



**«GLOBAL HEALTH» ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
КОНГРЕСІНІҢ МАТЕРИАЛДАРЫ
5-6 желтоқсан, 2024**

**MATERIAS OF THE INTERNATIONAL
CONGRESS «GLOBAL HEALTH»
5-6 December 2024**

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО
КОНГРЕССА «GLOBAL HEALTH»
5-6 декабря, 2024**



**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ**

«ҚДСЖМ» ҚАЗАҚСТАНДЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

**MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
KAZAKHSTAN'S MEDICAL UNIVERSITY «KSPH»**

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

**«GLOBAL HEALTH» ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КОНГРЕСІНІҢ
МАТЕРИАЛДАРЫ
5-6 желтоқсан, 2024**

**MATERIAS
OF THE INTERNATIONAL CONGRESS
«GLOBAL HEALTH»
5-6 December 2024**

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«GLOBAL HEALTH»
5-6 декабря, 2024**

УДК 61
ББК 5
G54

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

Редакционная коллегия:

В.И. Ахметов, М.А. Камалиев, А.Т. Джумабеков, К.К. Куракбаев,
И.К. Тулебаева, Ш.М. Мойынбаева, К.М. Шаикова, З.Ж. Жәнтенова

«Global health» халықаралық конгресінің материалдары = Materials of the International congress «Global health» = Материалы международного конгресса «Global health» – Алматы: КМУ «ВШОЗ», 2024.- 130 с. – англ., каз., рус.

ISBN 978-601-305-633-3

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

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

**УДК 61
ББК 5**

ISBN 978-601-305-633-3



© КМУ «ВШОЗ», 2024

УДК 614.255.5

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА В ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

А.А. Жузенов

Академии Государственного Управления при Президенте РК, г.Астана, Республика Казахстан

Телефон +7 706 624 28 30, e-mail zhueznov@apa.kz

Муратов Т. М., Министерство Здравоохранения РК, г.Астана, Республика Казахстан

Введение. В Казахстане детально изучаются основные направления развития менеджмента здравоохранения: улучшение системы подготовки и переподготовки менеджеров здравоохранения; внедрение рейтинговой оценки среди медицинских организаций; совершенствование нормативных правовых актов в области здравоохранения; сертификацию программ подготовки медицинских сотрудников; изучение и внедрение международного опыта менеджмента здравоохранения [1].

Понятие менеджмента в здравоохранении, в отличие от государственного регулирования, определяется только для отдельной независимой хозяйственной единицы, хозяйственного субъекта, и обязательно ориентирован на достижение экономической выгоды. В управлении всегда есть вероятности, но нет точных решений и правильных ответов [2].

Формирование организационной культуры – это очень длинный и трудоемкий процесс. Ее носителями, являются работники учреждения, но несмотря на это она переходит в общий дух, свойственный именно этой организации. По словам И.Ю. Ермаковой, организационная культура, является одной из важной составляющей правильной и слаженной работы компании, и становится «реальным фактором повышения ее конкурентоспособности» [3].

Процесс построения и организации менеджмента современного медицинского учреждения является трудоемкой и трудозатратной работой даже для искусных управляющих. Регламентированный «сверху» ряд установок имеет возможность вызвать у работников массу протестов или полное неповиновение. Более сбалансированный вариант построения основ и принципов организационной культуры – это процесс, в котором принимают участие все сотрудники организации. Хотя до этого нужно провести конкретную предварительную работу, познакомить коллектив с основными понятиями. Работники обязаны понять, что принципы и нормы любого менеджмента направлены на создание особой атмосферы, уютной не только для сотрудников, но и для больных. Она очень влияет на уровень удовлетворенности пациентов и на качество работы медицинского персонала. Следовательно, идет отражение как на индивидуальной успешности любого члена коллектива, так и на конкурентоспособности организации в целом [4].

Менеджмент в здравоохранении является новой областью знаний, входящей в серию управленческих наук. Он выделился из также сравнительно новой области знаний – корпоративного управления, которое изучает общие подходы, принципы, законы и закономерности в управлении большими и сложными организациями [5,6].

Организация функционального менеджмента медицинских учреждений обозначена, во-первых, ростом значимости данного феномена в организации высокоэффективной деятельности учреждения здравоохранения, во-вторых, важностью пересмотра основ, методов и форм управления медицинскими организациями с учетом новшеств положений

теории и практики менеджмента и адаптации их к измененным социально-экономическим особенностям отрасли [7].

Влияние менеджмента на развитие государственных организаций здравоохранения в Казахстане является важной темой, поскольку от эффективного управления зависят не только финансовые и ресурсные показатели, но и качество предоставляемых медицинских услуг. Эффективный менеджмент позволяет улучшить организационные процессы, сократить время ожидания пациентов и повысить качество обслуживания. Менеджмент играет ключевую роль в распределении ресурсов (финансовых, кадровых и материальных). Эффективное управление помогает избежать избыточных затрат и оптимизировать использование бюджетных средств. Менеджмент включает в себя разработку стратегического плана развития организации, что способствует более целенаправленному насыщению системы здравоохранения необходимыми услугами.

Цель работы: Изучить подходы к совершенствованию менеджмента в условиях государственной медицинской организации

Задачи:

1. Провести анализ мирового и отечественного опыта совершенствования менеджмента в медицинских организациях.
2. Провести анализ процессов управления РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины» Министерства здравоохранения РК по экстренной медицинской и консультативной помощи населению.
3. Провести опрос врачей Центра для изучения условий внедрения подходов современного менеджмента.
4. Разработать рекомендации по совершенствованию менеджмента в условиях государственной медицинской организации.

Материалы и методы. В качестве методов исследования были использованы анализ деятельности РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины» Министерства здравоохранения РК по экстренной медицинской и консультативной помощи населению за 2023 год и сравнение некоторых показателей с 2022 годом.

В работе использованы основные методы:

1. Информационно-аналитический метод. Проработаны и углубленно изучены литературные данные, международный опыт за рубежом, в странах СНГ и в Казахстане.
2. Аналитический. Проведен анализ деятельности РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины» Министерства здравоохранения РК за 2023 год и сравнение некоторых показателей с 2022 годом.

Социологический метод (анкетирование). Опрос интервьюеров с помощью анкет. Проводилась оценка результатов опроса медицинского персонала Центра для изучения условий совершенствования менеджмента.

Результаты: Согласно анализа результатов поперечного исследования показал, что каждый пятый врач желает пройти обучение по следующим направлениям: "Информационные системы" и "Больничный менеджмент", каждый четвертый врач считает основной мотивацией в работе радость от признания профессиональных заслуг и достижений, материальное благополучие и удовлетворение от результатов работы. При столкновении с нестандартной ситуацией или очень сложной работой около половины участников опроса готовы обратиться за помощью к более квалифицированному специалисту. Пятая часть врачей не знает, что такое клиника, ориентированная на пациента. Каждый пятый врач не знает генеральную миссию клиники.

Выводы: 1. Анализ международного и отечественного опыта показал, что качественный менеджмент медицинской помощи основан на различных аспектах: стратегическое планирование позволяет сформировать видение развития организации, правильное управление процессов повышает вероятность хороших результатов. Работники обязаны понять, что принципы и нормы любого менеджмента направлены на

решение конечных целей медицинской организации, включающей оказание качественной медицинской помощи, удовлетворенности пациентов, что в конечном итоге на конкурентоспособность организации в целом. 2. В РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины» правильно использованы принципы управления государственной медицинской организацией, что позволяет комплексно подойти к реализации различных элементов менеджмента, которые способствуют эффективной организации работы, повышению качества медицинских услуг и оптимизации использования ресурсов. 3. Большинство опрошенных врачей считают основной мотивацией в работе: материальное благополучие, радость от признания профессиональных заслуг, достижений и удовлетворение от результатов работы. В обеих группах есть часть респондентов, которая не умеет разрешать конфликтные ситуации с пациентом (4,7% – врачи). Каждый более половины врачей указали, что среди факторов, влияющих на качество медицинских услуг являются: "Деятельность, направленная на улучшение качества медицинских услуг", "Профессиональная компетентность медицинских работников" и "Доступ медицинских работников к ресурсам и информации для осуществления качественной профессиональной деятельности". 4. На основе результатов проведенного исследования разработаны рекомендации по совершенствованию менеджмента государственной медицинской организации.

Рекомендации:

1. Необходимо проводить работу по дальнейшему совершенствованию менеджмента с вовлечением сотрудников в процесс принятия стратегических решений, их сопричастности, значимости и ценности для развития медицинской организации.

2. Необходимо проводить системную работу по повышению квалификации медицинских работников по вопросам менеджмента, лидерства, что в конечном итоге повлияет на повышение качества оказываемых медицинских услуг.

3. Необходимо совершенствовать процессы управления для пациент-ориентированной медицинской помощи, который является важным фактором высокого качества обслуживания.

4. Необходимо активизировать обучение персонала по совершенствованию навыков коммуникации и конфликтологии.

Список литературы.

1. Джакипов, Максут Турсынбаевич. "Развитие менеджмента в системе здравоохранения Казахстана." Вестник науки и творчества 3 (94) (2024): С. 25-30.

2. Колесникова, С. С., М. А. Василенко. Государственное управление и государственное регулирование в здравоохранении. Компетентность 1 (2024): С. 58-64.

3. Абрамова С.Г. О понятии «корпоративная культура» / С.Г. Абрамова, И.А. Костенчук. - М., 2015.- С.184.

4. Альберт М. Основы менеджмента / М.Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. – М.: Вильямс, 2016. – С.34.

5. Батурин В.К. Общая теория управления: Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по направлениям «Экономика» и «Менеджмент» / В.К. Батурин. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2019. – С.487.

6. Бухалова Т.В. Новая эффективная система профессиональной адаптации молодых специалистов / Т.В. Бухалова, Н.В. Анисимова, Е.Г. Павлюк, М.Т. Завгородняя Н.Г. Ионова. //Главная медицинская сестра. – 2017 -№ 6. – С.40-46.

7. Воропаев В.И. Управление проектами в России. / В.И. Воропаев. - М.: Аланс, 2015. – 125 С..

УДК: 614.23: 378.147

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА ПОСТДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»

З.А. Айдаров, А.А. Кульжанова, Т.А. Кудайбергенова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика

З.А. Айдаров: телефон +996555882300, aydarov.kgma@gmail.com

Введение. Врачи общей практики могут сыграть решающую роль в укреплении первичного звена здравоохранения. Для этого, они нуждаются в особой подготовке, которая должна быть постоянной и непрерывной и включать додипломный и последипломный уровни, а также непрерывное медицинское образование непосредственно на рабочем месте, в учреждениях первичного звена здравоохранения. Международные исследования показывают, что переориентация подготовки врачей на амбулаторный уровень не нуждается в дополнительных инвестициях, а требует лишь рациональной реорганизации учебного процесса [1,2,3,4,5,6]. На наш взгляд, внедрение инновационных методов обучения на постдипломном этапе подготовки по специальности «врач общей практики» может способствовать рациональной реорганизации учебного процесса. В этой связи целью нашего исследования было изучение существующей в Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (КГМА) системы постдипломной подготовки в условиях внедрения инновационных методов обучения.

Материалы и методы. Был проведен качественный документальный анализ уже существующих текстовых данных. Соответствующая информация с официальных веб-сайтов/онлайн-источников, печатных документов организаций, участвующих в медицинской подготовке врачей общей практики в Кыргызстане, была извлечена, собрана, архивирована и проанализирована.

Результаты. В Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (КГМА) в 1999 году на базе доцентского курса поликлинической терапии при кафедре внутренних болезней, д.м.н., профессора М. М. Миррахимова, была создана кафедра семейной медицины. Доцентский курс был создан 28 августа 1991 года под руководством доцента А. О. Айткуловой. С 1 октября 1999 года курс реорганизован в самостоятельную кафедру семейной медицины, и руководил которой профессор Т. С. Мейманалиев. В 2004 году данная кафедра была сокращена вновь до курса поликлинической терапии. С февраля 2017 года в соответствии с потребностями здравоохранения страны, кафедра была воссоздана под руководством профессора Н. Н. Бримкулова. В соответствии с международными требованиями были переработаны учебные планы и программа подготовки, разработаны учебно-методические материалы: каталог компетенции, дневник ординатора, внедрены современные подходы для мониторинга и оценки знаний. Введение в образовательные программы, дисциплин построенных на основе модульного подхода, является одним из важных достижений КГМА в условиях активного реформирования медицинского образования.

Одним из важных решений КГМА в направлении рационализации учебного процесса на постдипломном уровне было внедрение дистанционной технологии обучения, которая имеет такие преимуществ как надежность и простота обучения, открытость для модернизации, а также возможность заниматься в любое удобное для себя время, в удобном месте и темпе. С 2016 года дистанционное обучение в КГМА внедрено с использованием платформы Dudal, Moodle с целью предоставления образовательных

услуг без посещения учебного центра (т.е. на рабочих местах), с помощью современных информационных технологий, таких как электронная почта, TV, Internet и видеоконференцсвязи. В КГМА оснащен теле-тининг класс, где проведены обучающие тренинг семинары для профессорско-преподавательского состава и врачей организаций здравоохранения по клиническому наставничеству с использованием платформ Duda!, Moodle. Проведены он-лайн курсы для врачей – клинических наставников по «Педагогике и психологии высшей школы». Эти мероприятия способствовали созданию нового подхода к обучению, направленного на саморазвитие и самосовершенствование личности, ориентированное на индивидуальные запросы обучаемых и их специализацию. Благодаря индивидуальному характеру дистанционного обучения преподаватель уделяет внимание каждому; снимаются многие психологические проблемы, связанные с общением; оказывается, позитивное влияние на обучающегося, развивается творческий и интеллектуальный потенциал – за счет получения новых знаний, самоорганизации.

В результате внедрения системы дистанционного обучения на факультете постдипломного медицинского образования КГМА были созданы условия для непрерывного обучения ординаторов, находящихся в регионах Кыргызской Республики; повышения квалификации молодых сотрудников на рабочих местах в организациях здравоохранения; получения сотрудниками филиалов, ТБ, ЦСМ, ЦОВП необходимого уровня подготовки вне зависимости от удаленности образовательного центра; проведения консультаций и передачи передового опыта ведущих профессоров, специалистов КГМА всем сотрудникам лечебного учреждения.

Дистанционное обучение позволило вузу охватить обучением ординаторов всех специальностей, находящихся в регионах КР не только он-лайн лекционными курсами, но также возможностью проведения сетевых дискуссий, на которых обсуждаются вопросы по теме курса, даются необходимые консультации и рекомендации; обеспечить он-лайн курсами повышения квалификации также клинических наставников и он-лайн курсами повышения квалификации для специалистов по различным направлениям.

Процесс дистанционного обучения в КГМА осуществляется через Интернет в специализированной образовательной среде, которая включает в себя электронные обучающие программы, средства тестирования и контроля, средства общения и передачи данных; способы и формы обучения, реализуются под конкретную задачу каждого курса и индивидуальных возможностей обучаемых. Все учебные материалы курсов доступны обучаемым на платформе «Дистанционное образование» (ДО) через Интернет (на сайте КГМА) в течение всего периода их обучения. При наличии ограничений, связанных с Интернет, возможно использование смешанных технологий – предоставление учебных материалов на CD-диске, по электронной почте. Со своей стороны, обучаемый/курсант самостоятельно изучает материалы электронного курса повышения квалификации, выполняет предусмотренные задания. Свои ответы он предоставляет на проверку лектору курса при помощи средств среды ДО, таких, как обмен файлами и электронная почта. Контроль соответствия выполненных заданий, комментируется и контролируется лектором курса.

Децентрализация последипломного обучения позволила улучшить доступ ординаторов к пациентам (больным) и усилить практическую подготовку; вовлечь ординаторов в предоставление медицинского обслуживания; усилить связи региональных баз с КГМА; снизить хронический дефицит медицинских кадров в регионах и улучшить качество медицинского обслуживания населению; мотивировать ординаторов после окончания обучения продолжить свою практическую деятельность в отдаленных регионах. Практическая подготовка ординаторов проходит на базах организаций здравоохранения (ТБ, ЦСМ, ЦОВП) в регионах, под руководством опытных наставников. Многие ординаторы зачислены в штат организаций здравоохранения и получают зарплату. КГМА осуществляет контроль за обучением через возможности телемедицины, дистанционного обучения, личные встречи. С 1 июня 2016г. установлена дистанционная

система для обучения и мониторинга клинических ординаторов по программе Dudal с внедрением центра дистанционного обучения для клинических ординаторов и молодых специалистов организаций здравоохранения. На сайте КГМА открыт лекционный материал в он-лайн режиме. Темы лекций опубликованы на сайте КГМА. Лекции читаются 1 раз в неделю, каждый четверг в 14.00. Проведены обучающие тренинги, семинары для врачей организаций здравоохранения по клиническому наставничеству. Подготовлены клинические наставники из числа местных врачей.

Многие обученные врачи-клинические наставники ординаторов вовлечены в образовательный процесс и приняты ассистентами кафедр КГМА. Проведена встреча ординаторов по специальности ВОП с клиническими наставниками. Проведена работа по оптимизации клинических баз, заключены договоры с 37 организациями здравоохранения. С целью создания условий и обеспечения доступа к пациентам, а также совершенствования качества подготовки на последипломном уровне (с учетом децентрализации) открыт Ошский отдел ординатуры и производственной практики. (г.Ош). Проведены встречи декана ФПМО КГМА с руководителями организаций здравоохранения и представителями органов местного самоуправления, с целью реализации стратегии развития последипломного и непрерывного медицинского образования 2014-2020гг. и децентрализации последипломной подготовки (Иссык-Кульская, Таласская, Чуйская и Баткенская области).

Заключение. Таким образом, внедрение инновационных методов обучения на постдипломном этапе подготовки по специальности «врач общей практики» способствовало рациональной реорганизации учебного процесса. Инновационные методы обучения в системе постдипломной подготовки КГМА дали новый импульс дальнейшему развитию дистанционного обучения при подготовке врачей общей врачебной практики в Кыргызстане. Прделанная работа дает положительные результаты, укрепляя главный компонент первичного здравоохранения для дальнейшего развития семейной медицины в Кыргызстане.

Литература:

1. Starfield В. Primary care; balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.
2. Дефиниция понятий «семейной медицины/ общей врачебной практики» (WONCA Europe.2002, 2005, 2011)
3. Материалы 1-го съезда врачей общей практики Кыргызстана.
4. Жусупбекова Н.Э., Бримкулов Н.Н., Кульжанова А.А. и др. Руководство по мониторингу последипломного медицинского образования, 2019- 37с.
5. Norcini J & Burch V: Оценка на рабочем месте в качестве инструмента образования /workplace-based assessment as an educational tool: Руководство AMEE Guide, № 31. Медицинский преподаватель/Medical Teacher 2007; 29: 856-857 и 863-867
6. Кохаева Е.Н. Формативное (формирующее) оценивание: методическое пособие / Е.Н. Кохаева. – Астана: АОО «Назарбаев Интеллектуальные школы» Центр педагогического мастерства, 2014. – 66 с.

УДК: 614.234.34.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ДО И ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА ГЧП С УЧЕТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ

М.С. Алимбетова¹, К.К. Куракбаев¹, Ж. Исмаилов², М.А. Баймуратова¹

¹Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», г. Алматы, Республика Казахстан.

² УО «Каспийский общественный университет», г. Алматы, Республика Казахстан.

Автор для корреспонденции: Алимбетова Майра Сериковна, 87024774440, maira.alimbetova@mail.ru

Аннотация. Существуют противоречивые научные данные о влиянии модели ГЧП на удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью. Накопленного опыта по данным исследований на настоящий момент недостаточно, чтобы сделать какие-либо однозначные выводы. Целью данного исследования являлось – **сравнить удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью до и после внедрения проекта ГЧП с учетом медицинской грамотности.** Материалы и методы. Проведено поперечное исследование с участием 217 человек, **пролеченных случаев в стационаре** Алматинской Многопрофильной Клинической Больнице за три года до внедрения проекта ГЧП с 2017 года до сентября 2020 года и 241 пациента за три года после внедрения, с сентября 2020 года по январь 2024 года. Пациента обеих групп проведена оценка удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи, с использованием адаптированной анкеты HEALTHQUAL – Kz и оценки медицинской грамотности спомощью адаптированной для русскоговорящей популяции версия европейского вопросника HLS19 (HLS19 — Q22-RU). Уровень статистической значимости определяли как $p < 0.05$. Статистический анализ выполнен в программе SPSS-statistic 26.0. Результаты. **В целом внедрение проекта ГЧП положительно повлияло на удовлетворенность пациентов оказанными медицинскими услугами. Пациенты были в большей степени удовлетворены инфраструктурой больницы до ГЧП 2,91 ($\pm 0,85$), после – 4,11 ($\pm 0,82$), ($p < 0,001$), эффективностью работы медицинского персонала, что составило до внедрения ГЧП 3,03 ($\pm 0,93$), после – 4,10 ($\pm 0,74$), ($p < 0,001$), и результатами оказанных услуг, до -3,16 ($\pm 1,01$), после – 4,22 ($\pm 0,75$), ($p < 0,001$).** Заключение. **Внедрение проекта ГЧП в АМКБ способствовало улучшению удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами.**

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, опросник HEALTHQUAL, HLS19 (HLS19 — Q22-RU), удовлетворенность медицинской помощью, оценка медицинской грамотности, Республика Казахстан

Введение. Существуют противоречивые научные данные о влиянии модели ГЧП на удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью. Некоторые исследователи с настороженностью относятся к рекомендациям о внедрении ГЧП для лиц, принимающих решения, ввиду отсутствия данных о том, что модель ГЧП действительно даст хорошие результаты [1]. Некоторые авторы акцентируют на необходимости строгой оценки ГЧП основанной именно на качестве оказываемых услуг [2].

Качество оказанной медицинской помощи, а также удовлетворенность пациентов являются важными факторами планирования управления здравоохранением в целом. Традиционно качество медицинской помощи оценивается на соответствие общепринятым стандартам. Однако мнение пациентов и уровень удовлетворенности расширяет возможности этой оценки, а также позволяет более критически оценить и улучшить

клиническую эффективность [3]. Помимо удовлетворенности пациентов необходимо оценивать медицинскую грамотность, ввиду того, что более высокий уровень грамотности позволяет более объективно и критично относиться к уровню оказания медицинской помощи [4]. Грамотность в области здравоохранения определяется как то, как люди могут получать, обрабатывать и понимать информацию и услуги в области здравоохранения и принимать необходимые решения [5, 6]. Медицинская грамотность дает преимуществ в следующих позициях [6]: (1) самоэффективность; (2) укрепление здоровья; (3) настойчивое использование услуг здравоохранения; (4) самоконтроль заболеваний; и (5) расширение прав и возможностей. На сегодняшний день не так много данных об эффективности моделей ГЧП в секторе здравоохранения. По некоторым данным практически нет информации о качестве оказанных услуг в рамках реализованных проектах ГЧП [7, 8]. Мы не нашли исследований в Республике Казахстан, оценивающих эффективность работы ГЧП, а также удовлетворенность пользователей качеством медицинских услуг. Что делает данное исследование более актуальным.

Цель исследования: сравнить удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью до и после внедрения проекта ГЧП с учетом медицинской грамотности.

Материалы и методы. Исследование было выполнено с использованием поперечного дизайна. Были отобраны медицинские карты 300 пациентов, пролеченных в стационаре Алматинской Многопрофильной Клинической Больнице (АМКБ) до внедрения проекта государственно-частного партнерства (ГЧП) и 300 карт после его внедрения. Отбор производился случайным образом через комплексную медицинскую информационную систему (КМИС), с учётом данных за три года до внедрения проекта (2017—сентябрь 2020) и за три года после внедрения (сентябрь 2020—январь 2024). После извлечения паспортных данных и контактной информации пациентов, с ними связывались по телефону. Получив согласие, респондентам рассылались информированное добровольное согласие и анкеты: адаптированная для казахстанского населения версия HEALTHQUAL-Kz и европейский вопросник HLS19 (HLS19-Q22-RU). В результате, 217 участников принимали участие до внедрения ГЧП, а 241 участник — после. В процессе опроса было акцентировано внимание на необходимости полноты ответов, что позволило свести количество пропущенных вопросов к минимуму. Согласно рекомендациям, интерпретация уровня медицинской грамотности проводилась, если респондент отвечал на более чем 80% вопросов анкеты. На первом этапе оценивался уровень общей медицинской грамотности респондентов с использованием шкалы, предложенной К. Sørensen [9]. Респонденты делились на четыре категории: «недостаточный» (0—25,0 балла), «проблемный» (25,1—33,0 балла), «достаточный» (33,1—42,0 балла), «отличный» (42,1—50,0 балла). Далее проводилась оценка удовлетворенности медицинской помощью в целом, а также удовлетворенности пациентов с «достаточным» и «отличным» уровнем грамотности. Оценка удовлетворенности осуществлялась по пяти доменам с использованием модели HEALTHQUAL-Kz, где каждый из доменов оценивался по пятибалльной шкале Лайкерта (от 1 — «очень плохо» до 5 — «отлично»). Параллельно были проанализированы корреляции между уровнем удовлетворенности, медицинской грамотностью, образованием, возрастом и финансовыми ограничениями в получении медицинских услуг.

Результаты. В группе до внедрения ГЧП (группа 1) 44,3% составляют мужчины (96), а 55,7% — женщины (121). В группе после внедрения (группа 2) 47% мужчин (113) и 53% женщин (128). Статистических различий по полу не наблюдается. Медиана и интерквартильный размах (ИКР) возраста в обеих группах не отличались статистически значимо. Образование респондентов также не показало значительных различий между группами, кроме того, в группе после внедрения проекта было статистически значимо больше людей с постдипломным образованием ($p = 0,03$). Финансовые ограничения, касающиеся доступа к медицинской помощи, не выявили значительных различий между

группами. Уровень медицинской грамотности в обеих группах также продемонстрировал статистически значимые различия. В группе до внедрения ГЧП большее количество людей имели «достаточный» уровень медицинской грамотности ($p = 0,03$), в то время как в группе после внедрения было больше людей с «отличным» уровнем грамотности ($p = 0,02$). **Оценка удовлетворенности:** При анализе удовлетворенности медицинской помощью без учета уровня медицинской грамотности, результаты показали, что в группе после внедрения проекта ГЧП удовлетворенность качеством медицинских услуг значительно возросла по всем доменам, кроме безопасности. В частности, шкала «Эмпатия» возросла с 3,06 до 4,21, «Инфраструктура больницы» с 3,00 до 4,24, а «Эффективность работы» с 3,13 до 4,24 (все различия статистически значимы, $p < 0,001$). При учете медицинской грамотности не было статистически значимых различий в оценке доменов «Эмпатия» и «Безопасность», однако в других доменах результаты удовлетворенности также улучшились. Например, шкала «Инфраструктура больницы» повысилась с 2,91 до 4,11, а шкала «Эффективность работы» с 3,03 до 4,10 ($p < 0,001$).

Заключение. Внедрение проекта ГЧП в АМКБ привело к улучшению удовлетворенности пациентов медицинской помощью по всем ключевым показателям, что подтверждается значительным ростом оценок удовлетворенности, особенно в таких областях, как эмпатия, инфраструктура и эффективность работы персонала. **Также следует перед оценкой удовлетворенности качеством медицинской помощи, определять уровень медицинской грамотности, при достаточном и отличном можно относиться к результатам как к более объективным и критически оцененным.**

Список использованной литературы:

1. Hellowell, M. "The price of certainty: Benefits and costs of public-private partnerships for healthcare infrastructure and related services" // Health Services Management Research. – 2016. – Т. 29. – №. 1-2. – С. 35-39.
2. Helby Petersen, O. "Evaluating the costs, quality, and value for money of infrastructure public-private partnerships: a systematic literature review" // Annals of Public and Cooperative Economics. – 2019. – Т. 90. – №. 2. – С. 227-244.
3. Carvalho, J. M. S., Rodrigues, N. "Perceived Quality and Users' Satisfaction with Public-Private Partnerships in the Health Sector" // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2022. – Т. 19. – №. 13. – С. 8188. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138188>.
4. Ng, S. T., Wong, Y. M. W., Wong, J. M. W. "A structural equation model of feasibility evaluation and project success for public-private partnerships in Hong Kong" // IEEE Transactions on Engineering Management. – 2010. – Т. 57. – №. 2. – С. 310-322.
5. Nutbeam, D. "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century" // Health Promotion International. – 2000. – Т. 15. – №. 3. – С. 259-267.
6. Doyle, G., Cafferkey, K., Fullam, J. "The European health literacy survey: results from Ireland" // UCD: HLS EU. – 2012. – Т. 8. – С. 30.
7. Osei-Kyei, R., Chan, A. P. C. "Implementation constraints in public-private partnership: Empirical comparison between developing and developed economies/countries" // Journal of Facilities Management. – 2017. – Т. 15. – №. 1. – С. 90-106.
8. Roehrich, J. K., Lewis, M. A., George, G. "Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review" // Social Science & Medicine. – 2014. – Т. 113. – С. 110-119.
9. Sørensen, K., et al. "Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)" // The European Journal of Public Health. – 2015. – Т. 25. – №. 6. – С. 1053-1058.

УДК: 614.253.52

ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ: УХОД МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ХОСПИСАХ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

А.К. Катаева¹, М.А. Баймуратова², А.Р. Рыскулова³, Г.А. Алибаева⁴

¹ Магистрант 1-го курса специальности «Медико-профилактическое дело»,
+7 778 251 89 03, kataeva.ajya@bk.ru

² К.м.н., ассоциированный профессор, профессор кафедры «Общественное
здоровье и социальные науки», mairash@list.ru

³ К.м.н., ассоциированный профессор, заведующая кафедрой «Общественное
здоровье и социальные науки», Казахский Медицинский Университет «Высшая
школа общественного здравоохранения», Алматы, Казахстан. r.alma@bk.ru

⁴ Заведующая отделением прикладного бакалавриата ТОО «Западно-Казахстанский
высший медицинский колледж», Уральск, Казахстан. gaukar_06@mail.ru

Введение. В Республике Казахстан остро стоит кадровый вопрос и в целях решения данной проблемы и улучшения качества медицинской помощи, активно рассматривается и внедряется роль медицинской сестры расширенной практики. В настоящее время, в условиях нехватки врачей паллиативной помощи в стране, хосписные медицинские сестры расширенной практики могут сыграть ключевую роль в уходе за пациентами. ВОЗ определяет паллиативную помощь как подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей в момент столкновения с проблемами, связанными с угрожающими жизни заболеваниями [1]. Руководители медицинских сестер расширенной практики необходимы для развития паллиативной помощи и нужны во всех областях паллиативной помощи — клинической практике, образовании, исследованиях и администрировании [2]. Они могут участвовать в развитии паллиативной помощи для удовлетворения потребностей пациентов и их семей, улучшая доступ к качественной паллиативной помощи в хосписах.

Цель исследования. Проанализировать зарубежный и отечественный опыт ухода медицинских сестер в хосписах для обеспечения безопасности пациентов и выявить лучшие практики, направленные на повышение качества паллиативной помощи в Казахстане.

Материалы и методы. В целях изучения данной темы был произведен поиск статей в следующих базах данных: PubMed, Scopus, Medline, Google Scholar и CyberLeninka. Были проанализированы отечественные и зарубежные работы, связанные с обзором роли хосписной медицинской сестры расширенной практики, зарубежные практики и исследования, а также программы и концепции.

Результаты. Паллиативная помощь сегодня представляет собой триединство медицинских и социальных служб и духовной поддержки, а в Казахстане пациенты, нуждающиеся в такой помощи, получают ее в различных организационных формах, при этом для многих пребывание в хосписах остается единственным способом получить поддерживающее лечение, противоболевую терапию, квалифицированный сестринский уход, а также психологическую поддержку больных и родственников [1]. Сестринское дело охватывает независимое и совместное обслуживание людей всех возрастных групп, семей, групп населения и сообществ, больных или здоровых, во всех условиях [3]. Медсестры передовой практики являются лидерами в клинической практике, предоставлении ухода на системном уровне, сестринской практике и политике в различных условиях [2]. Они - часть команды здравоохранения, всегда податливы, чтобы адаптироваться к изменениям в практике и раздвигать границы, чтобы приносить пользу пациентам, сообществам, организациям, системам, обществу и человечеству [4].

Медсестер хосписа можно определить как профессионалов, которые оказывают сестринскую помощь продвинутого уровня, включающую комплексную оценку физического, психосоциального и духовного состояния, снятие боли и облегчение симптомов с целью улучшения качества жизни терминальных и умирающих пациентов и их семей [5]. Функциональные обязанности хосписной медицинской сестры имеют значительные отличия от медсестры другого отделения. Их работа направлена на удовлетворение потребностей не только пациентов, но и лиц, ухаживающих за ними, оказывая им психологическую поддержку, обучая уходу за пациентами и создают пациенту психологический комфорт, обсуждая совместно с больным и его близкими приоритеты и цели помощи, вопросы лечения и плана помощи [6].

Кроме того, анализ показал, что внедрение роли медицинской сестры расширенной практики в хосписах позволяет:

1. Обеспечивать высокий уровень безопасности пациентов: Медицинские сестры хосписов проводят регулярный мониторинг состояния пациентов, своевременно выявляют изменения в их состоянии, минимизируя риск осложнений.

2. Снижать нагрузку на врачей: Благодаря дополнительной подготовке, медсестры могут выполнять ряд процедур, ранее находившихся в ведении врачей, таких как управление болевым синдромом и контроль симптомов.

3. Повышать удовлетворенность пациентов и их семей: Персонализированный подход, внимание к психосоциальным аспектам ухода и поддержка семей способствуют созданию доверительных отношений между пациентами, их родственниками и персоналом хосписа.

4. Улучшать качество жизни пациентов: Уход, ориентированный на комплексную поддержку, позволяет обеспечить комфортные условия для пациентов на всех этапах паллиативной помощи, включая эмоциональную и духовную поддержку.

5. Внедрять современные подходы к обучению и развитию персонала: В странах с высоким уровнем паллиативной помощи активно используются программы обучения медсестер, направленные на развитие навыков работы в мультидисциплинарной команде, изучение современных методов лечения и технологий ухода.

Выводы. Медсестры хосписа способны брать на себя ведущую роль в минимизации рисков, связанных с безопасностью пациентов, благодаря их готовности к регулярному мониторингу состояния, эффективному управлению симптомами и болевым синдромом. Укрепление роли медсестер в хосписах способствует созданию устойчивой и эффективной системы паллиативной помощи, которая ориентирована на всестороннюю поддержку пациентов и их семей. Зарубежные практики показывают необходимость системного подхода, где медсестры не только предоставляют уход за пациентами, но и занимаются развитием системы паллиативной помощи.

Современные подходы, направленные на развитие навыков работы в мультидисциплинарной команде, использование технологий и обучение новейшим методам ухода, являются важными элементами в улучшении качества паллиативной помощи, где ключевая роль принадлежит медицинской сестре. Именно медицинская сестра с расширенными компетенциями может быть связующим звеном между пациентом, его семьей и командой специалистов. Результаты анализа подчеркивают необходимость интеграции международного опыта в систему здравоохранения Казахстана для обеспечения безопасности пациентов и повышения их качества жизни.

Литературные ссылки:

1. Zhapparova, A., Kunirova, G. (2021). Palliative Care in the Republic of Kazakhstan: Current Situation and Legal Regulation. *Medicine Pravo*, vol. 1, no 27, pp. 41-51.

2. Dahlin C., Coyne P. (2019) The palliative APRN leader. *Annals of palliative medicine*, vol. 8, suppl 1, pp. 30-38.

3. Sydykova B., Umbetpaev A., Bajgozhina Z., Hismetova Z., Samarova U., Sarsenbaeva G., Elisinova A., Smailova D. (2021) Stimulirovanie professional'nogo razvitiya medicinskih

sester kak sposob povysheniya kachestva medicinskoj deyatel'nosti [Stimulating the professional development of nurses as a way to improve the quality of medical activities]. *Nauka i zdavoohranenie*, vol. 23, no 4, pp. 199-207.

4. Boehning A., Punsalan L. (2023) Advanced Practice Registered Nurse Roles. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589698> (accessed 21 November 2024).

5. Kwon S., Park M., Kim H.(2021) Education, Role, and Prospects of Advanced Practice Nurses in Hospice and Palliative Care in South Korea.*The Korean Journal of hospice and palliative care*, vol. 24, no 1, pp. 1-12.

6. Sidorova L., Larionova O. (2011) Medsestra hospice [Hospice nurse]. *Medicinskaya sestra*, no 3. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/medsestra-hospisa?ysclid=m3rbxmpvxh441965382> (accessed 21 November 2024).

UDK: 616.98:616-053.2

CONDITIONALLY PATHOGENIC MICROORGANISMS AND THEIR IMPACT ON PUBLIC HEALTH: A NEW PERSPECTIVE FOR CLINICIANS

*M.A. Baymuratova, D.Zh. Saussanova, M.A. Kasenova, Zh.A. Kuzembekova,
Sh.T. Maitanova, U. Almukhanbetkyzy*

Kazakhstan's Medical University "KSPH", Almaty, Kazakhstan
damira.sausanova1996@mail.ru, +77055989749

Introduction. Public health is directly dependent on the interaction of microorganisms with the microorganism and the environment. Opportunistic bacteria that have inhabited the human body since birth play a key role in shaping the microbiota and immune response. Understanding the pathogenic factors that influence the development of infectious diseases is of critical importance for clinicians, as this knowledge allows for timely detection and prevention of infections. This report highlights the importance of clinical microbiology in public health and calls for in-depth analysis of the results to improve practice and improve public health.

Objective. To demonstrate the importance of understanding the role of opportunistic flora in public health and to draw the attention of clinicians to the results of clinical microbiology, emphasizing the importance of in-depth analysis of current research and its application in practice.

Materials and methods. In order to study this topic, a literature search was conducted in the following databases: PubMed, Scopus, Medline, Google Scholar. We used data on bacterial infections collected from clinical samples, as well as molecular genetic methods to determine the pathogenicity factors of opportunistic bacteria. Samples obtained from patients with various diseases were analyzed to identify the interaction between the body's immune response and the microbiome.

Results. The immune response of a macroorganism to a bacterial infection is largely determined by the pathogenicity factors of the microbe and, first of all, by its ability to form toxins. A distinction is made between antibacterial immunity - against the structural components of a bacterial cell and antitoxic immunity - against protein toxins [1]. In the course of evolutionary development, pathogenic microorganisms have adapted to growth in certain tissues of the host. The high degree of specificity inherent in many microorganisms reflects the differences in the biochemical composition of organs. Pathogenic microorganisms have acquired a variety of abilities to penetrate the macroorganism, overcoming its protective barriers, resist the body's defenses, suppress them and cause changes in the morphology and function of cells, tissues and organs. [2]. Conditionally pathogenic flora (CPF) is present in all people: both healthy and sick. We cannot ensure that only good bacteria live on our skin and mucous membranes: we cannot choose. Microorganisms populate a person from birth: they are transmitted through the birth canal from the mother, after skin-to-skin contact in the first months of life. Opportunistic pathogens coexist well with other microbes and form a unique microbiota, which is an individual set of bacteria for each person. It should be emphasized that the state of immunity partly depends on the balance of bacterial species, normally there are more "noble" microorganisms, while opportunistic pathogenic microorganisms (OPM) multiply slowly, they do not allow the immune system to relax, which is valuable information for clinicians and patients as well [3]. For an infectious disease to occur, three factors must interact in time and space: the etiological (microorganism), the susceptible macroorganism, and the influence of the environment. The share of all these factors in the process of infection is the same. And there is no more or less significant factor. The microorganism, the environment, and the susceptible macroorganism are all decisive, the most important. If one factor falls out, the infectious disease does not occur [4]. The conducted detection of pathogenicity factors in 67 strains of K.

Pneumonia (determination of genes) isolated from feces, encoding virulence factors of pathogens of intestinal infections (*Shigella*, *Salmonella*, *Escherichia coli*) showed that *Klebsiella* strains do not have genes encoding: the ability to adhesion (*sfa*, *afa*, *aaf/1*, *eae*), invasion (*ipaH*, *ial*), production of heat-labile (*elt*, *LT II*), heat-stable (*st1*, *st2*) and Shiga toxins (*stx1*, *stx2*). All these types of bacteria have in common the potential and real possibility of manifestation of "aggression" as pathogens of opportunistic infections of the urinary tract, blood, wounds, respiratory tract. For a more complete judgment about UPE as pathogens of acute inflammatory diseases, an in-depth comparative study of the biological properties of strains isolated from patients with various pathological conditions is necessary, using modern molecular genetic methods. [5]. Timely detection of important pathogenicity factors in the most significant microorganisms - pathogens of acute inflammatory processes, can help to predict the course of the infectious process and choose adequate treatment tactics in time [6].

For clinicians seeking to improve interaction with laboratory specialists and effectively use the resource base of a medical organization, in particular, bacteriological methods, it makes sense to highlight several key aspects that are based on the following information: the role of bacterial adhesion and invasion, biofilm and their importance, factors of invasion and aggression, antiphagocytic mechanisms and approaches to therapy from the standpoint of an interdisciplinary approach. For example, uropathogenic *Escherichia* and invasive *Enterobacteriaceae* use various villi and surfaces to bind to the cells of the host (human) organism, initiating infectious processes. Identifying these mechanisms allows us to more quickly understand how bacteria begin to trigger pathogenic action. Such knowledge, as is well known, can help the doctor in diagnosis and selection of effective treatment methods.

Biofilm formation helps protect bacteria from negative factors, including phagocytosis and antibiotics. Accordingly, understanding the structure and function of biofilms can help clinicians (both in hospitals and outpatient clinics) in choosing adequate therapeutic strategies to combat persistent infections, as well as relapse of chronic pathology. Knowledge of biofilm formation is important in the treatment of infections associated with invasive procedures (eg, catheterization). Accordingly, the doctor has the opportunity to reconsider the use of technologies aimed at preventing biofilm formation in patients with an increased risk of developing endo- or exogenous secondary infection. Regarding the factors of invasion and aggression, we would like to focus on the properties of bacteria invasiveness and aggressiveness (strictly specific to different types of bacteria, as a generic or species feature), which are determined by their surface structures and secreted enzymes. Understanding the above mechanisms ensures the choice of antimicrobial drugs taking into account their targeted action. Knowledge of the factors mentioned can help in diagnosing and assessing the severity of the infectious process. At the same time, for example, focusing on antiphagocytic mechanisms, it should be noted that factors such as capsules and special proteins are called antiphagocytic because they can help clinicians understand how bacteria avoid the immune response and form or create resistance to antibiotics.

Thus, therapy aimed at interrupting the adhesion process or destroying biofilms may be an effective strategy in the treatment of infections caused by resistant microorganisms. Therefore, summing up this fragment, it is logical to emphasize that knowledge of the basics of clinical microbiology will help clinicians to identify key molecules and mechanisms to focus on to improve the organization of treatment, diagnosis and prevention of infectious diseases. It is appropriate to touch upon the patient-oriented approach, which is a high priority today, it involves taking into account the individual characteristics of the patient's immune response, which determines the possibility of developing a personalized strategy. The understanding that infections can spread more aggressively in conditions of weakened immunity helps clinicians to optimally select therapy and give informed competent recommendations to patients. Patient education and involvement are also a fairly widely used tool in ensuring accessibility and patient satisfaction in the process of obtaining effective treatment results or stopping the stages of exacerbation. Clinicians should use data such as those on microbial invasion and resistance development to increase patient awareness of the importance of adherence to prescribed therapy

and planned preventive measures. Patient education on disease mechanisms can, and when implemented, promote active patient participation in the treatment process and prevention of recurrent infections in particular. Bacteriological aspects in the daily work of a physician can significantly improve clinical practice and improve the quality of patient care in healthcare organizations at all levels, which is especially important for patients with infections associated with new interventions and high risks.

Conclusions. The body's immune response to opportunistic bacteria has a strong impact on health, which requires close study and analysis by clinicians. By better understanding the mechanisms of interaction between the macroorganism and opportunistic pathogens, clinicians are given the opportunity to improve the quality of medical care at the stages of treatment and prevention. In-depth study of the biological properties of opportunistic microorganisms will help to develop more effective strategies for their control with complete elimination and the development of additions to preventive measures in public health.

References

1. Зверев, В.В., Бойченко, М.Н. (2016). Медицинская микробиология, вирусология и иммунология: в 2 т. Том 1. М.: ГЭОТАР-Медиа. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436417.html>.
2. Своеобразие иммунного ответа на бактериальные инфекции. [Электронный ресурс]. URL: https://nsau.edu.ru/images/vetfac/images/ebooks/microbiology/stu/immun/svozb_res.htm.
3. Почему условно-патогенные микроорганизмы важны для здоровья человека. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gmsclinic.ru/blog/nuzhno-li-izbavlyatsya-ot-uslovno-patogennoy-flory>.
4. Донецкая, Э.Г.-А., Зрячкин, Н.И. (2019). Инфектология. Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та.
5. Егорова, С.А., Макарова, М.А., Кафтырева, Л.А. Этиологическая значимость условно-патогенных энтеробактерий при острых кишечных заболеваниях и дисбиотических состояниях. Инфекция и иммунитет. 2011. Т. 1, № 2. С. 181–184.

