

ISSN 2707-6180 (Print)

ISSN 2707-6199 (Online)

WPKM

JOURNAL

QUARTERLY PEER REVIEWED JOURNAL

Year 2022

Volume 64

Issue 2

<http://journal.zkgmu.kz>



Меншік иесі – «Марат Оспанов атындағы
Батыс Қазақстан медицина университеті»
Коммерциялық емес акционерлік қоғамы

Журнал алғаш рет 08.12.2003 жылы
4495-Ж нөмірімен есепке қойылған.
2004 жылдан бастап шығады.

Қазақстан Республикасы Ақпарат және
коммуникациялар министрлігіне 18.04.2019 ж.
қайта тіркеліп, №17673-Ж куәлігі берілген.

- Журнал Ulrich's International Periodical Directory халықаралық және италиялық CINECA ғылыми басылымдары, сонымен қатар, Ресейлік ғылыми дәйексөз алу индексі (РИНЦ) мәліметтер базаларында индекстелді.
- Журнал «Қазпошта» АҚ «Газеттер мен журналдар» республикалық каталогында тіркелген (жазылу индексі – 74740).

Редакцияның және баспахананың мекенжайы:

030019, Ақтөбе қаласы,
Маресьев к. 68,
морфологиялық корпус, 108-каб.
«West Kazakhstan Medical Journal»
журналының редакциясы,
тел./факс: 8/7132/56-23-87,
e-mail: journal@zkgmu.kz

Редакциялық-баспа орталығы

Техникалық редактор: С.Д. Оразов

Корректорлар: С.Ұ. Тоғызбаева

А.С. Уркунова

Л.Т. Татанова

Шыққан күні: 28.03.22

Таралымы 500 дана

Тапсырыс № 000675

Марат Оспанов атындағы БҚМУ РБО-да
басылып түптелді.



64 (2) 2022

Бас редактор: Э.К. Исмагулова

Бас редактордың орынбасары: С.С. Сапарбаев

Жауапты хатшы: Г.М. Жармаханова

Ғылыми редактор: Г.С. Дильмагамбетова

Жауапты шығарушы редактор: В.И. Кононец

Статистикалық редактор: А.М. Гржибовский (Ресей)

Редакциялық ұжым

Е.Ш. Базарғалиев

А.Д. Балмагамбетова

С.К. Балмагамбетова

А.М. Баспакова

Г.А. Батырова

Т.А. Джаркенов

Б.С. Жакиев

А.К. Жумагазина

Л.С. Ермуханова

Е.М. Изтлеуов

Б.Ж. Каримова

Г.К. Кошмаганбетова

Х.И. Кудабеева

Н.М. Мусин

Р.Е. Нурғалиева

Г.А. Смагулова

Р. М. Ураз

Редакциялық кеңес

Л.Р. Ахмадеева (Ресей)

Е.Ж. Бекмухамбетов (Ақтөбе, Қазақстан)

Л.О. Бигрен (Швеция)

Н.Н. Бримкулов (Қырғызстан)

А.В. Виканес (Норвегия)

В.В. Власов (Ресей)

Ж.А. Досқалиев (Нұр-Сұлтан, Қазақстан)

Б.К. Жолдин (Ақтөбе, Қазақстан)

М.К. Изтлеуов (Ақтөбе, Қазақстан)

О-Дэ Квон (Корея)

Т.Т. Киспаева (Қарағанды, Қазақстан)

Р.С. Кузденбаева (Алматы, Қазақстан)

Г. Маккиарелли (Италия)

А.А. Мамырбаев (Ақтөбе, Қазақстан)

С.А. Нотолла (Италия)

К.Ж. Сакиева (Ақтөбе, Қазақстан)

Т.Ш. Шарманов (Алматы, Қазақстан)

Р.Э. Чобанов (Әзірбайжан)



Собственник – Некоммерческое акционерное общество «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»

Журнал впервые зарегистрирован 08.12.2003 г.

Регистрационный номер 4495-Ж.

Издается с 2004 г.

Свидетельство о постановке на переучет

№17673-Ж от 18.04.2019 г. выдано

Министерством по информации и коммуникациям
Республики Казахстан.

- Журнал индексируется в международной базе данных Ulrich's International Periodical Directory, в итальянской базе научных изданий CINECA и в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ).
- Журнал зарегистрирован в республиканском каталоге «Газеты и журналы» АО «Казпочта» (подписной индекс – 74740).

Почтовый адрес редакции и типографии:

030019, г. Ақтобе,

ул. Маресьева, 68,

морфологический корпус, каб. 108,

Редакция журнала "West Kazakhstan Medical Journal"

тел./факс: 8/7132/56-23-87,

e-mail: journal@zkgmu.kz

Редакционно-издательский центр

Технический редактор: С.Д. Оразов

Корректоры: С.У. Тогызбаева

Л.Т. Татанова

А.С. Уркунова

Дата выпуска: 28.03.22

Тираж 500 экз.

Заказ № 000675

Отпечатано в РИЦ ЗКМУ
имени Марата Оспанова



64 (2) 2022

Главный редактор: Э.К. Исмагулова

Зам. главного редактора: С.С. Сапарбаев

Ответственный секретарь: Г.М. Жармаханова

Научный редактор: Г.С. Дильмагамбетова

Ответственный выпускающий редактор: В.И. Кононец

Статистический редактор: А.М. Гржибовский (Россия)

Редакционная коллегия

Е.Ш. Базаргалиев

А.Д. Балмагамбетова

С.К. Балмагамбетова

А.М. Баспакова

Г.А. Батырова

Т.А. Джаркенов

Б.С. Жакиев

А.К. Жумагазина

Л.С. Ермуханова

Е.М. Изтлеуов

Б.Ж. Каримова

Г.К. Кошмаганбетова

Х.И. Кудабасева

Н.М. Мусин

Р.Е. Нургалиева

Г.А. Смагулова

Р. М. Ураз

Редакционный совет

Л.Р. Ахмадеева (Россия)

Е.Ж. Бекмухамбетов (Ақтобе, Казахстан)

Л.О. Бигрен (Швеция)

Н.Н. Бримкулов (Кыргызстан)

А.В. Вikanес (Норвегия)

В.В. Власов (Россия)

Ж.А. Доскалиев (Нур-Султан, Казахстан)

Б.К. Жолдин (Ақтобе, Казахстан)

М.К. Изтлеуов (Ақтобе, Казахстан)

О-Дэ Квон (Корея)

Т.Т. Киспаева (Караганда, Казахстан)

Р.С. Кузденбаева (Алматы, Казахстан)

Г. Маккиарелли (Италия)

А.А. Мамырбаев (Ақтобе, Казахстан)

С.А. Нотолла (Италия)

К.Ж. Сакиева (Ақтобе, Казахстан)

Т.Ш. Шарманов (Алматы, Казахстан)

Р.Э. Чобанов (Азербайджан)

WEST KAZAKHSTAN MEDICAL JOURNAL

Quarterly peer reviewed journal



*Publisher – Non-commercial joint-stock company
"West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University"*

*The Journal was first registered on December 8, 2003.
Registration number is 4495-Ж.*

The Journal has been published since 2004.

*Certificate of re-registration
No. 17673-Ж dated 04.18.2019 was issued by
Ministry of Information and Communication of the
Republic of Kazakhstan.*

- The Journal is indexed in international database of Ulrich's International Periodical Directory, in Italian Database of Scientific Publications CINECA and in Russian Scientific Citation Index (RSCI).
- The Journal is registered in republic catalogue «Newspapers and magazines» JSC "Kazpost" (subscription index - 74740).

*Postal address of the Editorial office and Printing house:
030019, Aktobe
Maresyev str., 68
Morphological department, 108 room
The Editorial office of the journal "West
Kazakhstan Medical Journal"
Telephone/Fax: 8 /7132/56-23-87
e-mail: journal@zkgmu.kz*

Editorial Publishing Center

Technical editor: S.D. Orazov
Proofreaders: S.U. Togyzbayeva
L.T. Tatanova
A.S. Urkunova

*Date of issue: 28.03.22
Circulation is 500 copies
Order № 000675*

*It is printed in the Editorial Publishing Center
of the West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University*



64 (2) 2022

Chief editor: E.K. Ismagulova
Deputy chief editor: S.S. Saparbayev
Executive secretary: G.M. Zharmakhanova
Scientific editor: G.S. Dilmagambetova
Executive editor: V.I. Kononets
Statistical editor: A.M. Grijbovski (Russia)

Editorship

Ye.Sh. Bazargaliyev
A.D. Balmagambetova
S.K. Balmagambetova
A.M. Baspakova
G.A. Batyrova
T.A. Jarkenov
B.S. Zhakiyev
A.K. Zhumagazina
L.S. Yermukhanova
M.K. Iztleuov
B.Zh. Karimova
G.K. Koshmagambetova
Kh.I. Kudabayeva
N.M. Mussin
R.E. Nurgaliyeva
G.A. Smagulova
R.M. Uraz

Editorial board

L.R. Akhmedeyeva (Russia)
Ye.Zh. Bekmukhambetov (Aktobe, Kazakhstan)
L.O. Bygren (Sweden)
N.N. Brimkulov (Kyrgyzstan)
A.V. Vikanes (Norway)
V.V. Vlasov (Russia)
Zh.A. Doskaliyev (Nur-Sultan, Kazakhstan)
B.K. Zholdin (Aktobe, Kazakhstan)
M.K. Iztleuov (Aktobe, Kazakhstan)
O-De Kwon (Korea)
T.T. Kispayeva (Karaganda, Kazakhstan)
R.S. Kuzdenbayeva (Almaty, Kazakhstan)
G. Macchiarelli (Italy)
A.A. Mamyrbayev (Aktobe, Kazakhstan)
S.A. Notolla (Italy)
K.Zh. Sakiyeva (Aktobe, Kazakhstan)
T.Sh. Sharmanov (Almaty, Kazakhstan)
R.E. Chobanov (Azerbaijan)

ISSN 2707-6180 БҚМЖ № 2011 1-120

ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ УНИВЕРСАЛЬНО-ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Д.Т. БЕГАЛИНА, Г.С. ДИЛЬМАГАМБЕТОВА

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

Бегалина Д.Т. – <https://orcid.org/0000-0001-9342-2816>

Дильмагамбетова Г.С. – <https://orcid.org/0000-0002-8123-3476>; SPIN 7479-7068

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Begalina DT, Dilmagambetova GS. Prerequisites for the implementation of a universally progressive model of patronage services in the republic of Kazakhstan. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):57-62

Бегалина ДТ, Дильмагамбетова ГС. Қазақстан Республикасында патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап-прогрессивті моделін іске асыру үшін алғышарттар. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):57-62

Бегалина ДТ., Дильмагамбетова ГС. Предпосылки для реализации универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания в Республике Казахстан. West Kazakhstan Medical journal. 2022;64(2):57-62

Prerequisites for the implementation of a universally progressive model of patronage services in Kazakhstan

D.T.Begalina, G.S.Dilmagambetova

West Kazakhstan Marat Ospanov Medicine University, Aktobe, Kazakhstan

Early childhood is an important stage that affects human health. The early experience of children directly affects their physical, cognitive, emotional and social development, has a long-term impact on success at school and in later life. The first three years of a child's life are the basis for lifelong learning and development. During this period, the brain develops faster than in any other period of life. Children grow up well in a positive, caring environment that includes responsible parenting, proper nutrition, safety and security, incentives and early education opportunities.

Early childhood care provides a potential platform for families experiencing difficulties to address factors limiting access to services and support, as well as to ensure effective intervention. The new patronage model focuses on the intervention and partnership of parents, offering informed strategies that improve outcomes for the successful development of young children. This article will consider the issues of the introduction of a universally progressive model of patronage services for young children on the example of world practice in the CIS countries and the Republic of Kazakhstan.

Keywords: *patronage nurse, primary health care, home visits of young children, universal progressive model, patronage*

Қазақстан Республикасында патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап-прогрессивті моделін іске асыру үшін алғышарттар

Д.Т. Бегалина, Г.С. Дильмагамбетова

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Ерте балалық шақ – адам денсаулығына әсер ететін маңызды кезең. Балалардың ерте тәжірибесі олардың физикалық, танымдық, эмоционалды және әлеуметтік дамуына тікелей әсер етеді, мектептегі және өмірдегі кейінгі жетістіктерге ұзақ мерзімді әсер етеді. Бала өмірінің алғашқы үш жылы өмір бойы білім алу мен дамудың негізі болып табылады. Осы кезеңде ми өмірдің кез келген кезеңіне қарағанда тез дамиды. Балалар позитивті, қамқор ортада жақсы өседі, оған жауапты тәрбие, дұрыс тамақтану, қауіпсіздік пен қауіпсіздік, ынталандыру және ерте оқыту мүмкіндіктері кіреді.

Ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсету қиындық көріп отырған отбасылар үшін қызметтер мен қолдауға қол жеткізуді шектейтін факторларды жою үшін, сондай-ақ тиімді араласуды қамтамасыз ету үшін әлеуетті платформаны қалыптастырады. Жаңа патронаждық модель ата-аналардың араласуы мен серіктестігіне назар аударады, жас балалардың сәтті дамуы үшін нәтижелерді жақсартатын негізделген стратегияларды ұсынады. Бұл мақалада ТМД елдерінде және Қазақстан Республикасында әлемдік практика мысалында ерте жастағы балаларға патронаждық қызмет көрсетудің әмбебап-прогрессивтік моделін енгізу мәселелері қаралатын болады.

Негізгі сөздер: *патронаждық медбике, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, ерте жастағы балалардың үйге келуі, әмбебап прогрессивті моделі, патронаж*



Г.С. Дильмагамбетова
e-mail: dilma73@inbox.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
11/03/2022

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
30/05/2022

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

Предпосылки для реализации универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания в Республике Казахстан

Д.Т. Бегалина, Г.С. Дильмагамбетова

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Раннее детство является важным периодом, влияющим на здоровье человека. Ранний опыт детей напрямую влияет на их физическое, когнитивное, эмоциональное и социальное развитие, оказывая долгосрочное влияние на последующие успехи в школе и жизни. Первые три года жизни ребенка являются фундаментом для обучения и развития на протяжении всей жизни. В этот период мозг развивается быстрее, чем в любой другой период жизни. Дети лучше растут в позитивной среде с заботливым уходом, которая включает отзывчивое воспитание, адекватное питание, безопасность, защищенность и возможности для стимулирования и раннего обучения.

Патронажное обслуживание детей раннего возраста формирует потенциальную платформу для устранения факторов, ограничивающих доступ к услугам и поддержке для семей, испытывающих трудности, так и для обеспечения эффективных вмешательств. Новая патронажная модель фокусируется на вовлечении и партнерстве родителей, предлагает основанные стратегии, которые улучшают результаты для благополучного развития детей раннего возраста. В данной статье будут рассмотрены вопросы внедрения универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания детей раннего возраста на примере мировой практики в странах СНГ и в Республике Казахстан.

Ключевые слова: патронажная медсестра, первичная медико-санитарная помощь, домашние визиты детей раннего возраста, универсальная прогрессивная модель, патронаж, заботливый уход

Введение

Влияние устойчивых социально-экономических и психосоциальных неблагоприятных обстоятельств в первые годы жизни имеет широкомасштабные и долгосрочные негативные последствия, такие как ухудшение здоровья, снижение уровня образования и более низкий доход во взрослой жизни [1,2]. Раннее детство предоставляет возможность предотвратить эти долгосрочные негативные последствия. Семьи с меньшими социально-экономическими возможностями часто сталкиваются со значительными препятствиями в доступе к услугам здравоохранения и поддержки, это усугубляет негативные последствия для развития детей [3-5]. Одним из способов потенциального преодоления негативных факторов, ограничивающих доступ к медицинским и другим службам поддержки для семей, переживающих невзгоды, является универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания детей раннего возраста.

Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания (УПМП) детей раннего возраста — это система проведения «домашних визитов» патронажной сестрой к беременным женщинам и детям раннего возраста в определенные возрастные периоды. УПМП нацелена на проведение универсального охвата семей с детьми в возрасте до 3-х лет, сосредоточив внимание на социально уязвимых семьях, которые могли бы получить дополнительную поддержку [6]. Прогрессивные услуги патронажа способствуют предотвращению траектории, сформированной в раннем детстве, которые могут привести к негативным результатам в более позднем возрасте. Потенциальные преимущества «домашних визитов» дают возможность на-

блюдать за средой, в которой живут семьи, что может помочь патронажным сестрам определить потребности семьи, риски развития для ребенка и обеспечить более высокий уровень индивидуального внимания, чем обычные консультации в клинике. Программы посещений на дому также позволяют патронажным сестрам наладить отношения с семьями, которые могут быть затруднены из-за возможной степени утраты доверия к медицинским организациям [8]. Основной целью УПМП является укрепление здоровья и благополучие детей в раннем возрасте в тесной связи с благополучием родителей и ближайшего окружения.

Для полного раскрытия своего потенциала дети нуждаются в пяти взаимосвязанных и неделимых компонентах заботливого ухода: крепкое здоровье, адекватное питание, безопасность и защищенность, чуткая забота и возможности для обучения. В первые годы жизни родители, близкие члены семьи и лица, обеспечивающие уход, являются самыми близкими к маленькому ребенку и, таким образом, лучшими поставщиками заботливого ухода. Вот почему безопасная семейная среда важна для маленьких детей [9].

Патронажная система в мировой практике

Инвестирование в развитие детей младшего возраста выгодно всем — государству, предприятиям, сообществам, родителям и, прежде всего, детям [10]. Это дает возможность каждому ребенку реализовать право на лучший старт в жизни и проложить дорогу его здоровому развитию и обучению. Универсальная патронажная модель поддерживается ЮНИСЕФ и ВОЗ во всем мире, признавая решающую роль молодых родителей в здоровье и развитии их новорожденных до 3-х лет [11].

Согласно результатам международных исследований, программы посещения на дому представляются многообещающим подходом к поддержке психосоциально и/или экономически неблагополучных семей. Несколько метаанализов показывают, что программы ранней профилактики улучшают родительские навыки, снижают жестокое обращение с детьми и безнадзорность, а также оказывают положительное влияние на развитие ребенка [12-14]. Хотя программы посещения на дому имеют давнюю традицию в Европе [15], преобладающие научные результаты исходят из Соединенных Штатов (США), особенно из Программы партнерства семей медсестер (Nurse-Family Partnership - NFP) [16].

В рамках NFP малообеспеченные матери получают непосредственную поддержку еще до рождения их первого ребенка. Посещения на дому продолжаются до двухлетнего возраста ребенка. NFP поддерживает и формирует родительские навыки, связанные с положительной поддержкой эмоционального, когнитивного и социального развития ребенка. Кроме того, предотвращается отсутствие заботы о детях, жестокое обращение с детьми. Для оценки программы NFP в 1977 г. было проведено три рандомизированных контролируемых испытания (РКИ) в 1988 и 1994 гг. в трех разных популяциях США в Эльмире, штат Нью-Йорк; Мемфис, Теннесси; и Денвер, Колорадо. По результатам проведенных рандомизированных контролируемых испытаний в различных публикациях сообщалось о положительном влиянии на поведение матерей во время беременности, формирование родительских навыков, социально-эмоциональное и когнитивное развитие ребенка, а также на интеграцию матери на рынок труда или ее готовность принять образовательные предложения. [17-19]. Программа партнерства семей медсестер (NFP) была успешно адаптирована в системе здравоохранения Великобритании, Нидерландов, где удалось снизить уровень насилия, сократить курение, увеличить продолжительность грудного вскармливания, уменьшить жестокое обращение с детьми, улучшить долгосрочную домашнюю среду [20].

Рамочная программа заботливого ухода за развитием детей в раннем возрасте (РДРВ) была запущена одновременно с Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2018 г. Рамочная программа была разработана ВОЗ, ЮНИСЕФ и Группой Всемирного банка в сотрудничестве с Партнерством по охране здоровья матерей, новорожденных и детей и многих других партнеров, чтобы предоставить дорожную карту для обеспечения достижения целей в области устойчивого развития и выживания, процветания и преобразования целей глобальной стратегии охраны здоровья женщин, детей и подростков. Страны находятся на разных этапах продвижения заботливого ухода с помощью систем здравоохранения. В последние годы растет приверженность раннему развитию детей (РДРВ) и его целостному межсекторальному характеру [21].

В ряде стран со средним и высоким уровнем доходов (например, в Северной и Южной Америке, Европе

и Азии) создана или укреплена система служб патронажной работы. Кроме того, в последних мировых и региональных отчетах по вопросам жестокого обращения с детьми услуги посещения на дому и оказания поддержки для более эффективного воспитания детей были предложены стратегии решения проблемы жестокого обращения с детьми – одной из важнейших проблем в области здравоохранения.

В Центральной и Восточной Европе/Содружестве Независимых Государств, (ЦВЕ/СНГ) система здравоохранения охватывает подавляющее большинство беременных женщин и семей, детей младшего возраста такими услугами, как дородовое наблюдение, роды с участием подготовленных специалистов, поликлиническое наблюдение за детьми, иммунизация, мониторинг роста и ведение распространенных детских болезней. Система оказания патронажных услуг беременным женщинам и семьям новорожденных и детей младшего возраста существует в большинстве стран ЦВЕ/СНГ. Однако во многих случаях содержание предоставляемых услуг еще не определяется с учетом существующих в мире доказательств того, что является важным для развития ребенка в критически важные первые дни его жизни (от момента зачатия и на протяжении первых трех лет жизни).

На региональной конференции, проходившей в 2012 году в Анкаре (Турция), участие в которой принимали 17 стран ЦВЕ/СНГ, а также эксперты со всего мира, обсуждение и стремление к достижению консенсуса были сфокусированы на необходимости универсального прогрессивного подхода к посещению на дому, т.е. все семьи получают универсальный базовый пакет патронажных услуг, а потребности в расширенных услугах определяются патронажным работником и, при необходимости, специалистами из других секторов [22].

Проведенные ЮНИСЕФ исследования показали, что прежняя модель патронажного обслуживания беременных и детей раннего возраста ориентирована в основном на вопросы физического здоровья. Основные моменты, влияющие на здоровье ребенка, его благополучие и достижения на протяжении всей жизни, такие, как взаимоотношения между родителями и ребенком, чуткое и заботливое воспитание, развивающая и безопасная домашняя среда, недопущение жестокого обращения с ребенком и/или его заброшенности, а также раннее выявление рисков или уязвимости – которые так хорошо можно было бы поддерживать в домашней среде – еще не решаются должным образом.

Развитие детей в раннем возрасте в странах СНГ

На территории СНГ универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания детей раннего возраста внедрена в Узбекистане, Казахстане, Азербайджане, а также придерживаются основных моментов патронажного обслуживания в Белоруссии и Киргизии. Программа является совместной инициативой

ЮНИСЕФ и Министерства здравоохранения. ЮНИСЕФ инвестирует в основные строительные блоки для каждого растущего ребенка: заботу, хорошее здоровье, оптимальное питание, стимулирующую и безопасную среду для всестороннего развития и обучения. Максимальное использование потенциала первых лет жизни ребенка — это наилучшая инвестиция, которая может быть сделана для обеспечения его успеха в будущем и повышения его способности вносить долгосрочный вклад в жизнь своих сообществ. В отправной точке своей работы ЮНИСЕФ фокусируется на семьях с детьми в возрасте до трех лет, ставя своей целью добиться обеспечения благополучия маленького ребенка во всех областях. Нам известно, что крепкая связь между родителем или лицом, осуществляющим уход и ребенком раннего возраста — это наилучший фундамент для счастливого здорового развития и обучения [23].

ЮНИСЕФ в Беларуси совместно с партнерами работает над тем, чтобы матери, отцы и другие осуществляющие уход лица могли лучше заботиться о детях, обеспечивая безопасное и поддерживающее окружение в семейной среде. Поддерживаются услуги по надлежащему уходу за маленькими детьми, поддержки семей в группах риска, а также помогают родителям и опекунам узнать о позитивных методах воспитания.

В Азербайджане программа «Укрепление патронажных служб» началась с масштабного обучения, в котором приняли участие 120 медсестер и педиатров. В ходе программы специалистам была предоставлена подробная информация о раннем развитии детей, новой роли медицинских сестер в патронажных службах, первичной медико-санитарной помощи, грудном вскармливании и питании, участии отцов в развитии ребенка, безопасной среде. На сегодняшний день более 2000 семей и детей в Азербайджане воспользовались новой моделью посещения на дому. На сегодняшний день универсально-прогрессивная модель патронажного обслуживания детей раннего возраста в полном объеме внедрена в Казахстане и Узбекистане. В Белоруссии, Киргизии и Азербайджане реализуются проекты при поддержке ЮНИСЕФ по защите прав детей, вопросами их раннего развития, здоровьем матери и ребенка, ранними браками, жестокого обращения с детьми, доступом детей с ограниченными возможностями к образованию.

Внедрение универсально-прогрессивной модели в Республике Казахстан

Для удовлетворения потребностей детей младшего возраста Министерство здравоохранения (МЗ) Республики Казахстан при поддержке ЮНИСЕФ в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016–2020 годы в качестве приоритетной цели было определено внедрение универсально-прогрессивной патронажной модели [24]. Была разработана Дорожная карта «По повышению

эффективности работы и внедрению интегрированной модели службы родовспоможения и детства в РК на 2016-2020 годы» с целью совершенствования организационной работы было внедрено УППМП с акцентом на полный охват и поддержку социально-уязвимых семей в воспитании здоровых детей и подростков. УППМП интегрирована в услуги по оказанию медицинской помощи приказом № 1027 от 29.12.2017 года МЗ РК «Стандарт оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан»

УППМП включает посещения на дому и привлечение социальных работников, психологов, врачей общей практики в составе мультидисциплинарной команды первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Казахстан лидирует в Центральной Азии в развитии сотрудничества между медицинскими и социальными службами в рамках смешанной модели посещения на дому.

В 2016 году в Кызылординской области при поддержке ЮНИСЕФ в партнерстве с Казахским медицинским университетом непрерывного образования, региональным Ресурсным центром по интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ) был организован пилотный проект.

Пилотные центры ПМСП предоставляют универсальный пакет услуг посещений на дому для всех беременных женщин и семей с детьми в возрасте до 5-ти лет. Чтобы облегчить это сотрудничество, был разработан девятиэтапный алгоритм ведения случая. Патронажные медсестры и социальные работники в пилотном проекте в 2017 году прошли обучение по использованию этого инструмента, а также совместному ведению пациентов.

Для подготовки кадров была разработана программа пятидневного обучения по ИВБДВ, пятидневный тренинг по прогрессивным посещениям на дому и уходу. За период с 2017 года по 2018 год были обучены врачи, патронажные сестры, социальные работники и акушерки в организациях ПМСП. ЮНИСЕФ и Союз медицинских колледжей Казахстана разработали руководства по инструментам оценки, ведению пациентов, супервизии и непрерывному обучению, необходимые для повышения квалификации практикующих врачей, менеджеров и патронажных медсестер в ПМСП. Кроме того, модули воспитательного ухода интегрированы в образовательные программы медицинских колледжей и университетов [25].

В течение 2017 года 9 960 домохозяйств Кызылординской области охвачены универсальным пакетом услуг патронажной службы. Около 16% (1565 случаев) получили более интенсивные услуги, предоставляемые многопрофильной командой ПМСП и специалистами из других учреждений. Каждая патронажная медсестра посещает в среднем 200-250 семей, 9 из которых нуждаются в более интенсивной поддержке. Универсальные прогрессивные службы патронажных посещений показали положительное влияние на показатели смертности: с 2016 по 2017 год показатель младенческой смертности снизился с 14,4/1000 до

8,8/1000, а уровень смертности детей в возрасте до 5-ти лет снизился с 17,7/1000 до 12,1/1000. В период с 2015 по 2017 годы количество детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, увеличилось на 14%, а количество детей, находящихся на искусственном вскармливании, сократилось с 18 444 до 8 600; Наряду с полученной пользой для здоровья это сокращение расходов на молочные смеси привело к финансовой экономии. Точно так же процент матерей, способных идентифицировать опасные признаки, указывающие на болезнь, увеличился с 51% в 2016 году до 63% в 2017 году. Также сообщалось о повышении доверия к медсестрам и почти повсеместном общении родителей и медсестер по вопросам развития ребенка [26-28].

Внедрение пилотного проекта по всей стране имеет планомерный постепенный характер. Предлагаемый план работы на 2019–2021 гг. направлен на: 1) укрепление профессиональных компетенций и практических навыков сотрудников ПМСП, работающих с семьями; 2) внедрение системы контроля качества патронажных услуг в отдельных регионах; 3) установление стандартов и норм посещения на дому на основе пилотного опыта; 4) внедрение новой системы мониторинга детского травматизма. На данный момент мы находимся на третьем этапе его внедрения.

С июля 2018 года УПМП запущена во всех медицинских организациях ПМСП на всей территории Республики, к этому периоду были подготовлены и обучены патронажные сестры, социальные работники, психологи, врачи и руководители медицинских организаций.

Успешное внедрение универсально-прогрессивной модели патронажного обслуживания в краткосрочной и долгосрочной перспективе может дать положительные результаты со стороны детей, семьи, родителей и общества.

Со стороны детей: улучшение неонатальных показателей, улучшение питания и роста, снижение заболеваемости и смертности, улучшение показателей

иммунизации, улучшение когнитивного и социального развития, снижение уровня травматизма, жестокого обращения и насилия в отношении детей.

