунов Г.З., Козлов В.С. Проблемы и перспективы развития ринологии в Российской Федерации. Рос. оторинолар. 2002; 1: 32–34.
17. Mosges R. Acute bacterial sinusitis — a review. Medical faculty University at Cologne. Germany. Доклад на конференции. Кельн, 10 дек. 2004
18. Naples J, Schwartz M, Eisen M. Reemergence of the natural history of otolaryngologic infections: lessons learned from 2 american presidents. Otolaryngol Head Neck Surg 2017;157:462-5. [PubMed] [Google Scholar]
19. World Health Organization (WHO). WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Mortality and burden of diseases and prevention of blindness and deafness WHO, 2012. Available at: http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf?ua=1. Accessed: 18 July 2017
20. Adeyemo A, Ogunkeyede S, Dania O. Hearing healthcare gaps in LMICS: snapshot from a semi-urban community in Nigeria // Afr Health Sci. 2021; 21(2): 912-918. DOI: 10.4314/ahs.v21i2.53
21. Ayodele S.O., Aremu S.K. The Cost of Setting Up an ENT Endoscopic Practice in Lower Middle-Income Countries of Sub-Saharan Africa // J West Afr Coll Surg. 2022; 12(2): 104-108. DOI: 10.4103/jwas.jwas_57_22
22. Kligerman M.P., Alexandre A., Jean-Gilles P., Walmer D. et al. Otorhinolaryngology/Head and Neck Surgery in a low income country: The Haitian experience // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2017; 93: 128-132. DOI: 10.1016/j.ijporl.2016.12.041
23. Ta N.H. ENT in the context of global health. Ann R Coll Surg Engl. 2019; 101(2): 93-96. DOI: 10.1308/rcsann.2018.0138

МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ АЛДЫН АЛУ БОЙЫНША САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИЯЛЫҚ ШАРАЛАРДЫ ӨНДІРУ

Әнуарова А.Б., Айтамбаева Н.Н., Сарсенбаева М.З.

«ҚДСЖМ» Қазақстан медициналық университеті ЖШС, Алматы, Қазақстан

Түйіндеме. Туберкулез - бұл адамзаттың даму тарихында бірге жүретін созылмалы жұқпалы ауру. Кейбір мәліметтер бойынша, *Mycobacterium* тектес бактерия 150 миллион жыл бұрын пайда болған. Алайда, қазіргі туберкулез микобактериялары (МБТ) тек 15000-

20000 жыл бұрын пайда болды [1]. Бұл тарихи факт суық қанды жануарларда, құстарда, адамдарда және сиырларда туберкулез бактерияларының әртүрлі түрлерінің болуына себеп болды. Туберкулез адамдар арасында таралған ауру ретінде ежелгі заманнан бері белгілі. Сол кездегі дәрігерлер әр түрлі елдердің тұрғындары арасында ауру болғанын, оның ерекшелігі науқастың сарқылуы екенін атап өтті. Туберкулез туралы алғашқы сенімді ақпарат осы аурудың құжаттық қалдықтарын сақтаған қаңқалардың зақымдалуына қатысты болды. Мұндай қаңқалар 1904 жылы қазіргі Гейдельберг қаласының (Германия) маңындағы ауданда қазба жұмыстары кезінде табылған. Бартельс тас дәуірінде жерленген адамның қаңқасын зерттеу (шамамен б.з.д. 5000 жыл бұрын.) туберкулезді зақымдануды анықтады. Біздің заманымыздың V ғасырына қарай Грецияның өнері, ғылымы мен мәдениеті үлкен биіктерге жетті. Сол кездегі Грецияның ең көрнекті дәрігері Гиппократ болды. Гиппократ жазбаларында туберкулез елде кең таралған ауру ретінде үлкен сенімділікпен сипатталған [2].

Кілт сөздер: туберкулез, балалар, медициналық көмек, санитарлық-эпидемиологиялық шаралар.

Кіріспе. Балалардағы тыныс алу органдарының аурулары балалардың жалпы сырқаттанушылығының жартысын және жасөспірімдердің жалпы сырқаттанушылығының үштен бірін құрайды. Өкпе ауруларының құрылымында туберкулез маңызды орын алады. Балалардың туберкулезбен ауыруы елдегі туберкулез бойынша жалпы эпидемиялық жағдайды көрсететін маңызды болжамды эпидемиологиялық көрсеткіш болып саналады. Себебі балалардағы туберкулез көбінесе инфекция көзімен байланыста болғаннан кейін пайда болады [1].

Денсаулық сақтаудың халықаралық тәжірибесінде жаңа туған нәрестелерден бастап 17 жасқа дейінгілерді "балалар" тобына жатқызады. Эпидемиологиялық тұрғыдан және жасына қарай бірнеше кіші топтарға бөлінбестен оған кіретін барлық науқастарға жалпы талдау жасау дұрыс емес. Атап айтқанда, әртүрлі жастағы балалар үшін аурудың клиникалық көріністері де, ауруды анықтаудың реттелген мүмкіндіктері де айтарлықтай ерекшеленеді. Дененің өсуі мен гормоналды өзгеруінің табиғи биологиялық процестерін, сондай-ақ қарым-қатынас пен әлеуметтік белсенділіктің күрт кенеюін ескере отырып, 15-17 жас аралығындағы балалар тобын бөліп алған жөн. Осы жастағы ауру кезінде процестің түбегейлі басқа локализациясы байқалады. Егер 0-14 жастағы балалар арасында өкпе туберкулезі жағдайлардың үштен бірінде ғана пайда болса, ал 15-17 жастағы балаларда (жасөспірімдерде) - 85% - дан астам жағдайда болады [2-7].

Зерттеу мақсаты: диспансерлік есепті тұратын гинекологиялық ауруары бар әйелдерге көрсетілетін көмектің деңгейін талдау және қорытындылау.

Нәтижелері. Әр түрлі жастағы балаларда ауруды анықтаудың ұсынылған әдістерінің айырмашылығы маңызды. Сонымен, бір жасқа дейінгі балаларда скрининг тек туберкулезбен ауыратын науқаспен байланыста болған жағдайда, байланысқан адамдарды тексеру шаралары аясында жүзеге асырылады. Әр түрлі жастағы балаларда туберкулез диагнозында айтарлықтай айырмашылықтар бар, олар туберкулездің клиникалық көрінісінің ерекшеліктеріне де, зерттеуге материал жинау мүмкіндігіне де байланысты. Осыған байланысты, 0-14 және 15-17 жастағы балалардың екі негізгі жас тобын бөлек қарастырудан басқа, 0-4 жас, 5-6 жас және 7-14 жас сияқты жас топтары үшін жеке талдау жүргізу орынды. Айта кету керек, әлемде ДДҰ және басқа ұйымдардың ұсыныстарына сәйкес, балалар аурушандығын талдау кезінде аурудың диагностикасы мен ағымы басқа жас топтарынан айтарлықтай ерекшеленетін 0-14 жас тобын ғана қарастырады. 15-17 жастағы балалардың жас тобы (жасөспірімдер) әлемдік тәжірибеде ересек тұрғындармен бірге қарастырылады [8-10].

Соңғы бес жыл ішінде туберкулезбен сырқаттанушылықтың 0-14 жастағы 100000 балаға шаққанда 16,4-тен 9,6-ға дейін төмендеуі байқалады. 15-17 жастағы балалардың аурушандығы 0-14 жастағы балалардың аурушандығынан екі есе көп, бірақ 18-24 жастағы

ересектердің аурушандығынан айтарлықтай төмен. Соңғы 6 жылда 15-17 жастағы балалар ауруының төмендеуі байқалады. Балалар арасында бактерия бөлетін науқастардың үлесі 5-6 жас (3,0%), 7-14 жас (8,4%), 15-17 жас (25,8%) жас топтарында өсуде. 2009 жылдан бастап 0-17 жас аралығындағы балалар мен жасөспірімдер арасында туберкулездің таралуы жыл сайын төмендеп, 2017 жылы 0-17 жастағы 100 мың балаға 14,1 құрады. Туберкулезбен ауыратын балалардың үлесі адамның иммун тапшылығының вирусымен бірге өсуде; 0-14 жастағы балалар арасында бұл 15-17 жастағы балаларға қарағанда жоғары (3,6 және 0,7%). Туберкулезден 0-14 жастағы балалардың өлім-жітім көрсеткіші 2017 жылы 0,03, ал 15-17 жаста – тиісті жастағы 100 000 балаға 0,1 құрады. Негізінен 10 жастан асқан балаларда өлім-жітім көрсеткішінің төмендеуі байқалады. Соңғы екі жылда туберкулезден кейін қалдық өзгерістері алғаш рет тіркелген 0-14 жастағы балалардың саны туберкулезбен алғаш анықталған балалардың санынан асып түсті. Туберкулезбен ауыратын науқастармен бактерия бөлумен және гиперергиялық сынамалармен байланыста болған балалардың жоғары сырқаттануы байқалады.

2018 жылы дүниежүзінде туберкулездің 1 миллионға жуық жағдайы және 15 жасқа дейінгі балалар арасында туберкулезден 233 000 өлім тіркелді [11-17]. Балалар мен жасөспірімдердегі туберкулез клиникалық және эпидемиологиялық тұрғыдан гетерогенді, бұл ауруды емдеу мен алдын алуды қиындатады. Балалардағы туберкулезді көбінесе спецификалық емес белгілерге және жасырын туберкулез инфекциясына да, туберкулез ауруына да зертханалық зерттеулердің сезімталдығы мен ерекшелігіне байланысты диагностикалау қиын. 5 жасқа дейінгі балалар да инфекциядан кейін туберкулез ауруына шалдығады және егде жастағы адамдармен салыстырғанда менингит сияқты туберкулездің ауыр таралған түрлерінің жоғары деңгейіне ие [18]. 15-17 жас аралығындағы жасөспірімдер жас балаларға қарағанда өкпе туберкулезінің жұқпалы түрін дамытуға бейім. Туберкулездің ауыртпалығы балалар мен жасөспірімдердегі клиникалық көріністердің гетерогенділігін түсіну, туберкулезді емдеу және алдын алу туралы хабардар ету үшін өте маңызды [19].

Нәрестелер мен жас балалар өліммен немесе ұзақ мерзімді мүгедектікке байланысты ауыр және кең таралған аурудың жоғары қаупіне ұшырайды, ал жасөспірімдерде әдетте ересек типтегі өкпе туберкулезі дамиды, бұл жоғары инфекциялық және қауымдастық ішінде берілудің жалғасуына ықпал етеді [20-23]. Негізгі мәселелерге туберкулездің алдын алу мүмкіндіктердің азаюы және жас балаларда ауруды анықтау жағдайларының көбеюі жатады [24]. Дәріге төзімді туберкулезбен ауыратын адамдарды анықтау тиісті емдеуді қамтамасыз ету үшін өте маңызды. Тарихи тұрғыдан алғанда, балалар туберкулезін басқару бойынша ұсыныстар негізінен ересектер популяциясына экстраполяцияланған дәлелдерге және шектеулі жағдайларда клиникалық тәжірибеге негізделген сарапшылардың пікірлеріне негізделген [25]. Жиынтық нұсқауларды Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) 2022 жылы Дүниежүзілік туберкулезге қарсы күрес күнінде шығарды; олар туберкулездің алдын алуды және осал жас балаларға күтім жасауды жақсарту және жасөспірімдердің бірегей қажеттіліктерін қанағаттандыру жолындағы маңызды кезең болып табылады. ДДҰ-ның бұл нұсқаулары қолда бар ең жақсы дәлелдерге негізделген жаңа және жаңартылған ұсыныстарды қамтиды және барлық тиісті популяциялардың қажеттіліктерін қанағаттандыруға бағытталған жедел басшылықпен бірге жүреді [26,27].

Балалардың туберкулезбен ауыруы жалпы эпидемиялық жағдайды көрсететін маңызды болжамды эпидемиологиялық көрсеткіш болып саналады. Себебі балалардағы туберкулез көбінесе тікелей инфекция көзімен байланысқаннан кейін пайда болады [28]. 15-17 жас аралығындағы балалар тобын жасөспірімдер деп бөліп қарастырсақ, осы жастағы ауру кезінде процестің түбегейлі басқа локализациясы байқалады. Егер 0-14 жастағы балалар арасында өкпе туберкулезі тек 18-20% - да болса, онда 15-17 жастағы балаларда (жасөспірімдерде) – 85% дерлік. [29]. Сондықтан 0-ден 17 жасқа дейінгі балалар туралы жиынтық мәліметтерден басқа, 0-ден 14 жасқа дейінгі және 15-тен 17

жасқа дейінгі балалар (жасөспірімдер үшін) арасында туберкулез туралы жеке ақпарат беріледі. Жалпы, Қазақстан Республикасы бойынша 2017 жылы балалар мен жасөспірімдер арасындағы сырқаттанушылық барлығы 623-ті құраған, ал 2021 жылы 503 науқас. Алайда, жалпы көрсеткіш төмендегенімен Алматы қаласындағы барлық аудандарда ахуал бірдей емес. Мысалы, Алатау ауданындағы балалар мен жасөспірімдердің сырқаттанушылығы 2017-2022 жылғы деректер бойынша барлық аудандардан жоғары. Осы жағдайды есептей келе, балалар мен жасөспірімдердің ақпараттану деңгейі төмен екеніне көз жеткізуге болады. Сырқаттанушылық деңгейі жалпылама азайғанымен де, жекелей әлі де зерттеуді талап етеді. Сол себепті, бұл тақырып әлі де өзекті [30]. 15-17 жас аралығындағы жасөспірімдердің аурушаңдығы 0-14 жас аралығындағы балаларға қарағанда анағұрлым сенімді түрде тіркеледі, өйткені оларда туберкулездің айқын түрлері басым [31].

БЦЖ вакцинасымен иммундау - вакцинадан кейінгі асқынулардың қаупін тудыруы мүмкін. Вакцинациядан кейінгі асқынулардың негізгі себептері - қолданылатын препараттың сапасы, вакцинация дозасындағы өміршең бірліктердің саны, баланың денесінің жағдайы, вакцинация сәті және иммунитеттің дамуы, препаратты тері ішіне енгізу техникасын және оны қолдану жөніндегі нұсқаулықты сақтамау. Сонымен қатар, ең маңыздысы вакцинациядан кейінгі асқынулардың жиілік көрсеткішіне әсер ететін факторларды тіркеу-статистикалық болып табылады [32].