ӘОЖ: 614.3.31.636/638

**САЛЬМОНЕЛЛЕЗДІҢ БЕРІЛУ ЖОЛДАРЫ: ҚАЗАҚСТАН
РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЕТ ӨНІМДЕРІНІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ
КОНТЕКСТІНДЕГІ ҚАТЕРДІ БАҒАЛАУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ**

Ф.Б. Кемалова¹, М.А. Баймуратова², А.Р. Рыскулова³, С.А. Кошкимбаева⁴

¹ «Медициналық-профилактикалық іс» мамандығының 1 курс магистранты,
+7 707 362 41 24, Itooki@mail.ru

² М.ғ.к., қауымдастырылған профессор, «Қоғамдық денсаулық және әлеуметтік ғылымдар» кафедрасының профессоры, mairash@list.ru

³ М.ғ.к., қауымдастырылған профессор, «Қоғамдық денсаулық және әлеуметтік ғылымдар» кафедрасының меңгерушісі, Қазақстан Медицина Университеті «Қоғамдық денсаулық сақтаудың жоғары мектебі», Алматы, Қазақстан. r.alma@bk.ru

⁴ М.ғ.к., қауымдастырылған профессор, «Қоғамдық денсаулық және әлеуметтік ғылымдар» кафедрасының аға оқытушысы, koshkimbayeva@gmail.com

Кіріспе. Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) әлемде жыл сайын ондаған миллион адам сальмонеллезбен ауырады және жүз мыңнан астам ауру өліммен аяқталады деп есептейді. Бұл дамыған елдерде ең көп таралған зооантропоноздардың бірі. Қазақстанда соңғы жылдары сальмонелла инфекциясының 965 жағдайы анықталды. 2024 жылдың 6 айында Алматы қаласында 100 мың тұрғынға шаққанда сальмонеллезбен сырқаттанушылық көрсеткіші - 1,40, 2023 жылдың ұқсас кезеңінде - 0,67 құрады. Сальмонелла инфекцияларымен байланысты тамақтан шыққан тұтанулар қоғамдық денсаулық сақтау үшін елеулі қауіп болып қала береді. Осыған байланысты сальмонеллездің эпидемиологиялық жағдайын зерттеу мен бағалаудың басымдығы жаңа шаралар мен алдын алу жолдарын іздеуде күмән тудырмайды.

Зерттеудің мақсаты. Елдегі эпидемиологиялық жағдайды бағалай отырып, сальмонеллез аурушандығын талдау, алдын алу шараларының маңыздылығына және патогендердің тамақ арқылы берілу қаупін азайтуға бағытталған.

Материал және әдістер. Сальмонеллез эпидемиологиясына, ет өнімдері арқылы инфекцияның берілу жолдарына, сондай-ақ алдын алу шараларына қатысты отандық және шетелдік басылымдар зерттелді. Ол үшін PubMed, Medline, Google Scholar және Elibrary сияқты халықаралық ғылыми дерекқорлардан алынған мәліметтер пайдаланылды. Талданған дереккөздер әртүрлі елдердегі сальмонеллезді диагностикалау проблемасының қазіргі жағдайы туралы ақпарат жинауға және оның алдын алудың қолданылатын тәсілдерін бағалауға мүмкіндік берді.

Нәтиже. Сальмонелла тұқымдасының бактериялары тудыратын инфекциялар әдетте жеңіл және көп емдеуді қажет етпейді, дегенмен балалар мен қарт адамдарда қатар жүретін дегидратациядан туындаған ауыр асқынулардың даму қаупі жоғары. Бүгінгі күні ауру жағдайларының көпшілігі 10 жасқа дейінгі балаларға тиесілі және бұл осы өнімнің бірінші кезекте балаларға арналғандығымен түсіндірілуі мүмкін [1]. Қазіргі уақытта ауру көбінесе сальмонеллалармен ұрықтандырылған ет және теңіз өнімдерін тамаққа пайдалану кезінде пайда болады. Көбінесе бұл үй құстарының еті (тауықтар, үйректер, қаздар, күркетауықтар), сондай-ақ сальмонеллез ауруының себебі болып табылатын ірі қара мал мен шошқа еті [2]. 2023 жылы Қазақстан Республикасында инфекцияны таратудың негізгі факторларының 76% -ы тамақ өнімдері болып табылатыны анықталды, оның ішінде құс еті мен құс өнімдеріне 21,7% жағдай тиесілі [3]. Ет өңдеу саласындағы жетістіктер бірнеше кезеңде патогендерді төмендетуге бағытталған, бірақ қоғамдық денсаулық сақтауға елеулі әсер ету үшін неғұрлым инновациялық тәсілдер қажет [4]. М.М. Браширс (2024) зерттеуінде тамақ өнімдеріндегі сальмонеллаларды азайту жөніндегі

ағымдағы және болашақ стратегиялар талқыланады. Онда сальмонелланың өнімді жинағанға дейін және жинағаннан кейін оны бүкіл өңдеу тізбегі бойынша биокартирлеу жолымен, сиыр еті мен шошқа етіне араласуға баса назар аудара отырып, таралуы атап көрсетіледі [4]. М.Мkangara (2023) мынадай алдын алу шараларын сипаттады: биологиялық қауіпсіздік, оқшаулау және жұқтыруды бақылау үшін карантин, ХАССП қағидаттарын пайдалану, жануарларға арналған жем-шөптің сальмонелламен ластануын төмендету, эпидемиологиялық қадағалау, ауыл шаруашылығын жүргізу жүйесі. Микроорганизмдер дамығандықтан стратегия маңызды, ал олардың мутагендігі мен микробқа қарсы препараттарға төзімділік штамдары бүкіл әлемде азық-түлік өнеркәсібі мен азық-түлік қауіпсіздігіне қауіп төндіреді [5]. Тамақ өнімдерімен дұрыс жұмыс істеу, аяқпалы зақымдануды болдырмау және тамақты мұқият дайындау тамақ өнімдерінің қауіптілігін төмендетуі және қауіпсіздігін қамтамасыз етуі мүмкін [6]. Тиісінше, сальмонеллезді жұқтыру қаупі туралы халықтың хабардарлығын арттыру денсаулық сақтаудың басты мәселесі болып қала береді.

Қорытынды. Сальмонеллездің алдын алу малды мен құсты союға, ұшаларды кесу технологиясына, ет және балық тағамдарын дайындауға және сақтауға, оларды өткізу мерзімдерін сақтауға ветеринариялық-санитариялық қадағалау жүргізуді қамтиды. Ауыл шаруашылығы жануарлары мен үй құстарын сальмонелла вакциналарымен вакцинациялау маңызды рөл атқарады. Эпидемиологиялық жағдайды талдау сальмонеллездің Қазақстан Республикасында қоғамдық денсаулық үшін маңызды қатер болып қалатынын куәландырады. Сальмонеллаларды берудің негізгі жолдары жартылай фабрикаттармен кәсіби байланыста болатын адамдардың білім деңгейін арттыруды талап ететін тағамды сақтау, өңдеу және дайындау жағдайларының сәйкес келмеуі болып табылады. Атап айтқанда, құс еті мен ет өнімдері инфекцияның таралуы тұрғысынан аса қауіпті болып қалуда. Фермерлік шаруашылықтардан тұтынушыларға дейінгі тамақ тізбегінің барлық кезеңдерінде биоқауіпсіздіктің жеткіліксіздігі елеулі тәуекел факторы болып табылады. Қазіргі уақытта жалпы сальмонеллездің таралу деңгейін төмендету үшін биоқауіпсіздік пен гигиенаға назар аудару маңызды.

Әдебиет

1. Vspy`shka Salmonella typhimurium v neskol`kix stranax v svyazi s oborotom shokoladnoj produkciі [Outbreak of Salmonella typhimurium in several countries in connection with the turnover of chocolate products]. Available at: [Multi-country outbreak of Salmonella Typhimurium linked to chocolate products – Europe and the United States of America](#)
2. MU 4.2.2723-10. 4.2. (2023) Biologicheskie i mikrobiologicheskie factory. Laboratornaya diagnostika sal'monellezov, obnaruzhenie sal'monell v pishchevyh produktah i ob"ektah okruzhayushchej sredy [Biological and microbiological factories. Laboratory diagnostics of salmonellosis, detection of salmonella in food and environmental objects]. Metodicheskie ukazaniya. Available at: <https://meganorm.ru/Data2/1/4293790/4293790005.pdf>
3. (2023) Gosudarstvennyj doklad «Sanitarno-epidemiologicheskaya situaciya v Respublike Kazakhstan za 2022 god» [State report "Sanitary and epidemiological situation in the Republic of Kazakhstan by 2022"]. Ministerstvo Zdravoohraneniya Respubliki Kazakhstan, Komitet Sanitarno-Epidemiologicheskogo kontrolya RGP na PHV «Nacional'nyj centr obshchestvennogo zdravoohraneniya», Filial «Nauchno-prakticheskij centr sanitarno-epidemiologicheskoy ekspertizy i monitoringa». Available at: [Государственный доклад «Санитарно-эпидемиологическая ситуация в Республике Казахстан за 2023 год».pdf](#)
4. (2024) Innovacionnye podhody k kontrolyu sal'monelly v myasnoj promyshlennosti [Innovative approaches to salmonella control in the meat industry]. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.meatsci.2024.109673>
5. Mkangara M. (2023) Prevention and Control of Human Salmonella enterica Infections: An Implication in Food Safety. *International Journal of Food Science*, vol. 2023, issue 1.
6. (2023) Sal'monella i sal'monellez: obnovlennaya informaciya o posledstviyah dlya obshchestvennogo zdravoohraneniya i strategiyah kontrolya. [Salmonella and salmonellosis:

updated information on public health implications and control strategies] Available at: PMID:
PMC10705591 PMID: [38067017](#) DOI: [10.3390/ani13233666](#)

UDK: 614.2:331.101.38

**MOTIVATION OF EMPLOYEES OF MEDICAL ORGANIZATIONS AND
INFLUENCE ON THE RESULTS OF THEIR WORK
(literature review)**

**G. Zhumagul, A. Shakenova, A. Zhumadullayeva, N. Nurmagambet*

LLP Kazakhstan's Medical University «KSPH» Almaty, Kazakhstan

Introduction. In modern healthcare, employee motivation plays an important role in ensuring the effective operation of medical organizations. It is clear that in the context of increasing requirements for the quality of medical services and the desire to optimize processes, the successful operation of institutions depends not only on the material and technical base but also on human capital [1].

Considering the backdrops of constant reforms and changes in the healthcare system and global challenges such as pandemics, the issue of motivation in medical institutions is of particular importance. Low motivation can lead to a decrease in the quality of service, increased staff turnover, and a deterioration in the morale of the team [2,3].

The purpose of the study: To determine the major factors affecting the motivation of medical organization employees and their impact on the performance of the employees through research analysis and to develop recommendations that will contribute to the creation of an effective incentive system.

Materials and methods: Literature review

Results. In the course of analyzing the topic of motivating medical organization employees, it was found that a high level of motivation is a decisive factor in determining the effectiveness of work and the quality of medical services [4]. Motivation affects not only productivity but also patient satisfaction, which ultimately improves the performance of the entire medical organization. Research illustrates proper management as the major factor contributing to high employee motivation levels. The publications show that some managers treat employees poorly, suddenly change their style, and fail to understand and support their employees [5].

In conclusion, the motivation of employees in the healthcare sector includes both material and non-material aspects. While the material factors, the most important are wages, bonuses, and other monetary rewards, the latter is manifested in factors such as psychological stimulation, high-quality working environment, social interactions, long-term and short-term career growth, and professional development opportunities. The quality and style of management, fairness in communication, job descriptions and training, competitions, and employee awards are also essential.

We offer the following recommendations to improve the motivation of employees in medical organizations:

- Development of individual motivation programs;
- Improvement of working conditions;
- Offering training and development of professional skills;
- Formation of a positive working environment;
- Systematic assessment of motivation;
- Teamwork encouragement;

These recommendations can serve as the basis for creating an effective incentive system that will help improve the quality of work in medical organizations and improve outcomes for both employees and patients.

References:

1. Seifert C.M. Enhancing intrinsic motivation in health promotion and wellness // The art of health promotion. 2012. Vol. 26, №3.
2. Hackman J. R., Oldham G. R. Motivation through the design of work: Test of a theory // Organizational behavior and human performance. 1976. Vol. 16, N 2.
3. Dehghan Nayeri M, Negarandeh R. Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study. Human resources for health. 2009;7:25
4. World Health Organization. Geneva: 2007. Strengthening management in low-income countries: Lessons from Uganda. making health systems work.
5. Chmielewska M, Stokwiszewski J, Filip J, Hermanowski T. Motivation factors affecting the job attitude of medical doctors and the organizational performance of public hospitals in Warsaw, Poland. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):701. Published 2020 Jul 29.

ӘОЖ: 740

МЕДИЦИНА САЛАСЫНДА ҚЫЗМЕТ АТҚАРАТЫН МАГИСТРАНТТАРДЫ ОҚЫТУ КЕЗІНДЕ ТУЫНДАЙТЫН ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕР

Е. Ақшолақов

Педагогика, психология және қоғамдық пәндер кафедрасының меңгеруші ҚМУ ҚДСЖМ

«Психология тәрбиелеу мақсаттарын анықтауға жеткілікті құзыретті емес, бірақ ол оның әдістерін қалыптастыруда пайдалы рөл атқаратыны сөзсіз».

Э. Дюркгейм

Мақалада жоғары медициналық оқу орындарында педагогтармен тыңдаушылардың психологиялық қарым-қатынасы, тыңдаушылардың жасына психологиясының ерекшеліктері, педагогтар мен тыңдаушылардың психологиялық қарым-қатынасының аспектілері қарастырылған. Оқытушылар мен магистранттардың психологиялық қарым-қатынасындағы проблемаларды шешудің жолдары ұсынылған.

Тірек сөздер: білім алу, жоғарғы оқу орындары, ересектер психологиясы, оқытушылар мен тыңдаушылар арасындағы қарым-қатынас психологиясы, өзіндік дамудың маңызы.

Кіріспе. Болашаққа ұмтылған Қазақстанның әрбір азаматы үшін жоғары қасиеттерінің негізі болып білімін, ғылыми деңгейін, мәдениетін, имандылығын дамытуы ХХІ ғасыр стратегиясы негіз болып табылады.

Мақаланың өзектілігі. Қазіргі уақытта әлемде өзгерістер өте тез болады. Өмірдің барлық тұрғысы адамдарға жаңа тапсырмаларды, міндеттерді және талаптарды қояды. Адамзатты ғылыми жаңалықтар алға ұмтылдырады. Білім және ғылыммен алға басу кезеңі келді, жаһандық өзгерістерден қалмай бірге адымдау үшін, сананы ашық ұстай отырып, қазіргі жетістіктерді ұлттық мүддемен үйлестіру керек.

Сондықтан заманауи талаптарға сәйкес білім беру мен ғылымның тиімді жүйесін қолдана отырып, азаматтарының парасаттылық әлеуетін оқыту және білім беру арқылы көтеру болып табылады.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Бүгінгі күні әлемде білім, ғылым және қоғам біртұтас. Жоғары кәсіби медициналық кадрлар адамзат жинаған білімді зерделеу, ұғыну негізінде даярлануға тиіс.

Қазақстанда білімді және ғылымды дамыту мемлекеттік бағдарлама негізінде жүргізіледі. Бұл бағдарламада жоғары білім беру саласындағы бар кемшіліктерді еңгеру бойынша бар проблемалар мен бағыттар нақты түрде ұсынылған [1]. Аталған бағдарламада қойылған жауапты міндеттер, ересектерге білім беру процесінде педагогтың рөлі ерекше маңызды екенін көрсетеді.

Дамып келе жатқан Қазақстан қоғамында қазіргі бәсекеге қабілеттілік маңызды фактор болып табылады. Еңбек нарығында ересек адамның кәсіби саладағы заманауи үрдістерге, ағымдар мен дағдыларға сәйкестігін білдіреді. Сондықтан ересек адамға білім беру, оның кәсіби біліктілігін арттыру үлкен маңызды іс болып табылады. Біздің ойымызша жоғары білім беру кезіндегі мұғалім өзіне екі мақсатты белгілейді:

- біріншіден, еңбектен қол үзбей оқу іс-шараларын өткізу арқылы, ересек тыңдаушылардың кәсіпорындарда персоналдың білімі мен дағдыларының жаңа кәсіптік үрдістерге сәйкестігін қамтамасыз ету;

- тыңдаушылардың жоғарғы оқу орнында «кәсіптілігін көтеру» бойынша білім деңгейлерін көтеріп мамандарды біліктілікке даярлау.

В. И. Дальдың сөздігінде «мұғалім» сөзінің мағынасы тәлімгер, ұстаз ретінде анықталады [2].

Ұлы ойшыл және ғалым, шығыстың екінші ұстазы атанған Аль – Фарабидің еңбегінде «... мейірімді қаланың басшысы мен оқытушы - екеуі де бірдей тәрбиеші, тәлімгер болып табылады ...» делінген [3].

Білім беру, мұғалім мен тыңдаушының өзара қатынасының мақсатты ісі, оның барысында адам білімін көтеріп, ғылыми дамиды [4].

Олай болатын болса, оқу процесі оқытушыға да, тыңдаушыға да байланысты деген қорытынды жасауға болады. Ересек адамның жастардан айырмашылығы және психофизиологиялық ерекшеліктері бар, сондықтан, оқыту процесі де өзгеше. Осы ерекшеліктерді есепке алу ересектерді оқыту процесін жүйелеуге және жетілдіру ісіне көмектеседі.

Ересек адам - бұл ересек жасқа жеткен тұлға [5]. Егер Э.Эриксонға сүйенсек ересек адам шамамен 25-тен 65 жасқа арасындағы 40 жылға созылатын уақытты қамтып, тұлғаның ең жоғары жетістіктерімен сипатталады. Бұл кәсіби және қоғамдық қызметтегі, адами мақсатты орындау уақыты [6].

Интеллектуалдық функциялардың қартаю қарқынын психолог Б.Г. Ананьев екі факторға байланыстырады: ішкі факторы болып, адамның дарындылығы, ал білімі сыртқы фактор болып табылады. Білім қартаюды тоқтатып, үдерістерін тежейді [7].

Қазақстанда мұғалімге қоятын талаптары айтарлықтай өсті. Мұғалім рухани дамыған, ойлау қабілеті, кәсіби дағдылары, психологиялық және педагогикалық қабілеті бар шығармашылық тұлға болуы керек.

Ұстаз пәнін жетік меңгеріп, педагогикалық процеске қатысушылардың психологиялық ерекшеліктерін біліп, тыңдаушылардың оқу іс-әрекетін ұйымдастыра білуі, оның нәтижелерін алдын-ала болжай отырып, мүмкін болатын ауытқуларды түзете алатын, яғни құзыретті тұлға болуы керек.

Нәтижелер. Оқу процесін ұйымдастыру барысында оқытушы медицина мамандарын даярлаудың заманауи талаптарына сай келетін интерактивті оқытудың жаңа түрлерін кеңінен қолданғаны дұрыс. Іскерлік ойындарды, проблемалық жағдайларды шешу, имитациялық жаттығуларды орындау, тренингтер және т.б. сияқты оқу процесіне қолдану сабақ өткізудің сапасын арттырып тыңдаушылардың білімі мен дағдыларын тереңдетеді.

Мұғалімдер мен ересек магистранттардың өзара әрекеттесуіндегі басты мәселе - олардың қарым-қатынасы. Оқу процесіне қатысушылардың әрқайсысы белгілі бір жинақталған психологиялық тәжірибесі және мәдени деңгейі бар тұлғалар.

Оқытушылар мен ересек тыңдаушылардың өзара табысты іс-қимылына әсер ететін жағдай олардың жалпы және кәсіби мәдениетінің деңгейі, білім беру кезінде өзара құрметтеуі, тұлғалардың құндылық бағдарлары, мінез - құлық нормалары мен ережелері болып табылады.

Кәсіби дағдылары жоғары деңгейдегі мұғалім өзі беретін сабақтың материалдарын терең біліп, ересек аудиторияның ерекшеліктерін пайдаланып, оқу процесінде оларды ынталандыру әдістеріне ынта аударуы керек.

Ұстаз ересек білім алушымен тіл таба алуға тиісті. Ол үшін мұғалім әрбір тыңдаушының тегін ғана емес, аттарын да білуі керек, бұл мұғалімнің оларға құрметпен қарайтындығын көрсетеді. Осындай қарым-қатынас магистранттар мен ұстаздар арасында туындайтын керексіз жағдайларды болдырмайды. Ересек тыңдаушылардың мінез-пейілдері түрлі болады: икемді, үйлесімді; тәуелсіз; «батырлар»; үнсіз және өздеріне назар аударуды қалайтындар. Олардың барлығы бір-біріне ұқсамайды.

Ересек медицина саласындағы білім алушының төмендегідей психологиялық ерекшеліктерін атап өтуге болады:

- дербес, өзін-өзі басқаратын медициналық қызметкер ретінде сезінуі;

- оқу мерзімі уақытша, кәсіби жұмысында болып, тұрмыстық, әлеуметтік жағдайлар кезінде өтуі;
- оқу кәсіби проблемаларды шешудің ерекше жолдарын, тәжірибені байыту, пайдалылық пен жетістіктерді үйренуі;
- оқу егізгі медицинаға қажетті, өзінің мақсатына қол жеткізуге арналған жол екенін түсінуі;
- білім алу өмірлік (тұрмыстық, кәсіптік, әлеуметтік) тәжірибенің үлкен қоры ретінде сезінуі;
- медициналық қызметте шешім қабылдауда дайын, өмірлік тәжірибеде сыналған жолдарды оқу кезінде білуі;
- оқу кезінде алынған білім мен іскерлік, медициналық қызметте дереу іске асыруға ұмтылуы;

Қорытындылар. Жоғарыда айтылғандарға сүйене отырып, ересек тыңдаушылармен оқу үдірісін ұйымдастыру кезінде ұстаздар оқу процесін керекті деңгейде ұйымдастырып, магистранттардың жоғары сапалы білім алуына, олардың өзін-өзі дамытуға деген ұмтылысын қолдауға және психологиялық өзара әрекеттесу мәселелерін шешуге арналған ұсыныстар:

Біріншіден, ересек тыңдаушының жеке психологиялық ерекшеліктерін, жасын ескеріңіз. Олар алдағы медициналық қызметте қажетті білімді алуға және терендетуге келді, Магистранттар білімі мен тәжірибесі бар ұстаздарға құрметпен қарайды.

Екіншіден, тыңдаушылардың білімін жеткіліксіз бағалауға жол бермеу. Оқу үдірісі барысында ұстаз бен тыңдаушы арасында бір-біріне деген құрмет, сенім және шынайы тілек негізінде пайда болатын қолайлы психологиялық өзара қарым-қатынасты орнату;

Үшіншіден, жоғары оқу орындарында оқыту кіші топтарда жүретінін ескеру қажет. Жұмыстың бұл түрі мазмұн мен дамытушылық сипатқа байланысты әртүрлі психологиялық мәселелерді шешуге мүмкіндік беретін оқытудың тиімді әдісі.

Төртіншіден, жоғары оқу орнында білім алу ересек тыңдаушылардың өзіндік даму аймағы екенін есепке алу керек.

Осы ұсыныстарды орындау, жоғары оқу орнының ұстаздары мен ересек тыңдаушылары арасындағы психологиялық өзара қарым-қатынас проблемаларын оңтайлы шешеді.

Сонымен, жоғары оқу орнының ұстазы өз тыңдаушыларының жетістіктеріне шынымен қызығушылық танытса, ол шынайы ынтымақтастықты ғана емес, сонымен бірге өзара құрмет пен достықтың бастауы бола алатын психологиялық өзара әрекеттесудің дұрыс жолы болып табылады.

Әдебиеттер тізімі:

1. Қазақстанда білім беру және ғылымды дамыту 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік Бағдарламасы <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/P1900000988> - (2024.11.20 күні қаралған)
2. Даль В.И. «Ұлы орыс тілінің түсіндірме сөздігі» 1-ші том - Москва: Бас.2015 ж. - (2024.11.10 күні қаралған)
3. Әбу Насыр әл-Фараби.Таңдамалы трактаттары: монография / Әбу Насыр әл-Фараби; құраст.: Ә. Нысанбаев, Ғ. Құрманғалиева, Ж. Сандыбаев. – Алматы: Арыс, 2009. – 648 б. - (2024.11.21 күні қаралған)
4. Орыс тілінің түсіндірме сөздігі: 100 000 сөз, терминдер және фразеологиялық сөйлемдер / С. И. Ожегов; Л. И. Скворцовтың ред.. - 27-е басылым.. Москва: Оникс: Әлем және білім беру, 2012ж. 735 б. - (2024.11.13 күні қаралған)
5. Махлин М. Ересек адамдарды оқыту / М. Махлин // «Новые знания» Журналы. №4. 2000 ж. - (2024.11.11 күні қаралған)
6. Дарвиш О.Б. Жас психологиясы: Жоғ.оқу орын.арналған құрал/В.Е. Ключконың редак. ВЛАДОС-ПРЕСС баспасы, 2003. 264 б. - (2024.11.04 күні қаралған)

7. Ильина Т. А. Педагогика / Т. А. Ильина. Москва: Просвещение, 1984. -
(2024.11.10 күні қаралған)

УДК: 618.39

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ: ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ И НОВЫЙ ВЗГЛЯД

*М.А. Касенова¹, А.Р. Рыскулова¹, М.А. Баймуратова¹, Д.Ж. Саусанова¹,
А.К. Адырбекова², И.С. Есмаханова²*

¹Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ» г. Алматы, Республика Казахстан

²Казахстанский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

Автор для корреспонденции: Касенова Маржан Абдикадырқызы, 87767071077, dr.kassenova_m@mail.ru

Введение. Снижение материнской и младенческой смертности остается краеугольным камнем улучшения демографических тенденций, отражающим общее состояние репродуктивного здоровья и благосостояния общества. Результаты беременности дают ценную информацию о состоянии здоровья женщин, эффективности служб охраны здоровья матери и ребенка и планирования семьи [1]. Преждевременные роды (ПР), которые определяются как роды до 37 недель беременности, являются одной из основных причин младенческой смертности и долгосрочных проблем со здоровьем, таких как когнитивные нарушения и хронические заболевания [2]. В мировом масштабе ПР составляют примерно 15 миллионов родов ежегодно, что приводит к почти 1 миллиону смертей. В Казахстане показатели ПР остаются высокими, варьируясь от 8,3% до 12%, что подчеркивает серьезную проблему общественного здравоохранения [3, 4].

Существующие исследования в основном фокусируются на медицинских факторах риска, таких как инфекции и преэклампсия, в то время как психосоциальные детерминанты, включая стресс и ограниченную социальную поддержку, остаются менее исследованными [5, 6]. Наша работа направлена на устранение данного пробела, исследуя медицинские и психосоциальные факторы риска ПР через опрос беременных женщин.

Цель исследования состоит в оценке влияния медицинских и психосоциальных факторов риска на вероятность преждевременных родов (ПР) среди беременных женщин в г. Алматы. Исследование направлено на выявление значимых медицинских, демографических и психосоциальных факторов, которые могут способствовать возникновению ПР, с целью разработки целевых профилактических мероприятий, направленных на улучшение перинатальных исходов и снижение уровня преждевременных родов в регионе.

Материалы и методы. Для исследования был использован опросный метод для оценки медицинских и психосоциальных факторов риска ПР среди 400 беременных женщин в г. Алматы. Участницы были случайным образом отобраны из женских консультаций пяти городских поликлиник города, на первом или втором триместре беременности (недели беременности 11,6–27,6). Критерии включения: женщины в возрасте 18–45 лет, зарегистрированные для получения дородовой помощи и согласившиеся на участие в исследовании. Женщины с тяжелыми психическими заболеваниями, когнитивными нарушениями или осложнениями беременности были исключены.

Для исследования был разработан индивидуальный опросник, состоящий из трех разделов: 1) демографические данные и история заболеваний: информация о возрасте матери, паритетах, хронических заболеваниях и репродуктивной истории.

2) Характеристики текущей беременности: данные о типе беременности, индексе массы тела, факторах образа жизни и осложнениях беременности, таких как предлежание плаценты или вагинальные кровотечения. 3) Психосоциальные факторы: оценка уровня тревожности, стресса, социальной поддержки и социально-экономического статуса с использованием элементов из международного опросника тревожности, связанной с беременностью (PRAQ-R2) [7]. Исходы беременности классифицировались на основе срока гестации и типа родов с использованием выписок из медицинских карт, все участницы предоставили письменное информированное согласие.

Данные были проанализированы с использованием SPSS версии 26. Для выявления связей между факторами риска и ПР использовалась логистическая регрессия с уровнем статистической значимости $p < 0,05$. Факторы риска были ранжированы по критериям отношения шансов χ^2 для оценки предсказательной значимости.

Результаты. В исследовании были рассмотрены социодемографические, репродуктивные и психосоциальные факторы, влияющие на ПР среди выборки из 400 женщин, включая 29 случаев ПР. Социодемографический анализ показал, что женщины с ПР были старше, 55,2% из них были в возрасте 30-40 лет, по сравнению с 37,5% в общей выборке. Женщины младше 29 лет составляют 10,3% в группе ПР, в то время как в общей выборке эта группа составляет 19,2%. Статус незамужней женщины был более распространен среди женщин с ПР (41,4%), по сравнению с 25,0% в общей выборке. В группе с ПР наблюдался более низкий уровень образования: 46,2% имели среднее или неполное среднее образование, в то время как в общей выборке этот показатель составил 33,0%. Уровень безработицы также был выше в общей группе (58,4%), в то время как 51,7% женщин с ПР были трудоустроены.

Репродуктивные и медицинские факторы также сыграли значительную роль. Более высокий процент женщин с ПР (34,5%) имели ожирение по сравнению с 23,8% в общей выборке. История преждевременных родов была у 44,8% женщин с ПР, в то время как в общей группе этот показатель составил 18,9%. Угроза выкидыша встречалась чаще в группе с ПР (37,9%) по сравнению с 25,0% в контрольной группе. История бесплодия была у 34,5% женщин с ПР, в то время как в общей группе этот показатель составил 21,0%. ЗППП были зарегистрированы у 27,6% женщин с ПР, в отличие от 18,0% в общей группе. Хронические заболевания, такие как гипертония и диабет, также встречались чаще в группе с ПР, при этом 37,9% имели гипертонию по сравнению с 21,0% в общей выборке, а 24,1% — диабет, по сравнению с 13,0% в общей группе.

Осложнения беременности и исходы родов показали четкое различие между группой с ПР и контрольной группой. Женщины с ПР имели значительно более высокий уровень ИЦН шейки матки (24,1%), олигогидрамниона (17,2%) и тяжелой преэклампсии (10,3%). В то время как эти осложнения реже встречались в контрольной группе (8,6%, 6,9% и 2,6% соответственно). Другие осложнения, такие как ОРВИ, нарушения уровня глюкозы в крови и нарушение кровотока в матке, имели схожие показатели в обеих группах.

Психосоциальные факторы оказались ключевыми детерминантами ПР. Женщины в группе с ПР сообщали о более высоком уровне тревожности, 48,3% имели высокий уровень тревожности по сравнению с 34,4% в контрольной группе. Стрессовые жизненные ситуации были более распространены в группе с ПР (55,2%), в то время как 39,7% женщин в контрольной группе сообщили о стрессе. Недостаточная социальная поддержка была обнаружена у 41,4% женщин с ПР, по сравнению с 28,4% в контрольной группе. Случаи насилия в семье значительно чаще встречались в группе с ПР, 17,2% сообщали о насилии, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 9,0%.

Логистический регрессионный анализ показал, что демографические факторы, включая возраст, образование и социально-экономический статус, значительно влияли на вероятность ПР. Женщины в возрасте 30–35 лет имели отношение шансов (OR) 1,98 (95% CI, 1,25-2,96), а женщины старше 40 лет — 2,65 (95% CI, 1,52-4,61) по сравнению с женщинами младше 29 лет. Кроме того, более низкий уровень образования (OR 1,75; 95%

CI, 1,02-3,02) и низкий социально-экономический статус (OR 1,89; 95% CI, 1,12-3,25) были связаны с повышенной вероятностью ПР. Репродуктивные факторы, такие как гипертония (OR 2,43; 95% CI, 1,15-4,53) и ожирение (OR 2,07; 95% CI, 1,12-3,85), значительно увеличивали риск ПР. Психосоциальные факторы, особенно высокая тревожность (OR 2,67; 95% CI, 1,45-4,91) и насилие в семье (OR 2,19; 95% CI, 1,16-4,13), также являлись сильными предсказателями ПР.

Выводы. Влияние социодемографических факторов на риск преждевременных родов (ПР) показало, что женщины старше 30 лет, особенно старше 40 лет, имеют значительно более высокий риск ПР. Женщины с низким уровнем образования и социально-экономическим статусом также более подвержены ПР. Важными факторами являются наличие в анамнезе преждевременных родов (44,8%), ожирение и хронические заболевания (гипертония в 2,4 раза и диабет в 2,0 раза повышают риск). Психоэмоциональное состояние, в частности высокий уровень тревожности (48,3%) и стрессовые ситуации (55,2%), значительно увеличивают вероятность ПР. Также наличие насилия в семье (OR = 2,19) является важным фактором, требующим междисциплинарного подхода в профилактике и лечении ПР.

Рекомендации для профилактики ПР. Результаты исследования подчеркивают необходимость более комплексного подхода к профилактике преждевременных родов, который включает мониторинг не только физического состояния женщины, но и её психоэмоционального состояния. Одним из основных выводов является необходимость разработки интегрированного подхода к профилактике и лечению ПР, который сочетает в себе медицинские, социальные и психологические аспекты.

В заключение, результаты исследования показывают, что преждевременные роды — это многогранная проблема, которая требует комплексного подхода. Для эффективной профилактики и лечения ПР необходимо учитывать не только медицинские, но и социокультурные, психоэмоциональные факторы, а также оптимизировать систему здравоохранения для более качественного и доступного обслуживания женщин с высоким риском преждевременных родов.

Список использованной литературы:

1. Ivshin, a. a., Boldina, y. s., Gusev, a. v. The role of artificial intelligence in predicting premature birth // Problems of Reproduction. 2021. Т. 27, № 5.
2. Kaby1, b. k., Isenova, s. s., Nurlanova, g. k., Buribayeva, j. k., Adilova, k. m., Ayazbay, k. m., Makhambet, a. o. Predictors and risk factors of spontaneous premature birth: anamnestic characteristics, ultrasound and biomarkers (literature review) // Reproductive Medicine. 2023. № 3 (56). С. 63-71.
3. Bhunia, s., O'Brien, s., Ling, y., Huang, z., Wu, p., Yang, y. New approaches suggest term and preterm human fetal membranes may have distinct biomechanical properties // Scientific Reports. 2022. Т. 12, № 1. С. 5109.
4. Chen, h. y., Chuang, c. h., Yang, y. j., Wu, t. p. Exploring the risk factors of preterm birth using data mining // Expert Systems with Applications. 2011. Т. 38, № 5. С. 5384-5387.
5. Ferreira, a., Bernardes, j., Goncalves, h. Risk Scoring Systems for Preterm Birth and Their Performance: A Systematic Review // Journal of Clinical Medicine. 2023. Т. 12, № 13. С. 4360.
6. Lee, k. s., Song, i. s., Kim, e. s., Ahn, k. h. Determinants of spontaneous preterm labor and birth including gastroesophageal reflux disease and periodontitis // Journal of Korean Medical Science. 2020. Т. 35, № 14.
7. <https://ichgcp.net/ru/clinical-trials-registry/NCT06054256>

УДК: 616.972:616.97

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН С 2017-2022г.

А.Д. Туреханова^{1,2}, Б.С. Турдалиева³, Б.И. Имашева^{1,2}

¹Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Республика Казахстан.

²Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, Алматы, Республика Казахстан.

³Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний, Алматы, Республика Казахстан.

Резюме. В данной статье проанализированы показатели заболеваемости сифилисом в Республике Казахстан за период с 2017-2022г. Установлено, что за указанный период произошло снижение заболеваемости сифилисом. Отмечены, высокие показатели в Западно Казахстанской области, а самые низкие в г. Шымкент.

Введение: По оценкам, ежегодно в мире регистрируется около 6 миллионов новых случаев сифилиса среди лиц в возрасте от 15 до 49 лет. Более 300 000 случаев смерти плода и новорожденного связаны с сифилисом, а 215 000 младенцев подвергаются повышенному риску ранней смерти [1] и по данным ВОЗ, в 2022 г. сифилисом заболели 8,0 миллиона взрослых в возрасте от 15 до 49 лет [2]. Известно, что для разработки профилактических программ необходимо проводить исследование посвященные вопросам изучению заболеваемости и эпидемиологической распространенности чтобы определить точную степень воздействия конкретного заболевания на населения, поэтому изучения заболеваемости сифилиса является актуальным [3].

Цель: оценить динамику заболеваемости сифилисом в Республике Казахстан за 2017-2022г.

Материалы и методы исследования: в исследовании использованы официально зарегистрированные данные из статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» за последние 5 лет.

Дизайн исследования: ретроспективный описательный эпидемиологический.

Формирование базы данных проводилось с использованием пакетом программ Microsoft Excel для определения показателей заболеваемости сифилисом по Республике Казахстан за последние 5 лет использовался линейный график, а для показателей среди регионов использовалась гистограмма.

Результаты: согласно проведенному эпидемиологическому анализу отмечено снижение показателей заболеваемости сифилисом по Республики Казахстан за 5 период в 2,5 раза: с 26,40 случая на 100 000 населения в 2017г. до 10,50 случая на 100 000 населения в 2022 г. (рисунок 1).

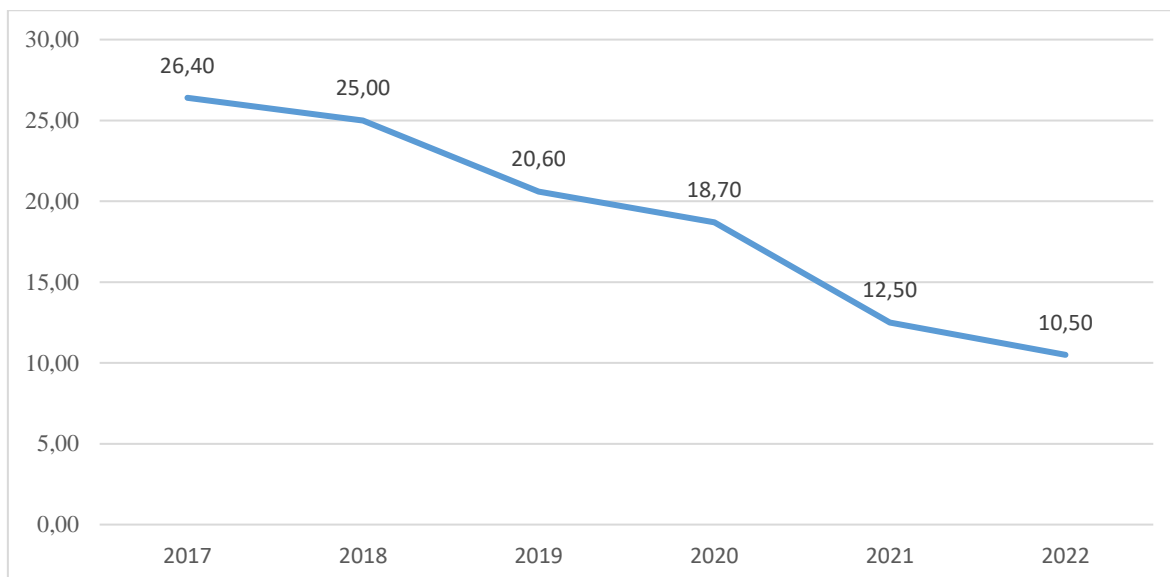


Рисунок 1 – Динамика заболеваемости сифилисом по Республики Казахстан за период 2017 – 2022 гг. (на 100 000 населения)

Самые высокие показатели заболеваемости сифилисом отмечены в Западно-Казахстанской области (28,42), г. Астана (26,92), Кызылординской области (25,8), тогда как самые низкие показатели наблюдались в Павлодаре (11,62) и г. Шымкент (11,35) (рисунок – 2).

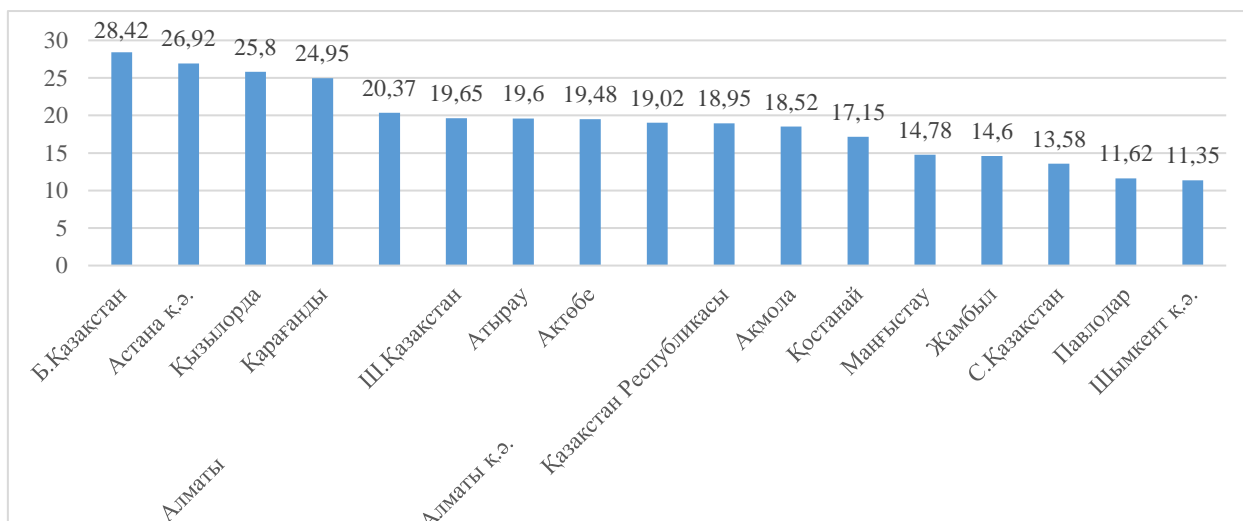


Рисунок 2 – Среднегодовые показатели заболеваемости среди регионов Республики Казахстан за период 2017 – 2022 гг. (на 100 000 населения)

Выводы: Проведенный нами анализ позволил сделать следующие выводы:

1) По данным официальной статистики, с 2017 по 2022 год количество зарегистрированных случаев этого заболевания существенно уменьшилось. Этот положительная динамика свидетельствует о том, что принятые меры в области здравоохранения и профилактики оказывают своё воздействие. Использование барьерных контрацептивов, особенно презервативов, стало более распространённым среди молодежи и взрослого населения.

2) Введение обязательных скринингов для беременных женщин, лиц из групп риска и некоторых категорий работников способствовало раннему выявлению и лечению заболевания.

3) Однако, несмотря на улучшения меры диагностики и лечения все же отмечаются высокие показатели заболеваемости в отдаленных регионах нашей республики, что свидетельствуют о необходимости совершенствование медицинской профилактической помощи и повышение кадрового потенциала сельских лечебных организаций [4].

Использованная литература:

1. Опубликовано в окончательной редакции как: Curr Epidemiol Rep. 2018 Feb 19;5(1):24–38. doi: 10.1007/s40471-018-0138-z. Обновленная информация о глобальной эпидемиологии сифилиса. Ноа Кодзима 1 , Джеффри Д. Клаузнер 1, 2 <https://link.springer.com/article/10.1007/s40471-018-0138-z>

2. Всемирная организация здравоохранения, информационный бюллетень <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/syphilis> (дата обращение 21.11.2024г.)

3. Врожденный сифилис: обзор глобальной эпидемиологии/Congenital Syphilis: a Review of Global Epidemiology. Leeyan S. Gilmourcorresponding author a * and Tony Walls b , с */ Published online 2023 Mar 15. doi: 10.1128/cmr.00126-22 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10283482/>

4. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения». <https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm?lang=ru> (дата обращения 21.11.2024г.)

УДК: 614.7

ОЦЕНКА МИРОВЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В УПРАВЛЕНИИ ТВЕРДЫМИ БЫТОВЫМИ ОТХОДАМИ: ВЛИЯНИЕ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Ж.А. Нурманова, М.А. Камалиев, В.И. Ахметов

Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Республика Казахстан.

Автор для корреспонденции: Нурманова Жанар Апжапаровна, 87013547633, j.nurmanova@mail.ru.

Введение. Захоронение отходов на свалках остается критической экологической проблемой по всему миру, особенно в Казахстане, где значительная часть бытовых отходов не перерабатывается и захоранивается. Данная практика значительно способствует долгосрочной деградации окружающей среды, так как отходы разлагаются, выделяя вредные вещества, которые загрязняют воздух, почву и воду, нанося ущерб общественному здоровью. Проблема управления отходами усугубляется ростом урбанизации и экономическим развитием, что приводит к увеличению объема отходов и выявляет неэффективность существующих систем. Кроме того, свалки занимают ценную землю, ограничивая ее возможное будущее использование для экономического развития [1].

Всемирный банк оценивает, что объем твердых отходов вырастет с 2,01 миллиарда тонн в 2016 году до 3,4 миллиарда тонн к 2050 году [2]. В настоящее время около 33% мировых отходов утилизируются неустойчивым способом, таким как захоронение на свалках и сжигание, что вызывает экологические и общественные проблемы. Страны, такие как Казахстан, сталкиваются не только с увеличением объемов отходов, но и с недостаточной инфраструктурой управления отходами, что приводит к вываливанию мусора на улицах и несанкционированных площадках, что вредит как окружающей среде, так и общественному здоровью [3]. Актуальность внедрения устойчивых методов управления отходами никогда не была столь велика. Цель данного исследования — проанализировать существующие практики управления отходами, оценить их влияние на окружающую среду и здоровье и предложить стратегии для их улучшения. Исследование направлено на предоставление полезных рекомендаций для улучшения политики управления отходами, законодательства и повышения общественного сознания.

Материалы и методы исследования. В исследовании был использован всесторонний обзор литературы для изучения мировых тенденций в управлении твердыми бытовыми отходами (ТБО) и их влияния на здоровье и окружающую среду. Соответствующие публикации с 2019 по 2024 год были получены из баз данных, таких как NCBI, PubMed, Scopus, Medline и Google Scholar, с использованием поисковых запросов, связанных с ТБО, свалками, загрязнением окружающей среды, методами утилизации и качеством жизни. После анализа 394 статей было выбрано 132 исследования, соответствующих критериям. Окончательная группа включала высококачественных статей, отобранных по строгим критериям, таким как язык, рецензируемость, релевантность воздействия ТБО и методологическая строгость.

