



***«MEDICINE, SCIENCE AND  
EDUCATION»***

***Ғылыми-практикалық журналы***

***Научно-практический журнал  
«MEDICINE, SCIENCE AND  
EDUCATION»***

***Scientific and practical journal  
«MEDICINE, SCIENCE AND  
EDUCATION»***

***ISSN: 1609 – 8692 (print)***

***№4, 2023***



«ҚДСЖМ»

Қазақстандық медицина университеті ЖШС

## «MEDICINE, SCIENCE AND EDUCATION» ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ЖУРНАЛЫ

### ЖУРНАЛ ТУРАЛЫ

«Medicine, Science and Education» ғылыми-практикалық журналы (бұдан әрі-Журнал) – әдеби шолуларды, түпнұсқа зерттеулердің нәтижелерін, клиникалық медицина мен қоғамдық денсаулыққа байланысты практикадан алынған жағдайларды жариялайды. Оның ерекшелігі теориялық және практикалық бағыттағы материалдардың ерекше үйлесімінде.

Журналдың құрылтайшысы «ВШОЗ» Қазақстан медициналық университеті» ЖШС болып табылады.

Ғылыми мақалалардың авторлары және басылымның негізгі оқырман аудиториясы денсаулық сақтауды ұйымдастырушылар мен мамандар, медицина қызметкерлері, ҒЗИ, ҒО ғылыми қызметкерлері және Қазақстаннан, ТМД елдерінен және алыс шетелдерден келген ЖЖОКБҰ педагог қызметкерлері, магистранттар мен докторанттар, резидентура тыңдаушылары, медицина және ғылым саласындағы жас ғалымдар болып табылады.

Негізгі тақырыптық бағыт – журналда медициналық білім беру, денсаулық сақтау ұйымдары, медицина ғылымы және практика бойынша материалдарды жариялау.

2023 жылы журналдың ре-брендингі өткізілді, Қазақстан Республикасы Ақпарат және қоғамдық даму министрлігінің мерзімді баспасөз басылымын, ақпараттық агенттігін және желілік басылымын қайта есепке қою туралы 2023 жылғы 20 ақпандағы № KZ53VPY00064938 куәлік алынды.

#### Бас редактор

Ауезова Ардак Муханбетжановна  
PhD (Алматы, Қазақстан)

#### Бас редактордың орынбасары

Камалиев Максұт Адильханович  
м.ғ.д., профессор (Алматы, Қазақстан)

#### Техникалық редактор

Мойынбаева Шарапат Маркашқызы  
медицина ғылымдарының магистрі (Алматы, Қазақстан)

#### Редакциялық кеңес

Joao da Silva Breda – PhD (Афина, Греция)

Локшин Вячеслав Нотанович – м.ғ.д., профессор (Алматы, Қазақстан)

Konrad Tomasz Juskiewicz – MD, MPH, PhD (Амстердам, Нидерланды)

Каратаев Мадамин – м.ғ.д., профессор (Бишкек, Қырғызстан).

**Ахметов Валихан Исаевич** – м.ғ.д., профессор (Алматы, Қазақстан).

**Капанова Гульнара Жамбаевна** – м.ғ.д., профессор (Алматы, Қазақстан).

### **Редакциялық алқа**

**Винников Денис Владимирович** – м.ғ.д. (Алматы, Қазақстан).

**Нурбақыт Ардақ Нурбақытқызы** – м.ғ. к., қауымдастырылған профессор (Алматы, Қазақстан).

**Джумабеков Ауесхан Тулегенович** – м.ғ.д., профессор (Алматы, Қазақстан).

**Глушкова Наталья Егоровна** – PhD, қауымдастырылған профессор (Алматы, Қазақстан).

**Кульжанов Максут Каримович** – м.ғ.д., профессор, (Алматы, Қазақстан).

**Оспанова Динара Алмахановна** – м.ғ.д., қауымдастырылған профессор (Алматы, Қазақстан).

**Куракбаев Куралбай Куракбаевич** – м.ғ.д., профессор (Алматы, Қазақстан).

**Кауышева Алмагуль Амангельдиновна** – м.ғ.к. (Алматы, Қазақстан).

**Рыскулова Алма-Гуль Рахимовна** – м.ғ.к., доцент, қауымдастырылған профессор (Алматы, Қазақстан).

**Аимбетова Гулшара Ергазыевна** – м.ғ.к., доцент (Алматы, Қазақстан).

**Джунусбекова Гульнара Алдешовна** – м.ғ.д., қауымдастырылған профессор (Алматы, Қазақстан).

**Танбаева Гульнур Зейнеловна** – м.ғ.д. (Алматы, Қазақстан).

**Байсугурова Венера Юрьевна** – PhD, доцент (Алматы, Қазақстан).

**Коркан Ануар Иванович** – м.ғ.д., доцент (Алматы, Қазақстан).

**Карибаева Индира Казбековна** – PhD (Алматы, Қазақстан).

### **Заңды мекен-жайы**

050060, Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Өтепов к-сі, 19а

Веб-сайт: <https://journal.ksph.edu.kz/>

Құрылтайшы: «ҚДСЖМ» Қазақстандық Медициналық Университеті ЖШС

Таралымы: 1 рет 3 ай сайын



**LLP Kazakhstan's Medical University  
«KSPH»**

---

## **SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL «MEDICINE, SCIENCE AND EDUCATION»**

---

### **ABOUT THE JOURNAL**

Scientific and Practical Journal «Medicine, Science and Education» (-hereinafter Journal) - publishes literary reviews, results of original research, cases from practice related to clinical medicine and public health. Its feature is a unique combination of theoretical and practical materials.

The founder of the journal is LLP Kazakhstan's Medical University "KSPH"

The authors of scientific articles and the main readership of the publication are the health care professionals, practitioners, researchers of scientific research centers, research institutes and teaching staff of EPHE Kazakhstan, CIS countries and far abroad, master and doctoral students, residents, and young scientists in the field of medicine and science.

The main thematic focus is the publication in the journal of materials in the field of medical education, health organization, medical science and practice.

In 2023 the journal was re-branded, received a certificate on re-listing of the periodical print edition, information agency and online publication of the Ministry of Information and Public Development of the Republic of Kazakhstan KZ53VPY064938 from the 20 of February 2023.

#### **Chief editor**

**Auezova Ardak Mukhanbetzhanovna**

PhD (Almaty, Kazakhstan)

#### **Deputy editor in Chief**

**Kamaliyev Maksut Adilkhanovich**

Doctor of medical sciences, Professor  
(Almaty, Kazakhstan)

#### **Technical Editor**

**Moiynbayeva Sharapat Markashkyzy**

Master of Medical Sciences (Almaty, Kazakhstan)

#### **Editorial board**

**Joao da Silva Breda** – PhD (Athens, Greece)

**Lokshin Vyacheslav Notanovich** – Doctor of medical sciences, Professor (Almaty, Kazakhstan).

**Konrad Tomasz Juszkiwicz** – MD, MPH, PhD (Амстердам, Нидерланды).

**Karatayev Madamin** – Doctor of medical sciences, Professor (Bishkek, Kyrgyzstan).

**Akhmetov Valikhan Isayevich** – Doctor of medical sciences, Professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Kapanova Gulnara Zhambayevna** – Doctor of medical sciences, Professor (Almaty, Kazakhstan).

#### **Editorial staff**

**Vinnikov Denis Vladimirovich** - Doctor of medical sciences (Almaty, Kazakhstan).  
**Nurbakyt Ardak Nurbakytkyzy** - Candidate of medical sciences, Associate professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Jumabekov Auyes Khan Tulegenovich** - Doctor of medical sciences, Professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Glushkova Natalya Egorovna** - PhD, Associate professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Kulzhanov Maksut Karimovich** - Doctor of medical sciences, Professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Ospanova Dinara Almakhanovna** - Doctor of medical sciences, Associate professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Kurakbayev Kuralbay Kurakbayevich** - Doctor of medical sciences, Professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Kauysheva Almagul Amangeldinovna** - Candidate of medical sciences (Almaty, Kazakhstan).  
**Ryskulova Alma-Gul Rakhimovna** - Candidate of medical sciences, Associate professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Aimbetova Gulshara Ergazyevna** - Candidate of medical sciences, Associate professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Dzhunussbekova Gulnara Aldeshovna** - Doctor of medical sciences, Associate professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Tanbayeva Gulnur Zeinelovna** - Doctor of medical sciences (Almaty, Kazakhstan).  
**Baisugurova Venera Yuryevna** - PhD, Associate professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Korcan Anuar Ivanovich** - Doctor of medical sciences, Associate professor (Almaty, Kazakhstan).  
**Karibayeva Indira Kazbekovna** - PhD (Almaty, Kazakhstan).

#### **Legal address**

050060, Republic of Kazakhstan, Almaty, Utepova str. 19A  
Website: <https://journal.ksph.edu.kz/>  
Founder: LLP Kazakhstan's Medical University «KSPH»  
Frequency: 1 time in 3 months



ТОО Казахстанский медицинский университет  
«ВШОЗ»

---

## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «MEDICINE, SCIENCE AND EDUCATION»

---

### О ЖУРНАЛЕ

Научно-практический журнал «Medicine, Science and Education» (–далее Журнал) – публикует литературные обзоры, результаты оригинальных исследований, случаи из практики связанные с клинической медициной и общественным здоровьем. Его особенность в уникальном сочетании материалов как теоретической, так и практической направленности.

Учредителем журнала является ТОО «Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ».

Авторами научных статей и основной читательской аудиторией издания являются организаторы и специалисты здравоохранения, практикующие врачи, научные работники НИИ, НЦ и педагогические работники ОВПО из Казахстана, стран СНГ и дальнего зарубежья, магистранты и докторанты, слушатели резидентуры, молодые ученые в области медицины и науки.

Основная тематическая направленность – публикация материалов в журнале по медицинскому образованию, организации здравоохранения, медицинской науке и практике.

В 2023 году проведен ре-брендинг журнала, получено свидетельство о постановке на переучет периодического печатного издания, информационного агентства и сетевого издания Министерства информации и общественного развития Республики Казахстан № KZ53VPY00064938 от 20 февраля 2023 года.

#### Главный редактор

**Ауезова Ардак Муханбетжановна**  
PhD (Алматы, Казахстан)

#### Заместитель главного редактора

**Камалиев Максуд Адильханович**  
д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан)

#### Технический редактор

**Мойынбаева Шарапат Маркашқызы**  
магистр медицинских наук (Алматы, Казахстан)

#### Редакционный совет

**Joao da Silva Breda** – PhD, (Афины, Греция)

**Локшин Вячеслав Нотанович** – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан).

**Konrad Tomasz Juskiewicz** – MD, MPH, PhD (Амстердам, Нидерланды).

**Каратаев Мадамин** – д.м.н., профессор (Бишкек, Кыргызстан).

**Ахметов Валихан Исаевич** – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан).

**Капанова Гульнара Жамбаевна** – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан).

### **Редакционная коллегия**

**Винников Денис Владимирович** – д.м.н.(Алматы, Казахстан).

**Нурбақыт Ардақ Нурбакытқызы** – к.м.н., ассоциированный профессор (Алматы, Казахстан).

**Джумабеков Ауесхан Тулегенович** – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан).

**Глушкова Наталья Егоровна** – PhD, ассоциированный профессор (Алматы, Казахстан).

**Кульжанов Максут Каримович** – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан).

**Оспанова Динара Алмахановна** – д.м.н., ассоциированный профессор (Алматы, Казахстан)

**Куракбаев Куралбай Куракбаевич** – д.м.н., профессор (Алматы, Казахстан).

**Кауышева Алмагуль Амангельдиновна** – к.м.н.(Алматы, Казахстан).

**Рыскулова Алма-Гуль Рахимовна** – к.м.н., доцент, ассоциированный профессор (Алматы, Казахстан).

**Аимбетова Гулшара Ергазыевна** – к.м.н., доцент (Алматы, Казахстан).

**Джунусбекова Гульнара Алдешовна** – д.м.н., ассоциированный профессор (Алматы, Казахстан).

**Танбаева Гульнур Зейнеловна** – д.м.н (Алматы, Казахстан).

**Байсугурова Венера Юрьевна** – PhD, доцент (Алматы, Казахстан)

**Коркан Ануар Иванович** – д.м.н., доцент (Алматы, Казахстан)

**Карибаева Индира Казбековна** – PhD (Алматы, Казахстан).

### **Юридический адрес**

050060, Республика Казахстан, г.Алматы, ул. Утепова 19А

Веб-сайт: <https://journal.ksph.edu.kz/>

Учредитель ТОО «Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Периодичность: ежеквартально

## МАЗМҰНЫ

### Әдебиеттік шолулар

**Жалпы білім беру ұйымдарында оқу үрдісінің ұйымдастырылуын әдеби көздер негізінде зерделеу**

*Ә.Фарица, М.Кульжанов, М.Сарсенбаева, А.Рыскулова.....10*

**Полирадикулонейропатиямен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсетуді жетілдірудің өзекті аспектілері**

*Қ.Т. Жарасова, А.Р. Рыскулова, М.А.Баймуратова, Е. Тимурұлы.....15*

**Дамыған елдер мен қазақстандағы міндетті медициналық сақтандыру жүйелерін салыстыру**

*С.С.Какенова, М.Д.Бримжанова.....23*

**Инсульт және COVID-19-дан кейінгі оңалту**

*С.М. Мусиний, А.А. Кауышева, Л.А. Текебаева.....35*

**Өмір сүру сапасын жақсарту мақсатында ишемиялық инсульттен кейінгі науқастарға оңалту процесін ұйымдастыру**

*Мысырбекова Ж.Д., Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Тлеуов Ж.Е.....41*

**Мектеп жасындағы балалардың денсаулығына әсер ететін негізгі фактор ретінде мектептегі тамақтануды оңтайландыру**

*Тасқынғали А.М., Попова Т.В., Нарымбаева Н.Н.....49*

### Қоғамдық денсаулық сақтау

**Бастапқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде құнарлы жастағы әйелдердің репродуктивті денсаулығын нығайту процесін жетілдіру**

*Мажитова А.М., Кадралина И.М.М.....54*

**Алматы облысы халықтың медициналық білімдері деңгейін анықтау және денсаулық сауатты арттыру үшін қаражаттар жасау туралы зерттеу нәтижелері**

*М.Т.Мангушева, И.К.Карибаева, А.М.Ауезова.....63*

## CONTENT

### Reviews

**Study of the organization of the educational process in general education organizations based on literary sources**

*A. Fariza, M. Kulzhanov, M.Sarsenbava, A. Ryskulova* .....10

**Key aspects of improving medical care for patients with polyradiculoneuropathy**

*K.T. Zharasova, A.R. Ryskulova, M.A.Baymuratova, E. Timuruly*.....15

**Comparison of compulsory health insurance systems in developed countries and Kazakhstan**

*S.Kakenova, M.Brimzhanova* .....23

**Stroke and rehabilitation after COVID-19**

*S.M. Musiniy, A.A. Kauysheva, L.A. Tekebaeva*.....35

**Organization of the rehabilitation process for patients who have suffered an ischemic stroke to improve the quality of life**

*Myssyrbekova Zh.D., Baymuratova M.A., Ryskulova A.R., Tleuov Zh.E*.....41

**Optimization of school meals as the main factor affecting the health of school-age children**

*Taskyngali A.M., Popova T.V., Narymbaeva N.N*.....49

### Public health

**Improving the process of strengthening the reproductive health of women of fertile age at the primary health care level**

*Mazhitova A.M., Kadralina I.M.M*.....54

**Research outcomes on determining the level of medical literacy in the Almaty region for developing measures to enhance health awareness**

*M.Mangusheva, I.Karibayeva, A. Auyezova*.....63

## СОДЕРЖАНИЕ

### Обзор литературы

**Жалпы білім беру ұйымдарында оқу үрдісінің ұйымдастырылуын әдеби көздер негізінде зерделеу**

*Ә.Фарица, М.Кульжанов, М.Сарсенбаева, А.Рыскулова.....10*

**Полирадикулонейропатиямен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсетуді жетілдірудің өзекті аспектілері**

*Қ.Т. Жарасова, А.Р. Рыскулова, М.А.Баймуратова, Е. Тимурұлы.....15*

**Сравнение систем обязательного медицинского страхования в развитых странах и Казахстане**

*С. С. Какенова, М. Д. Бримжанова.....23*

**Инсульт и реабилитация после COVID-19**

*С.М. Мусиний, А.А. Кауышева, Л.А. Текебаева.....35*

**Өмір сүру сапасын жақсарту мақсатында ишемиялық инсульттен кейінгі науқастарға оңалту процесін ұйымдастыру**

*Мысырбекова Ж.Д., Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Тлеуов Ж.Е.....41*

**Оптимизация школьного питания, как основной фактор, влияющий на здоровье детей школьного возраста**

*Тасқынғали А.М., Попова Т.В., Нарымбаева Н.Н.....49*

### **Общественное здравоохранение**

**Совершенствование процесса укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи**

*Мажитова А.М., Кадралина И.М.М.....54*

**Результаты исследования по определению уровня медицинской грамотности населения Алматинской области для разработки мер по повышению в вопросах здоровья**

*М.Т.Мангушева, И.К.Карибаева, А.М.Ауезова.....63*

## ЖАЛПЫ БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМДАРЫНДА ОҚУ ҮРДІСІНІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫН ӘДЕБИ КӨЗДЕР НЕГІЗІНДЕ ЗЕРДЕЛЕУ

\*Ә.Фарица, М.Кульжанов, М.Сарсенбаева, А.Рыскулова

«ҚДСЖМ» Қазақстандық Медициналық университеті ЖШС, Алматы, Қазақстан

### Түйіндеме

Бұл мақалада әдеби дереккөздерге сүйене отырып, жалпы білім беру ұйымдарындағы оқу-тәрбие үрдісін ұйымдастырудағы кең таралған проблемалар талданады. Апталық сабақ кестесін жасау кезінде жиі кездесетін, оқушылардың денсаулығына байланысты ақауларды ашатын кемшіліктер зерделенеді.

**Түйінді сөздер:** жалпы білім беру ұйымдары, оқу-тәрбие үрдісі, денсаулық сақтау, балалар мен жасөспірімдер.

**Кіріспе.** Ғылыми зерттеулер білім беру қызметтің жалпы орта білім беру мекемелерінде балалардың денсаулығын анықтайтын, жүйелі және ұзақ мерзімді факторы болып табылатынын дәлелдеді. Жалпы орта білім беру ұйымдарында гигиеналық талаптардың бұзылуының өзі оқу үрдісі барысында сағат сайын және күн сайын жиналып қалуға бейім [1,2] және оқушылардың денсаулығына кері әсерін тигізуі мүмкін [3].

Қазіргі білім беру жүйесі біздің пікірімізше басқа ғылымдармен қатар балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын сақтау мен нығайту, олардың салуатты өмір салтын қалыптастыру мәселелерін шешуге бағытталған қоғамдық өмір мен қызмет саласы болып табылады.

**Негізгі бөлім.** Алынған білім сапасы қоғамның әрбір азаматына қолжетімді болса, кез келген білім беру жүйесінің табысқа жету мүмкіндігін бар. Алынған білімнің жетіспеушілігі, яғни орта жалпы білім беретін мектепті аяқтамау, оқушылар арасында маңызды құзыреттердің болмауына, жастардың болашақ кәсіби тағдырына кері әсерін тигізеді: ғылыми білімге негізделген тез өзгеретін еңбек нарығына нашар бейімделу және нәтижесінде болашақта жұмыссыздыққа әкеледі. Жеке азаматтардың

білімінің болмауы қоғамның дамуына, атап айтқанда оның экономикалық әлеуетіне, экономикалық өсуіне және инновациялық мүмкіндіктеріне кері әсер етеді [4].

Сонғы жылдардағы гигиеналық зерттеулер оқушылардың оқу жүктемелерінің көлемін қалыпқа келтіруге барлық әрекеттерге қарамастан, осы тұста жасалып жатқан жұмыстардың нәтижесі байқалмайтынын сенімді түрде көрсетеді. Мектепте оқу көбінесе оқу әрекеттерін балалар мен жасөспірімдердің денсаулығы үшін қауіп факторына айналдыратын шамадан тыс жүктемелерге әкеледі. Мұндай жағдайларда оқу процесін ұйымдастыруды гигиеналық бағалау, оқу жүктемесінің кері әсерін тиімді төмендететін оқу үрдісін оңтайландыру жолдарын іздеу, оның ішінде осы мәселені шешуге кешенді көзқарас өте маңызды болып табылады [5].

Ресей ғалымдарының зерттеу қорытындысы бойынша шекті рұқсат етілген оқу жүктемесін аптаның күндері бойынша бөлу (максималды жүктемені сейсенбі, сәрсенбі, жұма күндеріне қою) бойынша санитарлық-гигиеналық талаптарды бұзудың таралуын зерделеу кезінде бұл жағдай оқушылардың 60,8% байқалатыны анықталды. Ең қолайсыз жағдай 6,7,11 сыныптарда байқалған. Мектептердің

6-7, 10-11 сыныптарында, гимназиялардың 5-7 және 11 сыныптарында оқушылардың төрттен үш бөлігінде оқу жүктемесі апта ішінде дұрыс бөлінбейтіндігі анықталды (Хи-квадрат тесті,  $\chi^2 = 1065,90$ ,  $p = 0,0000$ ). Сонымен қатар, жүргізілген сауалнама нәтижелері бойынша оқушылардың 17,8% үшін ең қиыны дүйсенбі, 15,8% үшін – бейсенбі күні еңбекке қабілеттілік динамикасының физиологиялық анықталған ерекшеліктеріне сәйкес келмейтіндігі анықталды [6].

Оқу үрдісін ұйымдастыруда анықталған санитарлық-гигиеналық талаптарды бұзудың денсаулыққа әсерін зерделеу кезінде, оқушылар арасында анонимді сауалнама жүргізу нәтижелері бойынша тексергендердің 59,2%-ы күн сайын дерлік немесе аптасына бір реттен көп рет сабақтан кейін әлсіздік пен шаршағандық туралы хабарлайтыны анықталды. Оқушылардың жартысына жуығы (45,7%) ашушаң немесе көңіл-күйі нашар болатындығын мойындады. Жиілігі бойынша үшінші орында жүке жүйесіне түсетін күштеменің шамадан тыс болуы сауалнамаға қатысқандардың 37,4%-ы атап өтті. Әрбір үшінші оқушы (32,4%) күн сайын дерлік немесе аптасына бір реттен жиі тест тапсыру, тақтада жауап беру және т.б. байланысты мектепке барудан қорқатынын атап өтті. Әрбір төртінші оқушының басы күн сайын дерлік немесе аптасына бір реттен жиі ауырады (29,2%), депресия (27,5%), ұйқысыздық (25,5%). Әрбір бесінші сауалнамаға қатысушысында (20,4%) жылауықтық байқалады. Оқушылардың іштің немесе арқадағы ауырсынудың болуына ең аз шағымдар болды. Қыздар күн сайын дерлік немесе аптасына бір реттен жиі ыңғасыздықты бастан кешіретіні анықталды [7].

Алынған нәтижелер әртүрлі жастағы және жыныс топтарындағы балалардың денсаулық жағдайындағы ерте ауытқуларды анықтау және профилактикалық, сауықтыру және оңалту шараларын әзірлеу мақсатында балалардың жүйелі профилактикалық тексерулер жүргізу қажеттілігін растайды [8].

Мамандардың айтуынша мектеп жасындағы балалардың денсаулығын нашарлататын жағымсыз әсерлердің 20-40% дейінгі білім беру мекемелерімен байланысты. Оқу үрдісін ұйымдастыру (оқу жүкмесінің көлемі, оқу күнінің ұзақтығы, оқу аптасы, сабақты ұйымдастыру, сабақ оқу кестесі т.б.) айтарлықтай үлес қосады [9,10,11], ол гигиеналық талаптарға және бала организмінің психофизиологиялық мүмкіндіктеріне сәйкестілігіне қолданыстағы білім беру тәртіптерін зерттеудің өзектілігін анықтайды.

Балалар мен жасөспірімдер үнемі өсу мен даму процесінде екендігі белгілі. Бұл процесті бұзу денсаулық жағдайындағы елеулі ауытқуларға әкелуі мүмкін [12]. 7-17 жас аралығындағы балалардың көп уақытын мектепте өткізетінін ескерсек, білім беру ұйымдарының санитарлық-эпидемиологиялық салуаттылығын қамтамасыз ету қажет екені анық [13,14].

Білім беру ұйымдарының санитарлық-гигиеналық жағдайын оқушылардың денсаулығымен байланыстыратын интегралды көрсеткіші оқушылардың санитарлық-эпидемиологиялық салуаттылық деңгейі болып табылады [15,16].

Санкт-Петербург қаласындағы жалпы білім беретін оқу орындары оқушыларының (7-17жас) денсаулық жағдайын кешенді бағалау нәтижелері соңғы 10 жылда (2006-2016) дені сау мектеп оқушыларының үлесі 8,4-14,8% құрғанын көрсетті. Білімгерлердің көпшілігінде (60,7-76,7%) денсаулық жағдайында әртүрлі морфологиялық және функционалдық ауытқулар болған. Білімгерлердің 23,0-24,5% созылмалы аурулармен ауыратындығы белгілі болды.

Талданатын кезеңдегі жалпы білім беру ұйымдарындағы оқушылардың денсаулық көрсеткіштерінің атап өтілген Санкт-Петербургтегі балалар мен жасөспірімдердің денсаулық жағдайындағы теріс тенденциясын көрсетеді [17].

Айта кету керек, мектептердегі ең көп бұзылыстар критеріі – оқу үрдісінің ұйымдастыру бойынша анықталған. Сонымен, егер бастауыш және орта

сыныптарда оқу жүктемесі гигиеналық талаптарға сай болса, онда жоғары сыныптарда міндетті апталық оқу жүктемесі рұқсат етілген шекті мәндерден 16,2% дейін асып кетті. Сабақ кестесі барлық сыныптарда ұтымды болмаған, күнделікті және апталық динамикадағы оқушылардың ақыл-ой әркетінің заңдылықтары ескерілмейтіндігі анықталды [18].

Оқушылардың тәуліктік тәртібінің көрсеткіштерін талдау мектептегі міндетті оқумен қатар 1-4 сынып оқушыларының 30,9%, 5-9 сынып оқушыларының 19,7% және жоғары сынып оқушыларының 63,0% әртүрлі пәндер бойынша қосымша сабақтар өткізетін көрсетті (таңдау пәндері бойынша, оқытушылармен, аптасына 11-12 дейін жалпы оқу сағаттары ұлғайған). Сонымен қатар, күнделікті үй тапсырмасын орындау ұзақтығы гигиеналық тұрғыдан ұсынылатын уақыттан бастауыш сынып оқушыларының 19,8% (2 сағат), орта мектеп оқушыларының 15,4% (2,5 сағат) және жоғары сынып оқушыларының 32,3% (3,5 сағат) асып кеткен [17].

Лир Д.Н., Казанбаев А.В., Легостин В.А. (2020ж) [20] мәліметтері бойынша бірінші сынып оқушыларының апталық оқу жүктемесін гигиеналық бағалау рұқсат етілген мәндердің асып кетуін анықтады. Факультативтік сабақтарды ескере отырып, бұл көрсеткіш 21 сағаттың орнына 23 – 25 сағатқа дейін ауытқитындығын мәлімдеді. Кестенің міндетті және факультативті сабақтар үшін олардың арасындағы 45 минуттық үзіліс есепке алынбай, бірігіп құрастырылғанын, бұл да талаптарға сай келмейтінін ескеру қажет.

Пәндердің қиындығы бойынша оқу жүктемесін талдау ұпайлардың ең көп мөлшері дүйсенбі және сейсенбі күндерінде (тиісінше  $24,8 \pm 3,5$  және  $25,7 \pm 2,0$  балл), ең жеңіл күні бейсенбіге ( $20,5 \pm 3,0$  балл) келетінін көрсетті. Апта ішінде психикалық өнімділіктің физиологиялық негізделген динамикасын және санитарлық нормалармен ережелер талаптарына сайлығын ескеру қажет [21] сейсенбі және сәрсенбі ең қиын күндер болуы керек, жұмыс үшін дүйсенбі және физиологиялық

қалпына келу үшін бейсенбі жеңілдірек күндер болуы керек. Сонымен қатар, күндізгі ақыл-ой жұмысының биоритмологиялық оңтайлылығы да ескеріле бермейді. Ең жоғары қиындық дәрежесі бар пәндер (бірінші сынып үшін математика және қазақ/орыс тілі пәндері) бірінші және төртінші сабақтарда 74% жағдайда кестеге енгізілген, ал олар екінші және үшінші сабақтарда болуы керек санитарлық нормалар мен талаптарға сай. Оның үстіне күндізгі бірінші сабақтың немесе сабақтың болмауы («терезелер» деп аталатын) жағдайларда бар [22].

Қазақстан Республикасының балаларға қатысты Мемлекеттік саясаты балалардың құқықтары мен заңды мүдделерін қорғаудың құқықтық және әлеуметтік кепілдіктерін қамтамасыз етуге бағытталған. Елімізде дамып келе жатқан инклюзивті білім беру тәжірибесі барлық білімгерлердің білім беру қажеттіліктерін қанағаттандыратын бейімделген білім беру ортасын құруға бағытталған. Қазіргі уақытта мұғалімдердің білім мазмұны мен оқыту әдістемесін жаңартуға байланысты кәсіби ізденістерін балалардың жеке білім беру қажеттіліктерін жүзеге асыруға бағыттау қажеттілігі туындап отыр [23,24,25,26,27].

**Қорытынды:** әдеби көздердің талдау нәтижесінде жалпы білім беру ұйымдарда оқу үрдісінің ұйымдастыруында бір қатар ауытқулардың бар екендігі анықталды, атап айтқанда сабақ кесесінің дұрыс ұйымдастырылмауы (апталық күштеменің дұрыс болмауы, пәндердің ауырлығы бойынша гигиеналық талаптарға сай қойылмауы т.б.) оқушылар денсаулығында әр түрлі аурулардың туындауының себепкері болуыда. Осы тұста аталған мәселе бойынша гигиенистер тарапынан жасалуы қажет жұмыстар айтарлықтай болып отыр. Балалар мен жасөспірімдерге арналған гигиеналық дәрігер бұл қызметті басқара алады, өйткені оның ұсынылған қызметті жүзеге асыру үшін кәсіби құзыреттіліктері бар, ол әріптестерімен (педиатр, мейіргер), мектептің педагогикалық ұжымымен, білім беру органдарымен, ата-аналармен өзара әрекеттесуді ұйымдастыра алады.

# ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НА ОСНОВЕ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

\*А.Фариза, М.Кульжанов, М.Сарсенбаева, А.Рыскулова

ТОО Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан

## Аннотация

В данной статье на основе литературных источников анализируются распространенные проблемы организации образовательного процесса в общеобразовательных организациях. Наиболее часто регистрирующиеся недостатки в ходе составления недельного расписания занятий и нарушения здоровья учащихся к которым они приводят.

**Ключевые слова:** общеобразовательные организации, образовательный процесс, здравоохранение, дети и подростки.

## STUDY OF THE ORGANIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS IN GENERAL EDUCATION ORGANIZATIONS BASED ON LITERARY SOURCES

\*A. Fariza, M. Kulzhanov, M.Sarsenbava, A. Ryskulova

## Summary

In this article, on the basis of literary sources, the common issues of the organization of the educational process in general education organizations are analyzed. The most frequently reported shortcomings are during the preparation of the weekly schedule of classes, which reveal violations of the health of students.

**Key words:** educational organizations, educational process, healthcare, children and adolescents.

## Әдебиеттер тізімі

1. Kuchma, V.R. Vyzovy XXI veka: Gigienicheskaja bezopasnost' detej v izmenjajushhejsja srede (Chast' I) / V.R. Kuchma // Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja. — 2016. — № 3. — S. 4–22.
2. Kuchma, V.R. Vyzovy XXI veka: Gigienicheskaja bezopasnost' detej v izmenjajushhejsja srede (Chast' II) / V.R. Kuchma // Voprosy shkol'noj i universitetskoj mediciny i zdorov'ja. — 2016. — № 4. — S. 4–24.
3. Guzik, E.O. Zdorov'e uchashhihsja Respubliki Belarus' i puti minimizacii faktorov riska, ego formirujushhih: monografija / Belarus. med. akad. poslediplom. obrazovanija / E.O. Guzik. — Minsk: BelMAPO, 2020. — 334 s.
4. Ovsjannikova M.A. Problema poluchenija zakonchennogo srednego obshhego obrazovanija v FRG. Sbornik: Universitet XXI veka: Nauchnoe izmerenie. Materialy nauchnoj konferencii nauchno-pedagogicheskikh rabotnikov, aspirantov i magistrantov TGPU im.L.N.Tolstogo. 2017. S.151-152.
5. Guzik E.O., Sidukova O.L., Jankovskaja N.G., Koleda A.G. Gigienicheskaja ocenka obrazovatel'nogo processa uchashhihsja bazovoj i srednej shkoly. / Zdorov'e i okruzhajushhaja sreda. 2022.№32. S.78-85.
6. Specific sanitary and epidemiological requirements for the maintenance and operation of educational institutions: approved by the Decree of the Council of Ministers of the Republic of Belarus; August 7, 2019, No. 525. Available at: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C21900525&p1=1> (accessed 27 September 2022). (in Russian).
7. Requirements for institutions of general secondary education: sanitary norms and rules: approved by the decree of the Ministry of Health of the Republic of Belarus; December 27, 2012, No. 206. Available at: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W21326846p&p1=1> (accessed 27 September 2022). (in Russian)
8. Profilakticheskaja medicina kak nauchno-prakticheskaja osnova sohraneniya i ukrepleniya zdorov'ja naseleniya. Sbornik nauchnyh trudov. Vypusk 4. Pod obshhej redakciej d. m. n., prof. M.A. Pozdnjakovoj. — N. Novgorod: Izd-vo «Remedium Privolzh'e», 2017. — 279 s.
9. Aleksandrova I.Ie. Optimizacija gigienicheskoy ocenki uchebnogo raspisanija v shkole // Zdorov'e naseleniya i sreda obitanija. — 2015. — № 8 (269). — S. 24–27.

10. Gigienicheskaja ocenka uchebnogo processa v shkolah s razlichnymi obrazovatel'nymi. programmami / S.L. Valina, I.E. Shtina, L.V. Osheva, O.Ju. Ustinova, D.A. Jejsfel'd // Gigiena i sanitarija. – 2019. – № 98 (2). – S. 166–170.
11. Suvorova A.V., Jakubova I.Sh., Mel'cer A.V. Sanitarno-gigienicheskoe obespechenie rezhima dnja, uchebno-vospitatel'nogo processa v obshheobrazovatel'nyh organizacijah // Profilakticheskaja i klinicheskaja medicina. – 2017. – № 1 (62). – S. 12–19.
12. Skoblina N.A., Kuchma V.R., Milushkina O.Ju., Bokareva N.A. Sovremennye tendencii fizicheskogo razvitiya detej i podrostkov // Zdorov'e naselenija i sreda obitanija. 2013. 8(245). S. 9–12.
13. Gavryushin M.Ju., Sazonova O.V., Borodina L.M. Zavisimost' narushenija fizicheskogo razvitiya detej ot polnocennosti shkol'nogo pitaniya // Voprosy detskoj dietologii. 2016. T. 14. №6. S. 13–17. DOI: 10.20953/1727-5784-2016-6-13-17.
14. Berezin I.I., Gavryushin M.Ju. Sravnitel'nyj analiz antropometricheskikh pokazatelej fizicheskogo razvitiya shkol'nikov gorodov Samara i Penza // Nauka i innovacii v medicine. 2016. №1. S. 25–30.
15. Kuchma V.R., Stepanova M.I., Aleksandrova I.Je., Shumkova T.V., Sedova A.S., Zvezdina I.V., Moldovanov V.V., Safonkina S.G. Novyj metodicheskij podhod k gigienicheskoi ocenke uslovij obuchenija i vospitanija detej v obrazovatel'nyh organizacijah // Gigiena i sanitarija. 2014. № 4. S. 110–115.
16. Gavryushin M.Ju., Frolova O.V. Zhurnal nauchnyh statej. Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2017. T.19. №7. S.76–80.
17. Suvorova A.V. Dinamika pokazatelej sostojanija zdorov'ja detej i podrostkov Sankt-Peterburga za 20-letnij period / A.V. Suvorova, I.Sh. Jakubova, T.S. Chernjakina // Gigiena i sanitarija. 2017. № 96 (4). S. 332–338.
18. Suvorova A.V. Sanitarno-gigienicheskoe obespechenie rezhima dnja, uchebno-vospitatel'nogo processa v obshheobrazovatel'nyh organizacijah / A.V. Suvorova, I.Sh. Jakubova, A.V. Mel'cer // Profilakticheskaja i klinicheskaja medicina. 2017. № 1 (62). S. 12–19.
20. Lir D.N., Kazanbaeva A.V., Legostina V.A. Gigienicheskaja ocenka obrazovatel'nogo processa v srednej obshheobrazovatel'noj organizacii/Sbornik: Fundamental'nye i prikladnye aspekty analiza riska zdorov'ju naselenija. Materialy vsrossijskoj nauchno-prakticheskoi internet-konferencii molodyh uchenykh i specialistov Rospotrebnadzora s mezhdunarodnym uchastiem. Perm', 2020.S.313–316.
21. SanPiN 2.4.2.2821-10. Sanitarno-jepidemiologicheskie trebovanija k uslovijam i organizacii obuchenija v obshheobrazovatel'nyh uchrezhdenijah (s izmenenijami na 24 nojabrja 2015 goda) [Elektronnyj resurs]. – URL: <http://docs.cntd.ru/document/902256369> (data obrashhenija: 10.09.2020).
22. Sejsenova A.D. Pravovaja podderzhka detej s osobymi obrazovatel'nymi potrebnoostjami / A.D. Sejsenova // Inkluzivnoe obrazovanie: teorija, praktika, opyt : materialy mezhdunar. nauch.-prakticheskoi konf. – Nur-Sultan : NAO im. I. Altynsarina, 2019. – S. 18–23.
23. Seidin M.Z. Role of Inclusion “Smart City” Concept as a Factor in Improving the Socioeconomic Performance of the Territory / M.Z. Seidina, S.A. Makushkin, A.V. Kirillov, V.S. Novikov, M.K. Shaizhanov. – URL: [www.econjournals.com/index.php/ijefi/article/view/2370/pdf](http://www.econjournals.com/index.php/ijefi/article/view/2370/pdf).
24. Mcleskey J. Effective leadership makes schools truly inclusive / J. Mcleskey. – URL : [www.researchgate.net/publication/273292059\\_Effective\\_](http://www.researchgate.net/publication/273292059_Effective_).
25. Ainscow M. From exclusion to inclusion: ways of responding in schools to students with special educational needs / M.Ainscow, A.Dyson, S. Weiner. – URL: [files.eric.ed.gov/fulltext/ED546818.pdf](http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED546818.pdf).
26. Respublika Kazahstan. Postanovlenija. Ob utverzhdenii Gosudarstvennoj programmy razvitiya obrazovanija i nauki Respubliki Kazahstan na 2020– 2025 gody : postanovlenie №988.
27. Pushkareva I.N., Dauletova S. Organizacii i upravlenie obrazovatel'nym processom v inkluzivnoj srede obshheobrazovatel'nyh shkol Kazahstana. Sborni: Ponjatijnyj apparat pedagogiki i obrazovanija. Sbornik nauchnyh trudov. Ekaterinburg, 2020.S.192–200.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Вклад авторов.** Автор внес вклад в разработку концепции, выполнение и обработку результатов, и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование.** Отсутствует.

## ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ЖЕТІЛДІРУДІҢ ӨЗЕКТІ АСПЕКТІЛЕРІ. (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Қ.Т. Жарасова\*, А.Р. Рыскулова, М.А.Баймуратова, Е. Тимурұлы  
ТОО Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан

### Түйіндеме

Бұл мақалада полирадикулонейропатиямен (ПРНП) ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсетуді жетілдірудің және онтайлы қалпына келтіру үшін физикалық оңалтудың маңыздылығы көрсетілген. Перифериялық нейροпатия-барлық мамандықтағы дәрігерлердің тәжірибесінде кездесетін ең көп тараған неврологиялық ауруға жатады. ПРНП кең таралуы практикалық денсаулық сақтаудың өзекті проблемасы болып табылады және клиникалық формаларының әртүрлілігі диагностикада да, емдеу жолын таңдауда да белгілі бір қиындықтар тудырады. Белгіленген диагноз: мүгедектікке, когнитивті саланың бұзылуына, психикалық денсаулыққа және пациенттердің әлеуметтік-экономикалық жағдайы мен өмір сапасының нашарлауына әкелуі мүмкін. Ұзақ мерзімді мәселелерге психоәлеуметтік бейімделу, жұмысқа қайта оралу және көлік жүргізу, отбасы мен қоғамдағы рөлді қалпына келтіру жатады. Осы мақсатта мақалада жалпы тәжірибелік дәрігер мен оңалту дәрігерлері, невропатологтар арасындағы тиімді байланыс-функционалдық нәтижелерді жақсарту және сәтті әлеуметтік реинтеграция үшін өте маңызды екендігі көрсетілген.

**Ключевые слова:** полинейропатия, көпсалалы тәсіл, қауіп факторлары, сектораралық ынтымақтастық, эпидемиология, денсаулық детерминанттары

**Кіріспе.** Соңғы онжылдықта әлемнің экономикалық дамыған елдерінің көпшілігінде созылмалы инфекциялық емес аурулардың үлес салмағының едәуір артуына байланысты халықтың денсаулығы мен сырқаттанушылық сипатында айтарлықтай өзгерістер болды [1]. Бүкіл әлемде халықтың денсаулығын сақтау саласындағы жаһандық басымдылықтарды айқындай отырып, елеулі әлеуметтік-экономикалық залалмен және денсаулық сақтау жүйесіне артып келе жатқан жүктемемен байланысты созылмалы жұқпалы емес аурулардың (СЖЕА) ауыртпалығы артып келеді. СЖЕА-дың пайда болуына әкелетін қауіп факторлары (ҚФ): артериялық гипертония (АГ), қанда холестерин деңгейінің жоғарылауы, темекі шегу, дұрыс тамақтанбау, физикалық белсенділіктің төмен деңгейі, қандағы глюкозаның жоғарылауы, семіздік, алкогольді зиянды қолдану. Сегіз қауіп

факторы СЖЕА-дан болатын өлім-жітімнің 75%-на дейін әсер ететіні көрсетілген.

Полирадикулонейропатия (ПРНП) - жалпы белгісі перифериялық нервтердің құрамындағы тамырлардың немесе жүйке талшықтарының бірнеше диффузды зақымдануы болып табылатын этиологиясы мен патогенезі әртүрлі аурулардың гетерогенді тобы. Сонымен қатар, клиникалық формаларының әртүрлілігі диагностикада, емдеу тактикасын таңдауда белгілі бір қиындықтар туғызады [2].

Популяцияда ПРНП-ның таралуы шамамен 100 мың тұрғынға шаққанда 2400-ді құрайды (2,4%) және жасы ұлғайған сайын 8 мыңға дейін (8%) артып отырады [3]. Клиникалық көріністерінің субъективті белгілеріне: рефлекторлық сфераның бұзылуы, бұлшықет әлсіздігі, бұлшықет атрофиясы немесе гипотрофиясы, сезімталдықтың әртүрлі түрлерінің

бұзылуы, ең алдымен әртүрлі сипаттағы ауырсыну синдромдары, тамырлы-вегетативті-трофикалық бұзылулар жатады [4]. Клиникалық полиморфизм созылмалы ауырсынумен бірге күрделі мәселе болып табылады және науқастардың психикалық денсаулығына теріс әсер етіп, олардың әлеуметтік-экономикалық мәртебесін және жалпы өмір сүру сапасын нашарлататын терең мүгедектікке әкелуі мүмкін [5].

ДДҰ ұсынымдарына сәйкес СЖЕА-дың алдын алу жүйесі, оның таралуын бағалауды, түзетуді, сондай-ақ ҚФ бақылауды қамтамасыз ету керектігі көрсетілген [6]. ДДҰ көптеген мемлекеттердің тәжірибесін қортындылай келе, СЖЕА-дың қауіп факторларымен тиімді күресу қажеттілігі туындағанын және оларды алдын алудың тиімді шаралары жүйесін енгізу қажет екенін дәлелдейді. Осыған байланысты БҰҰ-ның 2015-2030 жылдарға арналған Орнықты даму саласындағы 17 мақсаттың ішінде «кез келген жастағы барлық адамдар үшін салауатты өмір салтын қамтамасыз ету және әл-ауқатын арттыру» тұжырымдамасымен адам денсаулығы басты орын алды. Осы тұрғыда, денсаулық сақтау, білім беру, әлеуметтік қолдау және т.б. сектораралық ынтымақтастыққа назар аудару маңызды деп санаймыз [7], өйткені бұл тәсіл жақсы интеграцияның соңғы нәтижелерін қамтамасыз ете алады.

**Негізгі бөлім.** ПРНП кең таралған, еңбекке қабілеттілікті мерзімінен бұрын жоғалтумен, жиі ауруханаға жатқызумен, науқастардың өмір сүру сапасының төмендігімен және денсаулық сақтау жүйесіне қаржылық жүктемемен сипатталатын өзекті медициналық және экономикалық мәселе болып табылады. ПРНП бар науқастарға медициналық көмек көрсету жүйесін ұйымдастыру жоғарғы маңызға ие, өйткені бұл ауру гетерогенді синдром болып табылады және кез-келген жастағы науқастарға әсер етуі мүмкін. ПРНП бар науқастар көпсалалы медициналық көмекке және әлеуметтік қолдауға жоғары қажеттілікпен сипатталады, сонымен бірге медициналық көмек көрсетудің кез-келген сатысында жүргізу кезінде қателіктерге сезімтал топ болғандықтан, бұл мәселені

зерттеуге басымдық берілу керек деп санаймыз.

Эпидемиологиялық зерттеулер қоғамдық денсаулықты нығайту жүйесінің маңызды және ажырамас бөлігі болып табылады. Қосымша ҚФ-ның таралуын және олардың асқынулардың одан әрі даму қаупіндегі рөлін анықтау мониторингін денсаулықты нығайту саласындағы кез-келген бағдарламаның немесе жобаның өмірлік циклін тиімді іске асыру үшін қажетті дәлелді база болып табылады [8]. Эпидемиологиялық зерттеулер мемлекет пен өңірлік денсаулық сақтау қызметтері жүргізетін іске асырылып жатқан шаралар аясында мәселенің мөлшерін бастапқы және динамикада сандық бағалауға қабілетті [9].

Перифериялық нейропатия жиілігі жылына 77/100000 тұрғынды қамтитын, барлық жас топтарында 1-12% және егде жастағы адамдарда 30% дейін таралуы бар ең көп тараған неврологиялық аурулар қатарына жатады [10-11]. Неврологиялық профильдегі барлық науқастардың төрттен бірін перифериялық жүйке жүйесі (ПЖЖ) зақымдануымен науқастар құрайды [12]. Singer, M. A., Vernino, S. A. және т.б. зерттеулері бойынша, АҚШ-та идиопатиялық нейропатиясы бар науқастар Альцгеймер ауруымен науқастарға қарағанда 3 есе көп деп есептеледі [13]. Ресейде уақытша еңбекке жарамсыздық себептерінің құрылымында ПЖЖ аурулары 7-10% құрайды.

Сонымен қатар, ПРНП мәселесінің ауқымы науқастардың осы тобына медициналық көмек көрсетудің оңтайлы моделін әзірлеу және енгізу бойынша шешілмеген міндеттерді анықтайды.

Біз бастан өткерген COVID-19 пандемия кезеңі («Coronavirus disease 2019») көптеген аспаптық зерттеу әдістерін жүргізу қиындықтары жағдайында ерте диагностикалау және медициналық көмек көрсету қажеттілігімен байланысты медицина қызметкерлеріне қосымша күрделі міндеттер қойды. 2020 жылдың маусым айының соңында Чайковская А.Д., Иванова А.Д., Терновых И.К. және т.б. (2020) ұсынған әдебиеттерде SARS-CoV-2 инфекциясының фонында Гиенна-

Барре синдромының 50-ден астам жағдайы сипатталды, олардың ішінде ең көп кездескен жедел қабынулық демиелинизациялаушы нейропатия, жедел моторлы және моторлы-сенсорлы аксональды нейропатия, сирек Миллер-Фишер синдромы [14]. Осыған байланысты, COVID-19-дың қалпына келтіру фазасында ПНП қаупі өзектілігін жоғалтпайды, бұл мультидисциплинарлық оңалту стратегияларын жоспарлау кезеңінде ескерілуі керек. Өйткені, шетелдік ғалымдар Balbi P., Saltalamacchia A., Lullo F. et al. (2022) 102 науқасқа зерттеу жүргізіп, олардың 42,2%-да ПНП тән электрофизиологиялық өзгерістер анықталды, жынысы бойынша ерлерде жиі кездескен. Дегенмен, тек қана кіші жіліншік нервін қамтитын моонеуропатиялар 8,8% (n = 9) байқалды, сол секілді 9 науқаста (8,8%) көптеген моонеуропатиялар тіркелген. Ковид-пандемиясы кезінде қатысушылардың төрттен бірінде 24,5% (n=25) симметриялық сенсомоторлы ПНП анықталған [15].

Көпсалалы тәсіл халықтың денсаулығын сақтаудың көп аспектілі мәселелерін шешудің ажырамас бөлігі ретінде барлық ресми құжаттарда бар екендігі назар аударады. Бұл бірінші кезекте ҚР Конституциясында, ҚР Президентінің Жолдауында, заңнамалық актілерде және т.б. көзделген, яғни халықаралық ұйымдардың тиісті ұсынымдарын және отандық денсаулық сақтау ерекшелігін ескеретін құжаттар, әдетте бірінші медициналық санитарлық көмек (БМСК) мекемелерінде іске асырылатын алдын алу шараларына баса назар аударылады [16].

Сектораралық тәсілдің нәтижелілігі жергілікті жерлерде БМСК қағидаттарын енгізу жағдайында айтарлықтай артады. Осы мақсатта, 1978 жылғы 12 қыркүйекте (Алматы, Қазақстан) БМСК жөніндегі халықаралық конференцияда қабылданған Алматы декларациясының тұжырымдамасы, денсаулық сақтау жүйесін нығайтуда іргелі болды. БМСК, өздеріңіз білетіндей, денсаулықты сақтаудың үздіксіз процесінің бірінші кезеңі екенін ескере отырып, осы тұста медициналық (соның ішінде неврологиялық) көмекті ұйымдастырудың сектораралық тәсілін қолданудың

кешенділігі мен орындылығының өзектілігі айқын көрінеді [17].

Соңғы жылдардағы мәліметтерге сәйкес (2021) авторлар тобы қауіп деңгейі көптеген факторларға, соның ішінде ауруханаға жатқызылғаннан кейінгі уақытқа, ауруханаға жатқызудың ұзақтығы мен жиынтық санына, уақытылы оңалтуға байланысты екенін анықтады [18]. Жоғарыда аталған индикаторларды талдаудың нәтижелері медицинаның зерттелетін проблемасының (соның ішінде неврологиялық қызметтің) жалпы “көрінісін” көруге мүмкіндік береді.

Медициналық қоғамдастықтағы тәжірибе көрсеткендей, бүгінгі күні медициналық көмек көрсетудің әрбір кезеңін (қағидат - кешенділік және сабақтастық) бағалаутұрғысынан медицина қызметкерлері мен медициналық ұйымдардың топтық жұмысына науқастардың қол жетімділігі мен қанағаттануына көп көңіл бөлу қажет.

Қол жетімді әдебиеттерді талдау денсаулық детерминанттарына айтарлықтай назар аударылатындығын көрсетеді. ДДҰ-ның денсаулықтың әлеуметтік детерминанттары жөніндегі арнайы комиссиясы жұмыс жасайды. Халықтың денсаулығын қорғаудың негізгі қағидаттарының бірі медициналық ұйымдардағы профилактика мәселесі болып табылады. ПРНП бар науқастар үшін медициналық көмекті ұйымдастырудағы екпінді 1) ПРНП дамуының алдын алу, 2) ауруханалық және амбулаториялық кезеңдер арасында, сондай-ақ әртүрлі бейінді мамандар арасындағы сабақтастықты қамтамасыз ете отырып, ПРНП диагнозы қойылған кезде медициналық көмек көрсетудің жіксіз моделін ұйымдастыру жағына ауыстыру маңызды болып табылады.

ДДҰ анықтамасына сәйкес, денсаулықты нығайту-бұл адамға денсаулық детерминанттарын бақылауды күшейтуге және жақсартуға көмектсетін процесс. Бұл мінез-құлықты өзгерту стратегиясын, денсаулық сақтау білімін, денсаулықты қорғау шараларын, қауіп факторларын анықтауды, денсаулықты арттыру мен сақтауды біріктіру арқылы жеке және қоғамдық денсаулықты жақсартуға бағытталған барлық іс-шараларды қамтитын жаңа стратегия [19].

Қазіргі уақытта Пушкирев Е.П., Аннушкин А. Д., Дрозд А.А бірлескен авторлармен (2022) қазіргі уақытта адамдардың өмір сүру сапасы қоғалыс белсенділігі мен физикалық белсенділіктің сапасына байланысты екендігі туралы мәліметтер жариялады. Өз кезегінде өркениеттің дамуы күнделікті өмірде адам үшін міндетті болып табылатын қозғалыс пен жүктеменің сипатын айтарлықтай өзгертеді. Медициналық оңалту бөлімшесінің алдында адамды қоғамға қайта қосу міндеті тұр, ал оның жұмыс құрылымын талдау оңалту процесінің тиімділігін арттырудың жаңа бағыттарының пайда болуына жағдай жасайды. [20]. Бірқатар авторлардың пікірінше, кәсіби медициналық көмек көрсету сапасын анықтауда қиындық тудыратын себептерге: емдеу тәсілдерінің көптігі, дәлелдер базасының төмен деңгейі, оңалту емінің кезеңдері, түрлері мен формалары арасындағы шекаралардың бұлыңғырлығы жатады. [21-22]. Дәрігер әлеуметтік қызмет көрсету ұйымдарының, білім беру ұйымдарының, жұмыспен қамту қызметтерінің, дене шынықтыру/бейімделу–дене шынықтыру және спорт ұйымдарының мүмкіндіктері туралы ақпаратқа ие болған кезде пациент өзінің оңалту бағытын медициналық ұйымнан (МСАК) бастайды. Әрі қарай үйлестіру, дәйектілік және уақтылы ақпарат алмасу ол үшін максималды нәтижеге қол жеткізуге жағдай жасауы керек. [23].

Николаев С. Г (2019), Пирадов М. А., Супонева Н. А., Гришина Д. А. (2021) ұсынған қол жетімді әдебиеттерден ПРНП-ның алдын-алу мәселелері соматикалық ауруларды, метаболизм бұзылыстарын уақытылы диагностикалау және емдеу, алкогольге тәуелділікті анықтау арқылы шешілетіні белгілі, сондықтан бұл қауіп факторларын өз кезегінде ерте анықтау керек. Алғашқы қабылдауда ПРНП симптомадарын ерте анықтау үшін созылмалы аурулары бар науқастар емдеуші дәрігерге уақытылы барып, оның ұсыныстарын орындауы керек, бірақ нақты диагноз электроневромиографиядан өткеннен кейін қойылады [24-25].

Нейрореабилитация- бұл ағзаның жалпы қызметін қалпына келтіруге және жүйке жүйесінің ауыр зақымдалуындағы функци-

оналдық өзгерістерді азайтуға мүмкіндік беретін кешенді медициналық процесс болып табылады. Нейрореабилитациялық көмекті ұйымдастыру аясында дәрілік емес емдеу әдістерін кешенді қолдану емдік дене шынықтыру, кинезиотерпия, проприоцептивті нейромускулалық жеңілдету, күнделікті өмірлік белсенділік, механотерапия, оның ішінде белсенді-пассивті, роботты кинезиотерапия, биологиялық кері байланыс әсерін қолдана отырып, физикалық оңалту әдістері жатады.

**Қорытынды.** Репродуктивті денсаулық әйел денсаулығының негізгі аспектілерінің бірі болып табылады және оның физикалық және психологиялық жағдайына әсер етеді. Қазіргі медициналық жетістіктерге қарамастан, осы зерттеудің нәтижелері осы саладағы проблемаларды көрсетеді. Сауалнамаға қатысқан әйелдер арасында контрацепция әдістері туралы хабардарлық жоғары болып қала береді. Алайда, оларды іс жүзінде қолдану, деректер көрсеткендей, қосымша назар аударуды қажет етеді. Бұл сапалы контрацептивтерге қол жетімділіктің болмауына, сондай-ақ әлеуметтік-мәдени стереотиптерге немесе оларды қолданудың артықшылықтары туралы хабардар болмауына байланысты болуы мүмкін. Қаржылық және географиялық факторларға байланысты медициналық көмекке қол жеткізу мәселелері де маңызды рөл атқарады. Медициналық мекемелердің таралуына қарамастан, сапалы көмек халықтың көп бөлігі үшін қол жетімді емес болып қала береді. Әлеуметтік-мәдени стереотиптер және олардың әйелдердің репродуктивті денсаулығына әсері де ескерілуі керек. Қоғамның репродукция және контрацепция мәселелеріне қатынасы әйелдердің таңдауы мен мінез-құлқына айтарлықтай әсер етуі мүмкін. Жалпы, әйелдердің репродуктивті денсаулығын жақсарту үшін медициналық, әлеуметтік және білім беру компоненттерін қамтитын интеграцияланған стратегия қажет. МСАК деңгейінде әдістер мен тәсілдерді жетілдіру халықтың денсаулығының неғұрлым жоғары деңгейін қамтамасыз етуге және әйелдердің өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік береді. Біздің нәтижелеріміз осы маңызды салада жаңа стратегиялар мен әдістерді әзірлеудің бастапқы нүктесі бола алады.

# КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОЛИРАДИКУЛОНЕЙРОПАТИЕЙ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

**\*Қ.Т. Жарасова, А.Р. Рыскулова, М.А.Баймуратова, Е. Тимурұлы**

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

Алматы, Казахстан

## Аннотация

В данной статье подчеркивается важность совершенствования медицинской помощи и физической реабилитации для оптимального выздоровления больных с полирадикулонейропатией (ПРНП). Периферическая нейропатия является наиболее частым неврологическим заболеванием в практике врачей всех специальностей. Широкое распространение ПРНП является актуальной проблемой практического здравоохранения, а разнообразие клинических форм вызывает определенные трудности как в диагностике, так и в выборе лечения. Данный диагноз может привести к инвалидности, когнитивным нарушениям, снижению психического здоровья и социально-экономического статуса и качество жизни пациентов. Долгосрочные проблемы включают психосоциальную адаптацию, возвращение к работе и вождению, а также восстановление ролей в семье и обществе. С этой целью в статье показано, что эффективное общение врачей общей практики с врачами-реабилитологами, неврологами имеет важное значение для улучшения функциональных результатов и успешной социальной реинтеграции.

**Ключевые слова:** полинейропатия, мультидисциплинарный подход, факторы риска, межсекторальное сотрудничество, эпидемиология, детерминанты здоровья

## KEY ASPECTS OF IMPROVING MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH POLYRADICULONEUROPATHY. (LITERARY REVIEW)

**\*K.T. Zharasova, A.R. Ryskulova, M.A.Baymuratova, E. Timuruly**

Kazakhstan Medical University «KSPH»

Almaty, Kazakhstan

## Summary

This article highlights the importance of improving medical care and physical rehabilitation for optimal recovery of patients with polyradiculoneuropathy (PRNP). Peripheral neuropathy is the most common neurological disease in the practice of doctors of all specialties. The wide distribution of PNS is an urgent problem in practical healthcare, and the variety of clinical forms causes certain difficulties both in diagnosis and in the choice of treatment. This diagnosis can lead to disability, cognitive impairment, decreased mental health and socioeconomic status and quality of life of patients. Long-term problems include psychosocial adjustment, return to work and driving, and restoration of family and community roles. To this end, the article shows that effective communication between general practitioners and rehabilitation doctors and neurologists is important for improving functional outcomes and successful social reintegration.