Со стороны семьи и родителей: улучшение дородового ухода, родительских навыков, улучшение привязанности, безопасная домашняя среда, снижение уровня родительского стресса, депрессии родителей.

Со стороны общества: снижение расходов на медицинское обслуживание, улучшение готовности к дошкольным организациям и школе, снижение случаев суицида, улучшение уровня успеваемости и показателей развития.

Выводы

Универсальная прогрессивная модель домашних посещений в мировой практике показала свою эффективность. УПМП оказывает благотворное воздействие на систему здравоохранения в целом, связанное с улучшением здоровья населения, низкими показателями материнской и детской смертности, положительным влиянием на поведение матерей во время беременности, формирование родительских навыков, социально-эмоциональное и когнитивное развитие ребенка.

Необходимость внедрения универсально-прогрессивной модели патронажа в Казахстане высокая, поскольку традиционная модель патронажа ориентирована на медицинские риски и не уделяет внимание на определение основных потребностей ребенка, таких как привязанность, отзывчивое кормление, стимулирующая и безопасная среда, депрессия родителей. Внедрение УПМП позволит не только выявлять нарушенные потребности и риски беременных женщин и детей раннего возраста, но и управлять рисками. Основной задачей патронажной сестры является управление случаями риска (кейс-менеджмент), составление эко-карты и работы с семьей по индивидуальному плану. Реализация данной программы позволит уменьшить влияние психосоциальных факторов, предрасполагающих к негативным последствиям для развития детей и подростков.

Список литературы:

1. Duncan GJ, Magnuson K. The importance of poverty early in childhood. *Policy Quarterly*. 2013;9(2):12–18. DOI:10.26686/pq.v9i2.4448
2. Pavalko EK, Caputo J. Social Inequality and Health Across the Life Course. *American Behavioral Scientist*. 2013;57(8):1040–1056. DOI:10.1177/0002764213487344
3. Ghate D, Hazel N. *Parenting in poor environments: Stress, support and coping*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2002.
4. Offord DR. Prevention of behavioral and emotional disorders in children. *Child Psychol Psychiatry*. 1987;28(1):9–19. DOI:10.1111/j.1469-7610.1987.tb00647.x
5. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;8:12–18. DOI:10.1186/1475-9276-12-18
6. Бабаева БН, Ким НГ, Есимова ДГ, Суханбердиев КА, Тихонова ЛС, Иманова ЖА. Мультипрофильный патронаж на основе интеграции служб первичной медико-санитарной помощи, социальной защиты, общественного здоровья, включая меди-
- ко-социальную реабилитацию: Методические рекомендации для внедрения в организациях первичной медико-санитарной помощи. Астана, 2018.
- Babaeva BN, Kim NG, Esimova DG, Suhanberdiev KA, Tihonova LS, Imanova JA. *Multiprofilniy patronaj na osnove integratsii slujb pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoši, sotsialnoi zaštity, obšestvennogo zdorovia, vključaja mediko-sotsialnuju rehabilitatsiju: Metodicheskie rekomendatsii dlja vnedrenia v organizatsiih pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoši*. Astana, 2018. (In Russian)
7. Sweet MA, Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Dev*. 2004;75(5):1435–56. DOI:10.1111/j.1467-8624.2004.00750.x
8. Bennett C, Macdonald GM, Dennis J, Coren E, Patterson J, Astin M, Abbott J. Home-based support for disadvantaged adult mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD003759. DOI: 10.1002/14651858.CD003759.pub2
9. <https://nurturing-care.org/nurturing-care-framework-toolkit/>
10. Стимулирование комплексного развития детей раннего возраста

- та: основные принципы обеспечения выживания и благополучия детей, а также укрепления здоровья и человеческого потенциала. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020.
- Stimulirovanie kompleksnogo razvitiia detei rannego vozrasta: osnovnyye printsipy obespecheniia vyjivaniia i blagopoluchii detei, a takje ukrepleniia zdorovia i chelovecheskogo potentsiala. Jeneva: Vsemirnaia organizatsiia zdavoohraneniia; 2020. (In Russian)*
11. <https://www.unicef.org/eca/ru>
 12. Kliem S, Sandner M, Lohmann A, Sierau S, Dähne V, Klein AM., Jungmann T. Follow-up study regarding the medium-term effectiveness of the home-visiting program "Pro Kind" at age 7 years: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19:323. DOI: 10.1186/s13063-018-2707-3
 13. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Org*. 2009;87:353–361. DOI: 10.2471/BLT.08.057075
 14. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:17. DOI: 10.1186/1471-2458-13-17
 15. Kameron SB, Kahn AJ. Home health visiting in Europe. *The Future of Child*. 1993;3(3):39. DOI: 10.2307/1602542
 16. Olds DL. The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Ment Health J*. 2006;27(1):5–25. DOI: 10.1002/imhj.20077
 17. Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, Smith E, Olds DL, Powers J, et al. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA*. 2000;284:1385–1391. DOI: 10.1001/jama.284.11.1385
 18. Eckenrode J, Campa M, Luckey DW, Henderson CR, Cole R, Kitzman H, et al. Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164:9–15. DOI: 10.1001/archpediatrics.2009.240
 19. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoletto KJ, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164:412–418. DOI: 10.1001/archpediatrics.2010.76
 20. Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2004;114:1560–1568. DOI: 10.1542/peds.2004-0961
 21. <https://nurturing-care.org/about/what-is-the-nurturing-care-framework>
 22. Учебные модули. Партнерство между семьями и патронажными работниками для повышения благополучия детей раннего возраста. Астана, 2017.
 23. <https://www.unicef.org/>
 24. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000176/links>
 25. Шалхарова ЖС, Байгожина ЗА, Акимниязова НД, Татибекова АМ, Нурмагамбетова ЖА. Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи: методические рекомендации для внедрения в образовательные программы колледжей. Астана, 2018.
 26. <https://nurturing-care.org/kazakhstan-cooperation-between-sectors>
 27. Гоцадзе Т. Оценка патронажной службы и предложения по ее оптимизации. ЮНИСЕФ, 2015.
 28. *Gotsadze T. Otsenka patronajnoi slujby i predlozheniia po ee optimizatsii. IYNISEF, 2015. (In Russian)*
 28. Оценки воздействия первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на снижение младенческой и детской смертности в 2000–2017 годах в Казахстане. Том 1: Оценка универсальной-прогрессивной модели патронажного посещения на дому. Итоговый отчет по оценке. Нур-Султан, 2019.
 28. *Otsenki vozdeistviiia pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoši (PMSP) na snizhenie mladencheskoi i detskoj smertnosti v 2000-2017 godah v Kazahstane. Tom 1: Otsenka universalnoi-progressivnoi modeli patronajного poseženiiia na domu. Itogovyi otchet po otsenke. Nur-Sultan, 2019. (In Russian)*

ТИРОЗИНЕМИЯ 1-ГО ТИПА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Л.Я. КЛИМОВ¹, Т.М. ВДОВИНА², В.А. КУРЬЯНИНОВА^{1,3}, Я.Д. МИРОНОВА¹, С.В. ДОЛБНЯ¹,
А.В. ЯГУПОВА^{1,3}, К.С. ЭЛЬБЕКЬЯН¹, М.Г. ГЕВАНДОВА¹, С.А. ЕГОРОВА^{1,3}, Ю.В. БЫКОВ^{1,3},
С.Н. КАШНИКОВА¹, Т.А. ИВЕНСКАЯ¹

¹Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

²АНМО СК Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр, Ставрополь, Россия

³Детская городская клиническая больница имени Г.К. Филиппского, Ставрополь, Россия

Климов Л.Я. – <https://orcid.org/0000-0002-1766-3869>; SPIN-код: 5396-7746

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Klimov LYa, Mironova YaD, Vdovina TM, Kuryaninova VA, Elbekjyan KS, Gevandova MG, Dolbnya SV, Yagupova AV, Egorova SA, Bykov YuV, Kashnikova SN. Tyrosinemia type i: literature review and clinical case description. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):63-72

Климов ЛЯ, Вдовина ТМ, Курьянинова ВА, Миронова ЯД, Долбня СВ, Ягупова АВ, Эльбекьян КС, Гевандова МГ, Егорова СА, Быков ЮВ, Кашникова СН, Ивенская ТА. I типті тирозинемия: әдебиетке шолу және клиникалық жағдайдың сипаттамасы. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):63-72

Климов ЛЯ, Вдовина ТМ, Курьянинова ВА, Миронова ЯД, Долбня СВ, Ягупова АВ, Эльбекьян КС, Гевандова МГ, Егорова СА, Быков ЮВ, Кашникова СН, Ивенская ТА. Тирозинемия 1-го типа: обзор литературы и описание клинического случая. West Kazakhstan Medical journal. 2022;64(2):63-72

Tyrosinemia type 1: literature review and clinical case description

L.Ya. Klimov¹, Ya.D. Mironova¹, T.M. Vdovina², V.A. Kuryaninova^{1,3}, K.S. Elbekjyan¹, M.G. Gevandova¹, S.V. Dolbnya¹, A.V. Yagupova^{1,3}, S.A. Egorova^{1,3}, Yu.V. Bykov^{1,3}, S.N. Kashnikova¹

¹Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

²Stavropol Regional Clinical Advisory and Diagnostic Center, Stavropol, Russia

³Children's municipal clinical hospital named after G.K. Filippovsky, Stavropol, Russia

The presented review provides information on the prevalence, clinical manifestations, diagnosis and treatment of hereditary tyrosinemia type I. The disease is caused by mutations in the fumarylacetoacetase enzyme gene, which normally performs the final stage of tyrosine breakdown with the formation of non-toxic fumarate and acetoacetate. As a result of a genetically determined defect, tyrosine degradation is carried out along an alternative pathological path with the formation of highly toxic maleylacetoacetate, fumarylacetoacetate, succinylacetone, which, being mitochondrial toxins, inhibit phosphorylation and block the Krebs cycle. The accumulation of toxic metabolites leads to progressive liver disease with the development of cirrhosis, liver failure, severe coagulopathy; formation of hypophosphatemic rachitis, renal tubulopathy, Fanconi syndrome; the development of hypertrophic cardiomyopathy, as well as the formation of severe neurological symptoms. The prognosis of the course of tyrosinemia type I is determined by the clinical phenotype of the disease, the timing of the manifestation of the disease and the timing of the start of pathogenetic therapy. The introduction of liver transplantation and nitizone into clinical practice significantly improved prognosis.

The authors described a case of the development of the disease in a child of 5 months of life with typical clinical and biochemical data, confirmed by the detection of pathognomonic mutations in the FAH gene.

Hereditary tyrosinemia type I is one of the diseases of impaired aminoacid metabolism. The advances in treatment over the past decades due to the use of nitizone allow us to count on a steady increase in the duration and quality of life of patients.

Keywords: tyrosinemia, tyrosine, fumarylacetoacetase, succinylacetone, nitizone, liver transplantation

I типті тирозинемия: әдебиетке шолу және клиникалық жағдайдың сипаттамасы

Л.Я. Климов¹, Т.М. Вдовина², В.А. Курьянинова^{1,3}, Я.Д. Миронова¹, С.В. Долбня¹, А.В. Ягупова^{1,3}, К.С. Эльбекьян¹, М.Г. Гевандова¹, С.А. Егорова^{1,3}, Ю.В. Быков^{1,3}, С.Н. Кашникова¹, Т.А. Ивенская¹

¹Ставрополь мемлекеттік медицина университеті, Ставрополь, Ресей

²Ставрополь аймақтық клиникалық консультативтік-диагностикалық орталығы, Ставрополь, Ресей

³Г.К. Филиппский атындағы балалар қалалық клиникалық ауруханасы,



Климов Л.Я.
e-mail: klimov_Leo@mail.ru

Received/
Келіп түсті/
Поступила:
18.04.2022

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
30.05.2022

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

Ставрополь, Ресей

Ұсынылған шолуда I типті тұқым қуалайтын тирозинемияның таралуы, клиникалық көріністері, диагностикасы және емі туралы мәліметтер келтіріледі. Ауру фумарилацетоацетаза ферментінің геніндегі мутацияларға байланысты, ол улы емес фумарат пен ацетоацетат түзе отырып, тирозиннің ыдырауының қалыпты соңғы кезеңін жүзеге асырады. Генетикалық анықталған ақаудың нәтижесінде тирозиннің деградациясы жоғары уытты малеилацетоацетат, фумарилацетоацетат, сукцинилацетон түзе отырып, митохондриялық токсиндер бола отырып, фосфорлануды тежейтін және Кребс циклін блоктайтын баламалы патологиялық жол бойынша жүзеге асырылады. Уытты метаболиттердің жинақталуы цирроздың, бауыр жеткіліксіздігінің, ауыр коагулопатияның дамуымен бауырдың үдемелі ауруына; гипофосфатемиялық рахиттің, ренальды тубулопатияның, Фанкони синдромының пайда болуына; гипертрофиялық кардиомиопатияның дамуына, сондай-ақ ауыр неврологиялық симптомдардың қалыптасуына әкеледі. I типті тирозинемия ағымының болжамы аурудың клиникалық фенотипімен, аурудың манифестация мерзімдерімен және патогенетикалық терапияның басталу мерзімімен анықталады. Бауыр мен нитизинонды трансплантациялауды клиникалық тәжірибеге енгізу болжамды едәуір жақсартты.

Авторлар FAN генінде патогномоникалық мутациялардың анықталуымен расталған, типтік клиникалық және биохимиялық мәліметтермен 5 айлық балада аурудың даму жағдайын сипаттады.

I типтегі тұқым қуалайтын тирозинемия аминқышқылдарының метаболизмі бұзылған аурулардың қатарына жатады. Нитизинон препаратын қолданумен байланысты соңғы онжылдықтарда қол жеткізілген емдеу жетістіктері пациенттердің өмір сүру ұзақтығының тұрақты өсуіне және сапасының жақсаруына сенуге мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: тирозинемия, тирозин, фумарилацетоацетаза, сукцинилацетон, нитизинон, бауыр трансплантациясы

Тирозинемия I-го типа: обзор литературы и описание клинического случая

Л.Я. Климов¹, Т.М. Вдовина², В.А. Курьянинова^{1,3}, Я.Д. Миронова¹, С.В. Долбня¹, А.В. Ягупова^{1,3}, К.С. Эльбекьян¹, М.Г. Гевандова¹, С.А. Егорова^{1,3}, Ю.В. Быков^{1,3}, С.Н. Кашникова¹, Т.А. Ивенская¹

¹Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь, Россия

²АНМО СК Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр, Ставрополь, Россия

³Детская городская клиническая больница имени Г.К. Филлипского, Ставрополь, Россия

В представленном обзоре приводятся сведения о распространённости, клинических проявлениях, диагностике и лечении наследственной тирозинемии I-го типа. Заболевание обусловлено мутациями в гене фермента фумарилацетоацетазы, осуществляющего в норме конечный этап распада тирозина с образованием нетоксичных фумарата и ацетоацетата. В результате генетически обусловленного дефекта деградация тирозина осуществляется по альтернативному патологическому пути с образованием высокотоксичных малеилацетоацетата, фумарилацетоацетата, сукцинилацетона, которые, будучи митохондриальными токсинами, тормозят фосфорилирование и блокируют цикл Кребса. Накопление токсичных метаболитов приводит к прогрессирующему заболеванию печени с развитием цирроза, печёночной недостаточности, тяжёлой коагулопатии; формированием гипофосфатемического рахита, ренальной тубулопатии, синдрома Фанкони; развитием гипертрофической кардиомиопатии, а также формированию тяжёлой неврологической симптоматики. Прогноз течения тирозинемии I-го типа определяется клиническим фенотипом болезни, сроками манифестации заболевания и сроками начала патогенетической терапии. Внедрение трансплантации печени и нитизинона в клиническую практику значительно улучшило прогноз.

Авторами описан случай развития заболевания у ребёнка 5-ти месяцев жизни с типичными клиническими и биохимическими данными, подтверждён обнаружением патогномоничных мутаций в гене FAN.

Наследственная тирозинемия I-го типа относится к числу заболеваний нарушенного обмена аминокислот. Достигнутые за последние десятилетия

успехи в лечении, обусловленные использованием препарата нитизинона, позволяют рассчитывать на неуклонное увеличение продолжительности и повышение качества жизни пациента

В представленном обзоре приводятся сведения о распространённости, клинических проявлениях, диагностике и лечении наследственной тирозинемии I-го типа. Заболевание обусловлено мутациями в гене фермента фумарилацетоацетазы, осуществляющего в норме конечный этап распада тирозина с образованием нетоксичных fumarата и ацетоацетата. В результате генетически обусловленного дефекта деградация тирозина осуществляется по альтернативному патологическому пути с образованием высокотоксичных малеилацетоацетата, фумарилацетоацетата, сукцинилацетона, которые, будучи митохондриальными токсинами, тормозят фосфорилирование и блокируют цикл Кребса. Накопление токсичных метаболитов приводит к прогрессирующему заболеванию печени с развитием цирроза, печёночной недостаточности, тяжёлой коагулопатии; формированием гипофосфатемического рахита, ренальной тубулопатии, синдрома Фанкони; развитием гипертрофической кардиомиопатии, а также формированию тяжёлой неврологической симптоматики. Прогноз течения тирозинемии I-го типа определяется клиническим фенотипом болезни, сроками манифестации заболевания и сроками начала патогенетической терапии. Внедрение трансплантации печени и нитизинона в клиническую практику значительно улучшило прогноз.

Авторами описан случай развития заболевания у ребёнка 5-ти месяцев жизни с типичными клиническими и биохимическими данными, подтверждён обнаружением патогномичных мутаций в гене FAN.

Наследственная тирозинемия I-го типа относится к числу заболеваний нарушенного обмена аминокислот. Достиagnутые за последние десятилетия успехи в лечении, обусловленные использованием препарата нитизинона, позволяют рассчитывать на неуклонное увеличение продолжительности и повышение качества жизни пациента.

Ключевые слова: тирозинемия, тирозин, фумарилацетоацетаза, сукцинилацетон, нитизинон, трансплантация печени

Наследственная тирозинемия I-го типа (НТИ) или гепаторенальная тирозинемия, впервые описанная M. Vabek в 1956 г., представляет собой редкое (орфанное) наследственное метаболическое заболевание с ауто-сомно-рецессивным типом наследования, связанное с нарушением обмена аминокислоты тирозин, получаемой из пищевого белка и синтезируемой эндогенно из фенилаланина [1].

Частота НТИ в различных популяциях колеблется в пределах 1 : 100–200 тыс. живых новорождённых, более высокая заболеваемость наблюдается в некоторых регионах, таких как канадская провинция Квебек, а также на западе Финляндии и в Бирмингеме [2].

В частности, в Квебеке наследственная тирозинемия была описана в 1967 году, а с 1970 года выявлено 98 детей с тирозинемией, географическое распределение показало, что большинство из них родились в северо-восточной части провинции, в регионе Сагэней-Лак-Сен-Жан (Saguenay-Lac-St-Jean). Распространённость заболевания при рождении оценивалась в 1 : 1846 живых новорождённых, а уровень носительства патологического гена – в 1 : 20 жителей региона. С использованием регистра населения региона Сагэней-Лак-Сен-Жан проанализированы средний коэффициент инбридинга, который, по сравнению с контрольными группами, был повышен незначительно, что подтверждает высокую частоту встречаемости генов в северо-восточном Квебеке [3].

Распространённость тирозинемии I-го типа в попу-

ляции rohjanmaa на западе Финляндии составляет 1 : 5 тыс. населения, при этом в целом в стране она оценивается как 1 : 60 тыс. населения, а наиболее частой мутацией является с.786G>A (p.W262X) [4-7].

В Бирмингеме (Великобритания) мутации в гене FAN зафиксированы у иммигрантов из Пакистана [8].

На сегодняшний день известны 78 мутаций, вызывающих тирозинемия I-го типа, которые зарегистрированы во всём мире, за исключением Центральной Америки и островов Океании. Самыми частыми являются патогенные варианты нуклеотидной последовательности в гене FAN – с.1062+5G>A (IVS12+5G>A), с.554-1G>T (IVS6-1G>T) и с.786G>A (p.W262X) [9].

Тирозинемия I-го типа обусловлена мутациями в гене фермента фумарилацетоацетазы (фумарилацето-гидролазы – FAN). Ген FAN локализован на длинном плече 15-й хромосомы (15q23–q25), состоит из 14 экзон, известно около 20 различных мутаций, из которых 4 – наиболее частые [10-12].

Фермент FAN осуществляет в норме конечный этап распада тирозина с образованием нетоксичных fumarата и ацетоацетата.

В результате генетически обусловленного дефекта деградация тирозина осуществляется по альтернативному патологическому пути с образованием высокотоксичных малеилацетоацетата, фумарилацетоацетата, сукцинилацетона, которые, будучи митохондриальными токсинами, тормозят фосфорилирование и блокируют цикл Кребса. Следовательно, накопление

этих токсинов приводит к прогрессирующему заболеванию печени с развитием цирроза, печёночной недостаточности, тяжёлой коагулопатии; формированием гипофосфатемического рахита, ренальной тубулопатии, синдрома Фанкони; развитием гипертрофической кардиомиопатии, а также формированию тяжёлой неврологической симптоматики [14].

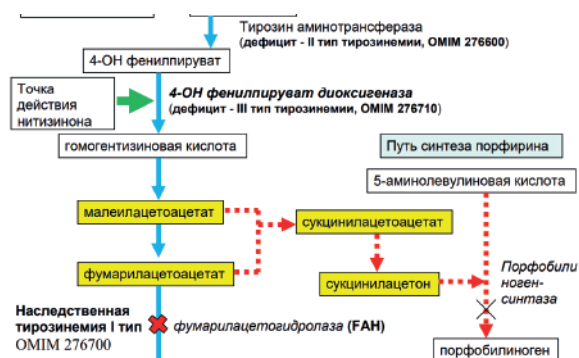


Рис. 1. Пути метаболизма тирозина (сплошные линии – нормальный путь метаболизма, пунктирные – альтернативный путь) [13].

Массовый скрининг новорождённых проводится во многих странах мира и имеет важное значение для обеспечения максимально ранней диагностики и старта лечения уже в неонатальном периоде.

Сроки манифестации, классификация тирозинемии I-го типа

Тирозинемия I-го типа возникает в возрасте, колеблющемся от раннего неонатального периода (наиболее злокачественная форма) до школьного возраста (медленно прогрессирующее заболевание). До первых проявлений заболевания развитие ребёнка, как правило, не выходит за рамки возрастных показателей [15-17].

Заболевание часто разделяется на острую, подострую и хроническую формы. Острая форма встречается наиболее часто, примерно у 75% больных, как правило, развивается у детей первых месяцев жизни и протекает по типу быстро прогрессирующей печёночной недостаточности, заканчивающейся смертью ребёнка. Общее тяжёлое соматическое состояние сочетается с задержкой психического развития [18].

Почечная недостаточность, водно-солевой дисбаланс и недостаточность дезинтоксикационной функции печени усугубляют тяжесть состояния. В недиагностированных случаях острого течения тирозинемии I-го типа смерть наступает в первом полугодии жизни ребёнка вследствие отёка лёгких, мозга и печёночной недостаточности [19].

При подострой форме прогрессирующее поражение печени с гепато- или гепатоспленомегалией (печёночная недостаточность, цирроз), признаки рахита, задержка роста, мышечная гипотония, коагулопатия в сочетании с задержкой физического развития появляются во втором полугодии жизни. Также наблюдаются неврологические симптомы (симптом Грефе, гидроцефальная конфигурация черепа, задержка психическо-

го и двигательного развития) и непостоянные неврологические кризы (слабость в конечностях, параличи конечностей и диафрагмы, аутоагрессия, рвота и др.). Нередко отмечается гиперпигментация кожи, иногда желтоватое окрашивание ногтевых лож [19].

Хроническая форма болезни проявляется у детей старшего возраста или подростков. При этом наблюдаются различной степени выраженности поражения печени, рахитоподобные изменения скелета, обусловленные гипофосфатемией и гиперфосфатурией, почечные канальцевые дисфункции, неврологические кризы, сходные с порфирическими (болезненные парестезии, артериальная гипертензия, тахикардия, паралитическая непроходимость кишечника, иногда прогрессирующие параличи), кардиомиопатия, гипогликемия, связанная с гиперплазией β-клеток поджелудочной железы и гиперсекрецией инсулина. Хроническая и подострая формы болезни суммарно встречаются примерно у 20–25% больных [19].

Разделение тирозинемии на острую, подострую и хроническую формы в определённой мере носит условный характер и в значительной степени определяется возрастом дебюта заболевания: при острой форме – неонатальный период и грудной возраст; при хронической – старше 6 мес [19]. Несомненно, что возраст возникновения симптоматики коррелирует с тяжестью заболевания [4].

В последнее время выделяют два типа тирозинемии: тип Ia (франко-канадский тип) – манифестирует в течение первого года жизни острым началом, гепато-ренальной недостаточностью и быстрым ухудшением состояния и тип Ib (скандинавский) – с хроническим течением, ренальной дисфункцией, циррозом и гепатоцеллюлярной карциномой [19, 20].

При отсутствии патогенетического лечения смерть пациентов наступает в раннем возрасте от цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [21].

Клиническая картина заболевания

К основным симптомам тирозинемии I-го типа относятся: поражение печени с недостаточностью её функций, нарушение коагуляции с развитием кровотечений, ренальная дисфункция, от лёгкой формы до почечной недостаточности, наиболее часто сопровождающаяся тубулопатией, которая приводит к гипофосфатемическому рахиту, неврологические симптомы, проявляющиеся острой периферической нейропатией и задержкой умственного развития. В связи с аномальным метаболизмом аминокислот и накоплением продуктов метаболизма для пациентов типично появление специфического запаха мочи (запах «варёной капусты») и изменение её цвета на солнце (подоконниковая проба) [19].

В проведённом на базе НМИЦ НЦЗД исследовании на основании многофакторного статистического анализа определены информативная значимость, чувствительность и специфичность симптомокомплексов в дебюте НТИ в разных возрастных группах. Согласно предложенному алгоритму обследования, больные в возрасте первых 3-х месяцев в дебюте НТИ имеют диа-

гностически значимый симптомокомплекс, в который входят лихорадка (чувствительность 100%, специфичность 66,7%), отёки (чувствительность 71,4%, специфичность 80,0%), желтуха (чувствительность 75%, специфичность 69,2%), диспепсия (чувствительность 100%, специфичность 46,1%) [22].

При дебюте заболевания в возрасте старше 4-х месяцев жизни диагностически значимыми являются признаки гепато- или гепатоспленомегалии (чувствительность 66,7%, специфичность 100%) и острого рахита (чувствительность 85,7%, специфичность 100%).

Значимыми лабораторными показателями в диагностике НТИ явились анемия (чувствительность 75%, специфичность 60%), гипербилирубинемия (чувствительность 75%, специфичность 69,2%), одновременное повышение уровней билирубина и цитолитической активности (чувствительность 84,6%, специфичность 83,3%), коагулопатия (чувствительность 62,5%, специфичность 77,8%), тромбоцитопения (чувствительность 71,4%, специфичность 80,0%).

При выявлении данных клинических (1-й шаг) и параклинических (2-й шаг) признаков авторы рекомендуют проведение уточняющих и более специфических методов диагностики: определение уровня ароматических аминокислот в крови, уровня сукцинилацетона в крови и моче (3-й шаг), генетическое исследование на мутации в гене FAN (4-й шаг) [22].

Тирозинемия имеет множество клинических «масок» и при манифестации может имитировать другие заболевания и патологические состояния. В частности, в периоде новорожденности дети могут госпитализироваться с клиникой острой печёночной недостаточности и проявлениями печёночного криза – повышение температуры, болезненный вид, раздражительность, диарея, рвота, гепатомегалия, асцит, анасарка, геморрагический синдром (гастроинтестинальное кровотечение), нередко к этому возрасту уже отмечается специфический запах мочи [19].

Другие синдромы и состояния, такие как гепатомегалия, выявленная при рутинном обследовании, подозрение на поражение почек, в частности, болезнь де Тони-Дебре-Фанкони, симптомы периферической полинейропатии, геморрагический синдром, витамин D-резистентный рахит, задержка физического развития и приступы болей в животе также являются вариантами клинической манифестации НТИ [23, 24].

В пользу диагноза тирозинемии I-го типа у детей свидетельствуют также задержку физического и психомоторного развития и/или наличие гипофосфатемического рахита, признаков поражения почек, и/или в случае выявления неврологических нарушений по периферическому типу, и/или при развитии коагулопатии при неэффективности терапии витамином К, и/или появление необъяснимых болей в животе, в сочетании с гепатомегалией и признаками печёночной недостаточности [19].

Инструментальная и лабораторная диагностика

По результатам УЗИ, при любых формах НТИ выявляются множественные печёночные узелки, увеличе-

ние размеров и неоднородная эхогенность паренхимы печени, а в случае поражения почек – симметричное увеличение почек и наличие кальцификатов в почечной ткани [19]. В то время, как наиболее распространёнными признаками при компьютерной томографии органов брюшной полости являются гипер- и гиподенсивные узелки и неоднородный рисунок паренхимы печени [25].