Результаты. Эффективное управление отходами становится все более важным для достижения экологической устойчивости. Существует явная связь между улучшением усилий по переработке и снижением захоронения отходов. Европейские страны являются лидерами в этом направлении, интегрируя переработку, сжигание и биологическую обработку в свои системы управления отходами. Стратегия Европейского союза по снижению объема отходов, начатая в 2005 году, достигла значительных успехов. Доля

переработанных отходов в странах Европейской экономической зоны выросла с 23% в 2004 году до 33% в 2014 году [4].

В Соединенных Штатах ежегодно производится около 260 миллионов тонн твердых отходов, из которых только около трети перерабатывается. Например, Нью-Йорк ставит цель полностью исключить захоронение отходов в городах к 2030 году, приоритет отводя переработке, а не захоронению [5]. Япония, обладая ограниченным пространством для свалок, разработала эффективную инфраструктуру для сжигания отходов, что значительно снижает объем отходов и минимизирует вредные выбросы [6]. В Казахстане же ситуация с управлением отходами остается менее развита. При ежегодном образовании 4,5 миллиона тонн твердых отходов лишь небольшая часть перерабатывается. В некоторых регионах уровень переработки составляет всего 0,1%, что ведет к значительному загрязнению окружающей среды. В столице, Астане, уровень переработки достигает 75%, однако в целом Казахстан сталкивается с трудностями в внедрении эффективных систем управления отходами [7].

Результаты исследования показывают, что, несмотря на достижения развитых стран, такие страны, как Казахстан, все еще сталкиваются с системными неэффективностями. Необходим переход к интегрированным системам управления отходами, которые будут ориентированы на переработку, предотвращение отходов и использование инновационных технологий, что поможет смягчить экологические и санитарные риски от ТБО. Исследование подчеркивает необходимость более строгих законодательных рамок, повышения уровня образования населения и принятия более разумных практик управления отходами для снижения негативных последствий захоронения отходов и содействия устойчивому городскому развитию. Всеобъемлющий обзор текущих тенденций в управлении ТБО подчеркивает важность эффективных стратегий утилизации отходов для защиты как окружающей среды, так и общественного здоровья. В данном исследовании мы рассмотрели различные практики управления ТБО в различных регионах, включая развитые страны, такие как США, Европу и Японию, а также развивающиеся страны, такие как Вьетнам и Казахстан, для проведения сравнительного анализа.

Наш сравнительный анализ показывает, что в Европе были достигнуты значительные успехи в увеличении переработки отходов. Европейский Союз успешно увеличил уровень переработки с 23% в 2004 году до 33% в 2014 году, что свидетельствует о результативности политики, направленной на сокращение захоронения отходов на свалках. Указанные данные согласуются с нашими выводами, подчеркивающими необходимость разработки комплексных стратегий, ориентированных на повышение уровня переработки и минимизацию отходов, отправляемых на свалки. В США, где ежегодно производится 260 миллионов тонн твердых отходов, лишь треть перерабатывается, в то время как остальная часть сжигается или отправляется на свалки [8]. Как США, так и Япония внедрили инновационные технологии управления отходами, такие как системы энергетики из отходов. Японская модель особенно выделяется благодаря строгим протоколам сортировки отходов и технологическим достижениям в переработке, что позволяет перерабатывать или сжигать 70% отходов [9].

В то же время управление отходами в развивающихся странах, таких как Вьетнам, сталкивается с серьезными проблемами, особенно в сельских районах. В этих регионах уровень сбора отходов составляет всего 55%, тогда как в городах этот показатель достигает 85% [10]. Эта тенденция соответствует нашим наблюдениям по Казахстану, где уровень переработки в некоторых регионах составляет всего 0,1%, что подчеркивает острую необходимость в более строгом законодательном регулировании и улучшении инфраструктуры управления отходами. Исследование также подтверждает выводы Меконнена и Токая (2020) [11], которые подчеркивают важность строительства сжигающих установок из-за ограниченности земельных ресурсов. Однако отсутствие

надлежащего регулирования и распространение открытых установок для сжигания в развивающихся странах представляют серьезные экологические и санитарные риски [12].

Выводы. Наше исследование подчеркивает необходимость комплексного подхода к управлению отходами, что включает в себя повышение уровня переработки, улучшение инфраструктуры и повышение осведомленности населения о методах сортировки отходов. Сравнивая различные регионы, мы выявляем общие тенденции и проблемы, которые могут послужить основой для разработки эффективных стратегий управления отходами. Для Казахстана критически важен переход к интегрированным системам управления ТБО, заимствующим лучшие практики Европы, Японии и США. Данные выводы могут стать основой для улучшения методов утилизации, экологической ситуации и общественного здоровья, а также для разработки программ по повышению осведомленности и внедрению устойчивой практики управления отходами.

Использованная литература:

1. Шилкина, С. В. Мировые тенденции в области управления отходами и анализ ситуации в России // Интернет-журнал «Отходы и ресурсы». 2020. Т. 7, № 1. С. 1–17.
2. Vinti, G., Vaccari, M. Solid waste management in rural communities of developing countries: An overview of challenges and opportunities // Clean Technologies. 2022. Vol. 4, No. 4. P. 1138–1151.
3. Bayazitova, Z. E., Rodrigo-Illarri, J., Rodrigo-Clavero, M. E., Kurmanbayeva, A. S., Safronova, N. M., Belgibayeva, A. S., Kakabayev, A. A. Relevance of Environmental Surveys on the Design of a New Municipal Waste Management System on the City of Kokshetau (Kazakhstan) // Sustainability. 2022. Vol. 14, No. 21. P. 14368.
4. Magrini, C., D'Addato, F., Bonoli, A. Municipal solid waste prevention: A review of market-based instruments in six European Union countries // Waste management & research. 2020. Vol. 38, No. 1_suppl. P. 3–22. DOI: <https://doi.org/10.1177/0734242X19894622>.
5. Nukusheva, A., Rustembekova, D., Abdizhami, A., Au, T., Kozhantayeva, Z. Regulatory obstacles in municipal solid waste management in Kazakhstan in comparison with the EU // Sustainability. 2023. Vol. 15, No. 2. P. 1034. DOI: <https://doi.org/10.3390/su15021034>.
6. Kenny, C., Priyadarshini, A. Review of current healthcare waste management methods and their effect on global health // Healthcare. 2021. Vol. 9, No. 3. P. 284.
7. Iyamu, H. O., Anda, M., Ho, G. A review of municipal solid waste management in the BRIC and high-income countries: A thematic framework for low-income countries // Habitat International. 2020. Vol. 95. P. 102097. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2019.102097>.
8. Law, K. L., Starr, N., Siegler, T. R., Jambeck, J. R., Mallos, N. J., Leonard, G. H. The United States' contribution of plastic waste to land and ocean // Science advances. 2020. Vol. 6, No. 44. P. eabd0288.
9. Tong, Y. D., Huynh, T. D. X., Khong, T. D. Understanding the role of informal sector for sustainable development of municipal solid waste management system: A case study in Vietnam // Waste Management. 2021. Vol. 124. P. 118–127.
10. Mekonnen, G. B., Tokai, A. A historical perspective of municipal solid waste management and recycling system in Japan: Learning for developing countries // Journal of sustainable development. 2020. Vol. 13, No. 3. P. 85–101. DOI: <https://doi.org/10.5539/jsd.v13n3p85>.
11. Phua, S. T. P., Fujiwarab, T., Akasakic, N., Leb, D. C., Giangd, H. M., Van Dinhd, P. Analyzing the characterization of municipal solid waste in Da Nang City, Vietnam // Chemical Engineering. 2021. Vol. 83.

УДК: 614.253.1: 614.254.4: 613.861: 616.98

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ РАБОТОЙ СРЕДИ ВРАЧЕЙ В КАЗАХСТАНЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

З.Н. Бураханова, З.Ж. Садвакасова, М.М. Темирбаева

Научный руководитель: PhD, доцент Толеубаев М.Т.

НАО «Медицинский Университет Астана», г. Астана, Республика Казахстан,
Бейбітшілік 49а

e-mail: burakhanovazarina@gmail.com

Введение. Пандемия COVID-19 испытала на прочность и устойчивость систему здравоохранения абсолютно каждого государства в мире, одновременно с этим и подсветив все проблемы, которые существовали и до пандемии. Одним из важных и необходимых ресурсов системы здравоохранения являются медицинские сотрудники, которые были наиболее уязвимы в психоэмоциональном плане именно в этот период. Значительное увеличение уровня стресса, беспокойство среди медицинских сотрудников являлись следствием осложнившихся условий труда, а так же ощутимо возросших требований к медицинскому персоналу. Однако, проверка была не только на уровень профессионализма, но и на личностные качества такие, как терпеливость, сострадание, сочувствие и способность принимать важные решения за короткие сроки и в экстремальных условиях.

Одновременно с этим, медики столкнулись со страхом личного заражения, передачи вируса родным, и с особой психоэмоциональной болью, которую они испытывали от потери пациентов и коллег.

Во время и после пандемии COVID-19 особое внимание начали уделять психоэмоциональному состоянию медицинских сотрудников. Согласно ВОЗ положительное психоэмоциональное состояние медицинских работников способствует улучшению таких качеств медицинской помощи, как её безопасность, эффективность, приемлемость и доступность [1]. В связи с этим, во многих странах проводились исследования, посвящённые психоэмоциональному состоянию в сфере медицины. Однако, данные в этой области, касающиеся медицинского персонала Казахстана остаются довольно скудными из-за чего представляется невозможным ощутить насколько большой эффект оказала пандемия на работников здравоохранения нашей страны.

Значимость анализа психоэмоционального состояния врачей в Казахстане в период пандемии состоит в том, что появляется возможность выявить механизмы, которые приводят к его ухудшению, а так же разработать стратегию для улучшения психоэмоционального состояния медицинских сотрудников. Особое значение в структуре психоэмоционального состояния врачей было уделено удовлетворённости работой и эмоциональному выгоранию.

Цель изучение и оценка уровня удовлетворённости работой и уровня эмоционального выгорания среди врачей в Казахстане во время пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Для сбора материала был проведён онлайн-опрос (Survey Monkey) среди врачей из шести городов Казахстана (Нур-Султан, Алматы, Шымкент, Тараз, Актау, Усть-Каменогорск). Опрос проводился анонимно, принимался только один ответ с одного электронного адреса.

Опрос включал в себя следующие разделы: социально-демографические данные, удовлетворённость работой, выгорание.

Для оценки мотивации и удовлетворённости работой использовалась шкала Ликерта Уорра-Кука-Уолла (WCW), содержащей 16 вопросов, переведённая на русский язык.

Выгорание оценивали с помощью опросника Маслач (MBI-HSS MP), который состоит из 22 вопросов для анализа эмоционального истощения, деперсонализации и личных достижений.

Результаты. В исследовании приняли участие 2086 врачей (72,91% — женщины, средний возраст — 40,67 лет, средний стаж работы — 15,25 лет). Большинство участников моложе 40 лет (56,76%), имеют стаж до 15 лет (61,65%), казахи (85,14%) и женаты (70,47%).

Средний балл удовлетворённости работой составил 46,60 (из 91), что отражает лёгкую удовлетворённость. Врачи высоко оценили возможность использовать клинические навыки, но были недовольны доходом. Участники имели умеренную внутреннюю и внешнюю удовлетворённость, а также удовлетворённость условиями труда и отношениями с коллегами.

При оценке эмоционального выгорания были выявлены следующие средние показатели: эмоциональное истощение (EE) — 25,34, деперсонализация (DP) — 10,21, личные достижения (PA) — 33,77. Умеренный уровень EE наблюдался у 50,62% участников, высокий уровень DP — у 40,17%, а высокий уровень PA — у 50,34%.

Исследование выявило умеренные уровни выгорания и лёгкую удовлетворённость работой среди врачей в условиях пандемии.

Заключение. Пандемия COVID-19 оказала значительное негативное влияние на психоэмоциональное состояние медицинских работников Казахстана, особенно среди женщин и молодых врачей. Молодые специалисты (до 40 лет) оказались наиболее уязвимыми к выгоранию и депрессии из-за недостатка опыта, навыков управления стрессом и высокой эмоциональной нагрузки. Женщины - врачи испытали дополнительное давление, связанное с совмещением профессиональных и домашних обязанностей, что привело к повышению уровня тревожности и эмоционального выгорания.

Поддержка со стороны системы здравоохранения и коллег играет решающую роль в снижении риска выгорания, однако отсутствие стандартизированных подходов к оценке психоэмоционального состояния медиков затрудняет разработку эффективных мер. Данное исследование акцентирует внимание на необходимости внедрения программ психологической помощи и управления стрессом, а также улучшения условий труда, уделяя особое внимание поддержке женщин и молодых врачей.

Список использованной литературы

1. Organization WH. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. 2006.
2. Коскадамов Т.Т., Бейсенбаева А.Р. Анализ частоты встречаемости синдрома эмоционального выгорания у сотрудников сферы семейной медицины // Медицинские науки, 2019.
3. Жумагазина Г.Ж., Шалгумбаева Г., Аубакирова Г.А. Организационные факторы развития синдрома эмоционального выгорания у работников медицинских организаций Восточно-Казахстанской области // Вестник Московского университета МВД России, 2013. №12. С.232-233.
4. Азанова Б.А., Мергентай А., Мусина Г.А., Темербеков Ф.Т. Исследование уровня удовлетворенности и мотивированности медицинских работников в организациях ПМСП, 2012. №4. С. 33–39.
5. Хайрушева Д. А., Саринова К. Р., Исаматов Б., Хисамутдинов Н., Ешманова А. К. и др. Исследование профессионального выгорания среди студентов КазНМУ и медицинских работников некоторых учреждений г. Алматы // Вестник КазНМУ, 2016. №4. С.460-463.

УДК: 613.67

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МОБИЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КОМПЛЕКСОВ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИК

*Т.Ж. Ошакбаев¹, Н.М. Кадырманов², К.Т. Успанова³, З.А. Сабанбаев⁴,
Р.И. Иксанов⁵, Ш.Т. Майтанова⁶*

¹Полковник, начальник Центра военной медицины Министерства обороны Республики Казахстан, cwmmork@yandex.kz

²Полковник, заместитель Центра военной медицины, начальник учебно-методического отдела, nurlan16574@mail.ru

³К.м.н., преподаватель Центра военной медицины МО РК, klarauspanova1@gmail.com

⁴Подполковник, начальник отдела подготовки медицинского состава войскового звена и миротворческих подразделений Центра военной медицины.

⁵Подполковник, начальник отдела подготовки медицинского состава госпитального звена Центра военной медицины, iksanovrash@mail.ru

⁶Магистрант 1-го курса специальности «Общественное здравоохранение», Казахский Медицинский Университет «Высшая школа общественного здравоохранения», maitanova63@mail.ru

Актуальность. Военно-медицинское обеспечение, как составная часть боевой деятельности Вооруженных сил Республики Казахстан, направлена на сохранение и укрепление здоровья военнослужащих в мирное и военное время. В условиях глобализации и развития угроз, таких как биологический и химический терроризм, медицинская служба Вооруженных сил Республики Казахстан обеспечивает готовность к чрезвычайным ситуациям и военным конфликтам. Мобильный медицинский комплекс, оснащенный современным оборудованием, представляет собой новейшее решение проблемы качественного медицинского обслуживания, нацеленного на обеспечение квалифицированной помощи в специфических условиях [1].

Практика показывает, что опыт применения мобильных медицинских комплексов демонстрирует их высокую эффективность в любых экстремальных условиях: от ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций социального характера до выполнения миротворческих операций.

Важно отметить, что мобильные медицинские комплексы, функционируя как передвижные госпитали и способны улучшить доступ к медицинской помощи в удаленных районах, расширить возможности эффективного реагирования в экстренных ситуациях и военных конфликтах [2].

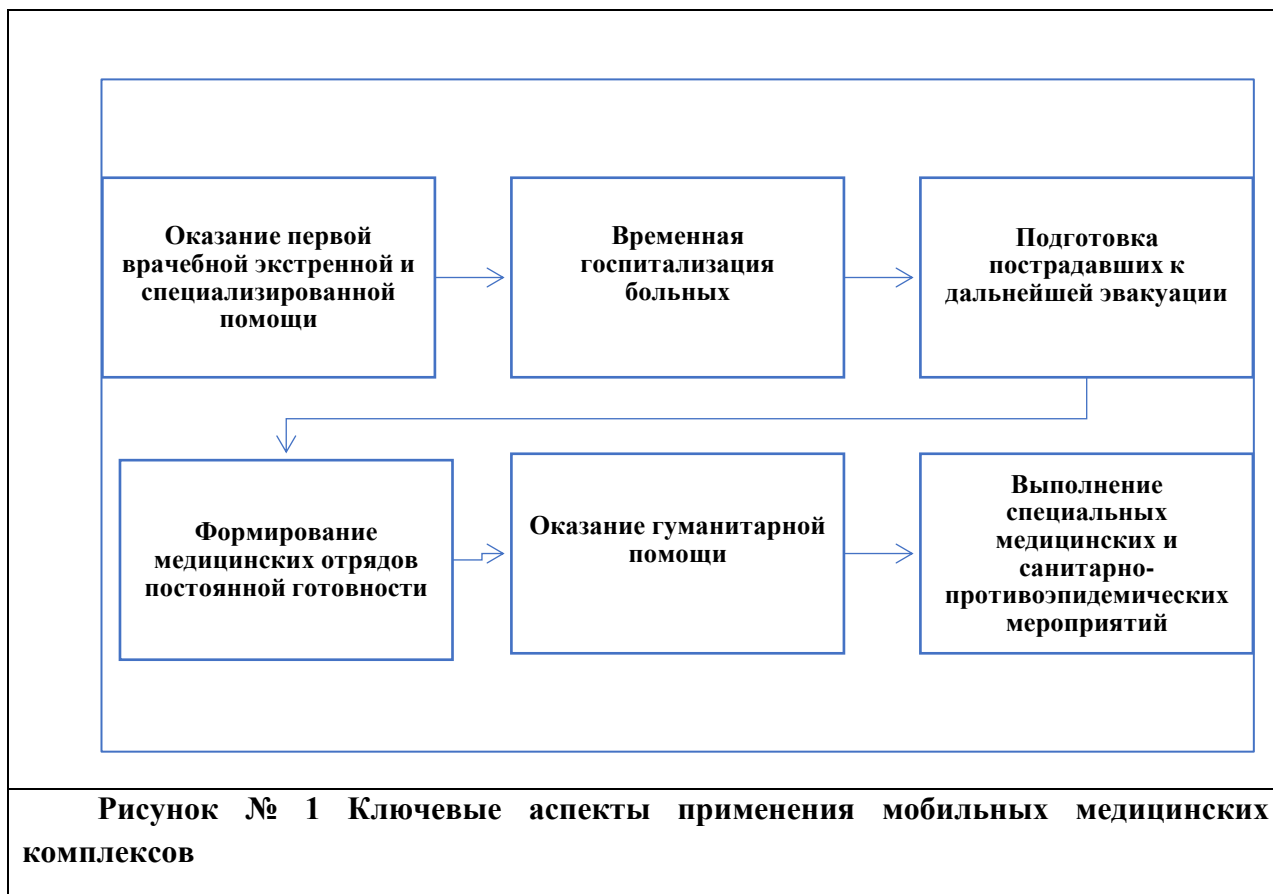
Цель исследования - оценка эффективности применения мобильных медицинских комплексов для своевременного выявления и решения медицинских задач в различных условиях эксплуатации.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели было проведено исследование, направленное на оценку применения мобильных медицинских комплексов в условиях экстремальных ситуаций. В рамках данного анализа выбраны военно-медицинские части и учреждения, обладающие мобильными медицинскими комплексами, размещенными в кузовах-контейнерах на базе автомобилей повышенной проходимости. Данные комплексы предназначены для автономного функционирования в полевых условиях. Исследование включало применение эпидемиологического метода, который позволяет оценить эффективность применения мобильных медицинских комплексов в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и в оказании медицинской

помощи. Анализ производился на основе данных о проведенных операциях медицинских отрядов специального назначения, которые участвовали в ликвидации последствий стихийных бедствий, а также в оказании помощи пострадавшим при гуманитарных катастрофах. В ходе исследования были собраны и проанализированы данные о времени реакции, уровне оказанной медицинской помощи, мобилизации и эвакуации в условиях экстренных обстоятельств. Особое внимание было уделено фокусировке использования мобильных комплексов для выполнения оперативных задач, связанных с миротворческими операциями и поддержкой гражданского здравоохранения во время пандемии.

Результаты. На сегодняшний день на оснащении медицинской службы ВС РК имеется мобильная медицинская техника, которая существенно повышает шансы на выживаемость пострадавших военнослужащих и гражданских лиц.

Использование мобильных медицинских комплексов также приобретает особое значение в условиях современных вызовов, в том числе экстренных ситуаций (стихийных бедствий, крупных аварий, гуманитарных кризисов и пандемии). Они способны эффективно выполнять задачи, как видно на рисунке 1.



Выводы.

- Установлено, что ключевыми составляющими успешного внедрения инновационного подхода в область военно-медицинского обеспечения являются гибкость, мобильность и адаптированность мобильных медицинских комплексов.
- Представленная нами характеристика способствует оперативной реакции на глобальные чрезвычайные ситуации, военные конфликты и миротворческие операции.
- Предложенная модель медицинских формирований представляет собой современную альтернативу малоподвижным и громоздким отрядам первой медицинской помощи, что, в свою очередь, значительно повышает эффективность оказания качественной медицинской помощи.

Список использованной литературы.

1. Rugol' L., Son I., Kirillov V., Guseva S. (2020) "Organizacionnye tekhnologii, povyshayushchie dostupnost' medpomoshchi naseleniyu" [Organization technologies that increase the availability of medical care for the population]. Russian Journal of Preventive Medicine, vol. 23, no 2, pp. 26-34.
2. (2022) Ob utverzhdenii Konceptii razvitiya zdavoohraneniya Respubliki Kazahstan do 2026 goda [On approval of the Concept of Healthcare development of the Republic of Kazakhstan until 2026], Postanovlenie Pravitel'stva RK ot 24.11.2022 № 945. Available at: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945> (accessed 28 November 2024).

ӘОЖ: 614.2:711.437

ХАЛЫҚТЫҢ ӨЗ ДЕНСАУЛЫҒЫ ҮШІН ОРТАҚ ЖАУАПКЕРШІЛІГІ (ШОЛУ)

М.К. Советбек, Г.Е. Айымбетова, Ж.А. Қожжекенова

С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ.,
Қазақстан Республикасы

Автор для корреспонденции: Советбек Мереке Қуанышқызы
MerekeSovetbek@gmail.com, 87072778277

Кіріспе. Денсаулық сақтау жүйесі – бұл күрделі, көпкомпонентті құрылым, ол қызмет көрсетушілермен (медициналық қызметкерлер) және қызмет алушылармен (пациенттер) сызықтық және сызықтық емес тәсілдермен өзара әрекеттеседі. Денсаулық сақтау жүйесінің үйлесімді жұмыс істеуі үшін, бірінші және екінші тараптардың қабылдаған шешімдерінің көптеген салдары болатынын түсіну қажет. Осы тұжырымды түсіне отырып, өзара тиімді ынтымақтастық құру «ортақ жауапкершілік» ұғымын қалыптастырады. Ортақ жауапкершілік – бұл денсаулық сақтау, оны нығайту, емдеу және қалпына келтіру қызметтерін көрсету саласындағы басты, бірақ жалғыз емес ұғымдардың бірі болып табылады [1].

Мінез-құлық үшін жауапкершілік – бұл медициналық қызметкерлердің назарын жиі аударатын көпқырлы ұғым. Медициналық қызметкерлер кездесетін адамдар жауапсыздық танытуы, өз мінез-құлқы үшін жауапкершіліктен құтылуға ұмтылуы, өз мінез-құлқы, денсаулығы немесе әл-ауқаты үшін жауапкершілікті басқа адамдарға жүктеуі және өзіне жауапкершілік алуға қабілетсіз деп есептелуі мүмкін [2].

20 ғасырдың соңында дәрігер мен пациент арасындағы қарым-қатынастың дәстүрлі моделі ізгі ниетті патернализм болды. Бұл анықтама дәрігердің барлық жауапкершілікті өз мойнына алатынын және пациенттің мүддесін айқындау мен оны ілгерілетуге бағытталған іс-әрекеттер жасау құқығын өзіне қалдыратынын білдіреді [3].

Қазіргі заманғы медицинада ауруды емдеу туралы шешім қабылдау жауапкершілігі жеке тұлғаның өзіне көбірек ауысты, ал дәрігердің негізгі міндеттері – ақпарат беру, бағыттау және зиян келтірмеу. Денсаулыққа қатысты мінез-құлыққа тұрғысынан алғанда мұндай әрекеттерге қатысу жауапкершілігі одан әрі адамның өзіне жүктеледі [4].

Адам денсаулыққа қатысты мінез-құлқы үшін (мысалы, темекі шегу, дұрыс тамақтанбау, дене жаттығуларынан бас тарту сияқты зиянды әрекеттерді таңдау) және осы мінез-құлқының ықтимал салдары (аурулар мен әлсіздік) үшін жауапты деп саналады. Ағартылған қоғамдар азаматтарды денсаулықты қолдайтын таңдау жасауға мүмкіндік беретін ресурстармен қамтамасыз ету арқылы олардың денсаулық сауаттылығы деңгейін арттыруға тырысады [5].

Қазіргі қоғамда адам медициналық емдеуден (тіпті бұл оның мүдделеріне толық сәйкес келсе де) кез келген себеп бойынша бас тартуға құқылы, тіпті бұл шешім оның өз өліміне әкелсе де. Адамның автономиясы, өзін-өзі анықтау құқығы, саналы таңдау жасау мүмкіндігі және сыртқы бақылаудан тәуелсіздігі, ерекше жағдайларды қоспағанда, медициналық қызметкерлердің барлық жағдайда пайда әкелу міндетінен жоғары тұрады. Денсаулық сақтау және әлеуметтік қамтамасыз ету қызметтерін пайдаланушылар көбінесе құқықтары бар тұтынушылар ретінде қарастырылады, олар медициналық қызметкерлер сияқты қызмет көрсетуші басқа тұлғаларға белгілі бір талаптар қояды. Тұтынушылардың міндеттеріне әдетте аз көңіл бөлінеді [6].

Бұл жағдайдың себебі – денсаулық сақтаудағы тұтынушылық көзқарасқа қатысты қазіргі әлеуметтік-саяси риторика адамдардың барлығынан алдын ала хабардар деп есептеуімен байланысты. Шешім қабылдау үшін жауапкершілік толығымен жеке тұлғаға

жүктеледі. Медициналық көмекті жиі өз мінез-құлқы жоғарыда айтылған идеалдарға сәйкес келмейтін адамдар пайдаланады; олар «жауапсыз мінез-құлықтан босатуды» іздеуге немесе алуға тырысады. Осыған байланысты, медициналық қызметкерлерге пациенттің өз денсаулығы үшін жеке жауапкершілігінің контекстке байланысты табиғатын қарастыру және оны пациенттерде дамыту ұсынылады [7].

Алайда, дағдарыс жағдайларында, шұғыл көмек көрсету кезінде немесе психиатриялық көмек көрсету кейбір жағдайларында, медициналық қызметкерлерден батыл әрекеттер күтетін немесе өз денсаулығына немқұрайлы қарау (немесе жауапсыз мінез-құлық) тарихы бар адамдармен жұмыс істейтін жағдайларда, пациент үшін негізгі жауапкершілікті кім көтеретіні айқын болмай қалуы мүмкін: пациенттің өзі ме, медициналық қызметкер ме, әлде пациентті қабылдаған ұйым ба? [8].

«Дәрігер – пациент» жүйесінде ортақ жауапкершіліктің қалыптасуындағы маңызды элементтердің бірі – пациенттің дәрігерге сұрақ қою, дәрігерден түсінікті ақпарат алу және өзінің ауруының диагностикасы мен еміне қатысты шешім қабылдауға қатысу мүмкіндігі. Алматы қаласының емханаларында учаскелік дәрігерлерімен және медбикелерімен байланыс тәжірибесі бар пациенттерге: «Учаскелік дәрігер жіберген қателік жағдайында сіз қандай әрекет жасар едіңіз?» деген сұрақ қойылды. Сауалнамаға қатысқандардың шамамен 60%-ы мәселені конструктивті диалог арқылы шешуге дайын екенін атап өтті. Сонымен бірге, тек 75% пациенттер ғана медициналық қызметкерге өз шағымдарын толық жеткізе алатынын мәлімдеген, бұл төмен көрсеткіш болып табылады [9].

Мәселені шешу жолдарының бірі – адамаралық қарым-қатынас психологиясын үйрену процесі болуы мүмкін. Бұл менеджменттің маңызды бағыттарының бірі ретінде басқару жүйесінің блок-элементін құрайды және басты рөл атқарады. Мұнда мәселе ақпаратты тыңдаушылармен бөлісуде емес, оны дұрыс түсінуінде жатыр. Мұнда негізгі рөлді ақпараттық қамтамасыз ету мен дәрігерлердің, медбикелердің және тіпті әлеуметтік қызметкерлердің ұжымдағы және пациенттермен қазіргі заманғы қарым-қатынастарда іргелі теориялық дайындығы атқарады.

Коммуникативтік құзыреттер негізінде зерттеушілер бір зерттеуде өзара түсіністік пен эмоциялық тұрғыдан қолайлы тұлғааралық байланыстарды қалыптастыру арқылы ортақ жауапкершілікті дамыту мақсатына қол жеткізді [10].

Әдебиеттер тізімі:

1. Gheaus A. Solidarity, justice and unconditional access to healthcare. *J Med Ethics*. 2017;43(3):177-181. doi:10.1136/medethics-2016-103451
2. Aggarwal M, Gill S, Siddiquei A, Kokorelias K, DiDiodato G. The role of patients in the governance of a sustainable healthcare system: A scoping review. *PLoS One*. 2022;17(7):e0271122. doi:10.1371/journal.pone.0271122
3. Pellerino, E. D., & Thomasma, D. C. (1987). The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: Proposal for a Resolution. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 3(1), 23–46.
4. Lakeman R. Paradoxes of Personal Responsibility in Mental Health Care. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(12):929-933. doi:10.1080/01612840.2016.1235637
5. Liebenberg, L., Ungar, M., & Ikeda, J. (2015). Neo-liberalism and responsabilisation in the discourse of social service workers. *British Journal of Social Work*, 45(3), 1006–1021.
6. Bærøe K., Cappelen C. (2015). Phase-Dependent Justification: The Role of Personal Responsibility in Fair Healthcare. *Journal of Medical Ethics*, 41, 836–840.
7. Wand, T. C., & Coulson, K. (2006). Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9(4), 163–170.
8. Albertsen, A. (2015). Feinberg's Concept of Forward-Looking Responsibility: A Dead End for Responsibility in Health Care. *Journal of Medical Ethics*, 41, 161–164.

9. Асен А., Резник В.Л., Ошибаева А.Е., Абсатарова К.С., & Утеулиев Е.С. Врачи и пациенты поликлиник Алматы об ответственности за здоровье разных структур системы солидарной ответственности. // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 322-325.

10. Хабиева Т.Х., Жолдасбекова А.С., Сактапов А.К., Аманжолова У.Ш. Обучение коммуникативной компетенции и психологии человеческих отношений - как важных направлений менеджмента в здравоохранении. Вестник Казахского национального медицинского университета. 2016. № 3. С. 301-304.

УДК: 614.2

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ: РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

*А. Сугурғали¹, М.А. Баймуратова², А.Р. Рыскулова³, Г.А. Алибаева⁴,
А.Б. Сейданова⁵, А.К. Катаева⁶*

¹Магистрант 2-го курса специальности «Общественное здравоохранение», Казахский Медицинский Университет «Высшая школа общественного здравоохранения», врач физической медицины и реабилитации, заведующая отделением спортивной реабилитации медицинского центра «Акесо», Алматы, Казахстан. +7 708 759 92 52, bota.sugurgali@gmail.com

²К.м.н., ассоциированный профессор, профессор кафедры «Общественное здоровье и социальные науки», mairash@list.ru

³К.м.н., ассоциированный профессор, заведующая кафедрой «Общественное здоровье и социальные науки», Казахский Медицинский Университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Казахстан. r.alma@bk.ru

⁴Заведующая отделением прикладного бакалавриата ТОО «Западно-Казахстанский высший медицинский колледж», Уральск, Казахстан. gaukar_06@mail.ru

⁵Заведующая отделением нейрореабилитации ГКБ №1, Алматы, Казахстан, amina_seidanova@mail.ru

⁶Магистрант 1-го курса специальности «Медико-профилактическое дело», Казахский Медицинский Университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Казахстан, kataeva.ajya@bk.ru

Актуальность. На сегодняшний день широко дискутируется пациентоориентированный подход, предполагающий повышение качества медицинских услуг, способного улучшить решение существующего вопроса грамотности в распределении полномочий врача и среднего медицинского работника [1]. Данная концепция имеет активное развитие в связи с растущим пониманием роли пациента в системе здравоохранения [2]. Переход к пациентоориентированному подходу требует новых решений в распределении полномочий между врачами и средним медицинским персоналом (далее-СМП), что непосредственно влияет на качество оказания медицинских услуг [3]. Настоящий подход становится ключевым принципом организации медицинской помощи, особенно в реабилитации, где успех лечения зависит от учета индивидуальных особенностей каждого пациента. В этом контексте важным является изучение функций и взаимодействие СМП с пациентами и врачами для обеспечения качественного ухода. Их роль особенно важна в условиях растущих потребностей в медицинских услугах и глобальных изменений эпидемиологической ситуации, что требует эффективного взаимодействия в рамках реабилитационного процесса.

Цель исследования. Проанализировать роль среднего медицинского персонала в реализации пациентоориентированного подхода в реабилитации и оценить его влияние на эффективность восстановления пациентов.

Материалы и методы исследования. Был произведен литературный обзор зарубежных источников в открытом доступе из научных баз: Scopus, PubMed, Google, Scholar, Web of Science, e-Library, CyberLeninka. Анализ включал изучение особенностей функций и роли среднего медицинского персонала в пациентоориентированном подходе в процессе медицинской реабилитации.

Результаты. Квалифицированный уход в системе реабилитации представляет собой важную составляющую эффективной медицинской помощи в условиях растущих потребностей здравоохранения. Согласно Блохиной М.В. с соавторами (2022), анализ

медицинской помощи в отделении реабилитации дневного стационара, на основе принципов пациентоориентированного подхода основной акцент был на роли медицинской сестры (далее-МС) и их функциональной реализации. Оценка мнения МС осуществлялось путем социологического исследования, равно как и пациентов в части их удовлетворенности организацией. Функция МС предусматривала укрепление связующего звена между врачом и пациентом для обеспечения согласованных действий в создании комфортных условий пребывания в отделении; информировании пациентов обо всех деталях реабилитационного процесса, в том числе вне медицинской организации, к тому же обеспечении условий общения пациента с его ближайшим окружением [4].

Относительно определения удовлетворенности пациентов, Екимова Н.А. и Карасева Л.А. (2020) поделились результатами анализа показателей качества медицинской помощи, оказываемой сестринским персоналом в условиях внедрения инновационных технологий, позволивших выявить следующие составляющие: профессионализм специалистов сестринского дела, пациентоориентированное сервисное обслуживание и позитивное коммуникативное взаимодействие с пациентом [5].

СМП выполняет множество ключевых функций в процессе пациентоориентированного подхода:

1. Индивидуализация ухода. Медсестры адаптируют уход под конкретного пациента, учитывая его физическое и психологическое состояние.
2. Мониторинг состояния. Постоянный контроль состояния пациента позволяет оперативно реагировать на изменения и корректировать реабилитационные мероприятия.
3. Образование и поддержка пациентов. СМП обучает пациентов и их родственников методам самообслуживания, ухода и использования реабилитационного оборудования, тем самым способствуя улучшению качества жизни.
4. Междисциплинарное взаимодействие. Медицинские сестры являются посредниками между врачами, физиотерапевтами, эрготерапевтами и пациентами, обеспечивая координацию усилий всей команды.

Применение пациентоориентированного подхода с активным участием СМП показало следующие результаты:

- повышение уровня удовлетворенности пациентов и их семей качеством медицинских услуг;
- снижение уровня тревожности и депрессии у пациентов благодаря постоянному взаимодействию с медсестрами;
- улучшение реабилитационных показателей за счет повышения мотивации пациентов и приверженности к лечению.

Выводы. СМП играет незаменимую роль в реализации пациентоориентированного подхода в реабилитации. Индивидуализация ухода, поддержка пациента на каждом этапе реабилитационного процесса и междисциплинарное взаимодействие делают их вклад в восстановление пациентов крайне значимым. Для повышения эффективности реабилитации необходимо усиливать подготовку СМП в области психологии, коммуникации и современных реабилитационных технологий. Таким образом, в условиях современного здравоохранения акцент на пациентоориентированный подход создает условия для повышения качества медицинских услуг и эффективного распределения полномочий между врачами и СМП. Выполняя широкий спектр обязанностей в одном из важных, в структуре медицинской организации, отделении реабилитации СМП играет ключевую роль в реализации данного подхода. Их обязанности варьируются от сестринского ухода и оказания первой помощи до контроля выполнения врачебных назначений и организации обеспечения комфорта пациентов. Кроме того, будучи вовлеченными в медицинский процесс на них возлагается функция социальной поддержки и информирования пациентов о траектории реабилитационных мероприятий. Соответственно, СМП участвуя в пропаганде здорового образа жизни и санитарно-

гигиеническом воспитании населения, подчеркивают в процессе коммуникации, значимость расширения их информированности в вопросах этапов реабилитации, профилактики осложнений, роли само-менеджменте путем обеспечения всесторонним вниманием к потребностям пациентов.

Список литературы:

1. Burdastova Yu. (2020) Nastavnichestvo v sisteme zdavoohraneniya: trend ili neobhodimost'? [Mentoring in healthcare: trend or necessity?]. *Narodonaselenie[Population]*, vol. 23, no 1, pp. 148-154.
2. Khokhlov A., Sychev D. (2022) Konceptsiya pacientoorientirovannosti v medicine i farmacii [The concept of patient-oriented medicine and pharmacy]. *Patient-oriented medicine and pharmacy*, vol. 1, no 1, pp. 1-4.
3. Burdastova Yu. (2020) Analiz zarubezhnogo opyta i rossijskih praktik izmeneniya roli medicinskih sester [The analysis of foreign experience and Russian practices of changing the role of nurses]. *City HealthCare Journal*, vol. 1, no 2, pp. 89-94.
4. Blohina M., Safina G., Safina O. (2022) O roli medicinskoj sestry v realizacii pacient-orientirovannogo podhoda v okazanii reabilitacionnoj pomoshchi onkologicheskim bol'nym [On the role of a nurse in the implementation of a patient-oriented approach in providing rehabilitation care to cancer patients]. *Practical Medicine*, vol. 20, no 6, pp. 24-27.
5. Ekimova N., Karaseva L. (2020) Udovletvorennost' pacientov kachestvom medicinskoj pomoshchi, okazyvaemoj v usloviyah innovacij v sestriuskuyu praktiku [Patient satisfaction with quality of medical care provided in conditions of innovation in nurse practice]. *Scientific Journal "Current problems of health care and medical statistics"*, no 1, pp. 143-151.

УДК: 616.31-085

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРЕОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

А. Сайпудинқызы¹, А.А. Есиркепов¹, А.Р. Рыскулова²

¹НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова»

²Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Республика Казахстан.

Автор для корреспонденции: Сайпудинқызы Алмагул alma_87@mail.ru, 8 747 180 14 38

Введение. Приобретенные дефекты челюстно-лицевой области являются следствием радикальных оперативных вмешательств по поводу новообразований или травматических повреждений.

По данным ВОЗ, раковые опухоли головы и шеи в мире занимают шестое место среди всех злокачественных опухолей. Увеличение онкологической заболеваемости данной локализации за последние десятилетия отмечается повсеместно. В республике Казахстан ежегодно выявляются около 720 больных с опухолями полости рта и глотки.

В общей структуре травматизма травмы челюстно-лицевой области составляют около 40% и имеют тенденцию к росту в среднем на 2% в год, при этом преобладает контингент пострадавших в возрасте от 20 до 50 лет, то есть в период наибольшей трудоспособности.

Преобладающее большинство больных на момент заболевания 81,9% составляют трудоспособные лица, т.е. до 60 лет. Среди них мужчин 52,8% и женщин 47,2%. Из них наибольшее число больных 92,1% после операции по поводу новообразований, 5,3% после травмы и 2,6% после огнестрельных ранений в челюстно-лицевой области.

Целью исследования является изучить литературные данные по реабилитации больных с послеоперационными дефектами челюстно – лицевой области.

Материалы и методы. После оперативная реабилитация больных - это медицинская и социальная задача. В большинстве случаев решение этих задач невозможно без применения ортопедического метода лечения. В клинике ортопедической стоматологии больным с дефектами ЧЛО требуется строго поэтапное реконструктивно-восстановительное лечение. Успех одного последующего этапа зависит от своевременного и правильного предыдущего лечения. протез. является наиболее эффективное восстановление акта жевания и речи. Основные принципы это – клиническая и функциональная эффективность протеза, эстетичность и психологическая реабилитация пациента.

Результаты и их обсуждение. Ортопедическая стоматологическая помощь играет важнейшую роль в ведении пациентов с послеоперационными дефектами челюстно-лицевой области. Морфофункциональные нарушения, вызванные послеоперационными дефектами и поражением тканей стоматогнатической системы в результате лечения опухолей челюстно-лицевой области, определяют терапевтические потребности пациентов [1].

История челюстно-лицевой ортопедии уходит в глубь тысячелетий. Искусственные уши, носы и глаза были обнаружены у египетских мумий. Древние китайцы восстанавливали утраченные части носа и ушей, используя воск и различные сплавы. Однако до XVI века нет каких-либо научных сведений о челюстно-лицевой ортопедии.

Впервые лицевые протезы и obturator для закрытия дефекта неба описал Амбруаз Паре (1575). Пьер Фошар в 1728 г. рекомендовал просверливать небо для укрепления протезов. Кингслей (1880) описал протезные конструкции для замещения врожденных и приобретенных дефектов неба, носа, орбиты. Клод Мартэн (1889) в своей книге о протезах приводит описание конструкций для замещения утраченных частей верхней и нижней челюстей. Он является основоположником непосредственного протезирования после резекции верхней челюсти. Любой врожденный порок развития, травма или патология челюстно-лицевой области может привести к дефекту, и реконструкция этих костных дефектов важна для восстановления нормальной функции и эстетики. Оптимальная конструкция должна быть способна воспроизводить утраченную структуру, восстанавливать функцию, быть биоразлагаемой и легко заменяемой в ходе физиологических процессов организма, быть безвредной для пациента и надежной при дефектах [2]. Для получения картины послеоперационных потерь, их величины и локализации для планирования стратегии ортопедической реабилитации проводились клинические и дополнительные исследования. Алгоритм ведения ортопедической реабилитации пациентов после хирургического лечения новообразований челюстно-лицевой области основан на ее поэтапном разделении [3]. Локализация и величина послеоперационных потерь, а также проведение дополнительного лечения больных после лечения опухолей челюстно-лицевой области влияют на планирование ортопедической реабилитации, что играет ключевую роль и способствует возвращению больных к прежней жизненной, профессиональной и семейной жизни [4]. Хирургическая реконструкция этих сложных дефектов довольно сложна, поскольку отсутствуют несколько типов тканей из разных анатомических участков. Реконструкция этих сложных дефектов требует не только восстановления анатомии, но и замены точного количества и типов недостающих тканей. Однако в немногих исследованиях обсуждался выбор различных реконструктивных решений и создание свободных лоскутов на основе классификации сложных дефектов полости рта и челюстно-лицевой области [5]. В восьмидесятые годы достижения в области челюстно-лицевой хирургии позволили изменить положение одной или обеих челюстей, сместить подбородок в трех плоскостях пространства и хирургическое перемещение сегментов в соответствии с зубочелюстными потребностями [6]. В девяностые годы дискомфорт пациентов значительно уменьшился благодаря жесткой внутренней фиксации, которая исключила иммобилизацию верхней челюсти, а также лучшему знанию типичных моделей послеоперационных изменений, что позволило получить более стабильные и предсказуемые хирургические результаты [7]. Выбор конструкции и метода лечения зависит от объема оперативного вмешательства, его причины, топографии, размера послеоперационного дефекта, количества оставшихся зубов и состояния тканей протезного ложа [8]. Среди последних разработок, которые произвели революцию в ортогнатической хирургии в Испании, следует отметить использование мини-пластинок, поскольку после разреза кость восстанавливается вместе с рассасывающимся материалом, заменяя тем самым старые титановые пластины, оставшиеся в тканях. Так же зарубежными авторами было проведено клиническое исследование 18-летнего пациента в течение 1 года и 8 месяцев с неправильным прикусом скелетного класса III, передним перекрестным прикусом и задним односторонним перекрестным прикусом, проклинацией верхних резцов и ретроклинацией нижних резцов, а также вертикальным ростом. Первый предоперационный этап с 0,022×0,028 Система Rota и последовательность дуг, второй этап хирургического вмешательства, выполнение тройной операции: Le Fort I для продвижения верхней челюсти, с сегментарной операцией на левой стороне и вертикальной остеотомией ветви нижней челюсти для репозиции нижней челюсти. Со слов авторов были достигнуты хорошая гармония лица и улучшение взаимоотношений скелета и зубов [9].

В практике ортопедической стоматологии актуальной проблемой является проблема протезирования пациентов с образовавшимся дефектами челюстно-лицевой области.

Таким пациентам в основном существует необходимость выбора консервативный метод протезирования с целью улучшения функции жевания и речеобразования, для этого в большей степени используется конструкции съемных акриловых протезов. Со слов авторов, полученные результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что применение конструкции акриловых съемных протезов при ортопедической реабилитации больного с последствиями дезморфинового остеонекроза челюстей имеет больше преимуществ, чем недостатков [10].