**Keywords:** polyneuropathy, multidisciplinary approach, risk factors, intersectoral cooperation, epidemiology, determinants of health

## Әдебиеттер тізімі:

1. Танашян М.М., Антонова К.В., Раскуражев А.А. Диабетическая полинейропатия: патогенез, клиника, подходы к персонализированной коррекции.- МС №17, 2017. {Tanashyan M.M., Antonova K.V., Raskurazhev A.A. Diabeticheskaya polinejropatiya: patogenez, klinika, podhody k personificirovannoj korrekcii.- MS №17, 2017.}

2. Бородулина И.В., Рачин А.П. Полинейропатии в практике врача: особенности патогенеза, клиники и современные подходы к лечению болевых и безболевых форм.- «РМЖ» № 25, 2016.-1705-1710 с. {*Borodulina I.V., Rachin A.P. Polinejropatii v praktike vracha: osobennosti patogeneza, kliniki i sovremennye podhody k lecheniyu bolevykh i bezbolevykh form.- «RMZH» № 25, 2016.-1705-1710 s.*}
3. Гусева Е. И. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 688 с. {*Guseva E. I. Nevrologiya. Nacional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie. — M.: GEOTAR-Media, 2018. — 688 s.*}
4. Верес А.И., Нечипуренко Н.И., Ходулев В.И., Забродец Г.В., Войтов В.В. Разработка шкалы интегрированной оценки невропатии.- Медицинские новости №1, 2014.- 232 с. {*Veres A.I., Nechipurenko N.I., Hodulev V.I., Zabrodec G.V., Vojtov V.V. Razrabotka shkaly integrirovannoj ocenki nevropatii.- Medicinskie novosti №1, 2014.- 232 s.*}
5. Ишинова В.А., Потемкина С.В., Крутицкий И.К., Стадникова Г.Б., Алтухов С.В. Особенности оценки качества жизни мужчин и женщин, страдающих хронической болью.- Российский журнал боли, 2017.-82 с. {*Ishinova V.A., Potemkina S.V., Krutickij I.K., Stadnikova G.B., Altuhov S.V. Osobennosti ocenki kachestva zhizni muzhchin i zhenshchin, stradayushchih hronicheskoy bol'yu.- Rossijskij zhurnal boli, 2017.-82 s.*}
6. Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Концевая А.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Евстифеева С.Е., Муромцева Г.А.. Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне.- Методические рекомендации под редакцией Бойцова С.А.. М., 2016. — 111 с. {*Balanova YU.A., Imaeva A.E., Koncevaia A.V., SHal'nova S.A., Deev A.D., Kapustina A.V., Evstifeeva S.E., Muromceva G.A.. Epidemiologicheskij monitoring faktorov riska hronicheskikh neinfekcionnykh zabolevanij vprakticheskom zdravoohranenii na regional'nom urovne.- Metodicheskie rekomendacii pod redakciej Bojцова S.A.. M., 2016. — 111 s.*}
7. БҮҮҮ. Тұрақты даму саласындағы мақсаттар. - Нью-Йорк, 2015. {UN. Tseli v oblasti ustoichivogo razvitiya. NewYork; 2015. (InRuss.)} Available from: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/ru/>
8. Шальнова С. А., Концевая А. В., Карпов Ю. А. и др. Эпидемиологический мониторинг как инструмент планирования программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска.- Профилактическая медицина, 2012.- 64-68 с. {*SHal'nova S. A., Koncevaia A. V., Karpov YU. A. i dr. Epidemiologicheskij monitoring kak instrument planirovaniya programm profilaktiki hronicheskikh neinfekcionnykh zabolevanij i faktorov riska.- Profilakticheskaya medicina, 2012.- 64-68 s.*}
9. Концевая А. В., Шальнова С. А., Драпкина О. М. Исследование ЭССЕ-РФ: эпидемиология и укрепление общественного здоровья. -Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):2987. doi:10.15829/1728-8800-2021-2987 {*Koncevaia A. V., SHal'nova S. A., Drapkina O. M. Issledovanie ESSE-RF: epidemiologiya i ukreplenie obshchestvennogo zdorov'ya. -Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2021;20(5):2987. doi:10.15829/1728-8800-2021-2987*}
10. Visser, N. A., et al. (2015). Incidence of polyneuropathy in Utrecht, the Netherlands. *Neurology*, 84(3), 259–264.,
11. Hanewinkel, R., et al. (2016). The epidemiology and risk factors of chronic polyneuropathy. -*European Journal of Epidemiology*, 31(1), 5–20.
12. Кантимирова Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика полинейропатий в закрытом административно-территориальном образовании Железнодорожск, диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.01.11
13. Singer, M. A., Vernino, S. A., & Wolfe, G. I. (2012). Idiopathic neuropathy: New paradigms, new promise. *Journal of the Peripheral Nervous System*, 17(Suppl 2), 43–49.
14. Чайковская А. Д., Иванова А. Д., Терновых И. К., Исабекова П. Ш., Веселов А.М., Топузова М.П., Яруш И. В., Алексеева Т.М., Синдром Гийена–Барре на фоне инфекции Covid-

19.-Современные проблемы науки и образования. 2020 (4):164 {CHajkovskaya A. D., Ivanova A. D., Ternovyh I. K., Isabekova P. SH., Veselov A.M., Topuzova M.P., YArush I. V., Alekseeva T.M., Sindrom Gijena–Barre na fone infekcii Covid-19.-Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2020 (4):164}

15. Balbi P, Saltalamacchia A, Lullo F, Fuschillo S, Ambrosino P, Moretta P, Lanzillo B, Maniscalco M. Peripheral Neuropathy in Patients Recovering from Severe COVID-19: A Case Series. Medicina (Kaunas). 2022 Apr 8;58(4):523. doi: 10.3390/medicina58040523. PMID: 35454362; PMCID: PMC9032555.

16. Щепин В.О., Чичерин Л.П., Попов В.И., Есауленко И.Э. Межведомственность в деле охраны здоровья детей и подростков: рекомендации ВОЗ и реалии России.- Вестник РАМН. 2021;76(1):93–102. {Shchepin V.O., CHicherin L.P., Popov V.I., Esaulenko I.E. Mezhhvedomstvennost' v dele ohrany zdorov'ya detej i podrostkov: rekomendacii VOZ i realii Rossii.- Vestnik RAMN. 2021;76(1):93–102.}

17.Европейское региональное бюро ВОЗ. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь — осмысление прошлого, преобразование во имя будущего. -Астана, Казахстан, 25–26 сентября 2018 г. — Копенгаген, 2018. — 79 с. {WHO Regional Office for Europe. Ot Alma-Aty do Astany: pervichnaya mediko-sanitarnayapomoshch' — osmyslenieproshlogo, preobrazovanievoimyabudushchego. Asnana, Kazakhstan, 25–26 September 2018. Copenhagen; 2018. 79 p. (In Russ.)} Available from: [https:// whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/pervichnaya-mediko-sanitarnaya-pomoshh/3037/visit.html](https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/pervichnaya-mediko-sanitarnaya-pomoshh/3037/visit.html) (accessed: 14.05.2020).

18.Виллеальде С. В., Соловьева А. Е., Звартау Н. Э., Авдоница Н. Г., Яковлев А. Н., Ситникова М. Ю., Федотов П. А., Лопатин Ю. М., Галевич А. С., Дупляков Д. В., Фомин И. В., Шляхто Е. В. Принципы организации медицинской помощи пациентам с сердечной недостаточностью в системе управления сердечно-сосудистыми рисками: фокус на преемственность и маршрутизацию пациентов.- Практические материалы. Российский кардиологический журнал. 2021;26(S3):4558. doi:10.15829/1560-4071-2021-4558 {Villeva'de S. V., Solov'eva A. E., Zvartau N. E., Avdonina N. G., YAkovlev A. N., Sitnikova M. YU., Fedotov P. A., Lopatin YU. M., Galyavich A. S., Duplyakov D. V., Fomin I. V., SHlyehto E. V. Principy organizacii medicinskoj pomoshchi pacientam s serdechnoj nedostatochnost'yu v sisteme upravleniya serdechno-sosudistymi riskami: fokus na preemstvennost' i marshrutizaciyu pacientov.- Prakticheskie materialy. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2021;26(S3):4558. doi:10.15829/1560-4071-2021-4558}

19.Стипек С., Майерник Я., Маматкулов Б.М., Камалиев М.А., Жарылкасынова Г.Ж., Кожекенова Ж.А., Ахмадиева К.Е., Касимова Д.А., Юлдашова Р.У., Инаков Ш.А., Мусахонов А.К.. Общественное здоровье и управление здравоохранением: учебное пособие. – П:Типография NisoPoligraf, 2018. – 115 стр. {Stipek S., Majernik YA., Mamatkulov B.M., Kamaliyev M.A., ZHarylkasynova G.ZH., Kozhekenova ZH.A., Ahmadiyeva K.E., Kasimova D.A., YUldashova R.U., Inakov SH.A., Musahonov A.K.. Obshchestvennoe zdorov'e i upravlenie zdravooohraneniem: uchebnoe posobie. – P:Tipografiya NisoPoligraf, 2018. – 115 str.}

20.Пушкарев Е.П., Аннушкин А.Д., Дрозд А.А., Шалыгина О.И., Рюмшин М.А., Щелокова А.И. Организация работы специализированного отделения медицинской реабилитации неврологического профиля. Медицинская реабилитация: научные исследования и клиническая практика.- СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2022 . – 425 с. {Pushkarev E.P., Annushkin A.D., Drozd A.A., SHalygina O.I., Ryumshin M.A., SHCHelokova A.I. Organizaciya raboty specilizirovannogo otdeleniya medicinskoj rehabilitacii nevrologicheskogo profilya. Medicinskaya rehabilitaciya:nauchnye issledovaniya i klinicheskaya praktika.- SPb.: Izd-vo «CHelovek i ego zdorov'e», 2022 . – 425 s.}

21.Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: the health strategy of the 21st century.-JRehabil Med. 2018;50(4):309–316. doi: 10.2340/16501977-2200.

22.Кузякина А.С., Купрейчик В.Л., Богатырев А.Д., и др. Медицинская реабилитация

в рамках дневного стационара.- Вестник восстановительной медицины. -2017.- С. 21–27. {*Kuzyakina A.S., Kuprejchik V.L., Bogatyrev A.D., i dr. Medicinskaya reabilitaciya v ramkah dnevnogo stacionara.- Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. -2017. - S. 21–27.*}

23.Лайковская Е.Э., Злоказов А.В., Чадова Е.А., Любушкина Т.Л., Ячменева Е.Ю. Межведомственное взаимопонимание для максимального результата реабилитации. Медицинская реабилитация: научные исследования и клиническая практика.- СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2022. – 425 с. {*Lajkovskaya E.E., Zlokazov A.V., Chadova E.A., Lyubushkina T.L., Yachmeneva E.YU. Mezhvedomstvennoe vzaimoponimanie dlya maksimal'nogo rezultata reabilitacii. Medicinskaya reabilitaciya: nauchnye issledovaniya i klinicheskaya praktika.- SPb.: Izd-vo «Chelovek i ego zdorov'e», 2022. – 425 s.*}

24.Николаев С. Г. Направление на ЭМГ, методическое руководство для практикующих врачей. — Иваново: Нейрософт, 2019. — 111 с. {*Nikolaev S. G. Napravlenie na EMG, metodicheskoe rukovodstvo dlya praktikuyushchih vrachej. — Ivanovo: Nejrosoft, 2019. — 111 s.*}

25.Пирадов М. А., Супонева Н. А., Гришина Д. А. Полинейропатии: алгоритмы диагностики и лечения. — М.: Горячая линия — Телеком, 2021. — 248 с. {*Piradov M. A., Suponeva N. A., Grishina D. A. Polinejropatii: algoritmy diagnostiki i lecheniya. — M.: Goryachaya liniya — Telekom, 2021. — 248 s.*}

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Вклад авторов.** Автор внес вклад в разработку концепции, выполнение и обработку результатов, и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование.** Отсутствует.

## СРАВНЕНИЕ СИСТЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ И КАЗАХСТАНЕ

\*С.С. Какенова, М. Д. Бримжанова

ТОО Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан

### Аннотация

Целью данного исследования является проведение сравнительного анализа систем обязательного медицинского страхования в развитых странах (в данном случае, Соединенные Штаты, Канада, Великобритания, Германия, Швеция) и Казахстане с целью выявления сходств и различий в структуре, финансировании и качестве медицинской помощи. В работе приведены данные о структуре системы обязательного медицинского страхования в каждой из выбранных стран, включая типы страхования (государственное, частное, смешанное), наличие обязательной страховки для граждан, охват населения и покрытие медицинских услуг. Проанализированы источники финансирования систем обязательного медицинского страхования, включая налоги, страховые взносы, субсидии и другие. Проведен сравнительный анализ систем обязательного социального медицинского страхования в Казахстане и систем обязательного медицинского страхования развитых странах, выявлены сильные и слабые стороны каждой системы, а также предложены рекомендации для совершенствования медицинской системы в Казахстане.

**Ключевые слова:** обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС), обязательное медицинское страхование (ОМС), качество медицинской помощи, SWOT-анализ.

**Введение.** Здоровоохранение – это одно из ключевых прав граждан, и качество медицинской помощи, которой они могут пользоваться, часто становится индикатором общественного благосостояния. Обязательное медицинское страхование (ОМС) — это механизм, который многие страны по всему миру используют для обеспечения доступности и качества медицинской помощи для своих граждан. Обязательное медицинское страхование — это система, в которой граждане обязаны участвовать в медицинской страховой программе, платя регулярные взносы, и взамен получают доступ к медицинской помощи, которая покрывается этой страховкой [1].

Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) — это система страхования, которая обеспечивает

медицинское обслуживание и финансовую защиту граждан в случае заболевания, травмы или других медицинских нужд. ОСМС обычно является частью социальной защиты граждан и может быть введено государством для обеспечения доступа к медицинской помощи для всех своих граждан [2]. Целью ОСМС является создание системы здравоохранения, которая обеспечивает равный доступ к медицинской помощи для всех граждан, независимо от их социального статуса или финансового положения. Это также помогает снизить финансовую нагрузку на индивидуумов в случае неожиданных медицинских расходов и способствует поддержанию здоровья нации в целом. Система обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан действует с 1 июля 2017 года. Добровольное медицинское

страхование представляет собой отношения по получению застрахованными гражданами дополнительных медицинских услуг сверх установленных базовой программой обязательного медицинского страхования [3].

Прежде чем, перейти к сравнению систем ОМС развитых стран и системы ОМС Казахстана кратко остановимся на некоторых преимуществах системы обязательного медицинского страхования в целом, к ним относятся:

1. Увеличение доступности. ОМС делает медицинскую помощь более доступной, так как он позволяет даже малоимущим гражданам получать необходимое лечение без значительных финансовых затрат.

2. Улучшение качества медицинской помощи. Конкуренция между страховыми компаниями и медицинскими учреждениями стимулирует улучшение качества медицинских услуг, поскольку пациенты имеют возможность выбора и склоняют врачей и клиники к повышению уровня обслуживания.

3. Финансовая стабильность. ОМС помогает снизить финансовую нагрузку на государственный бюджет, так как часть расходов на здравоохранение перекладывается на граждан и страховые компании.

В то же время, внедрение ОМС сталкивается с теми или иными вызовами и трудностями:

1. Согласование и разработка законодательства. Внедрение ОМС требует разработки соответствующего законодательства и согласования его с различными заинтересованными сторонами.

2. Формирование страховых фондов. Необходимо создать и эффективно управлять страховыми фондами, чтобы обеспечить финансовую устойчивость системы.

3. Информирование граждан. Важно провести информационные кампании, чтобы граждане понимали преимущества и процедуры участия в системе ОМС.

4. Постепенное внедрение. Внедрение ОМС может потребовать времени, и важно определить порядок постепенного

внедрения, чтобы избежать дисбаланса в системе здравоохранения.

В целом ОМС представляет собой мощный инструмент для улучшения здравоохранительной системы, сделав ее более справедливой и доступной для всех граждан. Однако успешное внедрение требует согласованных усилий со стороны правительства, страховых компаний и общественности. Путем решения вызовов, связанных с ОМС, каждая страна может создать более заботливое и равноправное общество, где здоровье каждого гражданина становится приоритетом.

В данной работе изучены системы ОМС развитых стран. В качестве лучших практик были выбраны такие страны как Соединенные Штаты, Канада, Великобритания, Германия, Швеция. В работе изучены структуры системы ОМС в каждой из выбранных стран. Проанализированы источники финансирования систем обязательного медицинского страхования, включая налоги, страховые взносы, субсидии и др. По результатам обзора проведен сравнительный анализ систем ОМС в Казахстане и систем ОМС развитых странах, выявлены сильные и слабые стороны каждой системы, а также предложены рекомендации для совершенствования медицинской системы в Казахстане.

**Основная часть.** Системы обязательного медицинского страхования представляют собой важный аспект здравоохранения во многих странах мира. Эти системы различаются по своей структуре, охвату, финансированию и уровню предоставляемых услуг. Сравнение таких систем между разными странами позволяет выявить их особенности и эффективность.

Предметом исследования в работе является системы ОМС развитых стран () и Казахстана. Цель работы заключается в проведении анализа систем ОМС развитых стран и Казахстана. При поиске соответствующих исследований были использованы ключевые слова, “Obligatory Medical Insurance”, “Compulsory Medical Insurance”, “Healthcare system”, “Health

insurance”, “healthcare system”, “[Название страны] healthcare system (например, “United States healthcare system”). Кроме этого, в список организаций и ресурсов вошли веб-сайты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Организация Объединенных Наций (ООН), министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Основными характеристиками систем ОМС являются их модель финансирования, доступность и уровень предоставляемых услуг. Существует две основные модели финансирования систем ОМС: налоговая модель и модель социального страхования. В первом случае финансирование происходит из общих налоговых средств, а во второй - через взносы, уплачиваемые работниками и работодателями. Разные системы имеют разные уровни охвата населения. Некоторые страны обеспечивают универсальный доступ ко всем видам медицинской помощи, в то время как другие могут ограничивать доступ в зависимости от статуса и дохода. Качество и объем медицинских услуг также различаются в зависимости от системы. Некоторые страны предоставляют более широкий спектр услуг и лекарств, чем другие.

**Система ОМС в США:** Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в Соединенных Штатах (США) представляет собой уникальную модель, которая отличается от систем ОМС в большинстве других стран [4]. В США ОМС основана на частном страховании, что приводит к множеству разнообразных систем и покрытий для граждан. Давайте более подробно разберем структуру системы ОМС в США:

#### 1. Частное страхование:

**Страховые компании:** В США существует множество частных страховых компаний, предоставляющих медицинскую страховку. Это могут быть коммерческие страховые компании, безболезненные фонды и т.д.

**Работодатели:** Многие работодатели предоставляют своим сотрудникам страховку через корпоративные программы. Работодатель частично или полностью

покрывает расходы на страховку.

**Индивидуальные покупатели:** Люди, не имеющие доступ к корпоративной страховке или государственным программам, могут покупать медицинскую страховку самостоятельно.

#### 2. Государственные программы:

В США система ОМС основана на модели социального страхования. Охват населения здесь зависит от страховых программ, таких как Medicare и Medicaid [5-7]. Medicare обеспечивает медицинскую страховку для людей в возрасте 65 лет и старше, а также для некоторых инвалидов. Medicare имеет две части: А и В. Часть А предоставляет страхование для госпитализации, а Часть В - для медицинских услуг и лечения у врачей. Medicaid предоставляет медицинскую помощь низким доходам и нуждающимся в долгосрочной помощи. Эта программа финансируется как федеральными, так и штатными правительствами. Кроме этого, в США имеется страховка (CHIP), предоставляющая страховку для детей из семей с низкими доходами.

#### 3. Обязательное страхование:

**Обамакер (Affordable Care Act, ACA):** В рамках этой федеральной программы был введен индивидуальный мандат, обязывающий большинство граждан и резидентов США иметь медицинскую страховку. Однако индивидуальный мандат был отменен в 2019 году [8].

#### 4. Частные страховки:

**Типы страховок:** Страховые компании предлагают разнообразные страховые планы, включая Health Maintenance Organizations (HMOs), Preferred Provider Organizations (PPOs), Exclusive Provider Organizations (EPOs) и Point of Service (POS) планы.

**5. Покрытие медицинских услуг:** Покрытие медицинских услуг может сильно варьироваться от плана к плану. Оно может включать в себя визиты к врачам, лекарства, хирургические операции, стоматологию, офтальмологию и другие виды медицинской помощи.

**Дополнительное страхование:** Многие люди покупают дополнительное

страхование, такое как Medicare Supplement Insurance (Medigap) или страховку на случай заболеваний [9].

#### 6. Финансирование:

Страховые взносы: Граждане и работодатели уплачивают страховые взносы для финансирования частных страховых планов.

Система ОМС в США характеризуется высокой степенью фрагментации, и ее структура может быть сложной для понимания из-за множества вариантов страхования и источников финансирования. Реформы и изменения в системе ОМС в США регулярно обсуждаются и внедряются с целью улучшения доступности и качества медицинской помощи.

**Система ОМС в Канаде:** Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в Канаде является государственной и финансируется из налоговых средств [10]. Она основывается на принципе универсальности, что означает, что все резиденты Канады имеют право на медицинскую помощь, и нет никаких преград на основе доходов или состояния здоровья. Давайте подробно разберем структуру системы ОМС Канады.

1. Управление: Система ОМС в Канаде регулируется и управляется на уровне провинций и территорий. Каждая провинция и территория имеет собственные правила и программы ОМС.

2. Универсальное покрытие: Все граждане Канады и постоянные резиденты покрываются медицинской страховкой.

#### 3. Финансирование:

Нацеленное финансирование: Финансирование системы ОМС происходит за счет налоговых средств, как федеральных, так и провинциальных.

Налог на доходы: Основным источником финансирования является налог на доходы физических лиц. Этот налог направляется на федеральный и провинциальный бюджеты и затем используется для финансирования медицинской помощи.

#### 4. Медицинские услуги:

Стандарты и покрытие: Провинции и территории устанавливают свои

собственные стандарты для медицинских услуг, которые включаются в покрытие ОМС. Основной пакет медицинских услуг определен национально и включает в себя визиты к врачам, диагностику, хирургические операции, госпитализацию и др.

Дополнительные услуги: Некоторые провинции и территории также предоставляют покрытие для стоматологии, лекарств и других дополнительных услуг.

#### 5. Поставщики медицинских услуг:

Врачи и больницы: Медицинские услуги предоставляются госпиталями, клиниками и частными врачами. Врачи получают оплату от правительства в соответствии с договорами и тарифами.

6. Государственное регулирование: В каждой провинции и территории есть органы, отвечающие за регулирование и контроль системы ОМС.

7. Дополнительное страхование: Некоторые граждане и компании могут приобретать дополнительные частные медицинские страховки, которые покрывают дополнительные услуги или расходы, не включенные в основное покрытие ОМС.

Система ОМС в Канаде считается одной из наиболее справедливых и универсальных в мире. Она обеспечивает доступ к медицинской помощи для всех граждан и резидентов, независимо от их доходов, и финансируется за счет широкого налогового базиса. Однако она также сталкивается с вызовами, такими как долгие сроки ожидания на некоторые виды медицинских услуг и различия в покрытии между провинциями [11].

**Система ОМС в Германии:** Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в Германии основана на модели социального страхования и является одной из наиболее развитых в мире. Она обеспечивает доступ к качественной медицинской помощи всем гражданам и резидентам Германии [12]. Давайте более подробно рассмотрим структуру системы ОМС в Германии:

1. Обязательное медицинское страхование:

Обязательность страхования: Все

граждане и резиденты, чьи доходы ниже определенного порога, обязаны иметь медицинскую страховку. Это также относится к лицам, занятым наемным трудом.

Типы страхования: Граждане могут выбирать между различными системами ОМС, включая общие страховые фонды (Gesetzliche Krankenkassen, GKV) и частные страховые компании (Private Krankenversicherung, PKV).

## 2. Финансирование:

Финансирование через взносы: Финансирование системы ОМС происходит через страховые взносы, которые взимаются как с работников, так и с работодателей. Величина страховых взносов зависит от доходов.

Дополнительные взносы: Дополнительные страховые взносы могут взиматься в случае дополнительного страхования или при определенных условиях.

## 3. Медицинские услуги:

Обширное покрытие: Страхование ОМС в Германии предоставляет обширное покрытие медицинских услуг, включая визиты к врачам, стационарное лечение, операции, диагностику, лекарства и реабилитацию.

Выбор врачей: Пациенты обычно имеют свободу выбора врачей и медицинских учреждений.

## 4. Поставщики медицинских услуг:

Врачи и больницы: Медицинские услуги предоставляются частными и государственными медицинскими учреждениями, врачами и специалистами.

## 5. Регулирование:

Бундесминистерство здравоохранения: Министерство здравоохранения Федеральной Республики Германия регулирует систему ОМС на федеральном уровне.

Общие страховые фонды (GKV): Систему ОМС, предоставляемую общими страховыми фондами, также регулируют государственные органы.

6. Дополнительное страхование: Частное дополнительное страхование: Граждане могут дополнительно застраховать

себя частными дополнительными страховками, которые покрывают дополнительные услуги или предоставляют более высокий стандарт обслуживания.

7. Качество и надзор: Система ОМС в Германии имеет строгие стандарты качества, и проводятся регулярные оценки и аудиты.

Система ОМС в Германии славится своим высоким качеством медицинской помощи и доступностью для всех граждан. Она предоставляет пациентам широкий выбор врачей и медицинских учреждений. Благодаря сочетанию обязательного и частного страхования, граждане имеют возможность дополнительно застраховать себя, если желают получать дополнительные услуги или более высокий стандарт обслуживания [13].

Обязательная страховка: Все граждане и постоянные жители обязаны иметь медицинскую страховку. Эта страховка финансируется путем разделения расходов между работниками и работодателями.

Частные страховые компании: Страховка может быть оформлена через государственные или частные страховые компании. Те, кто имеют высокий доход, могут выбрать частную страховку.

Широкий спектр услуг: Германская система ОМС предоставляет широкий спектр медицинских услуг, включая высококачественное медицинское оборудование и лекарства.

Это более глубокое сравнение позволяет увидеть, как разные страны подходят к обязательной медицинской страховке, и какие у них есть сходства и различия. Такие сравнения могут служить основой для анализа эффективности и усовершенствования национальных систем здравоохранения [14].

**Система ОМС в Великобритании:** Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в Великобритании, известная как National Health Service (NHS), представляет собой государственную систему здравоохранения, которая обеспечивает медицинскую помощь всем гражданам и резидентам страны [15]. Система ОМС в Великобритании

базируется на принципе универсальности и бесплатности, что означает, что медицинская помощь предоставляется всем, независимо от доходов. Давайте подробнее разберем структуру системы ОМС в Великобритании:

1. Управление:

Ministry of Health and Social Care: Министерство здравоохранения и социальной защиты Великобритании ответственно за разработку и управление системой ОМС в Англии.

Health and Social Care in Wales: Управление здравоохранением и социальной защитой в Уэльсе.

Health and Social Care (HSC) in Northern Ireland: Управление здравоохранением и социальной защитой в Северной Ирландии.

Health and Social Care (HSC) in Scotland: Управление здравоохранением и социальной защитой в Шотландии.

2. Универсальное покрытие:

Охват населения: Все граждане и резиденты Великобритании покрываются медицинской страховкой NHS.

3. Финансирование:

Финансирование через налоги: Система ОМС в Великобритании финансируется из национального бюджета, который наполняется за счет налоговых средств. Граждане и резиденты платят налоги, и часть этих средств направляется на финансирование NHS.

4. Медицинские услуги:

Обширное покрытие: Система ОМС NHS обеспечивает широкий спектр медицинских услуг, включая визиты к врачам, госпитализацию, операции, анализы, лекарства и многие другие медицинские процедуры.

5. Поставщики медицинских услуг:

National Health Service Providers: Медицинские услуги предоставляются через государственные медицинские учреждения и организации, финансируемые NHS.

Частные медицинские организации: Некоторые пациенты могут получать медицинскую помощь от частных медицинских организаций, хотя большинство британцев предпочитают использовать услуги NHS.

6. Дополнительное страхование:

Частные дополнительные страховки: Несмотря на бесплатное покрытие NHS, некоторые граждане могут приобретать дополнительные частные страховки, чтобы получить доступ к дополнительным услугам и ускорить получение медицинской помощи [16].

Система ОМС NHS в Великобритании славится своей универсальностью и доступностью для всех граждан и резидентов. Она обеспечивает широкий спектр медицинских услуг и является одной из основных черт национальной системы здравоохранения. Несмотря на вызовы, такие как долгие сроки ожидания на некоторые медицинские услуги, она остается популярной и поддерживается государством и обществом.

**Система ОМС в Швеции:** Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в Швеции известна как «Sjukförsäkring» [17]. Она представляет собой модель универсальной здравоохранительной системы, которая обеспечивает бесплатный доступ к медицинской помощи всем гражданам и резидентам страны. Давайте подробнее рассмотрим структуру системы ОМС в Швеции:

1. Обязательное медицинское страхование:

Обязательность страхования: Вся работоспособная население, включая граждан и резидентов Швеции, обязано иметь медицинскую страховку.

Финансирование через налоги: Система ОМС в Швеции финансируется из налоговых средств, и все граждане и резиденты участвуют в этом финансировании через уплату налогов.

2. Медицинские услуги:

Обширное покрытие: Страхование ОМС в Швеции предоставляет обширное покрытие медицинских услуг, включая визиты к врачам, госпитализацию, операции, диагностику, стоматологию, лекарства и реабилитацию.

Выбор врачей: Пациенты обычно имеют свободу выбора врачей и медицинских учреждений.

### 3. Поставщики медицинских услуг:

Региональные здравоохранительные организации: Медицинские услуги предоставляются через региональные здравоохранительные организации, которые отвечают за организацию и предоставление медицинской помощи на своей территории.

Частные поставщики: В Швеции также существует частный сектор здравоохранения, который предоставляет дополнительные услуги.

### 4. Регулирование:

Государственное регулирование: Государственные органы регулируют систему ОМС и устанавливают стандарты качества.

### 5. Дополнительное страхование:

Частные дополнительные страховки: Некоторые граждане могут дополнительно застраховать себя частными дополнительными страховками, чтобы получать доступ к дополнительным услугам или более высокому уровню комфорта.

Система ОМС в Швеции славится своей универсальностью, бесплатностью и доступностью. Граждане имеют право на медицинскую помощь в случае болезни или травмы, и финансирование системы происходит за счет широкой налоговой базы. Эта система также поддерживает высокие стандарты качества медицинской помощи и заботится о благосостоянии населения [18].

### **Система ОМС в Казахстане:**

В Казахстане Закон “Об обязательном социальном медицинском страховании” был принят 16 ноября 2015 года [19]. С 1 июля 2017 г. действует обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС). ОСМС гарантирует равный доступ к медицинскому обслуживанию и фармацевтическим товарам из средств Фонда обязательного социального медицинского страхования (ФОСМС) для всех застрахованных граждан Казахстана, независимо от пола, возраста, социального статуса, места жительства и дохода [20]. До этого времени предоставление медицинских услуг осуществлялось за счет государственных (республиканских и местных) бюджетных средств, фондов добровольного медицинского страхования

и кредитов международных финансовых учреждений для реализации международных проектов. Фонд ОСМС будет распределять деньги следующим образом: одна часть будет направлена на оплату услуг в медицинские организации, а другая – в Национальный банк, который будет инвестировать средства и полностью управлять активами. Давайте рассмотрим основные характеристики системы ОМС в Казахстане:

1. Обязательное медицинское страхование (ОМС): В соответствии с законодательством Казахстана, граждане и резиденты Казахстана обязаны иметь медицинскую страховку ОМС.

