



***«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)

№2, 2024



«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).
Камалиев Максут Адильханович – м.ғ.д., профессор (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

Kamaliev 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).
Dzhumabekov Aueskhan 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).
Kamaliyev Maksut Adilkhanovich - Doctor of medical sciences, Professor (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 ОБПО 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 Максут 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 Мадаммин – 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).
Камалиев Максут Адильханович – д.м.н., профессор (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

0-14 жастағы балалар арасында вирустық гепатиттің эпидемиологиялық таралуы. Әдеби шолу

Алтысбаева А.Е., Рыскулова А.Р., Мещанов Г.Т., Айтамбаева Н.Н., Қибатолдинов Е.Н.

10

Мектеп жасындағы балалар арасында туберкулез таралуы. Әдеби шолу

Әнуарова А.Б., Сарсенбаева М.З., Рыскулова А.Р., Айтамбаева Н.Н., Қибатолдинов Е.Н.

16

Халыққа оториноларингологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыруды жетілдіру. Әдеби шолу

Сапарбек А.Д., Кульжанов М.К.

23

Біріншілік жабық бұрышты глаукоманың таралуына және көрсетілетін медициналық көмек мәселелеріне талдау. Әдебиеттік шолу

Жұмағұл Г., Маханбеткулова Д.

30

Инфекциялық аурулар дәрігерінің тәжірибесіндегі медициналық қателіктерді талдау және оларды жою тәсілдері. Әдебиетке шолу

Уалиева С.Т., Камалиев М.А.

40

Пародонтитпен ауыратын науқастарды емдеу әдісін оңтайландыру

Шертаева А.Ж., Қуракбаев К.К.

50

Қоғамдық денсаулық сақтау

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру халыққа медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын жақсарту құралы ретінде

Бауыржан М.Б., Бримжанова М.Д.

56

Туа біткен жүрек ақаулары бар балаларға медициналық көмекті ұйымдастыру

Аппахова Г.М., Альмуханова А.Б., Маханбеткулова Д.Н.

62

Көпбейінді қалалық ауруханадағы қақтығыстардың негізгі сәттері: медицина қызметкерлері мен пациенттердің көзқарасы

Шахантаева М.С.

78

CONTENT

Reviews

Epidemiological prevalence of viral hepatitis among children aged 0-14 years. Review <i>Alpysbaeva A.E., Ryskulova A.R., Meshchanov G.T., Aitambaeva N.N., Kibatoldinov E.N.....</i>	10
The prevalence of tuberculosis among school-age children. Review <i>Anuarova A.B., Sarsenbaeva M.Z., Ryskulova A.R., Aitambaeva N.N., Kibatoldinov E.N.....</i>	16
Improving the organization of otorhinolaryngological care for the population. Review <i>Saparbek A.D., Kulzhanov M.K.....</i>	23
Analysis of the prevalence and the issue of providing medical care to patients with primary angle-closed glaucoma. Literature review <i>Zhumagul G., Makhanbetkulova D.....</i>	30
Analysis of medical errors in the practice of an infectious disease doctor and ways to eliminate them. Literature review <i>Ualieva S.T., Kamaliev M.A.....</i>	40
Optimization of the treatment method for patients with periodontitis <i>Shertayeva A.Zh., Kurakbayev K.K.....</i>	50

Public health

Compulsory social health insurance as a means of improving the accessibility and quality of medical care for the population <i>Baurzhan M.B., Brimzhanova M.D.....</i>	56
Organization of medical care for congenital heart defects <i>Appakhova G.M., Almukhanova A.B., Makhanbetkulova D.N.....</i>	62
Key points of conflicts in the city multidisciplinary hospital: the view of medical professionals and patients <i>Shakhantayeva M.....</i>	78

СОДЕРЖАНИЕ

Обзор литературы

Эпидемиологическая распространенность вирусного гепатита среди детей 0-14 лет. Обзор литературы <i>Алтысбаева А.Е., Рыскулова А.Р., Мещанов Г.Т., Айтамбаева Н.Н., Қибатолдинов Е.Н.....</i>	10
Распространенность туберкулеза среди детей школьного возраста. Обзор литературы <i>Әнуарова А.Б., Сарсенбаева М.З., Рыскулова А.Р., Айтамбаева Н.Н., Қибатолдинов Е.Н...</i>	16
Совершенствование организации оториноларингологической помощи населению. Обзор литературы <i>Сапарбек А.Д., Кульжанов М.К.....</i>	23
Анализ ситуации распространения и оказания медицинской помощи пациентам с первичной закрытоугольной глаукомой. Обзор литературы <i>Жұмағұл Г., Маханбеткулова Д.....</i>	30
Анализ медицинских ошибок в практике врача-инфекциониста и пути их устранения. Обзор литературы <i>Уалиева С.Т., Камалиев М.А.....</i>	40
Оптимизация метода лечения пациентов с пародонтитом <i>Шертаева А.Ж., Куракбаев К.К.....</i>	50

Общественное здравоохранение

Обязательное социальное медицинское страхование как средство улучшения доступности и качества медицинской помощи для населения <i>Бауыржан М.Б., Бримжанова М.Д.....</i>	56
Организация медицинской помощи при врожденных пороках сердца <i>Аппахова Г.М., Альмуханова А.Б., Маханбеткулова Д.Н.....</i>	62
Ключевые моменты конфликтов в городской многопрофильной больнице: взгляд медицинских работников и пациентов <i>Шахантаева М.С.....</i>	78

0-14 ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ВИРУСТЫҚ ГЕПАТИТТІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАРАЛУЫ. ӘДЕБИ ШОЛУ

* Алпысбаева А.Е.¹, Рыскулова А.Р.¹, Мещанов Г.Т.¹,
Айтамбаева Н.Н.¹, Қибатолдинов Е.Н.².

¹«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті ЖШС
Алматы, Қазақстан

²«Семей медицина университеті» КеАҚ

Түйіндеме

Вирустық гепатиттер біздің елімізде де, әлемнің көптеген елдерінде де профилактиканың басым бағыты болып табылады және адамның инфекциялық патологиясында жетекші орындардың бірін алады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша вирустық гепатиттер әлемдегі өлім-жітімнің негізгі себептерінің бірі болып табылады. А (ГА) гепатитіндегі өлім-жітім 0,1-ден 2,1% - ға дейін, Е (ГЕ) гепатитінде - 0,1-ден 4% -ға дейін, жүкті әйелдерде үшінші триместрінде 30% -ға жетеді. В (ГВ) және С (ГС) гепатиттерінің нәтижелері мен асқынуларынан жыл сайын әлемде 1,4 миллионға дейін адам қайтыс болады. Кілт сөздер: пародонт қабынуы, тістем ақаулары, тіс қағы, патогенез, клиникалық көріністері

Кілт сөздер: *вирустық гепатит, сырқаттанушылық, берілу жолы, эпидемиология, эпидемиялық жағдай, профилактикалық іс-шаралар, вакцинация.*

Кіріспе. Вирустық гепатиттер қазіргі уақытта бүкіл әлемдегі медицина ғылымы мен денсаулық сақтаудың маңызды өзекті мәселелерінің бірі болып табылады. Бұл барлық жерде таралуымен, аурудың жоғары деңгейімен, полиэтиологиялылығымен, созылмалы ағымның пайда болу ықтималдығымен, бауыр циррозы мен гепатокарциноманың дамуымен, сондай-ақ жоғары өліммен анықталады [1].

Вирустық гепатиттің таралуы өте жоғары. ДДҰ мәліметтері бойынша, әлемнің әртүрлі елдерінде вирустық гепатитті бұрын 2 миллиардқа жуық адам, В гепатит вирусын 350 миллионнан астам адам жұқтырған. Ал жыл сайын бұл инфекциядан 1 миллионға жуық науқас қайтыс болады [2].

Соңғы жылдары АҚШ пен Еуропа елдерінде вирустың таралуы туралы деректер пайда болды.

2013 жылдан бастап Ресей Федерациясының аумағында Е гепатиті

есеп пен есептіліктің статистикалық нысандарында ресми түрде тіркеле бастады. Вирустық гепатиттермен сырқаттанушылықтың жалпы құрылымындағы Е гепатит үлесі барлық бақылау жылдарында төмен болып қалды. Дегенмен, 2013-2014 жылдары 0,7% -дан 2019 жылы 2,7% -ға дейін өзгерді, бұл диагностикалық зерттеулердің жеткіліксіздігінен орын алды. Географиялық сипаттамасына байланысты Е вирусты гепатиттердің таралуы біркелкі емес: Ұлыбританияда-13%, Италияда — 2,7%, Нидерландыда — 1,9%, Швецияда — 9,3%, Германияда — 16,8%, Сан-Маринода — 1,5% [3].

Қазақстан Республикасы вирустық гепатиттердің таралуынан өзге елдерден ерекшелденбейді [4,5,6,7]. ДДҰ сарапшыларының бағалауына сәйкес, Қазақстан аумағы вирустық гепатиттердің эндемиясы жоғары және ішінара орташа өңірлерге жатады.

Елдің әлеуметтік-экономикалық мәртебесі, этникалық ерекшеліктері, нашакорлық деңгейі және аурудың даму қаупінің басқа факторлары эпидемиялық процеске, оның аймақтың экологиялық жағдайымен тығыз байланысты ерекшеліктеріне айтарлықтай әсер ететіні белгілі, оларды анықтау ғылыми негіздеу және нақты, тиімді алдын алу шараларын әзірлеу үшін қажет. Осы орайда, еліміздің Семей өңірінде вирустық гепатит кезінде эпидемиялық процеске тән негізгі заңдылықтарды анықтау мақсатында 2000-2011 жылдар аралығында осы өңірде вирустық гепатитпен сырқаттанушылық бойынша мемлекеттік санитарлық эпидемиологиялық қадағалау басқармасының ресми деректеріне ретроспективті эпидемиологиялық талдау жүргізілген болатын. Зерттеу нәтижелері 11 жыл ішінде (2000-2011 жылдар) Семей өңірінде вирустық гепатиттердің 15 жағдайы тіркелгенін көрсетті, олардың едәуір үлесі ВГА (62,5%), ВВГ (35,8%) сирек кездесетінін және ВГГ (1,7%) және ВГД (0,1%) айтарлықтай аз тіркелгенін көрсетті. Вирустық гепатитпен ауыратындардың арасында қала тұрғындары басым болды (92,7%), ауыл тұрғындары 7,3% құрады.

А.Джумабаева Қазақстанда 18 аумақ бойынша В, С және Д вирусты гепатиттерінің таралу деңгейін анықтау мақсатында 2015-2020 жылдар аралығындағы деректерге ретроспективті зерттеу жүргізген болатын. Зерттеу нәтижелері бойынша Қазақстанда В, С және Д гепатитінің 268 975 жағдайы анықталды, В гепатиті $n = 109\,734$ жағдайы тіркелді. Әйелдерде барлық жағдайлардың 40,6% -ы ($N = 44\,545$), ал ерлерде барлық жағдайлардың 59,4% -ы ($N = 65\,189$). Д гепатиті 8 656 жағдайда анықталды, оның 58,3% ($N = 5049$) ерлерде, 41,7% ($N = 3607$) - әйелдерде. С гепатиті $N = 159\,585$ жағдайда тіркелген. Бұл көрсеткіш ерлер арасында (54,6%; $N = 82\,203$) әйелдермен 45,4% ($N = 68\,382$) салыстырғанда жоғары болды. 2020 жылы (2015 жылмен салыстырғанда) Д гепатиті 68,3% - ға, В гепатиті 49,8% -ға және С гепатиті 46,4% -ға айтарлықтай өскені байқалды. Д гепатитінің ең көп

таралуы 2016 жылы тіркелді, бұл 2020 жылмен салыстырғанда 22,3% жоғары. С гепатитімен сырқаттанушылықтың айтарлықтай өсуі 2015 жылмен салыстырғанда 2019 жылы тіркелді, онда көрсеткіштер 49,2% -ға жоғары болды [8].

Вирустық гепатиттер қазіргі уақытта барлық елдердің тұрғындарының денсаулығына елеулі қауіп төндіреді. 2016 жылдың мамырында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ассамблеясы Денсаулық сақтау секторының вирустық гепатиттер бойынша 2016-2021 жылдарға арналған жаһандық стратегиясын мақұлдады. Бұл стратегия 2030 жылға қарай гепатиттің барлық бес вирусын (А, В, С, Д және Е) халықтың денсаулығына қауіп ретінде (жаңа инфекцияларды 90% - ға және өлімді 65% - ға азайту арқылы) бақылауға және жоюға бағытталған.

Барлық вирустық гепатиттердің ішінде А (ГА) гепатиті жетекші орын алады, ол әдетте бауырдың созылмалы ауруларын тудырмайды, бірақ ауыр белгілермен бірге жүруі мүмкін және кейде фульминантты түрде жүруі мүмкін, көбінесе өліммен аяқталады. ДДҰ 2016 жылы бүкіл әлемде А гепатитінен 7134 адам қайтыс болды деп есептейді (бұл вирустық гепатиттің барлық түрлерінен болатын өлім-жітімнің 0,5% құрайды).

Е (ГЕ) гепатиті негізінен Оңтүстік, Оңтүстік-Шығыс және Орталық Азия, Солтүстік, Шығыс және Батыс Африка елдерінде таралған, оларды ДДҰ гиперэндемиялық аймақтар ретінде қарастырады.

Негізгі бөлім. 0-14 жас аралығындағы балаларда вирусты гепатиттің таралуы.

Вирустық балалар гепатиттері қазіргі гастроэнтерологияда ерекше орын алады, өйткені аурулардың бұл тобы ағзаға ауыр асқынуларға және өткір аурудың созылмалы кезеңге өтуіне әкелуі мүмкін. Жақында бүкіл әлемде балаларда гепатит жағдайларының көбеюі байқалды.

2022 жылдың басында ДДҰ-ның Халықаралық денсаулық сақтауды реттеу жүйесіне 1 айдан - 16 жасқа дейінгі бұрын сау балаларда түсініксіз гепатит

этиологиясымен жағдайлар тіркелді [9, 10].

2022 жылдың 5 сәуірі мен 8 шілдесі аралығында 35 ел аурудың 10 ықтимал жағдайы және 22 өлім туралы хабарлады. Ықтимал жағдайлардың ішінде 46 (5%) балаларға трансплантация қажет болды, ал ДДҰ-на 22 (2%) өлім жағдайы туралы хабарлама келді [11]. Еуропада ECDC (еуропалық аурулардың алдын алу және бақылау орталығы) мәліметтері бойынша 30 маусымда 21 елден 473 жағдай тіркелді [12], оның 328-і ауруханаға жатқызылды, 87-сі реанимация бөліміне жатқызуды қажет етті және 20-сы бауыр трансплантациясын алды.

Соңғы жылдары Мексикада бауыр ауруларының деңгейі өсті. 2000-2007 жылдар аралығында жалпы халық арасында вирустық гепатиттің шамамен 193000 жағдайы тіркелді; негізгі этиологиялары ВГА, ВГВ және ВГС болды. ВГА жалпы халық арасында вирустық гепатиттің (79%) жетекші себебі болып табылады, одан кейін ВГВ және ВГС (сәйкесінше 6 және 3,3%). Жалпы Мексика тұрғындары арасында вирустық гепатиттің ең көп таралған қауіп факторлары санитарлық жағдайдың болмауы, қан құю және хирургиялық операциялар тарихы болып табылады [13,14].

G. Escobedo-Meléndez 2005 жылдан 2009 жылға дейін Мексикада ауруханаға түскен 15 жасқа дейінгі 31 818 балаға вирустық гипотит бойынша зерттеу жүргізген болатын. Зерттеу нәтижесі бойынша 31 818 баланың 215-іне (0,7%) гепатит диагнозы қойылған. Бұл науқастардың 110-ы ерлер мен 105-і қыздар болды (0-15 жас аралығы; орташа жас 7,2) [15].

П. Хурана өз зерттеуіне 2016 жылдың қаңтарынан желтоқсанына дейін 1 жыл ішінде вирустық гепатитке күдікті 12 жасқа дейінгі балаларды алды. Үлгілер ферментативті флуоресцентті талдау (ELFA) принциптеріне негізделген автоматтандырылған иммундық талдау жүйесін пайдалана отырып, HAV IgM, hev IgM, В гепатиті профилі және С гепатиті вирусына антиденелер үшін жиналды және сыналды. Вирустық гепатитке күдікті

пациенттерден барлығы 2232 сынама алынды. Зерттеу нәтижесі бойынша оның 1406-сы (63,0%) вирустық гепатитке оң нәтиже берді. Фекальды-оральды жолмен берілетін вирустық гепатит жағдайлардың 82,9% - (ВГА 73,8% және ВГЕ 9,1%), ал парентеральді берілетін вирустық гепатит жағдайлардың 17,1% - (ВГВ 16,2% және ВГС 0,9%) құрады [16].

Балалар үшін В гепатиті ең қауіпті, қазіргі уақытта нақты емі жоқ және қысқа уақыт ішінде ауыр асқынуларға әкелуі мүмкін. Елдің әр түкпіріндегі педиатриялық популяцияда әр түрлі көрсеткіштер тіркелді; Борнодағы (Солтүстік Нигерия) бастауыш сынып балалары арасында 44,7%, Нигерияның оңтүстік-батысындағы Илеш қаласындағы амбулаториялық клиникаға баратын балаларды ауруханада зерттеуде 13,9% және Нигерияның оңтүстік-батысындағы Калабардағы орта мектептерге баратын жасөспірімдер арасында 1,2% [17 - 19].

Нәрестеге В гепатиті әдетте перинаталдық кезеңде анадан балаға немесе жұқтырған адамның қаны арқылы көлденең беріледі [20,21]. ВГВ инфекциясы неғұрлым ерте пайда болса, созылмалы инфекцияның даму ықтималдығы және оның салдары соғұрлым жоғары болады. В гепатиті вирусының жиілігін азайту үшін ДДҰ барлық балаларға В гепатитіне қарсы вакцинаны туылғаннан кейін мүмкіндігінше тезірек, 24 сағат ішінде, содан кейін кемінде 4 апта аралықпен В гепатитіне қарсы вакцинаның 2 немесе 3 дозасын енгізуді ұсынады [20]. Нигерия үкіметі В гепатитіне қарсы вакцинаны 2004 жылы Ұлттық иммундау бағдарламасының (NPI) кестесіне енгізді. Нигерия сияқты ресурстары шектеулі елдерде В гепатитін диагностикалау мен емдеуге қол жетімділік шектеулі. ДДҰ 2016 жылы жұқтырған адамдардың тек 10,5% -ы өздерінің ВГВ мәртебесі туралы білетінін хабарлады [20].

Қорытынды. Вирустық гепатиттер, ең алдымен парентеральды (В, С және Д), маңызды медициналық және әлеуметтік ауруларға жатады. Әлем деректеріне

сүйенсек, вирусты гепатиттердің, әсіресе балалар арасында таралу деңгейі жыл санап өсіп келеді. ДДҰ жүргізген зерттеу нәтижелеріне сәйкес [22], егер вакцинация, диагностикалық тестілеу, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету орталықтарының саны ұлғайса, сондай-ақ ақпараттық-түсіндіру жұмыстары үзбей жүргізілсе, 2030 жылға қарай табысы төмен немесе орташа

елдерде шамамен 4,5 миллион мезгілсіз өлімнің алдын алуға болады.

Қазақстанда әлемнің көптеген елдеріндегідей 28 шілдеде Дүниежүзілік гепатитпен күрес күні аталып өтіледі, бұл күні өткізілетін іс-шаралар вирустық гепатиттермен инфекцияның алдын алу туралы халықтың хабардарлығын арттыруға бағытталған.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ 0-14 ЛЕТ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

***Алпысбаева А.Е.¹, Рыскулова А.Р.¹, Мещанов Г.Т.¹,
Айтамбаева Н.Н.¹, Қибатолдинов Е.Н.².**

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

Аннотация

Вирусные гепатиты являются приоритетным направлением профилактики как в нашей стране, так и во многих странах мира и занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека. По данным Всемирной организации здравоохранения, вирусные гепатиты являются одной из основных причин смерти в мире. Смертность при гепатите А (ГА) колеблется от 0,1 до 2,1%, при гепатите Е (ГЕ) — от 0,1 до 4%, у беременных в третьем триместре достигает 30%. От исходов и осложнений гепатитов В (ГВ) и С (ГС) ежегодно во всем мире умирает до 1,4 миллиона человек.

Ключевые слова: вирусные гепатиты, заболеваемость, путь передачи, эпидемиология, эпидемическая ситуация, профилактические мероприятия, вакцинация.

EPIDEMIOLOGICAL PREVALENCE OF VIRAL HEPATITIS AMONG CHILDREN AGED 0-14 YEARS. REVIEW

***Alpysbaeva A.E.¹, Ryskulova A.R.¹, Meshchanov G.T.¹,
Aitambaeva N.N.¹, Kibatoldinov E.N.².**

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

Abstract

Viral hepatitis is a priority area of prevention both in our country and in many countries of the world and occupies one of the leading places in human infectious pathology. According to the World Health Organization, viral hepatitis is one of the leading causes of death in the world. Mortality in hepatitis A ranges from 0.1 to 2.1%, in hepatitis E — from 0.1 to 4%, in pregnant women in the third trimester reaches 30%. Up to 1.4 million people die worldwide each year from the outcomes and complications of hepatitis B and C.

Keywords: viral hepatitis, morbidity, transmission pathway, epidemiology, epidemic situation, preventive measures, vaccination.

Әдебиеттер тізімі

1. Измайлов Д.В. // Мир вирусных гепатитов. – 2011. — №2. – С.5-6.
2. Чуйкова К.И., Якимов В.Л., Кашанахова Л.Л. Эпидемиологическая характеристика острого гепатита В в Омской области и Томске за 1992-2007 гг. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2011. — №2. – С.14-18.
3. Clemente-Casares P., Ramos-Romero C., Ramirez-Gonzalez E., Mas A. Hepatitis E virus in industrialized countries: the silent threat // Biomed Res. 2016;9838041. doi: 10.1155/2016/9838041
4. Отунбаева Д.И. Региональные проблемы хронического вирусного гепатита В // Consilium, — 2011. — №5. – С.17-19.
5. Смагулов Е.К. Эпидемиологическая ситуация по вирусному гепатиту А в Панфиловском районе с 2007 по 2009 годы // Медицина. – 2011. — №3. – С.42.
6. Ботова О.П. Распространенность вирусных гепатитов В и С среди медицинских работников и больных неинфекционного стационара по результатам определения маркеров в сыворотках крови // Медицина и экология. – 2011. — №1. –С.52-55.
7. Козбекова Г.К. Медико-социальная и экономическая оценка эффективности иммунопрофилактики вирусного гепатита В в Республике Казахстан // Аллергология и иммунология. – 2012. – Том 13. — №1. – С.42-43.
8. A. Jumabayeva, A. Nersesov, M. Kulzhanov, M.Nefedova, G. Nuraliyeva, G. Rakhimbekova, Sh. Tanabayeva, I. Fakhradiyev Prevalence of Viral Hepatitis B, C, and D in Kazakhstan. The Scientific World Journal. Volume 2022 | Article ID 9102565
9. Всемирная организация здравоохранения (15 апреля 2022 г.). Новости о вспышках заболеваний: острый гепатит неизвестной этиологии – Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии. Доступно по адресу: <https://www.who.int/emergologies/disease-outbreak-news/item/acute-hepatitis-of-unknown-aetiology—the-united-kingdom-of-great-britain-and-northern-ireland><https://www.who.int/emergologies/disease-outbreak-news/item/2022-DON368>
10. Агентство безопасности здравоохранения Великобритании (8 апреля 2022 г.). Рост случаев острых гепатитов неясной этиологии у детей. Доступно по адресу: <https://www.gov.uk/government/publications/hepatitis-increase-in-acute-cases-of-unknown-aetiology-in-children/increase-in-acute-hepatitis-cases-of-unknown-aetiology-in-children> .-этиология у детей
11. Всемирная организация здравоохранения (12 июля 2022 г.). Новости о вспышках заболеваний: острый гепатит неясной этиологии у детей - Мультистрановой. Доступно по адресу: <https://www.who.int/emergologies/disease-outbreak-news/item/2022-DON400>.
12. Совместный европейский региональный офис ECDC-BOЗ: Бюллетень по надзору за гепатитом неизвестного происхождения у детей. 1 июля 2022 г. Доступно по адресу: <https://cdn.ecdc.europa.eu/novhep-surveillance/>.
13. Роман С., Пандуро А., Агилар-Гутьеррес Й., Мальдонадо М., Васкес Ван Дайк М., Мартинес-Лопес Э. и др. Низкая устойчивая серологическая распространенность HBsAg связана с низкой частотой случаев цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, связанных с ВГВ, в Мексике: систематический обзор. Hepatol Int, 3 (2013), стр. 343-355. <http://dx.doi.org/10.1007/s12072-008-9115-9>
14. Пандуро А., Роман С., Хан А., Танака Ю., Курбанов Ф., Мартинес-Лопес Э., Камполло О. и др. Молекулярная эпидемиология генотипов вируса гепатита С в западной Мексике. Virus Res, 151 (2011), стр. 19–25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.virusres.2010.03.009>
15. Griselda Escobedo-Meléndez, Nora A. Fierro, Sonia Roman, Monserrat Maldonado-González, Eloy Zepeda-Carrillo, Arturo Panduro Prevalence of hepatitis A, B and C serological markers in children from western Mexico. Annals of hepatology. Vol.11. No 2, 2012, 194-201.
16. P. Khurana, K. Saigal, A. Ghosh Prevalence and immunological profile of viral hepatitis in pediatric population: Experience of a Pediatric Tertiary Care Center, North India. International

17. Букбук Д., Басси А., Мангоро З. Серораспространенность поверхностного антигена гепатита В среди учеников начальной школы в сельской долине Хавал, штат Борно, Нигерия. J Community Med Prim Heal Care. 2015 г.; 17 :20–23.

18. Донбрей Э., Джафет М., Адесина А., Абайоми О.А. Распространенность бессимптомного поверхностного антигена вируса гепатита В в Илеше, штат Осун, юго-западная Нигерия. Африканский J Microbiol Res. 2014 г.; 8 : 2329–2331.

19. Икоба Дж., Окпара Х., Элеми И., Огарепе Ю., Удох Э., Эканем Э. Распространенность инфекции вируса гепатита В среди нигерийских детей до введения вакцины в Национальную программу календаря иммунизации. Pan Afr Med J. 2016, 25 марта; 23 :128.

20. ВОЗ по гепатиту В. Информационный бюллетень ВОЗ. 2021. По состоянию на 22 марта 2022 г.

21. Эмечебе Г., Эмоди И., Икефуна А., Илечукву Г.К., Игве В.К., Эджиофор ОС и др. Инфекция вирусом гепатита В в Нигерии – обзор А. Нигерский медицинский журнал, 2012 г.; 50 :18–22.

22. М.Ю. Буцкая, А.Д. Бушманова, Е.Н. Прийма, С.В. Огурцова, К.Е. Новак, Е.В. Эсауленко. Современные эпидемиологические аспекты острых вирусных гепатитов в России. Эпидемиология и инфекционные болезни. Том 26, № 2, 2021.

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.