Выводы. При анализе отечественных и зарубежных исследований определяется несколько направлений для решения проблемы реабилитации больных челюстно-лицевого профиля со сложными клиническими условиями протезных ложа и поля. Основное внимание уделено проблемам устойчивости и функциональной эффективности протезов, совершенствованию клинико-лабораторных этапов их изготовления, профилактике развития интенсивных атрофических процессов тканей протезного поля, разработке комплексного методологического подхода к реабилитации пациентов. Для проведения ортопедического лечения ставят задачу дальнейшего совершенствования уже имевшихся материалов. Возрастающие требования врачей и больных к результатам проведения ортопедического лечения, заставляют проводить целенаправленный научный поиск новых методов протезирования. Таким образом, создание и внедрение в медицинскую практику новых методик изготовления резекционных протезов представляет как значительный научный интерес, так и практическую ценность, что определило необходимость проведения нами настоящей работы.

Литература

1. Albaqawi, A H. (2023, March 1). “All-on-4” and “All-on-6” treatment concept applied using computer-guided surgery in a patient: Case report with a 2-year follow-up. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36937624>
2. Baxi, S., Shadani, K., Kesri, R., Ukey, A., Joshi, C., & Hardiya, H. (2022, November 26). Recent Advanced Diagnostic Aids in Orthodontics. Cureus. <https://doi.org/10.7759/cureus.31921>
3. Khanagar, S., Al-Ehaideb, A., Vishwanathaiah, S., Maganur, P C., Patil, S., Naik, S., Baeshen, H A., & Sarode, S. (2021, January 1). Scope and performance of artificial intelligence technology in orthodontic diagnosis, treatment planning, and clinical decision-making - A systematic review. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33384838>
4. Alshammery, F A. (2020, January 1). Three dimensional (3D) imaging techniques in orthodontics-An update. Journal of family medicine and primary care, 9(6), 2626-2626. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_64_20
5. Oral and maxillofacial disease: a model for interprofessional education and care.. (2020, November 5). <https://oooojournal.net/retrieve/pii/S2212440320309688>
6. Mukul SK, Mishra M, Singh G, Singh A, Das MK. Patient-Specific Implants in Maxillofacial Reconstruction: A Case Report. The Traumaxilla. 2019;1(2-3):76-80. doi:10.1177/26323273211069665
7. Breik O, Devrukhkar V, Dimitroulis G. Temporomandibular joint (TMJ) arthroscopic lysis and lavage: Outcomes and rate of progression to open surgery. J Craniomaxillofac Surg 2016;44:1988-95.
8. Юсупова Д., Абдуллаев Ш., Халилов А. Текст научной работы на тему «Современное состояние проблемы профилактики и лечения рубцов на лице различной этиологии (список литературы)» //in Library. – 2021. – Т. 21. – №. 2. – С. 420-424
9. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-ortodoncia-126-articulo-orthodontics-maxillofacial-surgery-an-interdisciplinary-S2395921516301490>
10. MITIN N. E., GUYTER O. S., SILKINA Y. A., MAMONOVA M. V., VOLKOVA V. V. Experience of dental maxillofacial prosthetic treatment of the patient with after surgery defect of the maxilla // actual problems in dentistry. 2018. NO. 2. PP. 93-97. DOI: <https://doi.org/10.18481/2077-7566-2018-14-2-93-97> (date of access 01.04.2024).

УДК: 614.253

ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ ГИНЕКОЛОГОВ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

*Б.И. Имашева¹, М.А. Камалиев¹, А.С. Иманкулова², В.Н. Локишин³,
М.В. Киселева⁴, А.Д. Туреханова¹*

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Республика Казахстан, телефон: 87011333359, E-mail: imasheva_bayan@nbox.ru; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2261-4428>. Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Республика Казахстан

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Республика Казахстан, телефон: 87773830353, E-mail: mkamaliev@mail.ru; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9947-5417>

²Городской родильный дом №4, Алматы, Республика Казахстан, телефон: 87014001757, E-mail: ainuro4ka.80gmail.com

³МКЦР «Persona», Алматы, Республика Казахстан, телефон: 87017558209, E-mail: v_lokshin@persona-ivf.kz; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4792-5380>

⁴Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Калужская обл., Обнинск, Российская Федерация, телефон: 79109144244, E-mail: kismarvic@mail.ru ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8464-1726>

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Алматы, Республика Казахстан Алматы, Республика Казахстан, телефон: 87089680232, E-mail: Aizhan_tt@mail.ru; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6040-4187>

Введение. Гиперплазия эндометрия (ГЭ) является актуальной проблемой в виду высокой возможности рецидивирования, трудностей в дифференциальной диагностике, а также риска перерождения в злокачественное новообразование (рак эндометрия – РЭ) при отсутствии лечения [1].

По оценкам заболеваемости и смертности от рака GLOBOCAN, подготовленных Международным агентством по изучению рака, РЭ занимает 6 место среди всех раков женских органов [2]. Отмечается ежегодный рост заболеваемости РЭ во всех странах мира, особенно в западных и европейских странах: в США – 36,9, Канада – 34,9, Великобритания – 33,2, Венгрия – 33,6, Франция – 32,6, Италия – 32,3, Финляндия – 31,2, Германия – 29,2 случая на 100 000 женского населения. В России заболеваемость РЭ составляет 36,3 случая на 100 000 женщин; в других странах постсоветского пространство – от 4 до 24 случаев на 100 000 женского населения: Казахстан – 12,2, Узбекистан – 4,2, Азербайджан – 6,2, Армения – 17,5, Кыргызстан – 6,8, Грузия – 23,4, Туркменистан – 5,8, Таджикистан – 4,2 [3]. Согласно литературным данным, наиболее часто ГЭ встречается у женщин, находящихся в пери- и постменопаузальном возрасте [4].

Несмотря на существующие современные методы диагностики и лечения, гистологические рецидивы ГЭ остаются высокими, в результате воздействия предрасполагающих факторов, таких как ожирение, курение, гормональные заболевания, воспалительные заболевания полости матки, сахарный диабет, синдром поликистозных яичников [5]. В этой связи, выявление предрасполагающих факторов риска, ранняя диагностика, профилактика фоновых заболеваний медицинскими работниками являются приоритетной проблемой для общественного здравоохранения

Цель: Оценить медицинскую грамотность врачей акушеров-гинекологов в вопросах профилактики и лечения у пациентов с ГЭ.

Материалы и методы исследования. С помощью специально разработанной анкеты проведен социологический опрос 90 врачей акушер-гинекологов медицинских организаций г. Алматы за период 2022-2023 гг. Разработанная анкета содержала следующие разделы: паспортные данные респондентов; факторы риска, способствующие развитию ГЭ; практическая деятельность врачей по профилактике ГЭ; применяемые методы лечения ГЭ.

Вопросы анкеты представлены в виде 20 тестовых заданий с несколькими ответами. Ответы респондентов, набравших 67-100% баллов, оценивались как высокий уровень знаний, 34-66 % – средний, 0-33 % – низкий.

Использованы анкеты на бумажном и электронном (Google-форма) носителях.

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению по критерию Колмогорова-Смирнова (при числе исследуемых более 50), а также показателям асимметрии и эксцесса. Совокупности количественных показателей описывались при помощи значений медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). Для сравнения данных вычислялся критерий Краскела-Уоллиса. В случае обнаружения статистически значимых различий между группами, дополнительно проводилось парное сравнение совокупностей при помощи апостериорного критерия Данна [6].

Материалы исследования подвергнуты статистической обработке с использованием методов непараметрического анализа с помощью Microsoft Excel 2016 и статистического пакета программы SPSS Statistics 26 (IBM Corporation).

Исследование одобрено Этическим комитетом Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ» (протокол IRB-335 от 05.01.2023г.).

Результаты и обсуждения. Среди 90 врачей акушеров-гинекологов оказалось без квалификационной категории – 14 (15,6%), с второй категорией – 18 (20%), с первой категорией – 32 (35,6%), с высшей категорией – 29 (28,9%).

Распределение респондентов по знаниям о факторах риска, способствующих развитию ГЭ, в зависимости от квалификационной категории представлено в таблице 1.

Таблица 1. Оценка уровня знаний врачей акушеров-гинекологов о факторах риска, способствующих развитию ГЭ, в зависимости от уровня квалификации

Квалификационная категория	Знание о факторах риска		p
	Me	IQR	
Без категории	38,9%	38,9-72,3%	0,003*
Вторая категория	55,6%	27,8-70,9%	$p_{2-4} = 0,011^*$
Первая категория	61,2%	37,6-72,3%	$p_{1-4} = 0,030^*$
Высшая категория	88,9%	54,3-94,5%	$p_{3-4} = 0,040^*$

* - различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Проведенный анализ позволил установить статистически значимые различия уровней знаний о факторах риска, способствующих развитию ГЭ, в зависимости от квалификационной категории врачей ($p = 0,003$). Апостериорные сравнения групп попарно показали, что знания о факторах риска, способствующих развитию ГЭ, у врачей высшей категории существенно выше, чем у врачей без категории ($p = 0,030$), а также с второй ($p = 0,011$) и первой ($0,040$) категориями. Однако набранные баллы врачей без категории, с второй и первой категориями оцениваются как «средний» уровень знаний, в то время как у врачей с высшей категорией – «высший» (таблица 2).

Установлены статистически значимые различия знаний врачей акушеров-гинекологов о методах профилактики ГЭ в зависимости от уровня квалификационной категории ($p = 0,036$) (таблица 2).

Таблица 2. Оценка уровня знаний врачей акушеров-гинекологов о профилактике ГЭ в зависимости от уровня квалификации

Квалификационная категория	Знание о профилактике ГЭ		p
	Me	IQR	
Без категории	36,4%	9,1-36,4%	0,036* P ₁₋₄ = 0,022*
Вторая категория	36,4%	27,3-72,7%	
Первая категория	54,5%	27,3-70,4%	
Высшая категория	63,6%	27,3-90,9%	

* - различия показателей статистически значимы (p<0,05)

При апостериорном сравнении групп попарно установлено, что знания о методах профилактики у врачей высшей категории существенно выше, чем у врачей без категории (p = 0,022). Несмотря на данное различие в группах, проведенный анализ показал, что все врачи акушеры-гинекологи имели, согласно набранным баллам, «средний» уровень знаний.

Анализ показал статистически значимые различия знаний врачей о методах лечения ГЭ в зависимости от уровня квалификационной категории врачей (p = 0,001) (таблица 3).

Таблица 3 – Оценка уровня знаний врачей акушеров-гинекологов о методах лечения ГЭ в зависимости от уровня квалификации

Квалификационная категория	Знание о методах лечения ГЭ		p
	Me	IQR	
Без категории	12,5%	12,5-12,5%	0,001*
Вторая категория	25,0%	12,5-40,6%	P ₁₋₂ = 0,043*
Первая категория	31,3%	25,0-50,0%	P ₁₋₃ = 0,001*
Высшая категория	37,5%	25,0-62,5%	P ₁₋₄ = 0,001*

* - различия показателей статистически значимы (p<0,05)

При апостериорном сравнении групп попарно установлено, что знания о методах лечения у врачей без категории существенно ниже, чем у врачей с второй (p = 0,043), первой (p=0,001) и высшей (p=0,001) категориями. Однако набранные баллы врачами без категории, с второй и первой категориями оцениваются как «низкий» уровень знаний, а у врачей с высшей категорией – «средний».

Выводы. Уровень профессиональной компетентности врачей в вопросах профилактики и лечения зависит от квалификационной категории.

Выявленные пробелы в уровне знаний врачей акушеров-гинекологов о профилактике и методах лечения ГЭ диктуют необходимость ежегодного повышения квалификации врачей в виде семинаров, курсов, стажировок.

Список использованной литературы:

1. Zhao F., Dong D., Hongyan D., Yinan G., Xue S., Zhiwei W., Xiaoyang X., Mingjuan W., Haiyan Z., Xin C., Xiaowei H. Diagnosis of endometrium hyperplasia and screening of endometrial intraepithelial neoplasia in histopathological images using a global-to-local multi-scale convolutional neural network. Computer Methods and Programs in Biomedicine. 2022; 221: 1069-1079. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2022.106906>

2. Sung H., Ferlay J., Siegel R., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3): 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
3. World Cancer Research Fund International. Cancer trends. Endometrial cancer statistics 2020. Website. [Cited 23 Feb 2024]. Available from URL: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/endometrial-cancer-statistics/>
4. Iversen M.L., Dueholm M. Complex non atypical hyperplasia and the subsequent risk of carcinoma, atypia and hysterectomy during the following 9-14 years. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 222:171-175. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.026>
5. Ørbo A., Arnes M., Vereide A.B., Straume B. Relapse risk of endometrial hyperplasia after treatment with the levonorgestrel-impregnated intrauterine system or oral progestogens. *BJOG.* 2016; 123(9): 1512-1519. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13763>
6. Peacock J.L. *Oxford Handbook of Medical Statistics* / J.L. Peacock, P.J. Peacock / Oxford University Press, 2011. – 517 p.

УДК: 616.089.5-089.81:37.013

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБОРА В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

Д.Б. Кулов, Д.Т. Оспанов, Н.У. Шинтаева, Г.А. Жаналина, Д.В. Васильев

НАО «Медицинский университет Караганды» (100008, г. Караганда, ул. Гоголя, 40); Республика Казахстан

Автор для корреспонденции: Оспанов Дидар Толеуулы - ospanov95didar@gmail.com, 88-(708)-241-77-92; ORCID: 0009-0000-2385-3012)

Введение. Анестезиология и реаниматология представляют собой одну из самых сложных и ответственных медицинских специальностей, где специалисты ежедневно сталкиваются с необходимостью быстрого и точного решения, от которого зависит жизнь пациента [1]. Это устанавливает высокие требования к врачам-анестезиологам-реаниматологам, включая их профессиональную подготовку, а также личностные качества, такие как стойкость к стрессу, эмоциональную уравновешенность и способность эффективно работать [1, 2].

Важность профессионального отбора в анестезиологии и реаниматологии определена далее перечисленными факторами: высокий уровень нагрузки и стресса, нехватка квалифицированных специалистов, постоянная необходимость в профессиональном развитии, значимость личностных качеств, высокие требования к профессиональной подготовке [1, 2].

С учетом сложившихся обстоятельств разработка и внедрение современных методов профессионального отбора в анестезиологии и реаниматологии представляет собой актуальную задачу, решение которой обеспечивает привлечение наиболее компетентных специалистов, обеспечение высокого уровня подготовки специалистов и постоянное качество медицинской помощи.

Эффективность профессиональной деятельности врача-анестезиолога-реаниматолога обусловлена не только высоким уровнем профессиональных компетенций, но и наличием отличительных личностных качеств, которые способствуют постепенному функционированию в условиях тяжелой нагрузки и стресса, установленных данной медициной [1, 2].

Врач-анестезиолог-реаниматолог, достигший профессионального успеха, сочетает в себе высокий уровень квалификации, глубокие базовые знания и практические навыки, а также развитые личностные качества, необходимые для эффективной деятельности в условиях повышенной сложности.

Цель обзора: изучить современные методы профессионального отбора по анестезиологии и реаниматологии, а также разработать практические рекомендации.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели обзора был проведен анализ научной литературы, посвященной вопросам профессионального отбора в анестезиологии и реаниматологии. Поиск источников осуществлялся с использованием электронных баз данных, таких как PubMed, Scopus, Web of Science и eLIBRARY.RU. В качестве ключевых слов были использованы термины: «профессиональный отбор», «анестезиология и реаниматология», «личные качества», «образование» и «оценка». Анализируются статьи, опубликованные в период с 2019 по 2024 годы, охватывающие теоретические аспекты профессионального отбора, современные исследования в данной области, а также практические рекомендации по совершенствованию этого процесса. Особое внимание уделялось исследованиям, изучению личностных качеств и профессиональных навыков врачей-анестезиологов-реаниматологов.

Для изучения правил приема на обучение по специальности «анестезиология и реаниматология» в странах СНГ и Запада был проведен анализ стран нормативных документов, регулирующих данный процесс, и информации, размещенной на официальных сайтах медицинских университетов и профильных организаций.

Результаты. Анализ публикаций по личностным качествам и профессиональным компетенциям врачей анестезиологов-реаниматологов показал, что для успешной работы в условиях стресса и высоких рисков, они должны обладать не только техническими знаниями, но и определенными личностными качествами и "мягкими навыками" [1]. К таким качествам относятся:

Стрессоустойчивость: способность сохранять спокойствие и быстро принимать решения в критических ситуациях [1].

Внимание к деталям: необходимое для предотвращения осложнений.

Умение работать в команде: важно для обеспечения безопасности пациента в взаимодействии с другими медицинскими специалистами [3].

Коммуникативные навыки: умение эффективно общаться с пациентами, их семьями и коллегами [3, 5].

Навыки принятия решений: способность оперативно оценивать ситуацию и действовать на основе имеющейся информации [1].

Эмпатия: умение проявлять сочувствие к пациентам и их семьям.

Уверенность в себе: помогает завоевать доверие и эффективно выполнять обязанности [4].

Лидерские качества: важны для координации работы команды и обеспечения безопасности.

Хорошее здоровье: важно для выдерживания нагрузки и стресса [6].

Эти личностные качества являются ключевыми для успешной работы в анестезиологии и реаниматологии, и должны быть учтены при отборе кандидатов. Профессиональный отбор должен учитывать, как академические, так и психологические аспекты, такие как личные качества и мотивация.

Анализ системы отбора в Казахстане и других странах показывает, что основные критерии включают академическую успеваемость и результаты вступительных экзаменов. Однако для повышения качества отбора, необходимо внедрить дополнительные методы оценки, такие как симуляционные навыки и оценка личностных качеств. Это повысит эффективность подготовки анестезиологов-реаниматологов.

Международный опыт, особенно в странах Запада, подчеркивает важность комплексного подхода к отбору кандидатов. В отличие от Казахстана, где основной акцент делается на академические достижения, в западных странах более широко применяются многоступенчатые интервью, рекомендательные письма и личные заявления, что позволяет оценить не только знания, но и мотивацию и личностные качества кандидата. Высокая конкуренция и стандартизированные экзамены, такие как USMLE и PLAB, играют ключевую роль в отборе.

Для оптимизации процесса отбора в анестезиологии и реаниматологии необходимо учитывать следующие рекомендации:

Комплексный подход: оценка как личностных качеств, так и профессиональных навыков.

Психологические тесты: для выявления стрессоустойчивости, эмоциональной стабильности и коммуникативных навыков [8].

Симуляционные технологии: для проверки практических навыков и умения работать в критических ситуациях [10].

Стажировки и практические занятия: для погружения кандидатов в реальную рабочую среду [11].

Мониторинг и анализ методов: для регулярного улучшения системы отбора.

Разработка комплексной системы профессионального отбора также должна включать раннюю профориентацию, чтобы учащиеся могли заранее познакомиться с профессией анестезиолога-реаниматолога [7]. Психологическое тестирование и собеседования с психологами помогут выявить личностные качества и мотивацию кандидатов, а также их готовность к работе в условиях стресса [8, 9].

Таким образом, применение комплексного подхода в отборе и обучении специалистов способствует подготовке высококвалифицированных врачей, способных эффективно работать в условиях интенсивной терапии и реанимации.

Выводы. Анализ проведенных исследований и практических рекомендаций позволяет сделать вывод, что профессиональный отбор в анестезиологии и реаниматологии представляет собой сложный и многогранный процесс, требующий комплексного подхода.

Одним из ключевых направлений дальнейших исследований является создание и валидация новых инструментов оценки, которые будут соответствовать особенностям работы анестезиологов-реаниматологов. Это поможет повысить точность и объективность отбора кандидатов, а также выявить дополнительные предикторы профессионального успеха. Важно учитывать не только академические успехи и результаты экзаменов, но и личностные качества, клинический опыт и мотивацию кандидатов.

Продолжение исследований в области профессионального отбора в анестезиологии и реаниматологии поможет разработать более эффективные стратегии отбора, обучения и развития специалистов, что в конечном итоге приведет к улучшению качества медицинской помощи в этой области.

Литература

1. Siddiqui, S., Bartels, K., Schaefer, M. S., Novack, L., Sreedharan, R., Ben-Jacob, T. K., ... & Williams, G. (2021). Critical care medicine practice: A pilot survey of US anesthesia critical care medicine-trained physicians. *Anesthesia & Analgesia*, 132(3), 761-769. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005214>

2. Yusupova, B. D., Valijonova, S. A., & Valijonov, A. F. (2023). Diagnosis of "Mental Burnout" of Anesthesiologists and Reanimatologists. *World Bulletin of Public Health*, 19, 182-185. <https://doi.org/10.14303/wbph.2023.22>

3. Podhorodecka, K., & Radkowski, P. (2022). Psychological aspects of working as an anesthesiologist. *Anesthesia and Critical Care*, 4, 149-151. <https://doi.org/10.29011/ACC-149.100149>

4. DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J. A. (2018). Developing professional competence among critical care nurses: An integrative review of literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.001>

5. Weller, J. M., Naik, V. N., & San Diego, R. J. (2020). Systematic review and narrative synthesis of competency-based medical education in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 124(6), 748-760. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.01.006>

6. Masjedi, M., Neshatavar, R., & Moeini, L., et al. (2021). Assessing the level of knowledge, practical skills, and self-confidence of anesthesia residents in the field of Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation by academic year of Shiraz University of Medical Sciences in 2018. *Future of Medical Education Journal*, 11(4), 21-24. <https://doi.org/10.22038/fmej.2021.52889.1314>

7. Кожин, С. А., & Богданова, Д. С. (2019). Результаты межвузовского анкетирования студентов-выпускников медицинских вузов о выборе специальности анестезиология-реаниматология. *Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов*, 24, 90-93.

8. Мальцева, Л. А., Саланжий, А. Н., & Москалец, С. М. (2015). Психологические аспекты формирования стресса у врачей-анестезиологов. *Медицина неотложных состояний*, 4(67), 32-34.

9. Мамась, А. Н., & Косаревская, Т. Е. (2010). Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Новости хирургии*, 6, 75-81.
10. Роль симуляционной патогенетической среды при подготовке врачей анестезиологов-реаниматологов. (2014). *Виртуальные технологии в медицине*, 2(12), 8-13.
11. Оптимизация последипломного обучения анестезиологов-реаниматологов. (2014). *Сибирское медицинское обозрение*, 4(88), 95-98.

УДК: 616.284-002.258

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ХОЛЕСТЕАТОМОЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

*Т.Н. Буркутбаева¹, А.А. Кажекенова², А.М. Сегизбаева³, Ү.Б. Елубай³,
М.Б. Еңсебай³, А.К. Аркарбекова³*

¹Зав. курсом. Оториноларингологии Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», д.м.н.

²Врач лор ГКБ №5

³Резиденты: Сегизбаева А.М., Елубай Ү.Б., Еңсебай М.Б., Аркарбекова А.К. г.Алматы, Республика Казахстан

Автор для корреспонденции: 87082409540, alina_4_96@mail.ru

Актуальность. Холестеатома среднего уха (ХСУ) является одной из наиболее актуальных проблем современной отологии, что связано с высокой распространенностью, значительной частотой развития экстра- и интракраниальных осложнений, трудностями диагностики и лечения [1]. Ежегодная заболеваемость холестеатомой оценивается в 9,2 на 100 тыс. человек у взрослых и 3 на 100 тыс. у детей. По данным исследования в США, заболеваемость составляет около 6 случаев на 100 тыс. населения [2]. Хирургическое извлечение/иссечение остается единственной доступной стратегией лечения холестеатомы, а рецидивы высоки (до 40%) [3].

По полученным данным J. E. Veldman, W. W. Braunius, в частности, при первичной радикальной операции холестеатома выявлена в 29,5% случаев, а ее рецидив выявлен у 5% пациентов. E. Vartiainen, анализируя факторы, влияющие на рецидивирование холестеатомы, в период, составивший 7,3 года, выявил, что у 12,3% пациентов отмечался рецидив после первичной радикальной операции, также им было доказано, что у детей вероятность повторной холестеатомы выше, чем у взрослых и составил (от 5 до 32%) [4]. P. Li и соавт. (2013) провели метаанализ с целью оценки эффективности режимов МРТ non-Epi DWI и в предоперационной диагностике первичной холестеатомы. Общая чувствительность метода составила 94% (80—98%), специфичность — 94% (85—98%) [5].

Ключевые слова. холестеатома, рецидивы, диагностика, санирующие операции, тимпанопластика

Цель: определить частоту рецидивов холестеатом после проведенных санирующих операций с одномоментной тимпанопластикой.

Материалы и методы исследования. проведен анализ истории болезни взрослых и детей (n=1365) с диагнозом: Хронический средний отит на базе ГКБ №5 г.Алматы за период с 2019г. по 2023г. Методы исследования: отоскопический осмотр, КТ пирамид височных костей, МРТ DWI и non-Epi DWI режимах, аудиометрические и гистологические методы исследования.

Результаты. Были проанализированы истории болезни (n=1365) с диагнозом: Хронический средний отит. Выявлено, что хронический средний отит осложненный холестеатомой составил 25,4% (n=348) от общего количества. В зависимости от локализации холестеатомы были проведены операции: отдельная аттикоантромия с одномоментной тимпанопластикой 3 типа – 65%, радикальная санирующая операция с одномоментной тимпанопластикой 3 типа- 35%. Больные после проведенных операций находились под наблюдением от 2 до 5 лет, в послеоперационном периоде по показаниям проводилось МРТ в DWI и non-Epi DWI режимах. Установлено, что рецидив холестеатомы среднего уха после санирующей операции с одномоментной тимпанопластикой составил 6%.

Выводы. Больные с хроническим средним отитом, осложненный холестеатомой после проведенных оперативных вмешательств: санирующих операции с одномоментной оссикулопластикой и тимпанопластикой должны находиться под наблюдением врача оториноларинголога в течении 5 лет, при необходимости повторной контрольной МРТ в non-Epi DWI режиме для диагностики рецидивов холестеатом.

Использованная литература

1. Аникин М.И. Холестеатома среднего уха: определение, вопросы классификации и этиопатогенеза. Российская оториноларингология. 2016;82(3):16-23 [Anikin MI. Kholesteatoma srednego ukha: opredelenie, voprosy klassifikatsii i etiopatogeneza. Rossiiskaia otorinolaringologiya. 2016;82(3):16-23 (in Russian)]
2. Aquino JE, Cruz Filho NA, de Aquino JN. Epidemiology of middle ear and mastoid cholesteatomas: study of 1146 cases. Braz J Otorhinolaryngol. 2011;77:341-7.
3. Review of potential medical treatments for middle ear cholesteatoma Matthias Schürmann 1, Peter Goon 1 2, Holger Sudhoff 3
4. Vartiainen E. Factors associated with recurrence of cholesteatoma // J. Laryngol, Otol. - 1995. - Vol, 109. - P. 590-592.
5. Li PM, Linos E, Gurdel R, Fischbein N, Blevins N. Evaluating the utility of non-echo-planar diffusion-weighted imaging in the preoperative evaluation of cholesteatoma: a metaanalysis. Laryngoscope. 2013;123(5):1247-1250. <https://doi.org/10.1002/lary.23759>

УДК: 616.216.1-002

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ И РИНОГЕННЫХ СИНУСИТОВ

Т.Н. Буркутбаева¹, А.Е. Еркін², Д.Е. Төлеубай², Ш.С. Бараков²,
М.Е. Ахшалов³, М.А. Сейітхан⁴

¹Зав. курсом. Оториноларингологии Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», д.м.н.

²Резиденты: Сегизбаева А.М., Елубай Ү.Б., Еңсебай М.Б., Аркарбекова А.К. г.Алматы, Республика Казахстан

³Врач ЧЛХ ГКБ№5

⁴Врач-оториноларинголог ГКБ №5 город Алматы, Казахстан

Автор для корреспонденции: +77783690074, y.avazhan0897@gmail.com

Актуальность проблемы. В Казахстане важной медицинской проблемой остаются синуситы, доля которых в среднем может достигать до 40%, а при одностороннем поражении достигает 70% всех типов риносинуситов [1]. При этом более чем в 40% случаев острого синусита в воспалительный процесс может распространяться в решетчатую, лобную клиновидную пазуху [2].

Среди воспалительных заболеваний околоносовых пазух одна треть принадлежит одонтогенным синуситам. При первичном поражении верхнечелюстного синуса в дальнейшем в патологический процесс нередко вовлекаются другие околоносовые пазухи, что ведет к развитию полисинусита, а также орбитальных и внутричерепных осложнений [3].

Число пациентов с одонтогенными синуситами возрастает вследствие ошибок врачей – стоматологов при лечении зубов (в 80% случаев каналы зубов пломбируются некачественно, в 1,5% случаев развившиеся осложнения связаны с попаданием в пазуху инородных тел» А.Б. Туровский [4].

Цель. Изучить особенности клинического течения, диагностики и тактики лечения хронических синуситов одонтогенной этиологии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в период с 2019 по 2023 годы на базе ГКБ № 5 г. Алматы, обследовано 409 пациентов с диагнозом «хронический одонтогенный риносинусит», методы исследований - эндоскопия придаточных пазух носа, компьютерная томография придаточных пазух носа, 3-Д компьютерная томография придаточных пазух носа, мультиспиральная компьютерная томография, магнито-резонансная томография придаточных пазух носа, лабораторные и гистологические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования выявлено, что самой распространенной формой заболевания за указанный период является «хронический верхнечелюстной синусит» (с иссечением пораженного зубного участка челюсти) - наивысший показатель наблюдался в 2019 году – 65% случай, в 2023 году – 66%. Что касается таких заболеваний как хронический одонтогенный сфеноидальный синусит – 6 % (2019г.), 12% (2020г.), 24,50% (2021г.), 10,50% (2022г.), 14,70% (2023г.). Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит, осложненный фронтитом – 18% (2019г.), 14% (2020г.), 45% (2021г.), 25% (2022г.), 18% (2023г.), хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит, осложненный этмоидитом – 16% (2019г.), 38% (2020г.), 38% (2021г.), 16% (2022г.), 16% (2023г.). Проведенный объем оперативных вмешательств по поводу хронического верхнечелюстного синусита занимает ведущее место: эндоскопическая гайморотомия – 17% (2019г.), 28% (2020г.), 33% (2021г.), 19% (2022г.), 25% (2023г.). Эндоскопическая гайморотомия 12% (2019г.), 35% (2020г.), 35%

(2021г.), 14% (2022г.), 15% (2023г.). Эндоскопическая гайморосфеноидотомия - 5 % (2019г.), 10% (2020г.), 20% (2021г.), 10% (2022г.), 14% (2023г.). Эндоскопическая полисинусотомия - 13% (2019г.), 12% (2020г.), 30% (2021г.), 12% (2022г.), 13% (2023г.).

Применение 3Д компьютерной томографии придаточных пазух носа в комплексной диагностике хронических синуситов позволяет провести дифференциальную диагностику риногенного и одонтогенного риносинусита.

Выводы. Проведенный анализ, а также результаты исследования позволили сделать вывод о том, что одонтогенные хронические синуситы остаются важной проблемой, требующей комплексного подхода в диагностике и лечении заболевания с привлечением специалистов оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов, стоматологов и имплантологов.

Литература

1. Matsumoto Y., Ikeda T., Yokoi H. et al. Association between odontogenic infections and unilateral sinus pacification // *Auris Nasus Larynx*. 2015. Vol. 42. N. 4. P. 288-293.

2. Newsome H.A., Poetker D.M. Odontogenic sinusitis: current concepts in diagnosis and treatment / / *Immunol. Allergy Clin. North Am.* 2020. Vol. 40. N. 2. P. 361-369. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iac.2019.12.012> Epub 2020 Jan 22. PMID:32278457.

3. Т. Г. Нестеренко, Е. В. Хрусталева, В. Х. Гербер Алтайский государственный медицинский университет. Барнаул (Зав. каф. оториноларингологии — проф. Е. В. Хрусталёва) Дифференциальная диагностика одонтогенных и риногенных форм хронического синусита УДК: 616.216-002-079.4 71 с.

4. Туровский А.Б. Диагностические трудности при одонтогенном верхнечелюстном синусите / *Мат. XVII съезда оториноларингологов России.* — СПб, 2006. — С. 350.

УДК: 614.2

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТЕХНОЛОГИЙ BIG DATA В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Т.Б. Бимагамбетов¹, М.А. Камалиев²

¹Казахстанский медицинский университет «Высшая Школа общественного здравоохранения», Алматы, Республика Казахстан, +77755249542, temik200241@gmail.com

²Казахстанский медицинский университет «Высшая Школа общественного здравоохранения», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность (введение). Цифровая трансформация здравоохранения и стремительное развитие информационных технологий привели к накоплению колоссальных объемов медицинских сведений, требующих эффективных методов обработки и анализа [1]. По данным исследований, внедрение технологий больших данных может сократить расходы на здравоохранение на 15-20% при одновременном повышении эффективности лечения [2].

В Казахстане развитие цифрового здравоохранения осуществляется в рамках государственной программы «Цифровой Казахстан» и концепции развития электронного здравоохранения до 2025 года [3]. По данным Министерства здравоохранения РК, к 2023 году более 95% медицинских организаций внедрили информационные системы, что создает фундамент для масштабного применения передовых аналитических инструментов [4].

Несмотря на очевидный потенциал, внедрение технологий обработки масштабных массивов в здравоохранении сопряжено с рядом вызовов, включая обеспечение безопасности персональных данных, стандартизацию форматов информации, развитие соответствующей инфраструктуры и подготовку квалифицированных кадров [5, 6]. В странах СНГ дополнительными барьерами являются недостаточное финансирование и отсутствие единых стандартов обмена медицинскими сведениями.

В этой связи актуальным является исследование текущего состояния и перспектив развития технологий Big Data в здравоохранении, выявление ключевых тенденций и барьеров, а также определение потенциальных направлений их эффективного применения в условиях казахстанской системы здравоохранения.

Цель исследования: анализ современного состояния и определение перспективных направлений развития интеллектуальной аналитики в здравоохранении Республики Казахстан в контексте глобальных тенденций цифровизации медицины.

Задачи исследования:

1. Оценить текущий уровень внедрения технологий Big Data в системе здравоохранения РК;
2. Выявить основные барьеры и определить приоритетные направления развития анализа больших данных в здравоохранении.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось с использованием комплексного подхода, включающего систематический обзор литературы, анализ статистических данных и сравнительный анализ внедрения современных аналитических технологий в здравоохранении.

База исследования охватывала период 2015-2024 гг. и включала: научные публикации из баз данных PubMed, Scopus, Web of Science, отчеты международных организаций (WHO, HIMSS), аналитические отчеты рынка цифровых технологий в здравоохранении.

Методы исследования включали: библиометрический анализ публикационной активности по теме интеллектуальной обработки данных в медицине, количественный анализ статистических показателей внедрения инновационных решений, сравнительный анализ уровня цифровизации здравоохранения в РК и странах СНГ.

Для обеспечения достоверности результатов использовались только верифицированные источники данных с высоким уровнем доказательности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS Statistics 26.0.

Результаты. На основе анализа международных исследований и статистических данных определены ключевые направления применения передовых аналитических инструментов в здравоохранении. Структура распределения технологий обработки информации показывает доминирование клинических исследований (32%) и персонализированной медицины (28%), что отражает глобальные тренды развития здравоохранения (рис. 1).



Рисунок 1 – Распределение применения Big Data в здравоохранении

Выявлена положительная динамика внедрения современных методов анализа в здравоохранении Казахстана. Анализ барьеров внедрения (табл. 1) демонстрирует, что наиболее значимыми препятствиями являются технологические (8,4/10) и финансовые (7,9/10) факторы. При этом наблюдается тенденция к снижению влияния большинства барьеров, за исключением финансовых ограничений, которые сохраняют стабильно высокое влияние.

Таблица 1 – Основные барьеры внедрения Big Data в здравоохранении РК

Категория барьеров	Степень влияния	Тренд изменения
Технологические	Высокая (8,4/10)	↓ Снижение
Финансовые	Высокая (7,9/10)	↔ Стабильно
Кадровые	Средняя (6,7/10)	↓ Снижение

Нормативные	Средняя (6,2/10)	↓ Снижение
Организационные	Низкая (4,5/10)	↓ Снижение

Эффективность внедрения современных аналитических инструментов в медицинских организациях РК подтверждается количественными показателями. Динамика показателей эффективности (рис. 2) демонстрирует устойчивый рост по всем ключевым метрикам: скорость обработки данных увеличилась на 47%, точность диагностики повысилась на 23%, административные затраты снизились на 35%.



Рисунок 2 – Показатели эффективности внедрения Big Data

Выводы (заключение). Проведенное исследование подтвердило первоначальную гипотезу о том, что технологии Big Data являются ключевым драйвером цифровой трансформации здравоохранения Казахстана. Исследование продемонстрировало существенное влияние внедрения инновационных методов обработки информации на повышение эффективности системы здравоохранения, что подтверждается количественными показателями: сокращением времени обработки медицинской документации на 47%, повышением точности диагностики на 23% и снижением административных затрат на 35%.

Анализ показал, что текущий уровень цифровизации медицинских организаций РК (95.8%) создает благоприятные условия для масштабного внедрения передовых аналитических решений. При этом основными сдерживающими факторами остаются недостаточное финансирование и дефицит квалифицированных специалистов.

Полученные результаты могут быть использованы при разработке программ цифровизации здравоохранения и совершенствовании нормативно-правовой базы в области применения современных технологий анализа данных в медицине.

Список использованной литературы:

1. Wang, Y., Kung, L.A., Byrd, T.A. Big data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations // Technological forecasting and social change. – 2018. – Т. 126. – С. 3–13.

2. Баязитов, Е.С. Повышение эффективности менеджмента системы здравоохранения (на примере Северо-Казахстанской области). – 2024. – 124 с.
3. Тлесова Э. Б., Ахтаева С. М. Цифровизация здравоохранения в Республике Казахстан //Россия и Азия. – 2020. – №. 5. – С. 6-13.
4. Ныгметуллин А. М. ЦИФРОВИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОТРАСЛИ. – 2021.
5. Thapa S., Samtpe S. Precision health data: Requirements, challenges and existing techniques for data security and privacy //Computers in biology and medicine. – 2021. – Т. 129. – С. 104130.
6. Hong L. et al. Big data in health care: Applications and challenges //Data and information management. – 2018. – Т. 2. – №. 3. – С. 175-197.

ӘОЖ: 614.25:616-036.882/-089.5

ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙДАҒЫ АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ КАДРЛЫҚ ӘЛЕУЕТІ МЕН ДАМУЫНЫҢ СИПАТЫ

Ш.Ж. Жұманов¹, А.А. Айтманбетова², А.Н. Нұрбақыт³

¹Докторант, С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Қазақстан, Алматы

²Медицина ғылымдарының кандидаты, қауымдастырылған профессор, С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Қазақстан, Алматы

³Медицина ғылымдарының кандидаты, профессор, С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Қазақстан, Алматы

Өзектілігі - Анестезиолог-реаниматологтардың V конгресінде анестезиолог-реаниматологтардың тапшылығы ҚР өңірлері бойынша 45-тен 80% -ға дейін құрайтынын айтты. Бүгінде «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР кодексінің талаптарын ескере отырып, анестезиология және реаниматология бойынша жаңа стандарт әзірленді. Ендігі кезекте, Мемлекет басшысының Қазақстан халқына Жолдауын орындау аясында Ұлттық шұғыл медицинаны үйлестіру орталығын іске қосу маңызды / *Vecher.kz*.

Қазіргі кезеңде медициналық технологиялардың қарқынды дамуы, жазылуы қиын деп саналған ең күрделі аурулар мен жарақаттарды тиімді емдеуге мүмкіндік береді. Денсаулық сақтау практикасына озық медициналық технологияларды кеңінен енгізу анестезиологиялық немесе реанимациялық көмекті талап ететін медициналық манипуляциялар санының ұлғаюымен қатар жүреді. Дәрігер анестезиолог-реаниматолог барлық медициналық мамандықтардың ішінде ең көп жауапкершілікті талап ететін мамандықтардың бірі болып саналады [1]. Анестезиолог-реаниматологтар науқастың өмірін сақтап қалудың алдыңғы қатарында бола отырып, сонымен бірге олардың қызметін қатаң бақылауға және бағалауға ұшырап, экстремалды эмоционалды күйзеліске ұшырайды. Бұл мамандардың тапшылығы пациенттердің олардың жұмысына деген шамадан тыс талаптарымен және олар көтеретін тәуекелдермен байланысты. Жиі жағдайда, анестезиолог-реаниматологтар, акушер-гинекологтар мен педиатрлар қылмыстық және әкімшілік жауапкершілікке тартылады, ал жас мамандарды мұндай жауапкершіліктер мен қиындықтарға толы тәуекелдер ойландырады [2-7].

Зерттеу жұмысының мақсаты - Анестезиология және реаниматология бейіні бойынша маман ресурстары мен қызметін кешенді бағалау негізінде кадрлық жоспарлау және қамтамасыз етуді оңтайландыруды ғылыми негіздеу болып табылады.

Зерттеу жұмысының міндеттері - Анестезиология және реаниматология қызметін маман ресурсымен қамтамасыз етуді, әлеуметтік-кәсіби дамуының заңдылық негіздерін ретроспективті талдау.

Қазақстан аймақтарындағы анестезиолог-реаниматологтардың мотивациялық көзқарастарын және олардың қызметіндегі кадрлық резервін талдау.

Пациенттерге медициналық көмек көрсетудегі анестезиолог-реаниматолог дәрігерлердің кәсіби функцияларын іске асыру ерекшеліктерін анықтау.

Медициналық мекемелерде осы бейіндегі мамандарды жоспарлау және қамтамасыз ету бойынша іс-шаралар кешенін әзірлеу және ғылыми негіздеу.

Мәліметтер мен зерттеудің әдістемесі - Ретроспективті талдау элементтерін қолдана отырып көлденең зерттеу жүргізіледі. Яғни бейінді мамандармен қамтамасыз етудегі ағымдағы динамикалық өзгерістерді және мамандардың кәсіби қызмет сапасына әсер ететін ерекшеліктерді бақылауға және бағалауға мүмкіндік береді.

Зерттеуде ҚР анестезиология-реаниматология саласындағы халыққа көмекті ұйымдастыру бойынша нормативтік-құқықтық құжаттарды зерделеу орындалатын болады.

Сонымен қатар анестезиология-реаниматология саласындағы жетекші мамандардың іргелі және қолданбалы жұмыстарына контент анализ жүргізіледі.

Зерттеу нәтижелері - ҚР анестезиология-реаниматология мамандармен қамтамасыз ету көрсеткіштері кестеде келтірілген статистикалық мәліметтерге назар аударатын болсақ

Қалалар-дың атаулары	1998ж	2003ж	2008ж	2013ж	2018ж	2023ж
ҚР	1937 (1.2)	1713 (2.0)	2206 (1.4)	2651 (1.5)	2653 (1.5)	3187 (1.6)
Астана қаласы	84 (3.0)	112 (2.2)	201 (3.1)	355 (4.4)	373 (4.4)	466 (3.3)
Алматы қаласы	235 (3.2)	224 (1.9)	391 (2.9)	466 (3.1)	487 (3.1)	651 (2.9)
Шымкент қаласы	228 (1.1)	209 (2.5)	309 (1.3)	390 (1.3)	324 (1.3)	271 (1.3)

2013–2023 жылдардағы динамика бойынша анестезиолог-реаниматологтар саны ұлғаю тенденциясына қарамастан, халық санының өсуіне байланысты ірі қалаларда қамтамасыз ету көрсеткішінде ілгерілеу болған жоқ. Халықты анестезиолог-реаниматологтармен қамтамасыз ету көрсеткіші 2013 жылы республика бойынша тұтастай алғанда 10 000 тұрғынға шаққанда 1,5 құрады және он жыл ішінде динамика бойынша шамамен сол деңгейде қалды (2023ж. – 1,5).

Қорытынды - Анестезиолог-реаниматолог мамандығы өте маңызды әрі бүгінгі таңда жақсы сұранысқа ие. Бірақ медицинаның бұл саласындағы жұмыс эмоционалды, физикалық, психологиялық және экономикалық сипаттағы белгілі бір қиындықтарды қамтиды. Денсаулық сақтау саласының кезек күттірмейтін міндеті – арнайы медициналық көмек көрсететін мамандандырылған мамандар тапшылығы мәселесін шешу. Осыған орай, отандық денсаулық сақтаудағы, бүгінде, 45-80% анестезиолог-реаниматолог маман тапшылығын құрап отырған мәселені шешуде, медициналық жоғары оқу орындарында «Ересектер мен балаларға арналған анестезиология және реаниматология» мамандығы бойынша 821 болашақ маман даярлануда. Өткен жылы осы бейіндегі бітіруші дәрігерлер саны – 169 адамды құраса, 2023 жылы – 329 анестезиологты, 2024 ж. – 323 маман шығару жоспарлануда.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Кожин, С.А. Результаты межвузовского анкетирования студентов-выпускников медицинских вузов о выборе специальности анестезиология-реаниматология / С.А. Кожин, Д.С. Богданова //Проблемы городского здравоохранения /Сборник научных трудов. Под редакцией Н.И. Вишнякова. - Сер. Выпуск 24 – 2019. – С. 90-93.

2. Сейдуанова Л.Б., Датхаев У.М., 2023 Қазақстан Республикасындағы анестезиолог реаниматолог дәрігерлермен қамтамасыз етілу мәселелері мен перспективалары – Алматы 2024. – С. 33-37.

3. Характеристика психических состояний врачей анестезиологов-реаниматологов в экстремальных условиях деятельности / М. В. Корехова, И. А. Новикова, А. Г. Соловьев, М. Ю. Киров // Личностные и регуляторные ресурсы достижения образовательных и профессиональных целей в эпоху цифровизации : Материалы международной научно-практической онлайн-конференции, Москва, 22–23 октября 2020 года. – Москва: Знание-М, 2020. – С. 863-876. – EDN DCFPGK.