Финансирование: Система ОМС финансируется из страховых взносов, которые уплачиваются работниками, работодателями и государством.

2. Медицинские услуги: Страховка ОМС покрывает широкий спектр медицинских услуг, включая визиты к врачам, диагностику, стационарное лечение, операции, лекарства и профилактические мероприятия.

Выбор врачей: Пациенты имеют свободу выбора врачей и медицинских учреждений, где они могут получать медицинскую помощь.

3. Поставщики медицинских услуг: Государственные и частные учреждения: Медицинские услуги предоставляются как государственными, так и частными медицинскими учреждениями.

4. Регулирование: Министерство здравоохранения Республики Казахстан: Регулирование и контроль системы ОМС осуществляются Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

5. Дополнительное страхование: В Казахстане также существует возможность дополнительного медицинского страхования, которое может предоставить более широкий спектр услуг или дополнительный комфорт пациентам.

Система ОМС в Казахстане стремится обеспечить доступность медицинской помощи для всех граждан и резидентов страны. Она является важной частью системы здравоохранения Казахстана и

способствует улучшению медицинского обслуживания населения.

Ниже будет представлен SWOT

анализ систем ОМС США, Канады, Великобритании, Германии, Швеции и Казахстана.

*Таблица 1. SWOT анализ системы ОМС США*

| США                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Преимущества (Strengths):                                                                                                                                                                                                                                      | Недостатки (Weaknesses):                                                                                                                                                                                                    |
| 1. Широкий выбор медицинских услуг и специалистов.<br>2. Высокий уровень медицинских исследований и инноваций.<br>3. Наличие частного медицинского страхования для дополнительного покрытия.<br>4. Качественное оборудование и технологии в медицинской сфере. | 1. Недоступность медицинской помощи для многих незастрахованных граждан.<br>2. Высокие затраты на здравоохранение и страхование.<br>3. Неравномерное распределение качества и доступности медицинских услуг.                |
| Возможности (Opportunities):                                                                                                                                                                                                                                   | Угрозы (Threats):                                                                                                                                                                                                           |
| 1. Реформы здравоохранения для увеличения доступности.<br>2. Развитие телемедицины и дистанционного обслуживания.<br>3. Повышение образования о здоровье населения.                                                                                            | 1. Рост стоимости медицинских услуг и лекарств.<br>2. Риск потери медицинских кадров из-за высокой нагрузки и конкуренции.<br>3. Возможные изменения в законодательстве и политической обстановке, влияющие на систему ОМС. |

*Таблица 2. SWOT анализ системы ОМС Канады*

| Канада                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Преимущества (Strengths):                                                                                                                                                                                       | Недостатки (Weaknesses):                                                                                                                                                              |
| 1. Универсальное здравоохранение, покрывающее всех граждан.<br>2. Относительно низкие затраты на административные расходы благодаря единой системе.<br>3. Обширная сеть государственных медицинских учреждений. | 1. Длительные очереди на медицинские процедуры.<br>2. Недостаток частных медицинских услуг для быстрого обслуживания.<br>3. Не всегда покрывает все медицинские процедуры и лекарства |
| Возможности (Opportunities):                                                                                                                                                                                    | Угрозы (Threats):                                                                                                                                                                     |
| 1. Улучшение доступности к медицинским услугам.<br>2. Развитие программ профилактики и здорового образа жизни.                                                                                                  | 1. Рост стоимости здравоохранения и увеличение давления на финансирование.<br>2. Демографические изменения и старение населения.                                                      |

**Таблица 3. SWOT анализ системы ОМС Великобритании**

| <b>Великобритания</b>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Преимущества (Strengths):</b>                                                                                                                                                                     | <b>Недостатки (Weaknesses):</b>                                                                                    |
| 1.Национальная система ОМС (NHS), обеспечивающая всеобщий доступ к медицинской помощи.<br>2. Бесплатная медицинская помощь в рамках NHS.<br>3. Эффективное распределение ресурсов и контроль затрат. | 1. Долгие очереди на определенные медицинские процедуры.<br>2. Возможны дефициты кадров и медицинских ресурсов.    |
| <b>Возможности (Opportunities):</b>                                                                                                                                                                  | <b>Угрозы (Threats):</b>                                                                                           |
| 1. Развитие технологий и телемедицины для улучшения доступности.<br>2.Реформы NHS для повышения эффективности.                                                                                       | 1. Рост затрат и финансовые трудности NHS.<br>2. Влияние политических изменений на финансирование здравоохранения. |

**Таблица 4. SWOT анализ системы ОМС Германии**

| <b>Германия</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Преимущества (Strengths):</b>                                                                                                                                                                 | <b>Недостатки (Weaknesses):</b>                                                                                                          |
| 1.Развитая система ОМС, включая общие страховые фонды и частные страховщики.<br>2.Высокий стандарт медицинского обслуживания и технологий.<br>3.Доступ к специализированным медицинским услугам. | 1.Высокие затраты на медицинское страхование и здравоохранение.<br>2.Различия в качестве медицинской помощи между системами страхования. |
| <b>Возможности (Opportunities):</b>                                                                                                                                                              | <b>Угрозы (Threats):</b>                                                                                                                 |
| 1.Реформы для снижения затрат и улучшения доступности.<br>2.Развитие предоставления медицинских услуг через телемедицину.                                                                        | 1.Демографические изменения и старение населения.<br>2.Риск недостатка врачей и медицинских кадров.                                      |

**Таблица 5. SWOT анализ системы ОМС Швеции**

| <b>Швеция</b>                                                                                                              |                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Преимущества (Strengths):</b>                                                                                           | <b>Недостатки (Weaknesses):</b>                                                                          |
| 1. Универсальное здравоохранение и бесплатная медицинская помощь.<br>2. Высокий стандарт жизни и качества здравоохранения. | 1. Долгие очереди на медицинские услуги и операции.<br>2. Высокие налоги для финансирования системы ОМС. |

| <b>Возможности (Opportunities):</b>                                                                                 | <b>Угрозы (Threats):</b>                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.Реформы для сокращения очередей и улучшения доступности.<br>2.Инвестиции в медицинские технологии и исследования. | 1. Демографические изменения и увеличение нагрузки на систему.<br>2. Рост затрат на здравоохранение |

*Таблица 6. SWOT анализ системы ОСМС Казахстана*

| <b>Казахстан</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Преимущества (Strengths):</b>                                                                                                                                                                                                                           | <b>Недостатки (Weaknesses):</b>                                                                                                       |
| 1.Внедрение системы обязательного медицинского страхования (ОМС) для обеспечения доступности медицинской помощи.<br>2.Усиление контроля и регулирования системы здравоохранения.<br>3.Возможности для развития телемедицины и дистанционного обслуживания. | 1.Необходимость совершенствования инфраструктуры и качества медицинских услуг.<br>2. Ограниченные финансовые ресурсы для системы ОМС. |
| <b>Возможности (Opportunities):</b>                                                                                                                                                                                                                        | <b>Угрозы (Threats):</b>                                                                                                              |
| 1. Развитие системы ОМС для улучшения доступности и качества медицинской помощи.<br>2. Партнерство с международными организациями для поддержки здравоохранения.                                                                                           | 1.Финансовые ограничения и нестабильность в экономике.<br>2.Недостаток квалифицированных медицинских кадров.                          |

Этот SWOT-анализ предоставляет общее представление о сильных и слабых сторонах, а также о возможностях и угрозах для систем ОМС в указанных странах. При этом, необходимо учитывать, что каждая из этих систем имеет свои уникальные особенности и вызовы, и детализированный анализ требует более глубокого исследования и контекста.

**Выводы.** Изучение систем ОМС развитых стран и SWOT-анализ показал, что страны с высокими показателями национальной конкурентоспособности, как правило, обеспечивают более высокий уровень благосостояния своих граждан и, соответственно, социального обеспечения. США и Германия имеют развитые системы страхования, включая частные компании. Великобритания и Канада обеспечивают универсальное покрытие, но сталкиваются с вызовами в виде длительных очередей.

Швеция обеспечивает бесплатную медицинскую помощь и высокий стандарт здравоохранения. Казахстан стремится к улучшению доступности медицинской помощи через систему ОМС, но сталкивается с ограниченными финансовыми ресурсами. Необходимо отметить, что при реализации программы ОСМС в Казахстане был рассмотрен и учтен модели в том числе вышеупомянутых стран. Прежде всего, это многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета), которая создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Наиболее ярко эта модель представляется здравоохранением Германии и Канады. Бюджетная модель существует в Великобритании и Швеции. Каждая из этих стран имеет свои уникальные подходы

к системе ОМС, отражающие различия в культуре, экономике и политике. Выбор наилучшей системы зависит от множества факторов, включая цели доступности, качества и финансирования медицинской помощи. В Казахстане предлагается смешанная модель медицинского страхования с учетом лучших мировых

практик. Предусмотрено, социальное медицинское страхование не является накопительной системой. Вне зависимости от суммы взносов каждого плательщика, все категории населения будут иметь одинаковый доступ к медицинским услугам на принципах социальной справедливости и солидарности.

## ДАМЫҒАН ЕЛДЕР МЕН ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ МІНДЕТТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ ЖҮЙЕЛЕРІН САЛЫСТЫРУ

**\*С. С. Какенова, М. Д. Бримжанова**

«ҚДСЖМ» Қазақстандық Медицина Университеті ЖШС, Алматы қ., Қазақстан

### Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты дамыған елдердегі (Америка Құрама Штаттары, Канада, Ұлыбритания, Германия, Швеция мысалында) және Қазақстандағы медициналық көмектің құрылымындағы, қаржыландыруындағы және сапасындағы ұқсастықтар мен айырмашылықтарды анықтау мақсатында міндетті медициналық сақтандыру жүйелеріне салыстырмалы талдау жүргізу болып табылады. Жұмыста таңдалған елдерге қатысты міндетті медициналық сақтандыру жүйесінің құрылымы, оның ішінде сақтандыру түрлері (мемлекеттік, жеке, аралас), азаматтар үшін міндетті сақтандырудың болуы, халықты қамту және медициналық қызметтерді қамту туралы мәліметтер келтірілген. Салықтарды, сақтандыру сыйлықақыларын, субсидияларды және басқаларын қоса алғанда, міндетті медициналық сақтандыру жүйелерін қаржыландыру көздері талқыланған. Қазақстандағы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіне және дамыған елдердегі міндетті медициналық сақтандыру жүйелеріне салыстырмалы талдау жүргізілді, әрбір жүйенің күшті және әлсіз жақтары анықталды, сондай-ақ Қазақстандағы медициналық жүйені жетілдіру үшін ұсынымдар ұсынылды.

**Түйін сөздер:** *міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС), міндетті медициналық сақтандыру (ММС), медициналық көмектің сапасы, SWOT-талдау.*

## COMPARISON OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEMS IN DEVELOPED COUNTRIES AND KAZAKHSTAN

**\* S.Kakenova, M. Brimzhanova**

LLP Kazakhstan Medical University “KSPH”, Almaty, Kazakhstan

### Abstract

The purpose of this study is to conduct a comparative analysis of compulsory health insurance systems in developed countries (in this case, the United States, Canada, Great Britain, Germany, Sweden) and Kazakhstan in order to identify similarities and differences in the structure, financing and quality of medical care. The paper presents data on the structure of the compulsory health insurance system in each of the selected countries, including types of insurance (public, private, mixed), availability of compulsory insurance for citizens, coverage of the population and coverage of medical services. The sources of financing of compulsory health insurance systems, including taxes, insurance premiums, subsidies and others, are analyzed. A comparative analysis of mandatory social health insurance systems in Kazakhstan and mandatory health insurance systems in developed countries has been carried out, the strengths and weaknesses of each system have been identified, and recommendations for improving the medical system in Kazakhstan have been proposed.

**Key words:** *compulsory social health insurance (CSHI), compulsory medical insurance (CMI), quality of medical care, SWOT-analysis.*

**Список использованной литературы:**

1. Toth F. Classification of healthcare systems: Can we go further? *Health Policy*. 2016 May;120(5):535-43. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.011>
2. Сапарова Г.Т., Обязательное медицинское страхование в Республике Казахстан // Вестник финансового университета. – 2017. – Том 21, №2, 145-153 стр. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obyazatelnoe-meditsinskoe-strahovanie-v-respublike-kazakhstan>
3. <https://fms.kz/ru/>
4. Rice T, Rosenau P, Unruh L.Y, Barnes A.J. United States: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2020 Dec;22(4):1-441. PMID: 33527901.
5. Rice T, Rosenau P, Unruh L.Y, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. United States of America: health system review. *Health Syst Transit*. 2013;15(3):1-431. PMID: 24025796.
6. Zieff G, Kerr ZY, Moore JB, Stoner L. Universal Healthcare in the United States of America: A Healthy Debate. *Medicina (Kaunas)*. 2020 Oct 30;56(11):580. <https://doi.org/10.3390/medicina56110580>
7. Chernichovsky, D.; Leibowitz, A.A. Integrating public health and personal care in a reformed US health care system. *Am. J. Public Health* 2010, 100, 205–211. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156588>
8. E. R. Berchick et al., Health Insurance Coverage in the United States: 2018—Current Population Reports (U.S. Census Bureau, Nov. 2019), <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2019/demo/p60-267.pdf>.
9. J. Cubanski, A. Damico, and T. Neuman, Medicare Part D: A First Look at Prescription Drug Plans in 2019 (Kaiser Family Foundation, Oct. 16, 2018), <https://www.kff.org/medicare/issue-brief/medicare-part-d-a-first-look-at-prescription-drug-plans-in-2019/>.
10. G.P. Marchildon, Canada: health system review *Health Systems in Transition* (2013)
11. Marchildon GP, Allin S, Merkur S. Canada: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2020 Nov;22(3):1-194. PMID: 33527903.
12. Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2020 Dec;22(6):1-272. PMID: 34232120.
13. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet*. 2017 Aug 26;390(10097):882-897. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)
14. Baier N, Geissler A, Bech M, Bernstein D, Cowling TE, Jackson T, van Manen J, Rudkjøbing A, Quentin W. Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy*. 2019 Jan; 123(1):1-10. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001>
15. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(1):1-483, xix-xx. PMID: 21454148.
16. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. United Kingdom: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2022 May;24(1):1-194. PMID: 35579557.
17. Irwin R. Sweden's engagement in global health: a historical review. *Global Health*. 2019 Nov 26;15(1):79. doi: 10.1186/s12992-019-0499-1. PMID: 31771602; PMCID: PMC6878689.
18. Ludvigsson JF, Svedberg P, Olén O, Bruze G, Neovius M. The longitudinal integrated database for health insurance and labour market studies (LISA) and its use in medical research. *Eur J Epidemiol*. 2019 Apr;34(4):423-437. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00511-8>
19. “Казахстанская правда” от 19.11.2015 г., № 222 (28098); “Егемен Қазақстан” 19.11.2015 ж., № 222 (28700); Ведомости Парламента РК 2015 г., № 22-I, ст. 142
20. Некоммерческое акционерное общество «Фонд социального медицинского страхования» <https://fms.kz/o-medstrakhovanii/normativnaya-baza/>

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Вклад авторов.** Автор внес вклад в разработку концепции, выполнение и обработку результатов, и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование.** Отсутствует.

УДК – 61.614.8  
МРНТИ – 82.01

DOI: 10.24412/1609-8692-2023-4-7-7

## ИНСУЛЬТ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ COVID-19

**\*С.М. Мусиний, А.А. Кауышева, Л.А. Текебаева**

ТОО Казахстанский Медицинский Университет "ВШОЗ", г. Алматы, Казахстан

### Аннотация

Эпидемиологические данные свидетельствуют о росте распространенности Согласно официальной статистики МЗ РК общая заболеваемость БСК за последние 20 лет увеличилась в Казахстане в три раза, в основном за счет роста болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением, что может расцениваться положительно и свидетельствовать об улучшении ранней диагностики (выявляемости) больных с артериальной гипертонией на уровне ПМСП, благодаря внедрению скрининговых осмотров взрослого населения, направленных на раннее выявление и предупреждение БСК. Тем не менее, увеличение осложнений АГ и СД, т.е. увеличение заболеваемости ИБС, ОИМ и инсультом среди населения РК говорит о том, что вероятно работы по профилактике, лечению и диспансеризации на уровне ПМСП ведутся не на должном уровне ввиду ряда разных причин. Количество пациентов, перенесших инсульт в Казахстане, к сожалению, не уменьшается, а ежегодный прирост госпитализированной заболеваемости по причине инсульта составляет от 1 до 3%. При этом, оказание специфической терапии пациентам с инсультом в виде тромболитической терапии и проведению нейрохирургических операций по РК выросли с 2015г. по 2018г. почти в 3 раза и являются признанными международными стандартами в оказании медицинской помощи, свидетельствующие о высоком уровне ее организации в целом по стране. В данной статье приводятся эпидемиологические данные по БСК, инсульту, развитию инсультной службы, работе «Республиканского координационного центра по проблемам инсульта».

**Ключевые слова:** COVID 19, ишемический инсульт, постковидный синдром, реабилитация, организация инсультной службы.

**Введение.** 30 января 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала вспышку COVID-19 чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения глобального значения. С тех пор произошел резкий рост передачи и распространения пандемии. Для остановки распространения инфекции использовались различные стратегии. Те, кто пострадал от инфекции после COVID-19, испытали долгосрочные последствия различной степени интенсивности. Постпандемический уровень тяжести, по-видимому, оказал негативное влияние на общее качество жизни людей. Заболеваемость инсультом в настоящее время является одним из наиболее распространенных последствий пост-COVID, наблюдаемых и изучаемых. Инсульт – это тяжелое заболевание, которое занимает второе место по значимости среди причин смертности и вносит значительный вклад в инвалидность во всем мире. Наряду с преморбидными особенностями здоровья и образом жизни, заболеваемость этим заболеванием увеличивается с возрастом. Рост цереброваскулярных событий (CVE), связанных с COVID-19, является новым открытием. Серьезным последствием заражения COVID-19 стал острый ишемический инсульт (ОИС). Для лечения таких заболеваний необходима реабилитация.

Восстановление после инфекции или травмы требует многопрофильного командного подхода, известного как реабилитация. Основные важные концепции реабилитации заключаются в том, чтобы обеспечить максимальную функциональность, обеспечить возможность вернуться к работе, обеспечить безопасный выезд из больницы домой и облегчить реинтеграцию в общество. Для достижения наилучших результатов цели реабилитации такой уязвимой группы населения должны быть тщательно оценены и адаптированы. Необходимость и потребность в правильном вмешательстве наиболее высоки из-за роста случаев инсульта после COVID. Это позволяет областям обучения и реабилитации изучить

потребности и последствия, вызванные болезнью. Последствия и последствия болезни в последнее время стали предметом многочисленных исследований. Однако необходимость реабилитации обусловлена различными клиническими проявлениями. В результате чрезвычайно важным становится исследование того, как процесс реабилитации может помочь и обеспечить достаточное функционирование такой уязвимой группы населения.

#### **Основная часть.** Влияние COVID-19

Инфекция COVID-19 уже вызвала достаточно хаоса и волнений по всему миру. В зависимости от тяжести инфекции и степени ее распространения эффект может различаться. Однако, чтобы лечить слабых и ограничить распространение болезней, весь мир вернулся с целым рядом стратегий. Изоляция, карантин и локдауны повлияли на жизнь миллионов людей, что негативно сказалось на экономике и общем благосостоянии [1,2]. Пациенты в критическом состоянии и выжившие после COVID-19 с большей вероятностью будут иметь ранее существовавшие расстройства, которые делают их инвалидами, включая функциональные, социальные, психические или психологические побочные эффекты тяжелого заболевания. Это включает, как правило, постепенное выздоровление, которое снижает общее качество жизни [3].

Цереброваскулярные события (CVE) были одним из многих постинфекционных последствий инфекции COVID-19, которые имели большое значение [4]. Серьезным последствием заболевания COVID-19 по-прежнему остается острый ишемический инсульт. Даже если есть больше сообщений об этих ситуациях, все еще неясно, каковы основные механизмы [5]. Заболеваемость острым ишемическим инсультом (ОИС), связанным с тяжелой формой COVID-19, быстро растет. В настоящее время проводятся исследования основных патофизиологических путей, связанных с периферическим и центральным воспалением, которые вызывают ишемические инсульты, связанные с COVID-19. Известно, что

рецепторы ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2) на эпителиальных и эндотелиальных клетках связываются с SARS-CoV2, и это связывание приводит к гиперкоагуляции, образованию тромбов и, в конечном итоге, к AIS [6]. Опосредованное системным иммунитетом гипервоспаление, эндотелит, нарушение регуляции ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) в центральной нервной системе, окислительный стресс и чрезмерная агрегация тромбоцитов являются одними из основных механизмов, которые были предложены до сих пор [7,8,9]. По данным других исследований, воспалительные реакции на COVID-19 могут привести к разрыву ранее выявленной атеромы, что может привести к тромбозу и ишемическому инсульту [10]. Однако растущие сообщения об ишемических инсультах, связанных с инфекциями COVID-19, могут быть симптомом гиперкоагуляционного спектра этого заболевания. В результате этого возникла одна из многочисленных проблем, связанных с последствиями после COVID-19, и в настоящее время она прогрессирует.

По данным предварительного ретроспективного исследования серии случаев, проведенного в Ухане, Китай, острое CVE было причиной в 5,7% случаев с неврологическими поражениями [4]. После вспышки многие дома и учреждения были помещены на карантин и изолированы. В результате многие люди проводили много времени, застряв дома или в учреждениях, что привело к бездействию. Один из исследовательских проектов [11,12] предположил, что отсутствие физической активности могло увеличить риск последующего инсульта. 5,88% пациентов с новым началом CVE были обнаружены в другой недавней публикации того же центра, в которой был обследован 221 человек [13]. Кроме того, случаи ишемического инсульта без очевидных факторов риска в качестве симптома были описаны у пациентов с COVID-19, у которых состояние здоровья не является тяжелым [14]. Это может привлечь внимание к разнообразию ишемических

инсультов, вызванных COVID-19. Кроме того, могли существовать дополнительные факторы риска инсульта, такие как диабет и высокое кровяное давление. Тем не менее неясно, подвергают ли эти традиционные факторы риска людей повышенному риску возникновения эпизодов ишемии после заражения COVID-19. В большинстве опубликованных случаев в средних мозговых или задних мозговых артериях наблюдались инфаркты крупных артерий передней циркуляции [15]. Кроме того, появляются сообщения о мультифокальных инсультах у тяжело больных людей [16]. Поэтому тщательный анализ и понимание повышенного риска тромбообразования в этой чувствительной популяции имеют решающее значение.

#### Инсульт и лечение после COVID-19

Чтобы ускорить выздоровление, необходимо было использовать обширную терапию и целостную стратегию. Реабилитация — это процедура решения проблем, и она имеет большой опыт успеха [17]. Он включает в себя выявление основных проблем, беспокойств пациента, а также того, как они развиваются и могут быть решены. Мультидисциплинарная команда работала вместе, чтобы обеспечить соответствующие навыки лечения и вмешательства [18], используя в качестве основы целостную биопсихосоциальную модель заболевания [19]. Чтобы предотвратить вторичный инсульт и другие проблемы, недавние исследования рекомендовали методы реабилитации и лечения пациентов с инсультом во время пандемии [12]. Модель оказания помощи при инсульте была разработана в ходе одного исследования во время эпидемии COVID-19. Его главной целью было защитить результаты лечения пациентов, одновременно снизив риск заражения COVID-19 как для пациентов, так и для медицинских работников [20]. Интенсивность и степень их восстановления повлияли на функциональный прирост с точки зрения восстановления независимости после заболевания. Возраст был одной из переменных-предсказателей, которая, как было установлено, оказывала значительное

влияние на функциональный прирост. Одно из таких исследований показало, что шансы человека на выздоровление тем выше, чем он моложе. Кроме того, исследование отметило, что при более длительном пребывании наблюдалось больше ограничений. Это было отмечено как негативное влияние продолжительности пребывания на эффективное передвижение [21]. Следовательно, чтобы максимизировать восстановление и добиться улучшения функциональных результатов, необходимо тщательно продумать ведение и реабилитацию такой восприимчивой популяции.

Лечение и восстановление жертв инсульта, у которых также есть инфекция COVID-19, сильно отличаются от тех, у кого ее нет. Согласно недавним исследованиям, у пациентов с инсультом, перенесших COVID-19, клинические исходы были хуже, чем у пациентов с инсультом без COVID-19 [22]. Это может быть результатом различных сопутствующих заболеваний, которые могут возникнуть у перенесших инсульт с COVID-19. В дополнение к типичным клиническим симптомам пациента, перенесшего инсульт, у человека с инфекцией COVID-19 могут также наблюдаться одышка, сильная усталость, низкая толерантность к выносливости, скелетно-мышечные нарушения и снижение сердечно-сосудистой и дыхательной функций. В одном исследовании 51,2% пациентов с инсультом, инфицированных COVID-19, умерли, а выжившие были направлены в реабилитационные центры для получения дополнительной помощи

[23]. В другом исследовании пациенты с COVID-19 имели более высокие средние баллы по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS), чем пациенты без COVID-19. Кроме того, пациенты с инсультом, перенесшие COVID-19, имели большую вероятность умереть и страдать от серьезных нарушений [24]. Это может объяснить, почему пациенты с инсультом, перенесшие COVID-19, получают другую реабилитацию, чем пациенты с инсультом без COVID-19. Необходимо провести будущие исследования, чтобы полностью понять долгосрочные риски, проявления и соответствующее лечение этой новой реабилитационной группы населения.

**Выводы.** Острый ишемический инсульт, вызванный COVID-19, считается тяжелым состоянием, о котором следует беспокоиться. Чтобы справиться с такой уязвимой группой населения, существует множество различных подходов к лечению и передовой практики реабилитации. Для оценки потребностей в реабилитации пациента рекомендуется и необходим подход мультидисциплинарной команды с целостной точкой зрения. Чтобы эффективно справляться с такими смешанными диагнозами, команда должна иметь цели и действовать быстро. Чтобы предотвратить и контролировать инфекцию, вызывающую инсульт, очень важно хорошо понимать основные механизмы. Чтобы получить более четкое представление о том, как инфекция COVID-19 предрасполагает к инсульту и другим проблемам, необходимо проявлять крайнюю осторожность и проводить дальнейшие исследования.

## **ИНСУЛЬТ ЖӘНЕ COVID-19-ДАН КЕЙІНГІ ОҢАЛТУ**

**\*С.М. Мусиний, А.А. Кауышева, Л.А. Текебаева**

“ҚДСЖМ” Қазақстандық Медицина Университеті ЖШС, Алматы қ., Қазақстан

### **Түйіндеме**

ҚР ДСМ ресми статистикасына сәйкес соңғы 20 жылда ҚБК жалпы сырқаттанушылығы Қазақстанда негізінен жоғары қан қысымымен сипатталатын аурулардың өсуі есебінен үш есеге ұлғайды, бұл оң бағалануы мүмкін және БСК-ны ерте анықтау МСАК деңгейінде артериялық гипертониямен ауыратын науқастардың ерте диагностикасының (анықталуының) жақсарғанын куәландырады. Осыған қарамастан, АГ және ДМ асқынуларының ұлғаюы,

яғни ҚР халқы арасында АЖЖ, ОИМ және инсульт ауруының ұлғаюы БМСК деңгейінде профилактика, емдеу және диспансерлеу бойынша жұмыстар бірқатар түрлі себептерге байланысты тиісті деңгейде жүргізілмейтінін көрсетеді. Өкінішке орай, Қазақстанда инсульт алған пациенттердің саны азаймайды, ал инсульт себебінен ауруханаға жатқызылған сырқаттанушылықтың жыл сайынғы өсімі 1-ден 3% - ға дейін құрайды. Сонымен қатар, Қазақстан Республикасында тромболитикалық терапия және нейрохирургиялық операциялар түріндегі инсультпен ауыратын науқастарды спецификалық терапиямен қамтамасыз ету 2015 жылдан 2018 жылға дейін 3 есеге жуық артты және медициналық көмек көрсетудің халықаралық стандарттары болып танылды, бұл жалпы ел бойынша оны ұйымдастырудың жоғары деңгейі.

Бұл мақалада ЖҚА, инсульт, инсульт қызметінің дамуы және «Инсульт мәселелері жөніндегі республикалық үйлестіру орталығының» жұмысы туралы эпидемиологиялық деректер келтірілген.