Талқылау. Бала ағзасының ерекшелігі - қабыну ошағын шектеу арқылы туберкулезден өздігінен емделу мүмкіндігі, содан кейін зақымдану орнында петрификаттар немесе қоршаған тіндердің фиброзы пайда болады. Кальцинат түзілуімен және зақымданудағы тыртық өзгерістерімен туберкулезді емдеу көбінесе жеткіліксіз. Бұл балалардың көпшілігінде туберкулезбен улану белгілері бар, бұл процестің белсенді болуын көрсетеді. Болашақта мүмкін болатын процесті қайта жандандыру (әсіресе жасөспірімдерде) туберкулезден кейінгі үлкен қалдық өзгерістерді жою арқылы хирургиялық емдеуді қажет етеді. Балалар мен жасөспірімдердегі туберкулез күрделі проблема тудырады. Туберкулезге қарсы вакцинация балаларда осы аурудың алдын алудың негізгі әдісі болып қала береді.

Қорытынды. Осылайша, онжылдықтың соңына қарай жоспарлы профилактикалық іс-шаралар кезінде, ең алдымен, АТФ сынамасын қолдану кезінде респираторлық туберкулез анықталған балалар мен жасөспірімдердің үлесі артты. Кішкентай балалардың салыстырмалы түрде жоғары сырқаттануы, контактілердің кеш анықталуы және алдын алу шараларының уақтылы жүргізілмеуі проблема болып қалуда.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Snow K.J., Sismanidis C., Denholm J., Sawyer S.M., Graham S. The incidence of tuberculosis among adolescents and young adults: A global estimate. *Eur. Respir. J.* 2018;51:1702352. doi: 10.1183/13993003.02352-2017.
2. Global TB Report. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2021.
3. Guidance for National Tuberculosis Programmes on the Management of Tuberculosis in Children. Stop TB Partnership Childhood TB Subgroup, World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2006.
4. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 5: Management of Tuberculosis in Children and Adolescents. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2022.
5. WHO Operational Handbook on Tuberculosis: Module 5: Management of Tuberculosis in Children and Adolescents. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2022.
6. Статический обзор по туберкулезу в РК за 2019-2021 г.
7. Ананьев, Семен Михайлович. Диагностика латентной туберкулезной инфекции у детей с применением иммунологических тестов нового поколения : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.01.16 / Ананьев Семен Михайлович; [Место защиты: С.л. науч.-исслед. ин-т фтизиопульмонологии МЗ РФ]. - Санкт-Петербург, 2017. - 24 с.

8. <http://www.tuberculosis-stop.ru/?Epidemiologiya>
9. Times of India. NewdeadlierformofTBhitsIndia. Jan 7, 2012.
10. <http://who.int/tb/challenges/mdr/tdrfaqs>
11. <http://www.medcentre.com.ua/articles/Rasshifrovan-genom-lekarstvenno-ustoychivogo-36985>
12. Баймуратова М.А., Сарсенбаева М.З. и др. Учебно-методические рекомендации «К вопросу организации эффективной диагностики микозов» Алматы – 2012г. с.90.
13. Приказ Министерство Здравоохранения и Социального Развития РК №19 от 22августа 2014г. «Инструкция по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу». 94с.
14. Методические указания «Современные методы ускоренной бактериологической диагностики туберкулеза» Алматы, 2013, 40с.
15. Статический обзор по туберкулезу в РК за 2019-2021 г. повтор
16. Global TB Report. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2021. [Google Scholar]
17. Додд П.Дж., Юэн К.М., Сисманидис К., Седдон Дж.А., Дженкинс Х.Е. Глобальное бремя детской смертности от туберкулеза: исследование математического моделирования. Ланцет Глоб Здоровье . 2017; 5 : e898–906. 10.1016/S2214-109X(17)30289-9 [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [CrossRef]
18. Дженкинс Х.Э., Юэн К.М., Родригес К.А., Натавитарана Р.Р., Маклафлин М.М., Дональд П. и соавт. Смертность детей с диагнозом туберкулез: систематический обзор и метаанализ. Ланцет Infect Dis . 2017; 17 : 285–95. 10.1016/S1473-3099(16)30474-1 [Бесплатная статья PMC] [PubMed] [CrossRef]
19. Ананьев, Семен Михайлович. Диагностика латентной туберкулезной инфекции у детей с применением иммунологических тестов нового поколения : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.01.16 / Ананьев Семен Михайлович; [Место защиты: С.-л. науч.-исслед. ин-т фтизиопульмонологии МЗ РФ]. - Санкт-Петербург, 2017. - 24 с.
20. Баронова О.Д., Аксенова В.А., Лугинова Е.Ф., Долженко Е.Н. Использование рифапентина для превентивной химиотерапии детей из групп риска развития туберкулеза. Туберкулез и болезни легких. 2022;100(8):31-36. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-8-31-36>
21. Визель А.А., Шаяхметова С.А., Алексеев А.П., Визель И.Ю., Никитин А.В., Галимов А.А. Анализ ведения больных с COVID-19 в условиях временного инфекционного госпиталя, развернутого на базе Республиканского противотуберкулезного диспансера Республики Татарстан. Туберкулез и болезни легких. 2022;100(8):6-17. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2022-100-8-6-17>
22. Snow K.J., Sismanidis C., Denholm J., Sawyer S.M., Graham S. The incidence of tuberculosis among adolescents and young adults: A global estimate. Eur. Respir. J. 2018;51:1702352. doi: 10.1183/13993003.02352-2017.
23. Global TB Report. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2021.
24. Guidance for National Tuberculosis Programmes on the Management of Tuberculosis in Children. Stop TB Partnership Childhood TB Subgroup, World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2006.
25. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis: Module 5: Management of Tuberculosis in Children and Adolescents. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2022.
26. WHO Operational Handbook on Tuberculosis: Module 5: Management of Tuberculosis in Children and Adolescents. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2022.
27. Статический обзор по туберкулезу в РК за 2019-2021 г.
28. Ананьев, Семен Михайлович. Диагностика латентной туберкулезной инфекции у детей с применением иммунологических тестов нового поколения : автореферат дис. ...

кандидата медицинских наук : 14.01.16 / Ананьев Семен Михайлович; [Место защиты: С.л. науч.-исслед. ин-т фтизиопульмонологии МЗ РФ]. - Санкт-Петербург, 2017. - 24 с.

29. <http://www.tuberculosis-stop.ru/?Epidemiologiya>

30. Times of India. NewdeadlierformofTBhitsIndia. Jan 7, 2012.

31. <http://who.int/tb/challenges/mdr/tdrfaqs>

32. <http://www.medcentre.com.ua/articles/Rasshifrovan-genom-lekarstvenno-ustoychivogo-36985>.

MODERN MEDICAL AND SOCIAL FEATURES OF HOUSEHOLD INJURIES AMONG PEOPLE OF WORKING AGE

Berkinbaeva Sh., Brimzhanova M., Aitambayeva N.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Introduction: Injuries are one of the most important medical and social problems of our time for many countries around the world. XX century The urgency of the problem of injuries has increased, and the number of injuries that go from temporary disability to disability and ending in death is also increasing. Today, in economically developed countries of the world, among the causes of mortality among the population and people of working age, injuries are in third place. The epidemiological situation regarding injuries in Kazakhstan is very serious. The average injury rate is 120-130 cases per 1000 people. Injuries in men are 1.5-2 times higher than in women. Injuries and poisonings occur at any age, but most often in people of working age.

Among other human pathological conditions, two cases of injury are distinguished:

1 – due to the suddenness of the injury;

2 – due to the factor of adverse effects on the human body, as a rule, this is immediately noticeable.

Trauma is the most serious epidemic and international problem of the twentieth century (Brongel L., 2003), which is based on the growth of terrorism and catastrophic situations (Zamarripa V.G.). Given the number of casualties and the costs associated with treating trauma patients, trauma has been called the longest war of modern times. In the 90s of the twentieth century, the relevance of this problem increased in Kazakhstan, which was due to the crime situation in society and urbanization against the backdrop of economic instability of the state. Injuries claim the lives of young people of working age. For example, in the age group from 1 year to 45 years, mortality from them is in first place in the overall structure, it is 52% (Babenko A.I.).

Purpose of the study: to analyze domestic and foreign literature on domestic injuries.

Search strategy. Key queries when searching: congenital ear malformation, microtia, anotia, atresia of the external auditory canal, hearing disability. Inclusion criteria: Full-text articles in open access, publications of level of evidence A, B: meta-analyses, systematic reviews, clinical studies of risk factors. Exclusion criteria: expert opinion in the form of short messages, advertising articles, articles using various drugs.

Conclusions: Among various diseases of the population, a number of diseases are of particularly important social and hygienic significance. The significance of such diseases is associated not only and not so much with their wide distribution, but with the role that these diseases play in mortality and disability of the population, in the economic damage to the country's economy due to temporary loss of ability to work, disability and premature death. These diseases include diseases of the circulatory system, malignant neoplasms, and injuries.

Key words: medical and social security, domestic injuries, working age.

Introduction. The development of primary prevention of injuries in the existing economic conditions of financing the industry allows us to avoid the economic consequences associated with the costs of diagnosis, treatment and rehabilitation of trauma patients (Kuznetsova Kh.Yu., 2000).

The injury rate is high in economically developed regions (A.B. Blokhin, 1999). In this regard, it is of great interest to create a system for preventing injuries in large administrative centers, taking into account the characteristics of individual administrative-territorial structures and the mobilization of district leadership for their implementation.

Injuries are indeed one of the most serious social and hygienic problems in modern society. Its importance is due not only to its high prevalence, but also to how strongly injuries affect the quality of life, the length of the working period and the general health of the population. Mortality and disability from injuries have a significant impact on demographic indicators, as well as on the socio-economic dynamics of the country. Because of this, it is important to take measures to prevent injuries, improve the system of medical care for injuries, and develop rehabilitation for victims.

Reducing injuries requires a comprehensive approach, including educational programs, safety measures on roads, at home and in the workplace, and promotion of safe physical activity. In addition, the quality of trauma care and rehabilitation needs to be improved to minimize negative health consequences for victims. Joint efforts on the part of the state, public organizations, medical institutions and citizens independently play a key role in the fight against injuries and its negative consequences.

Today in the Republic of Kazakhstan, comprehensive programs on the problem of injuries are not sufficiently developed, and existing methodological recommendations focus on studying the prevalence of injuries, and the problems of its prevention from a systemic point of view are not sufficiently covered. indicated.

Based on intersectoral actions, it is promising to improve the primary prevention of injuries and its consequences, to develop effective mechanisms for influencing controllable factors of identified risks

Study Findings: The cause of HCV also influences the difference in mortality. The most serious injuries occur in pedestrian or head-on collisions. In many developed countries of the world, the relationship between pedestrians and vehicular traffic is very clearly regulated and is ensured by both drivers and pedestrians, in particular, by observing the rules for driving on green lights. Expressway boulevards are not allowed to have pedestrian lanes, so collisions with pedestrians do not occur.

This type of HCV RK is often fatal. The same applies to head-on collisions. In developed countries, it is impossible to cross the oncoming lane on highways [12]. An important role in reducing mortality from injuries is played by the timing and efficiency of providing care to the injured by medical workers [4].

Many victims suffer non-life-threatening injuries, but delays in medical care can lead to early complications such as respiratory failure, cardiac arrest and hemorrhage, which in turn quickly lead to death. Moreover, 70% of victims are transported from the scene of the incident by road [5].

In addition, the delay of ambulances causes death, which is due to two main reasons [6, 10]. Firstly, emergency doctors do a lot of daily work calling ambulances to homes, with the exception of accidents, which constitute the bulk of their work time. Secondly, due to difficult road conditions, an ambulance often cannot overcome traffic jams, and sometimes even a siren and flashing lights do not help [6]. As a separate problem, it is worth noting the problem of the first aid kit in the car; the complete absence of their collection reduces the effectiveness of medical care for victims by 10.4%. At the same time, the list of necessary tools for temporarily stopping external bleeding and dressing wounds has been expanded. L.G. According to Averbakh [1], it is necessary to equip ambulances with video monitoring of the surrounding road situation to ensure the safety of impassable vehicles. He is responsible for safety while the

ambulance is moving. The drivers of these vehicles must be held accountable. In many countries, highways and highways have designated lanes for emergency services, allowing them to quickly arrive at the scene of an emergency. However, in our case this will be done in a short time, since it requires large material costs. And it is clear that drivers in Kazakhstan cannot resist driving along a specially designated lane in traffic jams. Accordingly, traffic jams persist [6]. According to experts and statisticians, the influence of road conditions on injuries ranges from 12 to 14%; At the same time, 60% of roads do not meet technical operating requirements. Almost 50% of the roads in the Republic of Kazakhstan were built according to the standards of the 1950s, therefore, as a result of the frequent movement of fast and heavy vehicles, deep potholes appear on them [19]. The delay in the arrival of an emergency medical team at the scene of an accident is, of course, one of the important reasons for the increase in mortality from preventable causes of death due to injuries, but the significance of this factor can be reduced if the victim is provided with timely first aid by EMS participants or witnesses [14]. The increase in the proportion of healthcare workers due to drunk drivers is alarming. People driving while intoxicated pose a serious threat to road users. In our country, 15% of road accidents occur due to the fault of a drunk driver, and every seventh pedestrian who violates traffic rules is drunk [7,15].

It is important to note that for the same level of alcohol consumption, the driver must be over 30 years of age.

Conclusion: the high level of injuries, especially among children and adolescents, is indeed a serious medical and social problem. This leads to significant social and economic losses, as well as a deterioration in the quality of life of victims and their families.

When developing measures to reduce injuries, it is necessary to take into account the specifics of the regions of the Republic of Kazakhstan. Different areas may have their own characteristics in the structure and causes of injuries, which requires an individual approach to the development and implementation of preventive measures. Particular attention should be paid to educational programs and promotion of safety rules, especially among children and young people. It is also important to develop a system of medical care for injuries, including rapid and high-quality access to emergency medical care and rehabilitation. Injury prevention also requires collaboration among various sectors of society, including health, education, transportation, and others. Only an integrated approach will achieve a significant reduction in injuries and its negative consequences for society

List of references

1. Авербах Л. Г. Об оказании медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП, и частно- государственном партнерстве / Л. Г. Авербах // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 7. – С. 32–37.