Сведения об авторах

Корреспондирующий автор. Алпысбаева Ақбота Ерболқызы – магистрант 2 года обучения по специальности «Общественное здравоохранение», ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, E-mail: aalpyysbayeva0000@gmail.com

Рыскулова Алма-Гуль Рахимова – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой Общественного здоровья и социальных наук, ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, E-mail: r.alma@bk.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4768-4799>

Мещанов Галымжан Турсунович - Кандидат медицинских наук, и.о.доцента кафедры «Эпидемиология, доказательная медицина и биостатистика» ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, E-mail: g.meshanov@ksph.kz

Айтамбаева Надира Нурбековна – старший преподаватель кафедры Общественного здоровья и социальных наук, ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, E-mail: aitambaeva.nadira@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5869-1789>

Кибатолдинов Ерлік Нұрланұлы – резидент, нейрохирург, «Семей медицина университеті» КеАҚ г.Семей, Казахстан, E-mail: kibatoldinov.e@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0921-2224>

Статья поступила: 28.05.2024

Статья принята: 30.05.2024

МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗ ТАРАЛУЫ. ӘДЕБИ ШОЛУ

*Әнуарова А.Б., Сарсенбаева М.З., Рыскулова А.Р.,
Айтамбаева Н.Н., Қибатолдинов Е.Н.

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті ЖШС
Алматы, Қазақстан

Түйіндеме

Туберкулез бүгінде әлемдегі денсаулық сақтаудың ең өзекті мәселелерінің бірі. ДДҰ мәліметтері бойынша, әлем халқының үштен бірі туберкулез микобактерияларын жұқтырған. Жыл сайын әлемде туберкулезден шамамен 2-3 млн. адам қайтыс болады. 2022 жылы дүние жүзінде туберкулез (туберкулез) жағдайларының саны 10,6 миллион адамды құрады, оның ішінде 5,8 миллион ер адам, 3,5 миллион әйел және 1,3 миллион балалар. Туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайдың нашарлауы барлық жас топтары арасында, әсіресе балалар арасында сырқаттанушылықтың өсуімен сипатталады.

Кілт сөздер: туберкулез, балалар, жасөспірімдер, клиникалық көріністер, тәуекел топтары.

Кіріспе. Туберкулез бүгінде әлемдегі денсаулық сақтаудың ең өзекті мәселелерінің бірі. Эпидемиологиялық жағдайдың нашарлауы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) 1993 жылы туберкулезді жаһандық қауіп деп жариялауына себеп болды [1-4]. 1999 жылы “туберкулездің жаһандық ауыртпалығы” ұғымы енгізілді. Осы тұрғыдан алғанда, туберкулездің ең үлкен ауыртпалығы бар 22 ел белгіленді. Жалпы алғанда, бұл елдер әлемдегі туберкулездің жаңа жағдайларының 80% -ын береді, олардың қатарына Қазақстан да кіреді [5, 6]. 1999 жылы туберкулез ауруы елімізде 100 000 адамға шаққанда 141,0 адамды құраған. 2002 жылы сырқаттанушылық деңгейінің өсуі (100 000 адамға шаққанда 165,1) ең жоғарғы көрсеткішті құрады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ, 1999) сарапшыларының болжамы бойынша 2000-2020 жылдар аралығында 2 миллиардқа жуық адам туберкулез микобактерияларын (МБТ)

жұқтырды; 200 миллион адам ауырып, 35 миллион адам қайтыс болды [7]. Ал жылдық көрсеткіш бойынша жылына 2-3 миллион адам осы дерттен қайтыс болады. 1 миллионға жуық науқас — 15 жасқа дейінгі балалар немесе барлық жаңа жағдайлардың 11%-ын құрайды. Әлемнің әр түкпірінде алғаш рет анықталған науқастардың жалпы санының 3-тен 25% -на дейінгі бөлігін балалар қамтиды [8-11]. Балаларда туберкулез кез-келген жаста, көбінесе 1 жастан 4 жасқа дейін дами алады. Балалардағы туберкулезді анықтау оның халық арасында таралуының көрсеткіші болып табылады [12]. Жер шарының әртүрлі аймақтарында туберкулез бойынша эпидемиялық жағдай үнемі өзгеріп отырады. Гүлденген елдерде де сырқаттанушылық динамикасының нашарлауы байқалған: 45 жыл ішінде Стокгольмде туберкулез менингиті жағдайлары тіркелген балаларда туберкулездің өсуі анықталды (7 %) [9]. Татарстан Республикасында 0-17 жас аралығындағы туберкулезбен ауыратын

балалардың үлесіне 4,1-ден 5% -ға дейін келеді, ал Мордовия Республикасында ауылдық жерлерде тұратын балалар есебінен 2012-2014 жылдары белсенді туберкулездің алғаш анықталған түрлерінің өсуі байқалды [13, 14].

Балалар мен жасөспірімдердегі туберкулез фтизиатрияның негізгі проблемасы болып табылады [15]. Балалардың туберкулез ауруын алдын ала анықтайтын маңызды факторлар туберкулезбен ауыратын науқаспен тығыз байланыста болу (87,2%), қолайсыз соматикалық фон (58,2%), *Mycobacterium tuberculosis bovis* BCG (БЦЖ) туберкулезге қарсы штаммының тірі вакцинасымен вакцинациялаудың төмен тиімділігі (36,7%) [16].

Біздің елімізде балалардағы туберкулез инфекциясын анықтаудың негізгі әдісі туберкулинодиагностика болып қолданылды [17, 18], соның арқасында туберкулез ауруы бойынша негізгі қауіп топтары анықталады. Сонымен, туберкулин диагностикасының нәтижелері бойынша балалардағы белсенді туберкулез процесінің анықталуы 1000 тексерілгенге 0,22 жағдайды, жасөспірімдерде - 0,12 жағдайды, ал флюорография әдісімен туберкулездің анықталуы 1000 тексерілгенге 0,44 жағдайды құрайды [19]. Дегенмен, соңғы жылдары бұл әдістің диагностикалық құндылығының төмендеуі байқалды. Туберкулин диагностикасы көп жағдайда теріс немесе күмәнді нәтижелер берді, бұл диагноз қою процесін қиындатты [20].

Кішкентай балаларда БЦЖ вакцинациясы туберкулездің ауыр түрлерінің алдын алу әдісі ретінде өте маңызды. БЦЖ вакцинацияланған балалардың туберкулез ауруының салыстырмалы қаупі 0,06%, БЦЖ вакцинасымен вакцинацияланбаған 0,2% құрады, бұл БЦЖ вакцинасының қорғаныс функциясын және БЦЖ вакцинасымен егілмеген балалармен салыстырғанда туберкулезбен ауыру қаупі аз [21].

Балалар мен жасөспірімдердің аурушандығының өзіндік ерекшеліктері

бар. 0 -ден 18 жасқа дейін туберкулезбен ауыратын жасөспірімдер мен балалардың арасында 3-6 жастағы балаларда ең көп кездеседі [22]. Мәселен, 2010 жылы туу кезінде БЦЖ вакцинациясына және жыл сайынғы туберкулин диагностикасына қарамастан, балалардағы сырқаттанушылықтың ең жоғары деңгейі осы жастағы 100 мың балаға шаққанда 3-6 жасқа келеді - 20,9. Бұл факт елдегі туберкулездің үлкен эпидемиологиялық ошағымен ғана түсіндіріледі. 15-17 жас аралығындағы жасөспірімдерде сырқаттанушылық 100 мың адамға шаққанда 36-ны құрады. Жасөспірімдерде туберкулездің балаларға қарағанда ауыр түрлері дамиды: өкпе тінінің ыдырауы 36,4% -да, бактериялардың бөлінуі 28% -да анықталады [23]. Туберкулезден балалардың өлімі көп жағдайда өмірдің бірінші жылында болады және себебі - туберкулез менингиті. Бұл диагностиканың қиындықтарына байланысты, өйткені бастапқы белгілер 70% жағдайда жедел респираторлық вирустық инфекция (ЖРВИ), пневмония және басқа инфекциялар ретінде түсіндірілді.

Балаларда алғаш рет анықталған туберкулездің құрылымы, әдетте, аурудың алдын алу және ерте анықтау бойынша аумақтардың жұмысын көрсетеді. Балалардағы аурудың клиникалық формалары, мемлекеттік статистикаға сәйкес, өкпе тініне таралмай, кеуде ішілік лимфа түйіндерінің зақымдануы түрінде тыныс алу органдарының туберкулезінің басым болуымен сипатталады. Жасөспірімдерде тыныс алу органдарының туберкулезі көбінесе өкпе тінінің зақымдалуымен жүреді, процестің тез дамуымен және көптеген жағдайларда хирургиялық емдеуді қажет ететін асқынулардың дамуымен сипатталады. 2010 жылы балалардағы тыныс алу органдарының туберкулезінің клиникалық формаларының құрылымында лимфаденит (49 %), бастапқы туберкулез кешені (25%), плеврит 12% құрайды. Соңғы жылдары асқынған туберкулез құрылымында айтарлықтай өзгеріс

байқалады: бактерияға дейінгі кезеңде балаларда туберкулезді менингиттің дамуымен жедел өкпе және өкпеден тыс диссеминация түріндегі асқынулар басым болды; 1960-1970 жылдары плевраның зақымдануымен және бронх туберкулезімен асқынулардың экссудативті сипаты жиі кездесті. Қазіргі уақытта медиастинальды лимфа түйіндерінің зақымдануы бар, ірі кальцинаттардың пайда болуымен және кейіннен баланың мүгедектігімен жиі созылмалы ағымға ие балалар саны артты.

Байланыс жағдайында туберкулездің дамуына ықпал ететін факторлардың үш тобы бар [24]. Бірінші топқа инфекция көзіндегі бактериялардың бөлінуін ескере отырып, ошақтың эпидемиялық қауіптілік дәрежесі жатады. Екіншісіне дененің қорғаныс күштеріне әсер ететін факторлар жатады: әлеуметтік (социопатикалық отбасыларда, медициналық-әлеуметтік қауіпті отбасыларда тұру, өмір сүру деңгейінің төмендігі, жаман әдеттер) және биологиялық медициналық (5 жыл ішінде балаларда БЦЖ вакцинасымен иммундаудың болмауы және тиімсізділігі; созылмалы және қатар жүретін аурулардың болуы) [25]. Факторлардың үшінші тобын туберкулезге қарсы қызметке белгісіз туберкулез инфекциясының ошақтары (ауру бала бойынша инфекция көзін анықтау немесе ауру ересек адаммен бір мезгілде балалар мен жасөспірімдерде ауру жағдайларын анықтау), сондай-ақ туберкулезге қарсы іс-шараларды жүргізудегі ақаулар, оның ішінде тексеру мерзімдерінің бұзылуы және қолданылатын диагностика әдістерінің сапасыздығы сияқты ұйымдастырушылық проблемалар құрайды.

Екінші жағдайында аталып өткендей, соңғы жылдары толық емес отбасылардан шыққан жасөспірім балалардың, туберкулезбен ауыратын жетім балалардың саны өсті, бұл әлеуметтік мәртебеге және эпидемиологиялық қолайсыздыққа байланысты [26-28]. Қолайсыз өмір сүру жағдайлары, ата-аналардың жаман әдеттері және олардың санитарлық сауаттылығының төмендігі балада белсенді туберкулездің дамуына әсер етеді [26, 29].

Туберкулез инфекциясы ошақтарындағы балаларда аса маңызды медициналық және әлеуметтік қауіп факторлары ажыратылады: тұрақты емес туберкулинодиагностика (61,0 %), ошақтардағы балалар арасында созылмалы патологияның өсуі (57,0 %), сапасыз вакцинация немесе ревакцинация (55,0 %), химиопрофилактиканың болмауы (50,0 %), дене дамуының төмен деңгейі (47,0 %), ұйымдастырылмаған контингент (36,6 %) [30].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының туберкулез бойынша жаңа жаһандық стратегияны іске асыру шеңберіндегі мақсаты аурудың жаһандық эпидетін жою, атап айтқанда туберкулезден болатын өлім-жітімді 95% -ға азайту және 2015-2035 жылдар аралығындағы кезеңде аурудың жаңа жағдайларының санын 90% -ға азайту болып табылады [31].

Ресей Федерациясында 0-14 жастағы балалардың туберкулезбен тіркелген сырқаттанушылығы айтарлықтай ауытқуларға ие болды: бірінші кезеңде 2002 жылға қарай екі еседен астам өсу байқалды (100 мың балаға шаққанда 9,4-тен 19,1-ге дейін). Келесі бес жылда сырқаттанушылық көрсеткіші іс жүзінде өзгеруді тоқтатты, тек 16,2–16,4 шегінде 100 мыңға шаққанда 95% сенімділік интервалында шамалы ауытқулар байқалды. 2008 жылға қарай сырқаттанушылық 100 мың балаға шаққанда 15,3-ке дейін төмендеді. Келесі екі жылда балалардың туберкулезбен тіркелетін сырқаттанушылық көрсеткішінің 2009 жылғы 14,6-дан 2012 жылғы 100 мың балаға шаққанда 16,6-ға дейін тұрақты өсуі байқалды (алғаш анықталған 0-14 жастағы 3688 бала). Тек келесі жылдары ғана туберкулездің жергілікті түрлерімен анықталған балалар санының азаюының айқын тенденциясы байқалды.

Қазақстан Республикасында жасөспірімдер туберкулезінің эпидемиологиясында жүйелі түрде жүргізілетін туберкулезге қарсы іс-шаралардың нәтижесінде статистикалық көрсеткіштердің өзгеруінен көрініс тапқан үлкен оң өзгерістер болды. Мәселен, 2009 жылдан 2018 жылға дейінгі кезеңде

туберкулезбен сырқаттанушылықтың 100 мың тұрғынға шаққанда 117,1-ден 47,9 жағдайға дейін 2,4 есе төмендеуі тіркелді. Елімізде туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеудің тиімділігі әлемдегі ең жоғары көрсеткіштердің бірі болып табылады және 2021 жылы сезімтал туберкулезбен алғаш анықталған науқастар арасында ол 85,9% (ДДҰ стандарты - 85%) және дәріге төзімділігі – 80,2% (ДДҰ стандарты - 75%) құрады [32].

Қорытынды. Қазіргі уақытта фтизиатрияда ауруды ерте диагностикалау үшін жаңа ғылыми-техникалық жетістіктер белсенді қолданылады: компьютерлік томография, магнитті-резонанстық томография, *in vivo* және *in vitro* иммунологиялық сынақтар,

туберкулезді бактериологиялық растаудың жеделдетілген әдістері. Бұл ауруды ерте анықтау жұмысын жақсартуға ықпал етеді. Алайда, алынған мәліметтерді дұрыс түсіндіруге байланысты объективті қиындықтарды жеңу қажет, бұл балалардың туберкулезбен ауыру көрсеткіштеріне тікелей әсер етеді. Қалыптасқан жағдайды оңтайландыру үшін: туберкулезге қарсы бағдарламаларды әзірлеу кезінде туберкулез бойынша эпидемиялық жағдайдың өңірлік ерекшеліктерін ескеру, әлеуметтік бейімделмеген отбасыларда тұратын туберкулез инфекциясы ошақтарынан шыққан балаларға бақылауды және көмекті ұйымдастыруды жүзеге асыру, санаторий жағдайында бақыланатын химиопрофилактиканы жүргізу қажет.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

***Әнуарова А.Б., Сарсенбаева М.З., Рыскулова А.Р.,
Айтамбаева Н.Н., Қибатолдинов Е.Н.**

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

Аннотация

Туберкулез сегодня остается одной из самых насущных проблем здравоохранения в мире. По данным ВОЗ, треть населения мира инфицирована микобактериями туберкулеза. Ежегодно во всем мире от туберкулеза умирает около 2-3 миллионов человек. В 2022 году число случаев туберкулеза (ТБ) во всем мире составило 10,6 миллиона человек, в том числе 5,8 миллиона мужчин, 3,5 миллиона женщин и 1,3 миллиона детей. Ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу характеризуется ростом заболеваемости среди всех возрастных групп, особенно среди детей.

Ключевые слова: туберкулез, дети, подростки, клинические проявления, группы риска

THE PREVALENCE OF TUBERCULOSIS AMONG SCHOOL-AGE CHILDREN. REVIEW

***Anuarova A.B., Sarsenbaeva M.Z., Ryskulova A.R.,
Aitambaeva N.N., Kibatoldinov E.N.**

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

Abstract

Tuberculosis remains one of the most pressing health problems in the world today. According to WHO, one third of the world's population is infected with Mycobacterium tuberculosis. Every year, about 2-3 million people die from tuberculosis worldwide. In 2022, the number of

tuberculosis (TB) cases worldwide was 10.6 million, including 5.8 million men, 3.5 million women and 1.3 million children. The deterioration of the epidemiological situation of tuberculosis is characterized by an increase in morbidity among all age groups, especially among children.

Keywords: *tuberculosis, children, teenagers, clinical manifestations, risk groups.*

Әдебиеттер тізімі

1. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2012. - № 1. - С. 6-9.
2. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Ерохин В.В., Пунга В.В. Туберкулез в Российской Федерации // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2019. — № 3. — С. 4—11.
3. Перельман М.И. Туберкулез. Новый этап борьбы // Вопросы экономики управления для руководителей здравоохранения. — 2014. — № 3. — С. 33 — 34.
4. Филлипова Т.П., Васильева Л.С., Коч-кин А.В., Саватеева В.Г. и др. Современные тенденции эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Сибирский медицинский журнал. — Иркутск, 2011. — Т. 90, № 7. — С. 13 — 16.
5. Frieden T. Tuberculosis case detection, treatment, and monitoring: question and answers; 2nd ed. — Geneva: World Health Organization, 2014. — P. 388.
6. Guidance for National Tuberculosis Programmes on the management of tuberculosis in children. — WHO, 2016. — 371 p.
7. Murray, C. J. L. Expanding the WHO tuberculosis control strategy: thinking the role of active case-finding / C. J. L. Murray, J. A. Sulomon // Int. J. Tuberc. Lung. Dis. - 2011. - Vol. 3, № 4. - P. 9-15.
8. Аксёнова, В. А. Очаг туберкулёзной инфекции и его значение в развитии туберкулёза у детей / В. А. Аксёнова, Н. И. Клевно, С. М. Картарашвили // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2015. - № 1. - С. 19-24.
9. Bennet, R. Pediatric tuberculosis cases increased in Stockholm from 1971/2015 following the rising number of children with immigrant backgrounds / R. Bennet, M. Eriksson // Acta pediatrica. - 2016. - Vol. 105. - P. 1480-1486.
10. Prolonged in-hospital exposure to an infant with active pulmonary tuberculosis / M. L. Ciofi Degli Atti [et al.] // Epidemiology and Infection. - 2011. -Vol. 139 (1). - P. 139-142.
11. Scaling up strategies of the chronic respiratory disease programme of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (Action Plan B3: Area 5) / J. Bousquet [et al.] // Clin Transl Allergy. - 2016. - Vol. 29. - P. 6-29.
12. Аксёнова ВА, Клевко СМ, Кавтарашвили СМ. Очаг туберкулёзной инфекции и его значение в развитии туберкулёза у детей. Туберкулёз и болезни лёгких. 2015;1:19-24.
13. Анализ причин развития туберкулёза у детей из группы риска по туберкулёзу / Р. Ш. Валиев [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2015. - № 5. -С. 56-57.
14. Туберкулёз у детей в республике Мордовия - современные тенденции / Е. Л. Лямина [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2015. - № 5. - С. 117-118.
15. Литвинов, В. И. Проблемы туберкулеза в мегаполисе /В. И. Литвинова // Проблемы туберкулеза. - 2015. - № 8. - С. 3-5.
16. Романенко, В. Ф. Генетическая обусловленность адаптивной изменчивости микробактерий туберкулеза / В. Ф. Романенко // Проблемы туберкулеза. - 2016. - № 6. - С. 33-36.
17. Сиренко, Н. А. Диагностическая значимость иммуногормональных взаимосвязей у подростков в раннем периоде первичной туберкулёзной инфекции / Н. А. Сиренко, А. Н. Зосимов // Проблемы туберкулеза. - 2014. - № 2. - С. 41-45.
18. Хадеева, П. В. К вопросу эффективности вакцинации БЦЖ / П. В. Хадеева, Ю. А. Морозов, Е. С. Козьянова // Проблемы туберкулеза. - 2013. -№ 11.-С. 9-11с.

19. Морозова, Т. И. Современные технологии лабораторной диагностики туберкулеза (эффективность использования в клинической практике) / Т. И. Морозова, Т. Ю. Салина // Проблемы туберкулеза. - 2018 - № 11. - С. 42-44.
20. Аксенова, В. А. Дифференциальный подход к профилактическому лечению детей / В. А. Аксенова, Л. И. Мордовская, С. С. Гаврильева / Иммунология. - 2011. - № 2. - С. 14-17.
21. Аксенова, В. А. Влияние вакцинопрофилактики и химиопрофилактики на заболеваемость детей туберкулезом при напряженной эпидемической ситуации / В. А. Аксенова // Проблемы туберкулеза. - 2012. - № 1. - С. 12-14.
22. Копылова И.Ф., Смердин С.В., Вертячих М.Г. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: учебное пособие. - 2014. - 146 с.
23. Аксенова В.А., Севостьянова Т.А., Клевно Н.И., Лапшина В.Н. Туберкулез у детей и подростков в России (проблемы и пути решения в 21 веке) // Вопросы современной педиатрии. -2011. - Т. 10, № 3. - С. 7-11.
24. Овсянкина Е.С., Кобулашвили М.Г., Губкина М.Ф., Панова Л.В. и др. Факторы, определяющие развитие туберкулеза у детей // Туберкулез и болезни легких. — 2015. — № 11. — С. 19 — 22
25. Старшинова А.А., Павлова М.В., Довгало И.Ф., Овчинникова Ю.Э. и др. Влияние факторов риска на развитие и течение туберкулезной инфекции у детей из семейного контакта в современной социально-эпидемиологической ситуации // Туберкулез и болезни легких. — 2013. — № 6. —С. 34-39.
26. Значение медико-социального статуса в развитии туберкулеза у детей в современных эпидемических условиях / Н. В. Юхименко [и др.] // Туберкулез и болезни легких. - 2012. - № 8. - С. 30-33.
27. Лозовская, М. Э. Задачи и критерии эффективности санаторного лечения туберкулеза у подростков в современных социально-эпидемиологических условиях / М. Э. Лозовская, Г. Г. Карасев, Г. А. Суслова // Туберкулез и болезни легких. - 2012. - № 1. - С. 49-53.
28. Особенности проявления туберкулезной инфекции у детей и подростков при наличии ревакцинации / Ю. П. Чугаев [и др.] // Туберкулез и болезни легких. - 2012. - № 1. - С. 14-18.
29. Клинико-эпидемиологические особенности туберкулеза у детей первого года жизни / В. А. Болотникова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. -2013. - № 6. - С. 18-19.
30. Моисеева О.В. Влияние факторов риска на заболеваемость детей в очагах туберкулезной инфекции и разработка алгоритма противотуберкулезных мероприятий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2017. — 25 с.
31. Dovgopolyuk E.S., Levakhina L.I., Puzyreva L.V., Mor-dyk A.V., Tyumentsev A.T., Safonov A.D. Rasprostranennost' i iskhody sluchaev sochetaniya tuberkuleza i VICH-infektsii na territorii Sibirskogo federal'nogo okruga za period s 2010 po 2014 god. VICH-infektsiya i immunosupressii. 2016;1(8):89-93. eLIBRARY ID: 25968027
32. <https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/press/news/details/605249?lang=ru>

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.

Сведения об авторах

Корреспондирующий автор. Әнуарова Ақерке Бақытжанқызы – магистрант 2 года обучения по специальности «Медико-профилактическое дело», ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан

Сарсенбаева Майра Заманбековна – к.м.н., старший преподаватель кафедры, «Общественного здоровья и социальных наук», ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, E-mail: maira.sarsenbaeva@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0921-2224>

Рыскулова Алма-Гуль Рахимовна – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой Общественного здоровья и социальных наук, ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, E-mail: r.alma@bk.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4768-4799>

Айтамбаева Надира Нурбековна – старший преподаватель кафедры Общественного здоровья и социальных наук, ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, E-mail: aitambaeva.nadira@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5869-1789>

Қибатолдинов Ерлік Нұрланұлы – резидент, нейрохирург, «Семей медицина университеті» КеАҚ г.Семей, Казахстан, E-mail: kibatoldinov.e@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0921-2224>

Статья поступила: 27.05.2024

Статья принята: 28.05.2024

ХАЛЫҚҚА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ. ӘДЕБИ ШОЛУ

*Сапарбек А.Д., Кульжанов М.К.

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті ЖШС
Алматы, Қазақстан

Түйіндеме

Бүгінгі таңда ЛОР-органдарының патологиясы маңызды медициналық-әлеуметтік мәнге ие және денсаулық сақтауды реформалау кезеңінің өзекті міндеттерінің бірі халыққа медициналық көмектің сапасын басқарудың тиімді жүйесін құру болып табылады, бұл амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмекті жетілдіруді көздейді [1]. Оториноларингологиялық аурулардың жоғары таралуы және олардың уақтылы анықталмауы бүкіл ағзаның мүшелері мен жүйелерінің ауыр асқынуларына әкеледі, бұл өмір сапасының төмендеуіне, халықтың жалпы денсаулығының деңгейінің төмендеуіне және бастапқы аурулар санының артуына, тіпті мүгедектік жағдайларының орын алуына әкеледі.

Кілт сөздер: медициналық көмек; сапа; Лор патологиясы.

Кіріспе. Қазіргі уақытта медициналық мекемелердің жоғары тиімді қызметін қамтамасыз ету және халыққа медициналық көмек көрсету сапасын арттыру денсаулық сақтауды басқарудағы негізгі проблемалар болып табылады [2, 3].

Маусымдық эпидемиологиялық аурулардың жыл сайынғы өршуі ауа-тамшы инфекциясының таралуының және жоғарғы тыныс жолдарының аурушандығының маңызды факторларының бірі болып табылады, бұл халық арасында оториноларингологиялық аурушандықтың (ОА) таралуына әкеледі [4]. Оториноларингологиялық сырқаттанушылық жер шарының тұрғындары арасында ең көп таралған аурулардың бірі бола отырып, қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың өзекті мәселесі болып қала береді [5]. Отандық және шетелдік зерттеушілер құлақ, тамақ және мұрын мүшелерінің жағдайы адамның денсаулық деңгейін анықтайды деп мәлімдейді. Бұл, ең алдымен,

құлақ, тамақ және мұрын аурулары бар науқастарда емдеу-профилактикалық іс-шаралардың негізгі көлемін қамтамасыз ететін амбулаториялық-емханалық мекемелердің жұмысын жетілдіруді болжайды. Лор органдарының патологиясы балалар мен ересектердің жалпы ауруының құрылымында бірінші орын алатындығы анықталды. Оның еңбек ету қабілетінен уақытша айырылған аурулардың арасында да үлесі зор. Жоғарғы тыныс жолдарының аурулары, әртүрлі авторлардың зерттеулеріне сәйкес, барлық ЛОР-патологияларының 12% -дан 43% -ға дейін артуы байқалған және жылдық өсім 1-2%-ға жетеді.