**Түйін сөздер:** *COVID 19, ишемиялық инсульт, пост-ковид синдромы, оңалту, инсульт қызметін ұйымдастыру.*

## STROKE AND REHABILITATION AFTER COVID-19

**\*S.M. Musiniy, A.A. Kauysheva, L.A. Tekebaeva**

LLP Kazakhstan Medical University “KSPH”, Almaty, Kazakhstan

### Abstract

Epidemiological data indicate an increase in prevalence According to official statistics of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, the total incidence of BSK has tripled in Kazakhstan over the past 20 years, mainly due to the growth of diseases characterized by high blood pressure, which can be regarded positively and indicate an improvement in early diagnosis (detectability) of patients with arterial hypertension at the PHC level, thanks to the introduction of screening examinations of the adult population aimed at early detection and prevention of BSK. Nevertheless, an increase in complications of hypertension and diabetes, i.e. an increase in the incidence of coronary heart disease, AMI and stroke among the population of the Republic of Kazakhstan suggests that probably the work on prevention, treatment and medical examination at the PHC level is not carried out at the proper level due to a number of different reasons. The number of stroke patients in Kazakhstan, unfortunately, is not decreasing, and the annual increase in hospitalized morbidity due to stroke is from 1 to 3%. At the same time, the provision of specific therapy to stroke patients in the form of thrombolytic therapy and neurosurgical operations in the Republic of Kazakhstan increased almost 3 times from 2015 to 2018 and are recognized international standards in the provision of medical care, indicating a high level of its organization in the whole country. This article presents epidemiological data on BSC, stroke, the development of stroke services, the work of the “Republican Coordination Center for Stroke Problems”

**Keywords:** *COVID 19, Ischemic stroke, postcovid syndrome, rehabilitation, organization of stroke service.*

### Список использованной литературы:

1. Joshi RS, Jagdale SS, Bansode SB, Shankar SS, Tellis MB, Pandya VK, et al. Discovery of potential multi-target-directed ligands by targeting host specific SARS-CoV-2 structurally conserved main protease. *Journal of Biomolecular Structure & Dynamics*. 2021;39(9):3099-3114. DOI: 10.1080/07391102.2020.1760137
2. Kundu D, Selvaraj C, Singh SK, Dubey VK. Identification of new anti-nCoV drug chemical compounds from Indian spices exploiting SARS-CoV-2 main protease as target. *Journal of Biomolecular Structure & Dynamics*. 2021;39(9):3428-3434. DOI: 10.1080/07391102.2020.1763202
3. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early

- physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: A randomized controlled trial. *Lancet*. 2009;373(9678):1874-1882. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60658-9
4. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*. 2020;77(6):683-690. DOI: 10.1001/jamaneurol.2020.1127
5. Tan Y-K, Goh C, Leow AST, Tambyah PA, Ang A, Yap ES, et al. COVID-19 and ischemic stroke: A systematic review and meta-summary of the literature. *Journal of Thrombosis and Thrombolysis*. 2020;50(3):587-595. DOI: 10.1007/s11239-020-02228-y
6. Ni W, Yang X, Yang D, Bao J, Li R, Xiao Y, et al. Role of angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) in COVID-19. *Critical Care*. 2020;24:422. DOI: 10.1186/s13054-020-03120-0
7. Najjar S, Najjar A, Chong DJ, Pramanik BK, Kirsch C, Kuzniecky RI, et al. Central nervous system complications associated with SARS-CoV-2 infection: Integrative concepts of pathophysiology and case reports. *Journal of Neuroinflammation*. 2020;17:231. DOI: 10.1186/s12974-020-01896-0
8. Spence JD, de Freitas GR, Pettigrew LC, Ay H, Liebeskind DS, Kase CS, et al. Mechanisms of stroke in COVID-19. *Cerebrovascular Diseases*. 2020;49:451-458. DOI: 10.1159/000509581
9. Gupta A, Madhavan MV, Sehgal K, Nair N, Mahajan S, Sehrawat TS, et al. Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nature Medicine*. 2020;26:1017-1032. DOI: 10.1038/s41591-020-0968-3
10. Schonrich G, Raftery MJ, Samstag Y. Devilishly radical NETwork in COVID-19: Oxidative stress, neutrophil extracellular traps (NETs), and T cell suppression. *Advanced Biology Regulation*. 2020;77:100741. DOI: 10.1016/j.jbior.2020.100741
11. Siegler JE, Heslin ME, Thau L, Smith A, Jovin TG. Falling stroke rates during COVID-19 pandemic at a comprehensive stroke center. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2020 Aug;29(8):104953. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104953
12. Wang CC, Chao JK, Wang ML, Yang YP, Chien CS, Lai WY, et al. Care for patients with stroke during the COVID-19 pandemic: Physical therapy and rehabilitation suggestions for preventing secondary stroke. *Journal of Stroke Cerebrovascular Diseases*. 2020;29(11):105182. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105182. Epub
13. Filatov A, Sharma P, Hindi F, Espinosa PS. Neurological complications of coronavirus disease (COVID-19): Encephalopathy. *Cureus*. 2020;12(3):e7352 Available from: <https://www.cureus.com/articles/29414-neurological-complications-of-coronavirus-disease-covid-19-encephalopathy>
14. Diaz-Segarra N, Edmond A, Kunac A, Yonclas P. COVID-19 ischemic strokes as an emerging rehabilitation population: A case series. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2020;99(10):876-879. DOI: 10.1097/PHM.0000000000001532
15. Oxley TJ, Mocco J, Majidi S, et al. Large-vessel stroke as a presenting feature of Covid-19 in the young. *The New England Journal of Medicine*. 2020;2020:e60. DOI: 10.1056/NEJMc2009787
16. Zhang Y, Xiao M, Zhang S, et al. Coagulopathy and antiphospholipid antibodies in patients with Covid-19. *The New England Journal of Medicine*. 2020;2020. DOI: 10.1056/NEJMc2007575
17. Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clinical Rehabilitation*. 2020;34(5):571-583. DOI: 10.1177/0269215520905112
18. Wade D. A Teamwork Approach to Neurological Rehabilitation [Internet]. *Oxford Textbook of Neurorehabilitation*. Oxford University Press; 2021. Available from: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198824954.001.0001/med-9780198824954-chapter-2>
19. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*. 2017;31(8):995-1004. DOI: 10.1177/0269215517709890
20. Meyer D, Meyer BC, Rapp KS, Modir R, Agrawal K, Hailey L, et al. A stroke care model at an academic, comprehensive stroke center during the 2020 COVID-19 pandemic. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2020;29(8):104927. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104927

21. Asirvatham T, Abubacker M, Isaac Chandran P, Boppana A, al Salim Abdulla S, Mohammed Saad R. Post-COVID-19 stroke rehabilitation in Qatar: A retrospective, Observational Pilot Study. Qatar Medical Journal. 2022;28(1):10. DOI: 10.5339/qmj.2022.10
22. Sweid A, Hammoud B, Bekelis K, Missios S, Tjoumakaris SI, Gooch MR, et al. Cerebral ischemic and hemorrhagic complications of coronavirus disease 2019. International Journal of Stroke. 2020;15(7):733-742. DOI: 10.1177/1747493020937189
23. Fatima N, Saqqur M, Qamar F, Shaukat S, Shuaib A. Impact of COVID-19 on neurological manifestations: An overview of stroke presentation in pandemic. Neurological Sciences. 2020;41(10):2675-2679. DOI: 10.1007/s10072-020-04637-6 Epub 2020 Aug 6
24. Ntaios G, Michel P, Georgiopoulos G, Guo Y, Li W, Xiong J, et al. Characteristics and outcomes in patients with COVID-19 and acute ischemic stroke. Stroke. 2020;51:e254-e258. DOI: 10.1161/STROKEAHA.120.031208

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Вклад авторов.** Автор внес вклад в разработку концепции, выполнение и обработку результатов, и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование.** Отсутствует.

УДК 614.2

DOI: 10.24412/1609-8692-2023-4-8-8

МРНТИ 76.35.35

## ӨМІР СҮРУ САПАСЫН ЖАҚСARTУ МАҚСАТЫНДА ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТЕН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРҒА ОҢАЛТУ ПРОЦЕСІН ҰЙЫМДАСТЫРУ (әдеби шолу)

**Мысырбекова Ж.Д. \*, Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Тлеуов Ж.Е.**  
«ҚДСЖМ» Қазақстандық Медициналық университеті ЖШС, Алматы, Қазақстан

### Түйіндеме

Инсульт қазіргі қоғамның ең өзекті әлеуметтік-медициналық және экономикалық мәселелерінің бірі бола тұрып, барлық цереброваскулярлық аурулар арасында ересектердегі таралуы, өлім-жітім көрсеткіші және тұрақты мүгедектігі бойынша көшбасшы болып қала береді [1]. Халық санының өсуі мен өмір сүру ұзақтығы артқан сайын, инсульт саны және олардың ұзақ мерзімді салдары мен соған байланысты шығындар күрт артуы мүмкін. Тиісінше, ишемиялық инсульт (ИИ) ауыртпалығының болашақ болжамдары орта және ұзақ мерзімді жоспарлау, сондай-ақ алдын алу шаралары бойынша инсульт қызметтерін ұйымдастыру үшін маңызды [2]. Біз А.Р. Абузаровтың, Е.С. Деомидовтың, Р.С. Максимовтың (2021) денсаулық сақтаудың қазіргі даму сатысында инсультпен ауыратын науқастарды емдеудің жеке тактикасын жоспарлаудың жекелендірілген модельдері мен алгоритмдерін

әзірлеу өлім-жітімді азайтуға және пациенттердің өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік беретіндігі туралы ойларымен келісеміз. Басқа авторлар ИИ-тен кейінгі науқастарға арналған оңалту модельдері мен алгоритмдерін қолдану медициналық көмектің үздіксіздігі мен тиімділігін қамтамасыз ете алатынын және ИИ асқынуларын азайтуға көмектесетіндігін атап өтті [3]. Осыған байланысты, біздің магистрлік жұмысымыздың аясында ИИ-тен кейінгі науқастарға өмір сүру сапасын, сондай-ақ медицина қызметкерлері ұсынатын денсаулық сақтау қызметтерін жақсартуға бағытталған оңалту кезеңіндегі толықтырулардағы оңтайлы шешімдерді іздеуді жүргізу орынды деп санаймыз. Сонымен қатар, денсаулық сақтау саясатын айқындайтын тұлғалар көрсетілетін оңалту қызметтерінің сапасын барабар бағалау үшін білім беру мен медицина кадрларын үздіксіз кәсіби даярлау арасындағы тығыз байланысты түсінуі тиіс [4].

**Түйінді сөздер:** ишемиялық инсульт, реабилитация, бастапқы медико-санитарлық көмек, көпсалалы командалар.

**Кіріспе.** 2023 жылғы 6-7 шілдеде Астанада Қазақстан Республикасының инсульт қызметі мамандарының халықаралық қатысуымен өткен “Инсульт мектебі 2023” ғылыми-практикалық конференциясында аталып өткендей қиындықтарға қарамастан, ҚР-да инсульт қызметі дамып, жетілдіріліп жатқандығы қуантады. Отандық мамандар өз жұмыстарын қорытындылады, ал шетелдік спикерлер инсульттен кейінгі пациенттерді жүргізудегі тәжірибелерімен бөлісті [5]. ҚР Шығыс Қазақстан облысы бойынша отандық авторлардың анықтауы бойынша 2013-2016 жылдардағы профилактикалық тексерулердің нәтижелері талданды, бұл егде жастағы халықтың жоғары пайызы бар өңірлерде өлім-жітімнің жоғары деңгейін анықтауға мүмкіндік берді. Сонымен қатар, жіті ми қан айналымы бұзылыстарынан халықтың өлім-жітім статистикасының республикалық және нысаналы көрсеткіштерінен артта қалудың нақты көрсеткіштері анықталды. Бұл басқа авторлардың ИИ ерте диагностикасы мәселелерінде БМСК және СӨС жұмысындағы проблемаларды шешуді талап ететін мәселелерге қатысты пікірімен корреляцияланды [6]. Кошечева Л.А. - ның бірлескен авторларымен (2021) мәліметтері бойынша, дәрігерлердің назарын инсульттен кейінгі науқастарға көмек көрсету жүйесіне аударта отырып, оның бүкіл әлемде кең таралуы (жыл сайын 30 миллионға дейін) және жоғары мүгедектікке әкелуі туралы мәліметтер жарияланды.

Ол оңалту рөлінің маңыздылығына назар аударды, оңалтудың негізгі міндеті бұзылған дене функцияларын қалпына келтіру және пациенттерді толыққанды өмірге қайтару болып табылады. Сонымен, оңалтуды ұйымдастырудың ең жақсы тәсілі дәрігерлердің көпсалалы тобын құрумен кешенді тәсіл болып саналады [7].

Негізгі бөлім. Қоғамда инсульт эпизодтары анықталған халыққа жүргізілетін медициналық көмекті бағалау мен талдау, қауіп факторларын зерттеу профилактиканы әлі де үздіксіз жетілдіруді талап ететіндігі анық. Соңғы жылдардағы халықаралық эпидемиологиялық зерттеулерге сәйкес, инсультке жыл сайын шамамен 20 миллион адам шалдығады, оның 5 миллионға жуығы инсульт салдарынан болатын өлім-жітімнің үлесіне жатады. Күнделікті өмірде сырттан күтімді қажет ететін тірі қалған инсультпен ауыратын науқастардың шамамен үштен бірі мүгедектікке ұшырайды [8], келтірілген фактілер осы мәселені зерттеудің маңыздылығын анықтайды. Инсульттен аман қалғандар арасында қимыл-қозғалыс бұзылыстары салдарынан мүгедектік көрсеткіштерінің өсуі (100 мың тұрғынға шаққанда 3,2) инновациялық оңалту технологияларын енгізу қажеттілігін талап етеді [9]. Тиісінше, физикалық, психологиялық, әлеуметтік және құқықтық мәселелер туралы білімді қолдану негізінде мультидисциплинарлы принципті көмек көрсету жүйесін ұйымдастыруды талап ететін инсульттен

кейінгі науқастарды оңалту өзекті мәселе ретінде белгіленуі керек. Қазіргі заманғы оңалту тәсілдері әртүрлі компьютерлік технологияларды, соның ішінде қашықтықтан оқыту бағдарламалары мен әдістерін белсенді пайдалануды қамтиды [10]. Қазіргі уақытта Ресей Федерациясында да, шетелде де инсультке шалдыққан науқасқа көмек көрсетудің жаңа моделін клиникалық тәжірибеге белсенді енгізу жүріп жатыр. Осыған байланысты осы процесті цифрландыруға қатысты көптеген міндеттер қойылады. Осылайша, ақпараттық модельді дамытудың перспективалық бағыттары: Әкімшілік АЖО, аналитикалық және анықтамалық модульдерді, пациенттің жеке кабинетін құру, инсульт түрін және көрсетілген көмекті ескере отырып, мамандардың АЖО модульдерін толықтыру, сондай-ақ сыртқы жүйелермен интеграциялау болып табылады [11]. Техникалық тапсырманы қалыптастыру осы ақпараттық жүйелерді (АЖ) құру үшін әрекеттерді алгоритмдеуге негізделеді.

Оңалту диагнозын қалыптастыру, қол жетімді көздерді талдау мәселесіне пациент проблеманы анықтай отырып, барлық мамандарда тексеруден өткеннен кейін, сондай-ақ қызмет етудің халықаралық классификациясы, өмірлік белсенділік пен денсаулықтың шектелуі (ҚХК) анықтамалығының санат кодтарын қолданғаннан кейін одан әрі оңалту траекториясын қажет ететіндігін атап өткен жөн. “ICF WIZARD” ақпараттық жүйесін қолдану бойынша бірқатар зерттеушілердің озық тәжірибелеріне сүйене отырып [12], В. А. Семенова және бірлескен авторлардың деректеріне сәйкес (2020ж) Windows операциялық жүйелеріне арналған жұмыс үстелі клиентіне қызмет көрсету қосымшасы түрінде отандық тәжірибеге енгізу перспективасы бар. ҚХК-ны оңалтуда практикалық қолдану, диагноз қою және жоспар құру, инсультке шалдыққан пациенттерді оңалтуда шкалаларды қолдану үшін ұсынылған “ISF-Reader” компьютерлік бағдарламасы [13] неврологиялық

тәжірибеде де қолданылуы мүмкін. 2017 жылы Женевадағы ДДҰ штаб-пәтерінің Атқарушы кеңесі, Швейцария Денсаулық сақтау жүйелерінде “Оңалту 2030” әрекетіне шақыру жариялауды ұсынды, бұл ғылыми зерттеулерді ескере отырып, осы мәселеде үйлестіру және келісу үшін әлемде өсіп келе жатқан қанағаттандырылмаған оңалту қажеттіліктеріне назар аударуға шақырды [14].

Қазіргі заманғы оңалту бағыты пациенттердің сақталған функцияларына бағдарланған оңалтудың био-психоәлеуметтік моделінің басымдылығымен, оңалту іс-шараларын іске асыру мен бағалауға көзқарастың өзгеруін болжай отырып, аурудың дамуындағы тұлғаның рөлін мойындаумен сипатталады [15]. Осыған байланысты, мүгедектіктің тұрақты өсуі, оңалту қызметтеріне қажеттіліктің артуы үздіксіз медициналық білім беру бағдарламаларына енгізудің өзектілігін, негізгі нормативтік құқықтық актілерді зерделеуді ынталандырады [16]. Оңалту процесінде пациенттерде оңалту мультидисциплинарлық бригадасы (МДБ) шешетін бірқатар проблемалар бар. МДБ құрамына невропатолог (емдеуші дәрігер), физикалық және оңалту медицина дәрігері, логопед, клиникалық психолог, физиотерапевт және мейірбике тұрақты негізде кіруі керек [17]. Сонымен қатар, БМСК деңгейінде мультидисциплинарлық бригаданы ұйымдастыру инсульттен кейінгі пациентті жүргізудің оңалту бағытын іске асыру үшін нәтижелі өзара іс-қимылды қамтамасыз етуге қабілетті. Мақсаттың бірлігіне сүйене отырып, ИИ-тен кейінгі науқастың жеке мәселелерін анықтау, зақымдалған функцияларды қалпына келтіру динамикасын бағалау, кәсіби дағдылар мен білімнің арқасында МДБ қатысушыларының әрқайсысының іс-қимыл алгоритмі құрылады. Жалпы когнитивті төмендеуді скринингтегенде берілген тесттерде жас, жыныстық және нозологиялық компоненттерді есепке алынбауына байланысты және эмоционалды-тұлғалық аспектіні елемеуге

байланысты жалған-оң нәтижелердің көбеюі мүмкін, сондықтан пациент туралы ақпараттың басқа да құрамдас бөліктері де маңызды деп санаймыз [18]. Пациенттерді қалпына келтіретін емдеуде үздіксіздік пен мультибригадалық тәсілді қолдану нәтижеге қол жеткізуді және оңалту мерзімін қысқартумен қамтамасыз етуге қабілетті [19].

Классикалық әдістерді білуді басшылыққа ала отырып, күнделікті өмірлік белсенділіктегі тәуелділікті бағалау моторлық бұзылулардың ауырлығын және пациенттердің Рэнкин модификацияланған шкаласы көмегімен мүгедектік дәрежесін ескере отырып жүргізілуі тиіс. Егер бірінші дәреже мүгедектік белгілерінің жоқтығын білдірсе, пациент өзін – өзі күту бойынша барлық әрекеттерді көмексіз орындай алады, ал бесінші дәреже-мүгедектіктің айқын белгілері. Науқас төсекке тартып қалған, ұқыпсыз, үнемі күтім мен бақылауды қажет етеді [20]. Невропатологтарға белгілі, бірақ біз ұсынатын оңалту кезеңінде кешенді бағалауда қолданылатын Ривермид индексі пациенттің қозғалғыштығын клиникалық бағалауға арналған. Бұл сынақтың айрықша ерекшелігі - қарапайымдылық пен жеңіл орындалуы, ол тек жүруді ғана емес, науқастың қозғалғыштығын да өлшейді. Сонымен қатар, пациентке қойылған 15 сұрақ индекстің мәнін 0-ден (ерікті қозғалыстарды өз бетінше орындау мүмкіндігінің болмауы) 15-ке дейін анықтайды (яғни 10 метрге жүгіру қабілетті) [21].

Тиімді оңалту нәтижесінде мүгедектік деңгейі төмендейді, инсульт алған науқастардың өмір сүру сапасы артады. Ми инсультін медициналық оңалтудың маңызды компоненттерінің бірі рефлексотерапия болып табылады, ол салданған аяқ-қолдардың моторлық функцияларын тезірек қалпына келтіруге, бұлшықет тонусын төмендетуге ықпал етеді, бұл неврологиялық бұзылуларды қалпына келтіруге оң әсер етеді. Инсульттің ерте қалпына келтіру кезеңіндегі пациенттерді кешенді онал-

тудың II кезеңінің клиникалық тиімділігі нейрореабилитацияның жетістігі оны жүргізу аясында BDNF жоғарылауымен тығыз байланысты деп болжауға негіз береді. Мидың нейротрофиялық факторы жүргізілетін қалпына келтіру емінің тиімділігін бағалаудың потенциалды маркері болып табылады [22]. Жоғарыда айтылғандарды жалпылай келе, кардиоваскулярлық асқынуларды уақтылы анықтау және алдын алу, медициналық оңалту бағдарламасын дербестендіру үшін медициналық оңалту процесінде ЭКГ динамикалық телеметриялық мониторингін пайдалана отырып, терапевт/кардиологтың қатысуымен ИИ бар емделушілерде кардиоваскулярлық тәуекелдерді бағалаудың кешенді бағдарламасын біріктіру қажет екенін атап өткен жөн.

#### **Қорытынды:**

– Пәнаралық (немесе бригадалық) тәсіл - тәжірибеде жоғары тиімділікті қамтамасыз ете алады және бүгінде ИИ және ми қан айналымының жедел бұзылуымен байланысты басқа да аурулармен ауыратын науқастарды жүргізудің бірыңғай еуропалық стандарты болып табылады.

– МДБ білікті мамандар тобы (пәнаралық бригада, МДБ): жалпы практика дәрігері, нейропсихолог, реабилитолог, логопед, ЕДШ маманы, эрготерапевт, диетолог, физиотерапевт, әлеуметтік бейімделу маманы және оңалту медбикесі пациенттің анықталған проблемалары негізінде іс-қимыл жоспарын ұйымдастырады.

– Мультидисциплинарлы модель - пациенттерді оңалтуда өмір сүру сапасын жақсарту, пациенттің емделуге деген ұмтылысын арттыру, денсаулық сақтаудағы қайталама шығындарды азайту, мамандандырылған және жоғары технологиялық медициналық көмек көрсету шығындарын азайту бойынша жоғары нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік беретін тиімді модель болып табылады.

# **ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (обзор литературы)**

**Мысырбекова Ж.Д.\*, Баймуратова М.А., Рыскулова А.Р., Тлеуов Ж.Е.**  
ТОО Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», Алматы, Казахстан

## **Аннотация**

Инсульт остается одной из самых актуальных медико-социальных и экономических проблем современного общества, продолжая занимать лидирующее место среди всех цереброваскулярных заболеваний по распространенности, смертности и стойкой инвалидизации среди взрослого населения [1]. По мере того, как население продолжает расти и доживать до более старшего возраста, ожидается, что количество инсультов и их долгосрочных последствий, а также соответствующие затраты резко увеличатся. Соответственно, будущие прогнозы бремени ишемического инсульта (ИИ) важны для среднесрочного и долгосрочного планирования, а также организации служб инсульта в разрезе профилактических мероприятий [2]. Разделяем позицию Абузарова А.Р., Деомидова Е.С., Максимова Р.С. (2021), что на современном этапе развития здравоохранения, разработка персонализированных моделей и алгоритмов планирования индивидуальной тактики лечения больных с инсультом позволит снизить смертность и повысить уровень жизни пациентов. Другие авторы отмечают, что применение моделей и алгоритмов реабилитации пациентов с ИИ способно обеспечить лучшую непрерывность и эффективность оказания медицинской помощи и поможет снизить количество осложнений от ИИ [3]. В этой связи, в рамках нашей магистерской работы, считаем целесообразным вести поиск оптимальных решений в дополнениях на этапе реабилитации, нацеленных на повышение качества жизни пациентов ИИ, а также услуг здравоохранения, предоставляемых медицинскими работниками. Кроме того, лица, определяющие политику, должны осознавать сильную взаимосвязь между образованием и непрерывной профессиональной подготовкой (НПР) [4] медицинских кадров для адекватной оценки качества оказываемых реабилитационных услуг.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, реабилитация, первичная медико-санитарная помощь, мультидисциплинарная команда.

## **ORGANIZATION OF THE REHABILITATION PROCESS FOR PATIENTS WHO HAVE SUFFERED AN ISCHEMIC STROKE TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE. (literature review)**

**Myssyrbekova Zh.D.\*, Baymuratova M.A., Ryskulova A.R., Tleuov Zh.E.**  
LLP Kazakhstan Medical University “KSPH”, Almaty, Kazakhstan

## **Abstract**

Stroke remains one of the most urgent medical, social and economic problems of modern society, continuing to occupy a leading place among all cerebrovascular diseases in terms of prevalence, mortality and persistent disability among the adult population [1]. As the population continues to grow and live to an older age, the number of strokes and their long-term consequences, as well as the associated costs, are expected to increase dramatically. Accordingly, future forecasts of the burden of ischemic stroke (AI) are important for medium- and long-term planning, as well as the organization of stroke services in the context of preventive measures [2]. We share the position of Abuzarov A.R., Deomidova E.S., Maksimova R.S. (2021) that at the present stage of healthcare development, the development of personalized models and algorithms for planning

individual tactics for the treatment of stroke patients has allowed to reduce mortality and improve the standard of living of patients. Other authors note that the use of models and algorithms for the rehabilitation of patients with AI can provide better continuity and efficiency of medical care and help reduce the number of complications from AI [3]. In this regard, as part of our master's work, we consider it appropriate to search for optimal solutions in supplements at the rehabilitation stage aimed at improving the quality of life of AI patients, as well as health services provided by medical professionals. In addition, policy makers should be aware of the strong relationship between education and continuing professional training (CPD) [4] medical personnel for an adequate assessment of the quality of rehabilitation services provided.

**Keywords:** *ischemic stroke, rehabilitation, primary health care, multidisciplinary team.*

#### Әдебиеттер тізімі:

1. Костенко Е.В., Полунина Н.В., Кравченко В.Г. Медико-социальные аспекты комплексной реабилитации пациентов, перенесших транзиторные ишемические атаки // Медицинский совет. – 2018. – №1. – С. 124- 128. [Kostenko E.V., Polunina N.V., Kravchenko V.G. Medical and social aspects of comprehensive rehabilitation of patients who have suffered transient ischemic attacks. Medicinskij sovet. Medical advice. – 2018. – N1. – P. 124-128. (in Russian)]
2. StrokeVolume 51, Issue 8Aug 2020 Burden of Stroke in Europe Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years Hatem A. Wafa, MPH <https://orcid.org/0000-0002-9951-0435>\*, Charles D.A. Wolfe, MD, Eva Emmett, MPH, Gregory A. Roth, MD, Catherine O. Johnson, PhD, and Yanzhong Wang, PhDdoi: 10.1161/STROKEAHA.120.029606 PMID: PMC7382540 PMID: 32646325
3. Абузаров А.Р., Деомидов Е.С., Максимов Р.С. Нутритивный статус пациентов с ишемическим инсультом, геморрагическим инсультом и кровоизлияниями. Сборник научных трудов молодых ученых и специалистов 2021г. Часть 1. С.105-106. [Abuzarov A.R., Deomidov E.S., Maksimov R.S. «Nutritional status of patients with ischemic stroke, hemorrhagic stroke and hemorrhages». Collection of scientific papers of young scientists and specialists. 2021y. Part 1. 105-106p (in Russian)]
4. Jakab M, Farrington J, Borgermans L, Mantingh F, редакторы (2018). Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций. Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ С.53 [Jakab M, Farrington J, Borgermans L, Mantingh F, редакторы (2018). «Health systems in the fight against noncommunicable diseases: a time for ambition». Copenhagen. WHO Regional Office for Europe p.53. (in Russian)]
5. [<https://www.neuroclinic.kz/about/news/nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-shkola-insulta-2023-proshla-v-astane/>].
6. Айнабекова Е.М. – Проблемы первичной профилактики нарушений мозгового кровообращения в Восточно-Казахстанской области по данным скрининговых обследований.-Ж. Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2018.- №2 (спец.выпуск). С.31-34 [Aynabekova E.M. – Problems of primary prevention of cerebral circulatory disorders in the East Kazakhstan region according to screening surveys. Journal of Neurosurgery and Neurology of Kazakhstan.– 2018.- №2 (Special issue).-S.31- 34(in Russian)]
7. Кошечеева Л.А., Жукова Д.Л., Березина Е.Л., Пономарева М.В., Николаева А.Р., Малкова А.А. Оценка эффективности реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, по данным госпитального регистра. Вестник медицинского института «Реавиз». Реабилитация, Врач и Здоровье. 2021;2(50):62-70. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2021.2.CLIN.4> [Koshcheeva L.A., Zhukova D.L., Berezina E.L., Ponomareva M.V., Nikolaeva A.R., Malkova A.A. Evaluation of the effectiveness of rehabilitation of patients with acute cerebrovascular accident, according to the hospital registry. Journal of the medical institute “Reaviz”. Rehabilitation, Doctor and Health.2021;2(50):62-70. (in Russian)]

8. Конысбаева К.К., Атарбаева В.Ш. Факторы риска ишемического инсульта // Неврология. Медицина. – 2017. - № 12 (186) – С.56; [Konysbaeva K.K., Atarbaeva V.Sh. Risk factors for ischemic stroke // Neurology. Medicine – 2017. - № 12 (186) – P.56; (in Russian)]
9. Kostenko E.V., Petrova L.V., Neprintseva N.V., Shurupova S.T., Kucheroва A.V. Remote Monitoring of Cardiovascular Risks of Medical Rehabilitation of Ischemic Stroke Patients Using Information and Telecommunication Systems. Journal of Rehabilitation Medicine. 2022; 21 (3): 58-71. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2022-21-3-58-71>
10. Фахретдинов В.В., Брынза Н.С., Курмангулов А.А.- Современные подходы к реабилитации пациентов, пренесших инсульт. - Вестник Смоленской государственной медицинской академии 2019, Т. 18, №2. -С. 182-189 [Fakhretdinov V.V., Brynza N.S., Kurmangulov A.A.- Modern approaches to rehabilitation of stroke patients. - Journal of the Smolensk State Medical Academy 2019y, T. 18, №2. –p. 182-189 (in Russian)]
11. Рыбакова П.А, Корлева Ю.И, Иванова Г.Е, Зарубина Т.В. – Концепция информационной модели системы реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения. - ВЕСТНИК РГМУ 4, 2020. – С.76- 82. – Vestnikrgmu.ru [Rybakova P.A, Korleva Yu.I, Ivanova G.E, Zarubina T.V. – The concept of an information model of the rehabilitation system for patients with acute cerebrovascular accident. – Journal RGMU 4, 2020. – S.76-82. - Vestnikrgmu.ru (in Russian)]
12. Семенов В.А., Василенко И.В., Иванилова Т.Н. Автоматизация деятельности мультидисциплинарной реабилитационной бригады посредством программного пакета ICF WIZARD.- Ж. Врач и информационные технологии. Системы поддержки принятия решений. - 2020.-№1. -С.38-44 [Semenov V.A., Vasilenko I. V., Ivanilova T.N Automation of the multidisciplinary rehabilitation team's activities through the ICF WIZARD software package.- Doctor and information technology. Decision support systems.- 2020.-№1. -P.38-44(in Russian)]
13. Шмонин А.А.-Совершенствование реабилитационных мероприятий и методов трансляционных исследований при церебральном инсульте на основе классификаций функционирования и ограничения жизнедеятельности. -Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Санкт-Петербург. – 2019. – 462с. [Shmonin A.A.- Improvement of rehabilitation measures and methods of translational research in cerebral stroke based on classifications of functioning and disability. --Dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences. – St. Petersburg.– 2019. –P. 462(in Russian)]
14. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization “Rehabilitation 2030: a call for action”. Eur J Phys Rehabil Med. 2017 Apr;53(2):155-168. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04746-3. Epub 2017 Apr 4. PMID: 28382807
15. Козлова Н.В., Рогачева Т.В., Левицкая Т.Е., Цехмейструк Е.А., Назметдинова Д.Г. Клинический психолог в системе комплексной реабилитации // Вестник Кемеровского государственного университета. 2020. Т. 22, № 1. С. 131–138. DOI: 10.21603/2078-8975-2020-22-1-131-138 [Kozlova N.V., Rogacheva T.V., Levitskaya T.E., Tsekhmeystruk E.A., Nazmetdinova D.G. Clinical psychologist in the system of complex rehabilitation // Journal of Kemerovo State University.2020. T. 22, № 1. P. 131–138. (in Russian)]
16. Качыбекова Л. И, Орозалиев С. С.- Актуальные аспекты изучения нормативно-правового обеспечения медицинской реабилитации в системе непрерывного медицинского образования в Киргиской республике. - Бюллетень науки и практики / Bulletin of Science and Practice <https://www.bulletennauki.ru>.- Т. 8. №8. 2022. – С.160-167.- <https://doi.org/10.33619/2414-2948/81> [Kachybekova L. I, Orozaliev S. S.- Current aspects of the study of regulatory and legal support for medical rehabilitation in the system of continuing medical education in the Kyrgyz Republic / Bulletin of Science and Practice <https://www.bulletennauki.ru>.- Т. 8. №8. 2022. – P.160-167 (in Russian)]
17. А.А. Шмонин, М. Н. Мальцева, Е.В. Мельникова, Г.Е. Иванова. Базовые принципы медицинской реабилитации, реабилитационный диагноз в категориях МКФ и

реабилитационный план // Вестн. восстанов. медицины. – 2017. – № 2 (78). – С. 16–22  
A. A. [Shmonin, M. N. Mal'tseva, E. V. Mel'nikova, G. E. Ivanova. Basic principles of medical rehabilitation, rehabilitation diagnosis in the ICF categories and rehabilitation plan. // Journal of Rehabilitation Medicine.– 2017. – № 2 (78). – P. 16–22 (in Russian)]

18. Соловьева А.П., Горячев Д.В., Архипов В.В. Критерии оценки когнитивных нарушений в клинических исследованиях // Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. 2018. № 8 (4). С. 218–230. DOI: 10.30895/1991- 2919-2018-8-4-218-230. [Solov'eva A.P., Goryachev D.V., Arkhipov V.V. Criteria for assessing cognitive impairment in clinical trials // Bulletin of the Scientific Center for the Examination of medical products. 2018. № 8 (4). P. 218–230. DOI: 10.30895/1991- 2919-2018-8-4-218-230. (in Russian)]

19. Галяев И.Ю., Барабанова М.А., Тимченко Л.В., Жадан О.Н.–Этапность и преемственность в реабилитации пациентов нейрохирургического профиля. – Ж. Инновационная медицина Кубани №1(9)/2018. – С.6-11 [Galyaev I.Yu, Barabanova M.A., Timchenko L.V., Zhadan O.N.– Phasing and continuity in the rehabilitation of neurosurgical patients. – The journal of Innovative medicine of Kuban №1(9)/2018. – P.6-11(in Russian)]

20. Guzik A, Bushnell C. Stroke Epidemiology and Risk Factor Management. Continuum (Minneapolis Minn). 2017 Feb;23(1, Cerebrovascular Disease):15-39.