4. The dynamics of the development of the load on the anesthesiology and critical care services in a large city/ A.Y. Apresyan; N.I. Vishnyakov; K.S. Klyukovkin; M.V. Okulov; S.A. Kozhin // Revista Geintec-Gestao Inovacao E Tecnologias– 2021– – Vol. 11 No. 4– P. 863-872.

5. Говорова, Н.В. Проблемы и перспективы подготовки анестезиологов-реаниматологов в Омском регионе / Н.В. Говорова [и др.] // Омский научн. вестн. – 2015. – № 1 (135). – С. 25–29.

6. Давыдова, Н.С. Инновационные подходы к оценке качества подготовки анестезиологов-реаниматологов в ординатуре / Н.С. Давыдова [и др.] // Мед. образ. и проф. развитие. – 2016. – № 4 (26). – С. 31–38.

7. Кожин С.А. Потенциал развития анестезиолого-реаниматологической службы Санкт-Петербурга на современном этапе / С.А. Кожин// Никифоровские чтения – 2019: передовые медицинские технологии: Сборник материалов научно-практической конференции молодых ученых и специалистов, Санкт-Петербург, Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 12 сентября 2019 г. / СПб.: Политехника сервис, 2019. – С. 63-65.

УДК: 613.1.12

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ НА УРОВЕНЬ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Р.А. Таубаева¹, А.Р. Рыскулова², М.З.Сарсенбаева³

¹Магистрант образовательной программы «Медико-профилактическое дело» Казахский медицинский университет "ВШОЗ", г.Алматы, Казахстан, rtaubayeva@bk.ru

²Профессор кафедры общественного здравоохранения и социальных наук, Казахский медицинский университет "ВШОЗ", г. Алматы, Казахстан, g.alma@bk.ru.

³К.м.н., старший преподаватель кафедры Общественного здравоохранения и социальных наук, Казахский медицинский университет "ВШОЗ", г. Алматы, Казахстан, maira.sarsenbaeva@mail.ru.

Автор-корреспондент: Магистрант образовательной программы «Медико-профилактическое дело» Казахский медицинский университет "ВШОЗ", г.Алматы, Казахстан, rtaubayeva@bk.ru, +7 7016664933.

Актуальность. Загрязнение атмосферного воздуха является одной из ключевых экологических проблем, оказывающих значительное влияние на здоровье населения. По данным ВОЗ, в 2016 году это стало причиной более 4 млн преждевременных смертей [1,2]. Основные загрязнители воздуха — ТЧ_{2,5}, NO₂, O₃ и другие, образуемые в результате выбросов промышленных предприятий, транспорта и бытового сжигания топлива [3,4]. Влияние загрязнений включает развитие респираторных, сердечно-сосудистых и других заболеваний [5,6].

Цель работы: является изучение влияния загрязнения атмосферного воздуха на уровень неинфекционной заболеваемости населения.

Материалы и методы исследования: Проведен литературный обзор оригинальных и обзорных статей за последние 10 лет (2014–2023 гг.). Использовались базы данных PubMed, PMC, Google Scholar, E-library.ru. Исключались исследования, касающиеся загрязнения воздуха в помещении, производственных зон, а также недоступные публикации.

Ожидаемые результаты: Основные источники загрязнения: промышленные предприятия, автотранспорт и сжигание ископаемого топлива. ТЧ_{2,5} и ТЧ₁₀ признаны наиболее опасными для здоровья, так как они проникают глубоко в легкие и кровоток [7]. В некоторых регионах (Китай, США, Россия) загрязнение связано с миллионами смертей [8, 9]. Быстрая урбанизация и рост энергетического потребления усиливают эту проблему [10–13].

Вывод. Загрязнение воздуха представляет глобальный кризис. Требуются срочные меры для контроля выбросов, внедрения экологических технологий и защиты здоровья населения.

Список использованной литературы

1. Agnieszka Gruszecka-Kosowska. Assessment of the Kraków inhabitants' health risk caused by the exposure to inhalation of outdoor air contaminants. *Stoch Environ Res Risk Assess.* 2018;32:485–499. doi:10.1007/s00477-016-1366-8.

2. Каташинская ЛИ, Суппес НЕ. Анализ источников загрязнения атмосферного воздуха в городе Ишиме и влияние химического загрязнения атмосферы на здоровье населения. *Известия Самарского Научного Центра Российской Академии Наук.* 2016;18 suppl2(3):697–701.

3. Варгузина МС, Бородкина ТА. Основные источники загрязнения атмосферного воздуха в Воронежской области. Территория науки. 2014;1:110–119.
4. Сучков ВВ. Комплекс мероприятий по снижению загрязнения атмосферы в городах. Проблемы медицины в современных условиях: Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2014;100–102.
5. Молодцов ВА, Гуськов АА. Определение выбросов загрязняющих веществ от автотранспорта (методические указания). Тамбов: Изд-во ФГБОУ ВПО «ТГТУ» 2014:22.
6. Kalender SS, Alkan GB. Air pollution. Handbook of Environmental Materials Management. 2018;1–18. doi:10.1007/978-3-319-58538-3.
7. Shvec ON. Formirovanie chrezvychajnoj situacii v usloviyah stacionarnoj raboty predpriyatij v ramkah jekologicheskogo monitoringa. Sovremennye materialy, tehnika i tehnologii 2016;4(7):185–194. (In Russian)
8. Miriam EM, Amir SJ, Patrick LK, Ruth SD. Extreme Air Pollution in Global Megacities. Current Climate Change Reports. 2016;2:15–27. doi: 10.1007/s40641-016-0032-z.
9. Rohde RA, Muller RA. (2015). Air Pollution in China: Mapping of Concentrations and Sources PLOS ONE 2015;10(8). doi:10.1371/ journal.pone.0135749.
10. Лежнин ВЛ, Коньшина ЛГ, Сергеева МВ. Оценка для здоровья детского населения, обусловленного загрязнением атмосферного воздуха выбросами автотранспорта, на примере г. Салехарда. Гигиена и санитария. 2014;1:83–86.
11. Березин ИИ, Сергеев АК. Загрязнение атмосферного воздуха как фактор развития болезней дыхательной системы. Здоровье населения и среда обитания. 2018;1(298):7–10.
12. Ляпкало АА, Дементьев АА, Цурган АМ. Методические подходы к оценке загрязнения атмосферного воздуха населенных мест выбросами автомобильного транспорта. Гигиена и санитария. 2014;2:100–102.
13. Молодцов ВА, Гуськов АА. Определение выбросов загрязняющих веществ от автотранспорта (методические указания). Там- бов: Изд-во ФГБОУ ВПО «ТГТУ» 2014:22.

ӘОЖ: 616-006.52-053.5+615.371

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ 9-13 ЖАС АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ АТА-АНАЛАРЫНЫҢ АДАМ ПАПИЛЛОМАВИРУСЫНА ҚАРСЫ ВАКЦИНАЦИЯҒА ДАЙЫНДЫҒЫН БАҒАЛАУ (ШОЛУ)

М.Т. Рахметулла, Г.Е. Айымбетова, Ж.А. Қожжекенова

С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Почта: maira.rakhmetulla@bk.ru, 87478212703

Адам папилломавирусы (АПВ) – жасөспірімдер арасында кең таралған вирустардың бірі, ол жатыр мойны қатерлі ісігі сияқты қауіпті аурулардың негізгі себептерінің бірі болып табылады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) мен көптеген дамыған елдер АПВ-ға қарсы вакцинацияны жасөспірімдерді қорғаудың тиімді тәсілі ретінде ұсынып келеді. Бұл вакцинаның ерте жаста енгізілуі болашақта түрлі онкологиялық аурулардың алдын алуға мүмкіндік береді [1].

Бүгінгі таңда Қазақстанда адам папилломасы вирусына (АПВ) қарсы вакцинамен 11-13 жас аралығындағы 54,5 мыңнан астам қыз егілді.

Қазан айының басынан бастап республикада әр жерде жатыр мойны обырының негізгі қоздырғышы адам папилломасы вирусына (АПВ) қарсы 11 жастағы қыздарға вакцинациялау жүргізілуде. Сондай-ақ, 12 жастан 13 жасқа дейінгі қыздарға арналған толтыру иммундауы жүргізілуде [2-4].

Адамнан адамға АПВ вирусы келесі жолдармен беріледі:

1) байланыс-тұрмыстық тәсілмен.

АПВ қол алысу, сүйісу, терінің зақымдануы арқылы берілуі мүмкін. Вирус ылғалды ортада тез таралады, сондықтан қоғамдық орындарға – сауналарға, ванналарға, спортзалдарға, дәретханаларға, бассейндерге барған кезде мұқият болу керек.

2) жыныстық жолмен.

Жыныстық жолмен берілетін вирустардың онкогендік типтері гениталийде орналасқан үшкір ұшты сүйелдерді тудырады.

3) туған кезде тікелей беріледі.

Вирус туған кезде анадан балаға босану жолы арқылы өту кезінде беріледі. Сүйелдер көбінесе нәрестелерде өмірдің алғашқы жылдарында аузында немесе терісінде пайда болады.

4) өзіне-өзі жұқтыру арқылы. Жиі жағдайда қырыну немесе эпиляция кезінде АПВ дененің бір аймағынан екіншісіне ауысады [5, 6].

Өңірлердің арасында АПВ-ға қарсы вакцинациялау бойынша Түркістан облысы көш бастап тұр, онда 11,1 мыңнан астам қыз егілді, Шымкент қаласында 5,3 мыңнан астам оқушы, Қарағанды облысында 4,3 мыңнан астам, Жамбыл облысында 4 мыңнан астам, Астанада 3,7 мыңнан астам қыз вакцинацияланды.

Вакцинацияланғандардың арасында иммундаудан кейін қолайсыз көріністер тіркелген жоқ [7, 8].

Қазақстанда екпелер мектептердің медициналық кабинеттерінде ата-аналарының немесе заңды өкілдерінің ақпараттандырылған келісімін алғаннан кейін жүргізіледі. Ата-аналардың өтініші бойынша вакцинациялау тіркелген жері бойынша емханаларда да жүргізілуі мүмкін.

АПВ-ға қарсы профилактикалық вакцинациялау жатыр мойны обыры мен басқа да онкологиялық аурулардың дамуына жол бермейді [9].

Қазақстанда жатыр мойны обыры (ЖМО) барлық жастағы әйелдердің арасында сүт безі обырынан кейінгі екінші және фертильдік жастағы (25-44 жас) әйелдердің сүт безі обырынан кейінгі өлімінің екінші себебі болып табылады.

Қазақстанда, оның ішінде Алматы қаласында, адам папилломавирусына қарсы вакцинацияны енгізу мен оны қолдауға арналған ұлттық бағдарламалар бар. Дегенмен, ата-аналардың осы вакцинацияға деген көзқарасы, ақпараттандырылуы және олардың бұл екепге дайындығы маңызды фактор болып табылады. Вакцинацияға қатысты сенімсіздік, ақпараттың жеткіліксіздігі және жалған мәліметтердің таралуы ата-аналардың бұл процесті қабылдауына кері әсерін тигізуі мүмкін. Сондықтан Алматы қаласындағы 9-13 жас аралығындағы жасөспірімдердің ата-аналарының АПВ-ға қарсы вакцинацияға дайындығын зерттеу өте өзекті мәселе болып табылады [10].

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Бектасова, Г. (2021). «Адам папилломавирусының эпидемиологиясы мен вакцинациясы». *Қазақстан медицинасы журналы*, 5(3), 45-50.
2. Сеитова, Д. (2020). «Жасөспірімдер арасында АПВ вакцинациясының маңызы». *Жастар және денсаулық*, 2(1), 15-22.
3. Косымова, А. (2019). «Вакцинация: ата-аналардың көзқарасы». *Медицина және қоғам*, 12(4), 78-83.
5. Кенжебаев, Н. (2023). «Вакцинацияға дайындық: Алматы қаласының тұрғындары арасындағы зерттеу». *Қоғам және денсаулық*, 8(2), 34-40.
6. Мудунов А.М. Вирус папилломы человека – новый этиологический фактор в развитии рака органов головы и шеи. Проблемы и перспективы их решения. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018;17(5):100-105. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2018-17-5-100-105>
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA A Cancer J Clin*. 2021 May;71(3):209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
8. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2022, 252 с. Доступно по: https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2022/11/zlokachestvennye-novoobrazovaniya-v-rossii-v-2021-g_zabolevaemost-i-smertnost.pdf. Дата обращения: 28.11.2023.
9. Okuma K, Yamashita H, Yokoyama T, Nakagawa K, Kawana K. Undetected human papillomavirus DNA and uterine cervical carcinoma: Association with cancer recurrence. *Strahlenther Onkol*. 2016 Jan;192(1):55-62. <https://doi.org/10.1007/s00066-015-0909-0>
10. Mkrtchian L, Zamulaeva I, Krikunova L, Kiseleva V, Matchuk O, Liubina L, et al. HPV Status and Individual Characteristics of Human Papillomavirus Infection as Predictors for Clinical Outcome of Locally Advanced Cervical Cancer. *J Pers Med*. 2021 May 27;11(6):479. 1. Мудунов А.М. Вирус папилломы человека – новый этиологический фактор в развитии рака органов головы и шеи. Проблемы и перспективы их решения. Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018;17(5):100-105. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2018-17-5-100-105>

УДК: 614.446

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И КОНТРОЛЯ ЗА ИЕРСИНИОЗАМИ

Ұ. Әлмуханбетқызы¹, М.А. Баймуратова², А.Р. Рыскулова³

¹Магистрант 1-го курса специальности «Медико-профилактическое дело», кафедра «Общественное здоровье и социальные науки», Казахский Медицинский Университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Казахстан

7 700 278 79 08, ulpanalm@mail.ru .

²К.м.н., ассоциированный+ профессор, профессор кафедры «Общественное здоровье и социальные науки», Казахский Медицинский Университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Казахстан, 7 705 830 10 07, mairash@list.ru

³К.м.н., ассоциированный профессор, заведующая кафедрой «Общественное здоровье и социальные науки», Казахский Медицинский Университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Казахстан, 7 701 526 28 69, r.alma@bk.ru

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире сохраняется напряженная эпидемическая ситуация по карантинным и особо опасным инфекциям. На основании свод анализа отечественные исследователи сделали вывод, что система противозидемической службы Казахстана, в целом, находится на хорошем уровне, обладает высокой чувствительностью, достаточно своевременна и репрезентативна. Однако на фоне массового заболевания людей коронавирусной инфекцией существует необходимость продолжения модифицирования системы надзора.

Иерсиниоз широко распространен во многих странах, в различных климатических зонах. Причиной заболевания являются полиморфные грамтрицательные палочки семейства Enterobacteriaceae — *Y. enterocolitica* и *Y. Pseudotuberculosis*. К наиболее общим чертам, характерным для данных возбудителей, обладающих не только сапрофитическими, но и паразитическими свойствами, относятся: – полиадаптивность, т. е. способность выживать и размножаться в различных экологических условиях, например на объектах окружающей среды и в организмах теплокровных животных и человека; – полигостальность, т. е. способность инфицировать большое количество видов животных, простейших, растений, водорослей; – широкая метаболическая приспособляемость, которая обеспечивает возможность существования в разных экологических нишах.

Эпидемиологический надзор и контроль за инфекциями, такими как иерсиниоз, представляют собой ключевые аспекты в обеспечении общественного здоровья, особенно в условиях мегаполиса, где территория с высокой плотностью населения сопряжена с увеличением риска передачи инфекций. Эффективное управление этими инфекциями требует глубокого понимания их эпидемиологии, а также уровня знаний среди медицинского персонала и населения.

Цель данного исследования заключается в комплексной оценке эпидемиологического контроля и надзора кишечного иерсиниоза, а также профилактике и диагностике данной инфекции.

Материалы и методы. Были проанализированы отечественные и зарубежные исследования, посвящённые эпидемиологическому надзору и контролю иерсиниоза, а также их эпидемиологии и мерам профилактики. Для этого использовались данные из международных научных баз, таких как PubMed, Medline, Springer, Elibrary и Google Scholar. Эти ресурсы позволили получить информацию о современном состоянии

проблемы иерсиниозов в разных странах и оценить применяемые методы его профилактики.

Результаты. Иерсиниоз имеет значительные экономические последствия из-за расходов на здравоохранение и ветеринарию, производительности и потерь скота, торговых ограничений, отзывов продуктов питания и необходимости соблюдения нормативных требований и мер общественного здравоохранения. В 2022 году иерсиниоз был четвертой по частоте желудочно-кишечной инфекцией в ЕС/ЕЭЗ, с 8037 подтвержденными случаями в 27 странах [1,2,3]. В республике Казахстан за 2023 год зарегистрировано 17 случаев заболевания, с показателем заболеваемости 0,09 на 100 тысяч населения, Наиболее неблагополучными по заболеваемости были, г. Алматы (8), Шымкент (2), Астана (1), Жетысу (1), Северно Казахстанская (4), Кызылординская области (1). Из них наибольшее количество случаев наблюдалось в г. Алматы — 8 случаев, что составляет более половины от общего числа зарегистрированных. Таким образом, город Алматы стал лидером по количеству случаев заболевания иерсиниозом в стране [4]. Кишечный иерсиниоз был зарегистрирован во всем мире, причем самая тяжелая эпидемия была в Европе, где в 2019 году он был четвертым по распространенности зоонозным заболеванием [5]. В России для выделения *Y. enterocolitica* в качестве дифференциально-диагностических сред применяют среду Эндо, однако работа с этой средой требует высокого профессионализма бактериолога ввиду обильного роста посторонней микрофлоры и затруднения дифференциации колоний иерсиний от других энтеробактерий [6]. Разнообразие биологических свойств иерсиний, их различная эпидемиологическая значимость (иерсинии входят в I, III и IV группы патогенности), групповая заболеваемость иерсиниозами в организованных коллективах, мобильность генов вирулентности и изменение патогенных свойств иерсиний от штамма к штамму обуславливают необходимость проведения микробиологического мониторинга с прогностической составляющей в новых социально-биологических условиях [7]. Выявление, диагностика и лечение иерсиниозов, безусловно, является серьезной проблемой, прежде всего, для врачей-инфекционистов, эпидемиологов, бактериологов [8].

Выводы. Эпидемиологический контроль и надзор за кишечным иерсиниозом являются важнейшими инструментами для предотвращения вспышек инфекции и защиты здоровья населения. Регулярное мониторирование заболеваемости и своевременное выявление очагов инфекции помогают оперативно принимать меры по контролю за распространением заболевания и снижению его последствий. Эффективная диагностика, включая культуральные и бактериологические методы, играет ключевую роль в точном и быстром установлении диагноза, что позволяет своевременно начать лечение и предотвратить ложные результаты. Кроме того, важным аспектом является повышение осведомленности населения о путях передачи инфекции и мерах профилактики. Регулярное информирование и обучение людей может способствовать снижению заболеваемости и соблюдению санитарных норм. Также необходимо проводить регулярное обучение медицинских работников первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с целью повышения их знаний о клинико-эпидемиологических особенностях иерсиниозов.

Литература.

1. ECDC. Annual epidemiological report for 2022. — Stockholm: ECDC, 2022.
2. Hordofa D. L. Review on yersiniosis and its public health importance. // Int J Vet Sci Anim Husbandry. — 2022. — Vol. 6, № 6. — P. 37–41. — DOI: [10.22271/veterinary.2021.v6.i6a.449](https://doi.org/10.22271/veterinary.2021.v6.i6a.449).
3. Yue, Y., Zheng, J., Sheng, M. et al. Public health implications of *Yersinia enterocolitica* investigation: an ecological modeling and molecular epidemiology study. // Infect Dis Poverty. — 2023. — Vol. 12. — P. 41. — DOI: [10.1186/s40249-023-01063-6](https://doi.org/10.1186/s40249-023-01063-6).
4. Форма отчетной документации в области здравоохранения «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях» подготовленная филиалом «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на

ПХВ НЦОЗ МЗ РК согласно Приложения 1 к приказу МЗ РК от 22 декабря 2020 года № МЗ РК-313/2020. — 2024.

5. Yue, Y., Zheng, J., Sheng, M. et al. Public health implications of *Yersinia enterocolitica* investigation: an ecological modeling and molecular epidemiology study. // *Infect Dis Poverty*. — 2023. — Vol. 12. — P. 41. — DOI: [10.1186/s40249-023-01063-6](https://doi.org/10.1186/s40249-023-01063-6).

6. Чеснокова М. В., Климов В. Т., Каримова Т. В., Загоскина Т. Ю., Панин А. Л. Лабораторная диагностика псевдотуберкулёза и кишечного иерсиниоза. // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 2021. — Т. 26, № 5. — С. 224–237. — DOI: 10.17816/EID108746.

7. Панин А. Л., Краева Л. А., Сбойчаков В. Б., Белов А. Б., Болехан В. Н., Власов Д. Ю., Ценева Г. Я. Микробиологический мониторинг иерсиний как основа санитарно-эпидемиологического надзора за иерсиниозами в организованных коллективах. // *Инфекция и иммунитет*. — 2024. — № 3. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mikrobiologicheskij-monitoring-iersiniy-kak-osnova-sanitarno-epidemiologicheskogo-nadzora-za-iersiniozami-v-organizovannyh>

8. Калинина Э. Н., Емельянова А. Н., Кижло Л. Б., Чупрова Г. А., Нахапетян Н. А. Клиническое наблюдение особенностей течения кишечного иерсиниоза. // *БМЖ*. — 2024. — № 2. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskoe-nablyudenie-osobnostey-techeniya-kishechnogo-iersinioza>

МЕКТЕПТЕГІ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ОРТАСЫН ЖЕТІЛДІРУ ТӘСІЛДЕРІН ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕУ

Л.С. Тиленова¹, Ж.А. Кожекенова², Г.Е. Аимбетова³

¹«Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша 1 курс докторант, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9730-4629>, почта:logy89@mail.ru. С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ. Қазақстан

²«Қоғамдық денсаулық сақтау» кафедрасының меңгерушісі, м.ғ.к., С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ. Қазақстан

³«Қоғамдық денсаулық сақтау» кафедрасының қауымдастырылған профессоры, м.ғ.к., С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ. Қазақстан

Өзектілігі. «Денсаулық сақтау ортасы» сияқты терминді түсіну үшін оның қалыптасуына негізделген ұғымдарды қарастырған жөн. Бұл мәселенің басты факторы – адам денсаулығы. «Денсаулық» ұғымы принцип бойынша қалыптасты – сау дегеніміз яғни, науқас емес. Балалар мен жасөспірімдердің, оқушы жастардың денсаулығын сақтау Мемлекет басшысы мен ел үкіметі саясатының маңызды құрамдас бөлігі болып табылады [1]. Сондықтан еліміздің әлеуметтік дамуына қатысты негізгі құжаттарда, Денсаулық сақтау, білім беру, дене шынықтыру және спортты дамытудың соңғы уақытта қабылданған заңдары мен мемлекеттік бағдарламаларында, Қазақстан Республикасы Президентінің Жолдауларында айтылған. 2023-2024жж. ғалымдардың деректері бойынша созылмалы патологиясы бар балалар саны екі есеге (11,8% - дан 26,9% - ға дейін), ал денсаулық жағдайында ауытқулары жоқ балалар саны үш есеге (5-6% - ға дейін) азайды. Оқушылар арасында олардың саны 10-12% - дан аспайды [2,3]. Сонымен қатар, ғалымдар атап өткендей, функционалдық бұзылулар мен созылмалы аурулардың тез өсуі байқалады. 7-9 жастағы оқушылардың жартысы және жоғары сынып оқушыларының 60% - дан астамы созылмалы ауруға шалдыққан. Созылмалы патологияның құрылымы өзгерді. Аскорыту органдары ауруларының үлесі екі есе, тірек – қимыл аппараты (сколиоз, остеохондроз, жалпақ табанның асқынған түрлері) төрт есе, бүйрек және зәр шығару жолдарының және көру органдарының аурулары үш есе өсті [4]. Бірнеше диагнозы бар мектеп оқушыларының саны артты. 7-8 жастағы оқушыларда орта есеппен екі диагноз, 10-11 жаста – үш диагноз, 16-17 жаста – 3-4 диагноз, ал жасөспірім орта мектеп оқушыларының 20% – 5 немесе одан да көп функционалдық бұзылулар мен созылмалы аурулар тарихы бар. Жоғарыда аталған барлық факторлардың теріс әсері білім беру мекемелерінде профилактикалық және сауықтыру жұмыстарын жүргізуді талап етеді. Білім беру мекемелерінің басым міндеті денсаулық сақтау ортасын қалыптастырудың тиімді тәсілдерін әзірлеу болуға тиіс. Бұл ретте оқушылардың денсаулығын сақтауға және нығайтуға, денсаулықты сақтайтын мінез-құлқы дағдыларын игеруге мотивация қалыптастыруға бағытталған педагогикалық әдістер мен әдістерді іске асырудағы негізгі нұсқаушысы болып табылатын педагогтардың ұстанымы өте маңызды [5,6].

Денсаулық сақтау мінез-құлқы білім алушы жастардың, болашақ жас мамандардың күнделікті өмірінде басымдыққа айналуы тиіс. Өмір сүру сапасын жақсарту денсаулық сақтау ортасын құрмай қалыптастыру мүмкін емес. Оқу процесінде өсіп келе жатқан ақпарат ағыны оқу және тәрбие процесін байланыстыратын және кәсіби құзыреттіліктің жоғары деңгейіне ие және кәсіби қызметпен байланысты жоғары жүктемелерге төтеп бере алатын жас маманды қалыптастыруға бағытталған инновациялық білім беру ортасын құруды талап етеді. Осылайша, заманауи инновациялық технологияларды қолдану арқылы оқыту мен тәрбиені біріктіретін және білім беру мекемесінің денсаулығын сақтау

ортасын қалыптастыруға ықпал ететін білім беру процесін оңтайлы ұйымдастыру қажет [7,8].

Зерттеудің мақсаты Мектептегі білім беру жүйесіндегі денсаулық сақтау технологияларын жетілдіру үшін қауіп факторларын зерттеу

Зерттеудің міндеттері

1. Орта білім беру жүйесінде денсаулық сақтау технологияларына контент талдау жүргізу

2. Денсаулыққа әсер ететін қауіп факторларын анықтау үшін оқушылардың өмір салтын зерттеу.

3. Оқушылардың денсаулығына әсер ететін санитарлық-гигиеналық және медициналық-әлеуметтік факторларға бағалау жүргізу

4. Орта білім беру жүйесінде денсаулық сақтау ортасын қалыптастыру.

Зерттеудің әдістері:

■ Оқу жүктемелерінің балалар мен жасөспірімдердің жас ерекшеліктеріне және жеке ерекшеліктеріне сәйкестігін зерттеу үшін оқу кестесін бағалау және оқушылардың жұмысқа қабілеттілігін анықтау қажет.

■ Ақпараттық-коммуникациялық технологиялар (АКТ) құралдарын пайдалана отырып сабақтарға қойылатын гигиеналық талаптарды зерделеу үшін және оқу сыныптарында ЭМӨ өлшемдері жүргізілетін болады.

■ Оқушылардың денсаулық жағдайын кешенді бағалауды жүзеге асыру үшін медициналық тексерулердің нәтижелері, антропометриялық өлшеулер қажет.

■ Мектептегі тамақтануды ұйымдастыруды зерттеу үшін мектеп асханасының құжаттамасы қажет (мәзір-орналасу, технологиялық карталарды зерттеу, бракираж журналы)

Зерттеудің көлемі: 2500 оқушы, Алматы қаласының 8 ауданынан 1 мектептен алынады

Зерттеудің нысаны: Алматы қаласы 8 ауданының жалпы орта білім беретін мектеп

Зерттеу нәтижелері оқушылардың денсаулығына әсер ететін санитарлық-гигиеналық және әлеуметтік-медициналық факторларды бағалау үшін пайдаланылуы мүмкін. Күтілетін әлеуметтік-экономикалық әсер санитарлық-гигиеналық және әлеуметтік-медициналық факторларды зерделеу арқылы Қазақстан Республикасының өскелең ұрпағының денсаулығын сақтау және нығайту үшін Қазақстандағы орта білім беру жүйесіндегі Денсаулық сақтау технологияларын жетілдіруге мүмкіндік береді.

Қорытынды. Білім беру саласында мектеп оқушыларының денсаулық ортасын қалыптастыру кешенді тәсілді, денсаулық көрсеткіштерінің сапасын үнемі жақсартуды талап ететін көп өлшемді міндет болып табылады. Денсаулық сақтау, мінез-құлқы білім алушы жастардың, болашақ жас мамандардың күнделікті өмірінде басымдыққа айналуы тиіс. Өмір сүру сапасын жақсарту денсаулық сақтау ортасын құрмай қалыптастыру мүмкін емес. Зерттеудің түпкілікті нәтижесі Қазақстан Республикасының өскелең ұрпағының денсаулығын сақтау және нығайту үшін білім алушыларға жеке көзқарастарды ескере отырып, орта білім беру жүйесінде денсаулық сақтау ортасын қалыптастырудың қалыптасқан моделі болады.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Закревская, Н.Г. Здоровый образ жизни и социальное здоровье / Н.Г. Закревская // Спортивная деятельность в контексте социального здоровья. – СПб., 2015. – С. 90–103.

2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы <http://adilet.zan.rzrus/docs/U1000001113>.

3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016- 2019 годы <http://adilet.zan.rzrus/docs/P1800000634>.

4. Шириева, З.Ш. Ориентация студентов на здоровый образ жизни как основа физического воспитания / З.Ш. Шириева // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 18. – С.22–28.

5. Нугманова Ж.С., Жангиреев В.А., Каримов Н.И. Методические рекомендации для школ, организаций социальной защиты и здравоохранения. – Алматы, 2021. – 52 с.

6. Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы: утв. 26 декабря 2019 года, No 982. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года, No 725 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs.10.09.2020>.

7. Абильдина А., Утемисова Л., Куттымуратова А. Реализация принципов укрепления здоровья и благополучия в школах Казахстана в контексте существующих условий // <https://www.schoolsforhealth.org/resources/materials-and-tools/how-be-health-promoting-school19.09.2022>.

8. Darlington E.J., Violon N., Jourdan D. Implementation of health promotion programmes in schools: an approach to understand the influence of contextual factors on the process? // BMC Public Health. – 2018. – Vol. 18. – P. 163-1-163-17.

ӘОЖ: 614.2

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ЭЛЕКТРОНДЫҚ ЖҮЙЕЛЕР ТУРАЛЫ СТУДЕНТТЕРДЫҢ ХАБАРДАРЛЫҚ ДЕҢГЕЙІН АНЫҚТАУ

Т. Жавьясхан¹, Р.Е. Мажанова²

¹ЖШС «Профессор Рузуддиновтың жоғары медициналық-стоматологиялық колледжі», Алматы, Қазақстан, udutasha@mail.ru, +77478375682.

²ЖШС «Профессор Рузуддиновтың жоғары медициналық-стоматологиялық колледжі», Алматы, Қазақстан, mazhanovar@mail.ru, +77778280188.

Зерттеудің өзектілігі. КМАЖ енгізу медициналық деректерді қағазсыз басқаруға көшуге мүмкіндік береді. 2018 жылдың қаңтар айынан бастап үш жылда медициналық құжаттарды қағазсыз басқаруды енгізу басталған облыстар – Ақмола, Қостанай, Батыс Қазақстан. Қазіргі уақытта осының ішінде Жоба бойынша республиканың барлық аймақтарында қағаз бланкілерден кезең-кезеңімен бас тарту жүзеге асырылуда. Соңғы 3 жылда облыстар бойынша тұрғындарға электронды қызметтер науқастың сайты және емханаларда орнатылған өзін өзі жазу терминалдар қол жетімді болды. Осы уақыт аралығында 100 мыңнан астам науқас онлайн қабылдау жазылды, терминалдар арқылы 180 мыңнан астам адам қабылданды, үйге 30 мыңнан астам қоңырау соғылды [3].

Дегенмен, бұл ақпараттық жүйелер біріктірілмегенін атап өткен жөн бірқатар объективті және субъективті себептерге байланысты, соның ішінде тәуелсіз таңдау денсаулық сақтау ұйымдарының немесе жергілікті денсаулық сақтаудың атқарушы органдары. Сонымен қатар, медициналық ұйымдарды компьютермен жабдықтау жабдықтар қазіргі уақытта медициналық енгізуге мүмкіндік бермейді бүкіл ел бойынша ақпараттық жүйелер. Астанадан басқа облыстардың көпшілігінде Ақмола және Қарағанды облыстарында медицина қызметкерлерінің жұмыс орындары жабдықталмаған дербес компьютерлерде құрылымдық кабель және серверсіз жабдықталған [1]. Бүгінгі таңда дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлерді компьютерлік техникамен жабдықтау – 82,7% құрайды [1].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласында №543 бұйрық бойынша медициналық ақпараттық ағымдарды тиімді қолдану мен жинақтау үшін 2010 жылдың 1 қаңтарынан бастап «ААЖ поликлиника», «ААЖ стационар», «066 формасы» мен «Dn stat» медициналық автоматты ақпараттық жүйелері (ААЖ) енгізілді [2].

КМАЖ кешенді медициналық ақпараттық жүйесі (KMIS) – бұл мемлекеттік немесе коммерциялық мекеме болсын, медициналық ұйымдардың мамандануы мен тиесілілігіне қарамастан, олардың жұмысын автоматтандыруға арналған бағдарламалық қамтамасыз ету.

Бүгінгі таңда нарықта медицина үшін бірнеше Ақпараттық жүйелер бар. Мысалға, Жетісу, МедИнФорм, Қамқор, Авиценна, ДамуMed және т.б. Қағазсыз құжат айналымына көшу жоспарын жүзеге асыру үшін ең табыстысы "Даму" Ақпараттық технологиялар орталығында кешенді медициналық ақпараттық жүйені әзірлеу болды, ол әрбір медициналық мекеме жұмысының барлық жақтарын бақылауға мүмкіндік береді. Жүйе медициналық мекемелердің емдік, диагностикалық, әкімшілік, шаруашылық және қаржылық процестерін бір тұтасқа жинады. Егер егжей-тегжейлі қарастырсақ, КМАЖ бағдарламасы қазір мыналарды қамтиды: электрондық сырқатнаманы және амбулаториялық картаны жүргізу (КМАЖ емхана, КМАЖ стационар, КМАЖ тіркеу орны); диагностикалық бөлімшелерді автоматтандыру; медициналық құжат айналымын жүргізу (КМАЖ дәрігер кабинеті, КМАЖ дәрігердің жеке кабинеті); уақытша еңбекке жарамсыздықты есепке алу; диспансерлеу; профосмотрлар; вакцинопрофилактика;

зертхананы автоматтандыру; статистикалық және қаржылық есеп; дәріханаларды автоматтандыру; ДЛО автоматтандыру [4].

КМАЖ: Қазақстандағы медицина қызметкері үшін артықшылықтар бүгінгі таңда Алматы КМАЖ және республиканың басқа қалаларын біріктірді [1].

Сонымен қатар DamuMed мобильдік қосымшасының көмегімен пайдаланушылар қабылдауға жазыла алады немесе дәрігерді үйге шақыра алады, жазып берілген рецептілерді және зертханалық зерттеулердің нәтижелерін көре алады, еңбекке жарамсыздық парақтарын жүктей алады. "Дабыл түймесі" функциясы 5 жасқа дейінгі балалардың ата-аналарына, жүкті әйелдерге және пациенттерге диспансерлік бақылаудың жекелеген топтары бойынша шұғыл, бір рет басу арқылы дәрігерді үйге шақыруға мүмкіндік береді. 2018 деректерге сүйенсек 1340160 адам осы қосымшаны пайдаланады [3].

Зерттеу нысаны: Қолданбалы бакалавр студенттері

Зерттеу әдістері мен материалдары. Сандық зерттеу әдісі жүргізілді. Google Scholar, PudMed ақпараттық жүйелерден 35 мақала таңдалды, соның ішінен зерттеуге 12 соңғы 10 жылдағы шығарылымдар қолданылды. Кешенді медициналық ақпаратты жүйе мен DamuMed медициналық мобильді қосымшасы туралы студенттердің хабардарлығын анықтау үшін сауалнама жүргізілді. Анонимді сауалнамаға 31 студент қатысты.

Зерттеу нәтижелері: Қолданбалы бакалавр 1-3 курс студенттер жалпы саны 52. Сауалнамаға 31 студент қатысты, соның ішінде 1 курс 12,9 %, 2 курс 25,8%, 3 курс 61% құрады. Сіз КМАЖ-дын (кешенді медициналық ақпараттық жүйе) не екенін білесізбе деген сұраққа студенттердің 83,9% «Ия» деп жауап берді. Қазақстанда қазіргі уақытта медициналық ұйымдарда қолданылатын біріңғай КМАЖ 64,5% DamuMed қосымшасы деп жауап берді. Бұл дегеніміз студенттердің басым бөлігі DamuMed қосымшасын пайдаланынына анық көрініс. Қазақстанда қазіргі уақытта қолданылатын медициналық ұйымдардағы біріңғай КМАЖ қандай құрылымдардан тұратынын көрсете аласызба деген сұраққа студенттердің 80,6% Электрондық ауру тарихы мен амбулаториялық картаны жүргізу (КМАЖ емхана, МАЖ стационар, КМАЖ тіркеу орны) ;жауабын белгіледі. Алайда Сіз біріңғай КМАЖ-дын мобильді қосымшасы бар екенін билесізба деген сұрағымызға 67,3% ия 32,3% жоқ деп жауап берген. Бұл дегеніміз студенттердің медициналық ақпаратты жүйеден орташа хабардан болуын анықтайды. Сіз біріңғай КМАЖ-дын мобильді қосымшасында қандай қызметтер барын білесіз деген сұраққа 67,7% Қабылдауға жазылу жауабын берді, яғни қалған қызметтердің бәрін атамады, соның негізінде мобильді қосымшадағы ақпараттарды білмейтіндерін көрсетті. Сіз біріңғай КМАЖ-дын мобильді қосымшасын қолданасызба деген сұраққа 61,3% студент жоқ деп жауап берді, осы нәтиже бойынша студенттер арасында мобильді қосымшаны пайдаланатындар және ол туралы ақпараттың төмен екенін байқауға болады.

Қорытынды. КМАЖ қазіргі таңда Медициналық ұйымдар мен басқада республикалық электронды ақпараттық жүйелерді біріктіріп, бірегей міндет алуға рөлі зор. Ал болашақ мамандар үшін жаңа білім реформасымен оқу жүйесін бастаған қолданбалы бакалавр студенттері үшін пәндік оқытылу маңыздылығын көрсетіп отыр. Зерттеу нәтижелері бойынша алғашқы оқу жылында КМАЖ туралы мәліметтері аз екендігі 40,3, ал жоғарғы топта 67,7 пайыз екендігін көрсетті. Жәнеде айтакетерлік жағдай барлық топ араларында мобильді DamuMed қосымшасын пайдаланатындар өте төмен екендігін көрсетті. Әрине, КМАЖ – де маманның тиімді жұмыс істеуі үшін – негізгі қадамдарды оқыту қажет.

Ұсыныстар.

- Зерттеуді жалғастыру бағытын – мобильді қосымшаны толық қанды пайдалану тетіктері бойынша игерілімділікті үйрету және маңыздылығын түсіндіру.

- Басқа мамандықтар арасында жүргізу

- Студенттерді мобильді қосымшаға толық қанды үйрету арқылы отбасы мүшелері не түсіндерме жұмысы бойынша 3 кезекті зерттеуді жоспарлау.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Арынова, З. А., & Базарбек, С. Е. (2018). Цифровизация сферы здравоохранения Казахстана: основные этапы, проблемы и перспективы. Инновациялық еуразия университетінің хабаршысы, 9.

2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы // Режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>.

3. Материалы с сайта Мажиліса Парламентa РК (доклад Министра здравоохранения РК Биртанова Е.А. на Правительственном часе в Мажилісе на тему «Цифровизация здравоохранения», 29 января 2018 года // Режим доступа: <http://www.parlam.kz/ru/mazhilis/newsdetails/id41498/1/1>.

4. Государственная программа «Информационный Казахстан 2020».

УДК: 616.322-002.2

АНАЛИЗ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

С.К. Станова

Врач оториноларинголог ГКБ №5, Д.Е. Толеубай - врач резидент, Городская клиническая больница № 5; Республика Казахстан, 050051 Алматы, проспект Достык, д. 220;

e-mail: saya_sh88@mail.ru +77471778691

Ключевые слова: хронический тонзиллофарингит, ХТФ, беременность, цитокины, интерлейкины IL-6, IL-1 β , фактор некроза опухоли-альфа, TNF- α , интерферон гамма, IFN- γ

Введение. В структуре отоларингологических заболеваний хронический тонзиллофарингит (ХТФ) относится к наиболее распространенной патологии у взрослого населения (2,84–35 %). Среди причин роста материнской смертности обращено внимание на экстрагенитальные патологии, к которым относится и хронический тонзиллофарингит (ХТФ) [1–9]. Важно учитывать, что на фоне ХТФ изменения цитокиновой системы через плацентарные пептиды и стероидные гормоны могут вызвать ряд иммунных реакций в плаценте и тканях плода, что в свою очередь может сказаться на течении беременности [10, 11]. Проблема лечения ХТФ сохраняет свою актуальность, особенно у беременных, в связи с влиянием на развитие и исход беременности.

Своевременное проведение доказательно обоснованных мероприятий по профилактике и лечению экстрагенитальных заболеваний позволит снизить заболеваемость и смертность беременных. Положительный опыт медицинского сопровождения, полученный женщиной на этапах дородовой помощи и родов, закладывает фундамент здорового материнства и доверия к системе здравоохранения РК [6, 7].

Цель: выявление показателей системного и локального иммунитета у беременных с ХТФ и определение их диагностической и прогностической значимости.

Материалы и методы. В период с 2018г. по 2021г. на базе Городской клинической больницы №5 (г.Алматы) проведено проспективное сравнительное исследование в параллельных группах: исследован цитокиновый спектр с определением содержания интерлейкинов (англ. interleukin, IL) – IL-6 и IL-1 β , фактора некроза опухолей-альфа (англ. tumor necrosis factor-alpha, TNF- α), интерферона гамма (англ. interferon gamma, IFN- γ) в сыворотке крови и в слюне 142 беременных в возрасте от 18 до 40 лет. Основную группу составила 71 беременная с ХТФ в возрасте $28,8 \pm 11,3$ лет, контрольную – 71 здоровых беременных женщин без ХТФ в возрасте $26,7 \pm 10,1$ лет.

Результаты. Разработка консервативного, безопасного метода лечения ХТФ, позволяющего сохранить иммунные функции небных миндалин (НМ), предупреждение осложнений ХТФ у беременных в рамках проведенного исследования позволило улучшить состояние пациенток в течение 10 дней, а после окончания срока лечения полностью восстановить иммунологические функции НМ.

Заключение. Повышение содержания IL-1 β и IL-6 в сыворотке крови и в слюне является маркером воспалительных изменений и показателем нарушения иммунного статуса при ХТФ у беременных. Результаты исследования необходимо оценивать в комплексе с данными клинической картины, анамнеза и других методов лабораторной и инструментальной диагностики.

Список использованной литературы:

1. Подкаменева Т.В., Баряева О.Е. Экстрагенитальные заболевания и беременность (артериальная гипертония и гипотония, анемия, пиелонефрит, гломерулонефрит, сахарный диабет, гипотиреоз). Учебное пособие. Иркутск: ИГМУ, 2019. 109 с.

https://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/77d4c64a_!ekstragenitalnaya_patologiya_i_beremennost_2019.pdf

2. Акушерство: учебник. Под ред. Г. М.Савельевой, Р.И. Шалиной, Л.Г. Сичинава, О.Б. Паниной, М.А. Курцер. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 656 с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.html>.

3. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Издание четвертое. М.: «Триада-Х», 2005. 816 с. Режим доступа: https://www.studmed.ru/shehtman-mm-rukovodstvo-po-ekstragenitalnoy-patologii-u-beremennyh_44c9a1d4f6b.html.

4. Отчет о реализации плана развития государственного органа. Министерство здравоохранения Республики Казахстан на 2020–2024 годы, утвержденного приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 января 2020 года № 5. Режим доступа: <https://factcheck.kz/claim-checking/verdict/pravda-li-cto-v-kazaxstane-v-3-razavyros-pokazatel-materinskoj-smertnosti>.

5. Проект постановления РК О внесении изменений и дополнений в ППРК от 24.04.2014 г. № 396 «Об утверждении Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года». 83 с. Режим доступа: <file:///C:/Users/77471/Downloads/p1400000396.29-03-2021.rus.pdf>.

6. Послание президента РК – Лидера нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана Стратегии «Казахстан – 2050: новый политический курс состоявшегося государства». 51 с. Режим доступа: <file:///C:/Users/77471/Downloads/k1200002050.14-12-2012.rus.pdf>.

7. Фролова О.Г. Организация первичной акушерско-гинекологической помощи на современном этапе. *Российский медицинский журнал*. 2008;(2):7–11.

8. Шувалова М.П., Фролова О.Г., Гребенник Т.К. и др. Экстрагенитальные заболевания как причина материнской смертности. *Акушерство и гинекология*. 2015;(1):104–10.

9. Отвагин И.В., Соколов Н.С. Современные аспекты диагностики инфекций, вызванных стрептококками группы А. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. 2011;13(3):223–30.

10. Babakurban S.T., Erbek S.S., Terzi Y.K. et al. Fractalkine receptor polymorphism and chronic tonsillitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2014;271(7):2045–8. <https://doi.org/10.1007/s00405-014-2908-7>.

11. Рязанцев С.В., Еремина Н.В., Щербань К.Ю. Современные методы лечения хронического тонзиллита. *Медицинский совет*. 2017;(19):68–72. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-19-68-72>.