ДДҰ деректеріне сәйкес пациенттердің 80%-дан астамы жедел респираторлық ауру және жедел респираторлық вирустық инфекция пайда болуы себебінен ЛОР-органдарының ауруларымен бірге медициналық мекемелерге жүгінеді [6]. Соңғы уақытағы зерттеу нәтижелері бойынша ЛОР-органдарының аурулары

бар науқастардың шамамен 90%-ы еңбекке қабілетті жастағы адамдар [7], шамамен 27,5% - 19 жасқа дейінгі адамдар, 20-29 және 30-39 жастағы науқастардың үлесі шамамен 24%, 40-49 жастағы науқастар -15,2% және 8,8% - 50 жастан асқан науқастар [8].

Негізгі бөлім. Ғылыми әдебиеттерді аналитикалық зерттеу нәтижелері дәстүрлі түрде қазіргі оториноларингологияның өзекті мәселелерінің бірі мұрын және параназальды синус ауруларын емдеу және алдын алу мәселесі екенін көрсетеді.

АҚШ-тың Ұлттық аурулар статистикасы орталығының мәліметі бойынша, созылмалы риносинусит бұл елде ең көп таралған созылмалы ауру болып табылады, оған АҚШ тұрғындарына 37 миллион (14,7 %) диагнозы қойылған [9], жыл сайын жіті бактериялық риносинуситтің 20 миллионға дейін жағдайы байқалады, бұл жалпы қоғамға үлкен қаржылық зиян келтіреді. Ralf Mosges мәліметтері бойынша, немістердің 15% -ы жылына 1 рет синуситпен ауырады. Германия синуситті емдеуге 10 миллион жұмыс күні және 1 миллиард еуро жұмсайды. Сонымен қатар, соңғы 15-20 жылда мұрын және параназальды синус ауруларының таралу деңгейі 10 еседен астам өсті.

Қазіргі оториноларингологияның негізгі проблемаларының бірі - сенсорлық есту қабілетінің жоғалуы, есту қабілетінің бұзылуы, дыбыс қабылдайтын аппараттың зақымдалуы. Дыбысты қабылдау аппаратының зақымдалуымен байланысты есту қабілетінің жоғалуы жиі кездеседі және ЛОР-органдарының аурулары арасында айтарлықтай үлкен үлес алады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, 2002 жылы әлеуметтік маңызы бар есту кемістігі бар халық саны аймақтарға байланысты 0,8-ден 21% - ға дейін өсті. Әлемде ересек тұрғындардың 15% -ы есту қабілетінің жоғалуымен өмір сүреді. 2011 жылы есту қабілетінің жоғалуының таралуы шамамен 360 миллион адамды құрады. ДДҰ мәліметтері бойынша, әлемде

32 миллионға жуық саңырау балалар бар. Босануға байланысты есту қабілетінің жоғалуының негізгі себептеріне босану кезіндегі асқынулар, дене салмағының төмендігі және шала туылу жатады.

Есту қабілетінің төмендеуінен зардап шегетін адамдардың таралуы әлемдік деңгейде біркелкі емес: табысы жоғары елдерде таралуы төмен (балалар арасында 0,5% және ересектер арасында 4,4%), ал Африка мен Азия аймақтарында көбірек әсер табуға болады (Оңтүстік Азиядағы балаларда 2,4% және Орталық Азиядағы ересектерде 8,8%) [10].

Жұтқыншақтың лимфоидты сақинасының қабыну аурулары ЛОР-мүшелерінің барлық патологиялары арасында жетекші орындардың бірін алады және 14-35% құрайды. Ал, созылмалы гипертрофиялық және вазомоторлы риниттер халықтың 40% - на дейін әсер етеді. Дамыған индустриалды елдерде аллергиялық ринит халықтың 10% - 50% -ында байқалады [11].

Ауруханаға жатқызылған аурудың жалпы құрылымында мұрын шырышты қабығының және параназальды синустың қабыну аурулары бірінші орынды алады, бұл ЛОР-стационарларындағы барлық науқастардың 32-45% құрайды. Сонымен қатар, көптеген отандық және шетелдік зерттеушілердің жұмыстарының нәтижелері жыл сайын бұл көрсеткіш 1,5-2% -ға өсетінін көрсетеді [12]. Осылайша, мұрын шырышты қабығының және параназальды синустың қабыну және дистрофиялық ауруларының алдын алу және емдеу мәселесі оториноларингологияның ғана емес, жалпы денсаулық сақтаудың маңызды мәселелерінің бірі болып табылады.

XX ғасыр зерттеушілерінің мәліметтері бойынша созылмалы тонзиллит зерттелгендердің 16,7 - 31,3% анықталды. Бұл ретте ересек (5 - 15 %) және балалар (15 - 30 %) тұрғындарының көрсеткіштері арасында айтарлықтай айырмашылық болды. Бірлескен авторлармен бірге С.И. Блохинаның (2003) мәліметтері бойынша, емдеу мекемелерінің әртүрлі бөлімшелеріне

түсетін науқастардың 3-15% -ы созылмалы тонзиллитке байланысты емдеуді қажет етеді.

Р.А. Забиров пен Ю.К. Никонованың (2014) мәліметтері бойынша, қазіргі уақытта тұрғындар арасында жедел отит медиасының жиілігі 2,5% құрайды, ал ЛОР-органдарының патологиясы бар адамдардың жалпы санының арасында 20-30%-на диагноз қойылады. Сонымен қатар, соңғы 15 жыл ішінде отит медиасының секреторлық ауруының өсу тенденциясы байқалды, оның негізгі себебі көбінесе жедел отит медиасы болып табылады [14.15].

2009 жылы жүргізілген сауалнама Африка континентінің 18 елінде білікті ЛОР-хирургтарының жетіспеушілігін және оториноларингология бойынша оқыту бағдарламаларының жетіспеушілігін көрсетті. Оңтүстік Африканы қоспағанда, бұл елдердегі 100000 тұрғынға шаққандағы ЛОР-хирургтарының Саны Ұлыбританияға қарағанда бес есе төмен болды. Малавидегі ең төменгі арақатынас: 12 миллион тұрғынға 1 ЛОР-дәрігері [16]. 1 миллион халыққа шаққанда Африка елдерінің 64%-ына 1 ЛОР-маманынан, 81% - ына 1 аудиологтан, ал 19% - ына 1 логопедтен сәйкес келеді [17].

Көптеген елдерде оториноларингологиялық көмектің қол жетімсізділігі проблемалары ЛОР-патологиясының Денсаулық сақтауында жеткілікті көңіл бөлінбейтіндігімен байланысты. Әлем халқының 80% -ы табысы төмен және орташа елдерде тұрса да, бұл елдерде оториноларингологиялық көмекке ресурстық қолдау шектеулі немесе мүлдем жоқ (10 миллион адамға бір оториноларингологқа дейін) деуге болады [16, 18].

Мамандандырылған медициналық көмекке кеш жүгіну, денсаулық сақтаудың бастапқы буынында ұсынылатын ЛОР қызметтерінің сапасыздығы, жоғары білікті ЛОР-көмегінің, әсіресе ауыл тұрғындарына қолжетімділігінің төмендігі де халық арасында ЛОР-ауруларының хронизациясының өсуі бойынша маңызды

факторлар болып табылады [19].

Бүгінгі таңда ЛОР-органдарының патологиясы маңызды медициналық-әлеуметтік мәнге ие және денсаулық сақтауды реформалау кезеңінің өзекті міндеттерінің бірі халыққа медициналық көмектің сапасын басқарудың тиімді жүйесін құру болып табылады, бұл амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмекті жетілдіруді көздейді [20].

Оториноларингологиялық көмекті жетілдіру жолдары

Халыққа көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыру мәселесі бүгінгі күні өзекті болып отыр. Сонымен қатар, “медициналық көмектің сапасы” ұғымын келесі компоненттердің жиынтығы ретінде қарастыруға болады: барабарлық, тиімділік, үнемділік, ғылыми-техникалық прогресс деңгейіне сәйкестік [21]. Бұл, ең алдымен, емханада емдік және диагностикалық көмек көрсетуге қатысты, өйткені құлақ, тамақ және мұрын аурулары бар науқастарға емдік-профилактикалық көмек көлемінің 80% -дан астамы амбулаториялық жағдайда жүзеге асырылады.

Соңғы онжылдықтарда Денсаулық сақтау халыққа медициналық көмектің мамандануын тереңдету жолында дамуда. Жаңа мамандықтарды енгізу медициналық білімнің өсуін және диагностика мен емдеудің жаңа, жетілдірілген әдістерін тәжірибеге енгізуді көрсететін прогрессивті құбылыс ретінде қарастырылады. Сонымен қатар, көптеген авторлардың пікірінше, оториноларингологиялық емханалық қызметті ұйымдастыруды құлақ, тамақ және мұрын ауруларының құрылымы мен таралуы, олардың өзара байланысы мен өзара тәуелділігі туралы сенімді ақпаратсыз жетілдіру мүмкін емес [22].

Медициналық көмектің сапасын объективті бағалаудың қажетті шарты медициналық көмек көрсету стандарттарының болуы болып табылады.

Дәрігердің емдеу-диагностикалық қызметін стандарттау адами және материалдық ресурстарды үнемдеуге мүмкіндік береді, ал пациентті басқарудың

оңтайлы диагностикалық және емдік тактикасын таңдау пациенттердің мүдделерін қорғауды қамтамасыз етеді, дәрігер, пациент және сақтандыру компаниялары арасындағы қарым-қатынасты реттейді.

ЛОР-органдар патологиясының жыл сайынғы өсуі амбулаториялық-емханалық мекемелердің жұмысын одан ары жетілдіруді талап етеді. Бұл ретте басты міндеттердің бірі емханадағы жұмыстың қарқындылығы мен тиімділігін арттыру болып табылады.

Қазіргі жағдайда оториноларинголог дәрігердің жұмысын оңтайландыру ЛОР-органдарының ауруларын диагностикалау және емдеу, науқастарды амбулаториялық қабылдауды компьютерлік қамтамасыз ету үшін жаңа технологияларды қолдану арқылы қамтамасыз етіледі. ЛОР-кабинетін жабдықтауға қойылатын заманауи талаптар пациенттердің көп санын тексеруге арналған жеткілікті құралдардың, дәрігердің ыңғайлы, жеңіл және жылжымалы орындықтарының, медициналық құралдар мен құжаттаманы ұтымды орналастыру мүмкіндігімен дұрыс ұйымдастырылған жұмыс орнының болуы болып табылады, бұл типтік диагностикалық және емдік манипуляцияларды тез жүзеге асыруға мүмкіндік береді.

Кейбір авторлардың пікірінше, қазіргі уақытта амбулаториялық-емханалық желіде медициналық көмек көрсету сапасының төмендеуі байқалады, бұл көптеген себептермен түсіндіріледі: медициналық-техникалық базаның жеткіліксіздігі, дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің кәсібилігінің төмендігі, емханалардың дәрігер кадрлармен жасақталмауына әкелетін жалақының төмендігі.

Практикалық қызметте кез-келген емдеу-профилактикалық мекеме дәрігерінің

міндетті функцияларының бірі анықталған ауруларды тіркеу және талдау, сондай-ақ денсаулыққа байланысты мәселелерді талдау болып табылады. Тіркелген патология саны туралы есептердің деректері тіркелген сырқаттанушылықтың жиілігі, деңгейі, сондай-ақ оның құрылымының көрсеткіштері туралы есептік көрсеткіштер негізінде статистикалық талдау жүргізуге мүмкіндік береді.

Қорытынды. Көптеген авторлардың пікірінше, қазіргі уақытта амбулаториялық-емханалық желіде медициналық көмек көрсету сапасының төмендеуі байқалады. Осы уақытқа дейін құлақтың, тамақтың және мұрынның патологиясының таралу деңгейін бағалау бойынша ғылыми зерттеулер жеткіліксіз. Қала тұрғындарының шұғыл ЛОР-көмегіне деген қажеттілік саны анықталмаған. Оториноларингологиялық шұғыл көмек көрсету жөніндегі жұмыстар негізінен жекелеген нозологиялық нысандар бойынша көрсеткіштерді көрсетеді. Шұғыл стационарлық оториноларингологиялық көмектің сапасын талдаумен клиникостатистикалық зерттеулер жеткіліксіз. Сондықтан, қазіргі әлеуметтік-экономикалық жағдайда халыққа шұғыл оториноларингологиялық көмек көрсетуді неғұрлым тиімді ұйымдастыру проблемасы көрсетілетін көмектің қажеттілігін айқындау және сапасын бағалау қазіргі оториноларингологияның маңызды ғылыми-практикалық міндеті болып табылады, оны шешу қажеттілігі зерттеудің өзектілігін, осы жұмыстың мақсатын таңдау мен міндеттерін қоюды алдын ала айқындайды.

Осылайша, жеткілікті негізде оториноларингологтардың жұмыс сапасын бағалауға байланысты мәселелер шеңбері өзекті және егжей-тегжейлі зерттеуді қажет етеді деген қорытынды жасауға болады.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

***Сапарбек А.Д., Кульжанов М.К.**

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

Аннотация

Сегодня патология ЛОР-органов имеет важное медико-социальное значение, и одной из актуальных задач этапа реформирования здравоохранения является создание эффективной системы управления качеством медицинской помощи населению, которая предполагает совершенствование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи [1]. Высокая распространённость оториноларингологических заболеваний и их несвоевременное выявление приводят к серьёзным осложнениям органов и систем всего организма, что ведёт к снижению качества жизни, снижению уровня общего здоровья населения и увеличению числа первичных заболеваний и даже к возникновению инвалидизирующих состояний.

Ключевые слова: медицинская помощь; качество; ЛОР-патология.

IMPROVING THE ORGANIZATION OF OTORHINOLARYNGOLOGICAL CARE FOR THE POPULATION. REVIEW

***Saparbek A.D., Kulzhanov M.K.**

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

Abstract

Today, the pathology of otorhinolaryngological organs has an important medical and social significance, and one of the urgent tasks of the healthcare reform stage is to create an effective quality management system for medical care to the population, which involves improving outpatient and inpatient care [1]. The high prevalence of otorhinolaryngological diseases and their untimely detection lead to serious complications of organs and systems of the whole body, which leads to a decrease in the quality of life, a decrease in the general health of the population and an increase in the number of primary diseases and even to the emergence of disabling conditions.

Keywords: medical care, quality, otorhinolaryngological disorder.

Әдебиеттер тізімі

1. Бицаева А. В., Коршунова И. А., Березова Д. К. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух // Рос. оториноларингология. 2013. № 1(62). С. 36-38.
2. Хабриев Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - Выпуск № 3. 2014. - С. 3-5
3. Щепин В.О., Расторгуева Т.И., Проклова Т.Н., Карпова О.Б. К вопросу о заболеваемости взрослого населения в Российской Федерации / В.О.Щепин, Т.И.Расторгуева, Т.Н.Проклова, О.Б.Карпова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2013. № 2. С. 16-20
4. Ашуров А. М. Хронология риносинуситов в Ташкенте и его регионах // Рос. оториноларингология. 2013. № 1(62). С. 25-29.

5. Крюков, А. И. Обязательный объем специализированной, оказываемой помощи в условиях ЛОР-кабинетов городских поликлиник крупного промышленного города / А. И. Крюков, Р. Б. Хамзалиева, А. Ф. Захарова // Вестн. оториноларингол. -2015.-№4.- С. 43-45.
6. Казаковцев В. П. Оценка показателей хронической заболеваемости болезнями органов дыхания трудоспособного населения Российской Федерации // Рос. оториноларингология. 2013. № 3(64). С. 46-52.
7. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В. Особенности формирования хронического воспаления в верхнечелюстной области. // Вестник оториноларингологии. - 2011. - N 2. - С. 5 - 7.
8. Курбанов, Ф.Ф. Комплексный способ консервативного лечения больных острым гнойным верхнечелюстным синуситом: автореф. дис. ... канд. мед.наук: // М., 2011. - 25 с.
9. Пискунов Г.З., Козлов В.С. Проблемы и перспективы развития ринологии в Российской Федерации. Рос. оторинолар. 2012; 1: 32–34.
10. World Health Organization (WHO). WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Mortality and burden of diseases and prevention of blindness and deafness WHO, 2012. Available at: http://www.who.int/pbd/deafness/WHO_GE_HL.pdf?ua=1. Accessed: 18 July 2017
11. Пискунов Г.З. О порядке оказания ЛОР-помощи/ Г.З. Пискунов//Вестник оториноларингологии, 2012, N 5.-С.4-7.
12. Овчинников АЛО. Возможности терапии кашля при ОРВИ в практике оториноларинголога/А. 10. Овчинников М. А. Панякина С. А. Коростелев А. М. Митюк// Вестник оториноларингологии, 2014, №2, С. 86-89
14. Забиров Р.А. Кафедра оториноларингологии Оренбургской государственной медицинской академии. К 70-летию Оренбургской ГМА/Р. А. Забиров//Вестник оториноларингологии. 2014, № 5, С.5-10.
15. Никонова Ю.К. Анализ инвалидности вследствие болезней уха у взрослого населения Москвы в динамике за 2007-2010 гг./Ю. К. Никонова//Вестник оториноларингологии. 2014, № 2, С.63-65.
16. Kligerman M.P., Alexandre A., Jean-Gilles P., Walmer D. et al. Otorhinolaryngology/ Head and Neck Surgery in a low income country: The Haitian experience // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2017; 93: 128-132. DOI: 10.1016/j.ijporl.2016.12.041
17. Ayodele S.O., Aremu S.K. The Cost of Setting Up an ENT Endoscopic Practice in Lower Middle-Income Countries of Sub-Saharan Africa // J West Afr Coll Surg. 2022; 12(2): 104-108. DOI: 10.4103/ jwas.jwas_57_22
18. Ta N.H. ENT in the context of global health. Ann R Coll Surg Engl. 2019; 101(2): 93-96. DOI: 10.1308/rcsann.2018.0138
19. Ашуrow А. М. Хронология риносинуситов в Ташкенте и его регионах // Рос. оториноларингология. 2013. № 1(62). С. 25-29.
20. Бицаева А. В., Коршунова И. А., Березова Д. К. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух // Рос. оториноларингология. 2013. № 1(62). С. 36-38.
21. Асхабова Л.М. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению /Л.М. Асхабова //Учебно-методическое пособие для курсантов ФПК ППС медицинских вузов, утвержденных УМО МЗ РФ-Махачкала. - 2014 - 404 с.
22. Пискунов С.З. Совершенствование поликлинической помощи больным с патологией ЛОР-органов /С.З. Пискунов, И.В. Тарасов, Л.Л. Копылова и др. //III Росс. конф. оторинолар. «Наука и практика в оториноларингологии»: Тез. докл. - М., 2004. - С. 38-39.

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.

Сведения об авторах

Корреспондирующий автор. Сапарбек Алтын Дауренқызы – магистрант 2 года обучения по специальности «Общественное здравоохранение», ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан.

Кульжанов Максуд Каримович - профессором кафедры «Политика и менеджмент здравоохранения» КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, председателем правления ОО «Республиканская Медицинская палата», председателем диссертационного совета КазНМУ по специальности «Общественное здравоохранение», Email: kulzhanov@ksph.kz, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0390-6988>

Статья поступила: 25.05.2024

Статья принята: 30.05.2024

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМой. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

*Г. Жұмағұл, Д. Маханбеткулова

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

Аннотация

В статье представлена характеристика распространения первичной закрытоугольной глаукомы в мире и Республике Казахстан, а также обзор литературы по вопросам оказания медицинской помощи по данной нозологии. В работе представлены современные методы определения и лечения глаукомы в разных странах мира, а также преимущества и недостатки республиканских программ и мер по борьбе с распространением глаукомы и ее осложнениями.

Ключевые слова: глаукома, первичная закрытоугольная глаукома, эпидемиология, медицинская помощь.

Введение. Глаукома – это совокупность нейропатий, которые прогрессируют и приводят к дегенерации ганглиозных клеток сетчатки и слоев нервных волокон сетчатки. Это приводит к изменениям в головке зрительного нерва [1]. По данным А.П.Нестерова (2008), термин «глаукома» объединяет большую группу болезней глаз с преимущественно хроническим течением и серьезным прогнозом. Повышение внутриглазное давление (ВГД) способствует развитию глаукомы, которая вызывает повреждение зрительного нерва и снижение качества зрительных функций.

В результате разных научных исследований, проведенных в разных странах за последнее десятилетие, отмечается значительный рост заболеваемости глаукомой. Данные H. Quiqly за период 1996 – 2006 гг. показывают, что число людей, страдающих глаукомой в мире, составляет 66 млн. человек, но к 2020 году это число возможно увеличится до 79,6 млн. Согласно расчетам J. Goldberg (2000), к 2030 году количество пациентов с глаукомой может удвоиться.

Таким образом, глаукома является одной из главных причин слепоты во всех странах мира [2]. Глаукома становится лидирующей причиной слепоты и инвалидности из-за заболеваний глаз в развитых странах из-за увеличения продолжительности жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения, глаукома ответственна за 13% случаев слепоты в мире, занимая второе место после катаракты [3].

Материалы и методы: Алгоритм поиска публикаций включал поиск литературных источников по теме исследования, индексируемых в базах данных электронной библиотеки Pubmed, Scopus, Google Scholar, e-Library с использованием ключевых слов. Общий объем проанализированных научных статей было 40.

Основная часть. Возрастает распространенность глаукомы среди людей в возрасте от 40 до 80 лет, достигнув 3,54% на глобальном уровне. По данным исследований, ПОУГ наиболее распространено в Африке, а ПЗУГ – в Азии. Количество людей в возрасте от 40 до 80

лет, страдающих глаукомой, составляло 64,3 миллиона в 2013 году, увеличившись до 76,0 миллиона в 2020 году и прогнозируется достижение 111,8 миллиона в 2040 году [4]. В 2013 году глобальная распространенность глаукомы составляла 3,54%, причем распространенность первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) была 2,34%, что превышало распространенность первичной закрытоугольной глаукомы (ПЗУГ) - 0,73%. При учете возраста и пола выявлено, что распространенность ПЗУГ была выше в Восточной Азии, чем в Юго-Восточной Азии, а ПОУГ была более распространена среди городского населения, чем сельского. Прогнозируется, что с 2013 по 2040 год в Южной и Центральной Азии произойдет значительный рост числа людей с глаукомой с 17,06 миллиона до 32,90 миллиона, превышая другие азиатские субрегионы. По прогнозам, в 2040 году Южная и Центральная Азия превзойдут Восточную Азию по общему бремени глаукомы и ПОУГ, в то время как ПЗУГ останется наивысшим в Восточной Азии. Бремя глаукомы в Южной, Центральной и Восточной Азии оказывается более тяжелым среди азиатских субрегионов. Для борьбы с глаукомой в Азии требуются устойчивые стратегии общественного здравоохранения [5].

Согласно многочисленным исследованиям распространенность ПЗУГ значительно различается в зависимости от этнического происхождения. Лица азиатского происхождения чаще страдают от закрытоугольной формы глаукомы. По сравнению с белыми людьми, у которых соотношение частоты закрытоугольной и открытоугольной форм составляет 1:11,4, у азиатов это соотношение обратное - 3:1 [6]. У азиатского населения общая распространенность первичной закрытоугольной глаукомы (ПЗУГ) составила 0,75%. В разбивке по этническим группам, оценки показали следующие значения: 0,97% для группы Ближнего Востока, 0,66% для группы Юго-Восточной Азии, 0,46% для группы Индии, 1,10% для группы Китая и 1,19% для группы Японии.

Распространенность ПЗУГ также зависит от возраста: 0,21% для лиц в возрасте 40-49 лет, 0,54% для лиц в возрасте 50-59 лет, 1,26% для лиц в возрасте 60-69 лет и 2,32% для лиц в возрасте 70 лет и старше. Соотношение распространенности ПЗУГ среди женщин и мужчин составило 1,51 к 1. ПЗУГ поражает около 0,75% взрослого азиатского населения, причем число случаев удваивается каждые десять лет, и 60% случаев заболевания приходится на женщин [7].

Большинство авторов считает распределение глаукомы в зависимости от пола одинаковым. Несмотря на это до 2005 года на Тайване ПЗУГ была более распространена среди женщин, в то время как ПОУГ могла быть более распространена среди мужчин. Однако, начиная с 2005 года, ситуация изменилась, и распространенность ПОУГ стала превышать распространенность ПЗУГ [8].

Частота возникновения первичного закрытия угла глаза (ПЗУГ) существенно различается в зависимости от возраста, пола и географических особенностей населения. Азиатская этническая принадлежность, женский пол и старший возраст представляют собой факторы риска для развития ПЗУГ. По последним данным, примерно 17,14 миллионов человек страдают от первичного закрытия угла глаза (ПЗУГ) среди людей старше 40 лет в мире, и 12,30 миллиона человек в Азии. Прогнозируется, что к 2050 году количество людей с ПЗУГ в мире вырастет до 26,26 миллиона, из них 18,47 миллиона будут находиться в Азии. Это заболевание затрагивает более 17 миллионов людей по всему миру, особенно в Азии [9,10,11].

Согласно результатам исследования, на сегодняшний день в Великобритании страдают от ПЗУГ около 130 000 человек, в Европе - 1,60 миллиона человек, и в США - 581 000 человек. С учетом старения населения прогнозируется, что в следующем десятилетии количество случаев этого заболевания вырастет на 19% в Великобритании, на 9% в Европе и на 18% в США. ПЗУГ оказывается более

распространенным, чем предполагалось ранее, и все новые случаи глаукомы следует рассматривать как ПЗУГ до тех пор, пока не будет доказано обратное при гониоскопии [12]. В соответствии с последними исследованиями, этническая принадлежность имеет значительное влияние на вероятность возникновения первичного закрытия угла (ПЗУ). Населенные данные показывают более высокую частоту ПЗУ среди представителей азиатской расы по сравнению с европейцами. В Индии, странах Юго-Восточной Азии, а также за пределами Китая и в Китае, широко распространены случаи ПЗУГ среди восточноазиатских народов. Среди лиц старше 40 лет частота ПЗУ составляет от 0,1% у европейцев до 1,4% у представителей азиатской расы и до 5% у инуитов Гренландии. У пожилых европейцев частота ПЗУГ составляет 0,4%. Трое из четырех пациентов - женщины. В Европе примерно 1,6 миллиона людей страдают от ПЗУГ, в США - 581 тысяча [13].

Среди населения Китая закрытоугольная глаукома встречается почти в три раза чаще, чем открытоугольная форма этого заболевания [14]. Согласно исследованию Quigley Н. А. и его коллег, первичное закрытие угла глаза (ПЗУГ) наиболее распространено среди населения Китая и Монголии [15], так как в Китае около 28,2 миллиона людей имеют анатомическую предрасположенность к первичному закрытию угла глаза, из них 9,1 миллионов страдают от значительного закрытия угла передней камеры с развитием периферических передних синехий или подъемом верхней зрачковой дуги, соответственно 91% случаев двусторонней слепоты обусловлены первичной закрытоугольной глаукомой [16]. В это время эпидемиологическое исследование, проведенное в Мьянме показывает почти 84% всех случаев слепоты из-за глаукомы происходят из-за закрытоугольной формы заболевания [3].