2. Артамошина М. П. О некоторых аспектах рисков поведения участников дорожного движения / М. П. Артамошина, А. Г. Роговина, Д. К. Белявская // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 3. – С. 34–37.

3. Артамошина М. П. Формирование стереотипа поведения на дороге у детей / М. П. Артамошина // Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – М., 2007. – С. 35–36.

4. Васильев П. В. К истории исследований по проблеме эвакуации раненых и больных авиационным транспортом / П. В. Васильев, А. А. Меденков // Военно-медицинский журнал. – 2000. – № 4. – С. 78–81.

5. Величковский Б. Т. Стратегия медицины в охране здоровья населения на пороге XX века / Б. Т. Величковский // Вестник РАМН. – 2000. – № 9. – С. 51–56.

6. Горяинов М. И. Организационные, правовые и экономические аспекты оказания стационарной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Горяинов М. И. – СПб., 2009. – 17 с.

7. Дорожно-транспортный травматизм. Алгоритмы и стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим вследствие ДТП (догоспитальный этап) / С. Ф. Багненко [и др.] – СПб. : Невский диалект, 2006. – 320 с.
8. Дорожно-транспортный травматизм как национальная программа // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 8. – С. 26–29.
9. Дорожно-транспортные происшествия в России (2006 г.). Обобщенные сведения. – М., 2007. – 21 с.
10. Иванов В. В. Автоматизированная информационная система о раненых и больных в военном госпитале / В. В. Иванов, С. Г. Григорьев, В. В. Ретунский // Военномедицинский журнал. – 2002. – № 7. – С. 18–22.
11. Ликвидация последствий ДТП: информ.-образоват. портал [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://dtprescue.ru/34998.html>.
12. Организация обучения правилам оказания первой помощи / Л. И. Дежурный [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 7. – С. 26–30.
13. Пивень Д. В. К вопросу о развитии частногосударственного партнерства в системе оказания скорой медицинской помощи и не только... / Д. В. Пивень, С. М. Горбачева // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 7. – С. 38–41.
14. Принципы оказания скорой помощи пострадавшим в ДТП на этапах эвакуации в условиях мегаполиса / С. Ф. Багненко [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2009. – Т. 168, № 4. – С. 92–96.
15. Пути сокращения времени доставки в стационар пострадавших при ДТП в условиях мегаполиса / Ю. Б. Шапот [и др.] // Травматология и ортопедия в России. – 2007. – № 3, прил. – С. 77.
16. Романов В. А. Понятие рисков и их классификация как основной элемент теории рисков / В. А. Романов // Инвестиции в России. – 2000. – № 12. – С. 41–43.
17. Стажадзе Л.Л. Особенности организации догоспитальной медицинской помощи в медицине катастроф / Л. Л. Стажадзе, Е. А. Спиридонова // Медицина катастроф. – 2008. – № 2. – С. 5–7.
18. Травматизм и смертность на дорогах: где начинается и где заканчивается зона ответственности здравоохранения? // Менеджер здравоохранения. – 2009. – № 8. – С. 30–37.
19. Форшотт М. О культуре дорожной безопасности / М. Форшотт // Основы безопасности жизни. – 2005. – № 12 (114). – С. 24–27.
20. Crondoll C. S. Mortality reduction with air bag and seat belt use in head-on passenger car collisions / C. S. Crondoll, L. M. Olson, D. P. Sklor // Am. J. Epidemiology. – 2001. – Vol. 153. – P. 219–224.
21. Ong W. Y. Design of motorcycle crash helmet for children [unpublished thesis] / W. Y. Ong. – Serdang: University Putra Malaysia, 2001.
22. Passenger carriage and car crash injury: a comparison between younger and older drivers / L. T. Lam [et al.] // Accident Analysis Prevention. – 2003. – Vol. 35. – P. 861–867.

FEATURES OF STAFFING IN THE INTENSIVE CARE UNIT, INTENSIVE CARE UNIT AND ANESTHESIOLOGY OF CHILDREN'S INSTITUTIONS (LITERATURE REVIEW)

Kurbanbekov N.A.

NAO «Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov»

Introduction: Human resource management plays a crucial role in improving the healthcare system. Policies for attracting, training, upskilling, and retaining medical personnel are one of the main ways to stabilize it. Medical staff are the foundation of any country's healthcare, as their productivity exceeds all costs of their training and maintenance.

However, similar problems with the staffing of medical organizations exist both in Kazakhstan and around the world. One of the pressing issues is the shortage of medical personnel, especially in the field of primary healthcare. There is also a lack of specialists with narrow specializations, leading to an imbalance in the number of doctors and nurses. Another serious problem is the uneven distribution of medical personnel, predominantly concentrated in large cities, while rural areas experience a shortage of qualified specialists. The migration of qualified personnel to more prosperous countries also affects the development of human resources in healthcare. Solving these problems requires a comprehensive approach. Efforts must be focused on ensuring the accessibility and quality of education in the medical field, attracting and retaining qualified specialists in remote and rural areas, and creating conditions for professional development and motivation of healthcare workers.

In Kazakhstan, although the number of doctors per capita is higher than in many developed countries, the quality of medical care and the overall health indicators of the population do not reach high standards. This points to the low efficiency of the local healthcare system, as well as problems with the qualifications and insufficient motivation of medical personnel for professional growth. One of the issues is the imbalance in the distribution of medical staff. There is an excessive concentration of doctors in hospital institutions, while outpatient and polyclinic institutions lack qualified medical personnel.

In recent years, Kazakhstan has been creating conditions for training, retention, and upskilling of healthcare system workers. However, the limited resources of the state cannot allow achieving the set goals, which reduces the effectiveness of the healthcare personnel potential. Moreover, the absence of a unified comprehensive approach to retaining medical personnel, their uneven distribution across the regions of the country, and the quality of their composition can pose a serious threat to the population's health, creating risks for reducing the level of socio-economic development of the entire country.

Goal: To study the level of staffing in the departments of resuscitation, intensive care, and anesthesiology of children's institutions in domestic healthcare facilities by conducting an informational search of literary data.

Keywords: personnel, healthcare system, staff imbalance, staff retraining, anesthesiology service.

The result of the study: There is a wealth of data that demonstrates the positive impact of the quantity, quality of training, and the distribution density of healthcare workers on the outcomes of various healthcare activities and on the overall health of people. According to the WHO definition, healthcare workers are individuals whose main activity is aimed at improving health. They include professionals who provide medical services (doctors, nurses, pharmacists, and laboratory technicians), as well as administrative and support staff. There are about 60 million healthcare workers worldwide. Approximately two-thirds of them are medical service providers, while the remaining third perform administrative and support functions [2]. The healthcare staffing crisis is recognized by the global community. Modern challenges in the development of healthcare personnel worldwide are associated with a shortage of staff providing primary medical care, an excess of narrow-profile specialists, an imbalance in the number of doctors and nursing and midwifery staff, and an excessive concentration of medical workers in large cities [3]. It has been proven that there is a direct correlation between the ratio of healthcare workers to the population and health indicators. The global shortage of workers is exacerbated by the existing imbalance within countries. Compared to cities, rural areas experience a shortage of competent personnel. According to WHO estimates, at least 2,360,000 medical workers and 1,890,000 administrative and support workers are needed to fill the gap, making a total of 4,250,000 healthcare workers [4]. Over the past 30 years, in most industrially developed

countries, there has been an increase in the role of administrative workers and economists in the field of medical services. For example, in many countries, clinics are usually managed by professional administrators who do not have a medical education [5]. Contemporary healthcare workforce development policy in many countries is built on the joint responsibility of the state and society, including professional medical associations. The government strives to regulate, define, and satisfy the real needs for healthcare personnel, as well as to support, guide, and control activities in the field of training and effective use by society. The WHO-created regional observatories of human resources for health strengthen, develop, and support the knowledge base for healthcare labor resources in different regions. These observatories provide factual data for making policy decisions aimed at strengthening healthcare systems and improving medical services. They monitor practical methodologies and accumulated experience and share them [6]. Thus, the personnel policy of developed countries is aimed at implementing methods for managing the efficiency of existing resources, enhancing the role of administrative workers, the rapid evolution of the nursing profession, and expanding the functions of mid-level medical personnel, training specialists in public health, and increasing requirements for the field of training and retraining of personnel. Distinctive features of Kazakhstan's healthcare human resources include higher indicators of provision with medical personnel, along with lower indicators of provision with mid-level personnel compared to global data. The average indicator of provision with medical personnel for the urban population is more than three times higher than that for the rural areas [7].

Over the past 20 years of consistent development, pediatric anesthesiology and resuscitation services have successfully passed the formation period, gained clinical independence, and taken a rightful place among other specialized services. It has become an essential condition for the modern level of medical care at all levels, from regional hospitals to district inpatient facilities [1, 3, 7]. Established at the intersection of interests of many clinical specialties, it must promptly respond to the emergence of new interests and requirements in various sections of the clinic. The staffing of anesthesia, resuscitation, and intensive care departments of the pediatric direction is indicative in this regard.

Modern trends in the development of relationships between pediatric anesthesiology and resuscitation services (ARS) and pediatric surgery are telling in this plan. On one hand, there is an expansion of the possibilities for conservative treatment of some surgical diseases and a tendency to perform organ-preserving operations; on the other hand, there is an increase in surgical activity, a widespread reduction in contraindications, and a complication of the contingent of patients and the range of operations, as well as the intensive development of new sections of surgery, for example, cardiovascular (mastering techniques and modern methods of surgical treatment of heart defects) [2, 9].

At the same time, pediatric Anesthesiology and Resuscitation Services (ARS) have long faced certain difficulties in establishing and developing equal relations with other clinical services [13].

The performance of specific functions of pediatric ARS requires a high concentration of staff, which is why the combined departments of anesthesia, resuscitation, and intensive care (ORIT) according to the staffing schedule are the largest in the structure of a multi-profile hospital. To date, there is a shortage of staff in the ORIT of multi-profile hospitals.

A literature review revealed a number of differences between the system of anesthesiology and intensive care in Kazakhstan and foreign countries. One of the significant differences is the level of training and experience of medical workers. The deficit of trained and experienced medical specialists in Kazakhstan, including anesthesiologists-resuscitators and anesthetists, remains a serious problem for the country's healthcare system. In developed countries, on the contrary, there is an excess of well-trained and experienced medical workers.

Another significant difference lies in the availability and accessibility of advanced technologies and equipment. The Kazakhstani system faces significant difficulties in accessing and implementing advanced equipment. This limits the possibilities for providing quality

medical services to its citizens. Foreign countries, especially developed ones, have all the advantages in terms of equipment, which is a significant reason for the low mortality rate.

Human resource potential is a key characteristic of an institution, encompassing a combination of qualifications, abilities, skills, and capabilities, both general and professional in nature, capable of leading to the achievement of set objectives. For the purpose of improving the planning of labor resources, it is necessary to develop new criteria for assessing human resource potential and scientifically substantiated approaches to determining the need for specialists of various qualifications and profiles. In addition to the number and structure of personnel, special attention should be paid to their quality – the level of professional training, work motivation, and health status.

The theoretical foundations of motivation play a key role in understanding and managing employee behavior in various organizational contexts, including medical institutions. These theories provide valuable insights and methods that can be used for effective stimulation and increasing staff satisfaction. Below are the main theories of motivation and their roles:

Maslow's Hierarchy of Needs: asserts that one must first satisfy the basic needs of the staff, such as decent pay and safe working conditions, before addressing higher levels of needs, including recognition and self-actualization [4].

Herzberg's Two-Factor Theory: divides motivational factors into 'hygiene' (prevent dissatisfaction) and 'motivators' (contribute to satisfaction), including salary, working conditions, recognition, and professional growth [5].

McGregor's Theory X and Y: offers two models of views on workers, where Theory Y emphasizes natural motivation and the desire for responsibility, which can help create a more stimulating work environment [6].

Adams' Equity Theory: focuses on the perception of fairness in the distribution of resources and rewards, which is important for ensuring a sense of fairness among employees [7].

Locke's Goal-Setting Theory: Emphasizes the importance of setting clear and achievable goals to increase staff motivation [8].

The analysis of existing motivation methods in medical institutions has revealed shortcomings such as insufficient flexibility, non-targeted use of incentives, underestimation of intangible factors, injustice and inequality, as well as the absence of an individual approach. To improve the effectiveness of motivational programs, it is recommended to consider both material and intangible needs of the staff, conduct regular analysis and evaluation of motivation systems, and apply individual approaches to motivation [9-11]. Thus, the analysis of existing motivation systems in medical institutions identifies a number of problems and deficiencies that require a comprehensive approach and fine-tuning to enhance the efficiency of staff work and improve the quality of medical services.

In the next stage, we examined real examples of successful motivation strategies that have been implemented in medical institutions around the world. These case studies demonstrate how diverse approaches to motivation can improve the work of medical organizations and increase staff satisfaction.

Bonus and Reward System in US Hospitals. In some US hospitals, a bonus system based on work quality and the achievement of certain goals, such as improving patient satisfaction indicators and reducing the number of complications after surgeries, has been implemented. This encourages staff to work more responsibly and improve the quality of service [12].

Professional Development Programs in European Clinics. A number of European clinics have implemented professional development and training programs for medical staff. These programs include opportunities for further education, participation in research, and conferences. This approach not only improves the professional skills of employees but also contributes to their personal growth and job satisfaction [13].

Flexible Work Schedules in Canadian Medical Centers. In Canada, some medical centers have introduced flexible work schedules, allowing employees to adapt their working hours to

their personal circumstances. This has reduced the level of professional burnout and increased overall job satisfaction [14].

Recognition and Reward Systems in Australian Hospitals. Australian hospitals have implemented systems for recognizing staff achievements, including award ceremonies and public acknowledgment of employees' contributions. Such initiatives boost morale and contribute to creating a positive work culture [15].