ӘОЖ: 616.22-008.5-053.2-082

СӨЙЛЕУДІҢ ТЕЖЕЛУІ БАР БАЛАЛАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫМЕН ҚАНАҒАТТАНУДЫ БАҒАЛАУ

З.Н. Сұлтан-Мұрат¹, Г.Е. Айымбетова², Ж.А. Кожекенова³

С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Қазіргі бағалаулар балалардың 7%-дан астамында олардың оқуына және/немесе әлеуметтік қарым-қатынасына әсер ететін тұрақты тіл бұзылыстары бар екенін көрсетеді. Тарихи тұрғыдан мамандар түсіндірілмеген тіл проблемалары бар балаларды қалай белгілеуде үлкен өзгерістік болды. Тілдік даму бұзылыстарындағы вариативтіліктің тағы бір көзі ауызша және жазбаша тілге әсер ету дәрежесі болып табылады. Сөйлеу бұзылыстары бар балалардың көпшілігі оқуды қиындатады. Тілдік дамуында ауытқулары бар балалардың шамамен 50% ілеспе жағдай ретінде дислексияның диагностикалық критерийлеріне сәйкес келеді. Бағалау процесіндегі проблемалар, сонымен қатар, тіл дамуының бұзылыстары бар балалардың белгілі диагностикасы мен жеткіліксіз қызмет көрсетуіне ықпал етуі мүмкін. Сөйлеу дамуының бұзылуында кездесетін бұзылуларды анықтау әртүрлі жолдармен болуы мүмкін. Көптеген сарапшылар стандартталған тесттерді баланың тіл қабілеттерін бағалаудың және кемшіліктерді анықтаудың ең жақсы тәсілі ретінде қарастырады. Бұл тәсілдің, әрине, өз артықшылықтары бар – ол баланың қабілетін құрдастарының орташа қабілеттерімен тікелей және нақты салыстыруға мүмкіндік береді [1].

Тіл дамуының табиғи өзгерістеріне байланысты төрт жасқа дейін тілдің кешігуін диагностикалау қиын болғанымен, ерте клиникалық араласулар қартайған сайын тілі кешігуі бар балалардың тілдік қабілеттерін айтарлықтай жақсарты алады. Тілдің кешігуін емдеудің бір ықтимал әдісі - күту және көру тәсілі, онда клиникалық араласу бала өзінің әдетте дамып келе жатқан құрдастарын ақырында қуып жетеді деген үмітпен қолданылмайды. Бұл тәсілдің артықшылықтары қамқоршы тарапынан стресс пен алаңдаушылықтың төмендеуін қамтиды, әсіресе қажетсіз диагностикалық таңбалаудан қорқу тұрғысынан. Дегенмен, кейбір зерттеушілер ерте диагностикалау және неғұрлым күрделі мәселелерді анықтау, сондай-ақ кез келген жағымсыз әсерлерді азайту үшін клиникалық араласу қажеттілігін алға тартып, бұл әдіс ескірген деп санайды [2]. Алдыңғы зерттеулер көрсеткендей, тілі дамуы тежелген балалардың әлеуметтік қызмет ету дағдылары, соның ішінде тәуелсіз өмір сүру, дене жаттығулары, өзара әрекеттесу, топтық белсенділік және өзін-өзі басқару дағдылары әдеттегі балаларға қарағанда айтарлықтай төмен [3].

Тілдің кешігуі - бұл балаларда жиі кездесетін даму ақауы, ұлдар арасында жиі кездеседі. Көбінесе бұл 3 жасқа дейінгі балаларда кездеседі және олар есейген сайын оларда жаһандық дамудың артта қалуы ықтимал. Ерте кешенді араласу балалардың даму мәртебесін айтарлықтай жақсарты алады және олардың әлеуметтік мінез-құлық қабілеттерін арттырады. Тілдің кешігуінің және ерте диагностиканың клиникалық сипаттамаларын түсіну, сондай-ақ кешенді шараларды жүзеге асыру балаларға тіл қиындықтарын жеңуге көмектесу үшін өте маңызды. Бірлесіп жұмыс жасай отырып, біз бұл балаларға өздерінің әлеуетін толық ашуға және жақсы тіл және әлеуметтік дамуға қол жеткізуге көмектесе аламыз [4].

Бүгінде отбасын түзеу жұмыстарына қосу ғалымдар мен практиктердің назарын талап ететін мәселе. Қиындықтар ата-аналардың жаңа жұмыс формасына психологиялық дайын болмауынан туындайды. Ата-аналардың түзету процесінде пассивті-бақылаушы позицияға ұмтылуы өнімділігін төмендетеді. Дамуында ақауы бар балалардың 80% екі

ата-анасы бар отбасында тәрбиеленетіні анықталды. 20% - толық емес отбасыларда. Аналар балаларды тәрбиелеуге, оқытуға және емдеуге қатысады (100%), тек 20% әкелері бала тәрбиесіне қатысады. Айтылғандар отбасының түзету жұмысына дайындық деңгейін арттыру, ата-аналардың осы қызметке ынтасын қалыптастыру қажеттілігін растайды. Ерекше білім беру қажеттіліктері бар мектепке дейінгі жастағы балалардың ата-аналарын түзету процесіне тарту принциптері мен тәсілдерін іске асыру механизмдері ата-аналармен жұмыс жасаудың ұйымдастырушылық құралдары мен мазмұнын дұрыс таңдауға негізделеді [5].

Баланың ерекше қажеттіліктері мен ауырлығына байланысты жағдай, жоспар медициналық емдеуді қамтуы мүмкін, оңалту терапиясы, логопедиялық терапия, мінез-құлық терапиясы және әртүрлі араласу әдістері. Ерте кешенді араласу сонымен қатар отбасының рөліне баса назар аударады. Отбасы мүшелер жиі араласу процесіне қатысуы керек. Оған қоса, ерте жан-жақты араласу - бұл үздіксіз процесс баланың жағдайын үнемі қадағалап, бағалауды қажет ететін прогресс [6]. Денсаулық сақтау жүйесінде логопедиялық көмек көрсетіледі. Емханаларда және психоневрологиялық диспансерлерде (балалар мен ересектерге арналған) логопедиялық кабинеттер бар, онда сөйлеу қабілеті бұзылған барлық жастағы адамдарға логопедиялық көмек көрсетіледі. Денсаулық сақтау жүйесінде сөйлеу тілі бұзылған балаларға арналған мамандандырылған балабақшалар ұйымдастырылды, оларда сөйлеу дамуы тежелген балаларға, сондай-ақ кекештенетін балаларға көмек көрсетіледі. Әлеуметтік қорғау жүйесінде мамандандырылған балалар үйлері бар, олардың негізгі міндеті – балалардың сөйлеуін дер кезінде диагностикалау және түзету [7].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) мен Біріккен Ұлттар Ұйымының Балалар қоры (ЮНИСЕФ) балалар мен жастар арасындағы даму бұзылыстарының жаһандық таралуы туралы соңғы баяндамасында маңызды мәселелерді көтереді. Баяндамада даму бұзылыстарының кеңінен таралғаны және олардың денсаулық сақтау, денсаулық нәтижелері мен өмір сүру жағдайларындағы теңсіздіктерге әкелетіні атап өтілген. Әсіресе, кедейлік сияқты әлеуметтік детерминанттардың бұл теңсіздіктерді күшейтетіні көрсетілген.

«Дамуында тежелуі бар балалар мен жастар денсаулығының нашарлығынан әлеуметтік оқшаулануға дейін үлкен айырмашылықтарға тап болады. Жалпыға бірдей медициналық қамтуды кеңейту және инклюзивті күтім ортасын құру бойынша кең ауқымды күш-жігердің бөлігі ретінде дамуында ауытқулары бар балалар мен жастарды қолдауды күшейте отырып, біз олардың салауатты өмір сүру үшін қажетті ресурстар мен қызметтерге қолжетімділігін қамтамасыз ете аламыз», - деді. Девора Кестел, ДДҰ психикалық денсаулық және заттарды пайдалану жөніндегі директоры [8].

Әдебиеттер тізімі:

1. Kuiack AK, Archibald LMD. Identifying and describing developmental language disorder in children. *Int J Lang Commun Disord.* 2024 May-Jun;59(3):1180-1193. doi: 10.1111/1460-6984.12984. Epub 2023 Nov 27. PMID: 38010314.
2. Nouraey P, Ayatollahi MA, Moghadas M. Late Language Emergence: A literature review. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2021 May;21(2):e182-e190. doi: 10.18295/squmj.2021.21.02.005. Epub 2021 Jun 21. PMID: 34221464; PMCID: PMC8219342. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34221464/>
3. Zhao B, Liu Y, Liu J, Liu Y. Early Family Intervention in Children with Language Delay: The Effect of Language Level and Communication Ability. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2022 May 13;2022:3549912. doi: 10.1155/2022/3549912. Retraction in: *Evid Based Complement Alternat Med.* 2023 Jun 21;2023:9758745. doi: 10.1155/2023/9758745. PMID: 35600939; PMCID: PMC9122674.
4. Qiu L, Huang Z. Comparative Analysis of Intervention Approaches for Language Developmental Delay in Children Under and Over 3 Years of Age. *Altern Ther Health Med.* 2024 Apr 5:AT10405. Epub ahead of print. PMID: 38581320.

5. Оразаева Г. С. Система подготовки родителей детей с особыми образовательными потребностями к участию в коррекционной работе // Вестник Казахского национального женского педагогического университета. – 2021. – № 4. – С. 15–21. – DOI: 10.51889/2021-4.1728-7847.02.

6. Qiu L, Huang Z. Comparative Analysis of Intervention Approaches for Language Developmental Delay in Children Under and Over 3 Years of Age. *Altern Ther Health Med*. 2024 Apr 5:AT10405. Epub ahead of print. PMID: 38581320.

7. Педагогическая помощь детям с нарушениями речи [Электронный ресурс]. – URL: <https://infolesson.kz/statya-na-temu-pedagogicheskaya-pomosch-detyam-s-narusheniyami-rechi-3001153.html> (дата обращения: 02.12.2024).

8. World Health Organization. (2023, September 15). *New report highlights neglected health needs of children with developmental disabilities*. Retrieved December 2, 2024, from

УДК: 616.379

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ФОРМЫ МУКОРМИКОЗА ЛОР ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.Б.Тұрсынәлі, О.Б. Орынбасарова, Р.Б. Аукенов

Кафедра оториноларингологии КазНМУ им С.Д.Асфендиярова.

Научный руководитель: д.м.н., зав. курсом оториноларингологии Казахского Медицинского университета “ВШОЗ”, профессор, врач высшей категории Буркутбаева Татьяна Нуритдиновна.

Ключевые слова: mucormycosis, diabetes, diagnostics, treatment

Актуальность. Мукормикоз - инвазивная грибковая инфекция, обусловленная группой мицелиальных возбудителей порядка Mucorales, которые широко распространены в окружающей среде. Мукормикоз является тяжелой жизнеугрожающей инфекцией, однако относится к редким инвазивным микозам (ИМ) [1]. Lee H.-J. и соавт. проанализировали данные 689 пациентов с гематологическими заболеваниями с 2011 по 2018 г., имеющие вероятные или доказанные ИМ, обусловленные плесневыми грибами. У 45 пациентов ИМ были обусловлены редкими плесневыми грибами, при этом чаще других встречался мукормикоз -57,4% (n = 27) [2]. Мукормикоз (MCR) наблюдается у пациентов с тяжелой иммуносупрессией, например, у пациентов с гематологическими злокачественными новообразованиями или трансплантацией, сахарным диабетом (СД) и диабетическим кетоацидозом (ДКА), а также у иммунокомпетентных пациентов с тяжелыми ранами [3].

Рино-орбито-церебральный мукормикоз (РОЦМ) — редкая, но потенциально смертельная грибковая инфекция, преимущественно встречающаяся у лиц с ослабленным иммунитетом [4].

Т.Н. Буркутбаева и соавт. обследовали 65 пациентов с риносинуситом грибковой этиологии в возрасте от 15 до 65 лет. Микроскопический метод оказался информативнее ($P < 0,05$), подтверждая в $49,5 \pm 3,6\%$ случаев микотическую природу заболевания [5].

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения сочетанных форм мукормикоза носа и уха у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование истории болезни на базе ГКБ № 5 г. Алматы. Материалами исследования послужили медицинские истории болезни пациентов, проходивших лечение в ЛОР отделении и отделении ЧЛХ в период 2019-2024 гг. Из общего числа пациентов с грибковыми риносинуситами 96 пациентов за 5 лет, у 6% (7) обнаружен мукормикоз. Из них мукормикоз носа иППН выявлен у 3, мукормикоз неба -2, мукормикоз среднего уха выявлен у -2 больных

Пациенты с мукормикозом ЛОР органов имели сопутствующие заболевания: Сахарный диабет декомпенсированной формы (3), постковидный синдром (1), мукормикоз неба.

Проводим пример клинического наблюдения пациент Есенбай Қайрнас 1962 г.р., поступил в тяжелом состоянии, со слов супруги жалобы на головные боли, гипергликемия до 24 ммоль, правосторонний гемипарез, экзофтальм справа, периферический парез лицевого нерва справа, деформация наружного носа, слабость, кахексия. Из анамнеза заболевания, со слов супруги данные жалобы беспокоят в течении 5 месяцев, 19.05.2023 г. поступил с диагнозом. Обострение ХГСО справа, СД 2 типа. Экстренно прооперирован под местной анестезией, Ревизия барабанной полости справа. Выписан с улучшением. 03.07.2023 г. Поступил экстренно с диагнозом Периферический парез лицевого нерва справа, обострение хронического мастоидита справа, СД 2 типа, ХПП. АГ 2 ст. Проведена

Радикальная санирующая операция справа под местной анестезией учитывая наличие противопоказаний к общему анестезиологическому пособию.

Биопсия от 04.07.2024- фрагментированная полипозная ткань с кубическим покровным эпителием, лимфоцитарно-плазмочитарной инфильтрацией со скоплением гемосидерофагов в плотно - фиброзной строме с единичными железами. Выписан без улучшения общего состояния. В связи с развитием полиорганной недостаточности, поступил в ГKB 12, проведен гемодиализ. 03.10.2023г Пациент поступил с диагнозом прогрессирующий энцефалопатией в тяжелом состояний. При поступлении у пациента Экзофтальм, гипергликемия, гемипарез правой стороны, деформация наружного носа. Пациент в сопорозном состоянии.

Проведено целенаправленное микологическое исследование

05.10.2023 взят мазок из зева, слизистой полости носа, правого уха, неба, слизистой глаза. 10.10.2023 г. –получены результаты микроскопии мазка. Из носового хода и среднего уха: единичные эпителиоциты, нити мицелия гриба рода MUCOR. Из глаз: единичные нити мицелия гриба рода MUCOR

06.10.2023г 00\00 по настоянию родных выписан. 06.10.2023г 17\00 летальный исход.

Заключение. Рино-орбито-церебральный мукормикоз (РОЦМ) у пациентов с сахарным диабетом представляет собой быстро прогрессирующее заболевание с высоким уровнем смертности и тяжелым исходом.[4]Своевременная диагностика и целенаправленное микологическое исследование у больных с сахарным диабетом на мукормикоз позволяет назначить соответствующее этиотропное лечение и предотвратить внутри черепное осложнение. Двое пациентов с мукормикозом носа и ППН при своевременной микологической диагностике и соответствующем лечении: хирургическом и назначении кансидаса и вориканазола выписаны с улучшением.

Мукормикоз — редкое, но агрессивное грибковое заболевание, которое в основном поражает пациентов с плохо контролируемым сахарным диабетом и лиц с тяжелым иммунодефицитом, включая пациентов с гематологическими злокачественными новообразованиями и реципиентов трансплантатов паренхиматозных органов. Раннее выявление инфекции имеет решающее значение для успеха лечения, после чего следует незамедлительное начало противогрибковой терапии липидным составом амфотерицина В, либо назначение кансидаса или вориконазола. Хирургическое лечение является ключевым моментом в диагностике и лечении мукормикоза ЛОР органов. Помимо хирургического вмешательства и противогрибковой терапии необходимо лечение сопутствующей патологии как фактора риска развития мукормикоза ЛОР органов.

Литература.

1. Попова М.О., Рогачева Ю.А., А. (2021). Мукормикоз: современные возможности диагностики и лечения, существующие проблемы и новые тенденции в терапии. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 23 (3), 226-238. Текст научной статьи по специальности «Клиническая медицина»

2. Lee H.J., Cho S.Y., Lee D.G., Park C., Chun H.S., Park Y.J. Characteristics and risk factors for mortality of invasive non-Aspergillus mould infections in patients with haematologic diseases: a single-centre 7-year cohort study. Mycoses. 2020;63(3):257-264. DOI: 10.1111/myc.13038

3. Alqarihi A, Kontoyiannis DP, Ibrahim AS. Mucormycosis in 2023: an update on pathogenesis and management. Front Cell Infect Microbiol. 2023 Sep 21;13:1254919. doi: 10.3389/fcimb.2023.1254919. PMID: 37808914; PMCID: PMC10552646.

4. Singh P, Arora S, Mittal N, Singh A, Verma R, Sharma S, Agrawal NK, Goyal S. Diabetes and rhino-orbito-cerebral mucormycosis - A deadly duo. J Diabetes Metab Disord. 2021 Jan 21;20(1):201-207. doi: 10.1007/s40200-021-00730-5. PMID: 34222064; PMCID: PMC8212245.

5. Буркутбаева Т. Н., Хамидуллина Г. А., Клинические и патоморфологические аспекты диагностики синуситов и аденоидитов грибковой этиологии //Российская оториноларингология.-2008.

ӘОЖ: 614.2+616-082,6

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЮРОСЫНЫҢ АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ РӨЛІ МЕН ТИІМДІЛІГІ (ШОЛУ)

Б.Н. Байтұрсын, А.А. Айтманбетова

С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ.,
Қазақстан Республикасы

e-mail: bozik.kz@inbox.ru, 87759815768

Денсаулық сақтау жүйесінің басты міндеттерінің бірі – азаматтарға сапалы әрі уақытылы медициналық көмек көрсету. Осы міндетті орындауда госпитализация бюросы маңызды құрал ретінде жұмыс істейді. Бұл жүйе пациенттерді стационарлық емге жатқызуды автоматтандырып, ашықтықты қамтамасыз ету арқылы медициналық қызметтердің қолжетімділігін арттырады. Алматы қаласының тәжірибесінде госпитализация бюросының жұмыс істеу ерекшеліктері және оның жетістіктері ерекше орын алады.

Госпитализация бюросы пациенттердің медициналық ұйымдарға жоспарлы емдеуге жатқызылуын қамтамасыз етеді. Оның басты артықшылықтары:

1. Автоматтандырылған жүйе: Пациенттер бос төсектерді, стационарлық көмекті жоспарлау күндерін және басқа да ақпараттарды онлайн бақылай алады. Бұл процесс уақтылы көмек көрсетуді қамтамасыз етеді.

2. Пациенттердің таңдауы: Жүйе пациенттерге стационарды өз бетінше таңдауға мүмкіндік береді. Бұл ашықтықты қамтамасыз етіп, медициналық қызмет көрсету сапасын арттырады.

3. Күту уақытының қысқаруы: Электрондық кезек жүйесі арқылы госпитализация мерзімі қысқарып, медициналық ұйымдардың жұмыс тиімділігі артады.

4. Сыбайлас жемқорлықтың алдын алу: Жүйенің ашықтығы арқылы заңсыз әрекеттерді болдырмау мүмкін болады [1,2].

Пациенттердің қанағаттанушылығы

Зерттеулер бойынша, Алматы қаласындағы госпитализация бюросының жұмысына қатысты пациенттердің қанағаттанушылығы жоғары деңгейде. Негізгі оң нәтижелер:

- Жылдамдық пен қолжетімділік: Пациенттер электрондық жүйенің уақтылы көмек алуға ықпал ететінін атап өтеді.

- Ақпараттық қолдау: Бюро пациенттерге қажетті ақпаратты уақтылы ұсынады. Бұл, әсіресе, созылмалы аурулары бар адамдар үшін маңызды.

Дегенмен, кейбір қиындықтар да бар:

- Пациенттер тарапынан жүйеге қатысты техникалық ақаулар туралы шағымдар түседі.

- Кейде жүйеге тіркелу барысында толық ақпарат алу қиындық туғызады [2].

Мәселелер мен шешімдер

1. Техникалық базаны жетілдіру: Порталды үнемі жаңартып, техникалық қолдауды күшейту керек.

2. Қызметкерлерді оқыту: Жүйемен жұмыс істейтін операторларды оқыту, олардың кәсіби деңгейін арттыру қажет.

3. Мобильді қосымшалар енгізу: Пациенттер үшін ыңғайлы интерфейс әзірлеу арқылы қызмет көрсету сапасын жақсарту.

4. Ақпараттық-түсіндіру жұмыстары: Халық арасында госпитализация бюросының жұмыс тәртібі туралы хабардарлықты арттыру маңызды [3].

Алматы қаласының тәжірибесі

Алматы қаласы денсаулық сақтау жүйесінде госпитализация бюросының оң тәжірибесі байқалады. Жүйенің іске қосылуы келесі жетістіктерге алып келді:

- Стационарлық емге қолжетімділіктің артуы;
- Медициналық мекемелердің жүктемесін тең бөлу;
- Уақтылы көрсетілетін медициналық көмек.

Сонымен қатар, госпитализация бюросы арқылы жоғары технологиялық медициналық көмекке қолжетімділіктің артқанын байқауға болады. Бұл күрделі диагностикалық және емдеу әдістерін қажет ететін пациенттерге ерекше қолдау көрсетті [4,5].

Қорытынды

Госпитализация бюросы Алматы қаласындағы медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыруда шешуші рөл атқарады. Жүйені одан әрі жетілдіру арқылы медициналық қызметтердің тиімділігін арттыруға және қоғамның денсаулық деңгейін көтеруге болады. Жаңа технологияларды енгізу, ақпараттандыруды күшейту және жүйені цифрландыру бюроның әлеуетін одан әрі нығайтуға ықпал етеді.

Әдебиеттер тізімі

1. Gheaus A. Solidarity, justice and unconditional access to healthcare. *Journal of Medical Ethics*. 2017;43(3):177-181. doi:10.1136/medethics-2016-103451.
- Aggarwal M, Gill S, Siddiquei A, Kokorelias K, DiDiodato G. The role of patients in the governance of a sustainable healthcare system: A scoping review. *PLoS One*. 2022;17(7):e0271122. doi:10.1371/journal.pone.0271122.
2. Pellerino ED, Thomasma DC. The conflict between autonomy and beneficence in medical ethics: Proposal for a Resolution. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*. 1987;3(1):23–46.
3. Lakeman R. Paradoxes of Personal Responsibility in Mental Health Care. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016;37(12):929-933. doi:10.1080/01612840.2016.1235637.
4. Liebenberg L, Ungar M, Ikeda J. Neo-liberalism and responsabilisation in the discourse of social service workers. *British Journal of Social Work*. 2015;45(3):1006–1021.
5. Вæрøе К, Cappelen C. Phase-Dependent Justification: The Role of Personal Responsibility in Fair Healthcare. *Journal of Medical Ethics*. 2015;41:836–840.

УДК: 616.12.1

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

*М.Б. Куралова¹, М.Д. Бримжанова¹, Т.В. Попова¹,
О.И. Лисовенко², А.Ж. Ажиханова¹*

¹ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан

²НАО «Казахский медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой широко распространенное заболевание, которое связано с устойчивым повышением артериального давления (АД) и является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2021 году артериальная гипертензия была диагностирована у более 1,28 миллиардов людей в возрасте 30–79 лет по всему миру, что составляет более 30% взрослого населения планеты [2]. В Республике Казахстан, по данным статистики за 2020 год, наблюдается тревожный рост сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе артериальной гипертензии. За период с 2001 по 2018 годы показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний увеличился в 2,4 раза, с 6775,6 на 100 тыс. человек в 2001 году до 16360,6 на 100 тыс. в 2018 году [3].

Согласно современным исследованиям, развитие артериальной гипертензии (АГ) и её регуляция тесно связаны с биологическими воздействиями половых гормонов и репродуктивными процессами. У женщин риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая гипертонию, возрастает уже при относительно умеренном повышении артериального давления, в отличие от мужчин, у которых порог возникновения осложнений обычно выше. Это связано с различиями в гормональном фоне, который оказывает влияние на сосудистый тонус и чувствительность организма к изменениям давления [5-7].

В научной литературе подчеркивается, что пол пациента является значимым фактором, влияющим на контроль артериального давления (АД) [8]. Вопрос о том, как пол влияет на распространенность артериальной гипертензии (АГ), остается предметом обсуждения среди исследователей. Мнения относительно этого вопроса различаются, однако большинство исследований, посвященных приверженности к лечению АГ, указывают на то, что женщины чаще испытывают трудности в контроле своего артериального давления. Это проявляется в более высоких значениях АД среди женской половины пациентов [4,8,9]. Женщины, как правило, сталкиваются с дополнительными препятствиями в плане приверженности к лечению.

Дополнительно стоит отметить, что помимо половых различий, на эффективность контроля АД могут влиять и другие социально-демографические факторы, такие как возраст, уровень образования, социальный статус, а также наличие сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы: Проведен анализ проспективного анкетирования 66 пациентов старше 18 лет, обратившихся на прием к кардиологу с артериальной гипертензией. Анкетирование включает в себя социальные, экономические, медицинские факторы, влияющие на приверженность к антигипертензивной терапии. Анализ так же проводился между двумя группами – мужчины и женщины. В каждой группе было включено 33 человека.

Результаты: В группе женщин и мужчин отмечаются следующие особенности: при анализе возрастных групп разницы не обнаружено – 3 (9%) из женщин относятся к

молодой возрастной группе – 40-49 лет, 2 (6%) из мужчин относятся к данной группе, 4 (12%) женщин и 6 (18%) мужчин относятся к возрастной группе 50-59 лет, 26 женщин (79%) и 25 (76%) относятся к группе старше 60 лет. Таким образом важной разницы в возрасте обнаружено не было.

Анализируя уровень образования выявлено следующее: всего 1 (3%) мужчина имел начальное школьное образование, в то время как 3 (9%) женщин имели такой же уровень образования. Среднее оконченное образование имели по 18 (55%) мужчин и женщин соответственно. Высшее образование имели 12 (36%) женщин и 14 (42%) мужчин. Таким образом выявлена закономерность в более низком уровне образования женщин.

По уровню подъема АД существует следующая закономерность: гипертензия 1 степени наблюдается у 5 (15%) женщин и у 1 (3%) мужчин, гипертензия 2 степени у 12 (36%) женщин и 10 (30%) мужчин, гипертензия 3 степени у 14 (49%) женщин и 21 (64%) мужчин. Таким образом у мужчин наблюдается более высокий уровень АД, что так же влияет на приверженность.

Среди опрошенных ведут дневник давления 10 (30%) женщин и всего 5 (15%) мужчин, 16 женщин (49%) и 15 (46%) мужчин не ведут дневник, но измеряют АД, и 7 (21%) женщин и 13 (59%) мужчин не знают о необходимости регулярного измерения АД.

По немедикаментозной коррекции АД выявлена следующая закономерность: коррекция питания путем ограничения соли 14 (42%) женщин и всего 10 (30%) мужчин, в то время как коррекция гиподинамии более характерна для мужчин: 12 (36%) женщин против 17 (52%) мужчин.

Для женщин характерна большая зависимость приверженности от финансового положения: так 17 (52%) женщин и всего 12 (36%) мужчин отмечают влияние финансов на приверженность к антигипертензивной терапии.

По прерыванию медикаментозной терапии разницы между мужчинами и женщинами обнаружено не было – 23 (70%) в каждой группе отмечали эпизоды прерывания терапии.

Заключение. Несмотря на все имеющиеся рекомендации, клинические протокола по лечению АД, обширный ассортимент выбора антигипертензивных препаратов, недостаточная приверженность является главной проблемой в лечении АД. В проведенном исследовании анализируя гендерные особенности приверженности и барьеров к ее соблюдению было выявлено, что несмотря на отсутствие какой-либо разницы в приверженности между мужчинами и женщинами, для женщин характерен меньший уровень образования, что ведет к финансовым затруднениям и низкому качеству жизни. У женщин изначально наблюдается меньшие значения АД, что так же может приводить к недостаточному контролю за приемом препаратов в связи с низким уровнем сознательности. Большинство женщин знают о необходимости мониторинга АД, в то время как мужчины подвержены недостаточному контролю АД.

Список использованной литературы

1. Elnaem, M.H.; Mosaad, M.; Abdelaziz, D.H.; Mansour, N.O.; Usman, A.; Elrggal, M.E.; Cheema, E. Disparities in Prevalence and Barriers to Hypertension Control: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 14571. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114571>
2. Hypertension [Electronic resource]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (accessed: 02.01.2024).
3. Statistical Compendium for 2019 [Electronic resource] // gov.egov.kz. URL: <https://betaegov.kz/memleket/entities/dsm/documents/details/58654> (accessed: 02.01.2024).
4. Pokharel P, Jha SK, Adhikari A, Katwal S, Ghimire S, Shrestha AB, Poudel N. Non-adherence to anti-hypertensive medications in a low-resource country Nepal: a systematic review and meta-analysis. *AnnMedSurg (Lond)*. 2023 Jul 19;85(9):4520-4530. doi: 10.1097/MS9.0000000000001088.

5. Gerdt E. et al. Sex differences in arterial hypertension // Eur. Heart J. 2022. Vol. 43, № 46. P. 4777–4788. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac470>
6. Koenen M, Hill MA, Cohen P, Sowers JR. Obesity, Adipose Tissue and Vascular Dysfunction. Circ Res. 2021 Apr 2;128(7):951-968. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.121.318093. Epub 2021 Apr 1.
7. Kringeland E, Tell GS, Midtbø H, Igland J, Haugsgjerd TR, Gerdt E. Stage 1 hypertension, sex, and acute coronary syndromes during midlife: the Hordaland Health Study. Eur J PrevCardiol. 2022 Feb 19;29(1):147-154. doi: 10.1093/eurjpc/zwab068.
8. Konlan K.D., Shin J. Determinants of Self-Care and Home-Based Management of Hypertension: An Integrative Review // Glob. Heart. 2023. Vol. 18, № 1. P. 16. doi: 10.5334/gh.1190
9. Ротарь О.П. и др. Приверженность к лечению и контроль артериальной гипертензии в рамках российской акции скрининга МММ19: 3 // Российский Кардиологический Журнал. 2020. Vol. 25, № 3. P. 3745. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3745> Rotar O.P. et al. May Measurement Month 2019: adherence to treatment and hypertension control in Russia. Russian Journal of Cardiology. 2020;25(3):3745. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3745>

УДК: 614.31

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ НОРМАХ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ

А.Р. Раушан¹, М.А. Баймуратова², А.Р. Рыскулова³, А.К. Катаева⁴

¹Магистр медицины, докторант 1-го курса специальности «Общественное здравоохранение», +7 705 431 21 23, iivanov@mail.ru

²К.м.н., ассоциированный профессор, профессор кафедры «Общественное здоровье и социальные науки», mairash@list.ru

³К.м.н., ассоциированный профессор, заведующая кафедрой «Общественное здоровье и социальные науки», r.alma@bk.ru

⁴Магистрант 1-го курса специальности «Медико-профилактическое дело», Казахский Медицинский Университет «Высшая школа общественного здравоохранения», Алматы, Казахстан. kataeva.ajya@bk.ru

Введение. Соблюдение санитарно-эпидемиологических норм на предприятиях общественного питания играет ключевую роль в профилактике пищевых отравлений и инфекций. В Казахстане ежегодно регистрируется от 200 до 500 случаев пищевых отравлений, из которых значительная часть связана с объектами общественного питания [1, 2]. В 2023 году зафиксировано 17 массовых отравлений, пострадали 363 человека, включая 140 детей [3]. Однако уровень знаний работников о санитарных нормах остается недостаточным. Важно изучить, как профессиональный статус, возраст и уровень образования влияют на компетенцию сотрудников, чтобы разработать более эффективные профилактические меры.

Цель исследования: оценить уровень знаний о санитарно-эпидемиологических нормах среди работников ресторанов и заведений фастфуда, а также изучить взаимосвязь этих знаний с профессиональным статусом, возрастом и уровнем образования.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: Кросс-секционное исследование, проведенное на базе предприятий общественного питания в г. Алматы.

Выборка: 60 работников, из них 30 сотрудников ресторанов и 30 сотрудников заведений фастфуда.

Профессиональная иерархия: Разработана система профессиональных уровней ответственности:

- 1 уровень: младший персонал (уборщики, помощники на кухне);
- 2 уровень: повара начального уровня;
- 3 уровень: старшие повара;
- 4 уровень: шеф-повара.

Инструмент исследования: Авторская анкета из 42 вопросов, разделенных на 7 шкал: Общая информация: возраст, уровень образования, стаж работы;

1. Медицинские аспекты: регулярность сдачи анализов, наличие медицинской книжки (добросовестной или фиктивной);

2. Знания о хранении продуктов: соблюдение температурных режимов, сроков годности;

3. Гигиенические нормы: частота мытья рук, обработка инструментов;

4. Особенности рабочего процесса: правила хранения инвентаря, разделение зон для разных видов продуктов;

5. Личная гигиена: использование униформы (фартуков, шапок, перчаток);

6. Поведенческие аспекты: выход на работу больными, несоблюдение гигиенических требований.

Оценка знаний: Результаты по каждому разделу и всему опроснику оценивались по шкале Лайкерта (1–5 баллов). Средний балл выше 4.0 считался отличным, 3.5–3.9 — хорошим, 3.0–3.4 — удовлетворительным, ниже 3.0 — плохим.

Методы анализа:

Проверка надежности: альфа Кронбаха для шкал и общего опросника ($\alpha=0.84$).

Валидность: факторный анализ, КМО=0.81, объясненная дисперсия — 68%.

Сравнительный анализ: критерии Стьюдента, Манна-Уитни.

Корреляционный анализ: коэффициенты Пирсона и Спирмена, интерпретируемые по шкале Чеддока.

Результаты.

1. Уровень знаний:

Средний общий балл знаний составил 3.2 (SD=0.5) для ресторанов и 3.1 (SD=0.6) для фастфуда; различия статистически незначимы ($p>0.05$).

Выявлены нарушения в обеих группах: наличие насекомых на кухне (30%), отсутствие униформы (фартуков, шапок) — 35%, нарушения правил хранения продуктов — 40%.

2. Социально-демографические факторы:

Средний возраст участников: 29.4 года (SD=6.2) для ресторанов и 28.7 года (SD=5.8) для фастфуда; различия незначимы ($p>0.05$).

Уровень образования: 60% сотрудников ресторанов и 55% сотрудников фастфуда имеют среднее специальное образование ($p>0.05$).

3. Корреляция:

С возрастом: слабая положительная связь ($r_{xy}=0.25$; $p<0.05$).

С уровнем образования: умеренная положительная связь ($r_{xy}=0.38$; $p<0.01$).

С профессиональным статусом: умеренная положительная связь на верхней границе ($r_{xy}=0.49$; $p<0.01$).

4. Надежность и валидность опросника:

Альфа Кронбаха для шкал: от 0.76 до 0.89; общий показатель — 0.84.

Факторный анализ: выявлено 7 факторов, которые объясняют 68% дисперсии, факторные нагрузки варьировали от 0.62 до 0.85.

Выводы:

1. Уровень знаний работников о санитарно-эпидемиологических нормах остается на среднем уровне независимо от типа предприятия.

2. Выявлены значительные нарушения (наличие насекомых, отсутствие униформы, фиктивные медицинские книжки), что подчеркивает необходимость усиления контроля.

3. Уровень образования и профессиональный статус оказывают значительное влияние на осведомленность сотрудников.

4. Требуется разработка образовательных программ и более жесткий контроль за соблюдением санитарных норм, так как их игнорирование может способствовать росту числа пищевых отравлений.

Список литературы

1. (2023) Sanitarnye pravila i normy obshchestvennogo pitaniya [Sanitary rules and norms of public catering]. Ministerstvo Zdravoohraneniya Respubliki Kazahstan, Almaty.

2. (2020) Food safety and public health. World Health Organization, WHO Press.

3. (2023) Otchet po massovym otravleniyam za 2023 god [Mass Poisoning Report for 2023]. Centr epidemiologicheskogo nadzora Kazahstana, Almaty.

УДК: 614

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СЕСТРИНСКОГО ПРИЕМА: ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ХНИЗ

Г.А. Алибаева¹, Д.З. Утеулиева¹, Д.М.Есляшова², М.К. Бердешева³, Д.Х.Алибаева⁴

¹ТОО Западно-Казахстанский высший медицинский колледж преподаватели;

²Магистр, координатор сестринского дела по ЗКО,главная медицинская сестра ГКП на ПХВ «Городской поликлиники №2»;

³Главная медицинская сестра ГКП на ПХВ «Городской поликлиники №5»;

⁴ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1» ,старшая медицинская сестра;

Согласно концепции развития сестринского дела, медицинская сестра должна быть высококвалифицированным специалистом, способной к самостоятельной работе в единой команде с врачом и пациентом. Расширение функциональных обязанностей медицинских сестер может способствовать повышению качества медицинских услуг в области здравоохранения на уровне ПМСП. Должности медицинских сестер расширенной практики чаще используются в странах с низкими показателями численности врачей на душу населения или в странах с дефицитом врачебных кадров, например в сельских районах и на недостаточно обслуживаемых территориях (ВОЗ, 2020)[1].Расширение функций и повышение профессиональной автономии медсестер были предложены в качестве стратегического ответа на проблему нехватки врачей (ВОЗ, 2020).[1]. В ряде систематических обзоров продемонстрировано, что медсестры с расширенными функциями предоставляют эффективные и высококачественные услуги в сфере первичной медико-санитарной помощи, в частности пациентам с хроническими заболеваниями, такими как диабет, артериальная гипертония, сердечно сосудистые заболевания, бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).Эти услуги, при наличии у медсестер соответствующей подготовки, вполне сравнимы с оказанием врачебной помощи, работа МСРП способствует повышению удовлетворенности пациентов, хотя литературы о затратах и использовании ресурсов недостаточно для того, чтобы делать окончательные выводы[1].

В рамках проекта «Центры лучших практик» на базе городских поликлиник №2 и 5 в г.Уральск Западно-Казахстанской области были введены должности медицинских сестер расширенной практики,Так в Городской поликлинике №5,с мая 2023 года были введены в штат медицинские сестры расширенной практики (МРП) на 4-х участках, а также у профильных специалистов введены 4 должности МРП.За 2023 год МРП были приняты на самостоятельном приеме 4-х участков-5.217 пациентов, врачами -9. 447 пациентов, что снизило нагрузку врачей на 61%. Медсестрами расширенной практики профильных специалистов были приняты за 2023 год-4.816 пациентов, что разгрузило на 50% прием у врачей. За 2024 год врачами-9.541 пациентов, медсестрами расширенной практики участковой службы приняты -5.217 пациентов,что разгрузило врачей на 54%. Врачами принято-9.458 пациентов, медсестрами расширенной практики профильных специалистов были приняты за 2024 год-4.789 пациентов, что составило 50% разгрузки приема врачей .

Цель: Определить влияние медицинских сестер расширенной практики на повышение приверженности пациентов к лечению и самоуправлению хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) через сестринский прием, а также оценить уровень удовлетворенности пациентов услугами

Материалы и методы: В целях изучения удовлетворенности пациентов самостоятельным сестринским приемом было проведено анкетирование 50 пациентов, посетивших самостоятельный сестринский прием в ГП №2 и ГП №5 г.Уральск. Опросник состоял из трех блоков I БЛОК «Общие вопросы», II БЛОК «Выявление хронических

неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития», III БЛОК «Оценка работы медицинской сестры самостоятельного приема». Опрос был проведен с помощью платформы Google форм. С целью определения готовности медицинских сестер к самостоятельному сестринскому приему было проведено интервью в фокус-группе, состоящее из 10 медицинских сестер самостоятельного приема.

Результаты и обсуждение:

По результатам социологического опроса по вопросам I БЛОКА установлено, что наиболее часто приходят на прием пациенты в возрасте от 46-60 лет 25%, пациенты в возрасте 61-65 лет 25% и пациенты старше 65 лет 32%. По гендерному различию женщины обращаются чаще 58,3%, чем мужчины 41,7%. На основе анализа социального статуса ранжирование было следующим: пенсионеры 35%, студенты или учащиеся 12,7%, пациенты на инвалидности 12,7%, работающие пациенты 58,3%, имеющие высшее, средне-специальное и среднее образование. На вопрос «Сколько продлилось ожидание вашей очереди» 10 до 20 минут ответили 50% респондентов, 20- 30 минут ответили 50% респондентов. По II БЛОКУ опросника анализ показал, что на вопрос: «Возникает ли у Вас, когда Вы поднимаетесь по лестнице, либо спешите или выходите из теплого помещения на холодный воздух, боль, ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки с распространением в левую руку или без него», -«Да» ответили 25% пациентов, «Нет» ответили 75%. На вопрос: «Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)», -«Да» ответили 66,7% пациентов, «Нет» ответили 33,3%. На вопрос: «Обращаете ли Вы внимание на содержание жира и/или холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи», «Да» ответили 41,7% пациентов, «Нет» ответили 58,3% пациентов. На вопрос: «Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее», -«Да» ответили 16,7% пациентов, «Нет» ответили 83,3% пациентов. На вопрос: «Потребляете ли Вы шесть и более кусков (чайных ложек) сахара, варенья, меда или других сладостей в день», «Да» ответили 15 % респондентов, «Нет» ответили 85% респондентов. Таким образом можно сделать вывод, что пациенты самостоятельного сестринского приема обучены принципам здорового образа жизни, информированы о факторах риска, об основных симптомах жизнеугрожающих состояний. Для оценки работы медицинской сестры самостоятельного приема анализу ответов подлежали ряд специальных вопросов. Сестринский прием с целью первичного осмотра посетили 16,7% получить направление на обследование (ОАК, ОАМ, биохимическое исследование) 25%, проконсультироваться по вопросам укрепления здоровья (правильная диета, физическая активность, соблюдение медицинских назначений) 35,3%, за выпиской бесплатных рецептов на лекарственные средства 23%. Медицинская сестра проводит наблюдение за лечением пациента разными методами приглашает на прием 50% узнает о состоянии здоровья по телефону 18%, посещает на дому 25%. На вопрос: «По Вашему мнению, изменилось состояние Вашего здоровья после визита к медсестре», «улучшилось» ответили - 75% пациентов, «не изменилось» ответили - 25% пациентов. На вопрос: «Удовлетворены ли Вы компетентностью медицинской сестры самостоятельного приема», удовлетворены ответили 80%, частично удовлетворены ответили 10%, не удовлетворены ответили 10% респондентов. Соответственно выявлено, что большая часть пациентов 35,3% посещают сестринский прием по вопросам обучения и укрепления здоровья, медицинские сестры используют различные способы консультирования пациентов, но в основном 50% приглашают на прием. При этом 80% пациентов полностью удовлетворены самостоятельным сестринским приемом, но 20% пациентов пока не готовы к новшествам в медицине. По результатам интервьюирования фокус группы МС было выявлено, что для ведения самостоятельного приема медицинская сестра должна знать симптомы, диагностику, лечение заболеваний, учитывать, анализировать индивидуальные особенности каждого пациента. Все МС считают, что самостоятельный сестринский

прием способствует динамическому наблюдению за пациентами с хроническими заболеваниями, укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Отслеживание эффективности и надзора за процессом обучения пациентов и его семьи методам ухода и управления заболеванием медицинские сестры проводят по результатам карты наблюдения пациентов, повторного осмотра, оценки управления заболеванием, мониторинг состояния пациента согласно таблице сегментации. На вопрос "Какую пользу для ПМСП может принести расширение сестринских функций", были получены ответы: уменьшение жалоб, улучшение самоменеджмента пациентов, снижение количества вызовов, снижение осложнения заболеваний, улучшение качества жизни. Все медсестры согласны с тем, что самостоятельный сестринский прием уменьшает загруженность врача. Трудностями, с которыми МС сталкиваются во время приема - это: не все НПА введены в КМИС, часты случаи технических неполадок информационной базы, информационная безграмотность населения, нежелание пациентов менять образ жизни. На вопрос "Проходили ли вы обучение по использованию международного классификатора сестринской практики CCC (ClinicalCareClassification)", все медицинские сестры ответили "Нет". На вопрос "Готовы ли Вы к самостоятельному сестринскому приему" - 83,3% ответили, что готовы, 17,7% ответили не готовы. Для улучшения организации самостоятельного сестринского приема МС, считают необходимым внедрение в МИС услуг медицинских сестер расширенной практики, а также алгоритм использования международного классификатора сестринской практики CCC. Кроме того, МС считают необходимым организацию мастер классов, тренингов по ведению самостоятельного сестринского приема.

Выводы:

1. Роль медицинских сестер расширенной практики на первичном приеме, согласно проведенного опроса показывают, что самостоятельный сестринский прием выполняет важную функцию по динамическому наблюдению за пациентами с ХНИЗ, укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

2. Профили пациентов, согласно проведенного анализа - это возрастная группа 46-65 лет, наиболее активно пользующиеся услугами медицинских сестер расширенной практики, что предусматривает определение целевой аудитории и разработки региональных программ с учетом специфических потребностей.

3. Большинство респондентов имели среднее специальное образование, что указывает на осведомленность о принципах здорового образа жизни, подтверждает своевременность образовательных инициатив и программ по профилактике здоровья с акцентом на повышение их информированности.

4. Высокий уровень удовлетворенности услугами (80% «удовлетворены») подчеркивает значимость качественного сестринского обслуживания, открывая возможности для повышения доверия с увеличением приверженности пациентов к рекомендациям медицинских работников.

5. Несмотря на общую осведомленность, установлено, что почти 58,3% пациентов не обращают внимания на важные индикаторы (содержание жира и холестерина в продуктах), что диктует необходимость усиления обучения и контроля за соблюдением рекомендаций с привлечением в работу других специалистов (врачи, диетологи)

6. Разнообразие подходов к консультированию (приглашение на прием, телефонные консультации, выезды на дом) свидетельствует о применении гибкого подхода к работе и потребности в продолжении таких практик для улучшения повышения вовлеченности пациентов.