Также, исследования, проведенные в Бангладеше не остаются без внимания. Согласно данным, из всех случаев слепоты,

5% вызваны глаукомой, при этом в 57% случаев это была закрытоугольная форма. При этом выявлена более высокая частота встречаемости открытоугольной глаукомы среди мужчин, в то время как первичное закрытие угла глаза чаще встречается у женщин [18].

Сверху указанные факты показывают, что глаукома является серьезной проблемой во всем мире, существующими значительными различиями среди различных возрастных групп, полов и географических регионов.

По статистике РК количество зарегистрированных пациентов с глаукомой в Казахстане увеличилось с более чем 63 000 случаев в конце 2014 года до более чем 79 000 случаев в 2019 году, что соответствовало увеличению с 360,1 до 423,6 на 100 тыс. населения. Это указывает на положительную тенденцию с приростом в 14,9% и ростом общей заболеваемости глаукомой. Показатели распространенности заболевания глаукомой по возрастным группам показаны ниже:

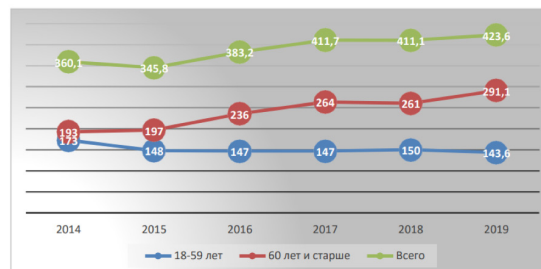


Рисунок 1 – Показатели распространенности заболевания глаукомой по возрастным группам.

[19].

Анализ, проведенный отечественными исследователями показал распространение глаукомы с учетом различий по полу и возрастным группам (18-59 лет, 60 лет и старше) была обнаружена тенденция к более высокой подверженности этому заболеванию у женщин. Доля женщин среди пациентов составила 60% в возрастной группе 18-59 лет и 62% в возрастной группе 60 лет и старше, что определяет общую характеристику распределения этой патологии по половому признаку среди всех исследованных пациентов (61,3%) и имеет статистическую значимость. Проблема распространенности глаукомы на территории РК остается

актуальной из-за постоянного увеличения общего числа заболевших. Наши ученые проанализировали, что в период с 2014 по 2018 год общее количество пациентов с глаукомой в возрастных группах 18-59 лет и старше 60 лет увеличилось на 16,9% и 33,7% соответственно. Положительная тенденция распространенности глаукомы отмечается как в городе, так и в сельской местности, однако чаще пациенты с этим заболеванием обращаются за помощью в городских районах [19].

Прогноз на следующие пять лет указывает на увеличение уровня заболеваемости глаукомой в РК с 120,9 на 100 000 человек в 2020 году до 151,9 на 100 000 человек в 2025 году. Это означает, что будет расти потребность населения в офтальмологической помощи в этой области [20]. Эффективная организация медицинской помощи пациентам с данной патологией строится на сведениях о ее распространенности.

Одним из основных приоритетов в стратегиях многих стран по борьбе с глаукомой является обнаружение заболевания на ранней стадии. Авторы отмечают, что исследования по профилактике глаукомы и диспансеризации больных на уровне поликлиники недостаточно развиты. Также недостаточно изучены факторы социального риска, которые могут влиять на развитие болезни и качество жизни пациентов с глаукомой. Деятельность офтальмологов по профилактике глаукомы и ее осложнений требует дальнейшего изучения. Выявление и устранение недостатков медицинского обслуживания при оказании помощи больным глаукомой является одним из путей повышения удовлетворенности пациентов офтальмологической помощью.

В литературе отмечаются проблемы в организации медицинской помощи пациентам с глаукомой. Основное внимание уделяется недоступности и задержке в получении офтальмологической помощи, недостаточному медицинскому наблюдению за пациентами с глаукомой и отсутствию профилактических осмотров [15]. Высказывается важность своевременного проведения регулярных проверок зрения

для пациентов с глаукомой, чтобы гарантировать им доступ к необходимому профилактическому и лечебному уходу без препятствий [21].

Проблема доступа к качественному медицинскому обслуживанию в отдаленных населенных пунктах России остается актуальной, несмотря на усилия специалистов в этой области. Это касается особенно лечения глазных заболеваний, где требуется современное оборудование и новейшие методики лечения и профилактики [22]. В ходе исследования было обнаружено, что 31,8% пациентов, обратившихся в поликлинику из-за глаукомы, не были удовлетворены условиями пребывания, 33,3% жаловались на долгие сроки ожидания госпитализации, 35,0% столкнулись с неудобным графиком приема врача-офтальмолога, а 29,0% жаловались на долгое ожидание консультации по записи. Более половины пациентов (61,2%) отметили большие очереди к врачу-офтальмологу как один из основных недостатков обслуживания [23]. Это проблема касается нашей страны тоже. Согласно исследованиям, проведенным на территории Карагандинской области можно сделать выводы, что причинами роста заболеваемости и инвалидности от глаукомы в Абайском районе и по стране в целом, являются: недостаточное развитие геронтологической службы усугубляет проблему заболеваемости глаукомой, что связано с нехваткой квалифицированных врачей-офтальмологов; социальные факторы, такие как низкий социально-экономический статус пациентов, удаленность от места получения медицинской помощи и недостаточная информированность о заболевании, препятствуют эффективному лечению и контролю глаукомы [24]. Кроме недостатка врачей – офтальмологов надо обратить внимание на неравномерное распределение их среди городов и сельской местности. С 2000 года показатель обеспеченности населения врачами-офтальмологами в Республике Казахстан увеличился с 0,6 на 10 000 населения до уровня выше 0,8 на 10 000 населения к 2020 году (за

исключением 2016 года, когда показатель составил 0,9). Однако большинство врачей-офтальмологов сосредоточено в городах, в то время как в сельской местности они часто не достигают утвержденного минимального норматива в 0,2 на 10 тыс. человек [25]. Доля недостатков в медицинском обслуживании пациентов с глаукомой варьируется от 17,0% до 26,1%, включая отсутствие доступа к офтальмологической помощи (26,1%), задержку в получении медицинской помощи (20,5%), недовольство качеством офтальмологической помощи (19,7%), отсутствие регулярного медицинского наблюдения (18,3%) и отсутствие профилактических осмотров (17,0%) [26]. С целью доступности медицинской помощи в сельском районе особое внимание уделяется на новое направление медицины «телемедицина». Сейчас интерес к использованию телемедицины при лечении пациентов с глаукомой значительно вырос, особенно из-за пандемии коронавируса. Современные методы телемедицины включают организацию скрининга, мониторинг состояния пациентов и их лечения, а также обучение офтальмологов в этой области [27]. Для того чтобы обеспечить офтальмологическую помощь жителям села, наши специалисты работают в мобильных лечебно-диагностических поездах «Жәрдем» и «Денсаулық». Также планируется запуск передвижного госпиталя общественного фонда «Асар-Береке» [28].

Основная структура офтальмологической службы республики определена приказом МЗ РК № 120 от 28.02.2012 «Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих офтальмологическую помощь населению Республики Казахстан», на основе которого регулируется деятельность медицинских организаций независимо от их форм собственности и ведомственной принадлежности. При этом офтальмологическая помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП, населению оказывается в

виде амбулаторно-поликлинической, консультативно-диагностической, стационарной, стационар-замещающей помощи. В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 о развитии здравоохранения до 2026 года, планируется расширить доступность высокотехнологичной медицинской помощи в области офтальмологии. Для этого будут созданы офтальмологические больницы и отделения на базе многопрофильных больниц в регионах, а также рассмотрены возможности организации Центра офтальмологии, координирующего работу с регионами.

Для стран мира и Республики Казахстан большее внимание следует уделять профилактическим мерам и диспансеризацию в целях борьбы с распространением глаукомы. С этой целью с 2011 года люди старше 40 лет проходят обследование на глаукому. Согласно исследованию отечественных ученых, в период с 2011 по 2014 год было проведено обследование 7 114 843 человек в возрасте 40 лет и старше, что составило 101,2% от общего числа людей, подлежащих скрининговому обследованию. Охват скрининговым обследованием городского населения в РК вырос с 57,9% в 2011 году до 115,6% в 2014 году, а сельского населения – с 35,9% до 89,2%. Женщины проходят скрининговое обследование на глаукому чаще, чем мужчины – 58,9% против 40,9%. С 2011 по 2014 год в ходе скринингового обследования населения в возрасте 40 лет и старше в Казахстане было обнаружено 20 291 случай глаукомы. Выявленность глаукомы при скрининге немного выше среди жителей сельской местности (0,29%) по сравнению с городским населением (0,25), а также среди женщин (0,28%) по сравнению с мужчинами (0,25%) [29]. Существует сложности в проведении скрининга на глаукому среди населения. К ним относятся: недостаточное покрытие скрининговым обследованием сельского населения; недостаточная эффективность выявления глаукомы; малое количество

выявленных больных с глаукомой, проходящих медицинские осмотры; сомнения в достоверности определенных результатов скрининга (высокий процент охвата населения скринингом, низкая выявляемость глаукомы); информационной системы для регистрации пациентов с глаукомой отсутствие надлежащей [30].

С точки зрения М.А. Казанфаровой и др., рекомендуется проводить скрининг на глаукому у пациентов, находящихся в группе повышенного риска для данного заболевания и для улучшения результативности скрининга рекомендуется проведение измерения внутриглазного давления, осмотр глазного дна и исследования поля зрения в целевой группе, что вместе обеспечивает наивысший уровень обнаружения заболевания [31]. Но несмотря на это, Европейское общество глаукомы установило, что в настоящее время отсутствует научно обоснованные данные, подтверждающие необходимость проведения скрининга для выявления глаукомы. Рекомендуется дополнительное исследование эффективности скрининга для диагностики глаукомы. Также, экспертная группа по профилактическим программам в США заключила, что существующих доказательств недостаточно для оценки потенциальных пользы и рисков проведения скрининга на глаукому в качестве первичной медицинской помощи [32].

Исходя из вышеизложенного, у нас в медицинских организациях нету регистр глаукомы. Но в соседней Республике Узбекистан есть электронная программа. «Карта диспансеризации пациента с первичной глаукомой» включает в себя извлекать информацию о пациентах, устанавливая необходимые условия для любых полей базы данных и настраивая таблицы для визуализации полученных данных [33].

Несмотря на широкое распространение глаукомы, информативность о ней остается невысокой. Только половина больных осведомлены о своем диагнозе, и этот процент еще ниже среди более молодых людей. Кроме того, только 20%

населения имеют полное понимание о глаукоме, 50% слышали о ней, но не знают деталей, а 30% вообще не знакомы с этим заболеванием [34]. Это один из факторов, влияющих на показатели инвалидизации населения при глаукоме. Изучение групп инвалидности показало, что основной причиной является первичная открытоугольная глаукома, за которой следуют первичная закрытоугольная, вторичная и врожденная глаукомы. С 2017 года наблюдается снижение процента случаев врожденной глаукомы (с 3,2% до 1,2%) [35]. За последние 15 лет доля глаукомы в общей структуре первичной инвалидности по зрению в Республике Казахстан значительно выросла, увеличившись в 5 раз (с 5,9% до 29,7%) и поднявшись с пятого на второе место по значимости. Большинство случаев (80,2%) относятся к инвалидам III группы, при этом 40% первичных инвалидов находятся в трудоспособном возрасте.

Дополнительные факторы, влияющие на инвалидизацию пациентов - феномен «белого халата». Согласно последним исследованиям, пациенты наиболее дисциплинированно следят за рекомендациями врача в первую неделю после посещения и за неделю до следующего приема [36].

За последние 15 лет доля глаукомы в общей структуре первичной инвалидности по зрению в Республике Казахстан значительно выросла, увеличившись в 5 раз (с 5,9% до 29,7%) и поднявшись с пятого на второе место по значимости. Большинство случаев (80,2%) относятся к инвалидам III группы, при этом 40% первичных инвалидов находятся в трудоспособном возрасте [37].

Своевременное оказание медицинской помощи при закрытоугольной глаукоме играет важную роль в жизни пациента. При ПЗУГ методом лечения определяется причиной закрытия угла, и, поскольку чаще всего оно вызвано функциональным зрачковым блоком, всем пациентам, прежде всего, рекомендуется лазерная иридэктомия (ЛИ). У пациентов с ПЗУ или

ПЗУГ консервативное лечение не должно использоваться в качестве замены лазерной или хирургической иридэктомии [38].

Эффективность медицинской помощи и качество жизни пациентов с глаукомой зависит не только от медицинского работника и от пациента тоже. В этом плане термин «комплаенс» играет важную роль. В переводе означает «одобрение, согласие и покладистость». Неважно, насколько эффективен назначенный препарат, если пациент не следует рекомендациям по его применению. Чтобы лечение было эффективным, пациент должен строго следовать указаниям врача в более чем 80% случаев. Часто пациенты не сообщают врачу, если не выполняют назначения или не могут их выполнить. Наиболее важным фактором, определяющим уровень соблюдения медицинских рекомендаций (комплаенса), являются психологические характеристики пациента. Пациент будет соглашаться на сотрудничество и следовать медицинским предписаниям только если он полностью осознает наличие заболевания, правильно оценивает его последствия, понимает эффективность лечения и осознает необходимость длительного соблюдения предписаний, даже при

дискомфорте, вызванном лечением [39,40]

Вывод:

1. Глаукома занимает приоритетное место среди глазных заболеваний и является главной причиной необратимой слепоты в мире и РК. Соответственно, актуальность проблемы, связанных с ПЗУГ (первичная закрытоугольная глаукома) бесспорна так как эта форма глаукомы является одной из основных причин слепоты во всем мире.

2. Самыми распространенными формами глаукомы являются первичная открытоугольная (ПОУГ) и закрытоугольная (ПЗУГ). Важно отметить, что этническая принадлежность играет важную роль при распространении глаукомы.

3. Несмотря на применение современных научных и технических разработок в борьбе с глаукомой в Казахстане, количество пациентов, потерявших зрение из-за этого заболевания, не уменьшается.

4. Изучение развития и работы системы предоставления офтальмологической медицинской помощи пациентам с глаукомой подтверждает необходимость ее улучшения с учетом международных стандартов, опыта отечественных специалистов и уникальных особенностей и ресурсов региона.

БІРІНШІЛІК ЖАБЫҚ БҰРЫШТЫ ГЛАУКОМАНЫҢ ТАРАЛУЫНА ЖӘНЕ КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК МӘСЕЛЕЛЕРІНЕ ТАЛДАУ. ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ

***Г. Жұмағұл, Д. Маханбеткулова**

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

Түйіндеме

Бұл мақалада біріншілік жабық бұрышты глаукоманың Дүние жүзі және Қазақстан Республикасы бойынша таралуының ерекшеліктері және осы нозология бойынша көрсетілетін медициналық көмек мәселелеріне әдебиеттік шолу ұсынылған. Сонымен қоса, әлемнің әртүрлі елдеріндегі глаукоманы анықтау және емдеудің заманауи әдістері, сонымен қатар глаукоманың таралуымен және асқынуларымен күресу жөніндегі республикалық бағдарламалар мен шаралардың артықшылықтары мен кемшіліктері көрсетілген.

Түйінді сөздер: глаукома, біріншілік жабық бұрышты глаукома, эпидемиология, медициналық көмек.

ANALYSIS OF THE PREVALENCE AND THE ISSUE OF PROVIDING MEDICAL CARE TO PATIENTS WITH PRIMARY ANGLE-CLOSED GLAUCOMA. LITERATURE REVIEW

***G. Zhumagul, D. Makhanbetkulova**

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

Summary

The article presents a description of the distribution of primary angle-closure glaucoma in the world and the Republic of Kazakhstan, as well as a review of the literature on the provision of medical care for this nosology. The paper presents modern methods of determining and treating glaucoma in different countries of the world, as well as the advantages and disadvantages of republican programs and measures to combat the spread of glaucoma and its complications.

Key words: *glaucoma, primary angle-closure glaucoma, epidemiology, medical care.*

Список литературы

1. Harasymowycz P, Birt C, Gooi P, et al. Medical Management of Glaucoma in the 21st Century from a Canadian Perspective. J Ophthalmol. 2016;
2. Ошоров А. В., Внутрочерепное Л. А. Ю. Сибирский медицинский журнал, 2012, № 6 2012. С. 23–26.
3. Resnikoff S. [и др.]. Global data on visual impairment in the year 2002. // Bulletin of the World Health Organization. 2004. № 11 (82). С. 844–851.
4. Tham Y.-C. [и др.]. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. // Ophthalmology. 2014. № 11 (121). С. 2081–2090.
5. Chan E. W. [и др.]. Glaucoma in Asia: regional prevalence variations and future projections. // The British journal of ophthalmology. 2016. № 1 (100). С. 78–85.
6. Quigley H. A. [и др.]. Community screening for eye disease by laypersons: the Hoffberger program. // American journal of ophthalmology. 2002. № 3 (133). С. 386–392.
7. Cheng J.-W. [и др.]. The prevalence of primary angle closure glaucoma in adult Asians: a systematic review and meta-analysis. // PloS one. 2014. № 7 (9). С. e103222.
8. Chiu S.-L. [и др.]. The Prevalence and the Incidence of Diagnosed Open-Angle Glaucoma and Diagnosed Angle-Closure Glaucoma: Changes From 2001 to 2010. // Journal of glaucoma. 2016. № 5 (25). С. e514-9
9. Zhang N. [и др.]. Prevalence of Primary Angle Closure Glaucoma in the Last 20 Years: A Meta-Analysis and Systematic Review. // Frontiers in medicine. 2020. T. 7. С. 624179.
10. Shiose Y. [и др.]. Epidemiology of glaucoma in Japan--a nationwide glaucoma survey. // Japanese journal of ophthalmology. 1991. № 2 (35). С. 133–155.
11. Foster P. J. [и др.]. Glaucoma in Mongolia. A population-based survey in Hövsgöl province, northern Mongolia. // Archives of ophthalmology (Chicago, Ill. : 1960). 1996. № 10 (114). С. 1235–1241.
12. Day A. C. [и др.]. The prevalence of primary angle closure glaucoma in European derived populations: a systematic review. // The British journal of ophthalmology. 2012. № 9 (96). С. 1162–1167.
13. Foster P. J. [и др.]. The prevalence of glaucoma in Chinese residents of Singapore: a cross-sectional population survey of the Tanjong Pagar district. // Archives of ophthalmology (Chicago, Ill. : 1960). 2000. № 8 (118). С. 1105–1111.

14. Dandona L. [и др.]. Angle-closure glaucoma in an urban population in southern India. The Andhra Pradesh eye disease study. // *Ophthalmology*. 2000. № 9 (107). С. 1710–1716.
15. Quigley H. A., Congdon N. G., Friedman D. S. Glaucoma in China (and worldwide): changes in established thinking will decrease preventable blindness. // *The British journal of ophthalmology*. 2001. Т. 85. № 11. С. 1271–1272.
16. Foster P. J., Johnson G. J. Glaucoma in China: how big is the problem? // *The British journal of ophthalmology*. 2001. № 11 (85). С. 1277–1282.
17. Casson R. J. [и др.]. Prevalence of glaucoma in rural Myanmar: the Meiktila Eye Study. // *The British journal of ophthalmology*. 2007. № 6 (91). С. 710–714.
18. Rahman M. M. [и др.]. The prevalence of glaucoma in Bangladesh: a population based survey in Dhaka division. // *The British journal of ophthalmology*. 2004. № 12 (88). С. 1493–1497
19. Analiz-rasprostranennosti-glaukomyna-territorii-respubliki-kazahstan-za-2014-2019-gg.
20. Таштитова ляйля болатовна. Научное обоснование механизмов организации офтальмологической помощи больным с глаукомой 2023. С. 27.
21. Vishniakov N. I. [и др.]. About the Issue of Organization of Primary Specialized Ophthalmologic Care in Megalopolis // *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*. 2018. № 3 (26). С. 151–154.
22. Захарова Екатерина Кимовна. Оптимизация медицинской помощи больным первичной глаукомой в Республике Саха (Якутия). 2014.
23. Т.Н. Янковая, Е.А. Стыгар А. С. С. Доступность оказания офтальмологической помощи в амбулаторных условиях // *Интернаука*. – 2020. – № 20. 2020. № 2 (2). С. 47–49.
24. Организации С. Теоретическая Организация и и экспериментальная экономика здравоохранения медицина Клиническая Организация экономика здравоохранения Клиническая и медицина 2012. С. 111–114.
25. Таштитова ляйля болатовна Научное обоснование механизмов организации офтальмологической помощи больным с глаукомой 2023. С. 27.
26. Burganova A. M., Galiullin A. N., Galiullin D. A. Assessment of the impact of shortcomings in medical care on the formation and development of glaucoma amid a large megapolis (on the example of Kazan) // *Общественное Здоровье И Здравоохранение*. 2022. № 3 (082). С. 33–39.
27. Асадов Д. А., Асадов Д. А. Основные аспекты применения телемедицины при глаукоме 2023. № 3 (3). С. 12–15.
28. Т.К. Ботабекова, Д.Б. Абдрахимова А. С. А. Состояние и перспективы развития офтальмологической службы Республики Казахстан 2011. № 36 (1). С. 5–7.
29. Ж.К. Бурибаева, В.Р. Абдуллина М. Н. Б. Результаты скрининга глаукомы в казахстане за 2011-2014 годы и направления его совершенствования Государственной // *Вестник КазНМУ*. 2016. № september 2016 (151). С. 10–17.
30. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан 2013. № 42 (1). С. 1–94.
31. М.А. Казанфарова. Совершенствование системы раннего выявления и мониторинга первичной открытоугольной глаукомы., 2019
32. Gupta D., Chen P. P. Glaucoma. // *American family physician*. 2016. № 8 (93). С. 668–674.
33. Д.М. Туйчибаева, Ж.А. Ризаев Н. Р. Я. Ташкентский совершенствования системы диспансеризации пациентов с первичной глаукомой путём внедрения электронной программы // *Физиология Человека*. 2021. № 4. С. 11–19.
34. Huang O. S. [и др.]. Lack of awareness of common eye conditions in the community. // *Ophthalmic epidemiology*. 2013. № 1 (20). С. 52–60.
35. Teleuova T. [и др.]. Visual disability due to glaucoma according to the data of the medi-

cal and social examination of the city of Almaty // Journal «Medicine». 2021. № 219–220 (9–10). С. 39–43.

36. Atreja A., Bellam N., Levy S. R. Strategies to enhance patient adherence: making it simple. // MedGenMed : Medscape general medicine. 2005. № 1 (7). С. 4.

37. Исламова С.Е. Медико-социальные аспекты и эффективность выявления глаукомы в Казахстане: автореф. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2009. – 32 с.

38. Курышева Н.И., Шарова Г.А. Эффективность лазерной иридотомии при подозрении на первичное закрытие угла и при первичной закрытоугольной глаукоме. The Eye. 2022;24(1):20-33.

39. Куроедов А.В. Комплаенс в терапии глаукомного больного. Модуль. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 – 364 с

40. Сангилбаева Ж. О., Арингазина А. М. Комплаенс в терапии пациентов с глаукомой Комплаенс // Вестник КазНМУ №1 - 2020. С. 160–161.

Конфликте интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Вклад авторов. Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение, обработку результатов и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование: отсутствует.

Сведения об авторах

Корреспондирующий автор, Жұмағұл Гүлдария Қанатқызы, ТОО КМУ «ВШОЗ», г. Алматы, Республика Казахстан, e-mail: j_guldaria@mail.ru , тел: 87475258530. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2809-2248>

Маханбеткулова Динара Нургалиевна - Phd, доцент ТОО КМУ «ВШОЗ», г. Алматы, Республика Казахстан, e-mail: dinara08888@mail.ru, тел: 87472121113, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9524-2675>

Статья поступила: 31.03.2024

Статья принята: 03.04.2024

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

* Уалиева С.Т., Камалиев М.А.

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

Аннотация

В статье представлен анализ проблемы оказания лечебно-диагностической помощи больным с инфекционными заболеваниями, которые часто упускаются из виду, недостаточно выявляются или неправильно диагностируются врачами во всем мире и Республике Казахстан. Ошибки в диагностике инфекционных заболеваний влияют не только на состояние пациента, но и на здоровье окружающих. Данное исследование позволяет лучше понять причины диагностических ошибок при инфекционных заболеваниях и разработать меры по их предотвращению, что улучшит качество медицинской помощи пациентам с такими заболеваниями.

Ключевые слова: инфекционные заболевания, несоответствие диагнозов, диагностические ошибки, дифференциальная диагностика.

Введение. Врачебные ошибки являются значительным клиническим и экономическим бременем и одной из самых серьезных проблем для систем здравоохранения [1]. Наиболее распространенными патологиями, при которых наблюдаются диагностические расхождения, являются инфекционные заболевания. Медицинским ошибкам в практике врача-инфекциониста уделяется повышенное внимание, поскольку дефекты профессиональной деятельности в этой области чреваты не только серьезными клиническими, но и эпидемиологическими последствиями. Осознавая это, к врачам-инфекционистам часто обращаются за консультацией по поводу диагностических и терапевтических подходов в случаях сложных пациентов. Следует отметить, что частота, характер и причины профессиональных ошибок оцениваются разными авторами весьма субъективно и неоднозначно. Между тем, особенности врачебной деятельности в условиях

страховой медицины и увеличивающееся с каждым годом число исков к медицинским организациям и работникам вынуждают исследователей активно заниматься поиском путей решения этой проблемы [2,3].

Материалы и методы: Алгоритм поиска публикаций включал поиск литературных источников по теме исследования, индексируемых в базах данных электронной библиотеки Pubmed, Scopus, Google Scholar, e-Library с использованием ключевых слов. Общий объем проанализированных научных статей было 45.

Основная часть. Инфекционные болезни представляют серьезную угрозу для человечества, являясь причиной значительной части глобальной смертности. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, половина случаев смерти детей в возрасте до 5 лет связана с инфекционными заболеваниями. Эти заболевания включают в себя

патологии органов дыхания, кишечные инфекции, корь, малярию, СПИД и другие, составляя 80% структуры заболеваемости в данной возрастной группе. Данные ВОЗ подчеркивают, что смертность от инфекционных болезней занимает второе место в общей структуре смертности в некоторых странах мира [4]. Это говорит о важности разработки эффективных стратегий контроля, профилактики и лечения инфекционных заболеваний для снижения общей мировой смертности и улучшения здоровья [5].

Достижения в области общественного здравоохранения за XX век привели к значительным успехам, включая ликвидацию натуральной оспы и снижение заболеваемости полиомиелитом более чем на 99% с 1988 года. Тем не менее, постоянная угроза, связанная с новыми болезнями, создает нагрузку на ресурсы общественного здравоохранения и увеличивает неравенство внутри стран [6]. Инфекционные заболевания непропорционально сильно поражают выходцев из стран с низким уровнем дохода и могут вызывать социальную и экономическую нестабильность. Во многих случаях инфекционные болезни поддаются лечению существующими лекарственными средствами или предотвращаются с помощью вакцин, однако они продолжают сохраняться, причиняя значительный вред и приводя к смерти. Понимание того, что болезнь ликвидирована, имеет глобальное значение в области здравоохранения и экономики. В случае успеха ограниченные ресурсы для борьбы с болезнью, такие как вакцины, могут быть перераспределены, а использование высокотоксичных методов лечения может быть прекращено. Однако, если борьба с инфекционными болезнями будет ослаблена преждевременно, это может обратить вспять весь прогресс на пути к элиминации болезни и привести к ее повторному всплеску. Раннее выявление возникающих событий может обеспечить эффективное ведение болезни и потенциальное сдерживание, ограничивая общее бремя болезни [7,8].