21. Rethnam V, Bernhardt J, Johns H, Hayward KS, Collier JM, Ellery F, Gao L, Moodie M, Dewey H, Donnan GA, Churilov L. Look closer: The multidimensional patterns of post-stroke burden behind the modified Rankin Scale. Int J Stroke. 2020. Aug P.8-13. 27:1747493020951941.

22. Казаков С.Д., Королева Е.С., Бразовская Н.Г., Зайцев А.А., Иванова С.А., Алифинова В.М. Оценка уровня сывороточного BDNF при комплексной реабилитации пациентов с ишемическим инсультом с использованием традиционных подходов к восстановлению моторных функций. Бюллетень сибирской медицины. 2021; 20 (3): 38–45. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2021-3-38-45> [Kazakov S.D., Koroleva E.S., Brazovskaya N.G., Zaytsev A.A., Ivanova S.A., Alifirova V.M. Assessment of serum BDNF levels in complex rehabilitation of patients with ischemic stroke using traditional approaches to restoring motor functions. Bulletin of Siberian medicine.2021; 20 (3): 38–45. (in Russian)]

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Вклад авторов.** Автор внес вклад в разработку концепции, выполнение и обработку результатов, и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование.** Отсутствует.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ШКОЛЬНОГО ПИТАНИЯ, КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Тасқынғали А.М., Попова Т.В., Нарымбаева Н.Н.  
ТОО Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ»,  
Алматы, Казахстан

**Актуальность.** В современном мире вопросы сохранения и укрепления здоровья детей является актуальной проблемой. С каждым годом растет количество алиментарно-зависимых заболеваний среди детей. Отклонения в физическом развитии у школьников, а также развитие патологических и функциональных состояний в большей степени формируются за счет дефицита нутриентов (пищевых веществ) в пищевом рационе детей. Доказано, что недостаток в питании белка приводит к изменениям в полноценном функционировании зрительного анализатора; дефицит микроэлементов приводит к структурным нарушениям костной ткани, а недостаточность в рационе аминокислот и углеводов приводят к проблемам формирования химических связей, отвечающих за память у ребенка. Таким образом, ухудшение состояния здоровья школьников во многих случаях зависит от неудовлетворительной организации питания. Несбалансированное питание ведет к риску возникновения заболеваний. Среди наиболее значимых негативных особенностей пищевого поведения детей в первую очередь следует назвать такие, как избыточное потребление соли, сахара, насыщенных жиров, недостаток микронутриентов в рационе питания, недостаточное потребление рыбы, молочных продуктов, овощей и других продуктов, являющихся источником пищевых волокон[1].

Данные Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют, что в мире на протяжении трех последних десятилетий фактически удвоился процент людей, не просто имеющих избыточный вес, а страдающих

ожирением. По данным Всемирной организации здравоохранения о ситуации в Европейском регионе (куда входит и Республика Казахстан), отмечается тенденция к «омоложению» ожирения, а именно в период последних 30-40 лет последовательно увеличивается доля детей с избыточным весом, что вызывает обоснованное беспокойство специалистов, поскольку материалы эпидемиологических мониторингов ВОЗ свидетельствуют, что более чем у 60% детей с избыточной массой тела впоследствии наблюдаются проблемы с лишним весом и в более старшем возрасте. Следует также отметить прямую связь детского ожирения с развитием неинфекционных алиментарно-зависимых (связанных с питанием) заболеваний, которые по мере взросления приобретают хронический характер и во взрослом возрасте представляют прямую угрозу здоровью человека[2]. Эпидемиологические исследования, в фокусе которых находится детское и подростковое ожирение, убедительно свидетельствуют о серьезных последствиях избыточной массы тела. Так, например, ожирение напрямую связано с повышенными рисками заболевания гипертонией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также с риском развития сахарного диабета 2-го типа.

В 3 задаче (Выбор людей в пользу здоровья) 4-го направления (Увеличение доли населения, ведущего здоровый образ жизни, и развитие массового спорта), Национального проекта РК «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» на 2021-2025 годы указан показатель «Снижение заболеваемости ожирением среди детей (0-14 лет)» [3].

Уникальной системой по измерению тенденции в области избыточного веса и ожирения среди детей младшего школьного возраста является Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI). В настоящий момент COSI является основой для разработки эффективной политики и мер по борьбе с детским ожирением в Европейском регионе ВОЗ. Успешная реализация инициативы COSI в нескольких странах региона способствовала присоединению новых стран-участников.

Данное исследование в нашей стране проводилось осенью 2020 года во всех регионах, то есть в 14 областях и трёх городах республиканского значения – Алматы, Астане и Шымкенте. В 153 школах страны проводили антропометрические исследования детей начальных классов, а также было проведено анкетирование родителей и школьной администрации. Всего в исследовании приняли участие более 6800 школьников в возрасте от 6 до 9 лет, анкеты заполнили более 6300 родителей[4].

В исследованиях Российских авторов В.А. Шульдайс, Г.Р. Сагитовой и др. (2022) изучен вопрос влияния питания в образовательных учреждениях на состояние здоровья современных школьников г. Астрахани, а также понимание детьми и их родителями принципов здорового питания детей [5].

**Материалы и методы.** В исследовании Российских ученых проведен мониторинг состояния здоровья школьников 6 общеобразовательных учреждений, обслуживаемых Детской городской поликлиникой № 4 г. Астрахани. Материалом исследования были данные профилактических осмотров 2018–2020гг. Осуществлялось анкетирование школьников (579 человек) старших (8–11) классов и родителей (591 человек) на предмет информированности о состоянии здоровья ребенка, а также их отношения к здоровому питанию в школах.

В исследовании COSI в качестве инструмента оценки был взят эпиднадзор за детским ожирением в РК, проведенным

в 2020 году. Родители детей начальных (2–3) классов заполняли семейную анкету по образу жизни своих детей. Целевая группа: дети 6–9 лет, учащиеся начальных классов школ республики.

**Результаты.** По результатам исследования COSI (эпид.надзора за детским ожирением, 2020г.) распространенности избыточной массы тела среди детей школьного возраста установлено, что в Казахстане 20,6 % детей в возрасте 6–9 лет имеют избыточную массу тела, включая ожирение. Что интересно, у мальчиков (23,6%) этот показатель больше, чем у девочек (17,6 %). Как показали результаты исследования 1 ребенок из 5 детей имеет избыточную массу или ожирение, у 6,6 % детей выявлено ожирение, что говорит о необходимости оптимизации школьного питания, проведения учебных часов по рациональному питанию и о вреде фастфудов, физической активности и профилактике малоподвижного образа жизни и чрезмерного использования электронных приспособлений, профилактике поведенческих факторов риска, также проведения совместных мероприятий с родителями по повышению уровня информированности о режиме питания и о правильном составлении рациона школьника, с учетом физических и умственных нагрузок. По итогам исследования, установлено, что лидируют мальчики – 8,7%, у девочек показатель ожирения составил 4,6%. Как показали сравнительные исследования детей проживающих в городских и сельских населенных пунктах среди детей, проживающих в городах, значительно больше тех, у кого избыточный вес или ожирение (23,1%), по сравнению с детьми из сельской местности (17,5%). При этом среди городских (26,8%) и сельских мальчиков (19,7%) распространённость избыточной массы тела выше по сравнению с городскими (19,4 %) и сельскими (15,4%) девочками. Доля детей с ожирением значимо выше в городе (8,0%), по сравнению с долей детей с ожирением в сельской местности (5,2%).

По результатам исследовательской работы Российских ученых (2022) выяснено, что 84% родителей школьников старших (8-11) классов не знают полных сведений о болезнях детей; частично ориентированы в заболеваемости школьников 7% родителей; владеют ошибочными знаниями 9%. На вопрос «Как вы оцениваете значение питания для здоровья вашего ребенка?» 43,6% родителей согласны с тем, что питание имеет высокое значение для здоровья ребенка; 32,7% признают, что физическое состояние их ребенка сильно зависит от его питания; 20,8% считают, что здоровье ребенка скорее зависит от питания, и лишь 0,7% уверены в том, что здоровье их детей не зависит от питания.

Большая часть родителей (72%) утверждают, что дети в школе питаются в одно и то же время, это достаточно хорошие показатели, поскольку соблюдение режима питания является важным фактором правильного питания ребенка. Однако почти треть школьников (37,3%) сообщили, что они питаются в разное время. 49,1% детей сообщили, что едят быстро, проглатывая большие куски. У 83% школьников не сформированы правильные навыки приема пищи. Среди проблем, связанных с питанием школьников, 32,3% респондентов родителей указывают на отсутствие условий для полного контроля питания ребенка в течение дня; 5,4% отмечают, что в школе ребенок заменяет основные приемы пищи перекусами; 15,7% родителей признают, что их дети увлекаются сладким; 11,4% родителей отметили отказ детей от полезных продуктов; 12,8% родителей отметили недостаточное выделение средств, чтобы обеспечить рациональное питание детей. В 11,5% случаев отсутствует единое понимание у всех членов семьи, каким должно быть правильное питание школьников, 27% родителей не ориентированы, какие продукты необходимы ребенку школьного возраста. Беседы с детьми о пользе пищи, о витаминах, о вреде фастфуда проводят 39,8% родителей, в свою очередь 19,7% родителей не разговаривают с детьми о питании, т. к. им не хватает знаний о здоровом питании

и времени. 22% родителей считают свое участие в рациональном питании недостаточным, 14,2% придерживаются позиции «дают кушать, что есть дома». 66,8% детей отметили, что едят супы (первые блюда), 43,9% детей едят ежедневно фрукты и 26,6% – овощи. 38% школьников фрукты употребляют 1 раз в неделю 31,1% родителей заменяют мясо в рационе школьника колбасой, сосисками. По итогам проведенного опроса сформирован список любимых продуктов школьников: шоколад, конфеты (61%); пирожные, кондитерские изделия (46%); сладкая газированная вода (31%); чипсы (25,5%); сухарики (22%); бутерброды (21,1%). Опрошенные дети мало едят важные для здоровья продукты, в частности белковые – молоко, рыбные блюда, кисломолочные продукты, а также свежие фрукты, мясные блюда.

**Выводы.** Таким образом, как показал анализ литературных источников по данной теме, существует ряд проблем в вопросах правильного питания среди проанализированных возрастных групп, как не соблюдение режимов питания, низкая информированность в вопросах рационального питания, частое употребление неправильной еды в виде чипсов и фастфуда, газированных напитков, что является причиной ожирения, которая на сегодняшний день является частым явлением среди школьников нашей страны. По мнению отечественных и зарубежных ученых, повышение алиментарно - зависимой заболеваемости детского населения обусловлено недостаточностью витаминов и микроэлементов, его быстрой истощаемостью в период активного роста и созревания на фоне неадекватного поступления питательных веществ с пищей.

Низкий уровень организации питания школьников формирует нутритивные дефициты пищевых рационов детей. Анкетирование школьников и их родителей выявило глубинные причины формирования у детей функциональных нарушений здоровья. Дефектное питание детей приводит к нарушению обмена веществ

всех классов болезней с устойчивыми признаками функциональных нарушений. Недостаточная грамотность в области здорового питания, избыточная эмоциональная нагрузка в течение дня приводят к формированию отклонений в состоянии здоровья у детей, в результате которых формируются различные хронические заболевания.

Требуется внедрение в школах здоровьесберегающих технологий, которое будет

проводиться совместно специалистами различных ведомств по вопросам организации рационального питания, доступности к профилактическим мероприятиям, вовлечению педагогов и родителей к восстановлению здоровья школьников, внедрению в коллективах здорового образа жизни и т. п. Все это требует оптимизации существующей системы охраны здоровья детей, обучающихся в образовательных учреждениях.

### Литература

1. Намазова-Баранова Л.С., Кучма В.Р., Ильин А.Г., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации. Медицинский совет. 2014;(1):6–10. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2014-1-6-10>.
2. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study // Health Policy for Children and Adolescents. Num. 6. 2012. - URL: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf)
3. Обутверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725. - URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000725>
4. Национальный отчет. Эпидемиологический мониторинг детского ожирения и факторов, его формирующих, в Республике Казахстан, 2015-2016 гг. Под редакцией Баттаковой Ж.Е., Мукашевой С.Б., Слажневой Т.И., Абдрахмановой Ш.З., Буонкристиано М., Адаевой А.А., Акимбаевой А.А. Алматы, 2017г., 48 стр. ISBN 978-6017083-07-6.
5. Шульдайс В.А., Сагитова Г.Р., Торопыгина Е.А., Столыпина М.В., Ключева Н.В., Шафоростова Е.М., Темерев И.А. Многоликость проблем школьной медицины: состояние здоровья и организация питания школьников. Медицинский совет. 2022;16(19):167–173. - URL: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-19-167-173>.
6. Милушкина О.Ю., Пивоваров Ю.П., Скоблина Н.А., Бокарева Н.А. Ведущие факторы риска нарушения морфофункционального состояния детей и подростков. Профилактическая и клиническая медицина. 2014;51(2):26–31. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22027327>.
7. Шеметова Е.В., Бойцова Т.М. Питание школьников Приморского края: современное состояние, качество и мониторинг. Техника и технология пищевых производств. 2017;45(2):112–118. Режим доступа:
8. Хребтова А.Ю., Горева Е.А., Петренко А.В. Стереотипы питания детей в школьных коллективах. Ученые записки университета имени
9. П.Ф. Лесгафта. 2015;122(4):190–195. <https://doi.org/0.5930/issn.1994-4683.2015.04.122>.
10. Тапешкина Н.В., Почуева Л.П., Власова О.П. Организация питания школьников: проблемы и пути решения. Фундаментальная и клиническая медицина. 2019;4(2):120–128. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2019-4-2-120-128>.
11. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В., Устинова Н.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В. Итоги профилактических медицинских осмотров детского населения российской федерации в 2014 году. Педиатр. 2017;8(1):33–39. <https://doi.org/10.17816/PED8133-39>.
12. Мясникова Е.Н., Жубрева Т.В., Васильева И.В. Региональные особенности организации питания школьников Воронежской области. Вестник Российского

экономического университета имени Г.В. Плеханова. 2018;99(3):166–172. <https://doi.org/10.21686/2413-2829-2018-3-166-172>.

13. Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И., Абдрахманова Ш.З., Акимбаева А.А. Изучение низкой физической активности детей младшего школьного возраста, как фактора формирования повышенной массы тела (результаты пилотного исследования). Сборник материалов XLII заочной конференции «International Research Journal», г. Екатеринбург, №8 (39) 2015 г., Часть 3, сентябрь, с.89-92.

14. Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнёва Т.И., Абдрахманова Ш.З. Организация систем эпидемиологического надзора за ожирением детей (международный опыт и действия Казахстана). Сборник материалов XII международной научно-практической конференции «Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия», г. Новосибирск, №5 (12)/2015 г. часть 3, 19-20 июня 2015г., с.18-21. 25. Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI). Протокол Октябрь 2016г. Всемирная организация здравоохранения, 2017г. 22с

15. Branca F, Nikogosian H, Lobstein, T, eds. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74746/E90711.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf)). accessed 24/03/2017

16. Blondin SA, Anzman-Frasca S, Djang HC, Economos CD. Breakfast consumption and adiposity among children and adolescents: an updated review of the literature. *Pediatric Obesity*. 2016;11(5):333-48.

17. Физическое развитие детей: фундаментальные и прикладные аспекты / Н.А. Скоблина, О.Ю. Милушкина и др. – М.: Союз гигиенистов, 2018. – 179 с.

18. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А., Антонова Е.В. и др. Проблемы здоровья подростков в Российской Федерации Альманах института коррекционной педагогики. – 2017. – № 31. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-31/difficulties-of-development-of-communication-in-children-first-years-of-life-with-disabilities>

19. Досимов, Ж.Б. Соматический и репродуктивный статус подростков г. Актобе / Ж.Б. Досимов, Г.М. Кульнязова, Л.В. Долотова // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2015. - №2(46) . – С. 38-41.

20. Методология изучения рациона питания и поведенческих привычек населения для оценки приверженности здоровому образу жизни / О.М. Драпкина, С.С. Неустроев, Е.Б. Фролова, С.А. Шальнова, А.В. Концевая, Д.В. Адамчук, Ю.А. Баланова, А.Э. Имаева, Н.С. Карамнова, Г.А. Муромцева, Н.Б. Старикова // Профилактическая медицина. 2019. Т. 22. №4. С. 43-50.

21. Адамчук Д.В., Неустроев С.С. Методологические аспекты разработки учебного курса для подготовки интервьюеров к проведению статистического наблюдения рациона питания // Управление образованием: теория и практика. 2019. №2(34). С. 24-34.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Вклад авторов.** Автор внес вклад в разработку концепции, выполнение и обработку результатов, и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование.** Отсутствует.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Мажитова А.М.\*, Кадралина И-М.М.

ТОО Казахстанский Медицинский Университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан

### Аннотация

В современном обществе репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста приобретает особое значение. Это связано не только с перспективами демографического развития нации, но и с общим качеством жизни населения. Несмотря на множество исследований в этой области, процесс укрепления репродуктивного здоровья требует дополнительного внимания и совершенствования, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Целью данного исследования является оценка текущего состояния репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста на уровне ПМСП, изучение существующих методов и подходов к укреплению репродуктивного здоровья на уровне ПМСП и выявить потенциальные направления для их совершенствования. В рамках исследования был проведен опрос респондентов фертильного возраста (от 15 до 49 лет), посещавших клиники ПМСП в период исследования.

В результате исследования было выявлено, что осведомленность о методах контрацепции среди женщин фертильного возраста остается высокой, однако активное их использование требует дополнительной проработки и просветительской работы. В то же время имеются проблемы, связанные с доступом к качественной медицинской помощи из-за финансовых и географических ограничений, которые требуют усиленных мер со стороны государства и медицинских организаций. Следует отметить, что социокультурные стереотипы все еще продолжают оказывать влияние на репродуктивное поведение женщин, что подчеркивает необходимость социальных и образовательных программ, направленных на изменение общественного мнения.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, женщины фертильного возраста, первичная медико-санитарная помощь, профилактика, ранняя диагностика, просвещение.

**Введение.** Репродуктивное здоровье остается важным и актуальным вопросом на глобальном уровне, поскольку его состояние напрямую влияет на демографическую, социальную и экономическую стабильность стран. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), проблемы в этой области остаются одним из ключевых факторов, определяющих качество жизни населения и будущее поколений [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/guidelines].

В мировой статистике отмечается не только рост числа случаев репродуктивных заболеваний, но и социальные последствия, такие как увеличение числа ранних и нежелательных беременностей, что снижает уровень образования и благополучия женщин [2]. Кроме того, пренебрежение репродуктивным здоровьем в некоторых странах приводит к росту материнской и детской смертности.

Различные страны применяют многочисленные стратегии для укрепления репродуктивного здоровья: от программ

сексуального образования до внедрения новых медицинских технологий. Однако, несмотря на эти усилия, проблемы в сфере репродуктивного здоровья продолжают оставаться актуальными. Это особенно заметно в странах с низким и средним уровнем дохода, где доступ к качественным медицинским услугам ограничен [3].

Таким образом, изучение и улучшение состояния репродуктивного здоровья на глобальном уровне необходимо для создания устойчивого и благополучного будущего [4].

Это подчеркивает важность междисциплинарного и межсекторального подхода, а также интеграции медицинских и социальных стратегий для решения этой сложной и многогранной проблемы [5].

Репродуктивное здоровье является одним из ключевых составляющих общественного здоровья и влияет на демографическую ситуацию, экономику и социальное развитие страны в целом [6]. В последние десятилетия основное внимание уделялось укреплению репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, так как именно в этот период жизни женщины принимают решения, касающиеся рождаемости, и сталкиваются с рядом репродуктивных проблем [7].

Проблема укрепления репродуктивного здоровья особенно актуальна на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), где основной упор делается на профилактику и раннюю диагностику заболеваний. В этой связи, изучение и совершенствование методов укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста на уровне ПМСП является актуальной и важной задачей современной медицины. Однако, несмотря на широкое распространение ПМСП, существуют определенные проблемы и пробелы в ее реализации [8,9].

Интеграция медицинских и социальных подходов может служить ключом к повышению эффективности укрепления репродуктивного здоровья [10]. Многие страны активно изучают и внедряют лучшие практики и инновации в этой области [11]. При этом роль

образования и просвещения в вопросах репродуктивного здоровья не может быть недооценена [12]. Современные технологии и цифровизация могут внести значительный вклад в улучшение доступа и качества репродуктивного здоровья. Необходимость междисциплинарного и межсекторального подхода к репродуктивному здоровью становится очевидной. В контексте глобализации учет международного опыта и наработок в области репродуктивного здоровья становится приоритетом [13,14].

Репродуктивное здоровье женщин играет важную роль в формировании демографических показателей любой страны [15], включая Казахстан. Следовательно, улучшение репродуктивного здоровья женщин в Казахстане имеет важное значение для устойчивости демографических показателей страны. Это может быть достигнуто путем увеличения доступа к сексуальному образованию, современным методам контрацепции и услугам репродуктивного здоровья, а также повышением осведомленности женщин о своих правах и возможностях в этой области [16,17,18]. Важно отметить, что репродуктивное здоровье включает в себя не только физическое, но и социальное и психологическое состояние женщин, что делает его более комплексной проблемой. При нарушениях в репродуктивном здоровье, таких как недостаточное доступ к современным методам контрацепции и информации о них, а также низкий уровень сексуального образования, рождаемость может быть непредсказуемой и несбалансированной. Это может привести к ранним и нежелательным беременностям, что в свою очередь может снизить общий уровень здоровья и благополучие женщин. В этой связи, совершенствование процесса укрепления репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи актуально как никогда. [19,20]

**Цель исследования** – оценить текущее состояние репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи и

выявить потенциальные направления для его совершенствования.

#### **Материалы и методы исследования.**

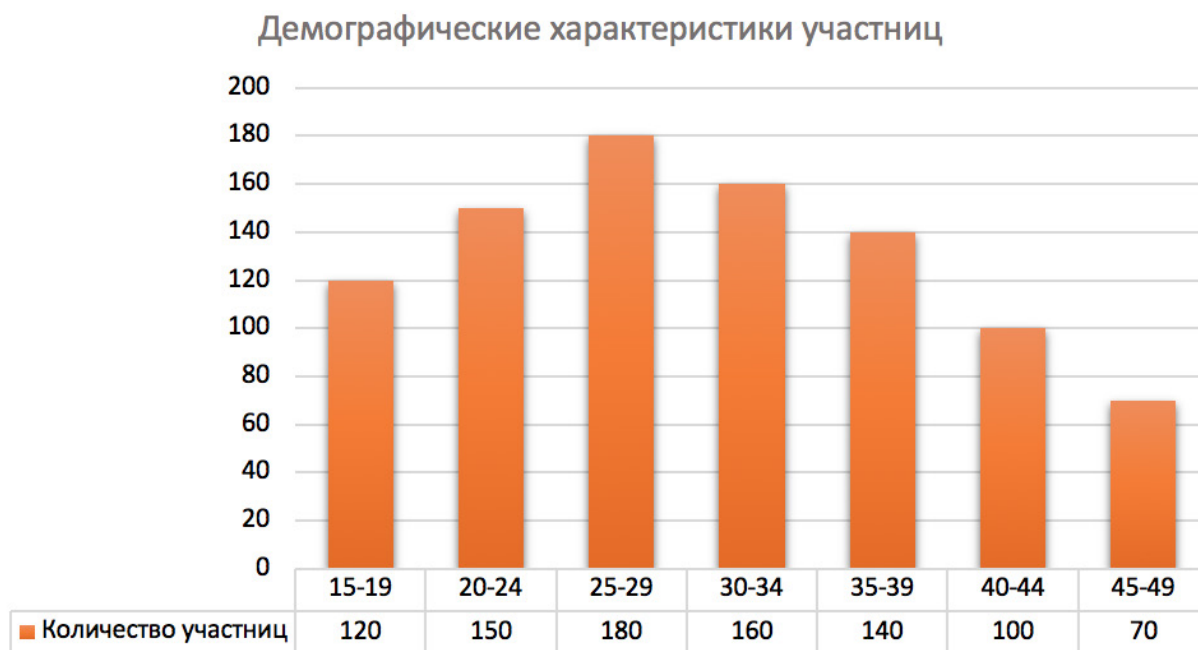
Проведен обсервационное исследование с использованием кросс-секционного дизайна для оценки текущего состояния репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста на уровне ПМСП. Исследование включало в себя случайную выборку из 1000 женщин фертильного возраста (от 15 до 49 лет), посещавших клиники ПМСП в период исследования. В ходе исследования были использованы стандартизированные опросники, включающие в себя вопросы о демографических характеристиках, истории репродуктивного здоровья, доступе к медицинским услугам и уровне просвещенности в вопросах репродуктивного здоровья. Статистический анализ данных выполнен с использованием статистического пакета SPSS. Применялись дескриптивная статистика, t-тесты и многомерный регрессионный анализ для определения значимых связей. Исследование было одобрено Локально-этическим комитетом КМУ «ВШОЗ» и соответствовало всем международным стандартам исследований в области здравоохранения.

#### **Результаты исследования. Демогра-**

фические характеристики. На рис. 1 показаны демографические характеристики участниц. Согласно данным, средний возраст участниц составил 28 лет. Это свидетельствует о том, что большинство участниц находятся в период активной репродуктивной деятельности. Распределение по возрастным группам показывает, что основная масса участниц находится в диапазоне 20-34 лет. Этот факт отражает типичные возрастные категории, в которых женщины решают становиться матерями, и подчеркивает важность обеспечения ими адекватного доступа к услугам репродуктивного здоровья.

Также следует обратить внимание на то, что большинство участниц (60%) были замужем или находились в стабильных отношениях. Это может быть связано с более стабильным семейным окружением, что влияет на решение о рождении детей. Стабильные отношения и семейная поддержка могут способствовать более осознанному и ответственному подходу к родительству.

Примерно 40% участниц имели высшее образование. Высокий уровень образования часто связан с более поздним началом материнства и более осознанным решением о количестве детей. Это может влиять на средний возраст при первых родах и общую рождаемость.



*Рис. 1 – Демографические характеристики участниц*

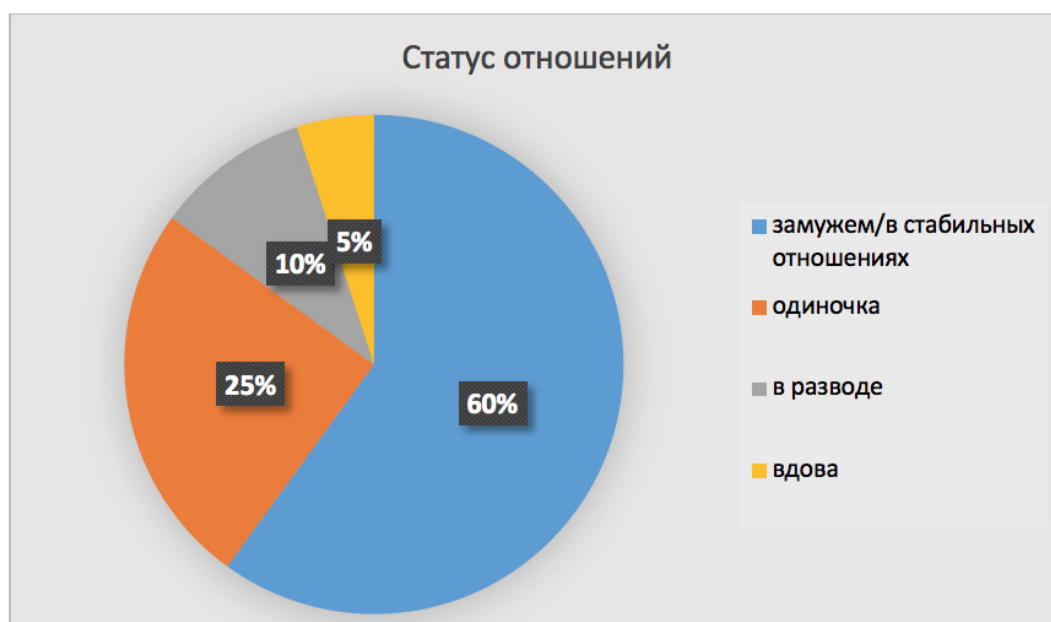
Итак, представленные демографические характеристики участниц исследования указывают на важные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин в Казахстане. Они подчеркивают необходимость учитывать разнообразные социальные и образовательные факторы при разработке политики и программ, направленных на поддержку репродуктивного здоровья женщин и формирование демографических показателей страны.