В биохимическом анализе крови может быть повышен уровень тирозина (более 3 мг%, при норме 1 мг%), фенилаланина, метионина, отношение фенилаланин/тирозин менее 1, увеличен уровень α -фетопротейна; определяется гипогликемия, гипопротейнемия, гипофосфатемия, повышение концентрации билирубина, увеличение активности щелочной фосфатазы, повышение активности аминолевулиновой дегидратазы (определение возможно в сухих пятнах крови), недостаточность фумарилацетоацетатгидролазы в лимфоцитах, эритроцитах, биоптатах печени.

В биохимическом анализе мочи определяется повышенный уровень сукцинилацетона и 4-гидроксибензилдерииватов (малеилацетоацетат, фумарилацетоацетат, и др.). Также увеличено содержание фенилпировиноградной, гидроксифенилуксусной и молочной кислот, повышено содержание порфиринов (аминолевулиновой кислоты); метионинурия и тирозинурия, наблюдается генерализованная гипераминоацидурия, гиперкальциурия, гиперфосфатурия [19].

Верификация диагноза проводится по следующим признакам:

1. Патогномоничным признаком НТИ является высокий уровень сукцинилацетона в моче (норма 0–2,0 ммоль на 1 моль креатинина) и плазме крови; однако появление сукцинилацетона в крови и моче может быть при обратимом ингибировании фермента (например, белковым перекорме, приводящем к функциональной недостаточности FAN, вскармливании неразведённым козьим молоком).

2. Повышенное содержание ароматических аминокислот (тирозина, метионина, фенилаланина, пролина и др.), определяемых методом тандемной масс-спектрометрии, появление «капустного» запаха, который не так специфичен, как описывалось ранее, и скорее отражает печёочно-клеточную недостаточность.

3. Альфа-фетопrotein (АФП) – маркер пролиферации желчных ходов, при тирозинемии типа Ib повышен в десятки раз, а у детей с тирозинемией типа Ia – даже в тысячи раз. Повышение АФП – неспецифичный, но весьма чувствительный лабораторный признак заболевания. При нормальном уровне АФП диагноз НТИ сомнителен (у детей от 0 до 3 мес АФП < 1000 нг/мл; от 3 мес до 18 лет АФП < 12 нг/мл).

4. Косвенным признаком НТИ является повышение δ -аминолевулиновой кислоты, так как сукцинилацетон ингибирует дегидрогеназу δ -аминолевулиновой кислоты в эритроцитах и печени.

5. Генетическое исследование является подтверждающим методом, обнаружение любого из двух вариантов мутаций (гомозиготы или компаунд-гете-

розиготы) позволяет с абсолютной достоверностью верифицировать диагноз [11].

В качестве примера приводим наблюдаемый нами клинический случай.

Ребенок С., 5 месяцев жизни, 11.04.2018 г. поступил в приёмное отделение ГБУЗ «ДГКБ им. Г.К. Филиппского» г. Ставрополя с жалобами на задержку прибавки роста, резкое вздутие живота, запоры, обесцвеченный стул, мелкоочечные кровоизлияния на коже нижних конечностей, вздрагивание во сне.

Мать считает ребёнка больным с 3-х месячного возраста, когда после перенесённого эпизода вирусной инфекции с гипертермией отметила однократные судороги. Сразу после выздоровления ребёнка мать обратила внимание на увеличение размеров живота, появление сыпи на коже, при этом общее состояние, по её словам, не страдало.

В связи с вышеуказанными жалобами обращалась к специалистам по месту жительства, где данные изменения были расценены как проявления рахита, терапия не назначалась. Позже самостоятельно обратились в инфекционную больницу г. Ставрополя, где были осмотрены инфекционистом, выставлен диагноз: «Цирроз печени, возможно, обменного характера».

В условиях инфекционной больницы исключены HCV, ВПГ и ЦМВ были как причина дегенеративных изменений печени. На УЗИ органов брюшной полости: резко выраженная гепатомегалия с диффузными изменениями паренхимы печени, спленомегалия, увеличение размеров почек с диффузными нарушениями в их паренхиме, без признаков нарушения гемодинамики, признаки асцита.

По тяжести состояния ребёнок был переведён в ДГКБ им. Г.К. Филиппского.

Анамнез жизни: ребёнок от 2-ой беременности, первых родов (первая беременность – мед. аборт). Беременность протекала без особенностей. Роды самостоятельные, срочные. После рождения ребёнок закричал после похлопывания по ягодицам (обвитие пуповины). Масса при рождении – 3500 гр, рост – 55 см. К груди был приложен на третьи сутки. Из роддома выписан на 6-ые сутки в удовлетворительном состоянии. На момент осмотра находится на грудном вскармливании, в качестве докорма получает фруктовые соки и пюре.

Объективно: состояние при поступлении ближе к тяжёлому, телосложение правильное, пониженного питания. Вес – 7,0 кг, рост – 42,5 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски с множественными элементами петехиальной сыпи по всему телу, рассеянные элементы розовой папулёзной сыпи на лице. Голова округлой формы, большой родничок 5x4 см на уровне костных краёв. Маленький родничок открыт. Фенотип: антимонолоидный разрез глаз, глазной гипертелоризм, гипоплазия надбровных дуг, диспластичные ушные раковины, складка под нижней губой, сандалевидная щель. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 36 в мин. Одышка сме-

шанного характера. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 121 уд. в мин. Живот увеличен в объёме за счёт явлений асцита, гипотрофии внутренних органов. При перкуссии в отлогих местах живота отмечается притупление перкуторного звука (асцит). Печень +3 см от края реберной дуги, плотноэластической консистенции, край заострён. Селезенка +4 см. В неврологическом статусе: умеренная диффузная мышечная гипотония. Задержка моторного развития.

Ребёнок после проведения дезинтоксикационной, регидратационной и симптоматической терапии обследовался в условиях гастроэнтерологического отделения.

По данным лабораторного обследования: на момент поступления у ребёнка в гемограмме отмечалась анемия (эритроциты – $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 99 г/л.), лейкоцитоз ($14 \cdot 10^9/л$) без выраженного сдвига формулы влево, тромбоцитопения ($61 \cdot 10^9/л$); в биохимическом анализе крови: гипопропротеинемия (общий белок 45,0 г/л), незначительная билирубинемия с преобладанием непрямой фракции (общий билирубин – 29,3 ммоль/л., прямой – 10,34 ммоль/л.), низкая цитолитическая активность (АСТ – 63 ед/л., АЛТ – 38,0 ед/л.); признаки гипокоагуляции: АЧТВ 82,7*, МНО 6,2, ПТВ 61,1 сек., ПТИ 20%, фибриноген 0,6 г/л.

В ходе диагностического поиска проведены обследования:

Рентгенография органов грудной полости: признаки отёчно-интерстициального синдрома, тимомегалия 2 ст.

УЗИ органов брюшной полости: резко-выраженная гепатомегалия, с диффузными изменениями паренхимы органов, спленомегалия. Диффузные изменения поджелудочной железы. Увеличение размеров почек с диффузными изменениями в их паренхиме. Признаки асцита.

УЗИ почек: отёчно-инфильтративные изменения обеих почек (большие белые почки)

КТ органов брюшной полости: признаки гепатомегалии, за счёт увеличения левой доли. Небольшое количество жидкости по нижнему краю печени. Увеличение размеров селезенки. Увеличение полостных элементов почек и их дилатация. Снижение накопительной функции почек.

КТ головы с контрастированием: признаки открытой наружной гидроцефалии.

ЭХО-графия головного мозга: субдуральное скопление жидкости по межполушарной борозде и лобных областях, признаки дилатации боковых желудочков головного мозга.

Пациент был консультирован генетиком – диагноз «Цирроз печени неуточнённого генеза. Гепатоспленомегалия. Асцит», гематологом – «Коагулопатия вторичная, на фоне цирроза печени, печёночной недостаточности 2-3 ст., неизвестного генеза. Гиперспленизм (анемия, тромбоцитопения)», нефрологом – «Врождённая аномалия органов мочевой системы: удвоение ЧЛС, двусторонняя пиелоектазия».

При дообследовании по рекомендации генетика получены следующие результаты:

1) Определение уровня органических кислот в моче: 4-гидрокси-фенилацетат – 6,31 мМ/М креатинина (N 6-28), 4-гидрокси-фенилпируват – 2014,75 мМ/М креатинина (N 0-2), сукцинилацетон 215,85 мМ/М креатинина (N 0-2), 4-гидрокси-фениллактат 2234,26 мМ/М креатинина (N 6-28), фениллактат – 23,75 мМ/М креатинина (N 0-2).

Заключение: в моче повышена концентрация ряда метаболитов – данные изменения характерны для тирозинемии.

2) Определение сукцинилацетона в моче – 62,16 мМ/М креатинина (N 0-2).

Заключение: резкое повышение концентрации сукцинилацетона в моче, установлен диагноз «Тирозинемия I-го типа».

3) В ходе ДНК диагностики методом ПЦР-ПДРФ пациенту проведён тест на частные мутации в гене FAN (ММ 613871, транскрипт (RefSeq: NM_000137.2), диагноз – тирозинемия I тип, аутомно-рецессивный тип наследования. Обнаружена мутация p.Pro 3241Leu (NM_000137.2: с. 1025 C>T) в гомозиготном состоянии. Вариант описан в базах данных (dbSNP; rs779040832 и HGMD; CM940753).

Ведущими синдромами являлись гепатоспленомегалия, коагулопатия, одновременное повышение уровней билирубина и цитолитической активности, анемия, тромбоцитопения и признаки острого рахита в анамнезе, что является характерно для манифестации тирозинемии I типа у детей после 4-х месячного возраста.

Таким образом, в наблюдаемом нами случае диагноз тирозинемии I-го типа был верифицирован на основании типичных клинических данных, подтверждён биохимическими и молекулярно-генетическими методами исследования.

Лечение наследственной тирозинемии I-го типа.

Этиотропная терапия и ферментозаместительная терапия больных тирозинемией I-го типа не разработаны.

До начала 1990-х годов единственными доступными стратегиями для лечения симптомов наследственной тирозинемии 1-го типа были ограниченные белком диеты (обычно с низким содержанием фенилаланина, метионина и тирозина) и трансплантация печени. В 1992 году было введено альтернативное лечение – введение 2-(2-нитро-4-4-трифлюорометилбензоила)-1,3-циклогексан-диона, также известного как нитизинон (NTBC), ингибирующего фермент 4-гидрооксифенилпируватдиоксигеназу, тем самым препятствующего образованию токсичных метаболитов сукцинилацетоацетата и фумарилацетоацетата [2]. Применение его в дозе 0,3–0,6 мг/кг в сутки дало положительный эффект [26].

В настоящее время лечение больных тирозинемией I-го типа проводится по четырём направлениям:

- 1) применение нитизинона (орфадина);
- 2) диетическое лечение;

3) трансплантация печени;

4) симптоматическое лечение [19].

Нитизинон используется в качестве патогенетической терапии, блокируя распад тирозина, образование и накопление гепато- и нефротоксичных метаболитов. С 2009 г. нитизинон под торговым названием Орфадин зарегистрирован для применения на территории Российской Федерации (регистрационный номер ЛСР-007750/09). При раннем начале лечения нитизинон может предотвратить печёночную недостаточность, формирование поражения почек и неврологические приступы, а также снизить риск развития гепатоцеллюлярной карциномы. Показано, что нитизинон безопасен, хорошо переносится и его с помощью достигается долгосрочная эффективность лечения [26-28].

Однако вызванные применением нитизинона высокие уровни тирозина могут привести к офтальмологическим и кожным проблемам, что требует пожизненного диетического ограничения тирозина (менее 500 мкмоль/л) и его предшественника фенилаланина [29]. Кроме того, появились предположения, что с момента введения нитизинона развиваются нейрокогнитивные нарушения, патофизиологические механизмы которых ещё не до конца изучены [30].

Сообщалось, что раннее начало лечения нитизиноном препятствовало развитию жизнеугрожающих печеночных осложнений. В то время как лечение, начатое в позднем возрасте, часто сопровождалось случаями трансплантации печени и летальными исходами [31].

Наиболее эффективным способом раннего начала лечения нитизиноном является неонатальный скрининг, а именно определение сукцинилацетона в крови. Тирозин не является ни специфичным, ни чувствительным параметром. Если начать терапию нитизиноном в период новорожденности, то можно предотвратить такие осложнения, как гепатоцеллюлярная карцинома, дисфункция печени и почек, рахит, неврологические кризы. Персонализированный подход в лечении может быть достигнут путем использования метаболического мониторинга уровней тирозина, фенилаланина и нитизинона в крови [32].

Диетотерапия показана в тех случаях, когда нитизинон недоступен, отмечается резистентность к препарату, если отсутствует эффект от трансплантации печени, если пациент ожидает трансплантации печени. Диетическое лечение предусматривает строгое ограничение поступления с пищей белка (ограничение белка до 0,5–1 г на 1 кг массы, в среднем до 0,8 г/кг), метионина, фенилаланина и тирозина до минимальной суточной потребности. С целью белковой диетической коррекции и устранения дефицита других аминокислот в рационе дополнительно назначаются специальные гидролизаты белка или смеси L-аминокислот. В диету вводят фрукты (кроме бананов), овощи с низким содержанием белка, пшеничную, кукурузную или рисовую муку, черносмородиновое пюре, сахар, молоко, специальный безбелковый хлеб и другие безбелковые изделия. В целом, около 20% кало-

рийности рациона обеспечивается малокалорийным белком, 25% – жирами, 55% – углеводами. Дополнительно назначают витамин D (10 000–20 000 МЕ), витамины группы B, минеральные смеси. Диета должна обеспечивать содержание фенилаланина в крови на уровне 30–70 мкмоль/л и тирозина на уровне 200–400 мкмоль/л (норма 30–120 мкмоль/л), чтобы минимизировать образование токсичных продуктов [19].

После подключения диетического лечения обычно уже через 5–7 дней наблюдается улучшение клинического состояния ребёнка. Строгая диета способна предотвратить или восстановить нарушенные почечные функции, улучшить показатели роста, однако изолированная диетотерапия не может предотвратить прогрессирование поражения печени, формирование цирроза и печёночной недостаточности, а также развитие гепатоцеллюлярной карциномы [33].

Трансплантация печени является функциональным метаболическим способом лечения, обеспечивающим длительную выживаемость 85% больных. До внедрения нитизинона трансплантация печени была методом выбора в лечении, и обсуждалось только время её проведения. Данный метод может использоваться в тех ситуациях, когда больные резистентны к Орфадину или имеет место гепатоцеллюлярная карцинома. В состоянии острой печёночной недостаточности трансплантацию печени проводят при условии, если профиль коагуляции не улучшается через 1 неделю после начала терапии [15, 34–35].

Для симптоматического лечения в начальных стадиях заболевания применяются жирорастворимые витамины, для коррекции рахитоподобных изменений одновременно используются витамин D и его активные метаболиты, препараты фосфора, кальция, минеральные вещества. Для улучшения функции печени применяются гепатопротекторы [19].

Прогноз и осложнения

Прогноз течения тирозинемии I-го типа определяется клиническим фенотипом болезни, сроками манифестации заболевания и сроками начала патогенетической терапии. В прежние годы, до внедрения в практику Орфадина, даже на фоне применения специальной диеты выживаемость больных в течение первого года жизни составляла менее 40%, если клинические признаки болезни развивались в первые 2 месяца жизни, 77% – при манифестации в сроки от 2 до 6 месяцев и 96% – при появлении симптомов после

6-месячного возраста. Смерть наступала, как правило, от печёночной недостаточности [18].

Гепатоцеллюлярная карцинома остаётся одним из основных осложнений при тирозинемии I-го типа. Высокий риск развития ГЦК наблюдается при поздней диагностике НТИ (старше 1 месяца) и соответственно при поздно начатом лечении. Диагноз ГЦК устанавливается при наличии чётких узловых образований размером более 1 см, а также постоянно повышенного уровня АФП. Методом выбора в лечении гепатоцеллюлярной карциномы является трансплантация печени, которую целесообразно планировать в возрасте 3-4 года при наличии узловых образований [11, 36].

При наследственной тирозинемии I-го типа могут развиваться неврологические кризы, причём как у пациентов, не получавших лечение совсем, так и после прекращения терапии. Риск непреднамеренного прекращения приёма нитизинона, а также важность этого средства при лечении тирозинемии I-го типа были описаны на примере трёх детей (2,5 года, 3 года, 3,5 года), поступивших в декабре 2015 года в отделение неотложной помощи больницы Немази (Шираз, Иран), у которых после прекращения приёма нитизинона развился диафрагмальный паралич и респираторный дистресс-синдром. После возобновления приёма нитизинона состояние двух пациентов улучшилось, заметное клиническое улучшение наступило примерно через 2 месяца в то же время, один пациент скончался из-за дыхательной недостаточности. Очевидно, что прекращение приёма нитизинона может вызвать диафрагмальный паралич и дыхательную недостаточность, поэтому приём нитизинона должен осуществлять пожизненно и не прерываться [37].

До настоящего времени отсутствуют результаты длительного катамнеза заболевания, проанализированные на достаточной выборке пациентов, поэтому окончательный прогноз полностью не ясен [38, 39].

Таким образом, наследственная тирозинемия I-го типа относится к числу заболеваний нарушенного обмена аминокислот с вполне определёнными биохимическими, клиническими и лабораторными признаками, которое в настоящее время может быть подтверждено обнаружением определённых мутаций в гене FAN. Достигнутые за последние десятилетия успехи в лечении этого заболевания позволяют рассчитывать на неуклонное увеличение продолжительности и повышение качества жизни пациентов.

Список литературы:

- Mitchell G, Grompe M, Tanguay M. Hypertyrosinemia. In: Scriver C.R., Beaudet A.R., Sly W. (eds.) The metabolic and molecular bases of inherited disease. New-York: McGraw-Hill. 2001;1777–1805.
- Couce ML, Sánchez-Pintos P, Aldámiz-Echevarría L, Vitoria I, Navas V, Martín-Hernández E, García-Volpe C, Pintos G, Peña-Quintana L, Hernández T, Gil D, Sánchez-Valverde F, Bueno M, Roca I, López-Ruzafa E, Díaz-Fernández C. Evolution of tyrosinemia type 1 disease in patients treated with nitisinone in Spain Medicine (Baltimore). 2019;98(39):e17303. DOI: 10.1097/MD.00000000000017303.
- De Braekeleer M, Larochelle J. Genetic epidemiology of hereditary tyrosinemia in Quebec and in Saguenay-Lac-St-Jean Am J Hum Genet. 1990;47(2):302–307.
- Kvittingen EA, Jellum E, Stokke O. Assay of fumarylacetoacetate fumarylhydrolase in human liver-deficient activity in a case of hereditary tyrosinemia. Clin Chim Acta. 1981;115(3):311–319. DOI:10.1016/0009-8981(81)90244-8.
- St-Louis M, Tanguay RM. Mutations in the fumarylacetoacetate hydrolase gene causing hereditary tyrosinemia type I: overview. Hum Mutat. 1997;9(4):291–299. DOI:10.1002/(SI CI)1098-

- 1004(1997)9:43.0.CO;2-9.
6. Bateman RL, Ashworth J, Witte JF, Baker LJ, Bhanumoorthy P, Timm DE, et al. Slow-onset inhibition of fumarylacetoacetate hydrolase by phosphinate mimics of the tetrahedral intermediate: kinetics, crystal structure and pharmacokinetics. *Biochem J.* 2007;402(2):251–260. DOI:10.1042/BJ20060961.
 7. St-Louis M, Leclerc B, Laine J, Salo MK, Holmberg C, Tanguay RM. Identification of a stop mutation in five Finnish patients suffering from hereditary tyrosinemia type I. *Hum Mol Genet.* 1994;3(1):69–72. DOI: 10.1093/hmg/3.1.69.
 8. Hutchesson AC, Bunday S, Preece MA, Hall SK, Green A. A comparison of disease and gene frequencies of inborn errors of metabolism among different ethnic groups in the West Midlands, UK. *J Med Genet.* 1998;35(5):366–370. DOI:10.1136/jmg.35.5.366.
 9. Angileri F, Bergeron A, Morrow G, Lettre F, Gray G, Hutchin T. et al. Geographical and Ethnic Distribution of Mutations of the Fumarylacetoacetate Hydrolase Gene in Hereditary Tyrosinemia Type I. *JIMD Rep.* 2015;19:43–58. DOI:10.1007/8904_2014_363.
 10. Arranz JA, Pinol F, Kozak L, Pérez-Cerdá C, Cormand B, Ugarte M, Riudor E. Splicing mutations, mainly IVS6-1(G>T), account for 70% of fumarylacetoacetate hydrolase (FAH) gene alterations, including 7 novel mutations, in a survey of 29 tyrosinemia type I patients. *Hum. Mutat.* 2002;20:180–188. DOI: 10.1002/humu.10084.
 11. Полякова СИ. Эффективность терапии нитизиноном наследственной тирозинемии I типа. *Российский педиатрический журнал.* 2012;6:59–65. DOI: 616.153.587.42-055.5/.7-085. *Poliakova SI. Effektivnost terapii nitizinonom nasledstvennoi tirozinemii I tipa. Rossiiskii pediatricheskii žurnal.* 2012;6:59–65. DOI: 616.153.587.42-055.5/.7-085. (In Russian)
 12. Scott C.R. The genetic tyrosinemias. *Am. J. Med. Genet. Part C. Semin. Med. Genet.* 2006;142(2):121–126. DOI:10.1002/ajmg.c.30092.
 13. Клинические рекомендации. Наследственная тирозинемия I типа у детей. МКБ 10: E70.2 Год утверждения (частота пересмотра): 2016. *Klinicheskie rekomendatsii. Nasledstvennaia tirozinemii I tipa u detei. MKB 10: E70.2 God ūtverjdeniia (chastota peresmotra): 2016. (In Russian)*
 14. Боярская ЛН, Дмитриева ГН, Денисенко ИГ. Орфанные болезни: семейный случай тирозинемии 1-го типа. *Перинатология и педиатрия.* 2014;4:77–81. DOI:10.15574/PP.2014.60.77. *Boiarskaia LN, Dmitriakova GN, Denisenko IG. Orfannye bolezni: semeinyi slŭchai tirozinemii 1-go tipa. Perinatologia i pediatria.* 2014;4:77–81. DOI:10.15574/PP.2014.60.77. (In Russian)
 15. Sokal EM, Bustos R, Van Hoof F, Otte J.B. Liver transplantation for hereditary tyrosinemia: early transplantation following the patient's stabilization. *Transplantation.* 1992;54:937–939. DOI: 10.1097/00007890-199211000-00035.
 16. Halvorsen S, Kvittingen EA, Flatmark A. Outcome of therapy of hereditary tyrosinemia. *Acta Paediat Jpn.* 1988;30:425–428. DOI:10.1111/j.1442-200x.1988.tb02532.x.
 17. Larochelle A, Mortezaei A, Belanger M, Tremblay M, Claveau JC, Aubin G. Experience with 37 infants with tyrosinemia. *Canad Med Ass J.* 1967;97:1051–1054.
 18. van Spronsen FJ, Thomasse Y, Smit GP, Leonard JV, Clayton PT, Fidler V, Berger R, Heymans HS. Hereditary tyrosinemia type I: a new clinical classification with difference in prognosis on dietary treatment. *Hepatology.* 1994;20:1187–1191.
 19. Новиков ПВ. Тирозинемия I типа: клиника, диагностика и лечение. *Российский вестник перинатологии и педиатрии. Приложение,* 2012;S3:1–27. *Novikov PV. Tirozinemii I tipa: klinika, diagnostika i lechenie. Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii. Prilozhenie,* 2012;S3:1–27. (In Russian)
 20. Сорокина ТВ, Серебренникова ТЕ, Фоминых ГВ, Байдакова ГВ, Покровская АЯ, Захарова ЕЮ, Кочкина НА. Случай острой формы тирозинемии I типа у новорождённого ребенка. *Педиатрия.* 2008;4:148–150. *Sorokina TV, Serebrennikova TE, Fominyh GV, Baidakova GV, Pokrovskaja Ala, Zaharova Eŭ, Kochkina NA. Slŭchai ostroi formy tirozinemii I tipa ū novorojden'nogo rebenka. Pediatria.* 2008;4:148–150. (In Russian)
 21. Bliksrud YT, Brodtkorb E, Andresen PA, van den Berg IET, Kvittingen EA. Tyrosinaemia type I-de novo mutation in liver tissue suppressing an inborn slobbering defect. *J. Molec. Med.* 2005;83:406–410. DOI: 10.1007/s00109-005-0648-2.
 22. Намазова-Баранова ЛС, Вольнец ГВ, Никитин АВ, Скворцова ТА, Карулина АС, Смирнов ИЕ, Бушуева ТВ, Конова СР, Ильин АГ, Курбатова ОВ, Потапов АС, Геворкян АК. Пошаговая диагностика наследственной тирозинемии 1-го типа у детей. *Российский педиатрический журнал.* 2016;19(3):132–137. DOI:10.18821/1560-9561-2016-19(3)-132-137. *Namazova-Baranova LS, Volynets GV, Nikitin AV, Skvortsova TA, Karulina AS, Smirnov IE, Byshyeva TV, Konova SR, Ilin AG, Kyrbatova OV, Potapov AS, Gevorkian AK. Poshagovaya diagnostika nasledstvennoi tirozinemii 1-go tipa ū detei. Rossiiskii pediatricheskii žurnal.* 2016;19(3):132–137. DOI:10.18821/1560-9561-2016-19(3)-132-137. (In Russian)
 23. Sovik O, Kvittingen E-A, Steen-Johnsen J, Halvorsen S. Hereditary tyrosinemia of chronic course without rickets and renal tubular dysfunction. *Acta Paediat Scand.* 1990;79:1063–1068. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1990.tb11384.x.
 24. Gibbs TC, Payan J, Brett EM, Lindstedt S, Holme E, Clayton PT. Peripheral neuropathy as a presenting feature of tyrosinemia type I and effectively treated with an inhibitor of 4-hydroxyphenylpyruvate dioxygenase. *J Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 1993;56:1129–1132. DOI: 10.1136/jnnp.56.10.1129.
 25. Dehghani SM, Haghghat M, Imanieh MH, Karamnejad H, Malekpour A. Clinical and para clinical findings in the children with tyrosinemia referring for liver transplantation *Int J Prev Med.* 2013;4(12):1380–1385.
 26. Linstedt S, Holme E, Lock E, Hjalmarson O, Strandvik B. Treatment of hereditary tyrosinemia type I by inhibition of 4-hydroxyphenylpyruvate dioxygenase. *Lancet.* 1992;340:813–817. DOI: 10.1016/0140-6736(92)92685-9.
 27. El-Karakasy H, Rashed M, El-Sayed R, El-Raziky M, El-Koofy N, El-Hawary M, Al-Dirbashi O. Clinical practice. NTBC therapy for tyrosinemia type 1: how much is enough? *Eur J Pediat.* 2010;169:6:689–693. DOI:10.1007/s00431-009-1090-1.
 28. Daly A. Tyrosinemia type I: a case study. Improved natural protein tolerance following the use of NTBC. *International Metabolic Dietitians' Group'SSIEM.* 1997;38.
 29. Wendy J Introne. Nitisinone: two decades treating hereditary tyrosinaemia type 1. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021 Jul;9(7):409–411. DOI:10.1016/S2213-8587(21)00121-2.
 30. van Ginkel WG, Rodenburg IL, Harding CO, Hollak CEM, Heiner-Fokkema MR, van Spronsen FJ. Long-term outcomes and practical considerations in the pharmacological management of tyrosinemia type 1. *Paediatr Drugs.* 2019;21(6):413–426. DOI:10.1007/s40272-019-00364-4.
 31. Spiekerkoetter U, Couce ML, Das AM, Corinne de Laet, Dionisi-Vici C, Lund AM, Schiff M, Spada M, Sparve E, Szamosi J, Vara R, Rudebeck M. Long-term safety and outcomes in hereditary tyrosinaemia type 1 with nitisinone treatment: a 15-year non-interventional, multicentre study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021;9(7):427–435. DOI:10.1016/S2213-8587(21)00092-9.
 32. Anibh Martin Das. Clinical utility of nitisinone for the treatment of hereditary tyrosinemia type-1 (HT-1). *Appl Clin Genet.* 2017;10:43–48. DOI: 10.2147/TACG.S113310.
 33. Kvittingen EA, Rootwelt H, van Dam H, van Faassen H, Berger R. Hereditary tyrosinemia type I: lack of correlation between clinical findings and amount of immunoreactive fumarylacetoacetate protein. *Pediatr Res.* 1992;31:43–46. DOI: 10.1203/00006450-199201000-00008.
 34. Arnon R, Annunziato R, Miloh T, Wasserstein M, Sogawa H, Wilson M, Suchy F, Kerker N. Liver transplantation for hereditary tyrosinemia type I: analysis of the UNOS database. *Pediatr Transplant.* 2011;15:4:400–405. DOI: 10.1111/j.1399-3046.2011.01497.x.
 35. Mohan N, McKiernan P, Preece MA, Green A, Buckels J, Mayer AD, Kelly DA. Indication and outcome of liver transplantation in tyrosinemia type I. *Eur J Pediat.* 1999;158:Suppl.2:S49–54. DOI:10.1007/pl00014321.
 36. Строкова ТВ. Наследственные метаболические болезни печени. Эффективная фармакотерапия. 2012;17:60–65. *Strokova TV. Nasledstvennye metabolicheskie bolezni pecheni. Effektivnaia farmakoterapiya.* 2012;17:60–65. (In Russian)

37. Honar N, Shakibazad N, Serati Shirazi Z, Dehghani SM, Inaloo S. Neurological crises after discontinuation of Nitisinone (NTBC) treatment in tyrosinemia Iran J Child Neurol. 2017;11(4):66–70.
38. Nobili V, Jenkner A, Francalanci P, Castellano A, Holme E, Callea F, Dionisi-Vici C. Tyrosinemia type 1: metastatic hepatoblastoma with a favorable outcome. Pediatrics. 2010;126(1):235–238. DOI: 10.1542/peds.2009-1639.
39. Baumann U, Duhme V, Knerr I, Pronicka E, Auth MK, Voit PT. Lectin – reactive alpha – fetoprotein in tyrosinaemia type I. Klin Padiatr. May-Jun. 2005;217(3):142–146. DOI: 10.1055/s-2005-836508.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДОВ РОДОВ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Л.М.БЕГИМБЕКОВА, Э.Н.АЛИЕВА, А.М.ОСПАНОВА

Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Ясави, Шымкент, Казахстан

Бегимбекова Л.М. – <https://orcid.org/0000-0001-8666-8711>Алиева Э.Н. – <https://orcid.org/0000-0003-3877-2412>Оспанова А.М. – <https://orcid.org/0000-0003-1341-2103>

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Begimbekova LM, Aliyeva EN, Ospanova AM. Features of pregnancy and birth outcomes in women of different age groups. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):73-79

Бегимбекова ЛМ, Алиева ЭН, Оспанова АМ. Әр түрлі жас топтарындағы әйелдерде жүктілік пен босану нәтижелері ағымының ерекшеліктері. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):73-79

Бегимбекова ЛМ., Алиева ЭН., Оспанова АМ. Особенности течения беременности и исходов родов у женщин разных возрастных групп. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):73-79

Features of pregnancy and birth outcomes in women of different age groups

L.M. Begimbekova, E.N. Aliyeva, A.M. Ospanova

Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

This article presents the features of pregnancy in adolescence and late reproductive age associated with a high risk of adverse outcomes both during pregnancy and childbirth, and in the later period.