Врач любой специальности в своей практической работе так или иначе сталкивается с инфекционной патологией. Возникает необходимость быстрой постановки раннего диагноза, проведения дифференциальной диагностики, принятия адекватного решения по дальнейшей тактике ведения пациентов, которые зачастую имеют инфекционную патологию, но за первичной медицинской помощью обращаются не к инфекционисту, а к врачу общей практики и врачам первичного звена [9]. Именно врачам первичного звена приходится заниматься ранней диагностикой инфекционных заболеваний, оказанием первой врачебной помощи данной категории пациентов и проведению противоэпидемических мероприятий. Ранняя диагностика инфекционных заболеваний имеет важнейшее значение не только с клинической, но и с эпидемиологической точки зрения [10].

Проведены многочисленные исследования частоты диагностических ошибок при инфекционных заболеваниях у пациентов, направленных в инфекционный стационар, где выявлены случаи несоответствия диагнозов заболевания терапевтического и хирургического профиля, так как инфекционная патология имеет соприкосновения с патологическими состояниями неинфекционной этиологии и чаще всего, инфекционные больные первично обращаются к врачам скорой медицинской помощи, к участковым терапевтам и педиатрам, а не к врачам-инфекционистам [11,12]. На догоспитальном этапе чаще всего совершаются диагностические ошибки с терапевтическим и хирургическим профилем. При этом они отмечают, что основными причинами диагностических ошибок являются переоценка наиболее выраженных локальных симптомов, недооценка общего состояния больного и симптомов со стороны других систем, отсутствие информированности по эпидемической ситуации, поверхностный эпидемиологический анамнез, поверхностный осмотр больного [13].

По данным исследования, проведенного в инфекционном отделении Городской больницы им. Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону, около половины больных (46,4-49,8%) направлено поликлиниками, чуть меньше (42,2-47,5%) было доставлено в стационар службой скорой помощи (СП), 7% переведено из других городских лечебно-профилактических учреждений. При этом, в приемном отделении инфекционного стационара выяснилось, что диагнозы были ошибочным у $28,4 \pm 3,9\%$ пациентов по линии СП и у $27,1 \pm 4,0\%$ из поликлиники. Случаи гипердиагностики у врачей непрофильных лечебных учреждений также встречались в $37,6 \pm 8,7\%$ случаев. Вклад в постановку ошибочного диагноза у врачей скорой медицинской помощи $44,2 \pm 5,2\%$, поликлиник – $48,0 \pm 5,6\%$ [14-16].

В Инфекционной клинической больнице № 1 г. Москвы установили, что спектр заболеваний, протекающих с кожными проявлениями, включает патологию различного профиля: хирургическую, аллергологическую, дерматологическую, ревматологическую, гематологическую [17]. В ряде случаев эти заболевания протекают тяжело и быстро прогрессируют, в связи с чем умение правильно оценить характер сыпи может иметь важное значение для исхода заболевания, а ошибка в трактовке экзантемы может иметь неблагоприятные последствия и прогноз, что требует настороженности врачей различных специальностей [18,19].

В исследованиях Сургутского государственного университета проведен анализ работы приемного покоя инфекционных стационаров, который показал, что большой спектр разнопрофильной соматической патологии с абдоминальным синдромом может протекать под маской острых кишечных инфекций [20]. Так, на 5 пациентов с острыми кишечными инфекциями приходился один случай «непрофильного» заболевания, нуждающийся нередко в неотложной дифференциальной

диагностике. В результате сделаны выводы, что врач-инфекционист обязан ориентироваться в клинике внутренних болезней, равно как врачи других специальностей должны владеть навыками дифференциальной диагностики с инфекционными заболеваниями [21]. В связи с этим, авторы предлагают в программы клинической ординатуры или профессиональной переподготовки по различным специальностям включить цикл по основным инфекционным болезням [22].

Также в исследованиях США было продемонстрировано, что консультации по инфекционным заболеваниям оказывают положительное воздействие на исходы лечения различных инфекций, таких как бактериемия золотистого стафилококка, бактериемия *Pseudomonas*, кандидемия, микроорганизмы с множественной лекарственной устойчивостью, энтерококковая бактериемия и амбулаторная парентеральная антимикробная терапия [23]. Специалисты по идентификации чаще всего работают в больницах, обслуживающих городские населенные пункты, обладающих возможностью поддерживать стационарную практику. Однако, мало что известно о различиях в подходе к лечению инфекций в общественных больницах, которые не имеют доступа к услугам специалиста по идентификации. По мнению авторов, в местных больницах обычно лечат состояния, требующие длительных курсов противомикробных препаратов. А консультация врача-инфекциониста дает возможность улучшить использование антибиотиков. Авторы выявили что программы управления под руководством врачей должны быть расширены и включать в себя общественные больницы. Усилия по расширению кадрового состава врачей-инфекционистов за счет охвата в местных больницах позволят улучшить использование антибиотиков [24,25].

С учетом многообразия понятия «профессиональная ошибка» в научной литературе представляется целесообразным выделить трех концептуальных подходов к

профессиональным ошибкам медицинских работников: 1) как к правонарушению; 2) как к добросовестному заблуждению; 3) как к неопределенному понятию. В 1999 г. сотрудниками Института медицины Национальной академии США был опубликован отчет «To Err is Human: Building a Safer Health System», содержащий, помимо прочего, определение врачебной (медицинской) ошибки. В нем она определена как невыполнение запланированных действий (ошибка исполнителя) или применение ошибочного плана, неспособного достичь поставленной цели (ошибка планирования) [7]. В том же отчете упоминаются два вида врачебных ошибок, различающиеся между собой наличием связью с халатностью или отсутствием таковой. Еще одной причиной профессиональных ошибок медицинских работников можно назвать недостаток профессионального опыта. Данный критерий не учитывается законодательством как в сфере уголовного, так и медицинского права [25]. Вместе с тем не подлежит сомнению тот факт, что стаж медицинской деятельности и количество случаев «добросовестных ошибок» находятся в обратной зависимости. Однако представители врачебного и юридического сообществ занимают прямо противоположные позиции по вопросу признания недостатка профессионального опыта медицинского работника в качестве критерия «добросовестной ошибки» в ситуациях причинения вреда пациенту при оказании медицинской помощи, в результате чего наступил летальный исход [26].

Основными нарушениями, допускаемыми медицинскими работниками, является несоблюдение стандартов, протоколов лечения и клинических рекомендаций, не полное правоведение диагностики больного, в результате чего не верно определяется заболевание и его лечение, не в полном объеме оказывается помощь из-за неверного выставления диагноза и т.д. [27]. Полагаем, что среди многочисленных нарушений, допускаемым медицинскими

сотрудниками, наиболее общественно опасными является неприменение специальных познаний и навыков в области медицины при исполнении профессиональных обязанностей [28,29].

Также есть случаи, где специалисты-медики имеют недостаточные знания об опыте зарубежных коллег в вопросах обеспечения безопасности пациентов при оказании медицинской помощи. Это свидетельствует о необходимости обучения специалистов медицинских учреждений и распространения среди них соответствующего опыта, направленных на формирование культуры работы при возникновении медицинских инцидентов, как на уровне медицинского сообщества в целом, так и на уровне конкретных медицинских учреждений [30]. При этом нормативные документы, регламентирующие характер этой работы, должны основываться на принципах «Токийской декларация по безопасности пациентов», а также иных международных рекомендациях, в том числе разработанных Всемирной организацией здравоохранения. Результаты такой работы следует учитывать руководителям медицинских организаций при формировании внутриучрежденческой стратегии повышения качества и безопасности, а также для соответствующей мотивации сотрудников [31,32].

Повышение качества оказания медицинской помощи населению Республики Казахстан является одним из приоритетов системы здравоохранения страны. Так, в статьях 15 и 35 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года указывается о создании Объединенной комиссии по качеству и экспертизе качества медицинских услуг. В статье 15 Кодекса основной акцент делается на стандартизацию подходов к оказанию помощи и клинические протоколы, а экспертиза качества медицинских услуг (статья 35) подразумевает: «...анализ организации оказания медицинской помощи, клинической деятельности медицинской организации, выявление

фактов нарушения порядка оказания медицинской помощи и стандартов...» [33].

В Республике Казахстан смертность от инфекционных болезней уступает болезням системы кровообращения, новообразованиям, болезням органов пищеварения, дыхания и другим причинам. Хотя известно, что инфекционными агентами индуцируются большая часть болезней органов дыхания, органов пищеварения (например, язва желудка), сердечно-сосудистой системы, а также значительная часть новообразований (рак шейки матки, лимфома, саркома Капоши) [34]. Все большее внимание врачей стала привлекать проблема последствий перенесенных инфекционных заболеваний. Последствия острых инфекционных диарейных заболеваний развиваются спустя определенное время после перенесенной острой фазы, в большинстве случаев такие больные становятся пациентами врачей смежных клинических дисциплин – гастроэнтерологов, ревматологов, неврологов и др., а сами состояния ввиду отсутствия четких клинико-лабораторных критериев диагностики нередко рассматриваются как самостоятельные нозологические формы. Так, развитию реактивного артрита предшествуют урогенитальные или кишечные инфекционные заболевания. Не теряют актуальности проблемы заболеваемости корью, краснухой, клещевым энцефалитом, Конго-Крымской геморрагической лихорадкой [35].

В Глобальном докладе ВОЗ по профилактике инфекций и инфекционному контролю, опубликованном в 2022 г., указывается, что: «Сегодня из каждых 100 пациентов в больницах неотложной помощи 7 пациентов в странах с высоким уровнем дохода и 15 пациентов в странах с низким и средним уровнем дохода инфицируются, по крайней мере, одной инфекцией, связанной с оказанием медицинской помощи (ИСМП), во время пребывания в больнице» [22]. В среднем 1 из каждых 10 пострадавших пациентов умирает от ИСМП. Помимо человеческих страданий, ИСМП приводят

к огромным дополнительным финансовым расходам. Кроме того, еще в 2014 г. ВОЗ предупредила, что феномен устойчивости к антибиотикам становится опасным. Ежегодно в США регистрируется более 2,8 млн устойчивых к противомикробным препаратам инфекций, в результате которых умирает более 35 000 человек [36,37].

Из-за сложности сбора надежных данных истинное бремя ИСМП в полном объеме в Казахстане остается неизвестным, хотя есть понимание, что ИСМП представляют такую же серьезную проблему, как и в других странах мира. Свидетельством осознания серьезности проблемы ИСМП и необходимости ее решения в долгосрочной перспективе является формирование рабочей группы на национальном уровне для разработки руководства по профилактике инфекций и инфекционному контролю. Ситуационный анализ, проведенный Национальным центром общественного здравоохранения при технической помощи Фонда ООН в области народонаселения, установил: «Официальные данные о распространенности ИСМП в Казахстане не являются достоверными, они в 422 раза ниже показателей развитых стран и в 561 раз ниже показателей развивающихся стран...». Недооценка истинного масштаба проблемы ИСМП является ключевым барьером на пути организации комплексной программы инфекционного контроля» [38,39].

Таким образом, даже беглая характеристика заболеваемости инфекционными болезнями в РК и г. Алматы позволяет утверждать, какое внимание борьбе с каждой из них необходимо уделить в ближайшее время. Универсальный приоритетный подход - профилактические мероприятия. Однако, «ранняя» диагностика и лечение инфекционных болезней пока остаются, к сожалению, основными в практической медицине [36,40].

Требования инфекционного контроля и инфекционной безопасности должны войти в обычную рутинную практику и стать

неотъемлемой частью профессиональной деятельности медицинских работников на всех этапах оказания медицинской помощи. Обеспечение перехода на риск-ориентированную модель профилактики ИСМП, применение основанных на доказательной информации мер профилактики позволят повысить эпидемиологическую безопасность и качество медицинской помощи в целом. [41].

Условия содержания инфекционных больных диктуются степенью их контагиозности, а методология обследования пациентов направлена на установление этиологии болезни, её возбудителя [42]. Прежде чем выбрать ту или иную тактику проведения экстренных профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, врач должен четко представлять сущность инфекционного процесса [43].

Инфекционисты проводят сбор анамнеза, отмечают динамику болезни, уточняют эпидемическую обстановку в районах пребывания, выявляют контакты, досконально делают общий осмотр и физикальное обследование пациента. Решающее значение имеет правильная интерпретация жалоб и симптомов, инструментальных данных и результатов лабораторных тестов. Основной принцип лечения – этиопатогенетическая терапия, зависит от обоснованности нозологического диагноза, нередко уточняемого или дополняемого оценкой динамики состояния пациента [44].

Таким образом, повседневная деятельность врача-инфекциониста в критических ситуациях существенно отличается от таковой у врачей других специализаций, существенно осложнена спецификой онтологии его работы, заключающейся в следующем:

1) деятельность врача-инфекциониста сопряжена с инфекционными процессами и детерминирована постоянным, систематическим контактированием с патогенными или условно-патогенными возбудителями и носителями инфекций, в том числе и очень часто отсутствует информированность об

этом в необходимой мере, что определяет следующее:

- специфичная и повышенная ответственность врача-инфекциониста;

- особые для здоровья и жизни самого врача-инфекциониста риски, сопряженные с его деятельностью (риск заражения на рабочем месте);

- специфические вредные и пониженно-комфортные для самого врача-инфекциониста условия труда, повышенная интенсивность и глубина физических и психологических перегрузок (в нашей стране не соответствующих размерам оплаты труда) в его повседневной деятельности;

2) деятельность врача-инфекциониста выражено сопряжена с энтропийными процессами, детерминированными появлением совершенно новых инфекционных агентов, мутациями возбудителей инфекционных заболеваний, в том числе с приобретением таковыми свойств к «иммунному ускользанию» и устойчивости (ригидности) к известным и ранее эффективно применявшимся средствам и методам терапии, что детерминирует следующее:

- практически постоянная необходимость (вынужденность) поисков и обеспечения существенного развития диагностических и терапевтических средств и методов инфектологии начатый переход на новые условия непрерывного медицинского образования (в данном случае – в отношении врачей-инфекционистов) создает определенные положительные тенденции и перспективы, но в общем ситуацию меняет мало;

- повышенные риски врачебных ошибок и в целом дефектов медицинской помощи в отношении пациентов в деятельности врача-инфекциониста;

- повышенные интенсивность и глубина эмоционального выгорания врача-инфекциониста;

3) деятельность врача-инфекциониста выражено сопряжена с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, – внутрибольничными

инфекциями (нередко устойчивыми к антибиотикам внебольничными инфекциями), что также детерминирует повышенные риски врачебных ошибок;

4) сопряженность, увязанность врача-инфекциониста лечебно-диагностического учреждения с системой санитарно-эпидемиологических мероприятий в условиях мультидетерминированности

заболеваний и сложной интерсекциональности их причин (в том числе социальных)

Выход – не только в надлежащем усовершенствовании законодательства, но и в реформе непрерывного медицинского образования, включении вопросов правовой грамотности в объем компетентностей врача [45].

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАР ДӘРІГЕРІНІҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚАТЕЛІКТЕРДІ ТАЛДАУ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ЖОЮ ТӘСІЛДЕРІ. ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ

*** Уалиева С.Т., Камалиев М.А.**

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті Алматы қ., Қазақстан

Түйіндеме

Бұл мақалада әлемде және Қазақстан Республикасында жиі көзден таса болатын немесе дұрыс қойылмаған жұқпалы аурулар талданады, сондай-ақ осы нозологияға медициналық көмек көрсету жөніндегі әдебиеттерге шолу жасалып жатыр. Жұқпалы ауруларды диагностикалаудағы қателіктер наукастың жай-күйіне ғана емес, қоғам денсаулығына да әсер етеді. Бұл зерттеу жұқпалы аурулар кезіндегі диагностикалық қателіктердің себептерін жақсы түсінуге және олардың алдын алу шараларын әзірлеуге мүмкіндік береді, сонымен қатар осындай аурулармен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсету сапасын арттыруға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: жұқпалы аурулар, дұрыс диагноз қойылмауы, диагностикалық қателіктер, дифференциалды диагностика.

ANALYSIS OF MEDICAL ERRORS IN THE PRACTICE OF AN INFECTIOUS DISEASE DOCTOR AND WAYS TO ELIMINATE THEM. LITERATURE REVIEW

*** Ualiev S.T., Kamaliev M.A.**

Kazakhstan's Medical University «KSPH»
Almaty, Kazakhstan

Summary

The article analyzes infectious diseases that are often overlooked or misdiagnosed in the world and the Republic of Kazakhstan, as well as a review of the literature on the provision of medical care for this nosology. Errors in the diagnosis of infectious diseases affect not only the patient's condition, but also the health of society. This study allows us to better understand the causes of diagnostic errors in infectious diseases and develop measures to prevent them, which will improve the quality of medical care for patients with such diseases.

Key words: infectious diseases, misdiagnoses, diagnostic errors, differential diagnosis.

Список литературы:

1. Яковлев С.А. Инфекционные заболевания как глобальная проблема современности // Территория науки.– 2017.– №1.– С. 20-23.
2. Vick A, Estrada CA, Rodriguez JM. Clinical reasoning for the infectious disease specialist: a primer to recognize cognitive biases. Clin Infect Dis. 2013 Aug;57(4):573-8. doi: 10.1093/cid/cit248. Epub 2013 Apr 17. PMID: 23595833.
3. Ющук Н.Д., Кулагина М.Г., Шутько С.А., Мартынов Ю.В., Дудина К.Р. Разработка практического руководства по инфекционным болезням с элементами цифровых технологии // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение.– 2021.– №3 (38).– С. 131-135.
4. Усаткин А. В., Гопаца Г. В., Титирян К. Р. Рожа: проблемы диагностики на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи и пути ее оптимизации // Научный альманах.– 2017.– № 1-3. – С. 248-251.
5. Зорин К.В. Образование, служение и здоровье врача-инфекциониста в современном мире // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение.– 2017.– №5 (22).– С. 34-38.
6. Мазанкова Л.Н., Понкин И.В., Чеботарева Т.А., Понкина А.А. Правовые аспекты в практике врача-инфекциониста // Российский вестник перинатологии и педиатрии.– 2020.– №65(2).– С. 7-14.
7. Honda H, Krauss MJ, Jones JC, Olsen MA, Warren DK. The value of infectious diseases consultation in Staphylococcus aureus bacteremia. Am J Med. 2010 Jul;123(7):631-7. doi: 10.1016/j.amjmed.2010.01.015. Epub 2010 May 20. PMID: 20493464; PMCID: PMC3606273.
8. Кудрявая Н.В., Зорин К.В. Духовно-нравственные и просветительские аспекты врачебной деятельности в области инфекционных болезней // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение.– 2015.– №3 (12).– С. 129-133.
9. Шутова О.В., Романова Н.Н., Мартынов В.А., Митин О.Н., Корнеева О.А., Шлыков А.И., Земских С.А., Кагарличенко А.А. О сложностях работы дежурного врача-инфекциониста // Вестник Башкирского государственного медицинского университета.– 2019.– №1.– С. 363-370.
10. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците.– М.: Медицина, 2018.– С. 208.
11. Бурганова А.Н., Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р., Галиева А.Т., Хасанова Г.М., Назырова Е.А. Анализ ошибок при дифференциальной диагностике острых кишечных инфекций у взрослых / Фундаментальные и прикладные аспекты современной инфектологии: сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Уфа: ИЦИПТ, 2016.– С. 47-51.
12. Бельгесов Н.В., Романенко С.М. и др. Инфекционные болезни: гемоконтактные инфекции: Учебное пособие для СПО. – Litres, 2020.– С. 10-13.
13. Southall E, Brett TS, Tildesley MJ, Dyson L. Early warning signals of infectious disease transitions: a review. J R Soc Interface. 2021 Sep;18(182):20210555. doi: 10.1098/rsif.2021.0555. Epub 2021 Sep 29. PMID: 34583561; PMCID: PMC8479360.
14. Haddad M, Sheybani F, Naderi H, Sasan MS, Najaf Najafi M, Sedighi M, Seddigh A. Errors in Diagnosing Infectious Diseases: A Physician Survey. Front Med (Lausanne). 2021 Nov 17;8:779454. doi: 10.3389/fmed.2021.779454. PMID: 34869499; PMCID: PMC8635483.
15. Тактика врача-инфекциониста: практическое руководство в 2 ч. / под ред. Н.Д. Ющука.– Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021.– Ч. 1.– С. 272.
16. Цинзерлинг В.А., Лобзин Ю.В., Карев В.Е. Роль прижизненных и посмертных морфологических исследований в практике врача-инфекциониста // Журнал инфектологии.– 2012.– №4(1).– С. 23-28.
17. Плавунов Н.Ф., Кадышев В.А., Чернобровкина Т.Я., Проскурина Л.Н., Кардонова Е.В. Диагностическое значение экзантем при инфекционных заболеваниях на догоспитальном этапе // Архив внутренней медицины. –2016.– № 3(29).– С. 36-41.

18. Suneja M, Beekmann SE, Dhaliwal G, Miller AC, Polgreen PM. Diagnostic delays in infectious diseases. *Diagnosis (Berl)*. 2022 Jan 20;9(3):332-339. doi: 10.1515/dx-2021-0092. PMID: 35073468; PMCID: PMC9424060.
19. Калугина Н.Г., Шутова А.А. Некоторые проблемы квалификации преступлений, совершаемых медицинскими работниками // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». – 2019. – № 6. – С. 845-851.
20. Козловская О.В., Катанахова Л.Л., Камка Н. Н., Магомедова Е.Р., Радченко О.С. Ошибки диагностики инфекционной патологии (по материалам многопрофильного стационара) // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2019. – С. 37-44.
21. Шкарин В.В., Ивашева В.В., Емельянова О.С. Актуальность проблемы безопасности пациентов с точки зрения практикующих врачей // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2019. – № 3. – С. 27-30.
22. Совершенствование профилактики инфекций и инфекционного контроля в учреждениях здравоохранения: Временное практическое руководство, содействующее реализации Руководства ВОЗ по основным компонентам программ для профилактики инфекций и инфекционного контроля. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.10).
23. Robinson JO, Pozzi-Langhi S, Phillips M, Pearson JC, Christiansen KJ, Coombs GW, Murray RJ. Formal infectious diseases consultation is associated with decreased mortality in *Staphylococcus aureus* bacteraemia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2012 Sep;31(9):2421-8. doi: 10.1007/s10096-012-1585-y. Epub 2012 Mar 3. PMID: 22382823.
24. O'Connor SM, Taylor CE, Hughes JM. Emerging infectious determinants of chronic diseases. *Emerg Infect Dis*. 2006 Jul;12(7):1051-7. doi: 10.3201/eid1207.060037. PMID: 16836820; PMCID: PMC3291059.
25. Аськов Н.Н., Шмелев И.А., Сергеев В.В., Купряхин В.А. О вопросу об обоснованном риске и профессиональной ошибке медицинского работника при оказании медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекции COVID-19 // ВЭПС. – 2020. – № 2. – С. 59-62.
26. Кунц Е. В. Ошибка в противоправности медицинских работников / Материалы XVIII Международной научно-практической конференции «Уголовное право. Стратегия развития в XXI веке». – г. Москва, 2021. – С. 642-645.
27. Гуревич К.Г., Зорин К.В. Опыт организации пропаганды здорового образа жизни среди студентов медицинского вуза // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 6. – С. 33-36.
28. Шкарин В.В., Ивашева В.В., Семенова Н.В., Емельянова О.С., Багметов Н.П. Проблема безопасности пациентов в медицинских организациях - взгляд практикующих врачей // Вестник ВолГМУ. – 2018. – №4 (68). – С. 107-109.
29. Понкина А.А., Понкин И.В. Права врачей. – Издание 2-е, перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 192.
30. Эртель Л.А., Силаков О.Ю. Значение судебно-медицинской экспертизы врачебных ошибок при рассмотрении гражданских споров и расследовании уголовных дел // Юридическая наука и практика. – 2018. – № 14(4). – С 66-71.
31. Аськов Н. Н. О разграничении преступного и неправомерного причинения вреда медицинскими работниками при исполнении профессиональных обязанностей / Материалы XVI Международной научно- практической конференции «Уголовное право. Стратегия развития в XXI веке» г. Москва, 24-25 января 2019 г. – С. 614-618.
32. Астанина С.Ю., Еровиченков А.А., Беляева Н.М. Компетентностный подход в преимущественности подготовки специалиста по инфекционным болезням в ординатуре и аспирантуре // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. – 2017. – №2 (19). – С. 11-15.
33. Есмагамбетова А. С., Зекенова А. Р., Смагул М. А., Нугманова Ж. С., Кулбаева Ж. А., Жарылкасынова А. Е., Касабекова Л. К., Нукунова Г. Профилактика инфекции и

инфекционный контроль в медицинских организациях: Методические рекомендации.– Астана, 2023.– С. 18-35.

34. Курманова К.Б., Тастанбекова Л.М. Инфекционные болезни в общей медицинской практике // ҚазҰМУ Хабаршысы = Вестник КазНМУ.– 2013.– № 2.– С. 63-66.

35. Жуманазаров Н.А., Баймуратова Г., Ильясов М., Ахыншаев Е., Алтыбаев К., Убайдаева А.Б. Анализ ошибок и осложнений во врачебной практике // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 1.– С. 41-43.

36. ВОЗ. Руководство по основным компонентам программ профилактики инфекций и инфекционного контроля на национальном уровне и уровне медицинских учреждений экстренной помощи. – 2018. – С. 30-71.

37. Зорин К.В. Психология и педагогика сотрудничества врача и пациента инфекционного профиля // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение.– 2016.– №3(16).– С. 30-34.

38. Global report on infection prevention and control: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

39. Богодаров, М. Ю., Соков, С. Л., Шефер, Ю. М. Организация работы приемного отделения больницы в чрезвычайных ситуациях: Монография. – М.: Изд-во РУДН, 2017.– С. 111.

40. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. 2-е изд., перераб. и доп.– Москва: ГЭОТАРМедиа, 2018.– С. 1104.

41. Малышева Ю.Ю. Ятрогенные преступления в момент пандемии COVID-19 // Гуманитарные и политико-правовые исследования.– 2021.– №3 (14).– С. 25-38.

42. Бессонов А.А., Маланина Н.В. Криминалистическая характеристика преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи и медицинских услуг // Расследование преступлений: проблемы и пути их решения. – 2018.– № 4.- С. 150-157.

43. Ющук Н.Д., Ачкасов Е.Е., Мартынов Ю.В. Высшая медицинская школа глазами преподавателей, студентов, врачей и населения / Информационно-аналитические материалы по результатам социологического исследования.– М: Триада-Х, 2021.– С.128.

44. Каландаров М. Анализ и лечение острых кишечных инфекции // Экономика и социум.– 2021.– № 6-1(85).– С. 671-674.