Health and Wellbeing Programs in Asian Clinics. Some medical institutions in Asia have introduced comprehensive programs aimed at maintaining the physical and mental health of their employees, including fitness classes, stress management seminars, and healthy eating courses. These measures contribute to improving the overall wellbeing of staff and reducing absenteeism [16,17].

These practical examples demonstrate that effective motivation strategies can vary significantly depending on the cultural and operational context of medical institutions. They highlight the need for an individual approach and flexibility in the development and implementation of motivational programs.

In his research, I.D. Sablin (2016) focuses on several key aspects of motivation: the distribution of financial flows between doctors and mid-level medical staff, the compliance of performed procedures with standard operating procedures, and the importance of creating an optimal psychological climate within the department. The significance of encouraging staff for conducting research, presenting reports, and mastering new work methods is also highlighted. The author emphasizes that such an approach increases employee motivation even with insufficient funding and can be used as a model for other healthcare institutions [18].

O.V. Basova (2020) in her research points out that the effectiveness of an enterprise's operations is closely linked to personnel management and improving competitive advantages in a dynamic market environment. The organization under study employs a diverse system of staff remuneration and motivation, including rewards for individual results. Administrative staff perform personnel management functions, and attention is given to creating a positive psychological climate within the team. An effective reward system includes bonuses and incentives dependent on work performance, the number of clients attracted, and task completion. Modern methods of motivation are considered, such as creating a favorable climate, fair income distribution, and opportunities for learning and development. The research conclusions indicate a lack of correlation between material incentives and an employee's contribution to the final outcome, the absence of a transparent personnel evaluation system, and the use of identical motivation tools for different categories of staff [19].

In her article, N.S. Tekhterova (2016) presents the main findings on the differences between the real and ideal motivational profiles of medical workers. The analysis showed that there are certain types of motivational profiles, such as expressive for doctors and flattened for mid-level medical staff. The results allow us to assess how much workers realize their potential in the workplace and to what extent the management of the organization motivates them to perform production functions. Appropriate ways of motivation for different motivational profiles are proposed, which contributes to increasing the efficiency of staff labor [20].

The main conclusions of the research by E.Yu. Panchuk (2019) indicate that the motivation of labor of medical workers in Russia and the USA differs. Russian doctors have a predominance of internal and external positive motivation, with important factors for them being salary, career advancement, and the desire to avoid criticism. In contrast, American doctors have a more favorable motivational complex, with a greater emphasis on salary and less significance of criticism and punishment. Nurses in Russia demonstrate an unfavorable motivational complex, where external negative motivation plays as significant a role as internal motivation [21].

In conclusion, the authors of the article emphasize that to increase the effectiveness of the motivation system in medical institutions, it is necessary to take into account the prevailing motives of employees' labor, maintain their interest in the content of work and personal and

professional growth, and ensure autonomy and independence in the work of highly qualified specialists.

Research in the field of medical staff motivation underscores the importance of a comprehensive approach to motivation. Attention is focused on the distribution of financial flows, compliance with standards, the importance of the psychological climate within the department, and encouragement for research and innovation. Differences in motivational complexes between doctors and mid-level medical staff, as well as among medical workers in different countries, have been identified. Special attention is given to the need to consider individual labor motives, maintain interest in the content of work, and provide conditions for personal and professional growth. These findings emphasize that an effective motivation system requires consideration of both material and immaterial aspects, as well as an individual approach to each employee.

Discussion: Research in the field of medical staff motivation emphasizes the importance of a comprehensive approach that includes both material and immaterial aspects of motivation. Special attention is paid to the distribution of financial resources, compliance with standards, creating a favorable psychological climate, and encouragement for research activities and innovation.

Conclusion: The literature review also showed that financial and infrastructural problems hinder the development of data systems in departments in Kazakhstan. Such limited resources do not meet the growing needs of the healthcare industry. In contrast, in foreign countries, a well-tuned system ensures increased productivity, quality, and high work motivation of medical workers. Differences in motivational complexes between categories of medical personnel and in different countries have been identified. It is emphasized that it is necessary to consider individual employee motives and maintain their interest in work to ensure their personal and professional growth.

Reference

1. Goncharuk AG. Exploring a motivation of medical staff. *Int J Health Plann Manage.* 2018 Oct;33(4):1013-1023. doi: 10.1002/hpm.2555. Epub 2018 Jun 8. PMID: 29882334.
2. Goncharuk AG, Lewandowski R, Cirella GT. Motivators for medical staff with a high gap in healthcare efficiency: Comparative research from Poland and Ukraine. *Int J Health Plann Manage.* 2020 Nov;35(6):1314-1334. doi: 10.1002/hpm.3037. Epub 2020 Aug 3. PMID: 32744754.
3. Kitsios F, Kamariotou M. Job satisfaction behind motivation: An empirical study in public health workers. *Heliyon.* 2021 Apr 21;7(4):e06857. doi: 10.1016/j.heliyon.2021.e06857. PMID: 33981905; PMCID: PMC8085703.
4. Пирамида потребностей Маслоу, <https://www.unisender.com/ru/glossary/piramida-maslou/>
5. Роббинс С.П. "Организационное поведение: Концепции, теории, практика". 15-е издание, США. – 2017. – 189 с.
6. Купер, К.Л., Робертсон, И.Т. "Комплексный подход к организационному поведению", London: Macmillan, 1995. – 215 с.
7. Гринберг, Дж., Барон, Р. А. "Поведение в организациях: понимание и управление человеческим поведением на работе". 10-е издание, 2014. – 99 с.
8. <https://trainingtechnology.ru/teoriya-postanovki-celej-lokka/>
9. van der Burgt SME, Kusurkar RA, Wilschut JA, Tjin A Tsoi SLNM, Croiset G, Peerdeman SM. Motivational Profiles and Motivation for Lifelong Learning of Medical Specialists. *J Contin Educ Health Prof.* 2018 Summer;38(3):171-178. doi: 10.1097/CEH.000000000000205. PMID: 29794548.
10. van der Burgt SME, Kusurkar RA, Wilschut JA, Tjin A Tsoi SLNM, Croiset G, Peerdeman SM. Medical specialists' basic psychological needs, and motivation for work and lifelong learning: a two-step factor score path analysis. *BMC Med Educ.* 2019 Sep 5;19(1):339.

doi: 10.1186/s12909-019-1754-0. Erratum in: BMC Med Educ. 2020 Jun 17;20(1):196. PMID: 31488116; PMCID: PMC6728936.

11. Ebenso B, Mbachu C, Etiaba E, Huss R, Manzano A, Onwujekwe O, Uzochukwu B, Ezumah N, Ensor T, Hicks JP, Mirzoev T. Which mechanisms explain motivation the of primary health workers? Insights from the realist evaluation of a maternal and child health programme in Nigeria. *BMJ Glob Health*. 2020 Aug;5(8):e002408. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002408. PMID: 32843524; PMCID: PMC7449364.

12. Wisener KM, Eva KW. Incentivizing Medical Teachers: Exploring the Role of Incentives in Influencing Motivations. *Acad Med*. 2018 Nov;93(11S Association of American Medical Colleges Learn Serve Lead: Proceedings of the 57th Annual Research in Medical Education Sessions):S52-S59. doi: 10.1097/ACM.0000000000002383. PMID: 30365430.

13. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Sep 7;(9):CD008451. doi: 10.1002/14651858.CD008451.pub2. PMID: 21901722.

14. Salisbury-Afshar E. Financial incentives for improving the quality of primary care. *Am Fam Physician*. 2012 Apr 1;85(7):690-1. PMID: 22534344.

15. Diaconu K, Falconer J, Verbel A, Fretheim A, Witter S. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 May 5;5(5):CD007899. doi: 10.1002/14651858.CD007899.pub3. PMID: 33951190; PMCID: PMC8099148.

16. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries . *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Feb 15;(2):CD007899. doi: 10.1002/14651858.CD007899.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 May 5;5:CD007899. PMID: 22336833.

17. Yuan B, He L, Meng Q, Jia L. Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Mar 3;3(3):CD011153. doi: 10.1002/14651858.CD011153.pub2. PMID: 28253540; PMCID: PMC5449574.

18. Саблин И.В. Совершенствование системы мотивации медицинского персонала в бюджетном учреждении здравоохранения на примере отделения экстракорпоральных методов гемокоррекции КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края // *Лидерство и менеджмент*. – 2016. – №4. – Стр. 259-276

19. Басова Ольга Викторовна. "Совершенствование системы мотивации персонала как фактор повышения эффективности деятельности организации" *Инновации и инвестиции*. – 2020. – № 5. – Стр. 113-118.

20. Тихтерекова Нина Сергеевна, Гнедых Наталья Николаевна, and Ляхов Александр Павлович. "Профессиональная мотивация медицинского персонала как средство повышения эффективности трудовой деятельности" *Проблемы современной науки и образования*. – 2016. – № 12 (54). – Стр. 151-156.

21. Панчук Екатерина Юрьевна. "Изучение мотивации труда медицинских работников" *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика*. – 2019. – № 19 (2). – Стр. 183-187.

0-14 ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ВИРУСТЫҚ ГЕПАТИТТІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ МЕН БОЛЖАМЫ

Алпысбаева А.Е., Рыскулова А.Р., Мещанов Г.Т., Айтамбаева Н.Н.

Түйіндеме. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, 2022 жылдың 21 сәуірінде Еуропа аймағының 11 және Америка аймағының бір елінен белгісіз

шыққан жедел гепатиттің кем дегенде 169 жағдайы тіркелген. Бұл ауруға негізінен 1 айдан 16 жасқа дейінгі балалар бейім келеді.

Сәуір айының басында британдық дәрігерлер Шотландияда 10 жасқа дейінгі балаларда белгісіз шыққан жедел гепатит жағдайларының көбеюін тіркеді. Келесі 10 күн ішінде мұндай диагноздар бүкіл Ұлыбритания аумағында, негізінен 2 жастан 5 жасқа дейінгі балаларға қойыла бастады. Көп ұзамай ұқсас белгілері бар ауру басқа Еуропа елдерінде де тіркеле бастады.

19 сәуірде Ұлыбританияда, Ирландияда, Испанияда, Данияда, Нидерландыда және АҚШ-та балалардағы жедел гепатит жағдайлары туралы хабарлана бастады. Осылайша сырқаттанушылықтың таралу аймағы кеңеюде. Жаңа гепатитті Израиль, АҚШ, Италия, Норвегия, Франция, Румыния және Бельгия дәрігерлері де тіркеді. Науқастардың жас мөлшері де кеңейе түсті: қазіргі уақытта диагноз 1 айдан 16 жасқа дейінгі балаларға қойылуда.

2022 жылдың 3 айында 2021 жылдың ұқсас кезеңімен салыстырғанда ҚР бойынша жіті вирустық гепатиттің 33,7% — ға, оның ішінде балалар арасында 40,4% — ға өсуі байқалды. Өсім А вирустық гепатиті есебінен байқалды — 1,5 есе

Соңғы бір жылда ҚР-да вирусты гепатитпен сырқаттану 4 еседен астам өсті. 2023 жылғы қаңтар–желтоқсанда бұл көрсеткіш 100 мың халыққа шаққанда 10,2 жағдайдан асты. Бір жыл бұрын жағдай әлдеқайда жақсы болған — 100 мың адамға 2,5 жағдай ғана тіркелген. ҚР Денсаулық сақтау министрлігі «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ЖШҚ жанындағы «Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама және мониторинг ғылыми-тәжірибелік орталығы» (СЭСМҒТО) РМК филиалының статистикасы 2023 жылдың қаңтарында сырқаттанудың күрт көтеріліп кеткенін көрсетеді, дегенмен вирустың кейбір түрлерін жұқтырған адамдар санының маусымдық өсуі әдетте жазда және күзде болады. Аурудың ең жоғары деңгейі наурыз айында тіркелді, бұл көрсеткіш 100 мың адамға шаққанда 15 жағдайға дейін өсті.

Зерттеу мақсаты: 0-14 жастағы балалар арасындағы вирусты гепатиттің эпидемиологиялық таралу мен эпидемиологиялық бақылаудың ерекшеліктеріне әдеби шолу жасау.

Кілт сөздер: гепатит,

Зерттеу нәтижелері. Гепатит А вирусының (ВГА) инфекциясы бүкіл әлемде жедел вирустық гепатиттің жиі кездесетін себебі болып табылады. Ондаған жылдар бойы жүргізілген зерттеулерге қарамастан, А гепатитінің патогендік механизмдері әлі толық түсіндірілмеген. ВГА репликациясы *in vitro* жағдайында цитопатиялық емес болғандықтан, вирусқа тән цитотоксикалық Т жасушалары бауырдың зақымдалуына жауап береді деген жалпы қабылданған тұжырымдама бар. Дегенмен, жинақталған дәлелдер табиғи өлтіруші (НК) жасушалары, НКТ жасушалары және тіпті HAV спецификалық емес CD8+ Т жасушалары HAV инфекциясы кезінде бауырдың зақымдалуына ықпал ететінін көрсетеді. Сонымен қатар, вирус жұқтырған гепатоциттердің ішкі өлімі А гепатитінің мулиндік үлгісінде бауыр жаракатының себебі ретінде анықталды. Сонымен қатар, Т-жасушалық иммуноглобулин-1 (TIM1) және IL-18 байланыстыратын акуыз (IL-18bp) сияқты хост факторларының генетикалық өзгерістері А гепатитінің ауырлығымен байланысты болды. Бұл шолуда А гепатитіндегі гепатоцеллюлярлық зақымдану механизмдері туралы қазіргі білім жинақталған, әртүрлі механизмдер әртүрлі жағдайда қатысуы мүмкін және олар міндетті түрде бір-бірін жоққа шығармайды. Бұл механизмдерді жақсырақ түсіну ВГА инфекциясымен байланысты ауруларды диагностикалауға және емдеуге көмектеседі [1]. А гепатиті вирусы (ВГА) – адамнан адамға жанасу арқылы фекальды-оральді жолмен берілетін оң тізбекті РНҚ вирусы. Ауру көбінесе санитарлық жағдайдың нашарлығымен, халықтың көптігімен немесе тамақ пен судың ластануымен байланысты. Балаларда инфекция жиі А симптоматикалық болып табылады, бірақ ересектерде сарғаю, іштің ауыруы, гепатит және гипербилирубинемия байқалады. Диагноз ВГА –ға қарсы

иммуноглобулин М антиденелерін анықтау арқылы қойылады және емдеу көрсетеді. Вакцинация профилактиканың негізі болып табылады және оны инфекцияға дейін мүмкіндігінше жүргізу керек [2].