The purpose of our study was to identify the features of the course of pregnancy and childbirth, the postpartum period in young women and mothers of late reproductive age.

Methods: The history of pregnancy, childbirth and individual records of newborns (n = 330) were retrospectively analyzed, of which group I (n = 150) young pregnant women aged 13-18 years, group II (n = 80) pregnant women favorable reproductive age (20-25 years) and group III (n = 100) women of late reproductive period (40 years and older).**Results:** the majority of young prim parous women have an earlier onset of sexual activity (15.7 years) compared to women of late reproductive age (p = 0.001). By the time of pregnancy, young prim parous are somatically healthier. However, the presence of sexually transmitted infections is more common in the group of girls aged 13-18 years than in the group of women of late reproductive age ($\chi^2 = 4400$, p-III = 0.036). In the group of women of late reproductive age, diseases of the cardiovascular system prevail, mainly arterial hypertension, obesity, diseases of the liver and biliary system.**Keywords:** teenage pregnancy, young mothers, childbirth of teenage girls

Әр түрлі жас топтарындағы әйелдерде жүктілік пен босану нәтижелері ағымының ерекшеліктері

Л.М. Бегимбекова, Э.Н. Алиева, А.М. Оспанова

Қ.А. Яссауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Шымкент, Қазақстан

Бұл мақалада жүктілік пен босану кезінде де, кейінгі кезеңде де жағымсыз салдарлардың жоғары қаупімен байланысты жасөспірімдік және кеш репродуктивті жастағы жүктіліктің ерекшеліктері берілген.

Зерттеу жұмысымыздың мақсаты жас әйелдер мен кеш репродуктивті жастағы аналардың жүктілік және босану ағымының ерекшеліктерін, босанғаннан кейінгі кезеңді анықтау болды.**Материалдар мен әдістер.** Жүктілік, босану тарихы және жаңа туған нәрестелердің жеке жазбалары (n = 330) ретроспективті түрде талданды, оның ішінде I топ (n = 150) 13-18 жас аралығындағы жас жүкті әйелдер, II топ (n = 80) жүкті әйелдер қолайлы репродуктивті жас (20-25 жас) және III топтағы (n = 100) репродуктивті кезеңдегі кеш әйелдер (40 жас және одан жоғары).**Нәтижелер.** Жас примипар әйелдердің көпшілігінде жыныстық белсенділіктің ертерек басталуы (15,7 жас) кеш репродуктивті жастағы әйелдермен салыстырғанда (p = 0,001). Жүктілік кезінде жас примипаралар соматикалық тұрғыдан сау болады. Алайда жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың болуы кеш репродуктивті жастағы әйелдер тобына қарағанда 13-18 жасАлиева Э.Н.
e-mail: aliyeva8519@mail.ruReceived/
Келін түсті/
Поступила:
30.03.2022Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
30.05.2022ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

аралығындағы қыздар тобында жиі кездеседі ($\chi^2 = 4400$, $pI-III = 0,036$). Кеш репродуктивті жастағы әйелдер тобында жүрек-қан тамыр жүйесі аурулары басым, негізінен артериялық гипертензия, семіздік, бауыр мен өт шығару жүйесі аурулары.

Қорытынды: Осылайша, жасөспірім қыздарда, сондай-ақ жасына байланысты примипар әйелдерде жүктілік күрделі медициналық-әлеуметтік проблема болып табылады. Бұл топтағы жүкті әйелдердің түсік тастау қаупі жоғары және жүктілік пен босануды басқаруға жеке көзқарасты қажет етеді.

Негізгі сөздер: жасөспірімдік жүктілік, жас аналар, жасөспірім қыздардың босануы

Особенности течения беременности и исходов родов у женщин разных возрастных групп

Л.М.Бегимбекова, Э.Н.Алиева, А.М.Оспанова

Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Ясави, Шымкент, Казахстан

В данной статье представлены особенности беременности в подростковом и в позднем репродуктивном возрасте, связанные с высоким риском неблагоприятных исходов как во время беременности и родов, так и в более позднем периоде. Целью нашего исследования было выявить особенности течения беременности и родов, послеродового периода у юных и матерей позднего репродуктивного возраста.

Материалы и методы. История беременности, родов и индивидуальные карты новорожденных ($n=330$) были ретроспективно проанализированы, из которых I группа ($n=150$) молодые беременные женщины в возрасте 13-18 лет, II группа ($n=80$) беременные женщины благоприятного репродуктивного возраста (20-25 лет) и III группа ($n=100$) женщины позднего репродуктивного периода (40 лет и старше).

Результаты. Большинство молодых первородящих женщин имеют более раннее начало половой жизни (15,7 года) по сравнению с женщинами позднего репродуктивного возраста ($p=0,001$). Ко времени беременности молодые первородящие соматически здоровее. Однако наличие инфекций, передающихся половым путем, чаще встречается в группе девочек в возрасте 13-18 лет, чем в группе женщин позднего репродуктивного возраста ($\chi^2=4400$, $pI-III=0,036$). В группе женщин позднего репродуктивного возраста преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, в основном артериальная гипертензия, ожирение, заболевания печени и желчевыводящей системы.

Вывод. Таким образом, беременность у девочек-подростков, а также у первородящих женщин, связанных с возрастом, является серьезной медицинской и социальной проблемой. Беременные женщины в этих группах подвергаются высокому риску выкидыша и требуют индивидуального подхода к ведению беременности и родов.

Ключевые слова: подростковая беременность, юные матери, роды девочек-подростков

Введение

Подростковая беременность связана с развитием не только медицинских, но и социальных проблем [1]. Большое количество исследований показало, что ранняя беременность связана с развитием хронического психологического стресса. Также важно крайне негативное отношение к молодым беременным женщинам со стороны медицинских работников, родственников и общества в целом [2, 3]. Проблема также усугубляется социальным и семейным неблагополучием. Одной из характерных особенностей подростковой беременности на современном этапе является ее частое развитие на фоне хронических инфекционных заболеваний половых органов, обусловленное увеличением сексуальной активности при модификации сексуального поведения (увеличение числа сексуальных партнеров, нетрадиционные виды сексуальной активности, злоупотребление наркотиками) [2, 4]. Прямым следствием

этого является увеличение числа нежелательных беременностей среди подростков. Согласно литературным данным, среди беременных девушек в возрасте от 15-ти до 19-ти лет наступление беременности было незапланированным в 82% случаев [5-7]. В исследовании, проведенном Коннери и др., было показано, что нежелательная беременность связана с потенциально высоким риском воздействия различных неблагоприятных факторов (включая курение и алкоголь) на здоровье плода, поскольку около 58% незапланированных беременностей подтверждаются только после 5-ти недель беременности. Высокая распространенность подростковой беременности наблюдается не только в России, но и в Западной Европе и Соединенных Штатах Америки. Например, в Соединенных Штатах в 2008 году уровень беременности среди подростков в возрасте от 15-ти до 19-ти лет был 68 на 1000 (в 1998 году этот показатель составлял 117 на 1000). Важно отметить,

что, согласно этим статистическим данным, от 64 до 76% всех случаев приходится на подростков в возрасте от 18-ти до 19-ти лет и лишь менее 40% девушек в возрасте от 15-ти до 18-ти лет [4, 5].

Беременность в подростковом возрасте связана с высоким риском неблагоприятных исходов, как во время беременности и родов, так и в более позднем возрасте. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется около 16-ти миллионов родов у девочек в возрасте от 15-ти до 19-и лет и почти все они происходят в развивающихся странах [3]. Хотя показатели подростковой беременности снижаются во всем мире, существует значительная разница в показателях на региональном и национальном уровнях [6-9]. Ранняя беременность чаще встречается среди наименее обеспеченных и наименее образованных подростков. Для некоторых девушек беременность и рождение ребенка - ожидаемое и желанное событие, но не для всех. Есть несколько факторов, которые вызывают это [10-12].

Часто девушки не беременеют по собственной воле, потому что не знают, как себя защитить или потому что их заставляют вступать в сексуальные отношения. Беременные подростки имеют более ограниченный доступ к безопасному прерыванию беременности и квалифицированной медицинской помощи в дородовой период, во время родов и после рождения ребенка [5, 11]. Считается, что основными причинами этих осложнений являются биологические и социально-экономические факторы. Наиболее распространенными социально-экономическими факторами риска являются низкий уровень образования, недостаточный дородовой уход и низкий социальный статус. Биологическая незрелость также влияет на риск неблагоприятных исходов беременности [13]. Отсутствие должного дородового ухода, недостаточная прибавка в весе и курение во время беременности считаются факторами риска неблагоприятных исходов среди новорожденных, включая низкий вес при рождении, преждевременные роды и младенческую смертность. Некоторые медицинские факторы риска также могут повлиять на здоровье матери и ребенка. Показано, что только 47% подростков получают адекватное медицинское наблюдение в первом триместре беременности, в то время как среди женщин в возрасте 20-ти лет и старше этот показатель составляет около 78%. Только 11,6% подростков получают адекватное наблюдение на более поздних стадиях беременности, а 5% вообще не обращаются в медицинские учреждения в течение всей беременности [14-16].

В последние годы медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья молодежи стали особенно актуальными в связи с проблемой качественного и количественного воспроизводства населения, а также ухудшения здоровья матерей и их детей. ВОЗ утверждает, что оптимальный возраст для рождения ребенка составляет от 20 до 30 лет. Как раннее (до 19 лет), так и позднее (старше 35 лет) рождение детей часто оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье женщин и детей [9]. Поздние роды также являются

медицинской и социальной проблемой. Только у 5% 40-летних женщин беременность протекает успешно. Установлено, что беременность в позднем репродуктивном возрасте может протекать сложнее, чем в возрасте, благоприятном для деторождения. Беременные женщины, связанные с возрастом, подвергаются большому риску осложнений, таких как гипертония, гестационный диабет, выкидыш, плацентарная недостаточность и высокий процент оперативных родов. Число случаев генетической патологии и пороков развития у плода во время беременности после 40 лет значительно выше, чем среди женщин благоприятного репродуктивного возраста [17, 18].

Таким образом, беременность у девочек-подростков, а также у первородящих матерей, связанных с возрастом, является серьезной проблемой. Особый интерес представляет сравнительная оценка течения беременности и родов в этих возрастных группах.

Целью исследования является определение специфики течения беременности, исхода родов и состояния здоровья новорожденных в разных возрастных группах.

Методы исследования

Исследование проводилось на базе городского перинатального центра г. Шымкент. Городской перинатальный центр является крупным медицинским учреждением с ежегодным числом родов более 3500. Для исследования был выбран метод ретроспективного эпидемиологического исследования случай-контроль (анализ архивных материалов за 2015-2019 годы). Статистическая обработка данных проводилась с использованием интегрированной системы комплексного статистического анализа и обработки данных «Statistica 6.1».

Критический уровень значимости для проверки статистических гипотез был принят равным 0,05. Поскольку распределение показателей было непараметрическим, для сравнения групп использовался хи-квадрат Пирсона (χ^2) с поправкой Йейтса. Авторы ретроспективно проанализировали историю беременности, родов и индивидуальные карты новорожденных ($n=220$), из которых основные (I) группа ($n=150$) молодые беременные женщины в возрасте 13-18 лет, группа сравнения (III) ($n=100$) женщины позднего репродуктивного периода (40 лет и старше), группа сравнения (II) ($n=80$) беременные женщины благоприятного репродуктивного возраста (20-25 лет). Критериями включения пациенток были такие показатели, как проживание в городе Шымкент, добровольное информированное согласие, все женщины были первородящими. Были изучены анамнестические данные, оценены уровни физического и полового развития подростков, а также течение беременности, соматическое и гинекологическое здоровье пациенток.

Результаты

В ходе исследования было выявлено, что средний возраст обследованных беременных женщин составил: в I группе: $15,7 \pm 0,63$ года, в группе II: 24,1

$\pm 1,27$ года, в III группе: $43,5 \pm 1,87$ года. По нашим данным, средний возраст наступления менархе достоверно различался в I и III группах исследования и составил $12,4 \pm 1,26$ года для I группы, $14,02 \pm 1,23$ года для III группы ($P_{I-III}=0,001$), и $13,9 \pm 1,52$ года для II группы. Были статистически значимые различия в сексуальном дебюте между группами I и III ($P_{I-III}=0,001$). Средний возраст в начале половой жизни вид деятельности: в группе молодых беременных женщин 13-17 лет (I)= $14,7 \pm 1,2$ года, в группе девушек 20-25 лет (II)= $18,9 \pm 1,1$ года, в группе женщин 40 лет и старше (III)= $18,9 \pm 1,26$ года. Изучение социального статуса показало, что беременные женщины в первой группе были студентами университетов 3,6%, школ 44,2%, колледжей 8,3% и домохозяйками 44,2%. Во II и III группах высшее образование предоставляется девочкам, во II группе - 79,4 процента, в III группе - 67,1 процента женщин. Результаты проведенных исследований показали, что частота встречаемости анатомически узкого таза значительно выше ($\chi^2=12,672$, $p=0,001$) в I группе беременных женщин по сравнению с группой позднего репродуктивного возраста (III) и составляет соответственно: I группа 33,7%, III группа 5%, во II группе этот показатель составил 14%. Беременные I группы женщины имели высокий показатель инфицирования 20% несовершеннолетних беременных женщин имели инфекцию, передающуюся половым путем, что в 4 раза чаще ($\chi^2=4,400$, $p_{I-III}=0,036$), чем в группе женщин позднего репродуктивного возраста (III группа) на 5% и на 12% чаще ($\chi^2=0,184$ $p_{III}=0,598$), чем в группе беременных благоприятного репродуктивного возраста (II группа) на 14%. Особое внимание следует уделить исходному состоянию матери перед родами. Было выявлено, что самый высокий процент экстрагенитальной патологии (ЭГП) наблюдался у женщин III группы 73,3%, у беременных женщин I группы этот показатель составил 52,9%, во II группе 63,3%.

Наиболее распространенная патология во всех трех группах. Были такие заболевания, как анемия: в I группе 68,3 %, в II группы 50%, в III группе-58% ($\chi^2=0,929$ $p_{III} \kappa=0,335$); в I и II групп: заболевания почек 38,3% и 28% случаев, соответственно ($\chi^2=0,541$, $p_{I-II}=0,541$); вегето-сосудистая дистония (ВСД) в 23,3% и 22% случаев, соответственно ($\chi^2=0,002$, $P_{I-II}=0,963$); в III группе заболевания преобладала сердечно-сосудистая система, в основном артериальная гипертензия 44%, ожирение 39%, заболевания печени и желчевыводящей системы 18%. По нашим данным, 18 беременных женщин в возрасте 13-18 лет (15%) были беременны на фоне хронической никотиновой интоксикации. Фактором риска, способствующим развитию осложнений беременности и родов, была поздняя регистрация беременности. Мы обнаружили статистически значимые различия в группах: только треть молодых беременных женщин (I группа) (34,8%) обратились в поликлинику до 12-ти недель, что в 2,4 раза меньше, чем в группе женщин благоприятного репродуктивного возраста (II группа) на

83,52% ($\chi^2=11,916$ $p_{I-II}=0,001$) и в 2 раза меньше, чем в группе женщин позднего репродуктивного возраста (III группа) ($\chi^2=6,764$ $p_{I-III}=0,016$). Большинство пациентов в I группе (50%) были зарегистрированы в период от 13-ти до 28-ми недель, после 28-ми недель 13,2% молодых беременных женщин, 2% молодых первородящих женщин не находились под наблюдением (рисунок 1).

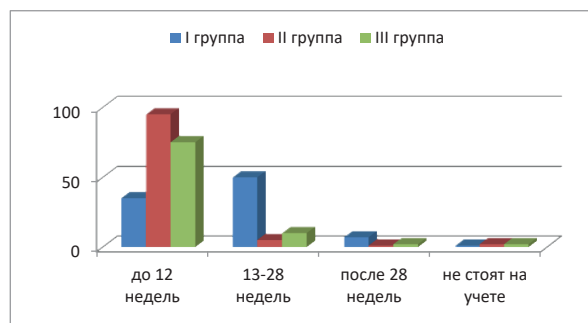


Рисунок 1. Гестационный возраст на момент регистрации.

При поздней явке процент охвата биохимическим скринингом в 8-13 недель и ультразвуковым скринингом для определения врожденных аномалий развития плода и хромосомных аномалий в возрасте 12-13 недель значительно сокращается у юных беременных. Особый интерес представляет характер беременности и ее осложнений [6,7]. Мы обнаружили статистически значимые различия в развитии раннего токсикоза в группе несовершеннолетних беременных женщин по сравнению с группой женщин позднего репродуктивного возраста ($P_{I-III}=0,007$). Частота этой патологии составила 30% в I группе, 12% и 6% среди беременных женщин во II и III группах, соответственно. Прерывания беременности при осложнении преэклампсией тяжелой степени также высок в I группе (24,2% и 20,8% соответственно).

Однако самый высокий процент этих осложнений беременности был выявлен в III группе (беременные, связанные с возрастом): угроза прерывания беременности в I группе отмечалась в 24,2% случаев, во II группе - 20%, в III группе - 48% ($P_{I-III}=0,048$), преэклампсия тяжелой степени в I группе - 20,8%, II группе - 6% и III группе - 30% ($P_{I-II}=0,066$; $p_{II-III}=0,018$), плацентарная недостаточность в 10,8%, 14% и 18% случаев соответственно (таблица 1).

В 6,0 % случаев врожденные пороки развития плода были выявлены в группе позднего репродуктивного возраста (группа III), что на 4% чаще, чем во второй группе (2%). Анализ истории родов показал, что естественные роды наблюдались у 73% юных беременных женщин (группа I), в 54% случаев у беременных женщин благоприятного репродуктивного возраста (группа II) и в 40% беременных женщин III группы. Частота оперативных родов составляет статистически значимо выше в группе женщин позднего репродуктивного периода (III группа) на 60%, что в 2,2 раза чаще, чем в группе матери-подростков (I группа: 27%, II группа: 46%, $P_{I-III}=0,011$).

Таблица 1. Распространенность осложнений во время беременности.

Осложнение беременности	I	II	III	Значимость различий χ^2/p		
	(13-18 лет)	(20-25 лет)	(40 лет и старше)	I - II	I - III	II - III
	N=150(%)	N=80(%)	N=100(%)			
Угроза прерывания беременности	24.2	20	48	0.075,0.785	3.902,0.048	3.557,0.059
Ранний токсикоз	30	12	6	3.224,0.073	6.800,0.009	0.372,0.542
Тяжелая преэклампсия	20.8	6	30	3.387,0.066	0.649,0.421	5.569,0.018
Нарушение маточно-плодово-плацентарного кровообращения	10.3	14	18	0.190,0.663	0.820,0.365	0.038,0.645
Анемия	68.3	50	58	0.929,0.335	0.215,0.643	0.073,0.767
ВПР	2.5	2	6	0.133,0.716	0.394,0.526	0.222,0.638

Обсуждение

Одной из основных причин неблагоприятных перинатальных исходов у детей, рожденных от матерей-подростков, является артериальная гипертензия во время беременности. Частота артериальной гипертензии среди беременных подростков была 18% (36 случаев), что в 3 раза выше (6%), чем среди женщин в возрасте от 20-ти до 30-ти лет [19-24]. Осложнения, которые развиваются у детей с тяжелыми гипертензивными расстройствами, определяются комплексом гипоксических и метаболических нарушений, связанных с незрелостью сердечно - сосудистой системы, которая является основным фактором, приводящим к повреждению центральной нервной системы [7, 25].

Наиболее распространенными патологиями у детей с преэклампсией в антенатальном периоде являются хроническая гипоксия и задержка роста плода, а также их сочетание, в послеродовом периоде недоношенность, синдром дыхательных расстройств, асфиксия и церебральные нарушения [26]. Риск смерти в позднем неонатальном периоде среди детей, рожденных от матерей-подростков, составляет 1,5%, по сравнению с 0,7% среди матерей в возрасте 20 лет и старше.

Высокая частота перинатальных осложнений напрямую не связана с возрастом первородящих, и наиболее важными являются социальные факторы риска, такие как вредные привычки, недостаточная финансовая обеспеченность, незарегистрированный брак, отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез [28].

Согласно крупному проспективному исследованию, проведенному Ченом и др., роды у подростков в возрасте до 18-ти лет были связаны со значительным увеличением частоты гипоксии плода во время родов и, следовательно, более низким показателем по шкале Апгар. Кроме того, было показано, что среди детей, рожденных от матерей-подростков, риск низкого веса при рождении значительно выше [22, 23]. Как и в большинстве других исследований, была обнаружена высокая младенческая смертность, которая в значительной степени связана с высоким уровнем преждевременных родов у подростков [24, 25]. Согласно исследованию, риск материнской смертности был выше среди пациенток в возрасте до 16-ти лет и коррелировал с

социально-демографическими факторами, такими как бедность, низкий уровень образования, недостаточный дородовой уход и социальный статус [28]. Одним из ограничений многих исследований матерей-подростков является отсутствие информации о том, желательна ли беременность, хотя это может повлиять на поведение женщины во время беременности и ее отношение к дородовому уходу [29]. Кроме того, распространенность нарушений питания, злоупотребления алкоголем и наркотиками выше среди подростков, что может негативно сказаться на незапланированной беременности. Дети, рожденные от матерей-подростков, подвергаются более высокому риску жестокого обращения со стороны матери и более высокому уровню хронических заболеваний, более высокому уровню несчастных случаев и травм, а также поведенческих и эмоциональных расстройств. Важно отметить, что более высокая распространенность поведенческих проблем у детей, рожденных от матерей-подростков, в основном обусловлена не молодым возрастом матери, а ее психологическим состоянием при воспитании ребенка [30]. Литературные данные свидетельствуют о том, что социальные и психологические трудности, связанные с ранним рождением первого ребенка, носят долгосрочный характер [31].

Однако нет никаких доказательств того, что предоставление социальной поддержки беременным подросткам, например, с дополнительными посещениями на дому, снижает заболеваемость среди младенцев. Исследования показали, что дети, рожденные от матерей-подростков, подвержены риску развития когнитивных и социальных расстройств. Неблагоприятные социальные условия, включая отсутствие взаимодействия с родителями, жестокое обращение с детьми, психологическое насилие в семье, словесные оскорбления и угрозы физического насилия в этот критический период развития, могут оказать глубокое влияние на формирование нейронных связей и нейромедиаторных сетей, которые потенциально приводят к нарушению развития мозга у детей от матерей-подростков [31].

Частота подростковой беременности в динамике имеет тенденцию к снижению, число молодых матерей только каждая 6-ая получила прегравидарную подготовку, и естественные роды наблюдались у 73%

юных беременных женщин (группа I), в 54% случаев у беременных женщин благоприятного репродуктивного возраста (группа II) и в 40% беременных женщин III группы. Из тех, кто рожал в подростковом возрасте, только треть были студентами, две трети имели среднее школьное образование, и из этого числа учащихся только 3,6%, школ-44,2%, колледжей-8,3% и домохозяйками-44,2%. Профилактическая работа по предотвращению незапланированных и подростковых беременностей может быть эффективной, если усилить работу в школах.

Девочки, которые становятся матерями в раннем возрасте и имеют низкий уровень образования, подвергаются высокому риску повторной беременности с короткими интервалами между каждым ребенком. Уровень образования девочек-подростков в значительной степени коррелирует с их репродуктивным поведением и уровнем осведомленности о здоровье [14, 15]. Возникновение повторной беременности в возрасте до 19-ти лет в 18,5% указывает на неэффективность принятых мер по контрацепции и планированию семьи, во всех 37-ми случаях повторных беременностей рекомендуемый 2-х летний интервал между родами не был соблюден в 100%. Роды в подростковом возрасте связаны с высокой частотой патологических родов (только 3 из 10 физиологических родов), высокой частотой инструментальных вмешательств, высокой частотой материнских и перинатальных травм и госпитализацией новорожденных в отделения интенсивной терапии. В ходе исследования мы не обнаружили существенных различий в заболеваемости новорожденных в исследуемых группах. В результате анализа фетальных факторов были получены следующие данные: рождение детей в состоянии асфиксии зарегистрировано у 24,2% пациенток I группы, у 28% пациенток II группы

($\chi^2=0,047$ p I-II=0,829) и у 38% пациенток III группы ($\chi^2=1,351$ p I-III=0,245). Гипоксическое повреждение плода, центральная нервная система была диагностирована у 1,7% новорожденных I группы, у 2% новорожденных II группы и у 5% детей III группы новорожденные. Внутриутробная инфекция произошла у 3,3% новорожденных от матерей в возрасте 13-17 лет и у 4% новорожденных от матерей в возрасте 40 лет и старше, а также у новорожденных от матерей в возрасте 13-17 лет была более низкая масса тела и меньший рост. Средний вес детей, рожденных беременными женщинами в возрасте 13-17 лет, составил 3048 ($\pm 611,7$) г, средний рост детей составил 50 ($\pm 3,54$) см, во II и III группах соответственно 3488 ($\pm 469,3$) г, 53,7 ($\pm 2,23$) см и 3447 (± 493) г, 52,37 ($\pm 2,73$) см.

Выводы. Таким образом, большинство молодых первородящих женщин имеют более раннее начало половой жизни (15,7 года) по сравнению с женщинами позднего репродуктивного возраста (p=0,001). Ко времени беременности молодые первородящие соматически здоровее. Однако наличие инфекций, передающихся половым путем, чаще встречается в группе девочек в возрасте 13-18 лет, чем в группе женщин позднего репродуктивного возраста ($\chi^2=4400$, pI-III=0,036). В группе женщин позднего репродуктивного возраста преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, в основном артериальная гипертензия, ожирение, заболевания печени и желчевыводящей системы. Также возраст беременных менее 18-ти лет следует рассматривать как фактор перинатального риска. Оптимизация тактики ведения беременности у юных первородящих должна основываться на более раннем консультативном наблюдении и плановой госпитализации для целенаправленной терапии осложнений, а также тщательной переоценки риска интранатально.