45. Гуревич К. Г., Зорин К. В. Педагогические новации и этические аспекты в преподавании вопросов первичной профилактики инфекционных болезней // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение.– 2018.– №1(24).– С. 40-45.

Конфликте интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Вклад авторов. Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение, обработку результатов и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование: отсутствует.

Сведения об авторах

Корреспондирующий автор, Уалиева Сая Туркистановна, ТОО КМУ «ВШОЗ», г. Алматы, Республика Казахстан, e-mail: saya_ualieva@mail.ru, тел: 87075356162 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1384-5785>

Камалиев Максат Адильханович - д.м.н, профессор ТОО КМУ «ВШОЗ», г. Алматы, Республика Казахстан, e-mail: mkamaliev@mail.ru, тел: 87773830353 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0240-5007>

Статья поступила: 22.04.2024

Статья принята: 06.05.2024

OPTIMIZATION OF THE TREATMENT METHOD FOR PATIENTS WITH PERIODONTITIS

* Shertayeva A.Zh., Kurakbayev K.K.

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

Summary

According to the World Health Organization, partial tooth loss is one of the most common diseases of the dental system, affecting up to 75% of the world's population. The percentage of people suffering from this condition and the number of missing teeth increase with age.

Among the reasons for the deterioration of the environmental situation in the regions, which contribute to an increase in the incidence of periodontitis, the main role is played by high levels of pollution of the atmosphere, water, vegetation and soil with oxides of nitrogen, carbon, sulfur, as well as non-ferrous and other metals. Environmental degradation in industrial centers and increased anthropogenic impact on soil, water resources, plants and the human body, as well as associated aerosol pollution, provoke the development of inflammatory diseases, including periodontitis, and cause serious allergic reactions. Numerous epidemiological studies conducted in recent years have demonstrated the significant prevalence of periodontal diseases worldwide. These diseases occur in all age groups, manifest themselves in various forms of severity and often worsen with age. Generalized periodontitis of moderate to severe degree is common, especially in people over 45 years of age.

Key words: *periodontitis, inflammation, treatment, diagnosis.*

Introduction. Inflammatory periodontal diseases represent one of the most significant problems in the field of dentistry. According to research by the World Health Organization (WHO), the highest percentage of gingivitis and periodontitis is observed in the age group from 34 to 45 years, affecting 97% of the adult population. The main task of modern dentistry is the development and implementation of new, more effective methods for the conservative treatment of chronic generalized periodontitis [1-4]. Despite the wide range of existing medicines and diagnostic and treatment methods, not all of them guarantee the elimination of all symptoms and the achievement of complete remission. The high prevalence,

aggressive course and influence of chronic generalized periodontitis of mild and moderate severity on other body systems emphasize the need for research to create new algorithms and approaches in the conservative treatment of this disease, which will minimize the negative consequences and limitations in treatment. In the treatment of various inflammatory periodontal diseases, patients may be prescribed medications that include components that stimulate immunity, promote regeneration, affect the microflora of periodontal pockets, improve tissue nutrition and reduce inflammation. In this context, special attention should be paid to drugs containing active substances such as netilmycin and propolis. In addition, additional treatment methods can be used, for example, various physiotherapy procedures that increase

the ability of tissues to repair and have anti-inflammatory and regenerating effects [5-7].

Periodontal diseases are among the most common and socially significant dental problems. The issues of diagnosis and treatment of periodontal pathology pose a serious challenge to dental science and practice due to the long-running debates on etiology and pathogenesis, as well as due to the diversity of existing classifications reflecting ambiguity in terminology [8].

Chronic diseases are known as the final stage of a long-term pathological process in the body initiated by the influence of harmful factors that can affect the progression of the disease both directly and indirectly [9].

According to statistics from the World Health Organization, the causes of human diseases are distributed as follows: genetic factors account for 20%, environmental influences - 25%, and lifestyle has the greatest impact, occupying 55% [10].

Many scientific papers indicate that the cause of periodontal diseases, along with the general level of immunity, the presence of systemic diseases, genetic predisposition and other factors, is insufficient oral hygiene. Yu. A. Fedorov and V. N. Koren emphasize that the incidence of periodontitis decreases to 30.4% with regular and proper oral care, while with unsystematic care, it is 37.5%, and increases to 48.5% in its complete absence. This state of affairs directly affects the local immune status of the oral cavity and causes the progression of pathological changes that accompany all forms of inflammatory periodontal diseases [11].

A low level of oral hygiene is the main factor in the formation of dental plaque and biofilms containing specific microflora with high periodontal pathogenic potential. These formations are considered a key factor in the etiology of inflammatory processes of periodontal tissues [12].

One of the main tasks of a doctor is to organize individual hygiene measures for each patient aimed at monitoring the state of oral hygiene. This serves as a foundation for sanitary and educational work. Inflammatory and destructive periodontal diseases are considered one of the most difficult and common

problems in dentistry and are the main cause of tooth loss among the adult population. An epidemiological study conducted by the World Health Organization (WHO) in 35 economically developed countries among people aged 31-44 years showed a high prevalence of periodontal diseases — over 75%. This is confirmed not only by the high incidence rate, but also by a noticeable decrease in the age of patients suffering from this disease. According to E.M. According to Kuzmina, intact periodontal disease is detected in only 12% of people, while the rest have lesions of varying severity — from initial inflammatory to severe destructive changes with loss of teeth. Severe periodontitis, leading to tooth loss, occurs in 5-15% of cases in most of the studied populations [13, 14].

It should be noted that the patient's age plays a significant role in the development of periodontal diseases, as the number of systemic diseases and drugs used to treat them increases with age, which leads to a decrease in the effectiveness of protective mechanisms, especially in elderly patients. With increasing age, there is a decrease in bone density and a slowdown in healing abilities due to a decrease in metabolic activity [15]. In addition, taking medications, including corticosteroids, immunosuppressants, hydantoin, heavy metal salts, oral contraceptives and cyclosporine, can negatively affect the condition of periodontal tissues [16].

According to modern literature sources, disorders of metabolic processes in periodontal tissues caused by exo- and endogenous factors and dysfunction of enzymatic systems lead to a violation of the periodontal blood supply. Blood microcirculation plays an important role in tissue nutrition and compensation in the development of inflammatory and ischemic lesions of periodontal tissues. Blood circulation provides periodontal tissues with oxygen and nutrients, and also helps to remove metabolic products. However, a decrease in the stroke and minute volume of the heart, as well as arterial hypotension, can lead to a decrease in perfusion pressure in the vessels of the supporting and retaining apparatus of the tooth, which in turn causes the development of

dystrophic changes. These changes reduce the resistance of periodontal tissues [17, 18].

Modern methods of treatment of inflammatory periodontal diseases. Periodontists have been striving for many decades to improve the results of comprehensive treatment of chronic generalized periodontitis. The importance of this problem is due to the high prevalence of this disease, which is associated with changes in the standard of living of the population, deterioration of the environmental situation, resistance of microflora to widely used antibacterial drugs and a decrease in the overall resistance of the body. In addition, many people still have an unsatisfactory hygienic condition of the oral cavity.

During the development of pathologies in the periodontium, the destruction of the ligamentous apparatus of the teeth, the formation of periodontal pockets and bone resorption occur. These changes set the main goal of periodontal surgery — the regeneration of lost periodontal structures and stabilization of the disease. Modern practice includes the use of autogenic, allogeneic, xenogenic, alloplastic materials and membranes for directed tissue regeneration to repair intraosseous defects. Many researchers note the high osteogenic properties of autografts and the lack of an immune response to the transplantation of their own tissue. However, the use of autografts is not always possible due to additional trauma in the donor area. Systemic osteopathies are a contraindication to their use. Moreover, when autosteous tissue comes into contact with the surface of the roots of teeth, resorptive processes can accelerate due to the activity of osteoclasts.

Describing the high osteoinductive and osteoconductive properties of allografts, it is necessary to mention the risk of immune conflict and the possibility of transmission of viral diseases. The opinions of researchers on the use of bone material are divided: some support the use of human embryo bone tissue, while others are critical of this, paying attention to the immaturity of the bone matrix in the third month of intrauterine development, rapid resorption and low biomechanical strength. Many researchers highlight the effectiveness

of composites based on hydroxyapatite and collagen, which are structurally similar to the bone matrix, but have excellent physical and mechanical properties such as brittleness, porosity and rapid biodegradation. In this regard, the issue of the ability of alloplastic materials to stimulate the formation of new bone remains debatable.

Contraindications to the use of plasma therapy techniques include: systemic hematopoietic diseases, malignant neoplasms, allergic reactions to heparin, acute infectious diseases and decompensated form of diabetes mellitus [19, 1]. Platelet plasma used in plasmolifting contains growth factors (PDGF, PDAF, TGFb, IGF, EGF, PD-ECGF), which they stimulate capillary germination, normalize hemodynamics, tissue respiration and metabolic processes. About thirty years ago, Rita Levi-Montalcini and Stanley Cohen (1986) discovered that platelets secrete biologically active polypeptide molecules that emit specific signals perceived by receptors on damaged cells. These cells, in response to the signal, activate division, which promotes regeneration. Thus, an increase in the level of platelets in the blood leads to an increase in their effect on regenerative processes. The strengthening of bone tissue occurs through the formation of a collagen matrix and bone structure with the participation of collagen proteins, while local immunity is also activated [20].

The use of platelet autoplasm is an advanced method in the strategy of treating inflammatory and destructive processes in periodontal tissues and accelerated implant engraftment without complications. This method of treatment allows you to achieve the desired results in a shorter time and provides a long-lasting effect. Currently, there are no alternative operations that could be compared in efficiency, quality, aesthetic and other indicators with dental implants in dentistry.

Currently, considerable attention is being paid to the role of stomatogenic infection in the pathogenesis of diseases of the cardiovascular system. In particular, it was found that periodontitis is important for the occurrence and development of atherosclerosis. These studies emphasize the importance of studying

the etiology and pathogenesis of periodontitis. New knowledge in this field can significantly improve the effectiveness of treatment and prevention of this pathology.

Conclusions. In conclusion, inflammatory periodontal diseases such as gingivitis and periodontitis remain one of the main problems in dentistry. They affect a significant part of the population and require a comprehensive approach to treatment and prevention. Modern treatment methods, including pharmacotherapy and physiotherapy procedures, as well as inno-

vative approaches such as the use of platelet autoplasm, offer new opportunities to improve the periodontal condition and the quality of life of patients. However, despite advances in periodontics, it is important to emphasize the role of prevention, including proper oral hygiene and regular dental examinations, to prevent the development and progression of periodontal diseases. Taking into account the influence of lifestyle, ecology and genetic factors, an integrated approach to periodontal health should include both medical and social aspects.

ПАРОДОНТИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ӘДІСІН ОҢТАЙЛАНДЫРУ

* Шертаева А.Ж., Куракбаев К.К.

«ҚДСЖМ» Қазақстан медициналық университеті ЖШС, Алматы, Қазақстан

Түйіндеме

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, тістердің ішінара жоғалуы-бұл жер шарының 75% -на дейін әсер ететін тіс-жақ жүйесінің ең көп таралған ауруларының бірі. Бұл аурудан зардап шегетін адамдардың пайызы және жетіспейтін тістердің саны жасына қарай артады.

Периодонтит ауруының өсуіне ықпал ететін аймақтардағы экологиялық жағдайдың нашарлау себептерінің арасында атмосфераның, судың, өсімдіктердің және топырақтың азот, көміртек, күкірт оксидтерімен, сондай-ақ түсті және басқа металдармен ластануының жоғары деңгейі басты рөл атқарады. Өнеркәсіптік орталықтардағы қоршаған ортаның нашарлауы және топыраққа, су ресурстарына, өсімдіктерге және адам ағзасына антропогендік әсердің жоғарылауы, сондай-ақ онымен байланысты аэрозольдік ластану қабыну ауруларының, соның ішінде периодонтиттің дамуын тудырады және ауыр аллергиялық реакцияларды тудырады. Соңғы жылдары жүргізілген көптеген эпидемиологиялық зерттеулер бүкіл әлемде пародонт ауруларының айтарлықтай таралуын көрсетті. Бұл аурулар барлық жас топтарында кездеседі, ауырлықтың әртүрлі формаларында көрінеді және көбінесе жасына қарай нашарлайды. Орташа және ауыр жалпыланған периодонтит, әсіресе 45 жастан асқан адамдарда жиі кездеседі.

Түйінді сөздер: периодонтит, қабыну, емдеу, диагностика.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ

* Шертаева А.Ж., Куракбаев К.К.

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

Аннотация

По данным Всемирной организации здравоохранения, частичная потеря зубов является одним из наиболее распространенных заболеваний зубочелюстной системы, от которого страдает до 75% населения земного шара. Процент людей, страдающих этим заболеванием, и количество отсутствующих зубов увеличиваются с возрастом.

Среди причин ухудшения экологической обстановки в регионах, которые способствуют росту заболеваемости пародонтитом, основную роль играют высокие уровни загрязнения атмосферы, воды, растительности и почвы оксидами азота, углерода, серы, а также цветными и другие металлы. Ухудшение состояния окружающей среды в промышленных центрах и усиление антропогенного воздействия на почву, водные ресурсы, растения и организм человека, а также связанное с этим аэрозольное загрязнение провоцируют развитие воспалительных заболеваний, в том числе пародонтита, и вызывают серьезные аллергические реакции. Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные в последние годы, продемонстрировали значительную распространенность заболеваний пародонта во всем мире. Эти заболевания встречаются во всех возрастных группах, проявляются в различных формах тяжести и часто усугубляются с возрастом. Распространен генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени, особенно у людей старше 45 лет.

Ключевые слова: пародонтит, воспаление, лечение, диагностика.

References:

1. Ахмеренко, Я.А. Колонизационная резистентность – универсальный механизм противoinфекционной защиты/ Я.А. Ахмеренко // Проблемы современной науки. – 2023. - №7. – Ч.2. – С.104-115
2. Ахмеров, Р.Р. Применение тромбоцитарной аутоплазмы при лечении гонартрозов и коксартрозов / Р.Р. Ахмеров, Р.Ф. Зарудий, З.М. Аминова и др. // Практическая медицина. – 2018. - №1-2 (69). - С.17-20.
3. Ахмеров, Р.Р. Применение аутоплазмы, содержащей тромбоциты в стоматологии и дерматокосметологии/ Р.Р. Ахмеров, О.И. Короткова, М.В. Овечкина и др. // Пластическая хирургия и косметология. – 2019. - №.1 - С.94-105.
4. Ачкасов, Е.Е. Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами в клинической практике / Е.Е. Ачкасов, Э.Н. Безуглов, А.А. Ульянов и др. // Биомедицина. - 2017. - №4. - С.46-59.
5. Базарный, В.В. Значение некоторых интерлейкинов в патогенезе пародонтита / В.В. Базарный, Л. Г. Полушина, Е. А. Семенцова и др. // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2017. – Т.14, № 1. – С.35-39.
6. Базиков, И. А. Результаты гистологического исследования пародонта при применении культивированных аллогенных фибробластов в эксперименте / И.А. Базиков, В. С. Боташева, О. Б. Сумкина // Медицинский вестник северного Кавказа. - 2014. – Т.9, № 4. – С.336-340.
7. Бойко, А.А. Внутриклеточное содержание белков теплового шока 70КДА и его взаимосвязь с продукцией активных форм кислорода в нейтрофилах человека при старении: дис. ... канд. мед.наук / А.А. Бойко.- Москва, 2015. – 135с.
8. Болотов, Ю.Н. Место эндогенных антимикробных пептидов в воспалительном процессе у детей/ Ю.Н. Болотов, С.В. Минаев, А.Н. Обедин, А.В. Исаева и др. // Медицинский вестник северного кавказа. – 2020. - № 3. – С.81-82.
9. Бондаренко, В.М. Механизмы транслокации бактериальной аутофлоры в развитии эндогенной инфекции / В.М. Бондаренко // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН (электронный журнал). – 2014. - № 3. –С1-21
10. Кистенев, Е.П. Красноженов и др. // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. - № 1. - С.26-30
11. Брагин, Е.А. Ортопедическое лечение дефектов зубов и зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов: учебное пособие / Е.А. Брагин, А.В. Скрыль // Ставрополь: СтГМА, - 2017.- 253с. Брагин, Е.А. Характеристика клинико рентгенографических величин

опорных зубов в несъемном двухпорном зубном протезе Е.А. Брагин, Е.А. Вакушина, З.Р. Дзараева // Кубанский научный медицинский вестник. 2014. - № 1. – С.30-34.

12. Будихина, А.С. Дефензины - мультифункциональные катионные белки человека / А.С. Будихина, Б.В. Пинегин // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2014. - №2. - С.31-40.

13. Crane, D. Platelet rich plasma (PRP) Matrix Grafts. / D. Crane, P. Everts // Practical pain management. – 2018. – P. 1-10.

14. Drago, L. Plasma Components and Platelet Activation Are Essential for the Antimicrobial Properties of Autologous Platelet-Rich Plasma: An In Vitro Study / L. Drago, M. Bortolin, C. Vassena, C. L. Romanò et al. // 2014.- Vol.9.-P.1-5.

15. Hienz, S. Mechanisms of Bone Resorption in Periodontitis / S. Hienz, S. Paliwal, S. Ivanovski // Journal of Immunology Research. – 2015. – P.1-10.

16. Hotwani, K. Platelet rich fibrin - a novel acumen into regenerative endodontic therapy / K. Hotwan, K. Sharma // Restorative dentistry and endodontic. – 2014. –P.1-6.

17. Асташина, Н.Б. Микробный пейзаж ротовой полости у больных с дефектами челюстей и местная антимикробная терапия / Н.Б. Асташина, Г.И. Рогожников, Э.С. Горовиц, Т.И. Карпунина // Российский стоматологический журнал. – 2022. - No3. – С.20-22.

18. Inchingolo, I Regenerative surgery performed with Platelet –Rich Plasma used in sinus lift elevation before dental implant surgery: an useful aid in healing and regeneration of bone tissue / I. Inchingolo // European Review for Medical and Pharmacological Sciences. – 2022. - No16. – P.1222-1226.

19. Артамонов, А. Ю. Биологическая активность и молекулярно-клеточные механизмы действия антимикробных пептидов человека и животных / А. Ю. Артамонов, Е. Г. Рыбакина, Д. С. Орлов, Е. А. Корнева // Вестник санкт- петербургского университета. – 2014. - No1. – С.5-25.

20. Benedetto, A. Periodontal Disease: Linking the Primary Inflammation to Bone Loss / A. Benedetto, I. Gigante, S. Colucci // Clinical and Developmental Immunology. – 2014. – Vol.1. – P. 1-8.

Conflict of interest. *The author declares that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.*

The contribution of the authors. *The author contributed to the development of the concept, the execution and processing of the results, and the writing of the article. We declare that this material has not been previously published and is not under consideration by other publishers.*

Financing. *Absent.*

Information about the authors

Corresponding author. Shertayeva Aigerim Zharkynbekkyzy - 2nd year master's student in the specialty «Medicine», LPP Kazakhstan's Medical University «KSPH», Almaty, Kazakhstan, E-mail: Drshertayeva@gmail.com

Kurakbayev Kuralbai Kurakbayevich - MD, Professor, LPP Kazakhstan's Medical University «KSPH», Almaty, Kazakhstan, E-mail: kurakbayev@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8117-6846>

Article submitted: 30.05.2024

Accepted for publication: 04.06.2024

МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ ХАЛЫҚҚА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІ МЕН САПАСЫН ЖАҚСARTY ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ

***Бауржан М.Б., Бримжанова М.Д.**

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті ЖШС
Алматы, Қазақстан

Түйіндеме

Денсаулық сақтау жүйесінің тиімді жұмыс істеуін қамтамасыз етуге медициналық сауаттылық және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) шешуші рөл атқарады. Халықтың МӘМС туралы хабардарлық деңгейін арттыру медициналық көмекке қолжетімділікті жақсартуға және медициналық қызметтердің сапасын арттыруға ықпал етеді. Бұл шолу ақпараттық науқандарды енгізу тәжірибесі мен нәтижелеріне баса назар аударып, әртүрлі елдердегі медициналық сауаттылық пен SMS-ке арналған заманауи зерттеулер мен жарияланымдарды қарастырады.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) барлық азаматтар үшін медициналық қызметтердің қолжетімділігін қамтамасыз етуге бағытталған денсаулық сақтау жүйесінің негізгі элементі болып табылады. Соңғы жылдары дәстүрлі сақтандыру схемаларынан тыс қалатын өзін-өзі жұмыспен қамтыған азаматтар үшін медициналық сақтандыруды қамтамасыз етуге баса назар аударылды.

Кілт сөздер: медициналық міндетті сақтандыру, "медициналық сақтандыру қоры", медициналық көмектің сапасы.

Кіріспе. Мемлекеттік басқару академиясында зерттеушілер Б.М. Мұхамметбек, А.З. Тұралин, А.Б. Зейнелгабдин жүргізген зерттеуде ҚР азаматтарына медициналық көмектің қолжетімділігі мен денсаулық деңгейін арттыруға ерекше назар аударылады. Авторлардың пікірінше, медициналық сақтандыру-бұл азаматтың әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына (ӘМСҚ) жарнаны төлеген кезінен бастап медициналық көмек көрсету жағдайына ақы төлеу бойынша шығындарды көтеретін сақтандыру ұйымымен жасалған шартқа сәйкес сақтандыру жағдайы туындаған кезде медициналық көмектің белгілі бір көлеміне ақы төлеу кепілдігімен қамтамасыз етілетін халықты денсаулықты қорғау жөніндегі әлеуметтік қорғау нысаны [1].

Л.Г. Скамай медициналық сақтандыруды міндетті және ерікті деп бөледі. "Міндетті медициналық сақтандыру мемлекеттік әлеуметтік сақтандырудың ажырамас бөлігі болып табылады және барлық азаматтарға міндетті медициналық сақтандыру қаражаты есебінен медициналық және дәрілік көмек алуға тең мүмкіндіктер береді. Ерікті медициналық сақтандыру ерікті медициналық сақтандыру бағдарламалары негізінде жүзеге асырылады және азаматтарға міндетті медициналық сақтандыру бағдарламаларында белгіленгеннен тыс қосымша және өзге де медициналық қызметтер алуды қамтамасыз етеді" [2].

В.В. Шаховтың оқулығында мемлекеттік жауапкершілік тұрғысынан анықтама берілген: "міндетті медициналық сақтандыру-бұл мемлекеттік әлеуметтік

сақтандырудың құрамдас бөлігі, ол барлық азаматтарға міндетті медициналық сақтандыру бағдарламаларына сәйкес келетін көлемде және шарттарда міндетті медициналық сақтандыру қаражаты есебінен ұсынылатын медициналық және дәрілік көмек алу мүмкіндігін қамтамасыз етеді” [3].

К. К. Жуириковтың оқулығында неғұрлым жалпыланған және нақты анықтама берілген: “кез келген себеппен, оның ішінде ауруға байланысты денсаулығын жоғалтқан жағдайда сақтандыру” [4].

Міндетті медициналық сақтандыру ел азаматтарының денсаулығын сақтау, жүйенің қаржылық тұрақтылығы, медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыру үшін ортақ жауапкершілікті әмбебап қамтамасыз етуді көздейді. Міндетті медициналық сақтандыру халықтың неғұрлым әлеуметтік осал топтарын әлеуметтік қорғау арқылы іске асырылатын әлеуметтік функцияларды жүзеге асырады,

Нарықтық жағдайларда азаматтардың денсаулығын қорғауға мүдделілік пен ынтымақты жауапкершілікті күшейту және азаматтардың медициналық көмекке конституциялық құқықтарын қамтамасыз ету үшін елдің заңнамасында медициналық сақтандырудың құқықтық, экономикалық және ұйымдастырушылық негіздері айқындалады.

Айтакетукерек, бүкіләлемде халықтың денсаулығын жақсартуға бағытталған денсаулық сақтау жүйелерінің дамуы жүріп жатыр, бұл айтарлықтай қосымша шығындармен байланысты. Себептер еңбекке қабілетті жастағы адамдарға қарағанда медициналық көмек көлемін қажет ететін егде жастағы адамдардың үлесінің артуы, медициналық қызметтердің техникалық жабдықталуының өсуі, емдеудің қарқындылығы мен сапасының артуы, дәрілік заттарды тұтынудың артуы және т.б.

Қазақстанда денсаулық сақтауды қаржыландырудың жыл сайынғы өсуіне қарамастан, денсаулық сақтау

шығындарының үлесі ЖІӨ-нің шамамен 3% деңгейінде қалады (ҚР ҰЭМ сайтынан ресми деректер), бұл ТМД елдері арасындағы орташа көрсеткіштен және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы ұсынған ең төменгі деңгейден 3 есе төмен. 2023 жылы Қазақстанның денсаулық сақтау бюджеті 1 946,7 млрд. теңгені (ЖІӨ - нің 3,1%), 2022 жылы 1248,6 млрд. теңгені (ЖІӨ-нің 2,9%), 2021 жылы 1074,4 млрд. теңгені (ЖІӨ-нің 3,1%) құрады. Елімізде денсаулық сақтауды қаржыландырудың жеткіліксіздігінің салдарынан медициналық қызметтерді алуға арналған жеке шығындардың жоғары деңгейі сақталуда. ДДҰ денсаулық сақтаудың жалпы шығындарындағы жеке шығындардың үлесі 21% -дан аспайтын болса, денсаулық сақтау жүйесі тұрақты деп саналады [5]. Қазақстанда ресми деректер бойынша 34% -ға жетеді. Бұл көрсеткіштен асып кету денсаулық пен демографиялық көрсеткіштердің нашарлауына әкелуі мүмкін.

Денсаулық сақтау жүйесінің созылмалы қаржыландырылмауына байланысты халықты денсаулық шығындарынан әлеуметтік қорғау тетігі ретінде, сондай – ақ халықтың өз денсаулығы үшін ортақ жауапкершілігін қамтамасыз ету үшін Қазақстан 2020 жылдан бастап Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіне (бұдан әрі-МӘМС) көшті.

Елімізде “Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы” заң, сондай-ақ медициналық көмекті ұйымдастыруды регламенттейтін басқа да нормативтік-құқықтық актілер қабылданды. Заңға сәйкес МӘМС жүйесінде медициналық көмек алуға қорға аударымдар және (немесе) жарналар төлеу жүзеге асырылған, сондай-ақ жарналарды төлеуден босатылған адамдар (әскери қызметшілер; арнаулы мемлекеттік органдардың қызметкерлері; құқық қорғау органдарының қызметкерлері) және жарналарды мемлекет төлейтін адамдардың жеңілдетілген санаттары (жұмыссыздар, студенттер, зейнеткерлер және т. б.). Тиісінше МӘМС-ті іске асыра отырып,

мемлекет әлеуметтік осал халықтың үлкен тобын өз қамқорлығына алады және олар үшін жарналарды өзі төлейді. Елімізде медициналық қамтамасыз етудің үш деңгейлі жүйесі әзірленді:

I. Бірінші деңгей - Қазақстан Республикасының барлық азаматтары, қандастар және тұрақты тұратын шетелдіктер үшін мемлекеттік бюджет есебінен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін (ТМККК) ұсынуды қамтамасыз етеді. Бұл пакетке жедел жәрдем және санитарлық авиация, тіркелген жері бойынша алғашқы медициналық-санитарлық көмек, шұғыл стационарлық көмек, паллиативтік көмек, әлеуметтік маңызы бар ауруларға және негізгі созылмалы ауруларға, соның ішінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге арналған медициналық көмектің толық спектрі кіреді.