Біріккен Корольдіктің (Ұлыбританияның) 2022 жылғы 5 сәуірдегі этиологиясы белгісіз ауыр жедел гепатиттің педиатриялық жағдайларының көбеюі туралы хабарламасынан кейін TESSEY Еуропалық қадағалау жүйесіне дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының еуропалық аймағының 20 елінен 2022 жылдың қаңтарынан бастап 2022 жылдың 16 маусымына дейін 427 жағдай тіркелді. Мұнда бізде мографиялық, эпидемиологиялық, клиникалық және микробиологиялық TESSY-де қолжетімді деректер. Тіркелген жағдайлардың 77,3%-ы 5 жастан кіші, 53,5%-ы аденовирусына оң сынақ, 10,4%-ы SARS-CoV-2 үшін оң RT-PCR сынағы және 10,3% -ы екі патогенде жұқтырған. Аденовирустық инфекция жағдайлары аденовирустық инфекцияға қарағанда реанимация бөлімшелері (ОШ = 2,11; 95% сi: 1,18–3,74) жатқызылып, трансплантацияланды. Аденовирус сынағының теріс нәтижесі, бірақ бұл байланысты Ұлыбритания мен басқа елдер арасында бөлек қарастырған кезде байқалмады. Балалардағы гепатит жағдайларының ықтимал пайда болуында аденовирустың рөлі бар-жоғын және расталған жағдайда қатысуы мүмкін механизмдерді анықтау үшін этиологиялық зерттеулер қажет [3]. 100-ден астам адам аденовирусы оқшауланған және ВГ жеті түріне жатқызылған. F түріне екі өкіл кіреді. Олардың негізгі инфекция орны асқазан-ішек жолдары болғандықтан, олар А түрімен бірге ішек аденовирустары деп аталды. Олар балалардағы гастроэнтерит пен диареяның жалпы себебі болып табылады. Вирустардың зертханада таралуындағы қиындықтарға байланысты, олардың көптеген жасушалық желілерде өсуінің шектелуіне байланысты, жеке вирустық ақуыздардың қасиеттері туралы біздің біліміміз шектеулі. Алайда, жақында ВГ құрылымы криоэлектрондық микроскопия арқылы анықталды. Жалпы құрылым hadv-C5 және hadv-D26 құрылымдарына ұқсас, бірақ кейбір айырмашылықтары бар. 1 гексонның гипервариабельді аймағының (HVR1) реттілігі мен орналасуы және IX ақуыздың C-терминал аймағының орналасуы әртүрлі. Пентон мен гексон hvt1 негізінің өзгеруі hadv-F41 ішек жасушаларының инфекциясын жеңілдетуде маңызды рөл атқаруы мүмкін. Адам аденовирустары арасында hadv-F40 және F41 бірегей ерекшелігі-ұзын және қысқа талшық ақуыздарын беретін екі талшық генінің болуы және экспрессиясы. Балаларға ВГВ-ге қарсы ультракүлгін сәулеленудің екі дозасын қолдану тәжірибесі кең және әлемнің көптеген елдерінде кем дегенде 15 жыл бойы А гепатитінің жиілігіне және антиденелердің тұрақтылығына әсерін көрсетеді. Ультракүлгін сәулеленуді бірреттік қабылдауға қатысты дәлелдер шектеулі болғандықтан, біз он жылдан кейін иммундық реакцияны сақтау немесе кейінірек өмірде қайта дозалау қажеттілігі туралы қорытынды жасай алмадық. Тұрақты эпидемиологиялық мониторинг ВГА-ға қарсы ультракүлгін сәулеленудің бірреттік дозасы қолданылатын елдерде маңызды. Қолда бар мәліметтерге сәйкес, ұзақ мерзімді қорғауды қамтамасыз ету үшін тірі емес ВГВ вакцинасының екі дозасы қажет [4].

Жоғарыда аталан мемлекеттердегі аурушандықтың көпжылдық динамикасын зерттегенде, олардағы аурушандықтың төмендеу жылдамдығын әртүрлі болып келді. Аурушандық деңгейі төмен елдердегі вирустық гепатитпен аурушандық көрсеткішінің төмендеуі аса жоғары болған елдерде, оның ішінде Польшада, Венгрияда, Андрорада, Великобританияда, Исландияда, Германияда, Португалияда оның жылдамдағы 10,5%-дан 39,5%-ға дейін жетті [5,6].

Жақында бүкіләлемде балаларда этиологиясы белгісіз жедел гепатиттің өршуі тіркелді. Біз Бразилиядағы мемлекеттік ауруханалардағы балалардағы/жасөспірімдердегі этиологиясы белгісіз гепатитке ауруханаға жатқызу ауыртпалығын сипаттауға тырыстық. Соңғы жылдары Бразилияда балаларда/жасөспірімдерде этиологиясы белгісіз гепатитке байланысты ауруханаға жатқызу аз болған жоқ. Бұл жағдайлардың 15% - на дейін бауыр трансплантациясы қажет болды немесе өлді [7].

Біз этиологиясы белгісіз ауыр жіті гепатиті бар Канаданың төрттік деңгейдегі ірі педиатриялық орталығына түскен бұрын сау балалардың үлесін, клиникалық ерекшеліктерін және нәтижелерін бағаладық. 2018 жылдың 1 маусымымен 2022 жылдың 31 мамыры аралығында балалар ауруханасында қан сарысуындағы аланинаминотрансфераза (alt) деңгейі > 500 бірлік/л немесе аспартатаминотрансфераза (AST) > 500 бірлік/л бар барлық науқастар анықталды. 48 ай ішінде ауыр жедел гепатитпен ауыратын төрттік балалар ауруханаларына түскен балалардың 9,8% - уақыт бойынша ешқандай өзгеріссіз белгісіз этиологиясы болды. Бауыр трансплантациясы балалардағы жедел бауыр жеткіліксіздігінің фенотипі бар науқастарды емдеудің маңызды стратегиясы болып қала береді. Адамның аденовирустық инфекциясымен байланысты жағдайлардың жиілігі шешуші болған жоқ [8]. А гепатиті вирусының (ВГА) эпидемиологиясының өзгеруі жасөспірімдер мен ересектердің бұл инфекцияға сезімталдығының жоғарылауына әкелді. Бұл шолу H2 штаммынан алынған тірі әлсіретілген А гепатитіне қарсы вакцинаның қауіпсіздігі мен тиімділігіне бағытталған. Біз вакцинаның иммуногенділігі жоғары екенін және қауіпсіздіктің минималды немесе шамалы проблемалары бар екенін анықтадық. Сонымен қатар, тірі әлсіретілген вакцинаның бір дозасы ұзақ мерзімді иммундық жауапты сақтайды және дамушы елдер үшін қолайлы нұсқа болуы мүмкін. 2014 жылы Үндістан педиатрия академиясы (AAP) H2 вакцинасын алдыңғы екі дозалық режиммен салыстырғанда бір реттік дозада қолдану бойынша ұсыныстарын жаңартты. Вакцинаны ұлттық иммундау бағдарламасына енгізудің мақсатты тәсілін зерттеу керек [9]. А гепатиті вирусымен (ВГА) инфекция балалардағы вирустық гепатиттің, бірақ ВГА вакцинасы Мексикадағы ұлттық иммундау бағдарламасына (NSAID) енгізілмеген. Бұл зерттеу бақылау және денсаулық сақтау деректерін талдау арқылы Мексикадағы А гепатитінің ауыртпалығы, асқынулары және онымен байланысты шығындар туралы нақты деректердегі анықталған олқылықты жоюға бағытталған. Деректерді талдауға сырқаттанушылық (сырқаттанушылық және ауруханаға жатқызу), өлім-жітім және денсаулық сақтау ресурстарын пайдалану шығындары кірді. Деректердің осы ретроспективті зерттеуінде біз 2000 жылдың қаңтарынан 2019 жылдың желтоқсанына дейін Мексиканың ұлттық қадағалау жүйесінен нәтижелер туралы деректерді жүйелі түрде скринингтен өткіздік, шығардық және талдадық. Талданған кезеңде (2000-2019 жж.) 100 000 тұрғынға шаққанда жылына ЖҚА-мен сырқаттанушылықтың орташа деңгейі 14,7 (5,4-21,5) құрады. 1-9 жас аралығындағы балалар жылына ең жоғары орташа аурушандыққа ие болды, 47,8 (14,7 — 74,5). ВГА инфекциясы бойынша жылына ауруханаға жатқызудың орташа деңгейі 5,8% (2,9-9,6%) құрады. ВГА-ның ең жоғары ауыртпалығы әлі де балаларға (1-9 жылбұрын) түссе де, егде жастағы топтарда (≥ 10 -64 жылбұрын) ауру мен ауруханаға жатқызудың (асқынулармен) өсуі байқалды. Орташа жылдық өлім-жітім деңгейі 0,44% (0,26-0,83%) деп бағаланады, оның 28,8% өлімі ≥ 65 жыл бұрынғы ересектерге тиесілі. ВГА және онымен байланысты асқынуларға байланысты медициналық көмектің жалпы тікелей шығындары 382 миллион мексикалық песоға бағаланады. Жалпы нәтижелер Мексикадағы балалармен салыстырғанда жасөспірімдер/ересектер арасында ВГА ауруының өсу тенденциясын көрсетеді. Осылайша, ВГА инфекциясының жалпы қаупі төмендеген сайын инфекцияның орташа жасы артады. Демек, бұл егде жастағы топтардағы аурудың ауырлығы мен асқыну қаупін арттырады, осылайша Денсаулық сақтау ресурстарына деген қажеттілікті арттырады. Біздің нәтижелер Мексиканың сыра бағдарламасына белсенді емес А гепатиті вирусына қарсы вакцинаны енгізу қажеттілігін көрсетеді [10,11,12].

Балалардағы ВГА, ВГЕ жедел ауыр гепатиттің қазіргі эпидемиясының этиологиясы түсініксіз болып қалады. Біз Германияның солтүстік-батысындағы педиатриялық науқастарда 30 жылдан астам уақыт ішінде және қазіргі эпидемия жағдайында жедел ауыр гепатиттің пайда болуы мен нәтижелерін сипатталды [13].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасына сәйкес, 1990 жылдан бастап Ганновер медициналық мектебінде және 2009 жылдан 2022 жылдың 16 мамырына

дейін Эссен университетінің ауруханасында балалардағы жедел ауыр гепатиттің барлық жағдайлары талданды. Барлық істер тарихи когортқа бөлінді және COVID-19 дәуірінің когорты зерттелді. Алып тастау критерийлерін қолданғаннан кейін жіті ауыр гепатитпен ауыратын 107 науқас анықталды (2,32 жағдай/орталық/жыл). Бір орталыққа шаққандағы жыл сайынғы сырқаттанушылық 2,2-ден (тарихи когорта 2018 жылға дейін) 4,25 (2019 жылдан бастап, $p = 0,002$) айтарлықтай өсті. Барлық жағдайлардың 75,7% - сарғаю, ал 53,3% - инфекцияның клиникалық белгілері байқалған. Аденовирустың екі жағдайы дәлелденді (2004- 2016). Алпыс тоғыз пациент (64,5%) балалардағы жедел бауыр жеткіліксіздігінің критерийлеріне сәйкес келді, олардың 44-і бауыр трансплантациясын қажет етті. Қазіргі когортада инфекция, асқазан-ішек симптомдары және аланин аминотрансфераза деңгейінің жоғарылауы бар науқастардың трансплантациясыз өмір сүру ықтималдығы жоғары болды, ал бауыр энцефалопатиясы, жоғары халықаралық қалыпқа келтірілген қатынас және билирубин нашар нәтижені болжады. Жиырма бес пациент гепатитке байланысты апластикалық анемияны дамытып, 19 пациент (17,8%) қайтыс болды. Балалардағы жедел емес АЕ-гепатит- бұл сирек кездесетін, бірақ ауыр ауру, көбінесе жедел бауыр жеткіліксіздігіне әкеледі. Біздің қазіргі когорттағы клиникалық көрініс тарихи бақылаумен салыстырғанда жақсартылған нәтижелері бар жағдайларын еске түсіреді. 2019 жылдан бастап орталықтарда аденовирустық инфекция болмаған кезде сырқаттанушылықтың өсуі осындай жағдайларының басқа да ықтимал триггерлерін көрсетеді. Балалардағы жедел емес А, Е гепатиттерінің ауыр жағдайларының қазіргі эпидемиясы осы саладағы шектеулі түсінікті баса көрсететіндіктен, қазіргі жағдайларды сипаттауға, уақыт өте келе көріністі сипаттауға және COVID-ке дейін және кезінде ұқсастықтар мен сәйкессіздіктер анықталады. COVID-19 пандемиясы басталғаннан бері А және Е гепатиттерімен сырқаттанушылықтың өсуін көрсетеді. Бұл жағдайлар аденовирустық инфекциялармен байланысты емес, бұл гепатитке байланысты аденовирустық инфекциялардың жаңадан сипатталған жинақталуы аурудың жаңа түрі емес, белгілі құбылыстың жаңа қоздырғышы екенін көрсетеді. Сондықтан, пандемия кезінде балалардағы қорғаныс оқшаулануының және кейіннен тривиальды инфекциялармен байланыстың болмауының рөлі қосымша зерттеулердің тақырыбы болуы керек. Деректер бойынша балалық шақтағы ауыр жедел гепатитті жақсырақ түсінуге, қазіргі эпидемиядан тыс осы ықтимал өлімге әкелетін ауруға қатысты қырағылықты арттыруға және сайып келгенде, клиникалық диагностика мен емдеуді жақсартуға ықпал етеді деп күтіледі [14,15,16]. Серопреваленттілік көрсеткішінің жоғары болуы жергілікті тұрғындарда аутохтонды (жергілікті) гепатиттердің бар екендігін көрсетеді. Сондықтан жергілікті тұрғындардың арасында тұрақты түрде сероэпидемиологиялық зерттеу жүргізу керектігі байқалады. Ресей Федерациясы аумағында вирустық гепатиттердің таралу жиелігін анықтау мақсатында 2018 жылы дені сау адамдардың 5754 санды индикаторлық тобында алынған қанының серологиялық зерттеулерін жүргізген [17]. ДДСҰ жыл сайын жасалатын инфекциялық гепатит туралы баяндамасында вирустық гепатиттің жалпы статистикалық деректерін келтіріледі және осы керсеткіштерді алдыңғы жылдардағы деректермен салыстыру арқылы жағдайдың жақсаруына бағытталған шаралар жүйесі ұсынылады [18]. Соңғы бірнеше айда әлемнің бірнеше елдерінде этиологиясы белгісіз балалардағы жедел гепатиттің бірнеше жағдайы сипатталды. А гепатиті-санитарлық жағдайдың нашарлығына байланысты вакциналардың көмегімен алдын алуға болатын фекальды-оральды инфекция. Ол негізінен ерте балалық шақта жұқтырылады және тұрақты қорғаныс иммунитетінің қалыптасуына әкеледі. Алайда, бұл ауыр ауруға әкеледі, егер ол жасөспірім мен ересек жаста пайда болса, жедел найзағай гепатитіне және бауыр жеткіліксіздігіне әкелуі мүмкін. Жедел А гепатитінің таралуы табысы жоғары отбасылардағы балалар, жасөспірімдер және жастар арасында өсуде. Олар бұл инфекцияны өмірде салыстырмалы түрде таза ортада өскеннен кейін ластанған тамақ пен сусындармен алғаш рет байланыста болған кезде алады. Бұл Эфиопияда А гепатитіне қарсы вакцинаны енгізуді талап етеді; мүмкін кеңейтілген иммундау бағдарламасы (RPI)