7. По показателям состояния здоровья, что у 75% пациентов, в динамике установлено улучшение после обращения к медицинской сестре тем самым подтверждая качество предоставляемой помощи и эффективность работы на уровне ПМСП

Литература

1. Техническая справка по вопросам укрепления сестринских услуг и акушерских кадров в целях улучшения показателей здравоохранения: что известно о расширении сестринских функций: фактические данные и уроки для внедрения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2024.

УДК: 37: 61

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В УСЛОВИЯХ ТЕХНИЧЕСКОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

А. Маликұлы¹, М.З. Сарсенбаева², Н.А. Айбекова³

Автор-корреспондент: Магистрант образовательной программы «Деловое администрирование в здравоохранении» Казахский Национальный Университет имени Аль-Фараби, г. Алматы, Казахстан, armanmalikuly2002@gmail.com, +7 708 653 24 91

Введение. Одним из компонентов образовательной программы ТИПО является воспитательный компонент, включающий в себя внеурочную деятельность, реализуемую по различным направлениям. Воспитание в условиях общеобразовательных организации осуществляется посредством работы с обучающимися и их родителями (законными представителями), определенным нормами нормативных правовых актов. Повышение эффективности управления в сфере образования в трудах современных исследователей понимается как одно из условий реализации государственной политики (Быстрова Н.В., Емелина А.В., Сундетова М.О. 2017) [1]. Целью педагогической воспитательной системы является развитие личности, а методом функционирования педагогическая деятельность [2]. Образовательные организации на сегодня работает с новым поколением молодежи, в новых социальных условиях, основной задачей которой являются раскрытие индивидуальных особенностей каждого студента, воспитание его как личности, готового к конкурентоспособности в современной среде [2]. Воспитательный процесс в условиях ТиПО осуществляется посредством деятельности преподавателей, кураторов групп, социальных педагогов, педагогов-психологов, заведующих. Воспитательная работа в колледже предполагает проведение работ по следующим направлениям: гуманитарное направление, взаимодействие с культурой, обществом; инновационные подходы работ с обучающимися, родителями, преподавателями; привлечение ресурсов интеллектуального, экономического характера в образовательный процесс организации образования.

Организуя воспитательную работу в организациях профессионального образования, мы должны учесть то обстоятельство, что континент в этих организациях как правило подростки от 15 лет и выше. Это является особенностью и сложностью проведения воспитательной работы. Как известно, для данного возрастного периода характерно скептицизм, юношеский максимализм, самоуверенность в себе. Поэтому при организации и реализации воспитательной работы следует помнить, что воспитание явление в условиях социума, имеющий многомерное, многоаспектное, полифункциональное черты. При этом важным моментов организации воспитательной работы в условиях профессионального образования является средовой подход, предложенный Ю.С. Мануйловым [3]. В деле воспитательной работы в условиях профессионального образования важно избегать одномерности. К сожалению проводимая воспитательная работа в организациях профессионального образования охватывает только внутренние вопросы организации образования, не учитывая социокультурный контекст человека шире. При составлении плана воспитательной работы не всегда учитывается особенности современной молодежи, как влияние СМИ, зачастую негативного; снижение ценностей общества и т.д. [4].

Как отмечают ряд исследователей организации воспитательной работы в колледже следует подходить с позиции жизни настоящей, а не будущей, при этом следует не забывать, что результат воспитательной работы отсрочен во времени, поэтому увидеть ее результаты, т.е. дать оценку происходящим изменениям в личности сложно [5].

Цель исследования: анализировать текущую ситуацию проводимых в рамках воспитательной работы на примере медицинского колледжа «KSPH».

Материалы и методы исследования. Проспективный метод путем предоставления воспитательной работы проводимый в колледже «KSPH».

Результаты: воспитательная работа в колледжах Республики Казахстан с 2024-2025 учебного года проводится согласно плану «Интегрированное образование», которое направлено на создание у обучающихся целостного представления об окружающем мире (здесь интеграция рассматривается как цель обучения); нахождение общей платформы сближения предметных знаний (здесь интеграция – средство обучения). Образование по данному плану осуществляется по трем идеологемам: Национальная идентичность, Служение обществу, Экологическая культура, Правовая культура и СМИ грамотность, Мир без буллинга, Обновление образовательной парадигмы. Каждая ценность является систематической в процессе обучения [6].

Воспитательная работа в колледже «KSPH» проводится согласно требованиям, утвержденному плану в соответствии с Комплексной программой воспитания учащейся молодежи. План воспитательной работы учитывает и развивает основные принципы, определенные Конституцией Республики Казахстан, Законом Республики Казахстан «Об образовании». Структура плана воспитательной работы построена по календарному принципу, где ежемесячно определены мероприятия по различным направлениям, а именно:

- Воспитание нового казахстанского патриотизма и гражданственности
- Духовно-нравственное воспитание
- Национальное воспитание
- Семейное воспитание
- Трудовое, экономическое и экологическое воспитание
- Интеллектуальное воспитание и воспитание информационной культуры
- Художественно-эстетическое воспитание
- Физвоспитание, здоровый образ жизни.

Основными целями воспитательной работы являются:

Создание условий для активной жизнедеятельности обучающихся, их самоопределения и самореализации.

- Совершенствование работы по сохранности контингента студенческих групп, в том числе организация работы с группой риска.

- Усиление контроля за работой руководителей групп.

- Развитие личности обучающихся с учетом их личных особенностей и профессиональной специфики на уроках и во внеурочной работе, в том числе в форме организации мероприятий.

Задачи воспитательной работы в колледже:

- поддержание и формирование новых традиций колледжа, в том числе организация и проведение традиционных праздников, соревнований по различным направлениям;

- организация учебной и внеучебной деятельности в форме организации мероприятий в целях создания условий для развития личности обучающихся, привития общей культуры, навыков профессионализма и профессиональной культуры;

- формирование положительной мотивации на участие в социально значимых сферах деятельности, способствующих становлению гражданственности, политической и правовой культуры;

- развитие отношений сотрудничества обучающихся и преподавателей, родителей обучающихся.

В рамках воспитательной работы в колледже были проведены работы по следующим формам: кураторские уроки, гостевые лекции, семинары и разъяснительные мероприятия.

Таким образом, как показал анализ литературных источников, воспитательный компонент в работе профессионального образования является одним из важных видов деятельности организации образования, способствующий обеспечения достижения целей

личности, общества и государство в целом. Современный темп жизни ставит вопросы воспитания на первый план жизнедеятельности организации профессионального образования.

Список использованной литературы

1. Быстрова Н.В., Емелина А.В., Сундетова М.О. Основные принципы функционирования и развития воспитательной системы общеобразовательной организации. Ж. Карелский научный журнал. 2017. Т.6. №4(21), с.25-28.
2. Парпура Т.С., Носакова В.Н. Исследование проблем воспитательной работы в современных общеобразовательных организациях. Инсайт. 2021. №4(7), с.132-141.
3. Шаталов О.А. Организация воспитательной работы в колледже как приоритетная проблема среднего профессионального образования (региональный аспект) // Вестник Тамбовского университета. Серия Гуманитарные науки. Тамбов, 2016. Т.21., Вып. 10(162). с.62-65.
4. Макарова Л.Н., Копытова Н.Е., Королева А.В. Конструктивные и деструктивные возможности, изменяющиеся внешней информационной среды // Вестник Тамбовского университета. Серия Гуманитарные науки. Тамбов, 2012. Вып. 6(110). с.84-91.
5. Боженов С.А. Духовно-нравственное воспитание в Белгородской области // 4 Рождественские парламентские встречи 24 Международных Рождественских образовательных чтений. М., 2016.
6. Қазақстан Республикасы Оқу-ағарту министрінің 2024 жылғы 30 шілдедегі № 194 бұйрығы.

УДК: 616.699-316.346.2

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ

Б.Б. Оразаева

PhD докторант 1 г.о. по специальности «Общественное здравоохранение»
Научный руководитель: к.м.н., ассоц.профессор, заведующий кафедрой
общественного здоровья НАО «МУС» Хисметова З.А.
НАО «Медицинский университет Семей», г.Семей, Республика Казахстан

Актуальность. Одной из приоритетных проблем системы здравоохранения является охрана репродуктивного здоровья населения, поскольку ключевым фактором реализации демографического ресурса страны, ставшим вопросом национальной безопасности, является именно репродуктивное здоровье популяции.

На фоне достаточно развитой лечебно-профилактической помощи женщинам практически отсутствует система аналогичных мер в отношении репродуктивного здоровья мужчин, что подтверждает факт того, что мужское репродуктивное здоровье остается на периферии [1].

Согласно данным проекта «Мужское здоровье», запущенного Национальной Ассоциацией Primary Health Care, в Казахстане мужчины живут на 9 лет меньше женщин и в 2 раза реже обращаются в медицинские организации, чем женщины [2].

Мужчины чаще сталкиваются с вредными, опасными и тяжелыми условиями труда. Их образ жизни, как правило, сопровождается высоким уровнем стресса, наличием вредных привычек, низкой медицинской активностью и недостаточным вниманием к собственному здоровью.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подчеркивает острую необходимость проведения научных исследований в области мужского репродуктивного здоровья. Согласно их данным, проблема бесплодия затрагивает миллионы людей и приводит к насилию, разводам, социальной стигматизации, эмоциональному стрессу, депрессии, тревожному состоянию и низкой самооценке [3].

Цель работы: продемонстрировать актуальность изучения репродуктивного здоровья мужской популяции.

Материалы и методы: Дизайн исследования – ретроспективный. Была изучена научная литература, включая научные публикации медицинских электронных баз, данных Medline/Pubmed, Web of Science, в Cochrane Library, CyberLeninka, Google Scholar и др.

Результаты. Согласно глобальным оценкам, бесплодие возникает примерно у каждого шестого человека в течение репродуктивного возраста [4].

Исследования, проведенные в Казахстане, демонстрируют, что уровень бесплодия в стране достигает примерно 15%, что представляет собой серьезную проблему как для семей, так и для общества в целом [5]. Основными причинами бесплодия выступают экологические факторы и медицинские нарушения, включая болезни половой системы и гормональные сбои. Значительное внимание уделяется роли мужчин в вопросах бесплодия, их сексуального здоровья, а также связи между общим состоянием организма и репродуктивной функцией. Установлено, что в 45,0–52,0% случаев у семейных пар с бесплодием выявляются факторы, связанные с заболеваниями мужской репродуктивной системы и их образом жизни [6].

Основные причины мужского бесплодия в детском и подростковом возрасте включают крипторхизм, гипоспадию, варикоцеле, а также наследственные заболевания, такие как муковисцидоз и синдром Клайнфельтера. В зрелом возрасте на фертильность

негативно влияют следующие факторы: курение, алкоголизм, наркомания, некоторые лекарственные, психотропные препараты и химикаты.

Исследования показывают, что качество жизни мужчин, лечащихся от бесплодия, зависит от биологических, психологических и экологических факторов, поскольку стресс ухудшает результаты терапии. Бесплодие становится источником хронического стресса, что может вызывать семейные конфликты, сексуальные дисфункции и психосоматические расстройства [7].

В организации вопросов мужского здоровья, связанных с репродуктивной системой мужчин, можно выделить ряд проблем:

Недостаточная осведомленность и стигматизация: зачастую мужчины не обращаются за медицинской помощью по вопросам репродуктивного здоровья из-за стыда или недостатка информации;

Ограниченный доступ к специализированным услугам: многие регионы РК нуждаются в специализированных медицинских организациях и узких специалистах;

Финансовые барьеры: не все мужчины могут позволить себе лечение репродуктивных проблем;

4. Недостаточное внимание к профилактике: Программы профилактики часто сосредоточены на женском здоровье, в то время как мужское здоровье, особенно репродуктивное, отодвигается на задний план.

5. Отсутствие систематического скрининга и ранней диагностики. Несмотря на то, что в Казахстане существует ряд законодательных актов, регулирующих и поддерживающих предоставление медицинских услуг, связанных с диагностикой и лечением мужского бесплодия, а также защиту прав пациентов, желающих воспользоваться вспомогательными репродуктивными технологиями (ВРТ), на данный момент не ведется обязательная регистрация мужчин, имеющих проблемы с фертильностью. Создание единого регистра для бесплодных пар, который мог бы включать как мужчин, так и женщин, обратившихся за помощью к репродуктивным специалистам может стать отличным инструментом для мониторинга и планирования государственной поддержки, включая программы ЭКО и другие ВРТ.

Выводы: Таким образом, в Казахстане, как и в других странах, важно продолжать проводить комплексные исследования в области репродуктивного здоровья, развивать меры, направленные на поддержку и защиту здоровья населения, а также усиливать образовательные программы по вопросам репродуктивного здоровья, что в конечном итоге будет способствовать улучшению демографической ситуации в стране.

Список использованной литературы:

1. Мирский, В.Е. Социально-гигиенические аспекты андрологической заболеваемости мальчиков / В.Е. Мирский // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. 2004. - № 2. - С. 27-28.

2. https://www.inform.kz/ru/segodnya-muzhskim-zdorov-em-v-kazahstane-nikto-ne-zanimaetsya-ekspert_a3947337

3. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Женева: ВОЗ, 1995. - Т. 1-4.

4. <https://www.who.int/ru/news/item/04-04-2023-1-in-6-people-globally-affected-by-infertility>

5. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/ru/publications/reports/2017/10/gender-policy-delivery-in-kazakhstan_g1g7fa5e/b756540b-ru.pdf

6. Юрьев, В.К. Состояние репродуктивного здоровья мальчиков Санкт-Петербурга / В.К. Юрьев, Г.И. Куценко, Т.Ю. Кожуховская и др. // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. 2001. - № 5. - С. 2429.

7. Xiaowei Yu, Songling Zhang, Zhentong Wei, XiaoYuan Zhang, Qun Wang, Prevalence of sexual dysfunction among the male populations who seeking medical care for infertility,

pregnancy loss and preconception care: a cross-sectional study, Nature, (2022) 12:12969,
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-17201-3>.

УДК: 615.2:579.222.2(574)

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО ВНЕДРЕНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ МЕР ДЛЯ СОКРАЩЕНИЯ НЕНАДЛЕЖАЩЕЙ УТИЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ

Е. Ерланұлы, А.Б. Молдабаева, Е.Д. Сахариев

Научный руководитель: к.м.н., ассоц.профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья НАО «МУС» Хисметова З.А.

НАО «Медицинский университет Семей», г.Семей, Республика Казахстан

Актуальность. В условиях быстрого роста потребления медикаментов и недостаточной информированности населения о рисках, связанных с их неправильной утилизацией, ситуация становится проблемной. Отсутствие системных подходов и инфраструктуры для безопасной утилизации медицинских препаратов приводит к многочисленным экологическим и здравоохранительным последствиям. Лекарственные средства, выбрасываемые в бытовые отходы или сбрасываемые в водоемы, могут попадать в почву и воду, что в свою очередь приводит к загрязнению окружающей среды, влияя на экосистему и здоровье человека.

Более того, ненадлежащая утилизация медикаментов создает риски для здоровья населения, включая возможное бесконтрольное использование препаратов, что может привести к повышению резистентности к антибиотикам и развитию заболеваний, вызванных неправильным применением. Существуют также угрозы нелегального оборота препаратов, что может усугубить проблему несанкционированного распространения наркотических средств и психотропных веществ.

В связи с этим, разработка и внедрение эффективных мер по решению данной проблемы являются актуальными. Пилотный проект в городе Семей, направленный на внедрение поведенческих вмешательств, является важным шагом в улучшении ситуации.

Цель работы: повысить осведомленность и образованность населения относительно безопасной и рациональной утилизации лекарственных средств.

Материалы и методы: проведено одномоментное поперечное исследование. Специальные контейнеры для сбора лекарств были размещены в общественных местах. Участники сдавали лекарства в контейнеры и заполняли анонимную анкету.

Результаты. Согласно полученным результатам, большинство жителей не осведомлены о правильных методах утилизации медикаментов. 65% участников ответили, что никогда не утилизируют просроченные лекарства. Большинство участников исследования выбрасывают просроченные лекарства в мусор или хранят их дома, что представляет потенциальную угрозу для окружающей среды и здоровья.

Большинство респондентов (60%) утилизируют лекарства, выбрасывая их в мусор, 25% — смывают в канализацию, а 15% — хранят дома. 65% участников ответили, что никогда не утилизируют просроченные лекарства. Более половины респондентов (65%) выразили готовность изменить свои привычки утилизации при получении информации о возможных последствиях, и 60% отметили, что финансовые вознаграждения стали бы хорошим стимулом для надлежащей утилизации.

В ходе проведения наблюдения, нами было выяснено то, что 40% от собранных лекарств составляют рецептурные препараты, включая антибиотики. Это указывает на незаконный отпуск рецептурных средств, а также на случаи неполного прохождения курсов лечения, что может способствовать развитию антибиотикорезистентности.

Большинство участников отметили факт того, что они рады были принять участие в исследовании, выразили готовность и в будущем способствовать правильной утилизации лекарств, а также избегать приобретения лишних медикаментов.

Собранные лекарства были утилизированы в рамках проекта через специализированную компанию ТОО «Биофторполимер», что подчёркивает важность налаживания инфраструктуры для правильной утилизации медицинских отходов.

На основании проведенного исследования, мы убедились в том, что эффективным методом информирования населения являются специальные контейнеры для сбора лекарств.

Выводы: Пилотный проект по внедрению поведенческих вмешательств для сокращения ненадлежащей утилизации лекарств среди населения города Семей показал, что повышение осведомленности, доступ к информации и удобные пункты сбора лекарственных средств имеют решающее значение для стимулирования правильной утилизации препаратов. Необходимо продолжить усилия по информированию населения, расширить инфраструктуру сбора и утилизации, чтобы обеспечить безопасную и ответственную утилизацию лекарственных средств.

ӘОЖ: 614.2

ДАМЫМАЙ ҚАЛҒАН ЖҮКТІЛІК

Ж.Б. Мақаш

Жамбыл облысы, Меркі аудандық көпбейінді орталық ауруханасының гинекология бөлімінің дәрігер акушер-гинекологы
e-mail: zhanar_makash@mail.ru

Дамымай қалған жүктілік(неразвивающаяся беременность) - бұл ұрық жұмыртқасының өсуін, дамуын тоқтатуы. Бұл кезде жүктіліктің үзілу белгілері біразға дейін білінбеуі мүмкін. Дамымай қалған жүктілік деп (неразвивающаяся беременность)- жүктіліктің 22 аптасына дейінгі жүктіліктің үзілуін айтады [1]. Орташа есеппен бұл ақау жүктіліктің 2 % құрайды, бірақ соңғы кездері кездесу жиілігі арта түскен. Егіз ұрықты жүктілікте бір ұрықты жүктілікке қарағанда 2есе жиі кездеседі. Сондықтан егіз немесе үшем жүктілер жоғары қауіп тобына енеді. Сол себепті әр-бір ұрықтың дамуын анықтау үшін жүктіліктің 7-8 аптасында ультрадыбыстық зерттеу жүргізілуі ұсынылады [2]. Дамымай қалған жүктіліктің даму механизмі әртүрлі [2].

Патогенетикалық себептері:

- иммундық жүйенің қызметінің бұзылуы
- инфекциялық аурулар
- эмбрионның генетикалық ақаулары
- гормональдық бұзылыстар
- жатыр қуысының аномалиялары
- қан ұйығыштығының жоғарылауы
- токсикалық факторлардың әсері

Дамымай қалған жүктілік диагнозы ультрадыбыстық зерттеу арқылы анықталады және дәлелденеді. Ары қарай жүргізілетін ем жүктіліктің мерзіміне, ұрықтық көлеміне, әйел ағзасының жағдайына және қосымша ауруларының болуына байланысты болады [3].

Дамымай қалған жүктіліктің 2 клиникалық түрі бар [1]:

-анэмбриония-ұрық жұмыртқасының бос болуы. Бұл жағдай алғашқы фетальдық жасушалардың қалыптаспауынан немесе олардың бұзылып жойылуынан пайда болады.

-эмбрионның ерте өспеуі - бұл жағдайда ультрадыбыстық зерттеу арқылы ұрық жұмыртқасын, эмбрионды, сарыуыз қабын көруге болады, бірақ жүрек соғысы болмайды.

Дамымай қалған жүктіліктің қай түрі болса да емі жүктілікті үзу [1].

Дамымай қалған жүктіліктің белгілері көп жағдайда байқалмайды. Кейбір әйелдерде құрсақ қуысының төменгі бөлімінде жайсыздық, тартылып немесе сыздап ауыру сезімі және жыныстық жолдарынан аздап қанды бөліністер бөлінуі мүмкін. Бұндай жағдайлар дәрігер акушер-гинекологқа қаралуды талап етеді.

Дамымай қалған жүктілік жүктіліктің ерте кезеңдерінде даму себептері сан түрлі. Кейде ол бір ғана фактордың әсерінен болса, кейде бірнеше себептердің жиынтығынан болады.

Ұрықтық дамымай қалуының келесі себептерін анық айтуға болады:

- Әйелдің жасы 40-тан жоғары болса, бұл жағдайда ұрықтық хромосомалық аномалиялары жиі кездеседі. Зерттеулерге сүйенсек 45 жастан асқан жүкті әйелдердің тең жартысында жүктілік түсікпен аяқталады [2].

- Алдыңғы жүктіліктері түсікпен немесе қандайда бір себептермен жүктіліктің үзілуімен аяқталғанда, және де оның себептерін анықтап тиісті ем қабылдамаған жағдайда [4].

-Күніне 5 шыныдан көп кофе, 10 тал темекіден көп қолданса және ішімдікті жиі қабылдаса ұрықтың дамуына кері әсерін тигізеді [3].

–Еліміздің экологиялық қауіпті аймақтарында өмір сүру, денсаулыққа зиянды өндірісте жұмыс істеу, ауада ауыр металдардың қалыптан көп кездесуі де ұрықтың дамымай қалуына әкелуі мүмкін[3].

–Әйелдің гормональдық бұзылыстары: аналық безінің поликистозы, қалқанша безінің аурулары, компенсацияланбаған кантты диабет, семіздік және тағы басқа ақаулар. Бұл жағдайларда «Д» дәруменінің алмасуы бұзылады, жатырдың ішкі қабатының сезімталдығы нашарлайды, аналық жұмыртқаның сапасы төмендейді, қалыпты жағдайда жүктіліктің дамуын қамтамасыз ететін иммундық жүйенің қызметі өзгереді [4].

–Антифосфолипидтік синдром және ағзаның генетикалық мутацияның әсерінен тромбозға ұшырағыштығы, соматикалық аурулар, хорион айналасындағы қан айналымының нашарлауы да ұрықтың дамуы тоқтауына әкеледі [4].

–Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар. Олар әйел жыныс мүшелерінің қызметінің бұзылуына себепкер болуы арқылы жүктіліктің дамуын тоқтатады [5].

–Кейбір дәрілік заттарды қабылдағанда, жүктіліктің ерте кезеңінде ұрық мүшелерінің қалыптасуында әйел ағзасына дәрілік заттардың ықпал етуін мейлінше азайту немесе тоқтату керек. Зерттеулер барысында цитостатиктердің, зенге қарсы дәрілік заттардың, стероидтық емес қабынуға қарсы дәрілік заттардың, антидепрессанттардың және «А» дәруменінің мөлшерден көп қолданылуы жүктіліктің дамымай қалуына алып келетіні дәлелденген [3].

Соңғы кездерде «Д» дәруменінің жетіспеушілігі, фолат жетіспеушілігі, омега3 жартылай қаныққан май қышқылдарының жетіспеушілігі де жүктіліктің дамымай қалуына алып келетіні жиі айтылып жүр. Сондықтан жүктілікті жоспарлау кезеңінде ағзада осы нутрименттердің жеткілікті болуын қамтамасыз ету керек. Жүктілікті жоспарлау кезеңі, жүктілікке дайындық кезеңі орта есеппен үш айды құрағаны абзал. Ағзадағы «Д» дәруменнің мөлшерін анықтау үшін қан талдауынан 25-гидроксихолекальциферол нәтижесін көру керек, егер жеткіліксіз болса «Д» дәруменін емдік немесе профилактикалық мақсатта қолданған жөн [3].

Дамымай қалған жүктілікті анықтау жолдары [2].

Ерте кезеңде дамымай қалған жүктіліктің белгілерін ультрадыбыстық зерттеу арқылы анықтауға болады. Ультрадыбыстық зерттеуде эмбрионның немесе ұрықтың жүрек қағысының болмауы, бірақ бұл жағдайда ұрық жұмыртқасының диаметрі 25мм-ден көп болуын немесе эмбрионның құймышағынан шүйдеге дейінгі ұзындығы 7мм-ден көп болуын ескеру керек. Егер бұл өлшемдер ескерілмесе ұйғарым қате болуы мүмкін. Кейбір жағдайда қан талдауынан хориондық гонотропин деңгейін анықтаудың да диагностикалық маңызы бар. Бұл талдаудың әсіресе жатыр ішілік немесе жатырдан тыс жүктілік екенін ажыратуда маңызы зор. Бұл күрделі жағдайлар көбінесе жатырда кішкентай көпіршік қана анықталғанда, сарыуыз қабы мен эмбрион болмаған кезде маңызды. Сол себепті кейбір кездерде дамымай қалған жүктілікті нақты анықтау үшін біраз уақыт керек екені де айдан анық.

Дамымай қалған жүктілікті емдеудің 3 жолы бар [6]:

1. 1-2апта күту кезеңі. Осы уақытта дамымай қалған жүктілік өздігінен түсуі мүмкін.

2. Жатыр қуысын медикаментозды жолмен босату.

3. Вакуум-аспирация арқылы жатыр қуысын тазалау.

Консервативтік емі: ұрықтың өздігінен түсуін күту пациенттің тез арада ауруханаға жетуі мүмкін болған жағдайда қолданылады. Бұл әдісте қанның ұйығыштығы қалыпты болуын және анемия мен инфекцияның болмауын ескеру керек. Ең тиімді әдіс жатыр қуысын медикаментозды босату болып табылады. Ол үшін науқасқа ұрықты жатыр қабырғасынан ажырату мақсатында прогестерон рецепторының антогонистын тағайындайды, одан бірнеше сағаттан кейін жатырдың жыйырылып ажыраған ұрықтың жыныс жолдарымен шығуын қамтамасыз етуі үшін простогландин аналогтары беріледі. Біраз уақыттан кейін жыныс жолдарының қанды бөлініс бөлінуі арқылы дамымай қалған

жүктілік үзіледі. Медикаментозды әдістің сәтті болу нәтижесін 1-2 аптадан кейін ультрадыбыстық зерттеу арқылы анықтайды [6].

Хирургиялық емі. Жатыр қуысының аспирациясы көп жағдайда жыныс жолдарының қабыну үрдісі анықталғанда инфекцияның таралуына жол бермей жатыр қуысын тез арада тазарту мақсатында қолданылады. Вакуум-аспирация тамыр ішілік берілетін қысқа уақыттық анестезия барысында орындалады. Дәрігер гинеколог цервикальды каналды кеңейтіп аспиратор арқылы жатыр қуысындағы өспей қалған ұрықты сорып алады [6].

Дамымай қалған жүктілікті алдын алу жолдары [3]. Дамымай қалған жүктілік қаупін төмендету үшін:

- жүктілікті алдын-ала жоспарлап дайындалу қажет.
- зиянды әдеттерден аулақ болу керек.
- соматикалық ауруларды дер кезінде емдеп, алдын алған дұрыс.

Дамымай қалған жүктілік үзілгеннен кейін әйел ағзасын оналту жолдары [4].

Егер науқаста дамымай қалған жүктілік болған жағдайда міндетті түрде гинеколог дәрігеріне қаралып себептерін анықтау қажет. Дамымай қалған жүктілік кезінде әрқашан жатырдың созылмалы қабынуы орын алады, кейде тіпті себебі де болады. Сондықтан антибактериалдық ем алу керек. Егер дамымай қалған жүктілік хирургиялық жолмен үзілсе 1-2 апта жыныстық қатнаса түспеу маңызды, ауыр заттарды көтермеген абзал, ыстық ванна, сауна қабылдамау керек, бассейн немесе ашық су қоймаларында шомылмаған жөн.

Меркі аудандық көпбейінді орталық ауруханасының гинекология бөлімінде 2020жылы-158 науқас, оның біреуі жатырдан мөлшерден көп қан кетумен асқынған, 2021жылы-161 науқас, 2022жылы-176науқас, 2023жылы-180 науқас және 2024 жылдың 11 айында 130 науқас дамымай қалған жүктілікті үзу мақсатында ем алған. 2024 жылы да дамымай қалған жүктілік жатырдан мөлшерден көп қан кетумен асқынған 1-жағдай орын алды. Шұғыл түрде алгоритмге сай ем қолданып қан кету тоқтатылды. Бұлардың 70% медикаментоздық жолмен үзілсе, 30% вакуум аспирацияны қажет еткен. Жүктілікті үзу мақсатында медикаментоздық жолды қолданған науқастарда 3% ұрықтың толық түспеуіне байланысты вакуум-аспирация қолданылған [7]. Көріп отырғандарыңыздай жылдан жылға дамымай қалған жүктілік індеті көбеюде. Сондықтан әйелдерге айтар кеңесіміз: жүктілікті жоспарлап, жоғарыда көрсетілген алдын-алу шараларын ұстану керек.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Акушерство и гинекология.-4-е издание,перераб.и доп./Под ред.В.Н.Серова,Г.Т.Сухих.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2021.-1024б.
2. Брагина Т.В.,Петров Ю.А.,Ардт И.Г. ж.т.б.Клинико-диагностические и патогенетические аспекты неразвивающейся беременности //Пульс.-2020-Т.22.-№10.-С.6-9.
3. Беременность ранних сроков.От прегравидарной подготовки к здоровой гестации/Под ред.В.Е.Радзинского А.А.Оразмурадова.-3-е изд.испр.идоп.-М:Редакция журнала StatusPraesens, 2020/798б.
4. Невынашивание беременности. Сидельников В.М. Сухих Г.Т. 2010г. 228-257с.313-317с. 380-413с.
5. Гинекология национальное руководство. Под ред. В.И.Кулакова, И.Б.Манухина, Г.М.Савельевой. ГЭОТАР-Медиа,2014.-549. 987-991с.
6. Безопасный аборт. Стратегия ВОЗ. Рекомендации для врачей акушеров-гинекологов. (второе издание 2020г).
7. Статистический отчет Меркенской многопрофильной центральной районной больницы за 5лет.

DEVELOPMENT OF METHODS OF HERNIATION

*A.T. Dzhumabekov, S.M. Zharmenov, A.Zh. Artykbayev, S.S. Kalieva,
A. Kanybekov, S.Zh. Zhanbyrbayev*

**Kazakhstan's Medical University "Kazakhstan School of Public Health", Almaty,
Republic of Kazakhstan**

Abstract. It is known that ventral hernias and diastasis of the anterior abdominal wall are usually treated with traditional operations that are widely used all over the world. These operations have many author improvements. However, the intraperitoneal installation of a mesh implant with a non-adhesive coating has become increasingly popular among surgeons due to its technical simplicity, minimal invasiveness and the possibility of repeated use. But recently, some disadvantages of this method have been identified, which led to the search for alternative ways to strengthen the anterior abdominal wall. The result of this was the emergence of new operational methods described in this article. It also presents the technical features of the implementation of these methods, their potential advantages and disadvantages. New extraperitoneal techniques - endoscopic, laparoscopic and robotic - combine the advantages of traditional open reconstruction of the anterior abdominal wall with minimally invasive surgical methods. All these new methods can be classified depending on the access, the location of the mesh, the method of closing the defect and anatomical reconstruction of the abdominal wall. Due to the placement of the mesh implant outside the abdominal cavity, conventional synthetic mesh without coating (polypropylene, polyester) can be used in these new procedures. Similarly to the classification of laparoscopic intervention methods for inguinal hernia, laparoscopic transabdominal techniques (TAPP, TARM) differ from endoscopic complete extraperitoneal procedures (ventral TEP, eTEP, MILOS, EMILOS). In most cases, these new extraperitoneal operations, if it is necessary to eliminate large defects or install large prostheses, can be supplemented by the separation of the posterior component of the anterior abdominal wall (for example, transversus abdominis release - TAR). The increased interest of specialists in improving the results of interventions in the treatment of ventral hernias of the anterior abdominal wall, including postoperative hernias, and diastases of the rectus abdominis muscles, is due to the exponential growth of new techniques. It is noted that the achievement of such results is in full certainty due to the constant development of materials and technologies. Observation and analysis of remote results, based on the experience of the surgical community, allow for a more objective and deliberate assessment of the effectiveness of procedures.

Key words: overview, diastasis of rectus abdominis muscles, ventral hernias, posterior muscular plastic surgery, laparoscopic hernia surgery

Introduction. One of the sections of emergency surgery, on which many studies and publications are focused, is the problem of surgical treatment of hernias of the anterior abdominal wall. This problem remains relevant for several reasons. Firstly, the number of patients with hernias is not decreasing, and there is still no system of planned rehabilitation of hernia carriers. The number of patients with strangulated hernias remains high, and the number of relapses after surgery does not show a downward trend [1]. Approaches to surgical hernia removal are diverse and have not yet been fully systematized. Until now, simple surgical methods of closing the hernia gate are the most common, which, however, lead to adverse consequences in the long term, namely, to a high percentage of relapses [2].

To restore the abdominal wall during plastic surgery, various spaces are used, such as onlay, onlay, sublay, pre- and intraperitoneal [3], but the most common are sublay and intraperitoneal (IPOM) plastics. Rives-Stoppa (RS) surgery, also known as behind the muscle or

saber plastic surgery, is increasingly being used around the world as a standard approach for the full restoration of the abdominal wall. It is well reproducible and has acceptable long-term results. In addition, the mesh implant is located outside the abdominal cavity, which eliminates possible problems and conflicts [4-7]. However, this operation has some disadvantages, including a large median incision, postoperative pain and the risk of infection of the wound [8].

The main advantages of laparoscopic treatment of ventral hernias and elimination of diastasis of the white line of the abdomen using the IPOM technique before open plastic surgery are a reduction in the risk of infection of the wound, an easier postoperative period with less pain and faster activation of the patient, which leads to a reduction in the duration of hospitalization [9-10].

Long-term problems arise due to improper strengthening of the intraabdominal mesh, which makes subsequent abdominal operations more difficult [12-13]. In addition, when using transaponeurotic sutures to fix the mesh inside the abdominal cavity, pain may appear both in the immediate postoperative period and with longer follow-up [11-13].

A study by F. Köckerling et al. (2019) conducted on patients with postoperative hernias showed a higher incidence of postoperative complications when using sublay technique (18%), compared with the use of laparoscopic IPOM plastic surgery (5%) [14]. There were no significant differences in the recurrence rate between these methods. A study by Timmermans et al. (2014) revealed an increased risk of surgical infection when using the online technique, but did not reveal differences in the development of postoperative seromas and hematomas between these techniques [15].

Plastic correction of defects of the anterior abdominal wall, including the elimination of diastasis of the rectus abdominis, is an important issue in the field of plastic surgery. Diastasis of the rectus abdominis is the expansion of the gap between the rectus abdominis muscles and is quite common, occurring in about 15% of the population over 18 years old [16-17]. In patients older than 40-50 years, diastasis of the rectus muscles is usually accompanied by median hernias (umbilical, epigastric and postoperative). This causes aesthetic and often symptomatic problems, such as pain, digestive disorders (mainly constipation) and changes in the pelvic floor muscles, as well as urogynecological diseases (60%), which affect the quality of life [18, 20]. In the case of isolated diastasis of the rectus muscles, physiotherapy treatment can be carried out. Some authors [16, 19] report an improvement in the well-being of patients, a decrease in some complaints and a reduction in the width of the diastasis. However, with concomitant hernial defect of these procedures, the effect is not observed, while the operation significantly improves the function of the abdominal wall and relieves pain, regardless of the type of surgical access.

To overcome the limitations of traditional methods of laparoscopic (IPOM) and open (RS) plastic surgery of ventral hernia, the placement of a mesh implant outside the abdominal cavity is proposed. M. Miserez and F. Peninks [12] performed an operation to eliminate a ventral hernia, having previously inserted a mesh into the abdominal cavity, and V. Reinpold placed the mesh under the rectus muscle through access to the hernia (MILOS technique) [13, 20]. I. Belyansky and colleagues [21-22] developed a new combined technique combining the eTEP access proposed by J. Deas, with the principles of TAR described by J. Novitsky [23]. The eRives/setup-TAR technique is currently considered one of the best approaches in laparoscopic treatment of ventral hernias (LVHR) and is gaining increasing popularity [22].

New extraperitoneal techniques - endoscopic, laparoscopic and robotic - combine the advantages of traditional open reconstruction of the anterior abdominal wall with minimally invasive surgical methods [25]. All these new methods can be classified depending on the access, the location of the mesh, the method of closing the defect and anatomical reconstruction of the abdominal wall [11, 26]. Due to the placement of the mesh implant outside the abdominal cavity, conventional uncoated synthetic meshes (polypropylene, PVDF, polyester) can be used in these new procedures [13]. Similarly to the classification of laparoscopic intervention methods for inguinal hernia, laparoscopic transabdominal techniques (TAPP, TARM) differ from endoscopic complete extraperitoneal procedures (ventral TEP, eTEP, MILOS, EMILOS) [20,

27]. In most cases, these new extraperitoneal operations, if it is necessary to eliminate large defects or install large prostheses, can be supplemented by separation of the posterior component of the anterior abdominal wall (for example, transversus abdominis release - TAR) [24].

The STEP method developed by J. Does is used to correct defects of the anterior abdominal wall located both along the midline and outside it [23]. In case of ventral hernia with diastasis of the rectus muscles, this method also closes the defect of the midline and diastasis by means of a wide overlap with a mesh implant, fixing it minimally. The method can be combined with the separation/release of the transverse abdominal muscle (TAR-plasty by Y. Novitsky) for access to the post-muscular space [24, 28]. I. Belayansky et al. We analyzed the results of treatment using the eTEP approach and demonstrated a low level of complications, improved postoperative pain and functionality using the Carolinas comfort scale, as well as a low incidence of infection and relapse [21-22].

The technical methods of TES [3], TESAR [29], TARM [30] and TARUP [31] are similar to each other. The setup method is an extraperitoneal approach, while ARM and TARUP are transabdominal approaches with a similar placement of the implant in the post-muscular space. Usually, the TERM method is used to close large or multiple defects of the anterior abdominal wall or as a previous step before the eTEP method. The TARUP method is usually used for operative access or intervention in local M3 hernias [31].

Reinhold et al. proposed the minimally invasive (Mini or Less Open Sublay Repair - MILOS) method and its endoscopic variant (EMILOS) [13]. In this method, manipulations are performed through small incisions (up to 5 cm for mini or 6-12 cm for less open) or using laparoscopic access through a hernia defect to perform traditional open sublayplasty by RS in the post-muscular space of the rectus abdominis [11-13]. The MILOS method repeats the functional and physiological aspects of open-behind muscle recovery with some advantages over invasive methods. According to the authors, MILOS plastic surgery is characterized by a reduced frequency of postoperative complications, relapses and intensity of chronic pain compared with open post-muscular restoration of the anterior abdominal wall.

Bittner et al. (2015) and Schwarz et al. (2017) showed that this method can be performed laparoscopically (EMILOS) to repair hernial defects and treat diastasis of the rectus abdominis muscle with similar efficacy, reproducibility and remote results [10, 13].

Endoscopically assisted reconstruction of the white line of the abdomen using a mesh (ELAR), developed by Koeckerling, is based on the principles of the MILOS technique and uses endoscopic subcutaneous access to close defects in ventral hernias with concomitant diastasis of the rectus abdominis muscle, and then strengthening of aponeurosis with a mesh implant [32-33]. In this hybrid method, the mesh implant is placed from the xiphoid process to the hypogastric region after suturing the medial edges of both rectus abdominal muscles. Koeckerling et al. (2017) reported a low rate of complications and repeated operations (1.4%) with positive early results for pain and relapse [33]. Other researchers also note satisfactory results of this technique, with a rate of wound complications up to 6.4% [32, 34].

A modification of the ELAR technique developed by G. Köhler and his colleagues (2018) was named MILAR. In their work, the authors proposed using a absorbable mesh implant to restore the anterior abdominal wall in order to avoid complications associated with the use of conventional mesh [36-37].

There are two practically similar techniques: REPA (preaponeurotic endoscopic restoration) and SCOLA (subcutaneous lateral laparoscopic approach), described by Juórez Muas [19] and C.M.P. Claus [16], respectively. REPA-plastic surgery is performed through suprapubic access in both iliac pits. This method is similar to ELAR plastic surgery, but the authors emphasize that the access points for the optical system and manipulators are located in the suprapubic region.

During preaponeurotic endoscopic reconstruction, a cavity is formed between the subcutaneous tissue and the anterior leaf of the aponeurosis, which allows the mesh implant to be positioned correctly and pre-suture the diastasis of the rectus muscles or hernial defect with a

"prickly" suture (V-Loc, Covidien, Mansfield, MA, USA). The prosthesis is fixed with trackers, straps or absorbable points, and the navel is attached to the aponeurosis with internal or external sutures [16, 19]. After the operation, it is necessary to drain the space before aponeurosis; drains are usually removed on the 3rd-4th day.

The authors and supporters of the technique of preaponeurotic endoscopic access, described by Bellido Luque in 2015, believe that it allows for a complete revision of the anterior abdominal wall and to detect midline defects not diagnosed before surgery. These defects, such as epigastric and umbilical hernias, as well as postoperative hernias, are associated with diastasis. [17, 36, 37]. Within the framework of the technique, it is permissible to cross the external oblique muscles along the medial edge to reduce tension along the seam line of diastasis or hernial defect [17].

The advantages of the proposed techniques include a reduction in the cost of intervention due to the use of an uncovered mesh implant, the absence of hematomas and postoperative surface infections, as well as the absence of a skin reaction due to mesh retraction [16, 19]. Comparison of SCOLA/REPA-plasty and preperitoneal plasty did not show statistically significant differences in the frequency of formation of postoperative seromas [13, 28]. Mandatory drainage of the surgical area and the use of a postoperative bandage significantly reduce the frequency of postoperative seromas [16, 19].

Laparoscopic intracorporeal aponeuroplasty of the rectus abdominis using a mesh (LIRA), developed by Gomez-Menchero et al., was proposed as an alternative to the IPOM+ technique. This technique is used in cases when pain is expected to increase in the postoperative period, there is a high risk of relapse, or separation of components is necessary to counteract the stress created by median fascial reapproximation [35, 39]. Within the framework of the technique, the aponeurosis of the rectus abdominis muscle along the hernial defect is opened laparoscopically, and then the created flaps are sutured and reinforced with a mesh implant fixed in the IPOM position [39].

In the analysis of treatment, the use of this technique provided reproducible and feasible treatment of ventral hernias with concomitant diastasis of the rectum, a low level of postoperative pain and the absence of relapses [39].

The term "stapler abdominoplasty" is a modified version of several surgical techniques used to restore the anterior abdominal wall in ventral hernias and rupture of rectus muscles. Costa and his colleagues presented this technique using laparoscopic access through the anterior abdomen in patients with ventral hernias and rupture of rectus muscles, showing the feasibility, simplicity and low complexity of the intervention [41]. Folding anterior sheets of rectus aponeurosis can be combined with open plastic surgery using PS, MILOS, EMILOS, open and laparoscopic eTEP plastic surgery [8, 39, 40].

When discussing minimally invasive techniques for correcting the anatomical features of the anterior abdominal wall and the treatment of ventral hernias, it is important to mention minimally invasive interventions that allow adapting the anterior abdominal wall before the main plastic surgery [11]. Such methods include progressive pneumoperitoneum (PP), tissue expander (TE) and the recently started use of botulinum toxin A (BTA). As mentioned earlier, these techniques may be important in large postoperative hernias as additional methods facilitating primary fascial closure of the anterior wall [11].

BTA - is a neurotoxin that is produced by Clostridium Botulinum. Its paralyzing effect reaches a maximum two weeks after topical application and gradually decreases after two to three months [41-43].

In a study by K. Elstner and his colleagues (2017), it was shown that the hernial defect in the transverse direction is significantly reduced in patients [44].

The purpose of using TE is to stretch the skin or the underlying fascial leaf. This technique facilitates the performance of plastic fasciotomy with large hernial defects or in the presence of pronounced skin scars of a large area [11].

The location of the ET can be different depending on the task: it can be placed subcutaneously in case of skin loss or defects, as well as intramuscularly - between the external and internal oblique muscles with large hernial defects, when there are concerns that additional separation of the components of the anterior abdominal wall may not provide plastic fasciotomy [45, 46]. However, there is no consensus on the indications, optimal methods and associated risks of using ET [47].

The concept of the use of PPP was first described by I. Moreno in 1947 [48], but later it was changed by other authors. The technique consists of repeatedly injecting air into the abdominal cavity using a sterile catheter or drainage tube for several days. This is done in order to increase the volume of the abdominal cavity before the subsequent closure of the abdominal wall defect without creating tension [49-50].

However, published studies available in the literature differ in several parameters, such as the gas used for insufflation, the patient population, the time, frequency and volume of insufflation of PPP. Available research reviews indicate different periods of insufflation of air into the abdominal cavity. In some cases, PPP insufflation was performed every day [51], in others - with long intervals between procedures, for example, once every 2 days or more [52]. The total duration of the use of PPP varied from 5 to 15 days before the operation. The volume of air injected into the abdominal cavity also varied and averaged from 12 to 23 liters, with insufflation volumes from 1000 to 4000 ml per session [50, 52].

Side effects of PPP have been reported in most studies. The most common complication was shoulder pain, limiting the ability to inhale air, which occurred in 24% of cases [52-53]. In addition, other complications such as emphysema [52], catheter infection [53] and bleeding [54] have also been reported.