Рис.2, отображающий статус отношений участниц исследования, предоставляет ценную информацию о социальных факторах, влияющих на репродуктивное здоровье женщин в Казахстане.

Подавляющее большинство участниц (60%) были замужем или находились

в стабильных отношениях. Это может указывать на наличие семейной поддержки и социальной стабильности, что, в свою очередь, может способствовать планированию и ответственному родительству. Женщины, находящиеся в здоровых и устойчивых отношениях, чаще имеют возможность обсудить и принять совместное решение о рождении ребенка.

25% участниц были одиночками. Это может указывать на более сложные обстоятельства, влияющие на их репродуктивное здоровье, такие как отсутствие партнера или социальной поддержки. Для этой категории женщин доступ к услугам репродуктивного здоровья и поддержка со стороны общества могут играть более важную роль.



*Рис.2 - Статус отношений*

10% участниц были в разводе, и 5% - вдовцами. Эти категории женщин могут столкнуться с особыми трудностями и вызовами, связанными с репродуктивным здоровьем. Например, женщины, находящиеся в разводе, могут решать вопросы о совместной опеке над детьми, а вдовцам может потребоваться особая медицинская и психологическая поддержка.

В целом, статус отношений участниц исследования на рисунке 2 является ключевым социальным фактором, влияющим на

репродуктивное здоровье и рождаемость в Казахстане. Эти данные подчеркивают важность создания условий для поддержки и консультирования женщин в зависимости от их социального статуса и потребностей, чтобы обеспечить оптимальные условия для здоровой и ответственной репродуктивной практики.

**История репродуктивного здоровья.** В таблице 1 указана информация о процентах женщин, сообщивших о прерываниях беременности в прошлом (20%) и стол-

кнущихся с проблемами бесплодия или затруднениями при зачатии (35%), которая является важной частью анализа репродуктивного здоровья женщин в Казахстане.

Прерывания беременности в прошлом могут указывать на сложности в планировании и поддержке репродуктивного здоровья. Эти случаи могут быть связаны с нежелательными беременностями, неудачами в планировании родов, а также могут быть результатом недоступности или неадекватности методов контрацепции. Важно предоставлять доступ к современным методам контрацепции и сексуальному образованию, чтобы снизить число прерываний

беременности и улучшить общее репродуктивное здоровье женщин.

Проблемы бесплодия или затруднения при зачатии могут быть следствием различных факторов, включая физические, психологические и социальные. Столкновение с такими проблемами может оказать негативное воздействие на психологическое и физическое состояние женщин, а также на демографические показатели страны. Важно обеспечивать доступ к медицинской помощи и консультациям для женщин, сталкивающихся с бесплодием, чтобы помочь им решать эти проблемы и поддерживать их репродуктивное здоровье.

*Таблица 1. История репродуктивного здоровья*

| Параметры                    | количество участниц |
|------------------------------|---------------------|
| Прерывание беременности(да)  | 200                 |
| Прерывание беременности(нет) | 800                 |
| Проблемы с зачатием(да)      | 350                 |
| Проблемы с зачатием(нет)     | 650                 |

Эти данные из таблицы 1 подчеркивают необходимость улучшения услуг и программ в области репродуктивного здоровья в Казахстане, а также подчеркивают важность сексуального образования, доступа к современным методам контрацепции и медицинской помощи для женщин, чтобы обеспечить здоровое материнство и улучшить демографические показатели страны.

**Доступ к медицинским услугам.** Данные, представленные на рис.3, касаются доступа женщин к медицинским услугам и являются важными факторами, влияющими на их репродуктивное здоровье и, в конечном итоге, на демографические показатели.

Согласно этим данным, 70% женщин имели регулярный доступ к медицинским услугам первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Это позитивный показатель и указывает на то, что большинство женщин в Казахстане могут получать базовые медицинские услуги и

консультации. Однако 15% женщин отметили проблемы с доступом к высококачественной медицинской помощи из-за финансовых или географических ограничений. Это может быть связано с недоступностью специализированных репродуктивных услуг или лечения бесплодия в некоторых регионах страны, а также с финансовыми барьерами, которые могут мешать получению необходимой медицинской помощи. Для улучшения репродуктивного здоровья женщин и снижения проблем с доступом к медицинской помощи, важно разрабатывать и внедрять политики и программы, направленные на расширение доступности и доступности репродуктивных услуг. Это может включать в себя субсидирование или льготное предоставление медицинских услуг для женщин, находящихся в более уязвимых финансовых положениях, а также развитие медицинской инфраструктуры в удаленных или малонаселенных районах.



**Рис.3 - Доступ к медицинским услугам**

Итак, данные о доступе к медицинской помощи на рис. 3 подчеркивают важность дальнейших усилий по улучшению репродуктивного здоровья женщин в Казахстане и обеспечению равного доступа к высококачественной медицинской помощи для всех женщин, независимо от их финансового положения и местоположения.

**Уровень просвещенности:** Данные

о знании и использовании методов контрацепции среди опрошенных женщин имеют важное значение для понимания их репродуктивного здоровья. 80% опрошенных женщин были осведомлены о методах контрацепции. Это положительный показатель, который указывает на то, что большинство женщин имеют представление о различных методах предотвращения беременности.

**Таблица 2. Уровень просвещенности по вопросам репродуктивного здоровья**

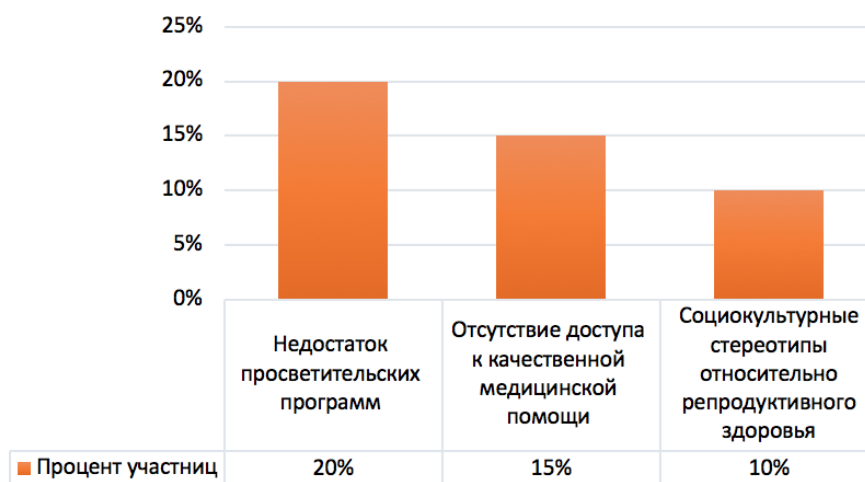
| Параметры                               | количество участниц |
|-----------------------------------------|---------------------|
| Знает о методах контрацепции            | 80%                 |
| Использует методы контрацепции          | 50%                 |
| Необходимость дополнительной информации | 20%                 |

Однако иметь информацию о методах контрацепции не всегда означает их регулярное использование. Только 50% опрошенных женщин использовали методы контрацепции регулярно. Это может указывать на недостаточную практику безопасного секса и может увеличивать риск нежелательных беременностей. Для улучшения репродуктивного здоровья и снижения числа нежелательных беременностей важно обеспечивать доступ к современным методам контрацепции и образованию о их использовании. 20%

женщин признали нехватку информации по вопросам репродуктивного здоровья. Этот факт подчеркивает важность проведения информационных кампаний и образовательных программ, направленных на повышение осведомленности женщин о своем репродуктивном здоровье. Образование и информирование играют ключевую роль в снижении нежелательных беременностей и улучшении репродуктивного здоровья.

Итак, данные о знании и использовании методов контрацепции, а также о нехватке информации по вопросам

#### Ключевые проблемы, выявленные в исследовании



**Рис.4** - Ключевые проблемы, выявленные в исследовании

репродуктивного здоровья, подчеркивают необходимость комплексного подхода к поддержке репродуктивного здоровья женщин в Казахстане. Это включает в себя образовательные программы, доступ к современным методам контрацепции и медицинской помощи, а также создание условий для принятия осознанных решений о репродуктивном поведении.

**Ключевые проблемы:** как показано в рис. 4, в ходе исследования репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста было выявлено несколько ключевых проблем, влияющих на их качество жизни и доступ к медицинской помощи. Среди опрошенных 80% женщин были осведомлены о методах контрацепции, однако лишь половина из них использовали их регулярно.

Это подчеркивает важность просветительских программ, которые, как указали 20% участниц, крайне необходимы. Отсутствие доступа к качественной медицинской помощи оставалось проблемой для 15% опрошенных, причем основные причины были связаны с финансовыми и географическими ограничениями. Кроме того, 10% женщин сталкивались с социокультурными стереотипами, что также могло влиять на их решения в области репродуктивного здоровья. Таким образом, для улучшения ситуации в этой области необходим комплексный под-

ход, включающий образовательные программы, улучшение доступности медицинских услуг и работу по изменению общественного мнения и стереотипов.

**Обсуждение.** Репродуктивное здоровье является одной из ключевых аспектов здоровья женщины и влияет на ее физическое и психологическое состояние. Несмотря на современные медицинские достижения, результаты данного исследования подчеркивают существующие проблемы в этой области.

Осведомленность о методах контрацепции остается высокой среди опрошенных женщин. Однако практическое их применение, как показывают данные, требует дополнительного внимания. Это может быть связано как с отсутствием доступа к качественным контрацептивами, так и с социокультурными стереотипами или недостаточной осведомленностью о преимуществах их применения.

Проблемы доступа к медицинской помощи, связанные с финансовыми и географическими факторами, также играют важную роль. Несмотря на распространенность медицинских учреждений, качественная помощь остается недоступной для значительной части населения.

Социокультурные стереотипы и их влияние на репродуктивное здоровье жен-

щин также необходимо учитывать. Отношение общества к вопросам репродукции и контрацепции может существенно влиять на выбор и поведение женщин.

В целом, для повышения уровня репродуктивного здоровья женщин необходима интегрированная стратегия, включающая медицинские, социальные и образователь-

ные компоненты. Совершенствование методов и подходов на уровне ПМСП позволит обеспечить более высокий уровень здоровья населения и улучшить качество жизни женщин. Наши результаты могут служить отправной точкой для разработки новых стратегий и методик в этой важной области.

### Список использованной литературы

1. [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/guidelines](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/guidelines)
2. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tunçalp Ö, Vogel JP, Souza JP, Mori R; WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014 Mar;121 Suppl 1:40-8. doi: 10.1111/1471-0528.12630. PMID: 24641534.
3. Haberland N, Rogow D. Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health*. 2015 Jan;56(1 Suppl):S15-21. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.08.013. PMID: 25528976.
4. Dhakal S, Puri M, Gautam P, Wagle K, Luffy S, Cooper B. Impacts of Protecting Life in Global Health Assistance policy in Nepal: a qualitative study. *Health Res Policy Syst*. 2023 Jun 22;21(1):61. doi: 10.1186/s12961-023-01016-3. PMID: 37349800; PMCID: PMC10288663.
5. Tazinya RA, Hajjar JM, Yaya S. Strengthening integrated sexual reproductive health and rights and HIV services programs to achieve sustainable development goals 3 and 5 in Africa. *Reprod Health*. 2022 Dec 9;19(1):223. doi: 10.1186/s12978-022-01535-2. PMID: 36494750; PMCID: PMC9734483.
6. World Health Organization. (2020). Reproductive health.
7. Hardee, K., Kumar, J., Newman, K., Bakamjian, L., Harris, S., Rodríguez, M. and Brown, W. (2014), Voluntary, Human Rights–Based Family Planning: A Conceptual Framework. *Studies in Family Planning*, 45: 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00373.x>
8. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*. 2010 Mar;70(6):904-11. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.025. Epub 2010 Jan 19. PMID: 20089341.
9. van den Muijsenbergh M, van Weel C. The Essential Role of Primary Care Professionals in Achieving Health for All. *Ann Fam Med*. 2019 Jul;17(4):293-295. doi: 10.1370/afm.2436. PMID: 31285205; PMCID: PMC6827640.
10. Starbird, E., Norton, M., & Marcus, R. (2016). Investing in family planning: key to achieving the sustainable development goals. *Global Health: Science and Practice*.
11. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adolesc Health*. 2015 Jan;56(1 Suppl):S22-41. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.012. PMID: 25528977.
12. Labrique AB, Vasudevan L, Kochi E, Fabricant R, Mehl G. mHealth innovations as health system strengthening tools: 12 common applications and a visual framework. *Glob Health Sci Pract*. 2013 Aug 6;1(2):160-71. doi: 10.9745/GHSP-D-13-00031. PMID: 25276529; PMCID: PMC4168567.
13. Kuruvilla S, Bustreo F, Kuo T, Mishra CK, Taylor K, Fogstad H, Gupta GR, Gilmore K, Temmerman M, Thomas J, Rasanathan K, Chaiban T, Mohan A, Gruending A, Schweitzer J, Dini

HS, Borrazzo J, Fassil H, Gronseth L, Khosla R, Cheeseman R, Gorna R, McDougall L, Toure K, Rogers K, Dodson K, Sharma A, Seoane M, Costello A. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): a roadmap based on evidence and country experience. Bull World Health Organ. 2016 May 1;94(5):398-400. doi: 10.2471/BLT.16.170431. Epub 2016 May 2. PMID: 27147772; PMCID: PMC4850541.

14. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, Coll-Seck AM, Grover A, Laski L, Roa M, Sathar ZA, Say L, Serour GI, Singh S, Stenberg K, Temmerman M, Biddlecom A, Popinchalk A, Summers C, Ashford LS. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet. 2018 Jun 30;391(10140):2642-2692. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9. Epub 2018 May 9. PMID: 29753597.

15. Abbas S, Isaac N, Zia M, Zakar R, Fischer F. Determinants of women's empowerment in Pakistan: evidence from Demographic and Health Surveys, 2012-13 and 2017-18. BMC Public Health. 2021 Jul 6;21(1):1328. doi: 10.1186/s12889-021-11376-6. PMID: 34229626; PMCID: PMC8259000.

16. Yaya S, Shibre G, Idriss-Wheeler D, Uthman OA. Women's Empowerment and HIV Testing Uptake: A Meta-analysis of Demographic and Health Surveys from 33 Sub-Saharan African Countries. Int J MCH AIDS. 2020;9(3):274-286. doi: 10.21106/ijma.372. Epub 2020 Jul 23. PMID: 32742742; PMCID: PMC7384337.

17. Woldegiorgis MA, Meyer D, Hiller JE, Mekonnen W, Bhowmik J. Inter-relationships among key reproductive health indicators in sub-Saharan Africa focusing on the central role of maternal literacy. Int Health. 2020 Feb 11;14(4):421-33. doi: 10.1093/inthealth/ihz117. Epub ahead of print. PMID: 32043526; PMCID: PMC9248058.

18. Adde KS, Ameyaw EK, Dickson KS, Paintsil JA, Oladimeji O, Yaya S. Women's empowerment indicators and short- and long-acting contraceptive method use: evidence from DHS from 11 countries. Reprod Health. 2022 Dec 6;19(1):222. doi: 10.1186/s12978-022-01532-5. PMID: 36474291; PMCID: PMC9727987.

19. Stover J, Hardee K, Ganatra B, et al. Interventions to Improve Reproductive Health. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, et al., editors. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2016 Apr 5. Chapter 6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361913/> doi: 10.1596/978-1-4648-0348-2\_ch6

20. Stirling Cameron E, Almukhaini S, Dol J, Aston M. Access and use of sexual and reproductive health services among resettled refugee and refugee-claimant women in high-income countries: a scoping review protocol. JBI Evid Synth. 2021 Mar;19(3):604-613. doi: 10.11124/JBIES-20-00054. PMID: 32833790.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Вклад авторов.** Автор внес вклад в разработку концепции, выполнение и обработку результатов, и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование.** Отсутствует.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ МЕР ПО ПОВЫШЕНИЮ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

\*М.Т.Мангушева, И.К.Карибаева, А.М.Ауезова

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

### Аннотация

Повышение медицинской грамотности населения обеспечивает основу, на которой граждане могут играть активную роль в улучшении своего здоровья и успешно участвовать в общественных действиях в области здравоохранения. Основная цель этого исследования заключалась в том, чтобы установить уровень грамотности районного населения, включая эффективность мероприятий по повышению медицинской грамотности среди взрослых. Уровень медицинской грамотности населения сегодня становится важным направлением для развития систем здравоохранения различных стран. Для минимизации пробелов в понимании и использовании медицинской информации, систематизации требований и сложностей в системе здравоохранения, считаем наиболее приемлемой разработку региональных программ и мер (методических инструментов), основанных на комплексной оценке общей медицинской грамотности среди населения. В статье дается описание понятия медицинской грамотности и подходов к ее изучению, а также проводится статистический анализ данных на основе анкетирования респондентов в отношении общей медицинской грамотности.

**Ключевые слова:** *общая медицинская грамотность, общественное здравоохранение, профилактика заболеваний.*

**Введение.** Согласно определению, предложенному Sorenson и соавторами, медицинская грамотность – это степень, в которой люди способны получать, обрабатывать и понимать основную медицинскую информацию и услуги, необходимые для принятия соответствующих решений и формирования суждений в отношении здоровья, связанных с получением медицинской помощи и применением полученных рекомендаций и профилактики заболеваний [1,2]. Сокращение пробелов в медицинской грамотности необходимо для уменьшения неравенства в отношении здоровья, повышения качества и продолжительности здоровой жизни, а также устранения различий в состоянии здоровья.

Для достижения прогресса в достижении целей, связанных с коммуникацией в области здравоохранения

и повышением уровня медицинской грамотности среди взрослого населения районов, необходимо учитывать, что системы здравоохранения и общественного здравоохранения могут быть сложными и труднопонимаемыми, даже для высоко мотивированных и образованных людей. Это особенно актуально, когда люди становятся более уязвимыми из-за плохого здоровья или низкого уровня медицинской грамотности.

Следовательно, оценка навыков медицинской грамотности отдельных лиц может также отражать сложность системы здравоохранения и уровень медицинской грамотности в целом, включая индивидуальные навыки. В Казахстане проводилось исследование для выявления уровня медицинской грамотности среди городских и сельских респондентов с целью всестороннего изучения взаимосвязи

между демографическими, экономическими и поведенческими аспектами и общей медицинской грамотностью [3,4]

В последующие десятилетия среди исследователей наблюдалось растущее понимание более широких социальных и организационных контекстов, влияющих на медицинскую грамотность. Например, Бейкер построил концептуальную модель, показывающую медицинскую грамотность как результат способностей человека, а также сложности и трудности письменных и устных сообщений о здоровье [5,6]. Пааше-Орлоу и Вольф в своей статье 2007 года о причинно-следственных связях между медицинской грамотностью и результатами в отношении здоровья отметили, что “медицинская грамотность следует рассматривать как феномен пациента и как системный феномен” [7]. Паркер и Ратзан, авторы первоначального определения, отметили в 2010 году: “Несколько секторов (включая образование, здравоохранение, бизнес и социальные услуги) несут ответственность за достижение видения общества, грамотного в вопросах здоровья” [8]. По данным Santana, Stephanie и соавторов, проект Соединенных Штатов Америки “Здоровые Люди 2030” включает изучение и последующее повышение личной медицинской грамотности. Поддержание определения, основанного на навыках, которое обеспечивает преемственность концепции о том, что люди обладают определенной степенью медицинской грамотности, которую можно оценить в определенный момент времени, будет иметь решающую роль в обеспечении справедливости в отношении здоровья. Это определение может помочь в реализации научно обоснованных мер, направленных на обеспечение равного доступа к информации и услугам для тех, кто сталкивается с проблемами медицинской грамотности. Более того, обновления должны подсказать новые способы изучения и повышения личной грамотности в вопросах здоровья [7,9,10].

Новое определение медицинской грамотности программы в США “Здоровые люди 2030” также в Казахстане никоим

образом не ограничивает использование существующих мер по медицинской грамотности или важную работу по повышению личной медицинской грамотности, такую как соблюдение национальных стандартов медицинского образования [11,12,13] или расширение программ обучения взрослых. Скорее, оно основывается на старом определении и поощряет усилия по повышению медицинской грамотности, направленные на развитие навыков, которые позволяют людям переходить от понимания к действию и от заботы о собственном здоровье к заботе о здоровье других.

Растущее число исследований в области повышения медицинской грамотности показывает, особенно для людей с ограниченной медицинской грамотностью, что вмешательства, которые уточняют и упрощают условия и процедуры оказания медицинской помощи, могут работать в медицинских условиях. Население может стать более активным в уходе за собой, включая использование рекомендованных профилактических услуг, соблюдение схем приема лекарств и управление хроническими заболеваниями. Совместное принятие решений может повысить удовлетворенность населения, включая потенциальных пациентов, соблюдение режима лечения и состояние здоровья [14,15].

По результатам исследования Европейского бюро ВОЗ в 2018 году была создана Комплексная программа ВОЗ по изучению грамотности населения и организационной грамотности в вопросах здоровья (M-POHL) с целью проведения периодических высококачественных исследований в области грамотности на постоянной основе и сбора данных о грамотности для дальнейшей разработки политики и практики в области здравоохранения и других областях [16,17,18].

По мере того, как медицинская грамотность в вопросах здоровья становится более зрелой, перед исследовательским сообществом стоит задача разработки мер по повышению грамотности в вопросах

здоровья и разработки мер для отслеживания ее прогресса на системном уровне. Эти события могут проложить путь к оценке национального прогресса в повышении грамотности в вопросах здравоохранения в организациях [19,20].

#### **Материалы и методы исследования.**

Теоретической основой исследования являются труды отечественных и зарубежных ученых, научные публикации в специализированных изданиях, аналитические отчеты государственных и общественных институтов, а также международных организаций, законодательные и нормативно-правовые документы за период с 2012 по 2022 год.

Объектом исследования служила поликлиника Илийского района Алматинской области.

Исследование проведено в 2 этапа – основное социологическое анкетирование. В рамках основного исследования было проанкетировано 384 респондента, а анализ данных проведен с использованием статистических методов. Второй этап - статистическая обработка результатов анкетирования, осуществленная с использованием программ Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 20.

В качестве инструмента для опроса была использована анкета, разработанная нами на основе HLS-EU-Q47 для определения общей медицинской грамотности, утвержденной Европейским консорциумом по уровню информированности и степени ответственности к своему здоровью, и расширенная Азиатской Ассоциацией по уровню информированности и степени ответственности к своему здоровью HLS-EU-Q47, а также переведенная на русский и казахский языки. Основной раздел для определения уровня медицинской грамотности включал в себя такие аспекты, как получение, обработка и понимание основной медицинской информации и услуг, необходимых для принятия соответствующих решений в отношении здоровья.

Выборочная совокупность составила 384 респондента, с доверительной вероятностью 95%, рассчитанной от

генеральной совокупности, которая составляет 1518,3 тысячи человек по данным Бюро национальной статистики, агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан.

Случайная выборка респондентов осуществлялась среди взрослого населения старше 18 лет с использованием метода механической рандомизации. Каждый второй посетитель районной поликлиники в период проведения исследования был приглашен к участию в исследовании. Набор респондентов продолжался до достижения предопределенного количества респондентов в каждой возрастной группе. При определении объема выборки были соблюдены пропорции численности населения с учетом намечаемого количества респондентов. При сборе материалов и формировании групп респондентов были соблюдены принципы случайности выборки, ее качественной и количественной репрезентативности. Исследование использовало социологический, информационно-аналитический и статистический методы, а также международную методику расчета уровня информированности.

#### **Критерии для отбора участников исследования были следующими:**

Критерии включения:

1. Граждане Казахстана.
2. Проживание в Илийском районе Алматинской области.
3. Возраст от 18 лет и старше.
4. Наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения:

1. Лица, не являющиеся гражданами РК, но проживающие в стране и считающие ее своей обычной страной проживания (т.е. лица, проживающие в стране менее 6 месяцев, предшествовавших исследованию).
2. Возраст младше 18 лет.
3. Отказ от участия в исследовании.
4. Лица с психическими и физическими отклонениями.

Эти критерии были использованы для определения участников исследования и обеспечения его репрезентативности и этичности.

### Результаты исследования.

Были рассчитаны индексы уровня общей медицинской грамотности и информированности и степени ответственности к своему здоровью с участием 384 респондентов в сфере здравоохранения рассчитывался в процентах и учитывался только корректные ответы в анкете для респондентов. Количество ответов в виде «очень трудно», «довольно трудно», «довольно легко», «очень легко» в процентном соотношении \*100

Отбор респондентов проведен при помощи стратификационной выборки случайным методом по полу и возрасту. Для стратификации по возрастным группам применены 10 возрастных групп 18-25 лет, 26-30 лет, 31-35 лет, 36-40 лет, 41-45 лет, 46-50 лет, 51-55 лет, 56-60, 61-65, 66-70, 71 и старше.

Общее количество респондентов, принявших участие в исследовании, – 384.

1. Из опрошенных респондентов женщин – 66,4% (n=255), мужчин – 33,5 % (n=129).

Распределение по возрастным группам выглядит следующим образом: наибольшей по количеству респондентов является группа в возрасте 18-25 лет 42 – 10,9 %.

Дальше идут опрошенные в возрастном диапазоне 26-30 лет 60 человек (15,6%). 14,8%- 57 человек опрошенных относятся к категории 31-35 лет. Почти столько же опрошенных относятся к группе 41-45 лет (11,6%) как 18-25 летние респонденты. Большое число респондентов принадлежит к возрастной группе 36-40 лет – 21% - 78%. И 7,8 % в сумме из общего числа выборочной совокупности представлены респондентами в возрасте 45-50 лет, предпенсионного возраста – от 51-55 и до 56 -60 лет – 2,8 % по 11 человек в каждой группе соответственно, пенсионного возраста 61-65 летние 2,6%, 66-70 лет 4 человека – 1,04 % , от 71 лет и старше – 0,2% 1 человек.

### Уровень образования.

Наиболее высокий уровень образования отмечен среди респондентов – 63,3 % имеют высшее образование, 15,3 % закончили магистратуру. На второй позиции респонденты – 38,3% имеют среднее образование, 5,4% – степень школы. В ходе исследования опрошены представители разных видов занятости. В числе наиболее представленных оказались работники государственных или частных организаций – 49,9%. Который приведен в таблице №1. Уровень образования респондентов

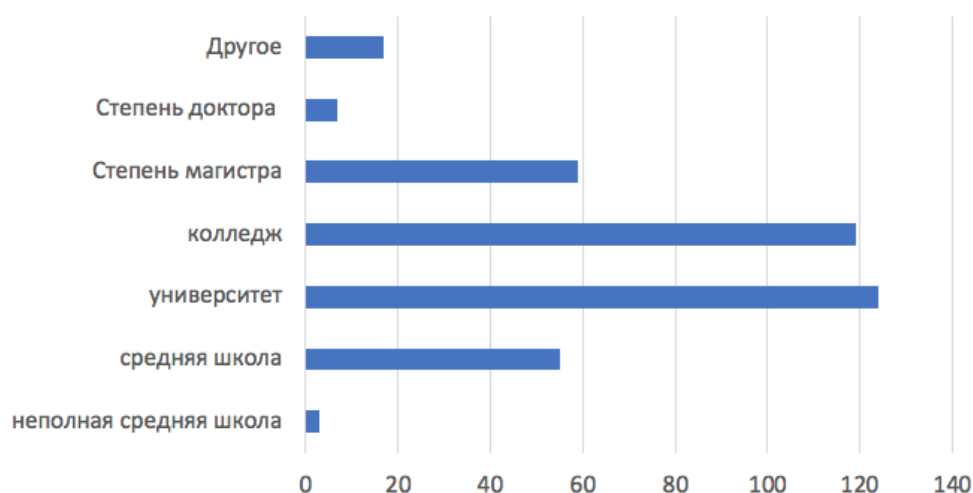
*Таблица 1. Уровень образования респондентов*

| Уровень образования    | Количество (n) | %    |
|------------------------|----------------|------|
| Начальная школа        | 0              | 0    |
| Неполная средняя школа | 3              | 0,7  |
| Средняя школа          | 55             | 14,3 |
| Университет/колледж    | 243            | 63,2 |
| Степень магистра       | 59             | 15,6 |
| Степень доктора        | 7              | 1,8  |
| Другое                 | 17             | 4,4  |

Сравнительная характеристика большую часть опрошенных имеют высшее образование и окончили университет, показатели указавших окон-

чание университет в количестве (n-124) респондентов больше, ответивших респондентов которые окончили колледж (n-119).

## Уровень образования респондентов



*Рисунок 1. Сравнительная характеристика образования респондентов*

От 0 до 20 – уровень образования степень доктора и другое, от 20 до 60 – средняя школа, степень магистра, от 60 до 120 – средне-специальное образование, выше 120 – высшее образование

Анализируя полученные ответы, статистика показывает, что значительная часть респондентов (более 63 %) больше всего испытывает сложности в следующих ситуациях касательно вопросов здоровья:

- найти что предпринять в неотложных случаях – 45,8 % ответили что очень трудно и 16,4 % довольно трудно (суммарный показатель вариантов ответа «очень трудно» и «трудно» 62,2%);

- оценить преимущество и недостатки тех или иных методов лечения – 44,2 % (суммарный показатель вариантов ответа «очень трудно» и «трудно»), соответственно респонденты отметили очень трудно 17,1% и трудно 27%;

- найти информацию о вакцинации и скринингах здоровья, которые Вы должны пройти (обследование молочных желез, исследование сахара в крови, измерение артериального давления) – 82,3% (суммарный показатель вариантов ответа «очень трудно» и «трудно»);

- судить о том, какой скрининг (обследование молочных желез, определение уровня сахара в крови, измерения артериального давления, рак

прямой кишки) Вам нужен? - 81% , «очень трудно» – 27,1%, довольно трудно- 53,9 % соответственно;

- оценить, когда Вам нужно будет мнение еще одного специалиста – 44,5% (суммарный показатель вариантов ответа «очень трудно» и «трудно», 9,8% и 34,6 соответственно);

- понимать зачем Вам нужны скрининги - –20,1% (суммарный показатель вариантов ответа «очень трудно» и «трудно», 12,2% и 7.8% соответственно);

Несмотря при таком показателе большом показателе где вопросы с ответами очень трудно и трудно опрошенные респондент легче понимали и принимали решения касательно вопросов в нижеследующих показателях:

Большинство опрошенных легко могли:

- найти информацию о симптомах болезни, которая их беспокоит, с показателем ответов «очень легко» и «довольно легко» суммарный показатель – 47,4 %

- понять то, что Вам говорит доктор суммарный – 68,4%, показатель вариантов ответа «довольно легко» и «очень легко» 46,8 % и 17,9 % соответственно;

- ...использовать информацию, полученную от врача для принятия решения по Вашему заболеванию? - 49,4 % ответили что очень легко и 16,4 % довольно легко – 13,2% (суммарный показатель вариантов

ответа «очень трудно» и «трудно» 36,1%).  
Рисунок 2. Найти информацию, что предпринять в неотложных случаях.