шеңберінде. 2020 жылы Адера медициналық орталығында А гепатиті диагнозы қойылған пациенттерден элеуметтік-демографиялық және клиникалық деректер жиналды. Бұл зерттеу клиникалық жедел А гепатитінің салыстырмалы түрде жоғары табысы бар балаларда, жасөспірімдерде және жас ересектерде жиі кездесетінін көрсетті. Жіті гепатитпен ауыратындардың 89% - ы орташа және жоғары табысы бар отбасылардан шыққан [19]. А гепатиті- бүкіл әлемде таралған вакциналар арқылы алдын алуға болатын ауру. Ол негізінен өмір сүру жағдайлары жеткіліксіз аймақтарда кездеседі, бірақ сонымен бірге индустриалды дамыған елдердің тұрғындарына әсер етеді. Балалар А гепатиті вирусының (ВГА) берілуіне жиі қатысады және осылайша А гепатитінің эпидемиологиясында орталық рөл атқарады. Мұнда жалпы ұлттық популяциялық кросс-зерттеуде ВГА инфекцияларын, иммундауды және онымен байланысты демографиялық детерминанттарды зерттедік. 2003-2006 жылдары Германияда жүргізілген секциялық зерттеу 17 640 балалар мен жасөспірімдердің толық деректер жиынтығы (ВГА серологиясы, демографиялық ақпарат және вакцинация карталары) 3 пен 17 жас аралығындағы 12 249 (69%) бойынша қолжетімді болды. Ішінде 1755 (14%) адамда қорғаныс антиденелерінің(≥ 20 хб/л) деңгейі анықталды, 1395 (11%) А гепатитіне қарсы вакцинацияланды, 360 (3%) адам А гепатитіне қарсы алдын ала вакцинациясыз ВГВ бойынша серопозитивті болды, бұл алдыңғы ВГА инфекциясы. Антиденелердің таралуы (вакцинацияланған емес инфекцияға қатысты) жасына қарай айтарлықтай артады. Көп өлшемді логистикалық регрессия Германияда туылған болса да, негізінен көші-қон тектес балалар мен жасөспірімдер ВГА инфекциясынан зардап шегетінін көрсетті. Нәтижелер вакцинация бойынша қолданыстағы ұсыныстарды атап өтуге және сонымен қатар мақсатты вакцинация үшін жұқтыру қаупі жоғары қосымша топтарды, әсіресе көші-қон тарихы бар балаларды қарастыруға негіз береді [20]. Жалпы ақпарат А гепатиті вирусы (ВГА) қоғамда кең таралған ауру болып табылады және өлім-жітім егде жаста жиі кездеседі. Халық арасында таралуды анықтау, алғашқы Қорғаныс әдістері мен вакцинация саясатын әзірлеу маңызды. Бұл зерттеу таралуына әсер ететін қауіп факторларын бағалау және осылайша инфекцияның алдын алу стратегияларын әзірлеу үшін Түркияның Диярбақыр қаласындағы 3 түрлі мектептегі балалардағы ВГА-ға серопозитивтілікті анықтауға бағытталған. Зерттеу орташа жасы 7-14 жас аралығындағы 600 баланы, оның ішінде 291 ұл мен 309 қызды перспективалық тексеру болды. Нәтижелері серопозитивтілік 45,7% құрады (ерлер 41,2% және әйелдерде 49,8%), жынысы бойынша статистикалық маңызды айырмашылық ($p=0,042$). Бұл сондай-ақ жасына байланысты болды. Серопозитивтілікке айтарлықтай байланысты факторлар ата-аналардың білім деңгейі мен табысы, үйдегі бөлмелер саны, дәретхана түрі, үйдегі бауырлар саны және ауыз су көзі болып табылады. Демек, егде жас, бала санының көптігі, толып жатқан үй шаруашылықтары және төмен элеуметтік-экономикалық деңгей серопозитивтіліктің қауіп факторлары болып табылады. Бұл аурудан қорғау стратегиясының қорытындыларына элеуметтік-экономикалық деңгейді арттыру, білім деңгейін арттыру, тиісті ауыз суды тарату, инфрақұрылымды жақсарту және ағынды суларды жою, гигиена және вакцинацияның маңыздылығы туралы Қоғамдық денсаулық сақтау туралы білім беру кіреді. Сондай-ақ жалпы Түркияда ВГА-ға қарсы белсенді иммундау егде жастағы адамдарда балалардың инфекциясы мен онымен байланысты асқынулардың алдын алады деп санайды [21]. А гепатитіне қарсы вакцина Қытайдағы жаппай және жоспарлы қоғамдық вакцинация бағдарламаларында қолданылды. Қорғаныс ұзақтығын және қайта вакцинациялау қажеттілігін анықтау үшін ұзақ мерзімді бақылау зерттеулері қажет [22]. Нәтижелерді бағалау үшін сезімталдыққа талдау жасалды. Сонымен қатар, антиденелердің ұзақ мерзімді тұрақтылығы туралы болжамдар статистикалық модельді қолдана отырып жасалды. Екі түрлі серологиялық талдау қолданылды, олар ВГА антиденелерін анықтаған кезде 98,3% сәйкестігін көрсетті. GMS вакцинациядан кейін 1, 6, 7, 66, 112 және 138 айдан кейін NaviX-пен салыстырғанда Healive қабылдағаннан кейін айтарлықтай жоғары болды. Сонымен қатар, сезімталдықты талдау арқылы алынған GMS

бастапқы модельдер арқылы алынғандарға өте ұқсас болды. Болжалды талдау екі вакцинаның да қорғаныс ұзақтығы иммундаудан кейін кемінде 30 жыл болғанын көрсетті, GMC үшін 95% сенімділік аралығының төменгі шегі 20 мм -ден асады. Healive толық иммундаудан кейін 11 жыл өткен соң балалардағы Navrix-ке қарағанда иммуногенді. Болжалды талдау екі вакцинаға да антиденелер кем дегенде 30 жыл сақталатынын көрсетті [23]. А гепатиті жедел гепатиттің ең көп таралған жұқпалы себептерінің бірі болып табылады және қазіргі уақытта Сомалиде шұғыл жауап беруді қажет ететін жаһандық денсаулық сақтау проблемасы болып табылады. А гепатитінің инфекциясы және оның балалардағы жедел бауыр жеткіліксіздігі түріндегі сирек асқынуы негізінен өте шектеулі мәліметтерге негізделген. Осылайша, зерттеудің мақсаты Сомалидегі балалардағы А гепатитінің инфекциясын және оның жедел бауыр жеткіліксіздігі түріндегі сирек асқынуын зерттеу болды [24]. 13 047 баланың 219-ы талданды. А гепатитінің 219 жағдайының 25-і (11%) балаларда жедел бауыр жеткіліксіздігі диагнозы қойылған. А гепатиті бар балалардың орташа жасы 6,7 жасты құрады. Көптеген жағдайлар 5-9 (39,7%) жас аралығында тіркелген. Жедел тірі жеткіліксіздігі бар балаларда бауыр энцефалопатиясы, ауруханада болу ұзақтығы, альбумин деңгейі және PV, PNTV және MNO мәндері айтарлықтай жоғары болды. Сонографиялық бағалау кезінде холецистит пен асцитті холециститтің болуы жедел бауыр жеткіліксіздігінің нашар болжамды белгісі болды. Бұл зерттеу Сомалидегі ауруханаға жатқызылған балалар арасында А гепатиті вирусының инфекциясын және онымен байланысты жедел бауыр жеткіліксіздігін анықтады. Демек, А гепатиті вирусының салдарын болдырмау үшін Ұлттық иммундау бағдарламасына денсаулық сақтаудың негізгі құралы болып табылатын балаларда А гепатитіне қарсы вакцинацияны енгізу, гигиеналық жағдайды жақсарту, ауру туралы хабардарлықты арттыру және медициналық сауаттылықты арттыру қажет.

Бұл ретроспективті зерттеу 2019 жылдың маусымынан 2019 жылдың желтоқсанына дейін Могадишо-Түркия, Сомали оқу-зерттеу ауруханасының педиатриялық бөлімшелеріне жатқызылған 0-18 жас аралығындағы балаларға жүргізілді. Кезінде А гепатиті инфекциясына тексерілген науқастар зерттеу кезеңі және толық мәліметтер енгізілді. Созылмалы аурулары, бастапқы немесе қайталама иммунтапшылығы, қан құю тарихы және деректері жоқ балалар алынып тасталды. Пациенттердің демографиясын, клиникалық көрінісін, зертханалық нәтижелерін, ультрадыбыстық нәтижелерін, ауруханада болу ұзақтығын, клиникалық ағымын және нәтижесін қоса алғанда, жалпыланған деректер аурухананың дерекқор жүйесінен алынды [25,26,27]. А гепатиті вирусынан (ВГА) туындаған инфекция вирустық гепатиттің маңызды жаһандық себептерінің бірі болып табылады. Соңғы шолулар Оңтүстік Африкадағы ВГА эндемиясы жоғары деңгейден орташа деңгейге ауысуы мүмкін екенін көрсетті. ВГА серологиялық таралуын ауруханада зерттеу 2018 жылдың ақпанынан 2019 жылдың желтоқсанына дейін Оңтүстік Африканың Претория қаласында жүргізілді. Амбулаториялық-емханалық қызметтерге барған балалар мен жасөспірімдер (1-15 жас) арасында жүйелі сынама алу жүргізілді. АИТВ-ның белгілі мәртебесі және ВГА серологиялық зерттеуінің жарамды нәтижелері бар қатысушылар енгізілді. 1220 қатысушының орташа жасы 7 жасты құрады, олардың арасында 648 (53,11%) ерлер және 572 (46,89%) әйелдер болды. АИТВ жұқтырған 628 қатысушының (51,48%) көпшілігі (329, 71,83%) иммунологиялық және вирусологиялық бақыланатын немесе вирусемия деңгейі төмен (74, 16,16%). Төрттен үш бөлігі (894, 73,28%) ресми тұрғын үйлерде тұрды, ал жартысынан сәл астамы (688, 56,39%) үйдің ішіндегі таза су көздеріне қол жеткізе алды [28].

Қорытынды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы жыл сайын 1,4 миллион вирустық гепатитке шалдыққан адамдарды анықтайды. Жеке елдерде бұл инфекцияның деңгейі 100000 адамға балап есептегенде 9 аурудан 225 ауруға дейін жетеді. Жеке аймақтарда осы инфекцияның деңгейі 100000 адамға есептегенде 29 оқиғадан 123 оқиғаға дейін жетеді. Бұл инфекция бойынша тұрғындардың аурушандығы бірнеше әлеуметтік себептерге және осы ауруға тән эпидемиялық таралу циклына байланысты келеді. А

және В гепатиті вирустары, сондай-ақ сары безгегі вирусы бауырдың жедел қабынуының ең маңызды себептері болып табылады. Гепатит көбінесе цитомегаловирус (адамның герпес вирусы 5) және Е, В вирусы (адамның герпес вирусы 4) сияқты басқа кең таралған вирустық инфекциялармен байланысты.

Дамыған Европалық Одаққа кіретін елдерде вирустық гепатит А ауруы тек балалардың инфекциялық ауруы деп айтылуы көптен бері тоқталған. Соңғы жылдары бұл патологияның туындау жиілігі ересек адамдар арасында тіркелуде. Осы күнге дейін вирустық гепатиттің эпидемиологиялық ерекшеліктері мен вакцинопрофилактика шараларын ұйымдастыру жөніндегі пікірталастардың орын алуы осыны көрсетеді. Сонымен, жүргізілген әдеби шолу нәтижесі бойынша гепатиттер бүкіл әлемдік маселе екені анықталды.

Қолданылған әдебиеттер.

1. Wang M, Feng Z. Mechanisms of Hepatocellular Injury in Hepatitis A. *Viruses*. 2021 May 8;13(5):861. doi: 10.3390/v13050861. PMID: 34066709; PMCID: PMC8151331.

2. Abutaleb A, Kottitil S. Hepatitis A: Epidemiology, Natural History, Unusual Clinical Manifestations, and Prevention. *Gastroenterol Clin North Am*. 2020 Jun;49(2):191-199. doi: 10.1016/j.gtc.2020.01.002. Epub 2020 Mar 29. PMID: 32389358; PMCID: PMC7883407.