II. Екінші деңгей - сақтандырылған халыққа арналған МӘМС пакеті және ол мыналарды қамтиды: консультациялық диагностикалық көмек және аурулардың кең спектрі бойынша тегін рецепт бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, стационарды алмастыратын көмек, жоспарлы стационарлық көмек, оңалту және қалпына келтіру.

III. Үшінші деңгей - бұл ТМККК және МӘМС пакеттеріне кірмейтін медициналық қызметтер. Олар ақылы немесе ерікті медициналық сақтандыру арқылы беріледі. Яғни, МӘМС - әрбір сақтанушының өмір сүру сапасын және азаматтарымыздың денсаулығын жақсартуға бағытталған медициналық көмектің қосымша тізімі [6, 7].

2020 жылдан бастап Қазақстан Республикасының барлық азаматтары міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына жарна төлеушілер болып табылды. Жұмыс берушілер үшін төлем мөлшері жалақы қорының 3%-ы, қызметкерлер үшін – табыстың 2% -ы, жеке кәсіпкер және жеке практикамен айналысатын азаматтар үшін – ЕТЖ мөлшерінің 1,4 еселенген мөлшерінен 5% -, дербес төлеушілер үшін ЕТЖ-дан 5% -ды құрайды. Салыстыру үшін кейбір елдерде Міндетті әлеуметтік медициналық

сақтандыру жарналарының мөлшерін қарастырайық. Мысалы: Германияда-14,1, Францияда – 13,6, Ресейде – 5,1, Израильде – 5. [8-10]. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің деректері бойынша 2023 жылы азаматтардың 87% -дан астамы сақтандыру мәртебесіне ие болды, оның 48% -ы немесе 10 миллионнан астамы жеңілдетілген санатынан, 9% немесе 2,1 миллион адам өзін-өзі жұмыспен қамтыған азаматтар мен дербес төлеушілер, ал қалғаны жалдамалы қызметкерлер, жеке кәсіпкерлер, шарттар бойынша жұмыс істейтін адамдар [11-13]. Сақтандыру мәртебесінің болуы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру шеңберінде медициналық көмек алуға мүмкіндік береді.

МӘМС жүйесі басталған сәттен бастап (2017 жылғы 1 шілдеден басталды) 2023 жылғы 31 желтоқсандағы жағдай бойынша МӘМС жүйесіне жұмыс берушілер мен жеке кәсіпкерлерден түсетін түсімдердің жалпы сомасы 1,3 триллион теңгені құрады, оның 96,7% -ы жұмыс берушілердің аударымдарына, ал 3,7% -ы жеке кәсіпкер мен шарттар бойынша жұмыс істейтін адамдардың жарналарына тиесілі [14].

МӘМС жүйесінде халыққа медициналық көмек көрсетуге келетін болсақ, мәселен, “РОСНО-МС” ААҚ-ның Омбы қаласы мен Омбы облысының аумағында 2014 жылы жүргізген сауалнамасының нәтижелері бойынша мынадай көрсеткіштер анықталды.

Амбулаториялық-емханалық емдеу кезінде көрсеткіштер бойынша медициналық көмектің сапасына қанағаттану (%-бен): тіркеуде, дәрігердің қабылдауында күту ұзақтығы, зертханалық зерттеулерге жазылу кезінде - 67,4 %, дәрігерлердің жұмысына қанағаттану - 64,3 %, дәрігер-мамандардың қолжетімділігі - 74,2%, медициналық мекемелерді техникалық жарақтандыру деңгейі - 64,4%.

Стационарлық емдеу кезінде көрсеткіштер бойынша медициналық көмектің сапасына қанағаттану (%-бен): емдеуге жатқызуды күту ұзақтығы-87,9 %,

тамақтануға қанағаттану деңгейі - 63,8%, дәрілік заттармен және медициналық мақсаттағы бұйымдармен, шығыс материалдарымен қамтамасыз ету деңгейі - 71,3%, мекеменің емдеу-диагностикалық және материалдық-тұрмыстық жабдықтармен жабдыкталу деңгейі - 68,9% [15].

Ал, еліміздегі деректертер бойынша МӘМС енгізу аймақтық денсаулық сақтауды қаржыландыруды 47% -ға, амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді екі еседен астам арттырғанын атап өткен жөн. Негізгі бағыттар бойынша медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасының мониторингіне сәйкес, 2023 жылдың 4 айының қорытындысы бойынша 2022 жылдың сәйкес кезеңімен салыстырғанда консультациялық-диагностикалық қызметтер 26,7% -ға, 4-санаттағы шұғыл шақырулар 18,4% -ға, паллиативтік көмек 19,5% -ға, медициналық көмек көрсету 14,5% -ға өсті. Бұл Қазақстан азаматтарын әлеуметтік қорғаудың артқанын тағы да растайды [16.17].

Қорытынды. Осылайша, МӘМС барлық азаматтарға медициналық көмек алу үшін тең кепілдендірілген мүмкіндіктер береді деген қорытындылауға болады. МӘМС әлеуметтік қорғаумен, әлеуметтік теңсіздікті реттеумен, әлеуметтік шиеленісті төмендетумен және әлеуметтік бақылаумен айқындалатын әлеуметтік функцияларды жүзеге асырады. Қазақстан Республикасының халқын медициналық көмекпен қамтамасыз етуді регламенттейтін нормативтік-құқықтық актілер әзірленді және бекітілді. Медициналық қызметтерді сатып алуды және төлеуді жүзеге асырып қана қоймай, медициналық ұйымдардың қызметіне мониторинг жүргізу және азаматтардың өтініштерін қарау арқылы медициналық қызметтерді алуда азаматтардың құқықтарын қорғаумен айналысатын қор құрылды. МӘМС жүйесін іске асыруды қолдайтын ақпараттық жүйелер қалыптастырылды. Денсаулық сақтауды қаржыландыру ұлғайтылды, бұл елдегі медицинаның қолжетімділігі мен сапасын арттыруға түрткі болады.

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО УЛУЧШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ

***Бауржан М.Б., Бримжанова М.Д.**

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

Аннотация

Медицинская грамотность и обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) играют ключевую роль в обеспечении эффективного функционирования системы здравоохранения. Повышение уровня осведомленности населения об ОСМС способствует улучшению доступа к медицинской помощи и повышению качества медицинских услуг. Настоящий обзор рассматривает современные исследования и публикации, посвященные медицинской грамотности и ОСМС в различных странах, с акцентом на опыт внедрения и результаты информационных кампаний.

Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) является ключевым элементом системы здравоохранения, направленным на обеспечение доступности медицинских услуг для всех граждан. В последние годы особое внимание уделяется обеспечению медицинского страхования для самозанятых граждан, которые часто остаются вне рамок традиционных схем страхования.

Ключевые слова: медицинское обязательное страхование, “фонд медицинского страхования”, качество медицинской помощи

COMPULSORY SOCIAL HEALTH INSURANCE AS A MEANS OF IMPROVING THE ACCESSIBILITY AND QUALITY OF MEDICAL CARE FOR THE POPULATION

***Baurzhan M.B., Brimzhanova M.D.**

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

Abstract

Medical literacy and compulsory social health insurance play a key role in ensuring the effective functioning of the health care system. Increasing the level of awareness of the population about AMD contributes to improving access to medical care and improving the quality of medical services. This review examines current research and publications on health literacy and SMS in various countries, with an emphasis on the experience of implementation and the results of information campaigns.

Compulsory social health insurance is a key element of the healthcare system aimed at ensuring the availability of medical services for all citizens. In recent years, special attention has been paid to providing health insurance for self-employed citizens, who often remain outside the framework of traditional insurance schemes.

Keywords: *mandatory medical insurance, health insurance fund, quality of medical care.*

Әдебиеттер тізімі

1. Бектурова, Г. Е. Особенности обязательного социального медицинского страхования в Казахстане // Здоровоохранение Казахстана. – 2019. – №. 1. – С. 24-28.
2. Скамай Л. Г. Страхование: учеб. пособие для вузов. М.: Инфра-М., 2010. 324 с.
3. Шахов В. В. Страхование: учебник для студентов, обучающихся по специальности «Финансы и кредит», «Бухгалтерский учет, анализ и аудит». М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2010. 511 с.
4. Жуйриков К. К. Страхование: теория, практика, зарубежный опыт: учебник для вузов. Алматы: Экономика, 2015. 408 с.
5. Кудайбергенов, А. М. Актуальные проблемы медицинского страхования среди самозанятых // Вестник Казахстанского медицинского университета. – 2020. – №. 4. – С. 72-75.
6. Сембеков А., Аубакирова А. Обязательное социальное медицинское страхование в Республике Казахстан: проблемы и особенности развития// ЭУ Жаршысы: экономика, философия, педагогика, юриспруденция. – С.56.
7. Танатова, Д. К., Абдрашитова, А. Х. Формирование системы обязательного медицинского страхования в России и Казахстане: ретроспективный анализ1 // И Социология. – 2018. – Т. 17. – №. 3. – С. 73.
8. Тынгишева А.М. Проблемы и перспективы развития обязательного медицинского страхования в Республике Казахстан // Современные тенденции в образовании и науке: состояние и перспективы: матер. междунар. науч.-практ. конф. – Караганда: КЭУ Казпотребсоюза, 2018. – С. 310-313
9. Johnson, M. Health Insurance for the Self-Employed: Policies and Challenges // Journal of Health Economics. – 2017. – Vol. 11. – P. 345-352.
10. Liu, Y. & Wang, H. The Evolution of Health Insurance Systems for Self-Employed in Asia // Asian Health Policy Review. – 2020. – Vol. 8. – P. 115-123.
10. Омирбаева, Б.С. «Формирование конкурентоспособного здравоохранения: теория, методология, пути реализации»// диссертация на соискание степени доктора философии. – 2018. – 141 с.

11. Алибаева, Ж. К. Интервью с заместителем Министра здравоохранения РК о реформе медицинского страхования // Казахстанская правда. – 2021.
12. Бекетаев, М. Р. Доклад на международной конференции по вопросам ОСМС // Международная конференция по здравоохранению. – 2020.
13. Джарылгасинова, А. К. Обязательное медицинское страхование в Казахстане: анализ и перспективы // Вопросы здравоохранения. – 2018. – №. 6. – С. 14-17.
14. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Рос. газ. - 2011. - 23 нояб.
15. Закон Республики Казахстан «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» от 13 апреля 2005 года № 39-III ЗРК.
16. Жангарашева, Г. К. Особенности организации маркетинговой деятельности в «Фонде обязательного медицинского социального страхования Республики Казахстан» // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – №. 6-1 (48). – С. 36-38.
17. Тургамбаева, А. К., Ермуханова, Л. С. Международный опыт применения страховой медицины: особенности ведущих стран мира //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №. 4. – С. 355-360.

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.

Сведения об авторах

Корреспондирующий автор. Бауржан Магжан Бауржанович – магистрант 2 года обучения по специальности «Общественное здравоохранение», ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, E-mail: magzhan.baurzhan@gmail.ru

Бримжанова Маржан Дихановна – PhD, Советник ректора ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Email: marzhan1980@mail.kz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3517-4687>

Статья поступила: 09.01.2024

Статья принята: 24.01.2024

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

*Аппахова Г.М., Альмуханова А.Б., Маханбеткулова Д.Н.

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

Аннотация

Ежегодно в Казахстане рождается около 400 000 детей, из которых 2800-3200 имеют врожденные пороки сердца (ВПС). Из этого числа 1120-1280 детей первого года жизни и 560-640 новорожденных нуждаются в хирургическом вмешательстве из-за ВПС. В Республике Казахстан специализированную и высокоспециализированную помощь детскому населению в области кардиохирургии оказывают ведущие клиники. Однако вопросы ранней диагностики врожденных пороков сердца (ВПС) остаются нерешенными в практическом здравоохранении. В данной статье приведены статистические данные ЦПиДКХ по оказанию специализированной помощи детям с ВПС. Показана динамика оперативных вмешательств в разрезе возрастов.

Ключевые слова: медицинская помощь, организация медицинской помощи, врожденные пороки сердца.

Введение. Проблема постнатальной диагностики пороков сердца остается нерешенной из-за разнообразия клинических симптомов у большинства новорожденных с ВПС. Часто патологии других органов и систем маскируют проявления порока, затрудняя его раннюю диагностику. Своевременная постановка диагноза ВПС во многом определяет развитие и тяжесть осложнений, включая необратимые состояния, такие как склеротическая фаза легочной гипертензии, а также влияет на успех хирургической коррекции [1-5].

Сохраняется высокая доля детей, рожденных с врожденными пороками сердца (ВПС), особенно с критическими формами ВПС [6-11]. Недостаточная эффективность пренатальной диагностики, отсутствие детских кардиологов в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), нехватка преемственности между кардиологами ПМСП и стационарными кардиологами, недостаточная укомплектован-

ность врачами ЭхоКГ в ПМСП и роддомах – все это приводит к запоздалой диагностике пороков сердца после рождения [12-16]. Эти проблемы являются основанием для совершенствования организации высокоспециализированной помощи детям с ВПС в городе Алматы.

Целью исследования явилось оценка организации медицинской помощи при врожденных пороках сердца на примере г. Алматы.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования послужили отчетные данные ЦПиДКХ г. Алматы за 2021-2023 гг. Использовался метод описательной статистики.

Результаты. В Казахстане кардиологическая и кардиохирургическая помощь организована на основе нормативно-правовых актов, таких как постановление Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года № 672 “Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной

медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан” и постановление Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года № 673 “О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 20 июня 2019 года № 421 “Об утверждении перечня медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования”. Кроме того, данное направление регулируется приложением к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 декабря 2021 года № ҚР ДСМ-139 “Об утверждении стандарта организации оказания кардиологической, интервенционной кардиологической, интервенционной аритмологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан”.

В Республике Казахстане оказывают специализированную и высокоспециализированную помощь по детскому населению в области кардиохирургии следующие клиники:

1. Национальный Научный Кардиохирургический Центр в г Астане функционирует с 12 октября 2011 г., имеет отделение детской кардиохирургии.

2. Национальный Научный Медицинский Центр в г Астане функционирует с августа 2001 г., а отделение детской кардиохирургии открылось с 2008 г.

3. Научный центр Педиатрии и Детской

хирургии, функционирует отделение кардиохирургии, интервенционной кардиологии и ангиохирургии с февраля 2012 г.

4. Центр Перинатологии и Детской кардиохирургии функционирует с 2011г, функционирует на 13 коек.

5. НЦХ имени Сызганова, детская кардиохирургические койки всего 2

6. Клиника Медитерра, детская кардиохирургические койки 10.

7. Клиника Джошыбаева г.Тараз.

8. ГКП на ПХВ Детская областная больница. Функционирует отделение детской кардиохирургии и ангиохирургии.

Проблема постнатальной диагностики пороков сердца остается нерешенной из-за разнообразия клинических симптомов у большинства новорожденных с врожденными пороками сердца (ВПС). Часто патологии других органов и систем маскируют проявления порока, затрудняя его раннюю диагностику. Своевременность постановки диагноза ВПС играет ключевую роль в развитии и тяжести осложнений, включая необратимые состояния, такие как склеротическая фаза легочной гипертензии, а также в успехе хирургической коррекции.

Отделение ДКХ развернуто на 15 коек, из них 4 койки в ПИТ и 5 койки - для восстановительного лечения. В отделении дети находятся вместе с родителями, что способствует ранней психологической реабилитации.

Таблица 1 – Количество проведенных операций детям с ВПС в ЦПиДКХ за 2021-2023 гг.

	Общее количество	До 1 года	%
2021	148	69	46,6
2022	201	129	64,2
2023	162	136	83,9

В 2021 году было проведено 148 операций, из них 69 (46,6%) — детям в возрасте до 1 года. В 2022 году было проведено 201 операции, из них 129 (64,2%) — детям в возрасте до 1 года. В 2023 году было проведено 162 операции, из них 136 (83,9%) — детям в возрасте до 1 года, включая новорожденных.

Ниже показаны данные по количеству проведенных операций в разрезе регионов РК за 2021-2022 гг.

Таблица 2 – Количество проведенных операций детям с ВПС в разрезе регионов РК за 2021-2023 гг.

Район	Абс. число	%, 95 % ДИ
г. Алматы	243	57,6 (56,98;58,22)
Алматинская область	140	33,2 (32,42;33,98)
Кызылординская область	2	0,5 (0;1,45)
Мангистауская область	1	0,2 (0;1,15)
Карагандинская область	1	0,2 (0;1,15)
Жамбылская область	3	0,7 (0;1,65)
Туркестанская область	4	0,9 (0;1,85)
Жетысуская область	28	6,6 (5,68;7,52)
Всего	422	100,0

Как видно из таблицы, наибольшее количество операций было сделано детям из г. Алматы — 243 ребёнка с ВПС (57,6%). Далее следуют дети из Алматинской области

— 140 детей (33,2%) и Жетысуской области — 28 детей с ВПС (6,6%). Ниже приведены данные по количеству операций, в разрезе возрастов и веса детей с ВПС за 2011-2020 гг.

Таблица 3 – Данные по количеству операций, проведенных детям с ВПС в разрезе возрастов и веса за 2021-2023 гг.

	Кол-во операций	Возраст пациентов	Вес пациентов
2021	148	От 0 дня жизни до 16 лет	От 2600 гр до 46 кг
2022	201	От 0 дня жизни до 16 лет	От 2300 гр до 78 кг
2023	212	От 0 дня жизни до 15 лет	От 200 гр до 68,7 кг

В 2021 году было проведено 148 операций. Возраст пациентов варьировался от новорожденных (0 дней) до 16 лет, а вес пациентов — от 2600 грамм до 46 кг. В 2022 году количество операций увеличилось до 201. Возраст пациентов также составлял от новорожденных (0 дней) до 16 лет, а вес ва-

рьирувался от 2300 грамм до 78 кг. В 2023 году количество операций достигло 212. Возраст пациентов варьировался от новорожденных (0 дней) до 15 лет, а вес — от 200 грамм до 68,7 кг. Ниже приведены основные статистические данные отделения ДКХ за 2021-2023 гг.

Таблица 4 – Основные статистические данные отделения ДКХ за 2021-2023 гг.

ДКХО	Год			Всего
	2021	2022	2023	
Поступило	268	361	425	1054
Выписано	254	360	422	1036
Сельские (выписано)	98	163	258	519
СМП	114	321	379	814
ВТМУ	32	39	43	114
Оборот койки	16,9	23,9		-
Средняя длительность пребывания на койке	16,3	12		-
Работа койки	275,7	286,9		-

Умерло	13 из них 9(6%) оперир и 4 неоперир	25 из них 20 (9,9%) оперир и 5 неоперир	22 из них 19(4,5%) оперир и 3 неоперир	60
--------	--	--	---	----

Как видно из таблицы, за период с 2021 по 2023 гг. в отделение ДКХ поступило 1054 ребенка. Количество выписанных детей составило 1036. СМП была оказана 814 детям с ВПС. ВТМУ была предоставлена

114 детям с ВПС. За анализируемый период было зарегистрировано 60 летальных случаев. Ниже приведен перечень услуг, выполняемых в отделении ДКХ, и их выполнение по ВТМУ за 2023 г.

Таблица 5 – Перечень услуг, выполняемых в отделении ДКХ, и их выполнение по ВТМУ за 2023 г.

№ п/п	Код МКБ-9	Наименование услуг	План 2023 г	Выполнено
1	35.11	Открытая вальвулопластика аортального клапана без замены	1	1
2	35.12	Открытая вальвулопластика митрального клапана без замены	3	3
3	35.14	Открытая вальвулопластика трехстворчатого клапана без замены	2	2
4	35.21	Открытая и другая замена аортального клапана тканевым трансплантатом	1	1
5	35.23	Открытая и другая замена митрального клапана тканевым трансплантатом	1	1
6	35.33	Аннулопластика	1	1
7	35.82	Полное восстановление аномального соединения легочных вен	14	14
8	35.83	Полное восстановление артериального ствола	1	1
9	35.84	Полное восстановление транспозиции магистральных сосудов, не классифицируемое в других рубриках	4	4
10	38.34	Резекция аорты с анастомозом	15	9
11	38.341	Коррекция перерыва дуги аорты	5	5
12	39.591	Пластика аорто-легочного окна	1	1
Итого			49	43

Как видно из таблицы, в 2023 году 100% выполнение ВТМУ было по следующим процедурам: полное восстановление аномального соединения легочных вен, открытая вальвулопластика аортального клапана без замены, открытая вальвулопластика митрального клапана без замены,

полное восстановление транспозиции магистральных сосудов (не классифицируемое в других рубриках), и коррекция перерыва дуги аорты.

Ниже приведены данные по количеству операций с использованием искусственного кровообращения за 2021-2023 гг.

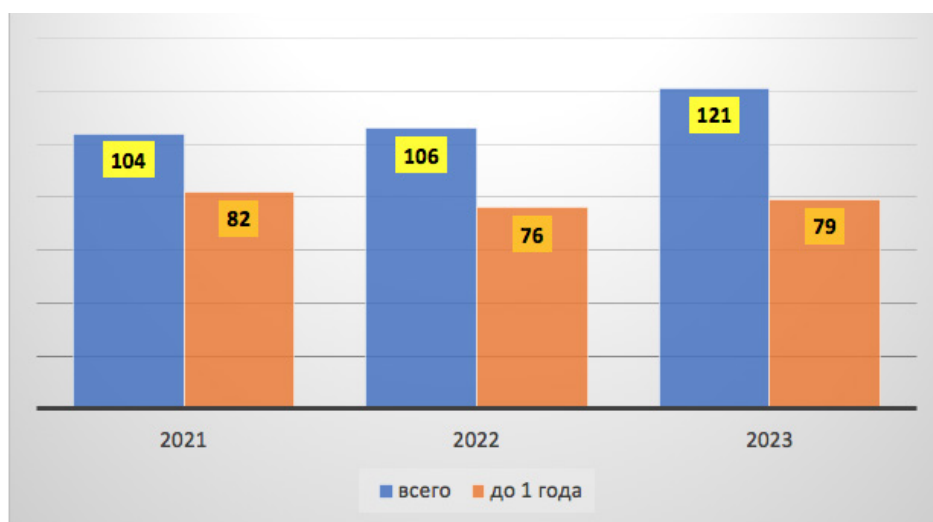


Рисунок 1. Данные по количеству операций с использованием искусственного кровообращения за 2021-2023 гг.

Как видно из рисунка, в 2021 году было проведено 104 операции с использованием искусственного кровообращения, из которых 82 операции были сделаны детям до 1 года. В 2022 году было проведено 106 операций с искусственным кровообращением, из них 76 операций детям до 1 года. В 2023 году было проведено 121 операцию с искусственным

кровообращением, из которых 79 операций были сделаны детям до 1 года.

За 2021-2023 гг. наиболее распространенной нозологией, по причине которой проводились операции, был ДМЖП.

Ниже показано распределение оперированных больных по возрасту за 2021-2023 гг.

Таблица 6 – Распределение оперированных больных по возрасту за 2021-2023 гг.

Возраст	2021	2022	2023
Новорожденные	29	41	67
До 1 года	74	88	69
От 1 до 3-х лет	15	33	32
Старше 3-х лет	12	39	44
Всего	130	201	212

Как видно из таблицы, за анализируемый период наибольшее количество операций было проведено детям с ВПС в возрасте до 1 года. В 2021 – 9 (6,0%), прооперировано 29 новорожденных (умерло 5), выживаемость после операции-82%. В 2022 – 12 (5,9%), прооперировано 28 новорожденных (41 операция) (умерло 12), выживаемость после операции - 71%. В 2023 – 22 всего, 19 п/о (8,9%), прооперировано 32 новорожденных (67 операций) (умерло 17), выживаемость после операции - 75%.

Выводы. Анализ деятельности кардиохирургической службы ЦПиДКХ показал, что с момента открытия данного отделения количество проведенных операций выросло с 29 операций в год до 328. Динамика оперативных вмешательств также показала, что количество проводимых операций по коррекции пороков в анализируемых годах немного снижается. Эта тенденция может быть связана с усилением мероприятий по раннему выявлению ВПР, что позволяет на раннемэтапе диагностировать корреклируемые и некорректируемые пороки развития.

Заключение. Выявлено снижение показателей летальности, что может свидетельствовать о повышении квалификации специалистов и улучшении технического и материального оснащения отделения. Важную роль также сыграло усиление послеоперационной реабилитации. Наибольшее количество

операций проводилось детям до 1 года, при этом самый маленький пациент весил 920 г. Кардиохирургическая помощь оказывалась детям с врожденными пороками сердца со всего Казахстана, чаще всего из Жамбылской, Кызылординской, Алматинской и Южно-Казахстанской областей.

ТУА БІТКЕН ЖҮРЕК АҚАУЛАРЫ БАР БАЛАЛАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

***Аппахова Г.М., Альмуханова А.Б., Маханбеткулова Д.Н.**

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті ЖШС
Алматы, Қазақстан

Түйіндеме

Жыл сайын Қазақстанда 400 000-ға жуық бала туады, оның 2800-3200-де туа біткен жүрек ақаулары бар. Осы санның ішінде өмірдің бірінші жылындағы 1120-1280 бала және 560-640 жаңа туған нәресте ТБА салдарынан хирургиялық араласуды қажет етеді. Қазақстан Республикасында кардиохирургия саласындағы балаларға мамандандырылған және жоғары мамандандырылған көмекті жетекші клиникалар көрсетеді. Алайда, туа біткен жүрек ақауларын ерте диагностикалау мәселелері практикалық денсаулық сақтауда шешілмеген күйінде қалып отыр. Бұл мақалада туа біткен жүрек ақаулары бар балаларға мамандандырылған көмек көрсету бойынша балалар кардиохирургиясы жөніндегі орталық бөлімшенің статистикалық деректері келтірілген. Жас бойынша хирургиялық араласудың динамикасы көрсетілген.

Кілттік сөздер: медициналық көмек, медициналық көмекті ұйымдастыру, туа біткен жүрек ақаулары.

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR CONGENITAL HEART DEFECTS

***Appakhova G.M., Almukhanova A.B., Makhanbetkulova D.N.**

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

Abstract

About 400,000 children are born in Kazakhstan every year, of which 2,800-3,200 have congenital heart defects (CHD). Of this number, 1120-1280 children of the first year of life and 560-640 newborns need surgery due to CHD. In the Republic of Kazakhstan, leading clinics provide specialized and highly specialized assistance to the pediatric population in the field of cardiac surgery. However, the issues of early diagnosis of congenital heart defects (CHD) remain unresolved in practical healthcare. This article presents statistical data from the Central Division for Pediatric Cardiac Surgery for the provision of specialized care to children with CHD. The dynamics of surgical interventions by age is shown.

Keywords: medical care, organization of medical care, congenital heart defects.