However, all studies devoted to the restoration of the anterior abdominal wall uniformly indicate an increase in the volume of the abdominal cavity due to the length of the lateral muscles of the abdominal wall, which contributes to the anterior fascial closure of the abdominal cavity [49-51].

For the first time, the use of the DaVinci system for the elimination of hernial defects was described in 2003 [53]. However, the greatest interest in robotic surgery in the restoration of the anterior abdominal wall has manifested itself only in the last few years. Technological interest, convenience for the surgeon, improved three-dimensional visualization and articulation of instruments - all these factors attract close attention to the use of robotic technologies in ventral hernias [31, 53, 54]. However, the disadvantages of the robotic platform (as with other robotic interventions) are the lack of tactile feedback and high cost [31, 53, 54].

Long-term studies are required to determine the frequency of hernia recurrence or other potential long-term complications.

Conclusion

The increased interest of specialists in improving the results of interventions in the treatment of ventral hernias of the anterior abdominal wall, including postoperative hernias, and diastases of the rectus abdominis muscles, is due to the exponential growth of new techniques. It is noted that the achievement of such results is in full certainty due to the constant development of materials and technologies. Observation and analysis of remote results, based on the experience of the surgical community, allow for a more objective and deliberate assessment of the effectiveness of procedures.

REFERENCES

1. Shamsiev A.M., Davlatov S.S. Surgery of postoperative ventral hernias (text): Monograph // Tashkent: IPTD "Uzbekistan", - 2020, - 160 p.
2. Kurbaniyazov Z.B., Davlatov S.S., Rakhmanov K.E., Egamberdiev A.A. An improved method of tension-free hernioplasty for inguinal hernias // Hospital Surgery. Journal named after L.Ya. Kovalchuk, - 2017, -№ 1, - PP. 71-74.
3. Bittner R, Bain K, Bansal VK, Berrevoet F, Bingener-Casey J, Chen D, Chen J, Chowbey P, Dietz UA, de Beaux A, Ferzli G, Fortelny R, Hoffmann H, Iskander M, Jorgensen

ZJiL, Khullar R, Kirchoff P, Köckerling F, Kukleta J, LeBlanc K, Lomanto JLiD, Mayer F, Meytes V, Misra M, Morales-Conde S, Niebuhr H, Radvinsky D, Ramshaw B, Ranev D, Reinpold W, Sharma A, Schrittwieser R, Stechemesser B, Sutedia B, Tang J, Warren J, Weyhe D, Wiegeling A, Woeste G, Yao Q. Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS)) - Part A. // *Surg Endosc.* – 2019, - № 10(6), - PP. 1-13.

4. Podoluzhny V. I., Lesnikov S. M., Shabalina O. V. Hernias of the inguinal-femoral region: the evolution of ideas about herniogenesis and approaches to diagnosis and surgical treatment // *Fundamental and clinical medicine.* – 2019, – Vol. 4, – № 3, – PP. 113-121.

5. Semenov V. V., Prudyeva S. A., Kurygin A. A. Infectious and inflammatory complications after endoscopic hernioplasty in patients with postoperative ventral hernias: features of diagnosis and treatment strategies // *Bulletin of the Russian Military Medical Academy.* – 2021. – Vol. 23. – №. 3. – PP. 157-164.

6. Andreuccetti J. et al. Extended totally extraperitoneal Rives–Stoppa (eTEP-RS) technique for ventral hernia: initial experience of The Wall Hernia Group and a surgical technique update // *Updates in Surgery.* – 2021. – Vol. 73. – №. 5. – PP. 1955-1961.

7. Li B., Qin C., Bittner R. Totally endoscopic sublay (TES) repair for midline ventral hernia: surgical technique and preliminary results // *Surgical endoscopy.* – 2020. – Vol. 34. – PP. 1543-1550.

8. Kudsi O. Y. et al. Learning curve of robotic rives-stoppa ventral hernia repair: a cumulative sum analysis // *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques.* – 2021. – Vol. 31. – №. 7. – PP. 756-764.

9. Rashid T. et al. Laparoscopic ventral hernia repair: our experience and review of literature // *World J Lap Surg.* – 2022. – Vol. 15. – PP. 69-73.

10. Reinpold W. et al. MILOS and EMILOS repair of primary umbilical and epigastric hernias // *Hernia.* – 2019. – Vol. 23. – PP. 935-944.

11. Bittner R. et al. Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))—Part A // *Surgical endoscopy.* – 2019. – Vol. 33. – PP. 3069-3139.

12. Burdakov V. A. et al . Endoscopic extraperitoneal approach in the treatment of patients with primary and postoperative ventral hernias // *Endoscopic surgery.* – 2019. – Vol. 25. – №. 4. – PP. 34.

13. Mitura K. New techniques in ventral hernia surgery—an evolution of minimally-invasive hernia repairs // *Polish Journal of Surgery.* – 2020. – T. 92. – №. 4. – C. 38-46.

14. Köckerling F. What do we know about the Chevrel technique in ventral incisional hernia repair? // *Frontiers in Surgery.* – 2019. – Vol. 6. – PP. 15.

15. Parker S. G. et al. Identifying predictors of ventral hernia recurrence: systematic review and meta-analysis // *BJS open.* – 2021. – Vol. 5. – №. 2. – C. zraa071.

16. Juárez Muas D. M. Preaponeurotic endoscopic repair (REPA) of diastasis recti associated or not to midline hernias // *Surgical Endoscopy.* – 2019. – Vol. 33. – PP. 1777-1782.

17. Carlstedt A. et al. Management of diastasis of the rectus abdominis muscles: recommendations for Swedish national guidelines // *Scandinavian Journal of Surgery.* – 2021. – T. 110. – №. 3. – C. 452-459.

18. Cavalli M. et al. Original concepts in anatomy, abdominal-wall surgery, and component separation technique and strategy // *Hernia.* – 2020. – Vol. 24. – PP. 411-419.

19. Claus C., Cavazzola L., Malcher F. SubCutaneous OnLay endoscopic Approach (SCOLA) for midline ventral hernias associated with diastasis recti // *Hernia.* – 2021. – Vol. 25. – PP. 957-962.

20. Henriksen N. A. et al. Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society // *Journal of British Surgery.* – 2020. – Vol. 107. – №. 3. – PP. 171-190.

21. Riediger H. et al. Laparoscopic transversus abdominis release for complex ventral hernia repair: technique and initial findings // *Hernia*. – 2023. – PP. 1-7.
22. Belyansky I. et al. A novel approach using the enhanced-view totally extraperitoneal (eTEP) technique for laparoscopic retromuscular hernia repair // *Surgical endoscopy*. – 2018. – Vol. 32. – PP. 1525-1532.
23. Radu V. G., Lica M. The endoscopic retromuscular repair of ventral hernia: the eTEP technique and early results // *Hernia*. – 2019. – T. 23. – C. 945-955.
24. Rangwani S. M. et al. Strategies for mesh fixation in abdominal wall reconstruction: concepts and techniques // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2021. – Vol. 147. – №. 2. – PP. 484-491.
25. See C. W., Kim T., Zhu D. Hernia mesh and hernia repair: a review // *Engineered Regeneration*. – 2020. – Vol. 1. – PP. 19-33.
26. Motz B. M., Schlosser K. A., Heniford B. T. Chemical components separation: concepts, evidence, and outcomes // *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 2018. – Vol. 142. – №. 3S. – PP. 58S-63S.
27. Grubnik V. V. et al. Advantages and faults of laparoscopic operations in treatment of ventral hernias // *Klinicheskaia khirurgiia*. – 2020. – Vol. 87. – №. 3-4. – PP. 35-39.
28. Balla A., Alarcon I., Morales-Conde S. Minimally invasive component separation technique for large ventral hernia: which is the best choice? A systematic literature review // *Surgical Endoscopy*. – 2020. – Vol. 34. – PP. 14-30.
29. Fiori F. et al. Totally endoscopic sublay anterior repair for ventral and incisional hernias // *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. – 2019. – Vol. 29. – №. 5. – PP. 614-620.
30. Masurkar A. Laparoscopic trans-abdominal retromuscular repair (tarm) for ventral/incisional hernia. <https://www.sages.org/video/laparoscopic-trans-abdominal-retromuscular-repair-tarm-for-ventral-incisional-hernia/>
31. Muysoms F. et al. Robotic transabdominal retromuscular umbilical prosthetic hernia repair (TARUP): observational study on the operative time during the learning curve // *Hernia*. – 2018. – Vol. 22. – PP. 1101-1111.
32. Malcher F. et al. Endoscopic onlay repair for ventral hernia and rectus abdominis diastasis repair: Why so many different names for the same procedure? A qualitative systematic review // *Surgical endoscopy*. – 2021. – Vol. 35. – №. 10. – PP. 5414-5421.
33. Mommers E. H. H. et al. The general surgeon's perspective of rectus diastasis. A systematic review of treatment options // *Surgical endoscopy*. – 2017. – Vol. 31. – PP. 4934-4949.
34. Köhler G. et al. Minimal invasive linea alba reconstruction for the treatment of umbilical and epigastric hernias with coexisting rectus abdominis diastasis // *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. – 2018. – Vol. 28. – №. 10. – PP. 1223-1228.
35. Reinpold W. et al. Classification of rectus diastasis—a proposal by the German Hernia Society (DHG) and the International Endohernia Society (IEHS) // *Frontiers in Surgery*. – 2019. – Vol. 6. – PP. 1.
36. Nahabedian M. Y. Management strategies for diastasis recti // *Seminars in Plastic Surgery*. – Thieme Medical Publishers, 2018. – Vol. 32. – №. 03. – PP. 147-154.
37. Cavalli M. et al. Prevalence and risk factors for diastasis recti abdominis: a review and proposal of a new anatomical variation // *Hernia*. – 2021. – Vol. 25. – №. 4. – PP. 883-890.
38. Gómez-Menchero J. et al. Laparoscopic intracorporeal rectus aponeuroplasty (LIRA technique): a step forward in minimally invasive abdominal wall reconstruction for ventral hernia repair (LVHR) // *Surgical Endoscopy*. – 2018. – Vol. 32. – PP. 3502-3508.
39. den Hartog F. P. J. et al. Favorable Outcomes After Retro-Rectus (Rives-Stoppa) Mesh Repair as Treatment for Noncomplex Ventral Abdominal Wall Hernia, a Systematic Review and Meta-analysis // *Annals of Surgery*. – 2022. – Vol. 276. – №. 1. – PP. 55-65.

40. Henriksen N. A., Jensen K. K., Muysoms F. Robot-assisted abdominal wall surgery: a systematic review of the literature and meta-analysis // *Hernia*. – 2019. – Vol. 23. – PP. 17-27.
41. Timmer A. S. et al. A systematic review and meta-analysis of technical aspects and clinical outcomes of botulinum toxin prior to abdominal wall reconstruction // *Hernia*. – 2021. – PP. 1-13.
42. Rodriguez-Acevedo O. et al. Preoperative Botulinum toxin A enabling defect closure and laparoscopic repair of complex ventral hernia // *Surgical endoscopy*. – 2018. – Vol. 32. – PP. 831-839.
43. Wegdam J. A. et al. Prehabilitation of complex ventral hernia patients with Botulinum: a systematic review of the quantifiable effects of Botulinum // *Hernia*. – 2020. – PP. 1-16.
44. Parker S. G. et al. What exactly is meant by “loss of domain” for ventral hernia? Systematic review of definitions // *World journal of surgery*. – 2019. – Vol. 43. – PP. 396-404.
45. Nielsen M. F., de Beaux A., Tulloh B. Peritoneal flap hernioplasty for reconstruction of large ventral hernias: long-term outcome in 251 patients // *World journal of surgery*. – 2019. – Vol. 43. – PP. 2157-2163.
46. Mericli A. F., Baumann D. P., Butler C. E. Reconstruction of the abdominal wall after oncologic resection: defect classification and management strategies // *Plastic and reconstructive surgery*. – 2018. – Vol. 142. – №. 3S. – PP. 187S-196S.
47. Boyko V. V. et al. Comorbid pathology in herniology // *Emergency medicine*. – 2021. – Vol. 17. – №. 1. – PP. 14-20.
48. Tang F. et al. Preoperative progressive pneumoperitoneum enables defect closure and laparoscopic repair of large parastomal hernias // *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*. – 2020. – Vol. 30. – №. 2. – PP. 123-128.
49. Mora-Segura E. et al. The use of progressive preoperative pneumoperitoneum as treatment in giant abdominal wall hernia // *Acta Médica Costarricense*. – 2018. – Vol. 60. – №. 1. – PP. 48-52.
50. Martínez-Hoed J., Bonafe-Diana S., Bueno-Lledó J. A systematic review of the use of progressive preoperative pneumoperitoneum since its inception // *Hernia*. – 2021. – PP. 1-16.
51. Parshakov A. A., Gavrillov V. A., Samartsev V. A. Prevention of complications in surgery of postoperative hernias of the anterior abdominal wall: current state of the problem (review) // *Modern technologies in medicine*. – 2018. – Vol. 10. – №. 2. – PP. 175-186.
52. Imangazinov S. B., Kairkhanov E. K., Kazangapov R. S. Postoperative ventral hernias. Surgical treatment and prevention of wound complications. Literature review // *Science and healthcare*. – 2019. – №. 1. – PP. 29-41.
53. Warren J. A., Love M. Incisional hernia repair: minimally invasive approaches // *Surgical Clinics*. – 2018. – Vol. 98. – №. 3. – PP. 537-559.
54. Carbonell A. M. et al. Reducing length of stay using a robotic-assisted approach for retromuscular ventral hernia repair // *Annals of surgery*. – 2018. – T. 267. – №. 2. – C. 210-217.

NEW APPROACHES TO APPENDECTOMY

*A.T. Babakhanov¹, A.T. Dzhumabekov², S.M. Zharmenov², A.Zh. Artykbayev²,
M.B. Baurzhan³, D.T. Nuspekova²*

¹Central City Clinical Hospital, Almaty, Republic of Kazakhstan;

²Kazakhstan's Medical University "Kazakhstan School of Public Health", Almaty, Republic of Kazakhstan;

³Academy of physical education and mass sport, Astana c., Republic of Kazakhstan;

Abstract. The incidence of acute appendicitis is about 100 cases per 100 thousand people per year worldwide. It is more common in patients from adolescence to 50 years. In men, the disease is slightly more common than in women. In 1894, McBurney introduced a new technique for the treatment of acute appendicitis, which is still used in many countries and is considered the gold standard for the surgical treatment of acute appendicitis. In 1981 Semmom performed laparoscopic appendectomy for the first time. Currently, appendectomy using endovideotechnologies is becoming primary in many surgical institutions. However, despite the large number of operations and clinical studies, the question arises among surgeons whether laparoscopic surgery is the optimal choice for appendectomy. In order to compare laparoscopic appendectomy with open, a search and selection of articles was carried out using the PRISMA principle (The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). MedLine, Cochrane, PubMed databases were used in this review. Articles were searched for the last 10 years, excluding historical data. All sources have been studied without language restrictions. The literature review was conducted electronically and manually. Articles including the keywords "acute appendicitis", "laparoscopic appendectomy", "open appendectomy" were selected for the review. 389 articles were found, including systematic reviews, meta-analyses, and randomized clinical trials. The resource was used to remove duplicates and select articles "https://rayyan.ai /". After that, 119 sources were selected, which were included in the final synthesis. From the conclusions, it can be said that laparoscopic appendectomy shows an advantage over open appendectomy in terms of the intensity of pain on the first day, wound infections, duration of hospital stay and time before returning to normal activity in adults. Several studies have also noted an improvement in the quality of life in adults. However, some clinical effects of laparoscopic appendectomy are described as insignificant and of limited clinical significance. Larger studies aimed at reducing the level of systematic error are required.

Key words: acute appendicitis, laparoscopic appendectomy, open appendectomy.

Introduction. Acute appendicitis (AA) is a priority diagnosis [1]. According to the review, the incidence of AA worldwide is about 100 cases per 100 thousand people per year [2]. For example, more than 250 thousand appendectomies are performed annually in the USA, and the results of epidemiological studies show an increase in the incidence in newly industrialized countries [2]. AA is more common in patients from adolescence to 50 years of age. Men slightly outnumber women in the number of cases (1.3:1). The data also indicate that appendicitis most often occurs at the age of 10 to 20 years, but there is no age that would be an exception [2]. There are data that indicate a low incidence in a population that consumes food with a high fiber content [3-4]. The overall lifetime risk of developing AA is 8.6% in men and 6.7% in women; the risk of appendectomy is approximately 12% in men and 23% in women [2]. AA is the most common form of emergency abdominal pathology, more than 40 thousand patients are admitted to England every year [5].

The first appendectomy was performed in New York in 1886 [1], after which it became the most common emergency operation. Timely appendectomy has been the standard treatment for

AA for a long time due to the risk of progression to advanced pathophysiology [6]. In 1894, McBurney [7] described a new method of treating AA, which is still used and is the gold standard of operations in many countries. In 1981, Semm performed the first laparoscopic appendectomy in Germany [8]. However, the real "laparoscopic revolution" occurred only in 1985, when Muhe performed the first laparoscopic cholecystectomy using Semma techniques and instruments. In the 80s, laparoscopic technology did not inspire confidence among doctors, as it was not considered a safe procedure. Subsequently, the number of laparoscopic operations for AA gradually increased, and it was demonstrated that this is a safe procedure with excellent cosmetic results, reduced hospitalization time, and also provides faster and less painful postoperative rehabilitation. Thus, with the use of endovideotechnologies, surgery is currently becoming of paramount importance in many surgical institutions. However, even with a significant number of operations and clinical studies, a question arises among surgeons: is laparoscopic surgery the optimal choice for appendectomy? [9].

Pathophysiology of AA

The exact mechanism of AA is still not clear, but it is believed that there are several factors that can influence its development. There is evidence indicating that behavioral factors, such as a lack of dietary fiber in the diet and bad habits, as well as genetic and mechanical factors (for example, compression of feces due to parasitic invasion) may be involved in the development of AA [4]. Studies show that obstruction of the appendix lumen due to external or internal compression plays a significant role in the pathophysiology of the disease [6]. As a result, mucus production increases, excessive bacterial growth develops, viral infection and stagnation, which in turn increases the tension of the appendix wall [10]. This can lead to restriction of blood flow and lymph flow, and then to necrosis and perforation [11]. Early surgical intervention can prevent the progression of the disease. The immunological environment of the ileocecal region and appendix is important in protecting the body from inflammation [12]. Many genes associated with immunological and cellular functions have been found to play a protective role in appendix inflammation [13]. The development of AA is characterized by a progressive and irreversible course, and even a normal histological appendix may have signs of an immune response against inflammation [14]. Tumor necrosis factor- α , interferon- γ and interleukin-6 play an important role in the development of AA, since they are involved in apoptosis of lymphocytes and suppression of immune processes in the body [15]. Despite the fact that medications can temporarily change the clinical course of AA, they cannot stop the process of its development [16]. Thus, it is necessary to investigate the pathogenesis of the disease using modern immunological methods.

Diagnosis of AA

In most patients with AA, the main symptom is abdominal pain. This symptom may have its own characteristic sequence: first, pain occurs in the central part of the abdomen, then vomiting occurs, and eventually the pain passes into the right iliac fossa. This sequence was first described by Murphy, but is present in only half of the patients. The pain becomes stronger during the first day, becomes constant and palpable, and eventually migrates to the right iliac fossa. Initially, the pain occurs due to irritation of the visceral peritoneum, and only after the progression of the inflammatory process, the parietal peritoneum is involved. Frequent symptoms are loss of appetite, constipation and nausea. Profuse vomiting may indicate generalized peritonitis after a breakthrough of the appendix, but is rarely a diagnostic sign of simple appendicitis. Often there is an increase in temperature (up to 38° C) and a rapid pulse. Palpation of the abdomen reveals local soreness and muscle tension after localization of pain in the right iliac fossa. Patients often notice that movement increases pain, and when asked to cough, the pain concentrates in the right iliac fossa [17]. The results of perrectal and vaginal examinations may be normal. Pain in percussion, muscle tension and pain in the withdrawal of the palpating hand (Shchetkin-Blumberg symptom) are the most reliable clinical data for the diagnosis of acute appendicitis. Many specialists are interested in the duration of symptoms before surgery. In adult patients, the risk of complications increases over time [6, 18]. However, the length of time from hospitalization to anesthesia does not affect the overall morbidity or

mortality [19]. Delayed appendectomy is considered unsafe [20-21]. Any delays in seeking medical attention can cause problems, and an emergency appendectomy is necessary. Delayed appendectomy may not increase the risk of breakthrough and serious complications [22], however, it is associated with an increased risk of infection in the area of surgery in patients with non-ruptured appendicitis and leads to an increase in hospital stay. There is an opinion that postponing appendectomy for more than 6 hours, but no more than 24 hours before diagnosis, is safe and does not lead to worse results. The surgeon's decision to conduct an examination for a more accurate diagnosis is justified, since this does not negatively affect the outcome.

Severity assessment

At the moment, the use of the Alvarado scale is recommended to assess the severity of the condition associated with AA. This scale was developed more than two decades ago as a diagnostic tool, but its effectiveness and applicability for routine clinical practice are still not fully clear.

The Alvarado scale makes it possible to assess the risk in patients with abdominal pain, and thereby determine the likelihood of appendicitis and decide whether observation or surgery is required [23]. Additional studies, such as ultrasound and computed tomography, are recommended when the probability of appendicitis is in the middle range [24]. However, the high cost and complexity of access to imaging procedures mean that the Alvarado scale can be a valuable diagnostic tool under the assumption that appendicitis is the main cause of acute abdominal pain, especially in conditions with limited resources. Studies also show that the accuracy of this scale depends on gender and age [25-27].

A recent study by the American College of Emergency Physicians examined the value of using clinical data when making decisions about AA [28]. They claim that a combination of different signs and symptoms, the same as in the Alvarado scale, may be more useful for predicting the presence or absence of acute appendicitis. This study supports the use of the Alvarado scale as a "grading" scale that can be used to exclude appendicitis in evaluation. The advantage of using the Alvarado scale is the possibility of making decisions about hospitalization of a patient or conducting diagnostic studies for high-risk patients. This approach can be especially useful in resource-constrained environments where diagnostic testing is limited or unavailable [29].

A score equal to or greater than 7 on the Alvarado scale identifies patients at high risk of acute appendicitis who require surgical consultation or further diagnostic studies. However, this scale should not be used as the only criterion for decision-making in surgery.

In the last 10 years, computed tomography examination has become a common practice for the diagnosis of appendicitis. In some centers, more than 90% of patients with suspected appendicitis undergo computed tomography. Computed tomography has a high sensitivity and specificity for the diagnosis of appendicitis and significantly reduces the number of unjustified appendectomies. However, some studies show that the use of computed tomography in some cases may even be harmful, especially at high risk [30-31]. Computed tomography examination can also delay surgery and, consequently, increase the risk of perforation [32]. Thus, the use of the Alvarado scale and computed tomography as diagnostic studies for all cases is justified.

Treatment

Currently, laparoscopic appendectomy is possible for AA. Assessment of the patient's condition upon admission to the hospital is an important factor for determining whether it is possible to perform laparoscopic surgery or whether it is necessary to use an open technique [33]. It was noted that the severe clinical course with emergency laparoscopic surgery is critical [34-35].

It is known that the laparoscopic approach is more expensive, as noted in many studies. One American study conducted from 2000 to 2005 showed that the cost of laparoscopic appendectomy is 22% higher for uncomplicated appendicitis and 9% higher for complicated appendicitis. The authors estimated that using an open appendectomy in 2005 would have saved

\$93 million. Therefore, the authors propose to use open appendectomy as the main method of treatment of AA, and leave laparoscopic methods for special categories of patients.

Another study comparing the costs of laparoscopic appendectomy and open appendectomy showed that the costs of laparoscopic appendectomy are higher, but the time of surgery and hospital stay did not have significant differences compared with open appendectomy [36-37].

Despite the fact that the laparoscopic approach is more expensive, it is becoming more common, as it has advantages in reducing the time of hospitalization and recovery. Higher costs are offset by patients returning to work earlier. A recent study showed that the projected costs for laparoscopic appendectomy were lower than for open appendectomy, with a comparable complication rate [38].

An important factor in choosing between laparoscopic and open appendectomy is the training and experience of inpatient staff. The study compared the experience of academic and public hospitals and showed that the frequency of laparoscopic and open appendectomy is the same, but in academic hospitals the operation time was longer for both laparoscopic and open appendectomy. Hospitalization of patients after laparoscopic appendectomy was 1 day shorter compared to open appendectomy in both types of hospitals [39].

Some studies note that the quality of life in the long term is the main factor in choosing surgical access [40]. A German study involving a group of patients, including both laparoscopic and open appendectomy, showed that the best indicators of quality of life were in patients who underwent laparoscopic appendectomy. They noted a quick recovery and cosmetic result. Another study revealed patient satisfaction: the group that underwent laparoscopic appendectomy had fewer complications and returned to work faster [41-42].

In older patients with appendicitis, the incidence of perforation is higher, which is explained by atypical clinical manifestations and the presence of additional diseases [43]. Previous studies have shown that postoperative mortality and complication rates were higher in the elderly compared to the young [44].

The World Society of Emergency Surgery (WSES) recommends the use of laparoscopic appendectomy for elderly patients in the guidelines for the diagnosis and treatment of acute appendicitis [45]. However, this recommendation was based on the results of several observational studies without quantitative analysis. As a result, this recommendation is classified as level B in the guidelines and has moderate clinical significance [46].

According to the review, postoperative mortality and complication rate are significantly lower in the group of patients who underwent laparoscopic appendectomy. One study noted that the risk of death in elderly patients with appendicitis is 14 times higher than in the general adult population [47]. Given such a high risk of death, choosing the appropriate procedure is crucial. Laparoscopy turns out to be safer than a conventional open surgical procedure due to its low invasiveness and rapid recovery.

However, existing studies also indicate that in cases of complicated appendicitis, open appendectomy is more often used due to the ease of examination of the abdominal cavity during surgery.

The increased postoperative mortality and the frequency of complications in the group of patients who underwent open appendectomy may be partially explained by the higher frequency of complicated appendicitis in these patients. The frequency of perforation was also higher in elderly patients due to atypical symptoms and usually more serious condition of elderly patients. An erroneous diagnosis of a perforated appendix was made in every third elderly patient, which led to a delay in appropriate treatment [48]. The use of laparoscopy in combination with preliminary computed tomography can help reduce the frequency of misdiagnosis and, consequently, prevent perforation.

Studies have shown that compared with open appendectomy, laparoscopic appendectomy is associated with a lower risk of wound infection [49]. Fewer surgical incisions and simpler cases of appendicitis in the group of patients who underwent laparoscopic appendectomy may also cause a lower incidence of infection of the postoperative wound.

Conclusion

Laparoscopic removal of the appendix shows an advantage over open removal in several indicators: the intensity of pain on the first day after surgery, the risk of developing wound infections, the time spent in the hospital and the time to restore normal activity in adult patients. Some studies also indicate an improvement in the quality of life in adults after laparoscopic removal of the appendix. However, some authors note that the clinical effects of this procedure are insignificant and have limited significance. To verify the validity of these results, larger studies are required that will help reduce the level of systematic error.

REFERENCES

1. T. Hori et al., "Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: How to discourage surgeons using inadequate therapy.," // *World J. Gastroenterol.*, - Vol. 23, - № 32, - PP. 5849–5859, Aug. 2017, doi: 10.3748/wjg.v23.i32.5849.
2. Ferris M. et al. The global incidence of appendicitis: a systematic review of population-based studies // *Annals of surgery*, – 2017, – Vol. 266, – №. 2, – PP. 237-241.
3. Steiner C. A. et al. Surgeries in hospital-based ambulatory surgery and hospital inpatient settings, 2014, – 2020.
4. Kadi M. et al. Histopathological examination of cases with acute appendicitis, A retrospective study at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia // *Annals of Medicine and Surgery*. – 2022, – Vol. 81, – PP. 104401.
5. Mohammad H. R. et al. Risk factors associated with poor pain outcomes following primary knee replacement surgery: Analysis of data from the clinical practice research datalink, hospital episode statistics and patient reported outcomes as part of the STAR research programme // *Plos one*. – 2021. – Vol. 81. 16, – №. 12, – PP. 0261850.
6. Hanson K. A. et al. In-hospital perforation risk in acute appendicitis: Age matters // *The American Journal of Surgery*. – 2020. – Vol. 219, – №. 1, – PP. 65-70.
7. Krzyzak M., Mulrooney S. M. Acute appendicitis review: background, epidemiology, diagnosis, and treatment // *Cureus*. – 2020, – Vol. 12, – №. 6.
8. Chen T., Xu M. Transcolonic natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) is a promising technique for but not limited to periappendiceal lesions // *Gut*. – 2023, – Vol. 72, – №. 5. – PP. 1022-1024.
9. Dai L., Shuai J. Laparoscopic versus open appendectomy in adults and children: a meta-analysis of randomized controlled trials // *United European gastroenterology journal*. – 2017. – Vol. 5, – №. 4, – PP. 542-553.
10. Jethani V. et al. Retrospective study of clinical profile and management of patients with swine flu at tertiary care hospital // *Int J Res Med Sci*. – 2019, – Vol. 7. – PP. 251-254.
11. Abu Foul S. et al. Is early appendectomy in adults diagnosed with acute appendicitis mandatory? A prospective study // *World Journal of Emergency Surgery*. – 2019, – Vol. 14, – PP. 1-4.
12. Cheluvappa R. Identification of new potential therapies for colitis amelioration using an appendicitis-appendectomy model // *Inflammatory Bowel Diseases*. – 2019, – Vol. 25, – №. 3, – PP. 436-444.
13. T. V. Villar Barroso and A. Petroianu. "Neuroimmunoendocrine peptides on inflamed and morphologically normal appendices removed due to clinical acute appendicitis" // *Int. J. Surg.*, - 2019, - Vol. 67, - PP. 76–78.
14. Paterson-Brown S., Garden O. J. *Core Topics in General and Emergency Surgery: Companion to Specialist Surgical Practice*. – Elsevier Health Sciences, - 2023.
15. Medzhidov R.T., Magomedova S.M., Abdulzhalilov M.K. Acute appendicitis. Postulates of the past and present // *Makhachkala: ALEPH*, - 2018, – PP. 188
16. Yeh D. D. et al. Appendectomy versus nonoperative management of simple appendicitis: A post hoc analysis of an Eastern Association for the Surgery of Trauma multicenter study using a hierarchical ordinal scale // *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. – 2022, – Vol. 92, – №. 6. – PP. 1031-1038.

17. Ietto G. et al. Laparoscopy in emergency: why not? Advantages of laparoscopy in major emergency: a review // *Life*. – 2021, – Vol. 11, – №. 9. – PP. 917.
18. Sharma A. et al. A meta-analysis on continuous versus interrupted skin closure following appendectomy // *British Journal of Surgery*. – 2021, – Vol. 108, – №. 8. – PP. 898-907.
19. Li J. et al. Effect of delay to operation on outcomes in patients with acute appendicitis: a systematic review and meta-analysis // *Journal of gastrointestinal surgery*. – 2019, – Vol. 23, – PP. 210-223.
20. De Jonge J. et al. Predictors for interval appendectomy in non-operatively treated complicated appendicitis // *International Journal of Colorectal Disease*. – 2019, – Vol. 34, – PP. 1325-1332.
21. Xudoyberdiev S. S. et al. laparoscopic appendectomy, advantages and disadvantages of laparoscopy // *International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research*. – 2023, – Vol. 3, – №. 3. – PP. 26-28.
22. Leberer D., Elliott J. O., Dominguez E. Patient characteristics, outcomes and costs following interhospital transfer to a tertiary facility for appendectomy versus patients who present directly // *The American Journal of Surgery*. – 2017, – Vol. 214, – №. 5, – PP. 825-830.
23. Di Saverio S. et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines // *World journal of emergency surgery*. – 2020, – Vol. 15, – PP. 1-42.
24. Fugazzola P. et al. The SIFIPAC/WSES/SICG/SIMEU guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis in the elderly (2019 edition) // *World Journal of Emergency Surgery*. – 2020. – T. 15. – C. 1-15.
25. Naeem M. T. et al. Diagnostic accuracy of Alvarado scoring system relative to histopathological diagnosis for acute appendicitis: A retrospective cohort study // *Annals of Medicine and Surgery*. – 2022, – Vol. 81, – PP. 104561.
26. Hoseini S. J. E., Vahedian M., Sharifi A. Comparing the accuracy of Ohmann and alvarado scoring systems in detection of acute appendicitis; a cross-sectional study // *Archives of Academic Emergency Medicine*. – 2021, – Vol. 9, – №. 1, - PP. 1-6
27. Eng K. A. et al. Acute appendicitis: a meta-analysis of the diagnostic accuracy of US, CT, and MRI as second-line imaging tests after an initial US // *Radiology*. – 2018, – Vol. 288, – №. 3. – PP. 717-727.
28. Diercks D. B. et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Emergency Department Patients With Suspected Appendicitis: Approved by ACEP Board of Directors February 1, 2023 // *Annals of emergency medicine*. – 2023, – Vol. 81, – №. 6. – PP. e115-e152.
29. Deepak G. R. et al. Prospective Study of Acute Appendicitis with its Clinical, Radiological Profile and Scoring System in Tertiary Care Hospital // *Clin Surg*. – 2021, – Vol. 6, – №. 2. – Vol. 1-14.
30. Boland P. A. et al. Current opinions and practices for the management of acute appendicitis: an international survey // *Irish Journal of Medical Science (1971-)*. – 2021, – Vol. 190, – PP. 749-754.
31. Cárdenas O., Samudio M. Utility of the Alvarado Scale in patients with suspected acute appendicitis in a public hospital in Ciudad del Este, Paraguay // *Revista científica ciencias de la salud*. – 2019, – Vol. 1, – №. 1, – PP. 1-10.
32. Jayaraja D. Role of CT in Diagnosing Appendicitis in Ultrasound Negative patients : Diss. – Coimbatore Medical College, Coimbatore, - 2020, PP. 1-108
33. Poprom N. et al. Comparison of postoperative complications between open and laparoscopic appendectomy: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses // *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. – 2020, – Vol. 89, – №. 4, – PP. 813-820.
34. Barie P. S. Non-operative management of appendicitis: evolution, not revolution // *Surgical infections*. – 2021, – Vol. 22, – №. 10, – PP. 991-1003.

35. Quah G. S., Eslick G. D., Cox M. R. Laparoscopic appendectomy is superior to open surgery for complicated appendicitis // *Surgical endoscopy*. – 2019, – Vol. 33, – PP. 2072-2082.
36. Makaram N. et al. Closure of the appendiceal stump in laparoscopic appendectomy: A systematic review of the literature // *Annals of Medicine and Surgery*. – 2020, – Vol. 57, – PP. 228-235.
37. Bhadauria A., Bhatnagar A. A Cost-Effectiveness Comparison of the open and laparoscopic appendectomies for pediatric patients // *International Journal of Health Services Research and Policy*. – 2019, – Vol. 4, – №. 3, – PP. 151-161.
38. Guevara-Cuellar C. A., Rengifo-Mosquera M. P., Parody-Rúa E. Cost-effectiveness analysis of nonoperative management versus open and laparoscopic surgery for uncomplicated acute appendicitis in Colombia // *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. – 2021, – Vol. 19, – №. 1, – PP. 1-11.
39. Elhadidi A. et al. Laparoscopic vs open appendectomy in the management of appendicitis complicated by generalized peritonitis: a prospective randomized trial // *The Egyptian Journal of Surgery*. – 2020. – T. 39. – №. 2. – C. 429-436.
40. Jovanović B. et al. Laparoscopic versus open appendectomy for in the treatment of acute appendicitis: Our experience // *Acta Medica Medianae*. – 2022, – Vol. 61, – №. 4, – PP. 40-47.
41. Sugiura K. et al. Cost-effectiveness analysis of initial nonoperative management versus emergency laparoscopic appendectomy for acute complicated appendicitis // *BMC Health Services Research*. – 2020, – Vol. 20, – PP. 1-10.
42. Rao A. D., Tan C. B. D., Singaporewalla R. M. Laparoscopic Appendectomy Translates into Less Analgesics and Faster Return to Work in Asia // *JSLs: Journal of the Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*. – 2022, – Vol. 26, – №. 2, - PP. 1-6.
43. Guibentif L. et al. Acute Appendicitis in Elderly Adults: A Difficult Diagnosis // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2016, – Vol. 64. – №. 6, – PP. 1377-1379.
44. Wang D. et al. Laparoscopy versus open appendectomy for elderly patients, a meta-analysis and systematic review // *BMC surgery*. – 2019, – Vol. 19, – PP. 1-11.
45. Di Saverio S. et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines // *World journal of emergency surgery*. – 2020, – Vol. 15, – PP. 1-42.
46. “Home - 2020 - The Centre for Evidence-Based Medicine” <https://www.cebm.net/> (accessed Aug. 25, 2021).
47. Lapsa S. et al. Acute appendicitis in the elderly: a literature review on an increasingly frequent surgical problem // *Geriatrics*. – 2021, – Vol. 6, – №. 3, – PP. 93.
48. C. Athanasiou, S. Lockwood, and G. A. Markides, “Systematic Review and Meta-Analysis of Laparoscopic Versus Open Appendectomy in Adults with Complicated Appendicitis: an Update of the Literature” // *World J. Surg.*, - 2017, - Vol. 41, - № 12, - PP. 3083–3099.
49. Téoule P. et al. Acute appendicitis in childhood and adulthood: an everyday clinical challenge // *Deutsches Ärzteblatt international*. – 2020, – Vol. 117, – №. 45. – PP. 764.

Мазмұны / Содержание / Content

А.А. Жузенов. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА В ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	4
З.А. Айдаров, А.А. Кульжанова, Т.А. Кудайбергенова. ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА ПОСТДИПЛОМНОМ ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»	7
М.С. Алимбетова, К.К. Куракбаев, Ж. Исмаилов, М.А. Баймуратова. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ДО И ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЕКТА ГЧП С УЧЕТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ	10
А.К. Катаева, М.А. Баймуратова, А.Р. Рыскулова, Г.А. Алибаева. ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ: УХОД МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ХОСПИСАХ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ	13
М.А. Baymuratova, D.Zh. Saussanova, M.A. Kasenova, Zh.A. Kuzembekova, Sh.T. Maitanova, U. Almukhanbetkyzy. CONDITIONALLY PATHOGENIC MICROORGANISMS AND THEIR IMPACT ON PUBLIC HEALTH: A NEW PERSPECTIVE FOR CLINICIANS	16
Ф.Б. Кемалова, М.А. Баймуратова, А.Р. Рыскулова, С.А. Кошкимбаева. САЛЬМОНЕЛЛЕЗДІҢ БЕРІЛУ ЖОЛДАРЫ: ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЕТ ӨНІМДЕРІНІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ КОНТЕКСТІНДЕГІ ҚАТЕРДІ БАҒАЛАУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ	19
G. Zhumagul, A. Shakenova, A. Zhumadullayeva, N. Nurmagambet. MOTIVATION OF EMPLOYEES OF MEDICAL ORGANIZATIONS AND INFLUENCE ON THE RESULTS OF THEIR WORK (literature review)	22
Е. Ақшолақов. МЕДИЦИНА САЛАСЫНДА ҚЫЗМЕТ АТҚАРАТЫН МАГИСТРАНТТАРДЫ ОҚЫТУ КЕЗІНДЕ ТУЫНДАЙТЫН ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕР	24
М.А. Касенова, А.Р. Рыскулова, М.А. Баймуратова, Д.Ж. Саусанова, А.К. Адырбекова, И.С. Есмаханова. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ: ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ И НОВЫЙ ВЗГЛЯД	28
А.Д. Туреханова, Б.С. Турдалиева, Б.И. Имашева. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН С 2017-2022г.	31
Ж.А. Нурманова, М.А. Камалиев, В.И. Ахметов. ОЦЕНКА МИРОВЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В УПРАВЛЕНИИ ТВЕРДЫМИ БЫТОВЫМИ ОТХОДАМИ: ВЛИЯНИЕ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ	34
З.Н. Бурханова, З.Ж. Садвакасова, М.М. Темирбаева. ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ РАБОТОЙ СРЕДИ ВРАЧЕЙ В КАЗАХСТАНЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19	37
Т.Ж. Ошакбаев, Н.М. Кадырманов, К.Т. Успанова, З.А. Сабанбаев, Р.И. Иксанов, Ш.Т. Майтанова. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ МОБИЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КОМПЛЕКСОВ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИК	39
М.К. Советбек, Г.Е. Айымбетова, Ж.А. Қожекенова. ХАЛЫҚТЫҢ ӨЗ ДЕНСАУЛЫҒЫ ҮШІН ОРТАҚ ЖАУАПКЕРШІЛІГІ (ШОЛУ)	42
А. Сугурғали, М.А. Баймуратова, А.Р. Рыскулова, Г.А. Алибаева, А.Б.Сейданова, А.К.Катаева. ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ: РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА	45
А. Сайпудинқызы, А.А. Есиркепов, А.Р. Рыскулова. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРЕОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	48

Б.И. Имашева, М.А. Камалиев, А.С. Иманкулова, В.Н. Локшин, М.В. Киселева, А.Д. Туреханова. ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ ГИНЕКОЛОГОВ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ	51
Д.Б. Кулов, Д.Т. Оспанов, Н.У. Шинтаева, Г.А. Жаналина, Д.В. Васильев. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБОРА В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ	55
Т.Н. Буркутбаева, А.А. Кажекенова, А.М. Сегизбаева, Ү.Б. Елубай, М.Б. Еңсебай, А.К. Аркарбекова. РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ СРЕДНИЕ ОТИТЫ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ХОЛЕСТЕАТОМОЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	59
Т.Н. Буркутбаева, А.Е. Еркін, Д.Е. Төлеубай, Ш.С. Бараков, М.Е. Ахшалов, М.А.Сейітхан. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ И РИНОГЕННЫХ СИСУСИТОВ	61
Т.Б. Бимагамбетов, М.А. Камалиев. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТЕХНОЛОГИЙ BIG DATA В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	63
Ш.Ж. Жұманов, А.А. Айтманбетова, А.Н. Нұрбақыт. ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙДАҒЫ АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ КАДРЛЫҚ ӘЛЕУЕТІ МЕН ДАМУЫНЫҢ СИПАТЫ	67
Р.А. Таубаева, А.Р. Рыскулова, М.З.Сарсенбаева. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ НА УРОВЕНЬ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	70
М.Т. Рахметулла, Г.Е. Айымбетова, Ж.А. Кожекенова. АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ 9-13 ЖАС АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ АТА-АНАЛАРЫНЫҢ АДАМ ПАПИЛЛОМАВИРУСЫНА ҚАРСЫ ВАКЦИНАЦИЯҒА ДАЙЫНДЫҒЫН БАҒАЛАУ (ШОЛУ)	72
Ұ. Әлмуханбетқызы, М.А. Баймуратова, А.Р. Рыскулова. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И КОНТРОЛЯ ЗА ИЕРСИНИОЗАМИ	74
Л.С. Тиленова, Ж.А. Кожекенова, Г.Е. Аимбетова. МЕКТЕПТЕГІ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ОРТАСЫН ЖЕТІЛДІРУ ТӘСІЛДЕРІН ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕУ	77
Т. Жавьясхан, Р.Е. Мажанова. ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ЭЛЕКТРОНДЫҚ ЖҮЙЕЛЕР ТУРАЛЫ СТУДЕНТТЕРДЫҢ ХАБАРДАРЛЫҚ ДЕҢГЕЙІН АНЫҚТАУ	80
С.К. Станова. АНАЛИЗ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	83
З.Н. Сұлтан-Мұрат, Г.Е. Айымбетова, Ж.А. Кожекенова. СӨЙЛЕУДІҢ ТЕЖЕЛУІ БАР БАЛАЛАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫМЕН ҚАНАҒАТТАНУДЫ БАҒАЛАУ	85
М.Б.Тұрсынәлі, О.Б. Орынбасарова, Р.Б. Аукенов. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ФОРМЫ МУКОМИКОЗА ЛОР ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	88
Б.Н. Байтұрсын, А.А. Айтманбетова. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БҮРОСЫНЫҢ АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ РӨЛІ МЕН ТИІМДІЛІГІ (ШОЛУ)	91
М.Б. Куралова, М.Д. Бримжанова, Т.В. Попова, О.И. Лисовенко, А.Ж. Ажиханова. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	93
А.Р. Раушан, М.А. Баймуратова, А.Р. Рыскулова, А.К. Катаева. ОЦЕНКА ЗНАНИЙ О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ НОРМАХ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ	96

Г.А. Алибаева, Д.З. Утеулиева, Д.М.Есляшова, М.К. Бердешева, Д.Х.Алибаева. ЭФФЕКТИВНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СЕСТРИНСКОГО ПРИЕМА: ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ ХНИЗ	98
А. Малиқұлы, М.З. Сарсенбаева, Н.А.Айбекова. ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В УСЛОВИЯХ ТЕХНИЧЕСКОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	102
Б.Б. Оразаева. АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОСТИ	105
Е. Ерланұлы, А.Б. Молдабаева, Е.Д. Сахариев. ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО ВНЕДРЕНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ МЕР ДЛЯ СОКРАЩЕНИЯ НЕНАДЛЕЖАЩЕЙ УТИЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ	108
Ж.Б. Мақаш. ДАМЫМАЙ ҚАЛҒАН ЖҮКТІЛІК	110
A.T. Dzhumabekov, S.M. Zharmenov, A.Zh. Artykbayev, S.S. Kalieva, A. Kanybekov, S.Zh. Zhanbyrbayev. DEVELOPMENT OF METHODS OF HERNIATION	113
A.T. Babakhanov, A.T. Dzhumabekov, S.M. Zharmenov, A.Zh. Artykbayev, M.B. Baurzhan, D.T. Nuspekova. NEW APPROACHES TO APPENDECTOMY	121