3. Romání Vidal A, Vaughan A, Innocenti F, Colombe S, Nerlander L, Rachwal N, Ciancio BC, Mougkou A, Carvalho C, Delgado E, Mook P, de Muyllder G, Peeters M, Tenev T, Golkocheva-Markova E, Vorobieva Solholm Jensen V, Koch A, Fighi J, Brouard C, Nikolopoulou G, Zisouli A, Murphy N, Broderick A, Goldberg L, Rich R, Hecht Sagie L, Tosti ME, Suligoí B, Joosten R, Pijnacker R, Fjeldheim I, Heen E, Stępień M, Polański P, Tato Marinho R, Vieira Martins J, Varela C, Avellón A, Andersson E, Jansson Mörk M, Mandal S, Watson C, Coughlan L, Chand M, Neill C, Bradley DT, Li K, O'Leary M, McInnes N, Williams CJ, Moore C, Gjini A, Duffell E, Pebody R. Hepatitis of unknown aetiology in children - epidemiological overview of cases reported in Europe, 1 January to 16 June 2022. *Euro Surveill*. 2022 Aug;27(31):2200483. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2022.27.31.2200483. PMID: 35929429; PMCID: PMC9358403.

4. Grand RJ. Pathogenicity and virulence of human adenovirus F41: Possible links to severe hepatitis in children. *Virulence*. 2023 Dec;14(1):2242544. doi: 10.1080/21505594.2023.2242544. PMID: 37543996; PMCID: PMC10405776.

5. А.А.Төлегенова, Ғ.М. Орманова, Т.А. Алимова, Ж.Б. Бекназарова. Ғылыми жетекші- Мұхтарқызы Ф. Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, «Қазақстан Республика, Шымкент қаласы Оңтүстік Қазақстан облысындағы вирустықтық гепатиттер бойынша эпидемиологиялық жағдай» №2 2018 жыл, ТОМ III. -122 бет

6. Иманова И.А.,Ибрагимова Н.Ү.,Назирова Ш.А.,Юлдашев А.М.,Мамедов А.Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан «Течение тяжелой формы вирусного гепатита А на фоне сопутствующей гастроэнтерологической патологией » Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, хабаршы №4 (84) 2018 жыл, ТОМ V. -113 бет

7. Castro R, Ribeiro-Alves M, Veloso VG, Perazzo H. Hepatitis of unknown etiology in children in Brazil: A new challenge or the usual scenario ? *Braz J Infect Dis*. 2022 Nov-Dec;26(6):102715. doi: 10.1016/j.bjid.2022.102715. Epub 2022 Nov 7. PMID: 36356642; PMCID: PMC9676138.

8. Mehta S, John T, Feld JJ, Shah H, Mullaithilaga N, Campigotto A, Leung K, Kamath BM, Ling SC, Science M, Ng VL. Severe acute hepatitis of unknown etiology in a large cohort of children. *HepatolCommun*. 2023 Sep 27;7(10):e0272. doi: 10.1097/HC9.0000000000000272. PMID: 37756118; PMCID: PMC10531196.

9. Rao S, Mao JS, Motlekar S, Fangcheng Z, Kadhe G. A review of immunogenicity and tolerability of live attenuated Hepatitis A vaccine in children. *HumVaccinImmunother*. 2016 Dec;12(12):3160-3165. doi: 10.1080/21645515.2016.1216286. PMID: 27532370; PMCID: PMC5215502.

10. Andani A, van Damme P, Bunge EM, Salgado F, van Hoorn RC, Hoet B. One or two doses of hepatitis A vaccine in universal vaccination programs in children in 2020: A systematic review. *Vaccine*. 2022 Jan 21;40(2):196-205. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.01.038. Epub 2021 Jan 30. PMID: 33526283.
11. Maisoon Matareed, Eleftheria Maranou, Saara A Koskela, Arfa Mehmood, Helen Kalirai, Sarah E Coupland, Carlos R Figueiredo, Novel prognostication biomarker adipophilin reveals a metabolic shift in uveal melanoma and new therapeutic opportunities, *The Journal of Pathology*, 24 February 2023.- p. 205-208
12. Guzman-Holst A, Luna-Casas G, Burguete Garcia A, Madrid-Marina V, Cervantes-Apolinar MY, Andani A, Huerta-Garcia G, Sánchez-González G. Burden of disease and associated complications of hepatitis a in children and adults in Mexico: A retrospective database study. *PLoS One*. 2022 May 18;17(5):e0268469. doi: 10.1371/journal.pone.0268469. PMID: 35584365; PMCID: PMC9116942.
13. Leiskau C, Tsaka S, Meyer-Ruhnke L, Mutschler FE, Pfister ED, Lainka E, Baumann U. Acute severe non-A-E-hepatitis of unknown origin in children - A 30-year retrospective observational study from north-west Germany. *J Hepatol*. 2023 May;78(5):971-978. doi: 10.1016/j.jhep.2022.12.012. Epub 2022 Dec 23. PMID: 36572350.
14. Jian Wang, Rui Huang, Jiacheng Liu, Ruimin Lai, Yilin Liu, Chuanwu Zhu, Yuanwang Qiu, Zebao He, Shengxia Yin, Yuxin Chen, Xiaomin Yan, Weimao Ding, Qi Zheng, Jie Li, Chao Wu, «A novel non-invasive model for the prediction of advanced liver fibrosis in chronic hepatitis B patients with NAFLD», *Journal of Viral Hepatitis*, 25 January 2023.- p. 85-88
15. Jing Gao MD, Isain Zapata PhD, Johnson Chen MD, Todd N. Erpelding PhD, Colby Adamson BS, David Park DO, «Quantitative Ultrasound Biomarkers to Assess Nonalcoholic Fatty Liver Disease», *Journal of Ultrasound in Medicine*, 06 February 2023.- p 72-75
16. Serena Y. C. Lin, Brittany Rife Magalis, Marco Salemi, Hsin-Fu Liu, «Origin and dissemination of hepatitis B virus genotype C in East Asia revealed by phylodynamic analysis and historical correlates», *Journal of viral hepatitis*, 10 September 2018.- p. 148-152
17. Г.С. Садықова - м.ғ.к., Э.К. Бекмурзаева - м.ғ.д., проф., Х.С. Қонысова, Ф.М.Сейдалиева, А.А. Азизова Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Қазақстан Республикасы, Шымкент қ. «Улы гепатиттердегі бауырдың антитотықтырғыш жүйесіне паннувладиннің әсері» Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы хабаршы №4 (73) -2015 ж. 77-80 бет
18. Ерман Б., 3 курс, Қоғамдық денсаулық сақтау факультеті, Ирсимбетова Н.А., Жумагалева Д.С., «Гигиена және эпидемиология » кафедрасы, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, қ. Шымкент « 2006-2016 жылдардағы Оңтүстік Қазақстан облысындағы «А» вирусты гепатитіне қарсы жүргізілген вакцинацияның ықпалы және нәтижесі» Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академия хабаршысы №4 (81)- 2017ж., ТОМ 11.- 46 бет
19. Bane A, Sultan A, Ahmed R. Increasing Burden of Acute Hepatitis A among Ethiopian Children, Adolescents, and Young adults: A Change in Epidemiological Pattern and Need for Hepatitis A Vaccine. *Ethiop J Health Sci*. 2022 Mar;32(2):255-260. doi: 10.4314/ejhs.v32i2.5. PMID: 35693569; PMCID: PMC9175235.
20. Michaelis K, Poethko-Müller C, Kuhnert R, Stark K, Faber M. Hepatitis A virus infections, immunisations and demographic determinants in children and adolescents, Germany. *SciRep*. 2018 Nov 12;8(1):16696. doi: 10.1038/s41598-018-34927-1. PMID: 30420608; PMCID: PMC6232152.
21. GözüPirinçioğlu A, Adıgüzel S, Özekinci T. Seropositivity of Hepatitis A in Children Aged 7-14 Years in Diyarbakir Province Center. *MedSciMonit*. 2018 Feb15;24:936-943. doi: 10.12659/msm.906861. PMID: 29445079; PMCID: PMC5823033.
22. Wang Y, Qi Y, Xu W, Hu Y, Wang L, Yu Y, Jiang Z, Xia J, Zeng G, Wang Y. Immunogenicity persistence in children of hepatitis A vaccines Healive® and Havrix®: 11 years follow-up and long-term prediction. *Hum Vaccin Immunother*. 2020 Oct 2;16(10):2559-2564.

doi: 10.1080/21645515.2020.1715687. Epub 2020 Feb 10. PMID: 32040376; PMCID: PMC7644183.

23. SO Dong Ying, Qiyu He, Weikun Tian, Yanling Chen, Xiaoping Zhang, Siling Wang, Chang Liu, Zihao Chen, Yu Liu, Lijuan Fu, Li Yan, Ling Wang, Zimin Tang, Lin Wang, Zizheng Zheng, Ningshao Xia «Urine is a viral antigen reservoir in hepatitis E virus infection» *Hepatology* 15 September 2022.-p,458-463

24. Keles E, Hassan-Kadle MA, Osman MM, Eker HH, Abusoglu Z, Baydili KN, Osman AM. Clinical characteristics of acute liver failure associated with hepatitis A infection in children in Mogadishu, Somalia: a hospital-based retrospective study. *BMC InfectDis.* 2021 Aug 30;21(1):890. doi: 10.1186/s12879-021-06594-7. PMID: 34461848; PMCID: PMC8406559.

25. Masatoshi Ishigami, Takashi Honda, Yoji Ishizu, Norihiro Imai, Takanori Ito, Kenta Yamamoto, Hiroki Kawashima, «Significance of pretreatment alpha-fetoprotein in patients with compensated severe fibrosis after hepatitis E viral eradication», *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, 30 January 2023.-p. 324-329

26. Rizzo C., Alfonsi V., Bruni R., Busani L., Ciccaglione A.R., De Medici D. et al. Ongoing outbreak of hepatitis A in Italy: preliminary report as of 31 May 2019 *Eurosurveillance*; (Issue 27).-p. 18-25

27. Mingjian Lian, Qianming Wang, Shidong Chen, Yuanyuan Yang, and Guolin Hong, «The association of serum immunoglobulin and complement levels and liver fibrosis and inflammation stage in patients with chronic hepatitis B», *Journal of Viral Hepatitis*, 25 January 2023.-p. 117-124

28. du Plessis NM, Haeri Mazanderani A, Motaze NV, Ngobese M, Avenant T. Hepatitis A virus seroprevalence among children and adolescents in a high-burden HIV setting in urban South Africa. *SciRep.* 2022 Nov 30;12(1):20688. doi: 10.1038/s41598-022-25064-x. PMID: 36450802; PMCID: PMC9712520

Мазмұны / Содержание / Content

<i>Валиева С.Р., Бурибаева Ж.К., Глушкова Н.Е.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПОНЕНТНОЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ	3
<i>Архабай З.Б.</i> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ Д ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	5
<i>Байкубесов К. Набиев Е.Н.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХ ТИПОВ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА	7
<i>Болтаева М.М.</i> НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА	9
<i>Джанзакова А.К., Бурибаева Ж.К., Курманова Г.М., Шин А.Л.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СЛУЧАЕВ АКТИВАЦИИ ГЕРПЕС ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ИНДИВИДУУМОВ, РАНЕЕ ПЕРЕБОЛЕВШИХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	11
<i>Куракбаев Е.Б., Турдалиева Б.С., Манжуова Л.Н., Шукин В.В.</i> ЖЕДЕЛ ЛИМФОБЛАСТИКАЛЫҚ ЛЕЙКОЗЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ҚАРҚЫНДЫ ЕМДЕУ БӨЛІМШЕСІНЕ ТҮСУ СЕБЕПТЕРІ	14
<i>Наврузова Л.Х.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА	16
<i>Нуралиева У.М.</i> ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТИМЭКТОМИИ НА МИКРОФЛОРУ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ	18
<i>Рахматова Д.Б.</i> ИНЦИДЕНТЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА: СОПОСТАВЛЕНИЕ И АНАЛИЗ ПО ГРУППАМ ВОЗРАСТА	20
<i>Сидикова А.Т., Бурибаева Ж.К., Наханова Ж.К.</i> ДАМЫМАЙ ҚАЛҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ ҚАУІП ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ	23
<i>Бисембай М.А., Бурибаева Ж.К., Исаева С.М.</i> ОМЫРТҚА СЫНУЫ - ОСТЕОПЕНИЯ МЕН ОСТЕОПОРОЗДЫҢ ДАМУЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЫ	25
<i>Тогысбай А.Б., Бурибаева Ж.К.</i> ЖАЛПЫ ТӘЖІРІБЕ ДӘРІГЕРДІҢ ТӘЖІРІБЕСІНДЕГІ КОРОНАВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ҰЗАҚ МЕРЗІМДІ САЛДАРЫ	27
<i>Тұрар А.Р., Бурибаева Ж.К., Беспалова Л.Ю.</i> ШИЗОФРЕНИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ОҢАЛТУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ПСИХИКАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІҢ ТИІМДІЛІГІ	30
<i>Козыбаева К.А., Бурибаева Ж.К., Субханбердина А.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПАВ В СТРУКТУРЕ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХИАТРИИ	34
<i>Байембетова А., Романова Ж.В.</i> СОБЛЮДЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ПРИ ОТВОДЕ ЗЕМЕЛЬНЫХ УЧАСТКОВ ПОД СТРОИТЕЛЬСТВО ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	35
<i>Бердыбекова Р.Р., Уалиева А.Е.</i> МОДЕРНИЗАЦИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ	38