Список литературы:

1. Баринов СВ, Шамина ИВ, Тирская ЮИ, и др. Течение беременности и родов в возрастном аспекте. Фундаментальная клиническая медицина. 2016;1(2):18–24.
Barinov SV, Shamina IV, Tirskaya IY, i dr. Techenie beremennosti i rodov v vozzrastnom aspekte. Fyundamentalnaia klinicheskaja meditsina. 2016;1(2):18–24. (In Russian)
2. Мук ЭЮ, Чижова ЖГ, и др. Состояние здоровья шестнадцатилетних девочек. Смоленский мед. Альманах. 2017;4:82–85.
Múk Elý, Chijova JG, i dr. Sostoianie zdorovia shestnadsatiletnih devochek. Smolenskii med. Almanah. 2017;4:82–85. (In Russian)
3. Радзинский ВЕ, Хамошина МБ, Чакчурина ИА, Оразмурадова АА. Акушерские и перинатальные осложнения у юных первородящих. Доктор Ру. 2019;7(162):6–11.
RADZINSKII VE, HAMOSHINA MB, CHAKCHURINA IA, ORAZMYRADOVA AA. Akýsherskie i perinatalnye oslojnenia ú yúnyh pervorodia‎ih. Doktor Rú. 2019;7(162):6–11. (In Russian)
4. Степашов НС, Бердникова ТВ. Брак матери и матери. В кн.: Семья в современном мире. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск, 2017.
Stepashov NS, Berdnikova TV. Brak materi i materi. V kn.: Semia v sovremennom mire. Materialy Vserossiskoi naýchno-prakticheskoi konferentsii s meýdýnarodnym ýchastiem. Kýrsk, 2017. (In Russian)
5. Черных АВ, Белов ЕВ, Шевцов АН. Антропометрические показатели поперечно-сокращенного газа у первородящих юниоров. Новая наука: от идей к результатам. 2016;1-2:5–7.
Chernyh AV, Belov EV, Shevtsov AN. Antropometricheskie pokazateli poperechno-sokra‎ennogo gaza ú pervorodia‎ih ýúniorov. Novaia náýka: ot idei k rezýltatam. 2016;1-2:5–7. (In Russian)
6. Шевлюкова ТП, Чабанова НБ, Галиева ГД, и др. Особенности гестационного периода в подростковом возрасте. Актуальные научные исследования в современном мире. 2017;6–2(26):110–113.
Shevlúkova TP, Chabanova NB, Galieva GD, i dr. Osobennosti gestacionnogo perioda v podrostkovom vozzraste. Aktuálnye nauchnye issledovania v sovremennom mire. 2017;6–2(26):110–113. (In Russian)
7. Ayazbekov A, Nurkhasimova R, Kulbayeva S, et al. Features of pregnancy, childbirth and postpartum period of young mothers. Electron J Gen Med. 2020;17(6):1–8.
8. Begimbekova L, Aliyeva E, Zhapar M, et al. Features of the course of pregnancy and the outcomes of childbirth in women of different ages. Curr Pediatr Res. 2021;25(7):678–683.
9. Schutte L. The implementation of a school-based sex-education program in the Netherlands. Health Education Research. 2014;29(4):583–597.
10. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. J Adolesc Health. 2016;59:11–28.

11. Sandoy IF, Mudenda M, Zulu J, et al. Effectiveness of a girls' empowerment programme on early childbearing, marriage and school dropout among adolescent girls in rural Zambia: Study protocol for a cluster randomized trial. *Health Educ Behav.* 2016;17:588.
11. Sarnquist C, Sinclair J, Omondi Mboya B, et al. Evidence that Classroom-Based Behavioral Interventions Reduce Pregnancy-Related School Dropout Among Nairobi Adolescents. *Health Educ Behav.* 2017;44(2):297–303. DOI: 10.1177/1090198116657777.
12. Luttges DC, Leyton MC, Leal FI, et al. Implications of Chilean legal framework in teen pregnancy prevention: Conflict and insecurity in health professionals. *Rev Med Chil.* 2016;144(10):1260–1265. DOI: 10.4067/S0034-98872016001000004
13. Laryusheva TM, Istomina IG, Baranov AN. Comparative characteristics course of pregnancy and delivery outcomes of young and elderly mothers. *Sys Rev Pharm.* 2016;65(1):34–42.
14. Zagdaj SP, Ermasheva MA. Features of pregnancy, childbirth and postpartum period of young mothers. *Electron J Gen Med.* 2017;1:138–142.
15. Socolov DG, Lorga M, Carauleanu A, et al. Pregnancy during adolescence and associated risks: an 8-year hospitalbased cohort study (2007–2014) in Romania, the country with the highest rate of teenage pregnancy in Europe. *Biomed Res Int.* 2017;2017:9205016. DOI: 10.1155/2017/9205016
16. Medhi R, Das B, Das A, et al. Adverse obstetrical and perinatal outcome in adolescent mothers associated with first birth: A hospital-based case-control study in a tertiary care hospital in North-East India. *Adolesc Health Med Ther.* 2016;7:37–42. DOI: 10.2147/AHMT.S9185
17. Yu Sh, Mason J, Crum J, et al. Differential effects of young maternal age on child growth. *Glob Health Action.* 2016;9(1):31171. DOI: 10.3402/gha.v9.31171
18. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *Adolesc Health.* 2016;59(4S):S11–28. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2016.05.022
19. Lee SH, Lee SM, Lim NG, et al. Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization, and maternal complications between teenagers and adult women in Korea: A nationwide epidemiological study. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(34):e4630. DOI: 10.1097/MD.0000000000004630
20. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, et al. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: Levels and recent trends. *J Adolesc Health.* 2015;56:223–230. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.007
21. Short MB, Catalozzi M, Breitkopf CR et al. Adolescent intimate heterosexual relationships: Measurement issues *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013;26:3–6. DOI: 10.1016/j.jpjag.2011.09.010
22. Sober S, Shea JA, Shaber AG, et al. Postpartum adolescents' contraceptive counselling preferences. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2017;22(2):83–87. DOI: 10.1080/13625187.2016.1269161
23. Sznajder KK, Tomaszewski KS, Burke AE, et al. Incidence of discontinuation of long-acting reversible contraception among adolescent and young adult women served by an urban primary care clinic. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017;30:53–57. DOI: 10.1016/j.jpjag.2016.06.012
24. Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB et al. Rapid repeat pregnancy in adolescents: Do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206:1–7. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.04.015
25. Vallès X, Lusala PL, Devalière H, et al. Network analysis of knowledge and practices regarding sexual and reproductive health: A study among adolescent street girls in Kinshasa (DRC). *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2017;22(1):62–69. DOI: 10.1080/13625187.2016.1262023
26. Wall-Wieler E, Roos LL, Nickel NC, et al. Teenage pregnancy: The impact of maternal adolescent childbearing and older sister's teenage pregnancy on a younger sister. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:120. DOI: 10.1186/s12884-016-0911-2
27. Walsh K, Basu A, Werner E, et al. Associations among child abuse, depression, and interleukin-6 in pregnant adolescents: Paradoxical findings. *Psychosom Med.* 2016;78:920-930. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000344
28. Wellings K, Palmer MJ, Geary RS, et al. Changes in conceptions in women younger than 18 years and the circumstances of young mothers in England in 2000-12: An observational study. *Lancet.* 2016;388:586–595. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30449-4
29. Wilkie GL, Leung K, Kumaraswami T, et al. Effects of obstetric complications on adolescent postpartum contraception and rapid repeat pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29:612–616. doi: 10.1016/j.jpjag.2016.05.002
30. Williamson N. Motherhood in childhood, facing the challenge of adolescent pregnancy New York: United Nations population fund, 2013
31. Wilson-Mitchell K, Bennett J, Stennett R. Psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in Jamaica. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(5):4729–4744. DOI: 10.3390/ijerph110504729

DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-80-86
 УДК 616.89; 615.832.9; 615.851
 МРНТИ 76.29.52

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 ПО Г. АЛМАТЫ

Н.Т. ДЖАЙНАКБАЕВ, С.З. ЕШИМБЕТОВА, Н.И. РАСПОПОВА, М.С. РЕДЬКО, Д.К. СТАНБАЕВ,
 Д.М. МИЗАНБАЕВ, С.Р. ТУСУПОВА, К.Д. КАУКЕРБЕКОВА, А.К. ТОКПАЕВА,
 А.Т. МАЛГЕЛЬДИЕВ, Е.В. МАЛГЕЛДИЕВА

Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

Джайнакбаев Н.Т. – <https://orcid.org/0000-0002-0579-8109>
 Ешимбетова С.З. – <https://orcid.org/0000-0002-3477-2565>
 Распопова Н.И. – <https://orcid.org/0000-0001-8456-1822>
 Редько М.С. – <https://orcid.org/0000-0002-8548-3464>
 Станбаев Д.К. – <https://orcid.org/0000-0002-0636-6316>
 Мизанбаев Д.М. – <https://orcid.org/0000-0002-4575-1583>
 Тусупова С.Р. – <https://orcid.org/0000-0001-7181-9361>
 Каукербекова К.Д. – <https://orcid.org/0000-0003-1349-3695>
 Токпанова А.К. – <https://orcid.org/0000-0002-8796-339X>
 Малгельдиев А.Т. – <https://orcid.org/0000-0001-5840-1163>
 Малгельдиева Е.В. – <https://orcid.org/0000-0002-1488-8376>

Citation/
 библиографиялық сілтеме/
 библиографическая ссылка:

Dzhainakbayev NT, Yeshimbetova SZ, Raspopova NI, Redko MS, Stanbayev DK, Mizanbayev DM, Tusupova SR, Kaukerbekova KD, Tokpayeva AK, Malgeldiyev AT, Malgeldiyeva EV. Dynamics of the structure of incidence with mental disorders during the COVID-19 pandemic in Almaty. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):80-86

Джайнакбаев НТ, Ешимбетова СЗ, Распопова НИ, Редько МС, Станбаев ДК, Мизанбаев ДМ, Тусупова СР, Каукербекова КД, Токпаева АК, Малгельдиев АТ, Малгельдиева ЕВ. Алматы қаласы бойынша COVID-19 пандемиясы кезеңінде психикалық бұзылулармен сырқаттанушылық құрылымының динамикасы. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):80-86

Джайнакбаев НТ, Ешимбетова СЗ, Распопова НИ, Редько МС, Станбаев ДК, Мизанбаев ДМ, Тусупова СР, Каукербекова КД, Токпаева АК, Малгельдиев АТ, Малгельдиева ЕВ. Динамика структуры заболеваемости психическими расстройствами в период пандемии COVID-19 по г. Алматы. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):80-86

Dynamics of the structure of incidence with mental disorders during the COVID-19 pandemic in Almaty

N.T. Dzhainakbayev, S.Z. Yeshimbetova, N.I. Raspopova, M.S. Redko, D.K. Stanbayev, D.M. Mizanbayev, S.R. Tusupova, K.D. Kaukerbekova, A.K. Tokpayeva, A.T. Malgeldiyev, E.V. Malgeldiyeva
 Kazakh-Russian Medical University, Almaty, Kazakhstan

Purpose: to study the dynamics of the structure of mental pathology and the contingent of people seeking psychiatric care during the COVID-19 pandemic in Almaty; to develop measures to further improve the organization of the mental health service.

Methods: official statistical data on patients with a newly diagnosed mental disorder in the period before the announcement of quarantine measures (2019) and after (2020-2021) were used, as well as a sample of people who applied for psychiatric help in the indicated periods of time in the amount of 131 patients. To assess the statistical significance of the results of the study, a comparative analysis of the percentages in the groups (analysis of four-field contingency tables) was used according to Pearson's χ^2 .

Results: Research results predicting a surge in mental disorders in the population have been confirmed. It was revealed that during the period of quarantine measures, people over 30 years of age with higher education, who do not have their own family, more often seek psychiatric help.

Conclusions: The data obtained indicate the need for additional training of psychiatrists to improve the efficiency of the psychiatric service during the period of quarantine measures.

Young age and family well-being are important adaptogenic factors that preserve mental health during the COVID-19 pandemic, and the risk group for the development of mental disorders is made up of people of middle working age and the elderly who do not have families and close relatives.

Keywords: Mental health, mental disorders, COVID-19

Алматы қаласы бойынша COVID-19 пандемиясы кезеңінде психикалық бұзылулармен сырқаттанушылық құрылымының динамикасы

Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетова, Н.И. Распопова, М.С. Редько, Д.К. Станбаев, Д.М. Мизанбаев, С.Р. Тусупова, К.Д. Каукербекова, А.К. Токпаева, А.Т. Малгельдиев, Е.В. Малгельдиева
 Қазақстан-Ресей медицина университеті, Алматы, Қазақстан



Ешимбетова С.З.
 e-mail: s_zakirovna@yahoo.com

Received/
 Келін түсті/
 Поступила:
 30.03.2022

Accepted/
 Басылымға қабылданды/
 Принята к публикации:
 22.04.2022

ISSN 2707-6180 (Print)
 © 2021 The Authors
 Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
 Medical University

Максаты. Алматы қаласында COVID-19 пандемиясы кезінде психиатриялық көмекке жүгінген адамдар контингенті мен психикалық патология құрылымының динамикасын зерделеу, психиатриялық көмек қызметін ұйымдастыруды одан әрі жетілдіру бойынша шараларды әзірлеу.

Зерттеудің материалы мен әдістері. Карантиндік шаралар жарияланғанға дейінгі (2019 ж.) және одан кейінгі кезеңде (2020-2021 жж.) жаңадан анықталған психикалық бұзылулары бар науқастар туралы ресми статистикалық деректер, сондай-ақ өтініш білдірген адамдардың іріктемесі пайдаланылды. Көрсетілген мерзімдерде психиатриялық көмек 131 науқас. Зерттеу нәтижелерінің статистикалық маңыздылығын бағалау үшін Пирсонның χ^2 -хи-квадрат сынағы бойынша топтардағы пайыздық көрсеткіштердің салыстырмалы талдауы (төрт өрісті күтпеген жағдайлар кестесін талдау) қолданылды.

Нәтижелер. Халықтағы психикалық бұзылулардың өсуін болжайтын зерттеу нәтижелері расталды. Карантиндік шаралар кезеңінде психиатрдың көмегіне 30 жастан асқан, жеке отбасы жоқ, жоғары білімі бар адамдар жиі жүгінетіні анықталды.

Қорытынды. Алынған мәліметтер карантиндік іс-шаралар кезеңінде психиатриялық қызметтің тиімділігін арттыру үшін психиатрларды қосымша оқыту қажеттілігін көрсетеді.

Жастық және отбасылық әл-ауқат COVID-19 пандемиясы кезінде психикалық денсаулықты сақтайтын маңызды адаптогендік факторлар болып табылады және психикалық бұзылулардың даму қаупі тобын орта еңбекке қабілетті жастағы адамдар мен отбасылары жоқ қарт адамдар құрайды. Жақын туыстары..

Негізгі сөздер: психикалық денсаулық, психикалық бұзылулар, COVID-19

Динамика структуры заболеваемости психическими расстройствами в период пандемии COVID-19 по г. Алматы

Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетова, Н.И. Распопова, М.С.Редько, Д.К. Станбаев, Д.М.Мизанбаев, С.Р. Тусупова, К.Д. Каукербекова, А.К. Токпаева, А.Т. Малгельдиев, Е.В. Малгелдиева

Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

Цель: изучение динамики структуры психической патологии и контингента лиц, обращающихся за психиатрической помощью в период пандемии COVID-19 по г.Алматы для разработки мероприятий по дальнейшему совершенствованию организации службы психиатрической помощи.

Материалы и методы исследования. Использованы официальные статистические данные о пациентах с впервые установленным диагнозом психического расстройства в период до объявления карантинных мероприятий (2019г.) и после (2020-2021г.г.), проведена выборка лиц, обратившихся за психиатрической помощью в указанные периоды (131 пациент). Для оценки статистической значимости результатов исследования применялся сравнительный анализ процентных долей в группах (анализ четырехпольных таблиц сопряженности) по критерию χ^2 - Хи-квадрат Пирсона.

Результаты. Подтверждены результаты исследований, прогнозирующие всплеск психических расстройств среди населения. Выявлено, что в период карантинных мероприятий за психиатрической помощью чаще обращаются лица старше 30-ти лет с высшим образованием, не имеющих собственной семьи.

Выводы. Полученные данные указывают на необходимость дополнительной подготовки специалистов-психиатров для повышения эффективности деятельности психиатрической службы в период карантинных мероприятий.

Молодой возраст и семейное благополучие являются важными адаптогенными факторами, сохраняющими психическое здоровье в период пандемии COVID-19, а группу риска по развитию психических расстройств составляют лица среднего трудоспособного возраста и пожилые, не имеющие семьи и близких родственников.

Ключевые слова: психическое здоровье, психические расстройства, COVID-19

Введение

О пандемиях прошлых лет известно, что за каждой пандемией вслед за резким всплеском заболеваемости наступают и социально-экономические проблемы в макроэкономических структурах государств. Но един-

ственное, что остается по сей день неизвестным, это то, как психическое и эмоциональное состояние людей, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, карантинные меры, масочный режим и изоляцию, влияет на их психическое здоровье [1].

В комплексе все эти факторы сталкивают каждого человека на планете со спектром негативных эмоций в виде тревоги, агрессии и различного вида фобиями. Ведь до этого многие могли избежать столкновения с экзистенциальностью в виде неопределённости в жизни, одиночества и неуверенности в себе, благодаря свободе в передвижении. Но в случае изоляции все эти явления определяют расстройства адаптации.

Первоисточником для большинства научных работ и первооткрывателем в изучении психологического состояния населения в период пандемии являются китайские ученые, поскольку именно с КНР началось распространение вируса COVID-19 [2]. Все последующие работы так или иначе проводились в виде социологического опроса. Поскольку процесс пандемии динамичен и продолжает развиваться, большинство авторов предпочитают основываться на источниках из Китая с учетом теоретических моделей, выведенных за период прошлых пандемий. Таким примером являются исследования, проведенные в Иране (Zandifar and Badrfam), подчеркнувшие роль неопределенности, непредсказуемости, дезинформацию в СМИ, социальной изоляции и утяжеления имеющегося стресса. Авторы в своей работе указывают на особую роль психиатрической службы в период социальной изоляции, связанной с пандемией [3].

Итальянские ученые, проводя в самом начале введения карантинных мероприятий статистическое исследование, выявили, что преимущественно женщины молодого возраста были наиболее подвержены влиянию стресса в период начала пандемии, также у них выявлялось расстройство адаптации [4]. Эти данные не нашли подтверждения в проведенном нами исследовании.

Японские ученые (Shigemura et al.) акцентируют внимание на экономической составляющей воздействия новой коронавирусной инфекции COVID-19 на благосостояние населения и её прямой корреляции с ростом страха и панического поведения в общей популяции [5]. В аналитическом труде Duan and Zhu указана дифференциация среди стран, при этом подчеркивается, что КНР поздно подключили психиатрическую службу в протоколы по лечению и оказанию помощи при ЧС, что в итоге привело к увеличению первичных пациентов с психическими расстройствами [6].

По итогам научного труда Шамирзаевой Х.Б., в течение 10-30 дней после постановки диагноза примерно у 54% пациентов выявлялись психические расстройства [7], а 15% являлись первичными пациентами для психиатрических служб. В число наиболее часто выявляемых расстройств вошли такие, как различные виды фобий – 31%; тревога – 42%; симптомы обсессивных расстройств – 20%; бессонница – 40%; тяжелые психические нарушения, в виде бреда и галлюцинации отмечались у 2,4%. У 80% пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, продолжительное время сохранялась тревога и страх смерти [8].

Исследования также затронули сотрудников системы здравоохранения, поскольку среди них также часто встречаются симптомы тревожного и депрессивного расстройства, в сравнении с другими специальностями [9-13]. При популяционном исследовании медработников России для улучшения адаптации работников здравоохранения и с целью сохранности их психического здоровья в условиях пандемии предложено оставлять в резерве часть медицинских работников, чтобы осуществлять ротацию кадров, препятствующую срывам адаптации [14]. Ряд исследователей [15-19] подчеркивают важность психологического и психиатрического сопровождения лиц, столкнувшись с последствиями пандемии в обязательном порядке. В организациях здравоохранения выявлена потребность в реорганизации соответствующих служб, расширении доступности психологической помощи, в том числе в новых дистанционных форматах [20-24].

Отдельную проблему, требующую внимания, представляют собой последствия пандемии и массового карантина для лиц с серьезными психическими заболеваниями [25]. Пациенты с хроническими психическими заболеваниями относятся к наиболее уязвимым группам населения, затронутым COVID-19 [26], в том числе лица, страдающие расстройствами шизофренического спектра и биполярным аффективным расстройством [27]. Решение вопросов, связанных с социальными детерминантами здоровья в условиях пандемии COVID-19, в частности, распределение ресурсов с учетом защиты лиц с психическими расстройствами, должно быть главным приоритетом [28, 29].

Это определяет актуальность изучения эпидемиологических и клинических аспектов психических расстройств в условиях пандемии COVID-19 для повышения эффективности помощи данной категории больных со стороны психиатрической службы с учетом региональных и этнокультуральных особенностей населения.

Цель исследования: изучение динамики структуры психической патологии и контингента лиц, обращающихся за психиатрической помощью в период пандемии COVID-19 по г. Алматы для разработки мероприятий по дальнейшему совершенствованию организации службы психиатрической помощи.

Методы

В качестве материала исследования были использованы официальные статистические данные о пациентах с впервые установленным диагнозом психического расстройства в период до объявления карантинных мероприятий (2019г.) и после (2020-2021г.г.), а также проведена выборка лиц, обратившихся за психиатрической помощью в указанные периоды времени в количестве 131-го пациента.

Статистический анализ полученных в исследовании данных проводился с использованием электронной версии программы «Медицинская статистика» (MEDSTATISTIC). Для оценки статистической значимости результатов исследования применялся сравни-

тельный анализ процентных долей в группах (анализ четырехпольных таблиц сопряженности) по критерию χ^2 - Хи-квадрат Пирсона.

Результаты

Сравнительный анализ официальных статистических данных о пациентах с впервые установленным диагнозом психического расстройства в период до объявления карантинных мероприятий в связи с пандемией COVID-19 (2019г.) и последующий период (2020г. и 2021г.) представлен в таблице 1.

Статистический анализ представленных в таблице 1 данных позволил установить достаточно высокую статистическую достоверность ($p < 0.01$) увеличения числа пациентов с впервые выявленной шизофренией на 2021 год, относительно 2019 года, а также снижение выявления рубрики F70-79 на 2020 год, с возвращением к прежним цифрам на 2021 год. В целом, прослеживается характерная динамика снижения выявляемости психических расстройств в период жестких карантинных мероприятий с последующим относительным увеличением обращаемости психически больных в 2021г. в период послабления карантинных мероприятий, что наглядно продемонстрировано на рисунке 1.

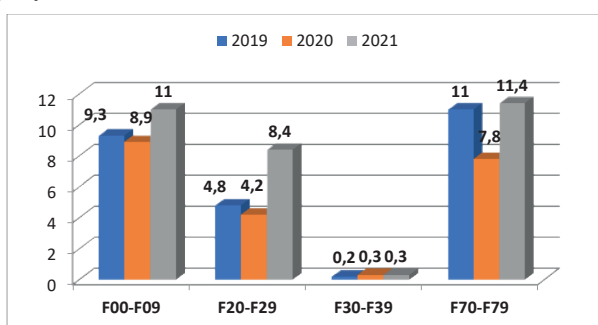


Рисунок 1. Динамика выявляемости психических расстройств в населении г. Алматы в период до пандемии COVID-19 (2019г.) и после объявления карантинных мероприятий (2020-2021г.).

Представленные на рисунке 1 данные показывают, что в период объявления карантина существенно снизилась обращаемость психически больных в психиатрические учреждения в связи с ограниченностью передвижения.

Клиническая структура психических и поведен-

ческих расстройств выборочно обследованных пациентов в рассматриваемые периоды времени в сравнительном аспекте представлена в таблице 2.

В целях изучения динамики структуры контингента лиц с впервые установленным диагнозом психического расстройства в период до объявления карантинных мероприятий и в период пандемии проведен анализ их социально-демографических характеристик, результаты которого представлены в таблице 3.

Статистический анализ представленных в таблице 3 данных позволил установить достоверность ($p < 0,05$) увеличения в период карантинных мероприятий лиц старше 31-го года, относительно докарантинного времени. С такой же ($p < 0,05$) достоверностью установлено увеличение удельного веса обращений лиц с высшим образованием. Если в докарантинный период на высшее образование приходилось только 17%, то в период карантинных мероприятий количество лиц с высшим образованием увеличилось в два раза, при сохраняющемся преобладании лиц со средним образованием (критическое значение χ^2 при уровне значимости $p = 0.05$ составляет 5.991; связь между факторным и результирующим признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0.05$; уровень значимости $p = 0.012$).

Также установлена высокая статистическая достоверность ($p < 0.01$) изменения структуры обращаемости в зависимости от семейного положения. Если до карантинных мероприятий обращаемость среди лиц, имеющих семью и не имеющих семьи, была равнозначной, то в период пандемии COVID-19 определяется превалирование обращаемости лиц, не имеющих семьи (значение критерия χ^2 составляет 14.073; критическое значение χ^2 при уровне значимости $p = 0.01$ составляет 13.277; связь между факторным и результирующим признаками статистически значима при уровне значимости $p < 0.01$; уровень значимости $p = 0.008$).

Обсуждение

В различных странах на основании проводимых масштабных исследований, проведенных в виде анкетирования, был выявлен рост удельного веса депрессивных, диссомнических расстройств и симптомов ПТСР. В проведенном нами исследовании нас не столько интересовал удельный вес превалирующих симптомов, сколько первичная обращаемость и вы-

Таблица 1. Сравнительный анализ статистических данных о заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по г. Алматы за 2019-2021г.г. (лица, с впервые установленным диагнозом психического расстройства)

Психические расстройства	2019 г.		2020г.		2021	
	Абсолютные числа	На 100 000 человек населения	Абсолютные числа	На 100 000 человек населения	Абсолютные числа	На 100 000 человек населения
F00-F09	179	9,3	175	8,9	218	11,0
F20-F29	92	4,8	84	4,2	168	8,4
F30-F39	3	0,2	6	0,3	5	0,3
F40-F48	0	0	0	0	0	0
F60-F68	0	0	0	0	2	0,1
F70-F79	210	11,0	154	7,8	225	11,4

Таблица 2. Сравнительный анализ клинических характеристик пациентов с психическими расстройствами в г. Алматы в период с 2019г. по 2021г.

Рубрики МКБ-10	2019г.	2020г.	2021г.
F00-F09	16 (66,7%)	39 (68,4%)	35 (70%)
F20-F29	6 (25%)	7 (12,3%)	6 (12%)
F30-F39	-	2 (3,5%)	1 (2%)
F40-F49	-	8 (14,1%)	6 (12%)
F70-F79	2 (8,3%)	1 (1,7%)	2 (4%)
Итого:	(100%)	(100%)	(100%)

Таблица 3. Сравнительный анализ социально-демографических характеристик пациентов с психическими расстройствами в г. Алматы в период с 2019г. по 2021г.

№	Социально-демографические характеристики	2019г.	2020г.	2021г.
1	Пол			
	Мужчины	6 (25%)	31 (54,4%)	24 (48%)
	Женщины	18 (75%)	26 (45,6%)	26 (52%)
2	Возраст			
	18-30 лет	2 (8,3%)	5 (8,7%)	5 (10%)
	31 год и старше	22 (91,7%)	52 (91,3%)	45 (90%)
3	Образование			
	Среднее (среднее специальное)	20 (83,3%)	37 (64,9%)	33 (66%)
	Высшее (незаконченное высшее)	4 (16,7%)	20 (35,1%)	17 (34%)
4	Социальное положение			
	Работает	5 (20,8%)	7 (12,3%)	6 (12%)
	Не работает (пенсионер, учащийся, инвалид)	19 (79,2%)	50 (87,7%)	44 (88%)
5	Семейное положение			
	Женат (замужем)	10 (41,7%)	31 (54,4%)	13 (26%)
	Холост (не замужем, разведен(а), вдов(а))	14 (58,3%)	26 (45,6%)	37 (74%)

являемость психических заболеваний. Как показывает проведенное нами исследование, обращаемость и выявляемость среди лиц, страдающих психическими заболеваниями с началом пандемии, несколько снизилась. С одной стороны, это объясняется тем, что с началом пандемии и резким изменением геополитической ситуации на первый план вышли такие психосоциальные проблемы, как локдаун, переход населения на дистанционные формы обучения и работы, потеря работы, изоляция, страх заразиться неизвестным ранее заболеванием. Именно эти причины легли в основу повышения уровня тревожности, нарушения сна и развития ПТСР, выявленные зарубежными учеными и подтвержденными некоторыми казахстанскими исследованиями [8]. Рост непсихотического уровня расстройств выявлялся методом анкетирования, лица с данными расстройствами не нуждались в экстренной психиатрической помощи. В целом, локдаун и карантинные мероприятия снизили доступность психиатрической помощи, что отражено в результатах нашего исследования и объясняет снижение заболеваемости в период начала пандемии. С другой стороны, по полученным нами в ходе проведения исследования данным, пациенты с психическими расстройствами чаще стали прибегать к народным средствам (чтение в мечети Корана, изгнание духов-аруахов, снятие порчи у целителей и т.п.). Но пациенты с такими серьезны-

ми психическими расстройствами, как шизофрения и другими психотическими расстройствами, при послаблении карантинных мероприятий все же чаще стали обращаться к психиатрам. Таким образом, полученные в настоящем исследовании данные подтверждают результаты исследований, проводимых и в других регионах мира, свидетельствующие о том, что после пандемии COVID-19 ожидается всплеск психических расстройств [16, 26-30]. С момента снятия карантинных ограничений и началом функционирования психосоматических отделений, резко возрастет нагрузка на психиатрическую службу. Это потребует дополнительной подготовки специалистов-психиатров, о чем необходимо позаботиться уже в настоящее время.

Успешный опыт дистанционного онлайн-психологического консультирования и психотерапевтических онлайн-сессий говорит о том, что внедрение этих новых форм работы с населением на постоянной основе, в свою очередь, может снизить нагрузку на психиатрическую службу и дать возможность полноценно решать социальные и лечебные вопросы.

Если рассматривать динамику структуры, заболеваемость психическими заболеваниями под влиянием COVID-19 в зависимости от гендерных и социальных факторов, то зарубежные авторы склоняются к мнению, что тревожные и депрессивные расстройства чаще развиваются у молодых женщин до 30-ти лет.

Данные нашего исследования такой тенденции не подтвердили.