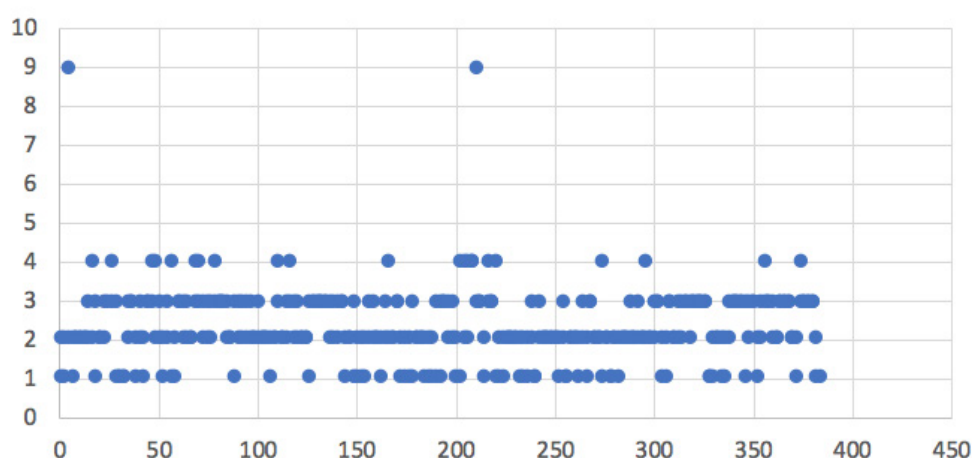
- следовать инструкциям по применению препарата? – 68,4 % ответили что очень легко и 18,2 % довольно легко – 50,2 % (суммарный показатель вариантов ответа «очень трудно» и «трудно» 62,2%);

Тем самым, выше упомянутые два вопроса с наиболее легкими ответами,

которые не вызывала трудности респонденту при выборе

Из всех ответов на вопросы респондентов по сравнению с другими ответами на вопросы, вызвало трудности 2 основных вопроса, где вероятность ответа составляет очень трудно суммарно превышает 80,1% наглядно показаны в рисунках 3 и 4, где градация оценки трудности составляет:

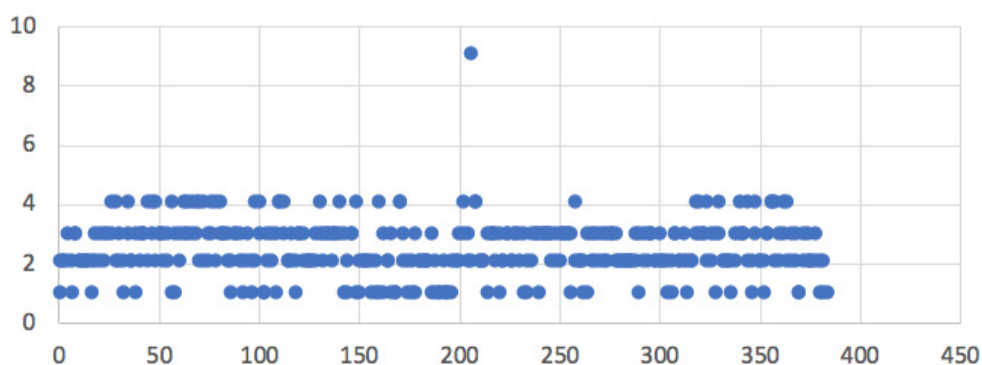
### ... найти что предпринять в неотложных случаях?



**Рисунок 2.** Найти информацию, что предпринять в неотложных случаях

1- очень трудно, 2 - трудно, 3 - довольно легко, 4 - очень легко, 9 - ответ отсутствовал.

### ... судить о том, какой скрининг (обследование молочных желез, определение уровня сахара в крови, измерение артериального давления, рак прямой кишки) Вам нужен?



**Рисунок 3.** Суждение о необходимости выбора вида скрининга

(обследование молочных желез, определение уровня сахара в крови, измерения артериального давления, рак прямой кишки)

1 - очень трудно, 2 - трудно, 3 - довольно легко, 4 - очень легко, 9 - ответ отсутствовал.

Таким образом проценты в виде суммарного показателя по 2 вопросам наиболее трудном ответе следующие:

- найти что предпринять в неотложных случаях – 45,8 % ответили что очень трудно и 16,4 % довольно трудно и «трудно» 62,2% ;

- судить о том, какой скрининг (обследование молочных желез, определение уровня сахара в крови, измерения артериального давления, рак прямой кишки) Вам нужен? - 81% , «очень трудно» – 27,1%, довольно трудно - 53,9 % соответственно, рисунок 3. Суждение о необходимости выбора вида скрининга (обследование молочных желез, определение уровня сахара в крови, измерения артериального давления, рак прямой кишки).

**Обсуждение.** Из публикаций последних 10-ти лет и по результатам проведенного опроса населения по определению уровня в вопросах здоровья видно, что в прогностической и превентивной медицине медицинская грамотность играет все более важную роль в общественном здравоохранении, предоставляя передовые технологии с потенциалом для измерения и прогнозирования индивидуальных рисков заболевания. Полученные данные по результатам анкетирования по сравнению ранее проведенных исследований, вопрос медицинской грамотности постоянно расширяется в пространстве применения и определений медицинской грамотности в повседневной жизни человека, в отношении и восприятии себя в процессе принятия решений, связанных со здоровьем, а также индивидуальная медицинская грамотность в отношении здоровья приобретает устойчивые лидирующие позиции.

**Выводы.** Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены

средний уровень общей медицинской грамотности населения Алматинской области, установлено взаимосвязь между уровнем образования и в поиске и понимании информации касательно общей медицинской грамотности, больше половины показателей испытывали трудности с использованием информации и суждении, ответственности к своему здоровью респондентов.

Средний уровень общей медицинской грамотности характеризуется как достаточный. Не было выявлено статистически значимых различий в уровне МГ между мужчинами и женщинами.

45.5% респондентов имели ограниченный (неадекватный или проблематичный) уровень общей медицинской грамотности.

У респондентов-мужчин так же как у женщин была выявлена положительная взаимосвязь между возрастом и уровнем образования общей медицинской грамотности была в понимании и поиске в вопросах здоровья, у респондентов более старшего возраста уровень общей медицинской грамотности был выше показателя суждения в вопросах здоровья.

Мероприятия по повышению грамотности в вопросах здоровья могут повысить грамотность в вопросах здоровья, а также привести к изменениям в поведении в отношении здоровья. Мероприятия по повышению грамотности в вопросах здоровья открывают путь к улучшению результатов для групп населения, наиболее подверженных риску неравенства в отношении здоровья. Медицинская грамотность – это развивающаяся область, в которой очень мало мероприятий с использованием четких теоретических основ. Более тесная связь между медицинской грамотностью и теориями и концепциями изменения поведения может привести к более качественным и эффективным вмешательствам.

## **АЛМАТЫ ОБЛЫСЫ ХАЛЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМДЕРІ ДЕҢГЕЙІН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САУАТТЫ АРТТЫРУ ҮШІН ҚАРАЖАТТАР ЖАСАУ ТУРАЛЫ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ**

**\*М.Т.Мангушева, И.К.Карибаева, А.М.Ауезова**  
«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті ЖШС  
Алматы, Қазақстан

## Түйіндеме

Халықтың медициналық сауаттылығын арттыру, азаматтардың өз денсаулығын сақтауда маңызды рөл атқарады және қоғамдық денсаулық сақтау аясында белсенді қатысуды қамтамасыз етеді. Бұл зерттеудің негізгі мақсаты аудан халқының денсаулыққа қатысты сауаттылық деңгейін анықтау, оның ішінде ересектер арасында медициналық сауаттылықты арттыру үшін іс шаралардың медициналық сауаттылықты арттыруда тиімділігін сараптау болды.

Халықтың медициналық сауаттылық деңгейі бүгінде түрлі елдердің денсаулық сақтау жүйелерін дамыту үшін маңызды бағытқа айналууда Медициналық ақпаратты түсіну мен пайдаланудағы олқылықтарды азайту, денсаулық сақтау жүйесіндегі талаптар мен қиындықтарды жүйелеу үшін халық арасында жалпы медициналық сауаттылықты кешенді бағалауға негізделген өңірлік бағдарламалар мен шараларды (әдістемелік құралдарды) әзірлеуді неғұрлым қолайлы деп санаймыз. Мақалада медициналық сауаттылық ұғымының және оны зерделеу тәсілдерінің сипаттамасы, респонденттердің жалпы медициналық сауаттылық мәніне сауалнама жүргізу негізінде деректерге статистикалық талдау беріледі.

**Түйінді сөздер:** жалпы медициналық сауаттылық, қоғамдық денсаулық сақтау, аурушаңдықтың алды алу

## RESEARCH OUTCOMES ON DETERMINING THE LEVEL OF MEDICAL LITERACY IN THE ALMATY REGION FOR DEVELOPING MEASURES TO ENHANCE HEALTH AWARENESS

**\*M.Mangusheva, I.Karibayeva, A. Auyezova**

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

### Summary

Improving the health literacy of the population provides a basis on which citizens can play an active role in improving their health, successfully participate in public action in the field of health. The main objective of this study was to establish whether the literacy rate of the district population, including whether health literacy interventions among adults are effective in improving health literacy. The level of health literacy of the population today is becoming an important area for the development of health systems in various countries. To minimize gaps in the understanding and use of health information, to systematize the requirements and difficulties in the health care system, we consider it most acceptable to develop regional programs and measures (methodological tools) based on a comprehensive assessment of general health literacy as among the population. The article describes the concept of health literacy and approaches to its study, statistical analysis of data based on the survey of respondents for general health literacy.

**Key words:** *health literacy, public health awareness, public health, health care.*

### Список литературы:

1. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. DOI: [10.1093/eurpub/ckv043](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043)
2. Байсунова, Г. С., Тулебаев, К. А., & Загулова, Д. В. (2016). Влияние демографических, социально-экономических и поведенческих детерминант на уровень медицинской грамотности населения Алматинской области. *Вестник КазНМУ*, №1. URL: [https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-demograficheskikh-sotsialno-ekonomicheskikh-i-povedencheskih-determinant-na-uroven-meditsinskoy-gramotnosti-naseleniya](https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-demografich-

eskih-sotsialno-ekonomicheskikh-i-povedencheskikh-determinant-na-uroven-meditsinskoy-gramotnosti-naseleniya)

3. St. Jean, B., Taylor, N. G., Kodama, C., & Subramaniam, M. (2017). Assessing the Digital Health Literacy Skills of Tween Participants in a School-Library-Based After-School Program. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 21(1), 40-61. DOI: [10.1080/15398285.2017.1279894] (<https://doi.org/10.1080/15398285.2017.1279894>)

4. Бейкер, Д. В. (2016). Значение и мера медицинской грамотности. *Ж Ген Стажер Мед*, 21(8), 878–883. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x](<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>)

5. CHUNG, S. Y., & NAHM, E. S. (2015). Testing Reliability and Validity of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) for Older Adults Recruited Online. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 33(4), 150-156. DOI: [10.1097/CIN.0000000000000146](<https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000146>)

6. Пааше-Орлоу, М. К., & Вольф, М. С. (2007). Причинно-следственные связи, связывающие медицинскую грамотность с результатами в отношении здоровья. *Am J Health Behav*, 31(приложение 1), S19–S26. DOI:[10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19](<https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S19>)

7. Parker, R., & Ratzan, S. K. (2010). Медицинская грамотность: второе десятилетие выдающихся достижений американцев. *J Health Commun*, 15(приложение 2), 20–33. DOI: [10.1080/10810730.2021.1875083](<https://doi.org/10.1080/10810730.2021.1875083>)

8. Santana, S., Brach, C. M., Harris, L., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F. M. A., ... & Pronk, N. (2021). Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(Supplement 6), S258-S264. DOI: [10.1097/PHH.0b013e31819d817d](<https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e31819d817d>)

9. Health Literacy Tool Shed. (2020). Health Literacy Tool Shed: A database of health literacy measures. [healthliteracy.bu.edu](http://healthliteracy.bu.edu). Updated September 14, 2020. Accessed October 30, 2020.

10. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Health Education Curriculum Analysis Tool. Atlanta, GA: CDC. [PDF – 19.2 MB](<https://www.cdc.gov/healthyyouth/hecat/pdf/2021/full-hecat-2021.pdf>)

11. Rocha Cesar, F. C., Moraes, K. L., Brasil, V. V., Alves, A. G., Barbosa, M. A., & Oliveira, L. M. A. C. (2022). Professional Responsiveness to Health Literacy: A Scoping Abstract. *Health Literacy Research and Practice*, 6(2), 96-100. DOI: [10.3928/24748307-20220418-02](<https://doi.org/10.3928/24748307-20220418-02>)

12. Kendir, C., & Breton, E. (2020). Health Literacy: From a Property of Individuals to One of Communities. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 1601. DOI: [10.3390/ijerph17051601](<https://doi.org/10.3390/ijerph17051601>)

13. Harzheim, L., Lorke, M., Woopen, C., & Jünger, S. (2020). Health Literacy as Communicative Action—A Qualitative Study among Persons at Risk in the Context of Predictive and Preventive Medicine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1718. DOI: [10.3390/ijerph17051718](<https://doi.org/10.3390/ijerph17051718>)

14. Short Summary of the International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019 – 2021 (HLS19) of M-POHL. (2021). Vienna. URL: [[https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19\\_Short%20Summary.pdf](https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_Short%20Summary.pdf)]([https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19\\_Short%20Summary.pdf](https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_Short%20Summary.pdf))

15. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2022). The HLS19-Q12 Instrument to measure General Health Literacy. Factsheet. Austrian National Public Health Institute, Vienna. [PDF](<https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/Factsheet%20HLS19-Q12.pdf>)

16. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019 – 2021 (HLS19) of M-POHL. Austrian National Public Health Institute, Vienna.

[PDF](<https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>)

17. Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., & Callens, M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*, 70(10), 1032-1038. DOI: [10.1136/jech-2015-206910](<https://doi.org/10.1136/jech-2015-206910>)

18. Baur, C., Martinez, L. M., Tchangalova, N., & Rubin, D. (2018). A Review and Report of Community-Based Health Literacy Interventions. Washington, DC: The National Academies Press, 49-65. [Online](<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK500372/>)

19. Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). Consensus organizational health literacy quality improvement measures. [Online](<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy/ohl-measures.html>)

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Вклад авторов.** Автор внес вклад в разработку концепции, выполнение и обработку результатов, и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

**Финансирование.** Отсутствует.

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

### Требования к статьям для публикации в журнале «MEDICINE, SCIENCE AND EDUCATION»

Настоящие требования разработаны Казахстанским Медицинским Университетом «Высшей Школой Общественного Здравоохранения» (далее – КМУ «ВШОЗ»).

Научно-практический журнал «Medicine, Science and Education» (-далее Журнал) – публикует литературные обзоры, результаты оригинальных исследований, случаи из практики связанные с клинической медициной и общественным здоровьем.

Авторами научных статей и основной читательской аудиторией издания являются организаторы и специалисты здравоохранения, практикующие врачи, научные работники НИИ, НЦ и педагогические работники ОВПО из Казахстана, стран СНГ и дальнего зарубежья, магистранты и докторанты, слушатели резидентуры, молодые ученые в области медицины и науки.

Журнал был основан в 2000 году Казахстанской Высшей Школой Общественного Здравоохранения при поддержке Университета Содружества Вирджинии (Virginia Commonwealth University).

**Учредитель: ТОО «Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ».**

С 2001 года научно-практический журнал «Medicine, Science and Education» издается ежеквартально и зарегистрирован в Комитете информации Министерства информации и общественного развития Республики Казахстан.

**Журнал зарегистрирован в Международном центре по регистрации сериальных изданий ISSN (ЮНЕСКО, г. Париж, Франция) и имеет ISSN: 1609 – 8692 (print).**

Основная тематическая направленность – публикация материалов в журнале по медицинскому образованию, организации здравоохранения, медицинской науке и практике.

**Журнал состоит из следующих разделов:**

- I. Обзоры литературы
- II. Общественное здравоохранение
- III. Экспериментальная и клиническая медицина
- IV. Медицинское образование

Периодичность издания – **ежеквартально.**

Представляемый документ должен являться оригинальным и неопубликованным ранее в других печатных изданиях. Научная статья может представляться на казахском, русском и английском языках. **Статьи, не соответствующие данным требованиям, редакцией журнала рассматриваться не будут.**

### Алгоритм публикации научной статьи:

1. Проверка научной статьи на соответствие тематике журнала
2. Техническая проверка текста научной статьи
3. Оценка текста научной статьи на плагиат. Научная статья допускается к опубликованию при наличии в ней не более 15 % заимствованного текста.
4. Рецензирование. Статьи поступившие в редакцию, подвергаются двойному слепому (**double-blind review**) рецензированию, при котором рецензенту неизвестно имя автора, а авторам неизвестно имя рецензента. Если у рецензентов возникают вопросы, статья возвращается авторам на доработку. Редакция имеет право запросить исходную базу данных,

на основании которой производились расчеты в случаях, когда возникают вопросы о качестве статистической обработки. Редакция также оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи.

5. Присвоение индекса DOI (цифровой идентификатор объекта) для каждой статьи после рецензирования и одобрения редакцией и редакционной коллегии.

6. Публикация научной статьи.

## Подготовка материалов

Электронный вариант научной статьи, подготовленной в программе MsWord необходимо отправить через ОНЛАЙН СИСТЕМУ ПОДАЧИ СТАТЕЙ по ссылке <https://journal.ksph.edu.kz/jr-online-article-submission/>

Также к нему обязательно оформляется сопроводительное письмо от авторов (см. Форму 1) и заполняется сведения авторов (см. Форму 2). Эти формы необходимо подписать и отправить по электронному адресу: [ksph.journal@mail.ru](mailto:ksph.journal@mail.ru) (в теме сообщения обязательно указывать «Статья в журнал»).

Сопроводительное письмо поможет редакции журнала получить общее представление о вашей статье, подчеркнув ваши наиболее важные выводы и их последствия и продемонстрировав, почему ваша статья представляет интерес.

**Форма 1. Образец сопроводительного письма в редакцию.** Заполнить в отдельном файле

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|
| <b>В редакцию<br/>научно-практического журнала<br/>«Medicine, Science and Education»</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |                     |
| от _____<br>(Ф.И.О. автора (-ов), ученая степень, звание, должность и место работы, e-mail и телефон)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                     |
| Направляю (-ем) подготовленную мною (нами) статью « <b>НАЗВАНИЕ СТАТЬИ*</b> » количество страниц -*, таблиц -*, рисунков -*, для рассмотрения и публикации в разделе « <b>НАЗВАНИЕ РАЗДЕЛА*</b> ».                                                                                                                                                                                         |           |                     |
| С условиями публикации согласен (-а, -ы). Заверяю (-ем), что материалы, представляемые в данной статье, <b>не были опубликованы и не находятся на рассмотрении в другом печатном издании.</b> Автор (-ы) подтверждает (-ют), что не имеет (-ют) конфликтов интересов. Против воспроизведения данной статьи в других средствах массовой информации (включая электронные) не возражаю (-ем). |           |                     |
| Даю согласие на обработку персональных данных.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                     |
| Автор (-ы):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                     |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____     | _____               |
| (Ф. И.О.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (подпись) | (дата, месяц и год) |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____     | _____               |
| (Ф. И.О.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (подпись) | (дата, месяц и год) |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____     | _____               |
| (Ф. И.О.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (подпись) | (дата, месяц и год) |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | _____     | _____               |
| (Ф. И.О.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (подпись) | (дата, месяц и год) |

## Форма 2. Образец сведения об авторах

Сведения об авторах (\*графы обязательные для заполнения в отдельном файле MSWord).

| Сведения о корреспондирующем авторе*            |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Фамилия, имя и отчество (полное) *              |  |
| Ученая степень / звание (или формат обучения) * |  |
| Организация, должность (полное) *               |  |
| Телефон *                                       |  |
| E-mail*                                         |  |
| ORCID*                                          |  |
| SPIN (при наличии)                              |  |
| Author-ID (при наличии)                         |  |
| Сведения о соавторе (ах)                        |  |
| Фамилия, имя и отчество (полное) *              |  |
| Ученая степень / звание (или формат обучения) * |  |
| Организация, должность (полное) *               |  |
| Телефон *                                       |  |
| E-mail*                                         |  |
| ORCID*                                          |  |
| SPIN (при наличии)                              |  |
| Author-ID (при наличии)                         |  |

**\*Примечание:** Сведения заполняются для всех соавторов статьи согласно Форме 2.

\* **Корреспондирующий автор** - один из авторов, отвечающий за контакт и обратную связь с редакцией журнала. Полные данные автора ответственного за переписку с редакцией, включая телефон и адрес электронной почты и др. Сначала данные корреспондирующего автора указывать полностью и в конце дополнительные сведения об авторах: (фамилия и инициал автора (-ов) полное, ученая степень, ученое звание, организация, должность, телефон, e-mail, ОРСИД и остальные коды автора при наличии).

**Обязательно указывать регистрационный номер ORCID для всех авторов.** Это необходимо для идентификации читателями других статей авторов и повышения их цитируемости. **Регистрационный номер ORCID** (при их отсутствии) необходимо создать пройдя по следующей ссылке <https://orcid.org/register>.

При наличии необходимо указать **SPIN код**- для получения Вы можете пройти по следующей ссылке [http://elibrary.ru/projects/science\\_index/author\\_tutorial.asp](http://elibrary.ru/projects/science_index/author_tutorial.asp)

## Порядок оформления структуры статьи

1. В левом верхнем углу указать индекс **универсальной десятичной классификации** (далее – УДК). В каждой научной статье этот индекс обязателен для всей издательской продукции и поиска информации по точным и естественным наукам. Справочник по УДК можете см. здесь: <https://teacode.com/online/udc/>.

2. Ниже индекса УДК в левом углу прописать **межгосударственный рубрикатор научно-технической информации** (далее – МРНТИ). МРНТИ – предназначен для единой тематической систематизации научно-технической информации (далее – НТИ). Межгосударственный рубрикатор НТИ является основой системы рубрикаторов, создаваемых и используемых в органах НТИ. Межгосударственный рубрикатор НТИ представляет собой иерархическую классификационную систему с универсальным тематическим охватом. Справочник по МРНТИ можете см. здесь: <https://grnti.ru/>.

### 3. Структура научной статьи:

- 1) УДК
- 2) МРНТИ
- 3) Название статьи
- 4) ФИО авторов (соавторов)
- 5) Место работы, страна, город  
(организация, ВУЗ, колледж, если автор обучающийся указать вид обучения)
- 6) Аннотация
- 7) Ключевые слова
- 8) Введение
- 9) Методы (теоретические основы)
- 10) Результаты
- 11) Обсуждение
- 12) Список литературы / Транслитерация списка литературы

**В научной статье указать фамилии и инициалы каждого из авторов, а также символом астериск (\*) выделить корреспондирующего автора.**

Образец:

**Ким Алексей Сергеевич** (казахский и русский) / **Kim Aleksey** (английский)

**В соответствии с разделами журнала виды представления статьи бывают нескольких типов.**

#### **Структурирование статьи проводится следующими способами:**

Рекомендуем использовать Вам общепринятую структуру научной статьи по типу IMRAD. Аббревиатура слов, которые отражают общепринятую структуру научной статьи — Введение (Introduction), Методы (Methods), Результаты (Results) and Обсуждение (Discussion), если статья посвящения теоретическому исследованию, то раздел Methods заменяется на Theoretical Basis (теоретические основы). Иногда к аббревиатуре IMRAD добавляется буква A, которая обозначает Abstract (резюме, аннотация), и получается AIMRAD. Данный стандарт оформления научных статей был разработан в 1970-х годах и фактически стал обязательным для статей, основанных на **эмпирических и оригинальных исследованиях**.

Для написания **клинического случая** рекомендуется использовать следующую общепринятую структуру научной статьи: Введение (Introduction), Информация о пациенте (Patient information), Клинические проявления (Clinical manifestations), Хронология (Chronology), Оценка диагностирования (Assessment of diagnosis), Оценка терапии (Evaluation of therapy), Повторное исследование и исходы (Re-examination and outcomes), Обсуждение (Discussion), Выводы (Conclusions), Информированное согласие (Informed consent).

Для написания **обзорной статьи** рекомендуется использовать общепринятую следующую структуру: Введение (Introduction), Основная часть (The main part), Выводы (Conclusions).

#### **Таблица 1. Термины и определения которые используются в структуре статьи**

| №  | Название раздела статьи          | Пояснение к структуре согласно требованиям журнала                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Название статьи                  | Шрифт Times New Roman, жирным, кегль – 12 и на 3-х языках. Формат (ЗАГЛАВНЫМИ: ЖИРНЫМ). Название работы должно быть по возможности кратким (не более 180 знаков), но информативным и точно отражающим ее содержание. Следует избегать названий в форме вопросительных предложений, а также названий, смысл которых можно прочесть неоднозначно. Не рекомендуется применять сокращения (аббревиатуру) в названии статьи. В тексте допускается использование стандартных сокращений (аббревиатуры). Полный термин, вместо которого вводится аббревиатура, должен предшествовать первому применению данного сокращения в тексте.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 2. | Фамилия, имя и отчество авторов  | Фамилии и инициалы каждого из авторов шрифтом Times New Roman, жирным, кегль – 12.<br>В статье указать фамилии и инициалы каждого из авторов, а также символом астериск (*) выделить корреспондирующего автора.<br>Образец:<br><b>Ким Алексей Сергеевич</b> (казахский и русский) / <b>Kim Aleksey</b> (английский)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3. | Аннотация                        | Аннотация должна представлять собой самостоятельный текст. Аннотация должна быть посвящена статье – проведённому исследованию, а не предмету исследования в целом. Она представляет собой краткое, но информативное резюме статьи. В аннотации не допускается использование формул, аббревиатур, ссылок на позиции в списке литературы. Аннотация пишется одним абзацем объёмом не более 200 слов. В отдельных случаях: для эмпирических или оригинальных исследований приветствуются структурированные аннотации с выделением подзаголовков: общая вводная информация, цель, методы, результаты, практическая значимость. Объём структурированной аннотации не должен превышать 300 слов.<br>Аннотация предоставляется на трех языках.<br>Образец:<br><b>*В случае если статья подготовлена на казахском языке, Вам необходимо перевести текст аннотации на русский и английский языки.</b><br>- Түйіндеме<br>- Аннотация<br>- Summary. |
| 4. | Ключевые слова (от 3 до 6 слов). | Ключевые слова – это определенные слова из текста, способные представить наиболее значимые слова, по которым может вестись оценка и поиск статьи. До 6 ключевых слов или фраз, отражающие содержание и направление статьи.<br>Ключевые слова предоставляются на трех языках<br>Образец:<br><b>*В случае если статья подготовлена на казахском языке, Вам необходимо перевести ключевые слова на русский и английский языки.</b><br>- Түйінді сөздер<br>- Ключевые слова<br>- Key words                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|    |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. | Текст статьи                   | Текст статьи шрифтом Times New Roman, кегль – 12, с межстрочным интервалом – 1,5. Ориентация книжная (портрет) с полями: левое – 3 см правое 1,5 см верхнее и нижнее по 1,5 см и обязательной нумерацией страниц до списка литературы.<br>В тексте статьи на таблицы и рисунки (иллюстрации, графики, фотографии), а также подписи к ним присылаются в том же файле, что и основной текст, а также тяжелые материалы в виде иллюстративных материалов (объемные таблицы, рисунки, снимки размещаются в отдельном MsWord документе как приложение к статье. На все иллюстративные материалы должны быть ссылки в тексте. <b>Общее число таблиц и рисунков в оригинальных статьях обычно не должно превышать 5.</b> |
| 6. | Список литературы / References | Список литературы должен представлять собой краткое библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ 7.0.5–2008. Библиографические ссылки в тексте даются в квадратных скобках цифрами в соответствии со списком литературы, в котором цитируемые работы перечисляются: отечественные, зарубежные. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Количество источников должно быть не менее 20 и не должно превышать 50. Нежелательно ссылаться на резюме докладов, газетные публикации, неопубликованные наблюдения и личные сообщения. Ссылки должны быть сверены авторами рукописи с оригинальными документами.                                                         |
| 7  | Объем статьи                   | На рассмотрение принимаются публикации объемом не менее 4-5 страниц, без учета списка литературы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## Подготовка списка литературы

Списки литературы представляются в **ДВУХ** вариантах:

1) Русскоязычный вместе с зарубежными источниками в соответствии с ГОСТ 7.0.5–2008.

2) В транслитерации буквами латинского алфавита с переводом источников публикации на английский язык в соответствии с требованиями БД Scopus. На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу (вариант BGN или BSI).

**Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.**

На сайте <http://www.translit.ru> можно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. 1. Входим в программу Translit.ru online. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии, кроме названия книги или статьи, на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит». 2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список «References». 3. Переводим с помощью переводчика Google название статьи, монографии, сборника, конференции и т. д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, потребует редактирования. 4. Объединяем описания в транслите и переводное, оформляя в соответствии с принятыми правилами. При этом необходимо раскрыть место издания (например, Moscow ...), возможно, внести небольшие технические поправки. 5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

**Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи.**

Авторы (транслитерация) → (год в круглых скобках) → название статьи в транслитерированном варианте [перевод названия статьи на английский язык в квадратных скобках], название русскоязычного источника (транслитерация, либо английское название – если есть), выходные данные с обозначениями на английском языке.

**Примеры:**

Gokhberg L., Kuznetsova T. (2011) Strategiya-2020: novye kontury rossiiskoi innovatsionnoi politiki [Strategy 2020: New Outlines of Innovation Policy]. *Foresight-Russia*, vol. 5, no 4, pp. 8–30.

Balashova S., Lazanyuk I. (2004) Gosudarstvennoe regulirovanie sektora informatsionnykh tekhnologii: Indiya i Rossiya [Public Regulation of the IT Industry: India and Russia]. *Issledovano v Rossii* (electronic journal), vol. 7, no 199, pp. 2119–2128. Available at: <http://zhurnal.apelarn.ru/articles/2004/199.pdf> (accessed 10 January 2013).

**\*Автор несет ответственность за правильность библиографических данных**

**Контакты**

Издатель: ТОО «Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

3-этаж, 302 каб.

e-mail: [ksph.journal@mail.ru](mailto:ksph.journal@mail.ru)

[illegible]

[illegible]

## This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**ДЛЯ ЗАМЕТОК**

[illegible]