СЛУЖБЫ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В ГОРОДЕ АСТАНА	
<i>Жакежанова Ж.Р., Құмар А.</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	41
<i>Жакипбаева М.А., Уалиева А.Е.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ДЛЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	44
<i>Жусупова Ж.Б., Хаджиева А.Б.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ HEALTH PLANNING ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЪЕКТОВ	46
<i>Кабыкенова А.А., Хаджиева А.Б.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	48
<i>Закарина М.К.</i> РЕГИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	51
<i>Namazbayeva Zh.E., Smailova D.S., Umarova S.U., Kulzhanov M.K.</i> BEHAVIORAL FACTORS AS A PREDICTOR OF THE DEVELOPMENT DIGESTIVE SYSTEM DISEASES USING THE EXAMPLE OF THE ZHAMBYL REGION	54
<i>Алиев Н.А.</i> ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	56
<i>Джумагулов Р.Д.</i> ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ	59
<i>Сайлау Н.А., Қонысбай Ж.Қ., Мусина М.С., Айтманбетова А.А.</i> АСА ҚАУПТІ ИНФЕКЦИЯ АНЫҚТАЛҒАН ЖАҒДАЙДА БИОҚАУІПСІЗДІК ІС-ШАРАЛАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	62
<i>Кыдырбекова С.Т.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	63
<i>Макка М.М., Сарсенбаева М.З., Рыскулова А.Р.</i> АУРУХАНА АУАСЫНЫҢ САПАСЫ МӘСЕЛЕСІ	66
<i>Есен А.К.</i> СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ	69
<i>Султанова Д.С.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ВНЕДРЕНИЯ ГЧП В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА: ВЗГЛЯД НА МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ	72
<i>Суюнов Б.Н., Аимбетова Г.Е.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВОЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ГРАЖДАНСКИМИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)	75
<i>Жаримбетова А.Ж., Рыскулова А.Р.</i> ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ НА УРОВНЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА И ПОЛИКЛИНИКИ	78

<i>Сарсенбаева М.З., Әсет Ф., Рыскулова А.Р., Балтамуратова К.А.</i> МЕКТЕПТІН ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ОҚУШЫ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ТИГІЗЕР ӘСЕРІ	81
<i>Ақбердиева Ұ.Е., Әбілова А.А., Орынбасарова К.К.</i> КӘДІМГІ ШАШЫРАТҚЫ ТАМЫРЛАРЫНДАҒЫ (<i>Cichorium intybus</i> L) БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫ АНЫҚТАУ	85
<i>Бақыт Р.Б.</i> ПРОПОЛИС (PROPOLIS) ЭКСТРАКТЫМЕН ТІС ПАСТАСЫНЫҢ ҚҰРАМЫН, ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖӘНЕ САПАСЫН БАҒАЛАУДЫ ӘЗІРЛЕУ	87
<i>Бобоқұлова Д., Оритова Ф.</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО МОДЕЛЬНОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИНИТА	90
<i>Кулабасова Ж.Д.</i> КӘДІМГІ ДӘРІЛІК ЖАУЖАПЫРАҚ ШӨБІНЕН (<i>MELISSA OFFICINALIS</i> L.) ЭКСТРАКТ АЛУ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ӘЗІРЛЕУ ЖӘНЕ САПАСЫН БАҒАЛАУ	92
<i>Қалибек А.М.</i> ДӘРІЛІК ТҮЙМЕДАҚ (<i>MATRICARIA CHAMOMILLA</i> L.) ЭКСТРАКТЫМЕН СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ПЛЕНКАНЫҢ ҚҰРАМЫН ЖӘНЕ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ӘЗІРЛЕУ	95
<i>Сейлхан А.Е., Токсанбаева Ж.С., Омиралы М.А.</i> КІШІ ҚҰЛҚАЙЫР ӨСІМДІГІ ЖЕР ҮСТІ БӨЛІГІНІҢ МИНЕРАЛДЫҚ ҚҰРАМЫН ЗЕРТТЕУ	98
<i>Шымкентбай А.А., Орынбасарова К.К., Ибрагимова З.Е.</i> БУНГЕ КИКОТЫ ШӨБІНЕН ҚҰРАМЫНДАҒЫ ЭФИР МАЙЫН КЛЕВЕНДЖЕР АППАРАТЫМЕН БӨЛІП АЛУ	100
<i>Исмаев Ж.К., Эшонходжаев О.Дж., Ахмедов Р.М.</i> УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ПЛЕВРОДЕЗА ПРИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	102
<i>Хикматов Ж.С., Хамдамов Б.З.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЭКТАЗОВ	105
<i>Очилов М.Э., Газиев К.У., Шарипов И.И., Хикматов Ж.С.</i> РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ	107
<i>Madadov I.K., Belgibaev E.B., Nabiyeu E.S., Rgebayev B.G., Saduakas N.T.</i> RECURRENT RENAL CELL CARCINOMA OF SOLITARY KIDNEY: RENAL SPARING SURGERY	110
<i>Нурбай Ж.Н., Тулеутаев Р.М.</i> «QAZAQ метод» - МЕТОД МОДИФИКАЦИИ ИМПЛАНТАЦИИ АОРТАЛЬНОГО КОНДУИТА ПРИ АНЕВРИЗМЕ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ	113
<i>Аленова А.У., Кауышева А.А., Коркан А.У.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ	114
<i>Норов Ф.Х., Хамдамов Б.З., Хикматов Ж.С.</i> ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ АЛЛОГЕРНИО-ПЛАСТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	116
<i>Солиева Ш.С., Маркушин В.А., Исмаев Ж.К., Хикматов Ж.С.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО И БЕЗОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ГРУДНОЙ	118

КЛЕТКИ	
<i>Назарова Л.З., Әбілқасым Д.А., Жақупова М.Н., Алкеева Р.О.</i> ҚАЛҚАНША БЕЗІ АУРУЛАРЫНЫҢ АЙМАҚТЫҚ ТАРАЛУЫНЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ	121
<i>Ахметова П.Е., Айтманбетова А.А.</i> СТУДЕНТТІК ОРТА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚОҒАМҒА НАСИХАТТАУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ	123
<i>Сукенова Д.А., Нурбақыт А.Н., Изекенова А.К.</i> ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ХАЛЫҚТЫҢ ӨМІР САПАСЫН ЗЕРТТЕУ (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ)	125
<i>Джумасейтова Г.Т. Куракбаев. Бримжанова.М.Д. Қайырбек А.М.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КОНТИНГЕНТУ РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВETERANОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ»	127
<i>Сандыбек Ә.Б., Ахметов В.И., Попова Т. В.</i> МИКРОАНГИОПАТИЯНЫҢ КӨРІНІСТЕРІН ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДЕРУ	129
<i>Саржанов Е.Ж., Айтманбетова А.А., Мухамадиева Б.Н., Абдукаримова Г.Б.</i> ҚЫЗЫЛША ЖҰҚПАСЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАРАЛУЫН ҚАДАҒАЛАУ	130
<i>Тажибекова П.Н., Айтманбетова А.А.</i> ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ СТАТИСТИКА КАБИНЕТІНІҢ ҚЫЗМЕТІ ТУРАЛЫ	132
<i>Баубекова Д.Д., Жақупова М.Н., Әбілқасым Д.А.</i> ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ	134
<i>Утебаева М.И., Айтманбетова А.А., Бегимбетова Г.А.</i> ЕМХАНАДА УЧАСКЕЛІК ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУДЕГІ БРОНХ ДЕМІКПЕСІНІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК МАҢЫЗЫ	137
<i>Болтаева Ф.М.</i> ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ГЕЛЬМИНТОЗОВ С ПРИМИНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА «ТИМОГЕЛЬ»	138
<i>Мухаммедова М.М.</i> ОБРАЗ ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	141
<i>Тешаев Ш.Ж., Тураев У.Р.</i> ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПОЛ И АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В ПЕЧЕНИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ГРАНАТНОЙ МАСЛОМ	142
<i>Утелова Э.К., Кожекенова Ж.А.</i> АСТАНА ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ АРАСЫНДА АИТВ- ИНФЕКЦИЯСЫМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫ ТАЛДАУ	143
<i>Мырзатаева М.Н., Кожекенова Ж.А.</i> АЛМАТЫ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ӘЙЕЛДЕР АРАСЫНДА ТАРАЛУ ЖОЛЫН ЗЕРТТЕУ	146
<i>Кусаинова Ж.Д., Кожекенова Ж.А.</i> АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	148
<i>Жумадуллаева А.Н., Нурбақыт А.Н., Жақупова М.Н., Жақып Н.А.</i> БАЛАЛАРДА СӨЙЛЕУ ТІЛІНІҢ БҰЗЫЛУЫНЫҢ ДАМУЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫН ТАЛДАУ	150
<i>Оразбай Ә.М., Нурбақыт А.Н., Жақупова М.Н., Жақып Н.А.</i> САНДЫҚ БУЛЛИНГ: ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИАНЫҢ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ОНЛАЙН БУЛЛИНГТІҢ КӨРІНІСІ МЕН КҮРЕСІНЕ ӘСЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)	152
<i>Халдарбекова Э.Н., Айтманбетова А.А., Шахиева А.М.</i> ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚТА АКУШЕРЛІК-ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ	155
<i>Имашева Б.И., Камалиев М.А., Локишин В.Н., Киселева М.В., Туреханова А.Д.,</i>	157

<i>Сапаралиева А.М.</i> ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ФАКТОРАХ РИСКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ	
<i>Камалов Б.Б., Жакупова М.Н., Әбілқасым Д.А., Жақып Н.А.</i> ВЕДОМСТВОЛЫҚ ЕМХАНАДА ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ЖЕТІЛДІРУ	159
<i>Максат Н., Кошербаева Л.К.</i> «МАКСАТ МЕД» ЖШС ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ КӘСІБИ ЭМОЦИОНАЛДЫ КҮЙЗЕЛІСІ»	161
<i>Бүйенбаева М.Г., Жакупова М.Н., Нурбақыт А.Н., Әбілқасым Д.А., Жақып Н.А.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОЛИТРАВМАМИ	164
<i>Айтамбаева Н.Н., Арингазина А.М., Назарова Л.З., Кибатолдинов Е.Н.</i> МИГРАНТТАРДЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗ МӘСЕЛЕЛЕРІНДЕГІ ХАБАРДАРЛЫҚ ДЕҢГЕЙІН БАҒАЛАУ	166
<i>Актлеуова Р.К.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАНЕ (ОБЗОР)	169
<i>Оразбек А.А., Айтманбетова А.А.</i> ШАЛҒАЙ ӨҢІРЛЕРДЕ ХАЛЫҚҚА КӨРСЕТІЛЕТІН ЖЕДЕЛ ХИРУРГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ	170
<i>Стамбек Ұ.М., Абикулова А.К.</i> ХИРУРГИЯЛЫҚ БЕЙІНДЕГІ НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ	173
<i>Tolegenov E., Zikriyarova S.</i> ORGANIZATION OF UROLOGICAL CARE TO THE POPULATION IN A HOSPITAL CONDITION (LITERATURE REVIEW)	175
<i>Токен Ш., Кожекенова Ж.А.</i> ХАЛЫҚҚА ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ	176
<i>Шегебаева А.К.</i> ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА ДЕҢГЕЙІНДЕ БАЛАЛАРҒА КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ	178
<i>Рахметқұлова Э.Б., Аимбетова Г.Е., Кибатолдинов Е.Н.</i> ҚОЛҚА-КОРОНАРЛЫҚ ШУНТТАУ ОПЕРАЦИЯСЫ ЖАСАЛҒАН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ	180
<i>Турысбекова А.Т.</i> МСАК ДЕҢГЕЙІНДЕ ХАЛЫҚҚА КӨРСЕТІЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ДЕҢГЕЙІ ТУРАЛЫ ТІРКЕЛГЕН ХАЛЫҚТЫҢ ПІКІРІН ЗЕРДЕЛЕУ	182
<i>Шакенова А.Б., Құрақбаев Қ.Қ., Айтамбаева Н.Н.</i> ТІРЕК-ҚИМЫЛ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫНАН КЕЙІНГІ ОҒАЛТУ ІС-ШАРАЛАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІН АРТТЫРУ	183
<i>Мыңбай Р.М.</i> ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ӨНЕРКӘСІПТІҢ ДАМУЫ	184
<i>Ахметкалиева Ж.Ө., Аимбетова Г.Е.</i> ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	186
<i>Жұмаиш М.М., Аимбетова Г.Е.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	189
<i>Керимкулов Б.Б., Аимбетова Г.Е.</i> ПРОГРАММНЫЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПОСТОБРАБОТКИ ИЗОБРАЖЕНИЙ В ПОЛУЧЕНИИ ДИСТАНЦИОННОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	191
<i>Кыдырбекова С.Т., Романова Ж.В.</i> ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	194
<i>Байсеркеева Г.Т., Жакупова М.Н., Сукенова Д.А., Әбілқасым Д.А., Жақып Н.А.</i>	196

БРОНХ ДЕМІКПЕСІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН БАҒАЛАУ	
<i>Аманбек А., Альмуханова А.Б.</i> АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ НА УРОВНЕ ПМСП	199
<i>Маханбеткулова Д.Н., Абдирасил Ж., Жумашева А.Ш.</i> АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА РАЗВИТИЯ МЕНТОРСТВА В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ	205
<i>Маханбеткулова Д.Н., Адақ Г., Исмаил Е.Н.</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАЗВИТИИ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	211
<i>Маханбеткулова Д.Н., Айқынқызы Г., Хомякова М.В., Дауренбекова А.Н., Жолдасова Ф.Қ., Саматов А.</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ	218
<i>Сейсенбаев Н., Маукенова А., Кибатолдинов Е.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	224
<i>Амантаева М.Е., Аимбетова Г.Е.</i> АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ ПО ЛИНИИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ	232
<i>Аманов А.Т., Абдильманов К.М., Кушеров Б.К., Ибраимов Р.Ж.</i> УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДГПЖ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД	235
<i>Сапарбек А.</i> ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ТАРАЛАУЫ МЕН ПАЙДА БОЛУ СЕБЕПТЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)	239
<i>Әнуарова А.Б., Айтамбаева Н.Н., Сарсенбаева М.З.</i> МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ АЛДЫН АЛУ БОЙЫНША САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИЯЛЫҚ ШАРАЛАРДЫ ӨНДІРУ	244
<i>Berkinbaeva Sh., Brimzhanova M., Aitambayeva N.</i> MODERN MEDICAL AND SOCIAL FEATURES OF HOUSEHOLD INJURIES AMONG PEOPLE OF WORKING AGE	249
<i>Kurbanbekov N.A.</i> FEATURES OF STAFFING IN THE INTENSIVE CARE UNIT, INTENSIVE CARE UNIT AND ANESTHESIOLOGY OF CHILDREN'S INSTITUTIONS (LITERATURE REVIEW)	252
<i>Алтысбаева А.Е., Рыскулова А.Р., Мещанов Г.Т., Айтамбаева Н.Н.</i> 0-14 ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ВИРУСТЫҚ ГЕПАТИТТІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАРАЛУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ МЕН БОЛЖАМЫ	258