Ограниченность объема материала проведенного исследования позволяет сделать лишь предварительные выводы, определяющие общие тенденции развития динамики психических и поведенческих расстройств в период пандемии COVID-19:

Выводы

Анализ динамики социально-демографических характеристик лиц с впервые установленным диагнозом психического расстройства показал, что в пе-

риод карантинных мероприятий за психиатрической помощью чаще обращаются лица старше 30-ти лет с высшим образованием, не имеющих собственной семьи. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что молодой возраст и семейное благополучие являются важными адаптогенными факторами, сохраняющими психическое здоровье в период пандемии COVID-19, а группу риска по развитию психических расстройств составляют лица среднего трудоспособного возраста и пожилые, не имеющие семьи и близких родственников.

Список литературы:

1. Zhou X. Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res.* 2020;286:112895. DOI:10.1016/j.psychres.2020.112895
2. Рябцева ЕВ. Влияние пандемии COVID 19 на психологическое здоровье человека: Обзор литературы. *Инновационная наука.* 2021;8-2:39–41.
Rybseva EV. Vlianie pandemii COVID 19 na psihologicheskoe zdorove cheloveka: Obzor literatury. Innovatsionnaya nauka. 2021;8-2:39–41. (In Russian)
3. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:101990. DOI:10.1016/j.ajp.2020.101990
4. Rossi R, Socci V, Talevi D, et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front Psychiatry.* 2020;11:790. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00790
5. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74(4):281–282. DOI: 10.1111/pcn.12988
6. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4):300–302. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0
7. Шамирзаева ХБ. Анализ психических нарушений у лиц, перенесших COVID-19. *Forecip.* 2021;S1:486.
Shamirzaeva HB. Analiz psihicheskikh naruzheni u lis, perenesshih COVID-19. Forecip. 2021;S1:486. (In Russian)
8. Абдуллаева ВК. Пандемия COVID-19 и психическое здоровье детей и подростков. КРМУ Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. 2020;2(28):14–16.
Abdullaeva VK. Pandemiya SOVID-19 i psihicheskoe zdorove detei i podrostkov. KRMU Aktuälnye problemy teoreticheskoi i klinicheskoi meditsiny. 2020;2(28):14–16. (In Russian)
9. Ayyala RS, Taylor GA, Callahan MJ. Stresses and anxieties in the time of the COVID-19 pandemic - what we can learn. *Pediatr Radiol.* 2020;8:1052–1054.
10. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA.* 2020;8:2133–2134.
11. Вельтищев ДЮ, Лисицина ТА, Борисова АБ. Психическое здоровье населения различных стран в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19). Социальная и клиническая психиатрия. 2020;4:83–86.
Veltishev DÜ, Lisisina TA, Borisova AB. Psihicheskoe zdorove naselenia razlichnykh stran v period pandemii koronavirusnoï infektsii (COVID-19). Sosiálnaia i klinicheskaia psihiatritia. 2020;4:83–86. (In Russian)
12. Шматова ЮЕ. Влияние COVID-19 на психическое здоровье населения (как показатель человеческого потенциала): опыт зарубежных исследований. Проблемы развития территории. 2020;4(108):88–108.
Shmatova IUE. Vlianie COVID-19 na psihicheskoe zdorove naselenia (kak pokazatel chelovecheskogo potentsiala): opyt zarubezhnyh issledovaniï. Problemy razvitiia teritorii. 2020;4(108):88–108. (In Russian)
13. Kozloff N, Mulsant BH, et al. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull.* 2020;46(4):752–757. DOI: 10.1093/schbul/sbaa051.
14. Сорокин МЮ, Касьянов ЕД, et al. Популяционное исследование психического здоровья медработников России: Факторы дистресса, ассоциированного с пандемией COVID-19. Социальная и клиническая психиатрия. 2021;31(1):49–58.
Sorokin MÜ, Kasjanov ED, et al. Populatsionnoe issledovanie psihicheskogo zdoröva medrabotnikov Rosii: Faktory distressa, asosiïrovannogo s pandemiei COVID-19. Sosiálnaia i klinicheskaia psihiatritia. 2021;31(1):49–58. (In Russian)
15. Volkova OV, Shesternya PA. Parallel pandemic: psychological facilitation in medical assistance. *Siberian Journal of Psychology.* 2020;8:156–167.
16. Дашкин ЭР, Мальшева НА, Цицельский АА. Психические нарушения ассоциированные с COVID-19. Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2021;2:36–41.
Daşkin ER, Malyseva NA, Siselski AA. Psihicheskoe naruzhenia asosiïrovannye s COVID-19. Meditsina. Sosiologia. Filosofia. Prikladnye issledovania. 2021;2:36–41. (In Russian)
17. Медведев ВЭ, Доготарь ОА. COVID-19 и психическое здоровье: вызовы и первые выводы. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020;12:4–10.
Medvedev VE, Dogotär OA. COVID-19 i psihicheskoe zdorove: vyzovy i pervye vyvody. Nevrologia, neiropsihiatritia, psihosomatika. 2020;12:4–10. (In Russian)
18. Мосолов СН. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(5):7–15. DOI: 10.17116/jnevro20201200517
Mosolov SN. Problemy psihicheskogo zdoröva v usloviah pandemii COVID-19. Jurnal nevrologii i psihiatritii im. S.S. Korsakova. 2020;120(5):7–15. DOI: 10.17116/jnevro20201200517 (In Russian)
19. Психические реакции и нарушение поведения у лиц с COVID-19. Информационное письмо. Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского. Москва, 2020.
Psihicheskoe reaksii i naruzhenie povedeniia u lis s COVID-19. Informatsionnoe pismo. Nasionälnyi meditsinski issledovatel'ski sentr psihiatritii i narkologii imeni V.P. Serbskogo. Moskva, 2020. (In Russian)
20. Волкова ОВ, Шестерня ПА. Стратегия и направления организации медико-психиатрической помощи в пост-пандемийный период. Сибирское медицинское обозрение. 2020;3(123):5–10.
Volkova OV, Şesternä PA. Strategia i napravlenia organizasii mediko-psihiatricheskoi pomoşi v post-pandeminiy period. Sibirskoe meditsinskoe obozrenie. 2020;3(123):5–10. (In Russian)
21. Мосолов СН. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19. Современная терапия психических расстройств. 2020;2:1–15.
Mosolov SN. Aktuälnye zadachi psihiatricheskoi slujby v sväzi s pandemiei COVID-19. Sovremennaja terapia psihicheskikh rasstroistv. 2020;2:1–15. (In Russian)

22. Холодова ЮБ. Особенности переживания тревоги в период пандемии COVID-19 представителями разных возрастных групп. *International Journal of Medicine and Psychology*. 2020;2:114–117. *Holodova ĬUB. Osobnosti perejivania trevogi v period pandemii COVID-19 predstavitelämi raznyh vozrastnyh grupp. International Journal of Medicine and Psychology*. 2020;2:114–117. (In Russian)
23. Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep socially (but not physically) connected and carry on: preventing suicide in the age of COVID-19. *Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20. DOI: /10.4088/JCP.20com13370
24. Goldberg JF. Psychiatry's niche role in the COVID-19 pandemic. *Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20com13363. DOI: /10.4088/JCP.20com13363
25. Li S, Zhang Y. Mental healthcare for psychiatric inpatients during the 2. COVID-19 epidemic. *General Psychiatry*. 2020;33:e100216. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100216
26. Druss BG. Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(9):891–892. DOI: b10.1001/jamapsychiatry.2020.089
27. Zhand N, Joober R. Implications of the COVID-19 pandemic for patients with schizophrenia spectrum disorders: narrative review. *Psych Open*. 2021;7(1):e35. DOI: 10.1192/bjo.2020.157
28. Basrak N., Mulcrone N., Sharifuddin S. et al. Risk of adverse outcome of COVID-19 among patients in secure psychiatric services: observational cohort study. *Psych Open*. 2021;7(1):e31. DOI: 10.1192/bjo.2020.169
29. Xiang YT, Yang Y, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228–229. DOI: /10.1016/S2215-0366(20)30046-8

DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-87-96

УДК 614; 614.2; 614:33

МРНТИ 76.75.75

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ КАДРОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Е.М. ЦАЙ, С.Н. УРАЗОВА, Ю.Л. ГАНЖУЛА

Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан

Цай Е.М. – <https://orcid.org/0000-0002-7401-7345>Уразова С.Н. – <https://orcid.org/0000-0002-2331-1261>Ганжула Ю.Л. – <https://orcid.org/0000-0002-6643-1482>

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографиялық ссылақ:

Tsai EM., Urazova SN, Ganzhula YuL. Analysis of the system of personnel planning in state organizations of primary health care of the republic of Kazakhstan. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):87-96

Цай ЕМ, Уразова СН, Ганжула ЮЛ. Қазақстан Республикасының мемлекеттік медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдарындағы кадрлық жоспарлау жүйесін талдау. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):87-96

Цай ЕМ, Уразова СН, Ганжула ЮЛ. Анализ системы кадрового планирования в государственных организациях первичной медико-санитарной помощи Республики Казахстан. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):87-96

Analysis of the system of personnel planning in state organizations of primary health care in Kazakhstan

E.M.Tsai, S.N.Urazova, Yu.L.Ganzhula

Astana Medical University, Nur – Sultan, Kazakhstan

The relevance of the topic is that the polyclinics have acquired the opportunity to engage in commercial provision of medical services in recent years. Accordingly, the requirements for the effectiveness of the management system are increasing. Personnel planning is one of the functions of the management system of any organization. Utilization of the results of personnel planning has a positive effect on the quality of personnel management, on the level of quality medical services, and indicators of public health.

Purpose: to study the existing practice of medical personnel planning in the Polyclinic No. 10 and to develop recommendations for its improvement.

Methods: questionnaire, comparative method, trend method, SWOT analysis of the personnel planning system in the clinic, coefficient method, statistical, personnel work analysis, etc. According to the questionnaire, 88 medical workers of the Polyclinic No. 10 were interviewed from April to June 2021 of the year. Based on the results of the survey, the necessary amount of information was obtained for the subsequent search for answers to research questions, as well as determining the effectiveness of the personnel planning system in the clinic.

Employee, who had more than 3 years of work experience, were interviewed. The sample was 55% of all medical personnel eligible for recruitment. The reliability of the sample is 90%. Out of 50 possible points (5 points * 10 points), 31.4 points were scored. It indicates about problems in the personnel planning system for the Polyclinic No. 10. At the same time, according to the respondents, a fairly successful framework, where personnel planning take place. In our opinion, a comprehensive assessment of the indicators of medical personnel, as well as monitoring the medical market, can be tested as a basis for drawing up personnel plans.

An analysis of the work of the personnel department of the Polyclinic No. 10. showed that its specialists do not monitor the labor market, do not have the opportunity to make plans and forecasts, and do not identify target groups of potential and effective candidates.

Therefore, when implementing this proposal, a strategic plan was developed until 2025, which will not only acquire more semantic load, but also will determine the necessary areas of personnel planning in which the management team has to cover, will reduce the risks of manipulating target indicators, and also will form a clear connection between operational and strategic goals and objectives of the clinic.

Keywords: *personnel planning, medical organizations, personnel management, shortage of medical personnel, healthcare system*

Қазақстан Республикасының мемлекеттік медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдарындағы кадрлық жоспарлау жүйесін талдау

Е.М. Цай, С.Н. Уразова, Ю.Л. Ганжула

Астана медицина университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан



Цай Е.М.
e-mail: Itsai1977@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
21.04.2022

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
26.05.2022

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

Тақырыптың өзектілігі – соңғы жылдары емханалар медициналық қызметтерді коммерциялық ұсынумен толық айналысуға мүмкіндік алды. Тиісінше, басқару жүйесінің тиімділігіне қойылатын талаптар артып келеді. Кадрлық жоспарлау кез келген ұйымның басқару жүйесінің маңызды функцияларының бірі болып табылады. Кадрлық жоспарлау нәтижелерін пайдалану кадрларды басқаруға, медициналық қызметтер деңгейіне, халықтың денсаулық көрсеткіштеріне оң әсер етеді.

Мақсаты: №10 Қалалық емхана ШЖҚ МКК-да медициналық кадрлық жоспарлаудың қолданыстағы тәжірибесін зерделеу және оны жетілдіру бойынша ұсынымдар әзірлеу.

Әдістері. Сауалнама, салыстырмалы әдіс, тренд әдісі, емханадағы кадрлық жоспарлау жүйесін SWOT – талдау, коэффициенттік әдіс, статистикалық, кадрлық жұмысты талдау және т.б. 2021 жылдың сәуір-маусым айлары аралығында №10 ҚЕ 88 медицина қызметкерінен сауалнама алынды. Сауалнама нәтижелері бойынша зерттеу сұрақтарына жауаптарды іздеу, сондай-ақ емханадағы кадрлық жоспарлау жүйесінің тиімділігін анықтау үшін қажетті ақпарат көлемі алынды. 3 жылдан астам жұмыс өтілі бар қызметкерлер сұралды. Іріктеу талаптарға сай келетін барлық медициналық қызметкерлердің 55% құрады. Үлгінің сенімділігі 90% құрайды. Мүмкін болатын 50 баллдан (5 балл*10 бекіту) 31,4 балл жиналды, бұл №10 ҚЕ кадрлық жоспарлау жүйесінде проблемалардың бар екендігін көрсетеді. Сонымен қатар, респонденттердің пікірінше кадрларды жоспарлау тиімді жүзеге асырылатын жеткілікті сәтті салалар бар.

Біздің ойымызша, медициналық персоналдың тиімділігін кешенді жылдық бағалау, сондай-ақ медициналық нарықтың мониторингін кадрлық жоспарларды жасау үшін жақсы негіз бола алады. №10 ҚЕ кадр бөлімшесінің жұмысын талдау оның мамандары еңбек нарығына мониторинг жүргізбейтінін, жоспарлар мен болжамдар жасауға мүмкіндігі жоқ екенін, әлеуетті және тиімді кандидаттардың нысаналы топтарын анықтамайтынын көрсетті.

Осылайша, осы ұсынысты іске асыру кезінде 2025 жылға дейінгі стратегиялық жоспар әзірленді, ол көп мағыналық жүктемеге ие болып қана қоймай, сонымен қатар басқарушылық топ жұмыс істеуі қажет кадрлық жоспарлаудың қажетті бағыттарын анықтайды, мақсатты индикаторлардың айла-шарғы жасау қаупін азайтады, сонымен қатар емхананың операциялық және стратегиялық мақсаттары мен міндеттері арасында нақты байланыс қалыптастырады.

Негізгі сөздер: *кадрлық жоспарлау, медициналық ұйымдар, персоналды басқару, медицина кадрларының тапшылығы, денсаулық сақтау жүйесі*

Анализ системы кадрового планирования в государственных организациях первичной медико-санитарной помощи Республики Казахстан

Е.М. Цай, С.Н. Уразова, Ю.Л. Ганжула

Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан

Актуальность темы заключается в том, что поликлиники в последние годы получили возможность полноценно заниматься коммерческим предоставлением медицинских услуг. Соответственно, требования к эффективности системы управления возрастают. Кадровое планирование является одной из важнейших функций системы менеджмента любой организации. Использование результатов кадрового планирования положительно отражается на управлении кадрами, на уровне медицинских услуг, показателях здоровья населения.

Цель: изучить существующую практику медицинского кадрового планирования в ГКП на ПХВ Городская поликлиника №10 и разработать рекомендации по ее совершенствованию

Методы: анкетирование, сравнительный метод, трендовый метод, SWOT-анализ системы кадрового планирования в поликлинике, коэффициентный метод, статистический, анализ кадровой работы и пр. По составленной анкете было опрошено 88 медицинских работников ГКП №10 в период с апреля по июнь 2021 года. По результатам анкетирования получен необходимый объем информации для последующего поиска ответов на исследовательские вопросы, а также определения эффективности системы кадрового планирования в поликлинике. Опрашивались сотрудники, имеющие стаж больше 3-х лет работы. Выборка составляла 55% от всего медицинского персонала, подходящего по требованиям. Достоверность выборки составляет 90%. Из 50-ти возможных баллов (5 баллов*10 утверждений) было набрано 31,4 балла, что говорит о наличии проблем в системе кадрового планирования в ГКП №10. При этом существуют достаточно успешные сферы, где кадровое планирование осуществляется, по

мнению респондентов, достаточно эффективно. На наш взгляд, комплексная годовая оценка эффективности медицинского персонала, а также мониторинг медицинского рынка могут быть хорошей базой для составления кадровых планов.

Анализ работы кадрового подразделения ГП №10 показал, что его специалисты не осуществляют мониторинг рынка труда, не имеют возможности составлять планы и прогнозы, не выявляют целевые группы потенциальных и эффективных кандидатов.

Таким образом, при реализации данного предложения был разработан стратегический план до 2025 года, который не только обретет больше смысловой нагрузки, но и определит необходимые направления кадрового планирования, по которым необходимо работать управленческой команде, снизит риски манипуляции показателями целевых индикаторов, а также образует четкую связь между операционными и стратегическими целями и задачами поликлиники.

Ключевые слова: кадровое планирование, медицинские организации, управление персоналом, дефицит медицинских кадров, система здравоохранения

Введение

Актуальность изучения системы управления кадрами казахстанских государственных медицинских организаций, включающей подсистему планирования кадров, заключается в игнорировании или неэффективном решении существующих проблем планирования медицинских кадров, что ведет к снижению результативности реформ в сфере здравоохранения Республики Казахстан. Дефицит медицинских кадров, связанный с выбытием специалистов в другие страны, уходом в коммерческий сектор, негативно отражается на всей системе здравоохранения страны [1]. Существует потребность в определении сферы кадрового планирования в медицинских организациях, структуры управления медицинскими кадрами казахстанских государственных медицинских организаций, выявлении проблемных зон планирования, а также разработке направлений по решению выделенных проблем. Все перечисленное обуславливает актуальность исследования теории и практики кадрового планирования в медицинских организациях Республики Казахстан [2].

Цель исследования

Изучить существующую практику медицинского кадрового планирования в ГКП на ПХВ Городская поликлиника №10 и разработать рекомендации по ее совершенствованию.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие задачи исследования:

- изучить сущность и задачи кадрового планирования в медицинской организации;
- рассмотреть современные методы кадрового планирования;
- раскрыть особенности системы кадрового планирования в казахстанских медицинских организациях;
- провести оценку основной деятельности ГКП на ПХВ Городская поликлиника №10;
- разработать методологию проведения исследования организации кадрового планирования в поликлинике;
- провести анализ системы кадрового планирования в Городской поликлинике №10;
- разработать рекомендации по корректировке

стратегических целей и задач для создания основы развития кадрового планирования в медицинской организации;

- предложить новые методы кадрового планирования в ГКП на ПХВ Городская поликлиника №10.

Методы

Нами были сформулированы следующие исследовательские вопросы:

- Какие методы кадрового планирования используются в системе управления персоналом в ГП №10?
- Существуют ли взаимосвязи между практикой кадрового планирования и основными показателями управления персоналом: текучесть кадров, укомплектованность, уровень формирования кадрового резерва, удовлетворенность персонала, коэффициент совмещения специальностей?
- Как оценивает персонал ГП №10 влияние практики кадрового планирования на их работу в поликлинике.

Исследовательская работа проводилась в несколько следующих этапов:

- сбор и подготовка информационной базы по деятельности ГП №10;
- аналитические расчеты показателей системы управления медицинским персоналом;
- проведение анкетирования медицинского персонала с последующим анализом результатов;
- выявление проблемных зон кадрового планирования, анализ результатов по гипотезам и формулировка выводов по исследованию.

В ходе исследования использованы следующие методы: анкетирование, сравнительный метод, трендовый метод, SWOT-анализ системы кадрового планирования в поликлинике, коэффициентный метод, статистический, анализ кадровой работы и пр. [3].

Анкета для проведения опроса была разработана автором и состоит из 2-х групп вопросов:

- информация о респонденте;
- оценка системы кадрового планирования (Приложение А) [4].

Анкета содержит 15 элементов, на которые респондентам было предложено ответить. Основная

часть оценочных утверждений была в третьем пункте анкеты. Всего было опрошено 88 медицинских работников ГП №10 в период с апреля по июнь 2021 года. По результатам анкетирования получен необходимый объем информации для последующего поиска ответов на исследовательские вопросы, а также определения эффективности системы кадрового планирования в поликлинике.

Сравнительный метод - сопоставление двух и более объектов, выделение в них общего и различного с целью выделения схожих и различных моментов. В данном исследовании в качестве объектов выступают различные подходы к планированию кадровой работы

Трендовый анализ количественных показателей был использован при определении основных тенденций кадровой статистики за последние пять лет. Анализировались следующие показатели: текучесть кадров, укомплектованность штата, категоричность персонала, статистика по обучению и развитию медицинского персонала [5].

SWOT-анализ был использован для итогового определения сильных и слабых сторон, возможностей и рисков системы кадрового планирования в исследуемой поликлинике.

Основными источниками данных для проведения исследования стали:

- результаты структурированного анкетного опроса;
- управленческая, кадровая и финансовая отчетность исследуемой поликлиники;
- статистические официальные данные: Бюро по статистике РК, отчетность государственных организаций;
- правовые акты: законодательство в сфере организации деятельности медицинских организаций Республики Казахстан [6, 7].

блики Казахстан [6, 7].

Результаты

В рамках исследования был проведен опрос. Были получены следующие результаты. Всего приняло участие в опросе 86 сотрудников исследуемой поликлиники.

Большая часть респондентов относится к среднему медицинскому персоналу - 38,6%. Младший медицинский персонал представлен 36,4% или 32 респондентами. Врачебный медицинский персонал составил 13,6%.

Также была определена категоричность респондентов. Наибольшее количество респондентов обладает второй категорией -38,6%. 23,9% - высшей категорией, 19,3%-высшей категорией. Информация о медицинском персонале говорит о том, что в ходе анкетирования были опрошены представители всех категорий медицинского персонала и полученные результаты можно считать обладающими достаточно высоким уровнем достоверности и объективности.

Далее представим таблицу 1 с результатом оценки десяти утверждений, относящихся к вопросам системы кадрового планирования.

В таблице 1 показано, что из 50-ти возможных баллов (5 баллов*10 утверждений) было набрано 31,4 балла, что говорит о наличии проблем в системе кадрового планирования в ГП №10. При этом существуют достаточно успешные сферы, где кадровое планирование осуществляется, по мнению респондентов, достаточно эффективно.

Далее проведен анализ проблемных участков и поиск обоснования наличия связи между средним уровнем кадрового планирования и негативными показателями кадровой работы в исследуемой поликлинике.

Таблица 1 - Результаты оценки кадрового планирования ГП №10, средний балл

№ п/п	Утверждение	Средний балл
1	Поликлиника обеспечена необходимой количественной и качественной трудовой эффективностью в надлежащем месте и в надлежащее время, требуемой для достижения целей ГП №10	4,1
2	В ГП № 10 созданы все возможности должностного и профессионального продвижения медицинских работников	3,2
3	В ГП № 10 созданы все условия для осуществления эффективной трудовой деятельности	4,2
4	По каждому медицинскому работнику в ГП №10 определены цели, вытекающие из кадровых задач и кадровой стратегии	1,9
5	Кадровое подразделение составляет план мероприятий, способствующих реализации конкретных целей каждого медицинского работника	1,8
6	Планирование мероприятий по набору в кадровый резерв является эффективным инструментом системы управления	2,1
7	План работ по отбору персонала проходит в срок и выполняет все поставленные цели и задачи по укомплектации поликлиники медицинским персоналом	2,2
8	Медицинский персонал заранее знает о предстоящих мероприятиях по обучению и развитию	3,1
9	Медицинский персонал заранее знает о предстоящих мероприятиях по аттестации, переекспертации, повышению квалификации	4,1
10	Новое медицинское оборудование полностью обеспечено работниками с необходимой квалификацией и опытом работы на данном оборудовании	4,7
	Итого	31,4

Анализ будет проведен на основе имеющихся статистических данных.

На вопрос "Сталкиваетесь ли Вы лично с проблемами кадрового планирования?" были получены следующие результаты

- Да, сталкиваюсь и часто - 47,7%;
- Сталкиваюсь, но редко - 43,2%;
- Не сталкиваюсь - 9,1%.

То есть более 90% респондентов за время своей работы так или иначе сталкивались с проблемами планирования. Были такие факты как: изменение планов за несколько дней до мероприятия, отмена мероприятий, отсутствие четкого плана действий в тех или иных ситуациях.

На просьбу выделить показатели системы управления кадрами, влияющие на качество кадрового планирования, были получены следующие результаты (допускалась отметка более чем одной позиции):

- укомплектованность штата - 85%;
- категорированность медицинского персонала - 79%;
- уровень текучести кадров - 75%;
- удовлетворенность персонала - 56%;
- стабильность карьерного роста - 90%;
- эффективность обучения и развития - 59%;

Как показали результаты опроса, по мнению медицинского персонала, кадровое планирование влияет на все предложенные варианты-критерии системы управления персоналом. То есть кадровое планирование должно быть обязательным элементом во всех сферах системы менеджмента в медицинской организации. И речь идет не о простом составлении планов, а о планах, которые подкреплены соответствующей аналитической работой, результатами исследований как рынка труда, так и внутренней среды медицинской организации. На наш взгляд, комплексная годовая оценка эффективности медицинского персонала, а также мониторинг медицинского рынка могут быть хорошей базой для составления кадровых планов.

На последний вопрос «Какую бы Вы дали общую оценку системе кадрового планирования в Вашей поликлинике?» были получены следующие результаты:

- Высокоэффективную - 10,2%;
- Скорее, высокоэффективную - 13,6%;
- С умеренной эффективностью - 37,5%;
- Скорее, низкоэффективную - 15,9%;
- Низкоэффективную - 12,5%;

- Отсутствует - 10,2%.

Большинство респондентов считают, что кадровое планирование в поликлинике существует, но функционирует со средней эффективностью. Это говорит о том, что существуют направления планирования, по которым либо внедрять практику планирования, либо проводить мероприятия по их совершенствованию.

На 2020 год в исследуемой поликлинике работало 1559 сотрудников: в 2017 году - 1421 человека, в 2018 году - 1397 человека, в 2019 году - 1406 человека. То есть количество сотрудников увеличилось, что повлияло на рост укомплектованности поликлиники необходимыми работниками (таблица 2).

Таблица 2 показывает, что в 2020 году было достигнуто максимальное значение показателя укомплектованности персоналом - 87%. Наименьшее значение было в 2016 году - 77%. Увеличение, на взгляд автора, обусловлено увеличением сумм заработной платы медицинского персонала как в рамках общей тенденции роста, так и в результате внедрения надбавок за работу с больными коронавирусной инфекцией. Рост наблюдается по всем категориям медицинского персонала, а также прочих работников, занятых в хозяйственных подразделениях. Рост заработных плат (помимо ковидных надбавок) был обеспечен предоставлением государственным больницам самостоятельно определять порядок оплаты труда. Вместе с этим, необходимо отметить, что в планах ГП №10 стоит укомплектованность на 100% и она не была достигнута в течении всего исследуемого периода, что негативно характеризует систему планирования.

На укомплектованность персонала оказывает влияние качество планирования работ по набору и отбору персонала. Отбор, подбор и прием на работу персонала в ГП №10 - это один из главных элементов системы управления медицинским персоналом. Данный объем работы в ГП №10 возглавляет и координирует кадровое подразделение. [8]

Анализ работы кадрового подразделения ГП №10 показал, что его специалисты не осуществляют мониторинг рынка труда, не имеют возможности составлять планы и прогнозы, не выявляют целевые группы потенциальных и эффективных кандидатов. Тем самым, отсутствие адресности поиска обрекает кадровиков на рутинную работу, связанную с потерей средств и времени.

В ГП №10 используются и достаточно упрощен-

Таблица 2 - Укомплектованность ГП №10 персоналом в 2016-2020 гг., %

Наименование	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год
АУП	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Врачебный персонал	81,0%	69,0%	70,0%	71,1%	79,2%
Средний медицинский персонал	74,0%	90,0%	87,0%	86,0%	91,0%
Младший медицинский персонал	76,0%	81,0%	81,0%	81,1%	93,0%
Прочий персонал	77,0%	81,0%	75,0%	73,0%	84,0%
ВСЕГО по ГП №10	77,0%	82,0%	80,0%	80,0%	87,0%

Примечание: составлено по данным источника [4]

ные методики набора и отбора персонала. Так, процедура отбора персонала на вакантные должности упрощена до использования двухуровневой системы. На первом этапе рассматривается резюме, в котором указываются основные качества и опыт работы претендента. На втором этапе проводится собеседование, по результатам которого принимается решение о приеме на работу.

Таким образом, работ по планированию и прогнозированию в сфере набора и отбора персонала не проводится. Возможно, в этом заключается проблема недоукомплектованного медицинского персонала в течение всего исследуемого периода.

Вместе с этим, ГП №10 укомплектована медицинскими работниками с высокой категорией (таблица 3). Таблица 3 показывает, что количество врачебного персонала и среднего медицинского персонала с высшей категорией увеличивается на протяжении всего исследуемого периода, что, с одной стороны, положительно характеризует уровень управления человеческими ресурсами, но с другой стороны темпы роста незначительны. Более того, последние три года изменений практически нет по первой и второй категориям.