Список литературы

1. Bershteyn M., Hayashi Y., Desachy G. et al. Cell-autonomous correction of ring chromosomes in human induced pluripotent stem cells // *Nature*. 2014. No 07 (7490). P. 99–103.
2. Bonetti M., Paardekooper Overman J., Tessadori F. et al. Noonan and LEOPARD syndrome Shp2 variants induce heart displacement defects in zebrafish // *Development*. 2014. No 141 (9). P. 1961–1970.
3. Brandalize A.P., Bandinelli E., Dos Santos P.A. et al. Evaluation of C677T and A1298C polymorphisms of the MTHFR gene as maternal risk factors for Down syndrome and congenital heart defects // *Am.J. Med. Genet. A*. 2009. V. 149A, No 10. P. 2080–2087.
4. Bernier PL, Stefanescu A, Samoukovic G, Tchervenkov CI. (2010). The challenge of congenital heart disease worldwide: Epidemiologic and demographic facts. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery: Pediatric Cardiac Surgery Annual* 13 (1).
5. Bull-C. Current and potential impact of fetal diagnosis on prevalence and spectrum of serious congenital heart disease at term in the UK. *British Paediatric Cardiac Association*. // *Lancet*. 1999 Oct 9; 354 (9186): 1242–7
6. Brown D. L., Emersson D. S., Shulman L. P. Predicting aneuploidy in fetuses with cardiac anomalies: significance of visceral situs and noncardiac anomalies. *J. Ultrasound Med*. 1993. Vol. 13. P. 153–161.
7. Bankle H. Das konnatale Herzvritium in der Sektionsstatistik // *Arch. Kreisl. Forst*. 1970. v. 62. P. 118.
8. Egbe A., Lee S., Ho D., Uppu S., Srivastava S. Prevalence of congenital anomalies in newborns with congenital heart disease diagnosis // *Ann Pediatr Cardiol*. 2014. No 7 (2). P. 86–91.
9. Gelb B.D., Chung WK. Complex Genetics and the Etiology of Human Congenital Heart Disease // *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2014. No Jul 4 (7).
10. Gibb H., Banfield M. The issue of critical paths in Australia: where are they taking us? // *Nurs Inq*. 1996. Vol. 3. P. 36–44.
11. Grieshaber L. D. *The Healthcare Practitioner's Handbook of Management*. Florida: St. Lucie Press, 1997.
12. Dolk H., Loane M., Garne E. The prevalence of congenital anomalies in Europe // *Adv Exp Med Biol*. 2010. No 686. P. 349–364.
13. European Delirium Association, American Delirium Society . The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Med* 2014;12:141–41. 10.1186/s12916-014-0141-2 - DOI - PMC – PubMed
14. Grover S, Avasthi A. Clinical practice guidelines for management of delirium in elderly. *Indian J Psychiatry* 2018;60:S329–40. 10.4103/0019-5545.224473 - DOI - PMC – PubMed
15. Persico I, Cesari M, Morandi A, et al. . Frailty and delirium in older adults: a systematic review and meta-analysis of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:2022–30. 10.1111/jgs.15503 - DOI – PubMed
16. Aitken SJ, Blyth FM, Naganathan V. Incidence, prognostic factors and impact of post-operative delirium after major vascular surgery: a meta-analysis and systematic review. *Vasc Med* 2017;22:387–97. 10.1177/1358863X17721639 - DOI – PubMed

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.

Сведения об авторах:

Корреспондирующий автор. **Аппахова Гулназ Мадихановна** - магистрант 1 года обучения по специальности «Менеджмент в здравоохранении», ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан

Альмуханова Айжан Болатовна - Phd, Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, НАО КазНМУ, г.Алматы, Казахстан, E-mail: al-mayzhan@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9204-4323>

Маханбеткулова Динара Нургалиевна - Phd, доцент, ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, e-mail: dinara08888@mail.ru, тел: 87472121113, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9524-2675>

Статья поступила: 05.06.2024

Статья принята: 06.05.2024

КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ КОНФЛИКТОВ В ГОРОДСКОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ: ВЗГЛЯД МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ

*Шахантаева М.С.

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

Аннотация

В представленной статье выявлены и проанализированы основные причины и мотивы развития конфликтных ситуаций как между сотрудниками внутри организации, так и между сотрудниками и пациентами на примере ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больницы №2» акимата г. Астана, а также их общая удовлетворенность. Для сбора первичных данных в больнице был использован метод анкетирования. Полученные результаты показали основные типы конфликтов, а также их корневые причины.

Ключевые слова: сфера здравоохранения, конфликты, пациент, медицинский работник, конфликтные ситуации, жалобы.

Введение. Успех любого предприятия, наряду с другими факторами, тесно связан с эффективным управлением организационными конфликтами. Эффективное управление предполагает неразрывную связь между корпоративным успехом и личностным развитием. Основа успеха организации определяется ответственностью каждого сотрудника и эффективными коммуникациями как между ними, так и между сотрудниками и клиентами [1].

Вместе с тем, конфликтные ситуации считаются постоянным элементом жизнедеятельности организации [2].

Сфера здравоохранения отличается частотой возникающих конфликтов. Ввиду обстоятельств, вынудивших пациента обратиться в медицинское учреждение, первичный прием на уровне приемного покоя неизбежно связан со стрессом, оказывающим характерное влияние на формирование отношения сотрудничества [3].

Число конфликтных ситуаций между медицинскими работниками и

пациентами ежегодно увеличивается, что подтверждается на примере статистических данных ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больницы №2» акимата г.Астана (далее - ГМБ №2). Так, количество официальных жалоб в ГМБ №2 за 2023 год выросло практически в два раза в сравнении с 2022 годом, а именно с 797 обращений в 2022 году до 1553 обращений в 2023 году.

Тема конфликтов в отдельно взятой сфере освещена в работах таких современных ученых как, Касьянов М.И., Соловьев А.А., Изуткин Д.А. В рамках темы конфликтов в сфере здравоохранения, в работах вышеказанных ученых рассматривались также вопросы, связанные с соотношением противоречия и конфликта между врачом и пациентом [4].

Конфликт — это такое внезапное обострение противоречий и столкновение нескольких участников в ходе решения производственной проблемы, которое представляет профессиональную или индивидуальную значимость [5].

Установлено, что конфликты могут оказывать как функциональное воздействие, способствуя улучшению результатов деятельности организации, так и дисфункциональное, негативно влияющее на социально-психологическую атмосферу в коллективе, корпоративные отношения и сотрудничество, что в конечном итоге снижает общую эффективность организации. Поэтому, важную роль в этом играет эффективное управление конфликтами [6].

Управление конфликтами — это специфический вид управленческой деятельности, который является главной составляющей функции управления персоналом, реализующейся в целенаправленном устранении возможных причин возникновения конфликтных ситуаций с целью формирования целостности организации [7].

Также важно осознавать, что конфликты оставляют свои следы в работе сотрудников. Одним из деструктивных социальных последствий конфликта между врачом и пациентом является формирование негативных социальных образов пациента и врача. Вытеснение адекватного восприятия образом врага — универсальное свойство конфликта, в ходе эскалации образ врага проявляется все более выразительно и постепенно вытесняет объективный образ [8].

Негативный образ также может сложиться и в отношении пациентов.

Неудовлетворенность пациентов взаимодействием с одним или несколькими врачами формирует так называемый «образ врага» и вырабатывается негативное отношение общества к представителям здравоохранения в целом. Признаками восприятия врача как врага являются недоверие к нему, возложение на него вины за все происходящее, ожидание причинения вреда, а также деиндивидуализация — автоматическое причисление к врагу по причине принадлежности к области медицины [9].

Негативный образ также может сложиться и в отношении пациентов.

Изуткин Д.А. в своей работе выделяет и противопоставляет два образа пациента, которые могут сформироваться у врача: «другой и чужой». Образ формируется из совокупности характеристик пациента в восприятии врача и ключевым критерием данного восприятия является толерантность. «Чужой» в восприятии врача — это не просто пациент с оригинальной системой норм, ценностей и принципов. Это человек, мировоззрение которого и установки по отношению к собственной болезни во многом непонятны для врача, т. к. не вписываются не только в его медицинские знания и представления, но и в социально-культурное пространство». Таким образом, происходит психологическое и социальное дистанцирование врача и пациента, личность последнего интерпретируется с точки зрения инакомыслия. В случае, когда врач воспринимает пациента как «Другого», «на первый план выступает различие интеллектуального характера, что заставляет обе стороны проявлять определенную интеллектуальную толерантность по отношению друг к другу в попытке выработать взаимопонимание [10].

Задача руководителя состоит в том, чтобы разрешить конфликт таким образом, чтобы ни одна из сторон не чувствовала себя потерянной, поскольку скрытая неудовлетворенность результатом разрешения конфликта может оказать влияние на дальнейшую деятельность персонала. Таким образом, основной целью управления конфликтами является его разрешение с устранением негативных последствий, по принципу «win-win» (Я выиграл, ты выиграл) [11].

Методы и результаты

Основной целью данной статьи стало изучение и анализ общей удовлетворенности медицинского персонала больницы и пациентов, причины возникновения конфликтных ситуаций как между сотрудниками внутри организации, так и между сотрудниками больницы и пациентами.

В качестве объекта диагностики мы выбрали Государственное коммунальное

предприятие на праве хозяйственного ведения «Городская многопрофильная больница №2» акимата г.Астана.

В ГМБ №2 мы провели опрос в форме устного и письменного интервью сотрудников больницы. В тестировании приняли участие 200 человек разных категорий персонала (врачебный, средний и младший персонал). Участники исследования были разного пола и возраста, что способствовало получению объективной оценки рассматриваемой ситуации. Письменный опрос проводился на базе сервиса «mySurvio», а также с помощью анкет для ручного заполнения.

Среди опрошенных сотрудников больницы 69,2% женского и 30,8% мужского пола. Стаж сотрудников ГКП на ПХВ «ГМБ №2»: у 17,9% - до 1 года, у 36,3% опрошенных от 1-5 лет, 20,9% - от 5-10 лет, 24,9% - свыше 10 лет. Таким образом, наибольшее количество опрошенных со стажем от 1-5 лет.

Из них: 57% - врачебный персонал, 37% - средний медицинский персонал, 4,5% - младший медицинский персонал и 1,5% - сотрудники администрации.

45,5% опрошенных сотрудников отметили высокий уровень стресса, связанного с работой. В качестве одного из составляющих стресса, отмечены конфликтные ситуации в работе. 15,9% опрошенных отметили, что конфликтные ситуации возникают несколько раз в месяц, 15,4% - каждый день, 14,9% - несколько раз в неделю, 14,4% почти никогда и 39,3% - редко. Чаще всего, у 51,3% опрошенных сотрудников, конфликты возникают с пациентами, у 22,6% - возникают конфликты с коллегами, 10% - с администрацией больницы и 16,1% - другие (сотрудники аутсорсинга, такие как охранная служба и работники общепита).

При детальном рассмотрении типов конфликтных ситуаций внутри коллектива, 28,2% респондентов отметили проблемы с распределением обязанностей и ответственности, 26,1% - недостаток коммуникации и сотрудничества между сотрудниками внутри больницы, 15,5% -

личные конфликты между коллегами, 11% - несогласие в профессиональных навыках и подходах к лечению и 19,2% - другие причины конфликтов.

При рассмотрении причин возникновения конфликтных ситуаций с пациентами, глазами сотрудников больницы, 31,6% опрошенных сотрудников отмечают грубое, неуважительное отношение пациента к сотрудникам больницы, 24,6% опрошенных отметили недопонимание со стороны пациентов относительно оказываемых процедур или рекомендаций, 22% - несоблюдение правил поведения пациентов в больнице, 12,1% - длительные временные задержки и ожидание приема/услуг, 9,6% - другие причины конфликтов.

При этом, 82% опрошенных сотрудников считают, что конфликтные ситуации можно было бы предотвратить. В качестве решения, сотрудниками больницы были предложены следующие варианты:

- уменьшить нагрузку на персонал, путем четкого разграничения должностных обязанностей между сотрудниками больницы;
- увеличить количество сотрудников;
- прекратить руководству следовать принципу «пациент всегда прав». Со стороны руководства отстаивать права сотрудников, а не идти на поводу желаний пациента;
- провести обучение по навыкам эффективной коммуникации сотрудникам больницы.

Итоги проведенного исследования показали, что конфликты между сотрудниками ГМБ №2 чаще возникают на почве проблем с распределением обязанностей и ответственности. Основываясь на данных, полученных в результате анкетирования, можно сделать вывод, что у сотрудников организации имеет место недовольство должностными обязанностями, которые не входят в непосредственный функционал специалиста, а именно: дополнительная нагрузка в виде поручений руководства, дополнительных запросов и повышенной нагрузкой ввиду нехватки персонала.

Что касается возникновения конфликтных ситуаций между сотрудниками больницы и пациентами, то основной причиной, по мнению сотрудников больницы, является неуважительное отношение пациентов к сотрудникам больницы.

С развитием интернета, предлагающего свободную информацию по любому вопросу, в том числе и по вопросам здоровья, пациенты, не имеющие медицинского образования, имеют возможность самодиагностики заболеваний [12].

С одной стороны, такая осведомленность пациента помогает врачу выстраивать конструктивный диалог. С другой стороны, изобилие недостоверных источников информации, а также обрывочная информация, способствуют формированию у пациента неверного представления о заболевании, которое неизбежно вступает в противоречие с компетентным мнением врача. Это приводит к проблеме доверия и авторитета. Что приводит к необходимости врачу постоянно доказывать свою компетентность и правоту [13].

В дополнение, имеет место восприятия пациентом сотрудников больницы в качестве обслуживающего персонала. Само понятие «медицинская услуга» искажает соотношение позиций врач-пациент [14].

Кроме того, рассматривая эту причину более детально, имеет место искаженного рассмотрения жалоб и претензий пациентов на уровне руководства больницы. А именно: решение и урегулирование конфликта любой ценой, по принципу «здесь и сейчас». То есть, удовлетворить запрос конфликтного пациента, с целью скорейшего разрешения возникшего конфликта. Что в результате также приводит к восприятию пациентами сотрудников больницы как обслуживающего персонала.

При исследовании причин конфликта глазами пациентов в ГМБ №2 мы провели опрос в форме анкетирования госпитализированных пациентов больницы. А также провели анализ поступивших жалоб в адрес ГМБ №2 за 2023 год.

В анкетировании приняли участие 182 пациента. Среди опрошенных пациентов 57,2% женского пола, 34,6% мужского и 8,2% не указали пол. Из них: наибольшее количество опрошенных пациентов было в возрасте от 31-45 лет, а именно 36,3%, 28,6% в возрасте свыше 60 лет, 23,6% в возрасте 46-60 лет и 11,5% в возрасте от 18-30 лет.

В разрезе профилей в опросе приняли участие 56,6% хирургического профиля, 19,8% терапевтического профиля и 23,6% не отметили свое отделение.

Среди опрошенных пациентов, у 18,6% был конфликт во время нахождения в стационаре. Причинами этих конфликтов были: длительное ожидание помощи или услуг (1 пациентка отметила, что находилась 6 часов в приемном покое перед госпитализацией), отмечают недостаточную информированность о своем состоянии и плане лечения, то есть пациенты не осведомлены о своем текущем состоянии, а также предстоящем плане лечения, и еще одной причиной конфликтов пациенты отметили несоответствие ожиданий и реального опыта пребывания в стационаре, то есть не понравились условия и оснащение больницы.

Основываясь на данных, полученных в результате анкетирования, можно сделать вывод, что неведение о своем текущем состоянии здоровья, плане лечения, являются почвой для возникновения конфликтных ситуаций. Кроме того, длительное нахождение на уровне приемного покоя также является одной из причин недовольства, и как следствие, возникновению конфликтов.

Так как анкетирование проводилось в отделениях, где пациенты были уже госпитализированы, с целью выявления общей картины, нами был проанализирован отчет жалоб и обращений в ГМБ №2 за 2022-2023 гг.

Проанализировав структуру обращений в адрес ГМБ №2 за 12 месяцев 2023 года, лидирующее место занимает отказ в госпитализации, а именно 80,5 % от общего количества обращений. Жалобы на отказ

в госпитализации, обусловлены большим потоком пациентов, загруженностью медицинского персонала, что приводит к отсутствию понимания о причинах отказа у пациента. Кроме того, имеет место низкой осведомленности населения об амбулаторном уровне лечения, так как ГМБ №2 является многопрофильным стационаром. На втором месте – этика и деонтология 10,7 %. И наименьшее количество жалоб на качество оказанной медицинской помощи - 8,8%..

Исходя из полученных отчетных данных, можно сделать вывод, что непонимание пациентами причин отказа в госпитализации, являются корневой причиной возникновения конфликтных ситуаций на уровне приемного покоя.

Заключение. Основной целью настоящей статьи стало изучение и анализ причин и мотивов конфликтных ситуаций между медицинскими работниками больницы, а также между сотрудниками и пациентами.

Большинство принявших участие в опросе сотрудников ГКП на ПХВ «ГМБ №2» сталкиваются с высоким уровнем стресса на рабочем месте. Одним из факторов стресса у сотрудников являются конфликты как внутри коллектива, так и с пациентами. Среди сотрудников организации наиболее популярными причинами возникновения конфликтов являются проблемы с распределением обязанностей и ответственности, а также недостаток коммуникации и сотрудничества между сотрудниками внутри больницы. Что касается возникновения конфликтных ситуаций между сотрудниками больницы и пациентами, то большинство конфликтов возникают из-за грубого и неуважительного отношения пациентов к сотрудникам больницы, а также недопонимания информации со стороны пациентов относительно оказываемых процедур или рекомендаций. При этом, сами же сотрудники больницы считают, что конфликтные ситуации можно было бы предотвратить путем четкого разграничения должностных обязанностей

между сотрудниками больницы, увеличения количества сотрудников, корректного и беспристрастного отношения со стороны руководства к жалобам и претензиям пациентов, а также обучения сотрудников навыкам эффективной коммуникации.

Что касается взгляда пациентов на возникновение конфликтных ситуаций, то можно сказать, что наибольшее количество конфликтных ситуаций возникает на уровне приемного покоя. Детально рассмотрев причины этих разногласий, установлено, что отсутствие осведомленности о причинах отказа в госпитализации является основополагающим фактором в возникновении конфликтных ситуаций.

Таким образом, принимая во внимания вышеуказанные причины конфликтов, можно сделать следующие выводы:

- нехватка кадров способствует нарастанию напряжения у сотрудников больницы, а также «наслоению» должностных обязанностей среди действующего персонала;

- низкий уровень коммуникативных навыков у медицинского персонала непосредственно влияет на восприятие пациентом информации;

- у пациентов имеется искаженное восприятие сотрудников больницы. Когда пациент считает, что одно обращение к врачу, может решить все его проблемы со здоровьем. Кроме того, существует проблема восприятия пациентами медицинского персонала как обслуживающего персонала, где медицинский работник должен выполнять все прихоти пациента. Решающим фактором в данном восприятии сыграло развитие интернета, предлагающего свободную информацию по множеству вопросов, в том числе по вопросам здоровья.

Итоги проведенного исследования показали, что действующую систему взаимоотношений между врачом и пациентом можно охарактеризовать как конфликтную [15].

Отсюда можно сказать следующее: с одной стороны, медицинский работник, который ввиду нехватки кадров, зачастую

превышает и перерабатывает свою ежедневную норму труда. Кроме того, рассмотрев текущее положение на примере ГМБ №2, где наибольшее количество опрошенных сотрудников со стажем от 1-5 лет, имеет место низкого уровня коммуникативных навыков, а также навыков медиации. С другой стороны, пациент со сформированным, с помощью информации в интернете, неверным представлением о своем заболевании и не доверительным отношением к врачу, а также с изначально потребительской установкой к медицинскому персоналу. Что в совокупности приводит к возникновению конфликтных ситуаций.

Очевидно, что ключом к успешной и качественной работе современного медицинского учреждения является всестороннее, систематическое и целенаправленное улучшение всех аспектов деятельности, в том числе разрешение и урегулирование конфликтных ситуаций [16].

Кроме того, овладение навыками управления конфликтами имеет решающее значение для поддержания качества обслуживания пациентов, повышения морального состояния персонала и безопасности пациентов. Компетенция медицинского персонала в области эффективного применения переговорных практик и аналитический подход к ситуации

конфликта способствует устранению распространенных причин возникновения конфликта с пациентом [17]. Профилактика и своевременное предотвращение конфликта с пациентом позволит избежать множества негативных последствий [18]. Владение переговорными техниками позволяет медицинскому работнику значительно расширить свой ресурс в управлении конфликтом с пациентом. Владение навыками эффективных переговоров является важным вкладом в социальный капитал медицинского работника и значимым профессиональным ресурсом [19]. Возможность профилактики и своевременного урегулирования конфликта между врачом и пациентом непосредственно в процессе врачебного приема позволит избежать множества деструктивных последствий конфликтов в медицине, находящих отражение во всех сферах жизни общества [20].

Таким образом, успешные организации здравоохранения должны создавать культуру взаимопонимания и сотрудничества, а также обучать свой персонал соответствующим стратегиям разрешения конфликтов на рабочем месте. Эффективное функционирование системы здравоохранения является залогом эффективного функционирования общества в целом и благополучия всех его членов.

КӨПБЕЙІНДІ ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАДАҒЫ ҚАҚТЫҒЫСТАРДЫҢ НЕГІЗГІ СӘТТЕРІ: МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІ МЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ КӨЗҚАРАСЫ

***Шахантаева М.С.**

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті ЖШС, Алматы, Қазақстан

Түйіндеме

Ұсынылған мақалада Астана қаласы әкімдігінің «№2 қалалық көпбейінді ауруханасы» ШЖҚ МКК мысалында ұйым ішіндегі қызметкерлер арасында да, қызметкерлер мен пациенттер арасында да жанжалды жағдайлардың дамуының негізгі себептері мен себептері, сондай-ақ олардың жалпы қанағаттануы анықталды және талданды. Ауруханада алғашқы деректерді жинау үшін сауалнама әдісі қолданылды. Нәтижелер қақтығыстардың негізгі түрлерін, сондай-ақ олардың түбірлік себептерін көрсетті.

Кілт сөздер: денсаулық сақтау саласы, жанжалдар, науқас, медицина қызметкері, жанжалды жағдайдар, шағымдар.

KEY POINTS OF CONFLICTS IN THE CITY MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL: THE VIEW OF MEDICAL PROFESSIONALS AND PATIENTS

* M. Shakhantayeva

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

Abstract

This article identifies and analyzes the main reasons and motives for the development of conflict situations both between employees within the organization and between employees and patients using the example of Astana city Multifunctional hospital №2, as well as their general satisfaction. The questionnaire method was used to collect primary data at the hospital. The results showed the main types of conflicts, as well as their root causes.

Keywords: healthcare, conflicts, patient, medical worker, conflict situations, complaints.

Список использованной литературы

1. Бычков А.И. Дефекты, ошибки и неурядицы. / А.И. Бычков. – Инфотропик Медиа, 2017. – СПС «Консультант Плюс».
2. Overton AR, Lowry AC. 2013. Conflict management: difficult conversations with difficult people. Clin Colon Rectal Surg 26: 259 – 264.
3. Shale S. 2008. Managing the conflict between individual needs and group interests—ethical leadership in health care organizations. Keio J Med 57: 37 – 44.
4. Изуткин Д.А.: Образы больных в рефлексиях врача // Медицинский альманах. – Нижний Новгород, - 2016.
5. Алексейцев И. С., Галиахметов Р. Н. Разрешение конфликтов и особенности национальной ментальности // Социосфера. 2010. № 2.
6. Волков Б. С., Волкова Н. В. Конфликтология. М.: Академический проект, 2010.
7. Madalina O. 2016. Conflict management, a new challenge. Procedia Econ Finance 39: 807 – 814.
8. Болучевская О. А. Конфликты и методы их разрешения // В мире научных открытий. 2010. № 6.
9. Столяров С.А. Менеджмент в здравоохранении: учебник. М.: Юрайт, 2019. 764 с.
10. Кибанов А. Я., Ворожейкин И. Е., Захаров Д. К., Коновалова В. Г. Конфликтология. М.: Инфра-М, 2009.
11. Beheshtifar M, Zare E. 2013. Interpersonal conflict: A substantial factor to organizational failure. Int J Acad Res Business Social Sci 3: 400.
12. Zucker D. 2012. Tools for productively managing conflict. J Investig Med 60: 776 – 778.
13. Waring J, Allen D, Braithwaite J, Sandall J. 2016. Healthcare quality and safety: a review of policy, practice and research. Sociol Health Illn 38: 198 – 215.
14. Jordan PJ, Troth AC. 2004. Managing emotions during team problem solving: emotional intelligence and conflict resolution. Hum Perform 17: 195 – 218.
15. Saulo M, Wagener RJ. 2000. Mediation training enhances conflict management by healthcare personnel. Am J Manag Care 6: 473 – 483.
16. Воронов А.И., Лунина М.А. Медиация в системе здравоохранения – особенности внедрения // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2016. № 6. С. 189–192.

17. Басова А.В. Правовое регулирование разрешения конфликтных ситуаций в здравоохранении // Политико-правовые технологии разрешения конфликтных ситуаций между властью, общественными организациями и СМИ. Саратов: Саратовский источник, 2013. С. 8–11.

18. Stanford FC. 2020. The importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. J Natl Med Assoc 112: 247 – 249.

19. Мизинова О.Н. Организационная культура как фактор успешного развития организации // Экономика и современный менеджмент. 2013. № 29. С. 17-23.

20. Алламярова Н.В. Проблемы и перспективы развития внесудебного урегулирования споров между медицинскими организациями и пациентами посредством медиации // Социальные аспекты здоровья. 2017. № 6. С. 1–10.

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.

Сведения об авторах: **Шахантаева Мадина Серкановна**, магистрант I года обучения по специальности «Менеджмент в здравоохранении», ТОО Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г.Алматы, Казахстан, E-mail: madinashahantayeva1903@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1177-6934>

Статья поступила: 29.04.2024

Статья принята: 17.05.2024

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 (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

В редакцию научно-практического журнала «Medicine, Science and Education»		
от _____ (Ф.И.О. автора (-ов), ученая степень, звание, должность и место работы, e-mail и телефон)		
Направляю (-ем) подготовленную мною (нами) статью « НАЗВАНИЕ СТАТЬИ* » количество страниц -*, таблиц -*, рисунков -*, для рассмотрения и публикации в разделе « НАЗВАНИЕ РАЗДЕЛА* ».		
С условиями публикации согласен (-а, -ы). Заверяю (-ем), что материалы, представляемые в данной статье, не были опубликованы и не находятся на рассмотрении в другом печатном издании. 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

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 посвящена 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. В 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)
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. Аннотация предоставляется на трех языках. Образец: *В случае если статья подготовлена на казахском языке, Вам необходимо перевести текст аннотации на русский и английский языки. - Түйіндеме - Аннотация - 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. Ключевые слова предоставляются на трех языках Образец: *В случае если статья подготовлена на казахском языке, Вам необходимо перевести ключевые слова на русский и английский языки. - Түйінді сөздер - Ключевые слова - 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. 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. Общее число таблиц и рисунков в оригинальных статьях обычно не должно превышать 5.
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

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 horizontal blue lines spaced evenly across the page, typical of notebook or legal stationery. The lines are thin and light blue, set against a plain white background. There are no margins, text, or other markings present.

[illegible]

[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.

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width. The paper is otherwise completely empty, with no margins, text, or other markings.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

[illegible]