Существующая система кадрового планирования может быть причиной высокой текучести кадров (таблица 4). Как показывает таблица 4, количество уволенных сокращается, что положительно отражается на показателях текучести кадров в 2020 году

Показанная на рисунке 1 динамика снижения текучести кадров недостаточна, так как нормальным показателем является значение в 5-7% в год. Снижение текучести кадров при тяжелых условиях труда, на наш взгляд, обусловлена как высоким моральным духом сотрудников поликлиники, так и в целом тяжелой экономической ситуацией в стране, когда найти другую работу достаточно сложно, как и мигрировать по территории страны. Руководство поликлиники, в соответствии с принятым стратегическим планом развития ГП №10, на взгляд автора, может улучшать показатель текучести кадров за счет совершенствования системы кадрового планирования. (Рисунок 1)

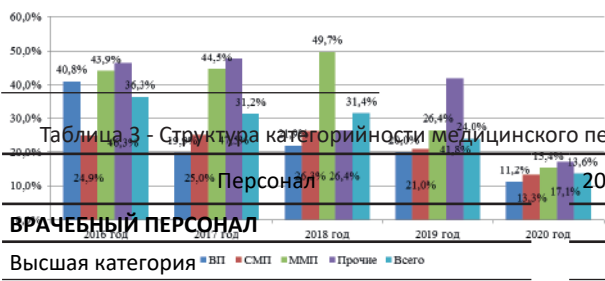
Рисунок 1 - Динамика текучести кадров в ГП №10 за 2016-2020 годы, %

Далее рассмотрим, насколько уровень кадрового планирования в ГП №10 влияет на систему обучения и развития медицинского персонала.

ГП №10 ведет работы по тематическому повышению квалификации медицинских кадров (таблица 5).

Как показано в таблице 5, количество медицинского персонала по тематическому повышению квалификации не имеет определенной тенденции увеличения или сокращения. То есть простым трендовым методом планировать данные работы нельзя. Потребность определяется только на основе заявок руководителей подразделений, а также оценке самого кадрового подразделения. Работ по планированию обучения и развития, как таковых, не проводится. Составляется только календарный план будущих мероприятий в сфере обучения и развития. То есть план основывается на потребностях поликлиники только на основе запросов руководителей. Исключение из участия планирования работников, на наш взгляд, негативно влияет на результативность всего процесса. Саму эффективность системы обучения и развития проанализировать достаточно сложно, так как оценка эффективности пройденных курсов ведется по факту получения сертификата или результатам итогового тестирования. После прохождения обучения работники не оцениваются. То есть нет информации насколько полезным оказался процесс обучения, насколько хорошо идет процесс передачи новых знаний и навыков коллегам по поликлинике, насколько сам работник доволен прошедшими образовательными развивающимися мероприятиями. [9]

Считаем, что необходимо наладить систему кадрового планирования по повышению уровня теоретических знаний, освоению практических навыков, подготовительной работе к аттестации на квалификационную категорию, на участие в иных образовательных и развивающих мероприятиях. Это будет способствовать своевременной подготовке и непрерывному профессиональному развитию кадров, что будет положительным для системы кадрового планирования. Основная цель кадровой политики должна состоять в развитии системы управления кадровым потенциалом, основанный на рациональном планировании под-



	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год
ВРАЧЕБНЫЙ ПЕРСОНАЛ	237	220	202	213	218
Высшая категория	102	98	102	116	121
Первая категория	52	53	41	41	42
Вторая категория	83	69	59	56	55
СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ	257	247	248	261	278
Высшая категория	108	106	121	129	132
Первая категория	74	48	47	51	61
Вторая категория	75	93	80	81	85

Примечание: составлено по данным источника [4]

Таблица 4 - Динамика уволенных и принятых работников за 2016-2020 годы, человек

Персонал	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год
Уволено	484	444	439	337	212
Врачебный персонал	147	61	68	63	42
Средний медицинский персонал	119	146	152	122	87
Младший медицинский персонал	156	170	185	101	59
Прочие	62	67	34	51	24
Принято	467	463	436	376	319
Врачебный персонал	71	66	67	72	68
Средний медицинский персонал	111	165	149	135	125
Младший медицинский персонал	199	182	170	128	101
Врачебный персонал	86	50	50	41	25

Примечание: составлено по данным источника [4]

готовки, переподготовки, повышении квалификации кадров, использовании современных образовательных технологий и эффективных мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить поликлинику персоналом, способным на высоком профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской и профилактической помощи населению [10].

Также по результатам проведенного исследования автором составлен SWOT-анализ практики кадрового потенциала ГП №10 (таблица 6)

Обсуждение

В результате проведенных исследовательских работ были доказаны альтернативные гипотезы, которые подтверждали наличие взаимосвязи между показателями кадровой работы в ГП №10 и эффективностью (полнотой) организации работ по планированию и прогнозированию.

Так, в результате анкетирования было подтверждено, что:

- сотрудники кадрового подразделения ГП №10 не составляют планы мероприятий, способствующих реализации конкретных целей каждого медицинского работника;

- по каждому медицинскому работнику в ГП №10 не определяются цели, вытекающие из кадровых задач и кадровой стратегии;

- планирование мероприятий по набору в кадровый резерв не является эффективным инструментом системы управления;

- плана работ по отбору и набору персонала практически не существует, мероприятия проводятся вне планирования, иногда с изменениями сроков, что ведет к низкой эффективности выполнения поставленных целей и задач по укомплектации поликлиники

медицинским персоналом;

- случаются факты, когда медицинский персонал узнает о своем участии в предстоящих мероприятиях по обучению и развитию за день-два до самого мероприятия, то есть при отсутствии планирования, информирование производится по факту.

Проведенное исследование дало возможность подтвердить

- альтернативную гипотезу Н1 - Уровень кадрового планирования в ГП №10 влияет на текучесть медицинского персонала. Кадровое планирование является основой системы управления персоналом. Игнорирование или неэффективное исполнение работ по планированию и прогнозированию негативно отражается как на системе управления персоналом, так и на атмосфере в самом коллективе. Аналитические работы по исследованию проблем внутренней среды поликлиники, выявление проблемных зон, а также прогнозирование тех или иных явлений с последующей разработкой мер совершенствования оказало бы положительное влияние на уровень текучести кадров в поликлинике. Если несколько лет назад низкий уровень оплаты труда был основным фактором высокой текучести кадров, то с изменением системы оплаты труда, причиной может быть только неэффективная организация кадровой работы, в том числе и кадрового планирования набора и отбора персонала, прогнозирования рынка труда, составления планов по формированию резервов и пр.

- альтернативную гипотезу Н2 - Уровень кадрового планирования в ГП №10 влияет на укомплектованность и категоричность медицинского персонала. Как и по предыдущей гипотезе, были рассмотрены все факторы, влияющие на уровень укомплектованности и категоричности медицинского персонала. И наибо-

Таблица 5 - Динамика работ по тематическому повышению квалификации медицинских кадров за 2018-2020 годы

	2018 год	2018 год	2019 год	2019 год	2020 год	2020 год
	план	факт	план	факт	план	факт
Врачи	33	100%	46	100%	25	30-120%
Медсестры	47	100%	65	100%	44	55-125%

Примечание: составлено по данным источника [4]

Таблица 6 - SWOT-анализ системы кадрового планирования ГП №10

<p>Сильные стороны</p> <ul style="list-style-type: none"> - стабильное финансовое положение с тенденцией увеличения расходов на оплату труда; - положительное влияние политических факторов - общая государственная поддержка развития медицинских организаций; - рост медицинского персонала с высшей категорией; - высокий уровень материально-технического обеспечения поликлиники; - большой перечень предоставляемых медицинских услуг; - меры по совершенствованию системы управления ГП №10. <p>Возможности</p> <ul style="list-style-type: none"> - законодательное закрепление обязательности работ в рамках кадрового планирования; - развитие научных исследований в сфере кадрового планирования; - разработка и внедрение системы кадрового планирования по медицинскому персоналу с привлечением как зарубежных методов, так и специалистов для обмена опытом. 	<p>Слабые стороны</p> <ul style="list-style-type: none"> - низкая активность планирования на рынке платных услуг; - реформы по кадровому планированию на начальной стадии реализации; - сохраняется высокий уровень текучести кадров; - недостаточный уровень автоматизации и цифровизации кадрового планирования; - отсутствие опыта проведения аналитических работ по созданию базы для планирования на системном уровне; - небольшой опыт в сфере стратегического планирования; - отсутствует практика по большинству методов кадрового планирования. <p>Угрозы</p> <ul style="list-style-type: none"> - увеличение оттока медицинского персонала в другие медицинские организации города; - срывы поставок лекарственных препаратов, расходных материалов и пр.; - ухудшение эпидемиологической ситуации в Республике Казахстан; - возникновение врачебных инцидентов.
---	---

Примечание: составлено автором

лее сильным фактором является организация труда медицинских работников, организация планирования процесса повышения категории. Вместе с этим, в поликлинике отсутствует практика составления индивидуальных планов обучения и развития медицинского работника, нет совместной работы с медицинским персоналом по составлению планов карьерного роста. То есть это все работа в сфере планирования и прогнозирования. Соответственно, если эта работа не ведется, то она является основной причиной проблем в части укомплектованности и категоричности медицинского персонала;

- альтернативную гипотезу Н3 - Уровень кадрового планирования в ГП №10 влияет на систему обучения и развития медицинского персонала. По каждому элементу системы обучения и развития необходимо составлять планы, отчеты, проводить исследования (анкетирование, опрос, интервьюирование). Оценка потребностей в обучении и развитии, планирование образовательных и развивающих мероприятий должно быть стержневым направлением работы кадровых подразделений, но этого в исследуемой поликлинике не было выявлено.

- альтернативную гипотезу Н4 - Уровень кадрового планирования в ГП №10 влияет на корпоративную культуру поликлиники. Данная гипотеза может считаться подтвержденной по результатам доказательства трех предыдущих.

Считаем, что основной причиной проблем низкого уровня организации кадрового планирования и прогнозирования являются некорректно поставленные стратегические цели.

Автором предлагаются следующие дополнения и корректировки в части целеполагания и определения критериев оценки в стратегическом плане до 2025 года:

- по цели 1.1 Совершенствование системы управления, ориентированной на достижение устойчивого развития, дополнить количественными критериями

оценки эффективности работ, а именно: количество описанных управленческих процедур, количество оптимизированных управленческих процедур, процент ускорения по реализации управленческих процедур;

- по цели 1.2 Совершенствование системы управления, ориентированной на достижение стабильных финансовых показателей: 1) по показателям среднемесячной заработной платы ввести целевой индикатор не в национальной валюте, а в темпах роста по отношению к предыдущему периоду; 2) также необходимо ввести расчет индекса Джини, который даст возможность определять справедливость распределения фонда оплаты труда;

- по цели 2.1 Оказание СМП и ВТУ, внедрение инноваций предлагается дополнить индикаторы оценки следующими позициями: удовлетворенность пациентов (разработать простую анкету); доходность внедренных инноваций (в номинальном и коэффициентном значениях);

- по цели 3.1 Совершенствование системы непрерывного профессионального образования и развития медицинских работников предлагаются следующие индикаторы оценки: 1) доля сотрудников поликлиники, прошедших образовательные или развивающие мероприятия; 2) процент удовлетворенности участием в образовательных и развивающих мероприятиях; 3) количество образовательных и обучающих мероприятий проведенных как в стенах поликлиники без отрыва от выполнения основных функций, так и с выездом за пределы поликлиники;

- по цели 4.1 Эффективное использование основных средств предлагается включить следующие индикаторы: 1) процент использования медицинской техники (загруженность); 2) количество поломок в соответствии с заводским браком и в результате некорректного использования 3) процент простаивающего оборудования по которому не найдены необходимые специалисты;

- по цели 4.4 Совершенствование научной дея-

тельности предлагается включить следующие индикаторы: 1) количество опубликованных результатов по научным исследованиям; 2) количество текущих научно-практических исследований.

Выводы

Таким образом, при реализации данного предложения стратегический план до 2025 года не только обретет больше смысловой нагрузки, но и определит необходимые направления кадрового планирования,

по которым необходимо работать управленческой команде, снизит риски манипуляции показателями целевых индикаторов, а также образует четкую связь между операционными и стратегическими целями и задачами поликлиники. В данном исследовании была достигнута цель, найдены ответы на поставленные вопросы и доказаны альтернативные гипотезы в сфере кадрового планирования медицинского персонала.

Приложение А

Анкета

I. Информация о респонденте:

1. К какой категории работников Вы относитесь?

- врачебный медицинский персонал;
- средний медицинский персонал;
- младший медицинский персонал;
- прочий медицинский персонал.

2. Какой уровень вашей медицинской категории?

- высшая категория;
- первая категория;
- вторая категория;
- без категории.

II. Оценка системы кадрового планирования

3. Просим оценить утверждения в таблице по пятибалльной шкале по степени «согласия» или «несогласия», где 1 - полностью не согласен, 2 - не согласен, 3 - затрудняюсь ответить, 4 - согласен, 5 - полностью согласен

№ п/п	Утверждение	Балл
1	Поликлиника обеспечена необходимой количественной и качественной трудовой эффективностью в надлежащем месте и в надлежащее время, требуемой для достижения целей ГП №10	
2	В ГП № 10 созданы все возможности должностного и профессионального продвижения медицинских работников	
3	В ГП № 10 созданы все условия для осуществления эффективной трудовой деятельности	
4	По каждому медицинскому работнику в ГП №10 определены цели, вытекающие из кадровых задач и кадровой стратегии	
5	Кадровое подразделение составляет план мероприятий, способствующих реализации конкретных целей каждого медицинского работника	
6	Планирование мероприятий по набору в кадровый резерв является эффективным инструментом системы управления	
7	План работ по отбору персонала проходит в срок и выполняет все поставленные цели и задачи по укомплектации поликлиники медицинским персоналом	
8	Медицинский персонал заранее знает о предстоящих мероприятиях по обучению и развитию	
9	Медицинский персонал заранее знает о предстоящих мероприятиях по аттестации, переаттестации, повышению квалификации	
10	Новое медицинское оборудование полностью обеспечено работниками с необходимой квалификацией и опытом работы на данном оборудовании	

4. Сталкиваетесь ли Вы лично с проблемами кадрового планирования?

- Да, сталкиваюсь и часто, например;
- Сталкиваюсь, но редко, например;
- Не сталкиваюсь, например.

5. Просим выделить, на какие показатели системы управления кадрами, по Вашему мнению, влияет качество кадрового планирования?

- укомплектованность штата;
- категорированность медицинского персонала;
- уровень текучести кадров;

- удовлетворенность персонала;
- стабильность карьерного роста;
- эффективность обучения и развития;
- другое.

6. Какую бы Вы дали общую оценку системе кадрового планирования в Вашей поликлинике?

- Высокоэффективную;
- Скорее, высокоэффективную;
- С умеренной эффективностью;
- Скорее, низкоэффективную;
- Низкоэффективную;
- Отсутствует.

Спасибо за ответы!

Список литературы:

1. Тосекбаев ҚД. Как остановить отток кадров из Казахстана. 2020. <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-50-44/smi-onas/1960-kak-ostanovit-ottok-meditsinskikh-kadrov-iz-kazahstana> Tosekbaev KD. *Kak ustanovit ottok kadrov iz Kazahstana. 2020. http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-50-44/smi-onas/1960-kak-ostanovit-ottok-meditsinskikh-kadrov-iz-kazahstana (In Russian)*
2. Ишекенова Б. В Казахстане критически не хватает врачей. 2021. <https://ism.kz/kriticheskaya-nehvatka-v-kazahstane-nedostatochno-vrachej-i-inzhenerov> İşekenova B. *V Kazahstane kriticheski ne hvataet vrachei. 2021. https://ism.kz/kriticheskaya-nehvatka-v-kazahstane-nedostatochno-vrachej-i-inzhenerov (In Russian)*
3. Омеляновский ВВ, Безденежных ТП, Алхасов ТГ, Лукьянцева ДВ. Международный опыт планирования кадровых ресурсов здравоохранения. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2019;(3):32–45. DOI: 10.31556/2219-0678.2019.37.3.032-045 Omeljanovskij VV, Bezdeneznyh TP, Alhasov TG, Lukjanseva DV. *Mejdunarodnyi opyt planirovania kadrovyyh resursov zdavoohranenija. Medisinskie tehnologii. Osenka i vybor. 2019;(3):32–45. DOI: 10.31556/2219-0678.2019.37.3.032-045 (In Russian)*
4. Турумбетова ТБ, Мусина ГА и Кабдуллина ММ. Методы планирования, прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения. Методические рекомендации. Астана: РЦРЗ, 2015. Turumbetova TB, Musina GA i Kabdullina MM. *Metody planirovanija, prognozirovanija kadrovyyh resursov zdavoohranenija. Metodicheskie rekomendacii. Astana: RSRZ, 2015. (In Russian)*
5. Койков ВВ, Турумбетова ТБ, Жашкенова НС, и др. Методы планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения в условиях обязательного социального медицинского страхования. Методические рекомендации. Астана: РЦРЗ, 2016. Koikov VV, Turumbetova TB, Jaşkenova NS, i dr. *Metody planirovanija i prognozirovanija kadrovyyh resursov zdavoohranenija v usloviah obязatelnogo sosiálnogo medisinskogo strahovanja. Metodicheskie rekomendacii. Astana: RSRZ, 2016. (In Russian)*
6. https://polikliniki.kz/ru/catalog/astana-10-gorodskaya-poliklinika_55/
7. Управленческая отчетность ГП №10. Нур-Султан, 2021. *Upravlencheskaia ochetnost GP №10. Nur-Sultan, 2021. (In Russian)*
8. https://stat.gov.kz/region/268012/statistical_information/industry/7161
9. Управленческий отчет «Информация о структуре расходов ГКП на ПВХ «Городская поликлиника №10» акимата г.Нур-Султан». Нур-Султан, 2021. *Upravlencheski ochet «Informacia o strukture rashodov GKP na PHV «Gorodskaja poliklinika №10» akimata g.Nur-Sultan». Nur-Sultan, 2021. (In Russian)*
10. Speziale G. Strategic management of a healthcare organization: engagement, behavioural indicators, and clinical performance. *European Heart Journal Supplements. 2015;17(suppl_A):A3-A7 P. DOI: 10.1093/eurheartj/suv003*

РОЛЬ СПИРОМЕТРИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.А. ЕГЕМБЕРДИЕВА

Ассоциация семейных врачей Казахстана, Алматы, Казахстан

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Yegemberdiyeva AA. The role of spirometry in the differential diagnosis of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the practice of a family physician: a case study. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):97-100

Егембердиева А.А. Отбасылық дәрігер тәжірибесінде астма және өкпенің созылмалы обструктивті ауруының дифференциалды диагностикасында спирометрияның рөлі: клиникалық жағдай. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):97-100

Егембердиева А.А. Роль спирометрии в дифференциальной диагностике астмы и хронической обструктивной болезни легких в практике семейного врача: клинический случай. West Kazakhstan Medical journal. 2022;64(2):97-100

The role of spirometry in the differential diagnosis of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the practice of a family physician: a case study
A.A. Yegemberdiyeva

Association of Family Physicians of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan

Differential diagnosis of asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at the primary health care level can be difficult. This article presents a clinical case of a 68-year-old patient with undiagnosed and untreated asthma, whose diagnosis was established after spirometry with a bronchodilator test. Interpretation of spirometry parameters (FEV1/FVC, increase in FEV1 after bronchodilator) made it possible to exclude the previously established diagnosis of COPD. This case indicates the need to introduce spirometry into the routine practice of a family doctor.

Keywords: *asthma, COPD, spirometry, FEV1/FVC, bronchial obstruction primary, health care*

Отбасылық дәрігер тәжірибесінде астма және өкпенің созылмалы обструктивті ауруының дифференциалды диагностикасында спирометрияның рөлі: клиникалық жағдай

Егембердиева А.А.

Қазақстанның отбасылық дәрігерлер қауымдастығы, Алматы, Қазақстан

Денсаулық сақтаудың бастапқы деңгейінде астма және созылмалы обструктивті өкпе ауруын (ӨСОА) дифференциалды диагностикалау қиын болуы мүмкін. Спирометрия көрсеткіштерін түсіндіру (МДШК1/ӨМӨС, бронхолитиктен кейінгі МДШК1 өсуі) бұрын белгіленген ӨСОА диагнозын алып тастауға мүмкіндік берді. Бұл жағдай отбасылық дәрігердің күнделікті тәжірибесіне спирометрияны енгізу қажеттілігін көрсетеді.

Негізгі сөздер: *астма, ӨСОА, спирометрия, МДШК1/ӨМӨС (мәжбүрлі дем шығару көлемі, өкпенің мәжбүрлі өмірлік сыйымдылығы), бронхиальды обструкция, алғашқы медико-санитарлық көмек*

Роль спирометрии в дифференциальной диагностике астмы и хронической обструктивной болезни легких в практике семейного врача: клинический случай

А.А. Егембердиева

Ассоциация семейных врачей Казахстана, Алматы, Казахстан

Дифференциальная диагностика астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на уровне первичного звена здравоохранения может быть затруднительна. В данной статье приведен клинический случай пациентки 68 лет, с недиагностированной и нелеченой астмой, диагноз которой был установлен после проведения спирометрии с пробой на бронхолитик. Интерпретация показателей спирометрии (ОФВ1/ФЖЕЛ, прирост ОФВ1 после бронхолитика) позволили исключить установленный ранее диагноз «ХОБЛ». Данный случай свидетельствует о необходимости внедрения спирометрии в рутинную практику семейного врача.

Ключевые слова: *астма, ХОБЛ, спирометрия, ОФВ1/ФЖЕЛ, бронхиальная обструкция, первичная медико-санитарная помощь астма, ХОБЛ, спирометрия,*



F.
e-mail: f

Received/
Келін түсті/
Поступила:
14.03.2022

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
04.05.2022

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

Введение

В настоящее время, когда распространенность астмы и ХОБЛ высоко распространена в Казахстане [1, 2] роль семейного врача в диагностике этих заболеваний является ключевой. Однако астма и ХОБЛ могут иметь схожую симптоматику. Это кашель с мокротой, одышка при физической нагрузке, хрипы в грудной клетке, ощущение нехватки воздуха. Семейному врачу не всегда удается разграничить эти заболевания на основании только анализа жалоб, симптомов или с помощью опросников. Своевременно установленный диагноз, как известно, предопределяет правильное лечение и положительный прогноз заболевания.

Показано, что проведение спирометрии врачами ПМСП улучшает не только ранее выявление, но и дифференциальную диагностику астмы и ХОБЛ [3, 4]. Однако в нашей стране этот метод исследования не всегда используется семейными врачами. Причинами тому служит ряд проблем. Это низкая доступность спирометров в ПМСП, недостаточность должных знаний и навыков проведения этого исследования у семейных врачей, нехватка кадров и рабочего времени на местах и др. Также среди медицинских работников имеет место предубеждение, что спирометрия является прерогативой только специалистов по функциональной диагностике-пульмонологов. В результате этого врачи первичного звена недостаточно применяют спирометрию для диагностики бронхообструктивных заболеваний, что приводит к диагностическим ошибкам, и как следствие, неправильному лечению, влекущее за собой отсутствие должного эффекта или осложнения заболеваний.

Ниже приводится описание клинического случая, когда на основании анализа спирометрии пожилой пациентке удалось установить правильный диагноз и откорректировать лечение.

Методы

Описание клинического случая - Case Report: история болезни пациентки Л., 68 лет, пенсионерки, жительницы г. Алматы.

Жалобы на периодический кашель с выделением слизистой мокроты, одышку при физической нагрузке, периодически ощущение нехватки воздуха и свисты в грудной клетке.

Анамнез заболевания: впервые данные симптомы появились около 6-ти лет назад. Симптомы возникают при физической нагрузке, иногда в ночное время. Симптомы отмечаются практически ежедневно в течение круглого года, ухудшение - в осенне-зимний период. Состоит на Д.учете в поликлинике по месту жительства с диагнозом «ХОБЛ, тяжелое течение». В связи с этим, по назначению врача получала тиотропия бромид 18 мкг однократно в сутки, сальбутамол

по потребности.

Анамнез жизни: из сопутствующих заболеваний страдает артериальной гипертонией (АГ), желчнокаменной болезнью. По поводу АГ получает амлодипин 5 мг, индапамид 1,25 мг. Аллергоанамнез спокойный. Наследственность: у матери АГ. В прошлом работала учителем в школе. Вредных привычек не имеет, пассивному курению не подвержена. Проживает в экологически неблагоприятном районе г.Алматы, в частном доме, отопление в доме – газовое.

Данные объективного осмотра: кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. ИМТ 38,7. Грудная клетка обычной формы. ЧД 18. В легких дыхание ослаблено за счет выраженной подкожно-жировой клетчатки, в покое хрипов нет, но при форсированном выдохе выслушиваются сухие хрипы по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД на обеих руках 140/80 мм рт.ст. Пульс 80 в 1 минуту.

Данные лабораторного обследования (общий анализ крови, мочи, сахар, гликозилированный гемоглобин, АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин) без отклонений от нормы.

Рентген грудной клетки: заключение – хронический бронхит. На ЭКГ ритм синусовый, правильный, горизонтальная электрическая ось сердца.

На приеме пациентке была проведена спирография с пробой на бронхолитик. Пациентка была заранее предупреждена об отмене принимаемых ею ингаляторов перед исследованием. В качестве бронхолитика при проведении спирометрии использовался сальбутамол 100 мкг в одной дозе. Согласно рекомендациям Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [5], пациентка последовательно вдохнула 4 дозы препарата через спейсер. До и через 20 минут после бронхолитика было проведено по 8 маневров форсированного выдоха. Из них спирометр автоматически отбирал по 3 оптимальных воспроизводимых кривых. Нами использовался портативный спирометр Easy On –Pc.

Результаты и обсуждение

Согласно международным и отечественным клиническим протоколам [5, 6], критерием ХОБЛ является спирометрический показатель $ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7$ после бронхолитика. Нормальные значения данного показателя после бронхолитика позволяют исключить ХОБЛ. Ниже приводится спирограмма данной пациентки.

По данным спирографии, у пациентки $ОФВ1/ФЖЕЛ$ до и после ингаляции бронхолитика в пределах нормы (0,7-0,8). Однако, согласно ATS/ERS [7], до бронхолитика по $ОФВ1$ (60% от должных) и $ФЖЕЛ$ (57% от должных значений) отмечалась обструкция средней степени. За счет снижения обоих этих показателей, соотношение $ОФВ1/ФЖЕЛ$ и оказалось в нор-

Parameter	Pred	LLN	Best			%Pred	Best			%Pred	%Chg
			Trial 5	Trial 6	Trial 4		Trial 6	Trial 2	Trial 4		
FVC [L]	2.53	1.68	1.45*	1.35*	1.23*	57	1.80	1.76	1.74	71	24*
FEV1 [L]	1.80	1.03	1.08	1.05	1.05	60	1.43	1.37	1.31	79	32*
FEV1/FVC	0.722	0.610	0.743	0.778	0.858	103	0.791	0.779	0.756	110	7
FEF25-75% [L/s]	2.17	0.86	0.82*	0.89	1.08	38	1.24	1.14	1.01	57	51
PEF [L/s]	-	-	3.22	2.67	2.58	-	4.19	4.08	3.82	-	30
FET [s]	-	-	4.3	2.7	2.8	-	6.3	6.3	6.8	-	47
Session Quality	Pre	B (FEV1 Var=0.03L (2.7%); FVC Var=0.10L (7.1%))									
	Post	A (FEV1 Var=0.06L (4.0%); FVC Var=0.05L (2.5%))									
System Interpretation	Pre	Normal Spirometry									
	Post	Normal Spirometry									
Overall Syst. Interpret.	Significant pre - post change										

* Indicates value outside normal range or significant post change.

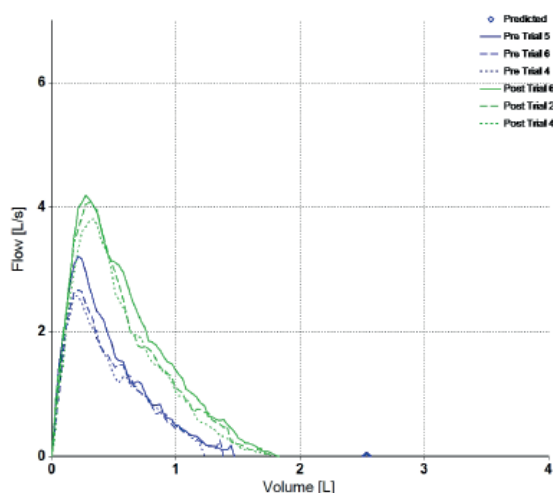


Рис.1. Спирограмма пациентки Л. 68 лет с результатом пробы с бронхолитиком

ме. После ингаляции бронхолитика замечен заметный прирост ФЖЕЛ (на 24%) и, особенно, ОФВ1 – на 32%. Это говорит о значимой обратимости бронхиальной обструкции. На основании данных спирометрии пациентке был исключен диагноз ХОБЛ, выставлен диагноз «астма, неконтролируемая форма» и назначено лечение в соответствии со ступенчатой схемой рекомендованной Global Initiative for Asthma - GINA [8, 9]. Это будесонид/формотерол 160/4,5 мкг по 2 дозы 2 раза в день, разъяснена техника ингаляции.

Как видно, у данной пациентки проявления астмы действительно были схожими с ХОБЛ. Это характерные постоянные симптомы, отсутствие четкой сезонности заболевания и аллергии в прошлом, пожилой возраст начала заболевания. Однако по анамнезу у пациентки отсутствуют факторы риска развития ХОБЛ (курение, длительная экспозиция к продуктам сгорания топлива), что больше свидетельствует пользу астмы. Ну и, конечно же, окончательный диагноз оказался возможным после проведения спирографии

с пробой на бронхолитик, выполненной и интерпретируемой в соответствии с рекомендациями GOLD.

Также следует отметить, что пациентка, наблюдаясь у участкового врача с диагнозом «ХОБЛ», не получала должной базисной терапии астмы. Видимо, это и послужило причиной перманентного течения симптомов. Уже через месяц после назначенного нами лечения пациентка почувствовала значительное облегчение симптомов.

Заклучение

На примере данного случая показана важная роль спирометрии в установлении правильного диагноза на уровне ПМСП. Необходимо выполнять спирометрию с обязательным проведением пробы на бронхолитик у каждого пациента с симптомами бронхиальной обструкции. Усилия должны быть направлены на обучение семейных врачей технике выполнения и интерпретации спирометрии, на доступность портативных спирометров в первичном звене здравоохранения.

Список литературы:

1. Nugmanova D, Feshchenko Yu, Iashyna L, Gyryna O, Malynovska K, Mammadbayov E, Akhundova I, Nurkina N, Tariq L, Makarova J, Vasylyev A. The prevalence, burden and risk factors associated with chronic obstructive pulmonary disease in Commonwealth of Independent States (Ukraine, Kazakhstan, Azerbaijan): results of the CORE study. *BMC Pulm Med.* 2018;18(1):26. DOI: 10.1186/s12890-018-0589-5
2. Жуков ОС. Скрининг бронхиальной астмы среди населения центрального района города Алматы. Алматы, 2010. *Jukov OS. Skrining bronhiälnoi astmy среди naselenia senträlnogo raiona goroda Almaty. Almaty, 2010. (In Russian)*
3. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, et al. Global burden of COPD: systematic review and meta analysis. *Eur Respir J.* 2006;28(3):523–532. DOI: 10.1183/09031936.06.00124605
4. Price D, Crockett A, Arne M., Garbe B, Jones R, et al. Spirometry in primary care case identification, diagnosis and management of COPD. *Primary Care Respiratory Journal.* 2009;18(3):216–223. DOI: 10.4104/pcrj.2009.00055
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention. Updated 2021. <https://goldcopd.org/>
6. Клинический протокол диагностики и лечения. Хроническая обструктивная болезнь легких. МЗ РК, 2016 г. *Klinicheski protokol diagnostiki i lechenia. Hronicheskaia obstruktivnaia bolezn legkih. MZ RK, 2016 g. (In Russian)*
7. Hegewald MJ, Collingridge DS, De Cato TW, Jensen RL, Morris AH. Airflow Obstruction Categorization Methods and Mortality. *Ann Am Thorac Soc.* 2018;15(8):920–925. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201802-1040C
8. Клинический протокол диагностики и лечения. Бронхиальная астма. МЗ РК, 2018. *Klinicheski protokol diagnostiki i lechenia. Bronhiälnaia astma. MZ RK, 2018. (In Russian)*
9. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Updated 2021. <https://ginasthma.org/pocket-guide-for-asthma-management-and-prevention/>

DOI: 10.24412/2707-6180-2022-64-101-104

УДК 61:37; 615.1:37

МРНТИ 76.75.33

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В РЕЗИДЕНТУРЕ

Т.О. АБУГАЛИЕВА, Б.А. АБЕУОВА, К.А. АЛИХАНОВА, А.Т. ТАКИРОВА, В.А. ЖАКИПБЕКОВА

Медицинский Университет Караганды, Караганда, Казахстан

Алиханова К.А. – <https://orcid.org/0000-0003-4254-2636>

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Abugaliyeva TO, Abeuova BA, Alikhanova KA, Takirova AT, Zhakipbekova VA. Methodological approaches to the evaluation of educational programs in residence. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):101-104

Абугалиева ТО, Абеуова БА, Алиханова КА, Такирова АТ, Жакипбекова ВА. Резидентурадағы білім беру бағдарламаларын бағалаудың әдістемелік тәсілдері. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):101-104

Абугалиева ТО., Абеуова БА., Алиханова КА., Такирова АТ., Жакипбекова ВА. Методические подходы к оценке образовательных программ в резидентуре. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):101-104

Methodological approaches to the evaluation of educational programs in residency

T.O.Abugaliyeva, B.A.Abeuova, K.A. Alikhanova, A.T.Takirova, V.A.Zhakipbekova Karaganda Medical University, Karaganda, Kazakhstan

The article presents materials on the system of monitoring and evaluation of the educational program in the specialty “Family Medicine”, which covers all aspects of the organization, implementation and evaluation of the educational program: information collection, development, approval of the program, organization and conduct of the educational process.

Keywords: residency, educational program, family medicine**Резидентурадағы білім беру бағдарламаларын бағалаудың әдістемелік тәсілдері**

Т.О. Абугалиева, Б.А. Абеуова, К.А. Алиханова, А.Т. Такирова, В.А. Жакипбекова

Қарағанды медицина университеті, Қарағанды, Қазақстан

Мақалада «Отбасылық медицина» мамандығы бойынша білім беру бағдарламасын бағалау мен оған мониторинг жүргізу жүйесі туралы мәлімет берілген. Ол білім беру бағдарламасының ұйымдастыру, жүзеге асыру, бағалаудың барлық аспектілерін, яғни мәлімет жинау, бағдарламаны ойластыру мен бекіту, оқу процесін ұйымдастыру мен өткізуді қамтиды.

Негізгі сөздер: резидентура, білім беру бағдарламасы, отбасылық медицина**Методические подходы к оценке образовательных программ в резидентуре**

Т.О. Абугалиева, Б.А. Абеуова, К.А. Алиханова, А.Т. Такирова, В.А. Жакипбекова

Медицинский Университет Караганды, Караганда, Казахстан

В статье представлены материалы о системе мониторинга и оценки образовательной программы по специальности «Семейная медицина», которая охватывает все аспекты организации, реализации и оценки образовательной программы: сбор информации, разработка, утверждение программы, организация и проведение учебного процесса.

Ключевые слова: резидентура, образовательная программа, семейная медицина**Введение**

Образовательная программа (ОП) - это единый комплекс основных характеристик образования, включающий цели, результаты и содержание обучения, организацию образовательного процесса, способы и методы их реализации, критерии оценки результатов обучения [1].

Всем известно, что оценка качества образовательных программ в целом направлена на обеспечение прозрачности деятельности образовательных учреждений; выделение лучших образовательных практик и улучшение качества профессионального образова-

ния. Оценка качества образования на программном уровне основывается на экспертной оценке степени соответствия программы определенным критериям. Конечно, образовательная программа должна соответствовать критериям качества в том, что касается ее целей, структуры и содержания, квалификации преподавательского состава, образовательных ресурсов, организации и управления программой [2, 3].

В НАО «Медицинский университет Караганды» (НАО «МУК») оценка ОП осуществляется в соответствии с положением об Академической политике НАО «МУК». Система мониторинга и оценки ОП по специ-

Абугалиева Т.О.
e-mail: Abugaliyeva@qmu.kzReceived/
Келін түсті/
Поступила:
08.04.2022Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
26.05.2022ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

альности «Семейная медицина» охватывает все аспекты организации, реализации и оценки ОП: сбор информации, разработка, утверждение ОП, организация и проведение учебного процесса, достижение конечных результатов обучения резидентов через рецензирование работодателями, через утверждение каталога элективных дисциплин, анализ результатов внешнего и внутреннего аудита образовательных программ и учебного процесса в вузе, анализ данных обратной связи от всех участников образовательного процесса и заинтересованных сторон.

В университете мониторинг реализации ОП осуществляется в рамках внутривузовского контроля при проведении аудита всех видов деятельности ППС и обучающихся, оценкой комиссий по обеспечению качества через рецензирование внешними и внутренними экспертами, через качество самой образовательной программы. Ежемесячно на заседаниях кафедры обсуждаются результаты мониторинга учебного процесса, выполнение учебного плана, результаты контроля качества учебного процесса (обсуждение практических занятий, лекций и др.). Мониторинг успеваемости и посещаемости осуществляют кафедры согласно расписанию занятий, с фиксированием данных в журнале; при отсутствии обучающихся или их задолженностях каждое 25 число месяца информируется Школа Р и ПР.

Важным механизмом оценки ОП является получение обратной связи от обучающихся (резидентов) путем анкетирования после каждой дисциплины. По результатам этих данных проводится корректировка стратегии ОП.

При разработке новой ОП и подаче заявки в уполномоченный орган учитывается обеспеченность и уровень квалификации ППС по данной специальности. При мониторинге ОП учитываются возможности университета, потребности системы здравоохранения, конечные результаты обучения резидентов. Кафедры предлагают дисциплины компонента по выбору в соответствии с потребностями практического здравоохранения. Представителями практического здравоохранения проводится экспертиза ОП на этапе ее рассмотрения и утверждения. По специальности «Семейная медицина» экспертами ОП являлись директор КГП «Поликлиника №1 г. Караганды» Разиева Р.С. и директор «ГП «Поликлиника №4 г. Караганды» Шайдарова С.Ж.

Качество ОП обеспечивают участники ее реализации: декан Школы, Руководитель ОП, координаторы модулей, ответственные за дисциплину, заведующие кафедр, преподаватели. Обеспечение оценки качества на уровне образовательной программы осуществляет Комиссия по обеспечению качества. Обеспечение оценки качества на институциональном уровне обеспечивает Отдел стратегического развития и управления качеством. С целью контроля и совершенствования качества ОП проводятся: 1) внутренние процедуры оценки качества (внутренний аудит); 2) результаты ПА, ИА, анкетирование обучающихся и вы-

пускников, отзыв работодателей, отзыв пациентов. 3) внешние процедуры оценки качества: аккредитация в соответствии с документированной процедурой «Организация подготовки к институциональной и специализированной аккредитации в НАО «МУК» и иные внешние проверки уполномоченными органами. Комиссия по обеспечению качества осуществляет внутренний аудит образовательной программы не реже 1 раза в 3 года.

В резидентуре для достижения цели оценка образовательных программ осуществляется с учетом миссии образовательных программ постдипломного образования (резидентуры) в соответствии с миссией Университета и заключается в качественной подготовке профессионалов, отвечающих требованиям национальной системы здравоохранения и международным стандартам через внедрение инновации в образование, науку и практику.

Перечень элективных дисциплин по специальности «Семейная медицина» согласовывается с представителями практического здравоохранения. Каталог элективных дисциплин (далее КЭД) располагается на студенческом портале. Количество часов компонента по выбору (элективных дисциплин), их соотношение с обязательными дисциплинами регламентированы ГОСО РК 2015.

Мониторинг процесса выполнения образовательной программы и прогресса обучающихся в Университете проводится на основании результатов успеваемости по дисциплинам, результатов анкетирования обучающихся и ППС, протоколов заседаний кафедр, Школы РИПР, актов проверок, отчетов председателей итоговой аттестации (выпуск по специальности резидентуры «Семейная медицина» в 2021 году составил 139 человек).

Подготовка и обучение резидентов проводится под контролем куратора и клинических наставников с регулярной оценкой и обратной связью. Клиническая работа резидентов во время обучения проводится под руководством клинических наставников, утвержденных приказом ректора НАО «МУК». Требования к квалификации клинического наставника отражены в Положении о резидентуре.

Показателями эффективности работы клинического наставника являются получение обучающимися врачебных навыков и компетенций по специальности, достижение качественной подготовки и эффективного распределения в соответствии с потребностями практического здравоохранения и прохождения независимой экзаменации.

Процесс обучения резидентов по специальности «Семейная медицина» направлен на продолжение клинической подготовки врача, приобретение и совершенствование им теоретических и практических умений и навыков при проведении комплексного обследования для диагностики заболеваний, освоение современных методов лечения больных, а также освоение методов функциональной, в объеме, необходимом для самостоятельной работы в условиях поликлиники и дневного

стационара. По достижению конечных результатов обучения, в соответствии с содержанием профилирующих дисциплин, образовательные программы обеспечивают овладение резидентами по специальности «Семейная медицина» практических навыков. Оценка учебных достижений резидентов проводится с помощью критериев, в соответствии с поставленными целями и задачами и присваиваемых квалификаций. Общее положение по оценке резидентов, отражается в курсах каждой дисциплины. После завершения экзамена по каждой дисциплине заполняется экзаменационная ведомость.

Выполняя индивидуальный учебный план, слушатели резидентуры, как одна из заинтересованных сторон, участвуют в контроле реализации ОП. Отчет о выполнении индивидуального плана резидент докладывает ежегодно в конце учебного года на заседании кафедры. На основании выбора элективной дисциплины и посредством обратной связи резиденты проводят оценку образовательной программы. Выбор элективных дисциплин приводит к повышению уровня индивидуального образовательного достижения, которое проявляется в подготовке к осознанному и ответственному выбору своей специальности, выработке у резидентов умений и способов деятельности, направленных на решение практических задач, создание условий для самообразования, формирование умений и навыков самостоятельной работы и самоконтроля своих достижений.

При определении цели и согласовании ОП по специальности «Семейная медицина» обязательно учитываются мнения представителей медицинских организаций, выступающих в качестве заинтересованных сторон. Каталог элективных дисциплин формируется с учетом мнений представителей практического здравоохранения, а также согласно траектории обучения по специальности. При составлении рабочих программ по элективным дисциплинам клинического направления обязательно учитывается изучение клинических протоколов.

Одним из важных условий непрерывного мониторинга и повышения качества учебного процесса является его коррекция на основе обратной связи с участием заинтересованных сторон.

В соответствии с «Положением об управлении образовательной программой НАО «МУК» (решение Правления 09.09.2020г. пр.14) качество ОП обеспечивают участники ее реализации: декан Школы Р и ПР, Руководитель ОП, координаторы модулей, ответственные за дисциплину, заведующие кафедр, преподаватели. Обеспечение оценки качества на уровне образовательной программы осуществляет Комиссия по обеспечению качества. Обеспечение оценки качества на институциональном уровне обеспечивает Отдел стратегического развития и управления качеством. С целью контроля и совершенствования качества ОП проводятся: 1. внутренние процедуры оценки качества (внутренний аудит); 2. внешние процедуры оценки качества: аккредитация в соответствии с доку-

ментированной процедурой «Организация подготовки к институциональной и специализированной аккредитации в НАО «МУК» и иные внешние проверки уполномоченными органами. ОП по специальности «Семейная медицина» внесена в реестр ОП ЕСУВО, что определяет ее положительную оценку внешними экспертами.

НАО «МУК» систематически проводит мониторинг удовлетворенности потребителей, предоставляемых образовательно-воспитательных, лечебно-диагностических и научно-исследовательских услуг (анкеты работодателей). При завершении каждой дисциплины резиденты заполняют анкеты "Анкета для обучающегося" (для улучшения качества образовательного процесса) и анкета "Преподаватель глазами обучающегося" заполняется резидентами по окончании каждой дисциплины.

Оценку качества проекта образовательной программы проводит Комиссия по обеспечению качества. Деятельность Комиссии по обеспечению качества регламентируется приложением 6 Положение об управлении образовательной программой. Проводится анализ удовлетворенности преподавания, выявляются слабые и сильные стороны, учитываются все ошибки, выявляются причины неудовлетворительных средних оценок. Разработана система мониторинга качества профессионального и личностного развития, качества социальной компетентности обучающихся. Мониторинг развития обучающихся проводится поэтапно и в таких направлениях: мониторинг качества развития обучающихся, по результатам которой проводится рейтинг в разрезе специальностей, курсов, модулей/дисциплин; мониторинг качества выпускников; мониторинг качества выпускников-специалистов.

После получения обратной связи (анкет) производится подсчет результатов с последующим анализом полученных данных и информированием на заседании кафедры, где решается и выносится решение для модификации образовательной программы.

Непосредственное руководство подготовкой резидентов осуществляется руководителем ОП по специальности резидентуры. ППС и клинический наставник несут солидарную ответственность в подготовке резидента и за результаты его обучения. Руководитель образовательной программы по специальности резидентуры, совместно с деканом Школы Р и ПР участвуют в разработке учебного плана программы резидентуры, образовательных траекторий, совместно с выпускающей кафедрой определяют ключевые компетенции выпускника резидентуры, конечные результаты обучения при согласовании с другими кафедрами, осуществляющими обучение резидентов.

Подготовка в резидентуре включает практическую работу в условиях клиники через приобретение соответствующего клинического/практического опыта на базах резидентуры соответствующих уровням оказания медицинской помощи по выбранной специальности. Подготовка резидентов для приобретения соответствующих клинических навыков осуществля-

ется непосредственно клиническими наставниками в учреждениях ПМСП. Результаты освоения клинических навыков, выполнение функциональных обязанностей врача ПМСП докладываются клиническими наставниками на совместных заседаниях ППС и клинических наставников, а также в оценке различных сторон деятельности резидента в оценочных листах и оценке Портфолио резидента, которые отражены в Формах резидентуры. Выездная резидентура проводится в центральных районных больницах, центральных больницах моно/малых городов, городских и областных клиниках.

Самостоятельная клиническая практика резидента оценивается клиническим наставником по оценочным листам, которые вкладываются в Портфолио резидента. На Портфолио также есть оценочный лист на каждый год обучения резидентуры, который также оценивается клиническим наставником.

Контроль качества клинической среды осуществляют клинические наставники на рабочих местах резидентов за выполнением функциональных обязанностей врачей через оценочные листы различных видов деятельности резидента, а также его портфолио с заслушиванием результатов деятельности резидента в конце учебного года на заседании кафедры. Контроль качества образовательной среды резидента осуществляется сотрудниками кафедры посредством текущей оценки на занятиях, сдачи промежуточной аттестации,

владение практическими навыками в ЦСОТ, также заслушиванием отчета резидента на итоговом заседании кафедры и выполнения индивидуального плана резидента. За качество клинической работы отвечают клинические наставники в ПМСП, где работает резидент. За качество образовательной среды отвечает сотрудник из числа ППС по соответствующей дисциплине или модулю.

Таким образом, оценка образовательной программы, осуществляемой в НАО «МУК», охватывает все аспекты организации и реализации ОП. Оценка ОП по специальности «Семейная медицина» проводится согласно внутривузовской системе контроля качества образования и привлечения к оценке деятельности университета резидентов и работодателей. Реализация ОП достигается созданием, поддержанием и постоянным совершенствованием условий, гарантирующих доступность, безопасность и высокое качество оказываемых населению медицинских услуг; организации и работы по управлению качеством в соответствии с международными стандартами и действующими нормативными документами в области здравоохранения; внедрение в образовательный процесс достижений науки и инновационных технологий; повышение компетентности, знаний и освоение практических навыков резидентами по специальности «Семейная медицина».

Список литературы:

1. Приказ МОН РК № 124 от 2 февраля 2016 года «Об утверждении критериев оценки организаций образования». <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1600013364>
Priraz MON RK № 124 ot 2 fevralä 2016 goda «Ob utverjdenii kriteriev osenki organizasi obrazovania». <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1600013364> (In Russian)
2. Стыцюк РЮ, Артемьева ОА, Мотагали ЯБ. Методические подходы к оценке качества образовательной программы вуза.

Науки об образовании. 2017;166:592–598.

Stysük RÜ, Artemeva OA, Motagali ĬAB. Metodicheskie podhody k osenke kachestvaobrazovatelnoi programy vuza. Nauki ob obrazovanii. 2017;166:592–598. (In Russian)

3. Государственная программа развития здравоохранения РК на 2020-2025 гг. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982>
Gosudarstvennaia programa razvitia zdavoohranenia RK na 2020-2025 gg. http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982 (In Russian)

ОЦЕНКА КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ИНТЕРНОВ ПЛАТФОРМОЙ START EXAM

Г.Р. ЖАКИЕВА, Н.З. ИБРАГИМОВА, Э.Б. НУРБАУЛИНА

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

Жакиева Г.Р. – <https://orcid.org/000-0001-8366-4133>

Ибрагимова Н.З. – <https://orcid.org/0000-000300940-4637>

Нурбаулина Э.Б. – <https://orcid.org/0000-0003-0124-2848>

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Zhakiyeva GR, Ibragimova NZ, Nurbaulina EB. Evaluation of the final results of training interns by the Startexam Platform. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):105-110

Жакиева ГР, Ибрагимова НЗ, Нурбаулина ЭБ. Интерндерді оқытудың соңғы қорытындыларын START EXAM платформасымен бағалау. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):105-110

Жакиева ГР, Ибрагимова НЗ, Нурбаулина ЭБ. Оценка конечных результатов обучения интернов платформой START EXAM. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):105-110

Evaluation of the final results of training interns by the Startexam platform

G.R.Zhakiyeva, N.Z.Ibragimova, E.B.Nurbaulina

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

This paper presents the results of studies of interns - general practitioners testing using the Start Exam platform. On this platform, tests were developed and testing sessions were conducted for several groups. Each session was accumulated in the system and the analysis of the quality of tests was given simultaneously, such indicators as the prevalence, discrimination of test items. The StartExam platform we use in the form of testing interns allows us to determine the average level of knowledge in each subject among students and monitor basic knowledge, and to evaluate the quality of the test compiled. The work performed has an important educational and cognitive value in the complex educational activities, makes high demands on the objective assessment of competent specialists.

Keywords: testing system in medical education, evaluation of final learning outcomes, complexity, discriminativeness, Start exam platform

Интерндерді оқытудың соңғы қорытындыларын START EXAM платформасымен бағалау

Г.Р.Жакиева, Н.З.Ибрагимова, Э.Б.Нурбаулина

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Берілген жұмыста жалпы тәжірибелік дәрігер интерндерді оқытудың соңғы қорытындыларын Start Exam платформасында тестілеу әдісімен бағалау көрсетілген. Осы платформада тесттік тапсырмалар құрылып, тестілеу сеанстары бірнеше топтарға орындалған. Әрбір тестілеу сеанстары осы жүйеде сақталып, сонымен бірге тесттік тапсырмалардың сапасы, соның ішінде күрделілігі мен дискриминативтік көрсеткіштері бағаланған. Интерндердің білім деңгейін тексеруге қолданылған StartExam платформасы олардың әрбір пән бойынша білімін тексерумен қатар, ұсынылатын тесттік тапсырмалардың сапасын бағалауға мүмкіндік берді. Білікті күзиреттілігі бар мамандарды дайындауда осы орындалған жұмыс оқу үрдісінде білімін бағалауда маңызды болып саналады.

Негізгі сөздер: медициналық оқытуда тестілеу жүйесі, оқытудың соңғы қорытындыларын бағалау, күрделілік, дискриминативтік, Start exam платформасы

Оценка конечных результатов обучения интернов платформой start exam

Г.Р.Жакиева, Н.З.Ибрагимова, Э.Б.Нурбаулина

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

В данной работе представлена оценка конечных результатов обучения интернов - врачей общей практики методом тестирования платформой Start Exam. По данной платформе разрабатывались тестовые задания и проведены сеансы тестирования нескольких групп. Каждый сеанс тестирования сохранялся в системе и одновременно приводился анализ качества тестов, таких показателей как сложность, дискриминативность тестовых заданий. Используемая нами



Жакиева Г.Р.
e-mail: gulzhahanzhakiyeva@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
01.05.2022

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
15.06.2022

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

платформа StartExam в виде тестирования интернов позволила определить средний уровень знаний по каждой дисциплине у обучающихся и проводить мониторинг долгосрочных знаний, кроме этого позволила оценить качество составляемых тестовых заданий. Выполненная работа имеет важное образовательное и познавательное значение в комплексной системе учебного процесса, создавая условия для объективной оценки подготовки компетентных специалистов.

Ключевые слова: система тестирования в медицинском образовании, оценка конечных результатов обучения, сложность, дискриминативность, платформа Start exam

Введение

В Концепции модернизации Высшего медицинского образования Республики Казахстан оценка знаний обучающихся рассматривается как одна из важнейших ключевых приоритетов современного образования. Качество высшего медицинского образования – обеспечение необходимого уровня подготовки специалистов, способных к эффективной профессиональной деятельности, владеющих современными технологиями в рамках своей специальности [1-3].

Реалии современного педагогического процесса нацелены на повышение качества образования, в связи с этим необходимо совершенствование и поиск новых форм и методов контроля знаний и навыков. К важным элементам системы контроля качества образования относится мониторинг результатов деятельности обучающихся, который должен проводиться на всех уровнях образовательного процесса [3, 4].

Государственными обязательными стандартами образования предусмотрены текущий, рубежный и итоговый виды контроля, которые осуществляются в установленные академическим календарем и рабочими учебными планами сроки. Представляет интерес оценка знаний обучающихся интернов в медицинском вузе тестированием, необходимая для мониторинга, прогнозирования и повышения качества образовательного процесса [4, 5].

Тестирование является одним из важнейших элементов системы оценки качества образования, позволяющих оценить уровень овладения определенными навыками, степень усвоения материала обучающихся [6-8].

Тестирование, как метод контроля, позволяет получить не только оценку качества подготовки обучающихся, но и стандартизировать методику измерений и интерпретации результатов, а также оценить качество представленных тестов [9, 10].

Благодаря широкому распространению информатизации в вузе и изменению педагогических парадигм преподаватели понимают необходимость применения компьютерных технологий и электронного обучения в образовательной деятельности. Виртуализация образовательных ресурсов, дистанционное взаимодействие субъектов образовательной деятельности, смена старых методик подачи материала в соответствии с новым технологическим уровнем, систематика и обновление тестирующих компьютерных программ для контроля и оценки результатов обучения, широко ста-

ла внедряется в учебный процесс [11, 12].

Несомненно, грамотное и комплексное использование информационных технологий предоставляет обучающимся и преподавателям возможность эффективнее распределять свое время, реализовывать творческий потенциал. Кроме этого, расширяет возможность применения различных инновационных методов в педагогической деятельности. Современные методы программирования позволяют использовать в работе достаточно универсальные компьютерные системы тестирования многоцелевого назначения [11, 12].

Внедрение информационно-коммуникационных технологий – обязательное условие обеспечения образовательного процесса в медицинском университете. С их помощью тестирование результатов обучения интернов становится естественным процессом улучшения системы оценки в медицинском образовании [12-14].

Учитывая актуальность оценки и мониторинга контроля знаний интернов, до настоящего времени недостаточно изучена надежная методика анализа качества тестовых заданий (сложность, дискриминативность) [15, 16].

Одним из таких современных средств оценки нами была выбрана система тестирования платформой StartExam (продукт компании Милдсофт, Россия) [16].

Данная платформа является многофункциональным инструментом тестирования и проверки знаний. Использование онлайн-системы тестирования знаний платформой StartExam позволяет экономить свое время и ресурсы на автоматизации процессов обучения и контроля знаний.

StartExam позволяет разрабатывать тесты, проводить как промежуточное, так и итоговое тестирование, осуществлять подготовку к экзаменам, анализировать результаты и качество тестов [16-20].

В этой связи практический интерес представляет использование методики проведения тестирования в платформе StartExam у обучающихся интернов - врачей общей практики.

Цель исследования: оценить методику тестирования платформой StartExam контроля знаний интернов в режиме реального времени и качество используемых тестов.

Методы

На кафедре общей врачебной практики №2 ЗКМУ

имени Марата Оспанова проводилось тестирование рубежного контроля с использованием онлайн-формы тестовых заданий, созданных в программе «StartExam». Интернам предлагалось пройти по ссылке, отправляемой им в группу в социальной сети «Web whatsapp».

На начальном этапе внедрения новой платформы проверки знаний акцент был сделан на реализацию тестирования после обучения. В последующем, познакоившись с возможностями Start Exam, стали все больше использовать тесты непосредственно в ходе каждого обучающего этапа. Соответственно, такой подход требовал максимальной интерактивности, постоянного взаимодействия между тестируемым и системой и способствовал разработке более качественных тестов.

Количество тестов для каждой специальности разработано по спецификации дисциплин, входящих в данный предмет. Количество тестов составило – 100. Тесты разработаны согласно тематическому плану дисциплины. При этом удельный вес вопросов II и III уровней составил по 45% соответственно, вопросов I уровня – 10%. Общее количество тестов на одного обучающегося составило 100 и общего количества времени, отводимого на тестирование – 90 минут. Оценка результатов тестирования рассчитывалась в процентном соотношении.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов тестирования был необходим для проведения оценки знаний тестируемых. Каж-

дый сеанс тестирования сохранялся в системе и был использован для создания отчетов. Для анализа результатов тестирования была доступна информация, запрашиваемая с использованием анкеты тестирования, статистика по проведенному тестированию и детальные ответы участников на вопросы теста. Запрашиваемые с помощью анкеты персональные данные сохранялись в системе тестирования и были доступны на странице сеансов, а также при экспорте данных в Excel. С помощью персональных данных сопоставляли результаты тестирования, результаты анализа качества тестов.

В результатах тестирования фиксировалась вся полученная статистика о завершённом сеансе, включая время выполнения теста, полученная оценка и другая полезная информация.

На рисунке №1 нами был определен средний процент знаний интернов. Анализ результатов показал, что средний процент выживаемости знаний составляет 71,86 %.

В системе тестирования фиксировалась следующая информация: дата начала теста, состояние теста, время выполнения теста, количество заданий в тесте, полученный балл, процент правильных ответов.

По данному анализу можно было проверить не только набранный балл отдельного участника, но и увидеть его результаты при ответе на каждое задание теста.

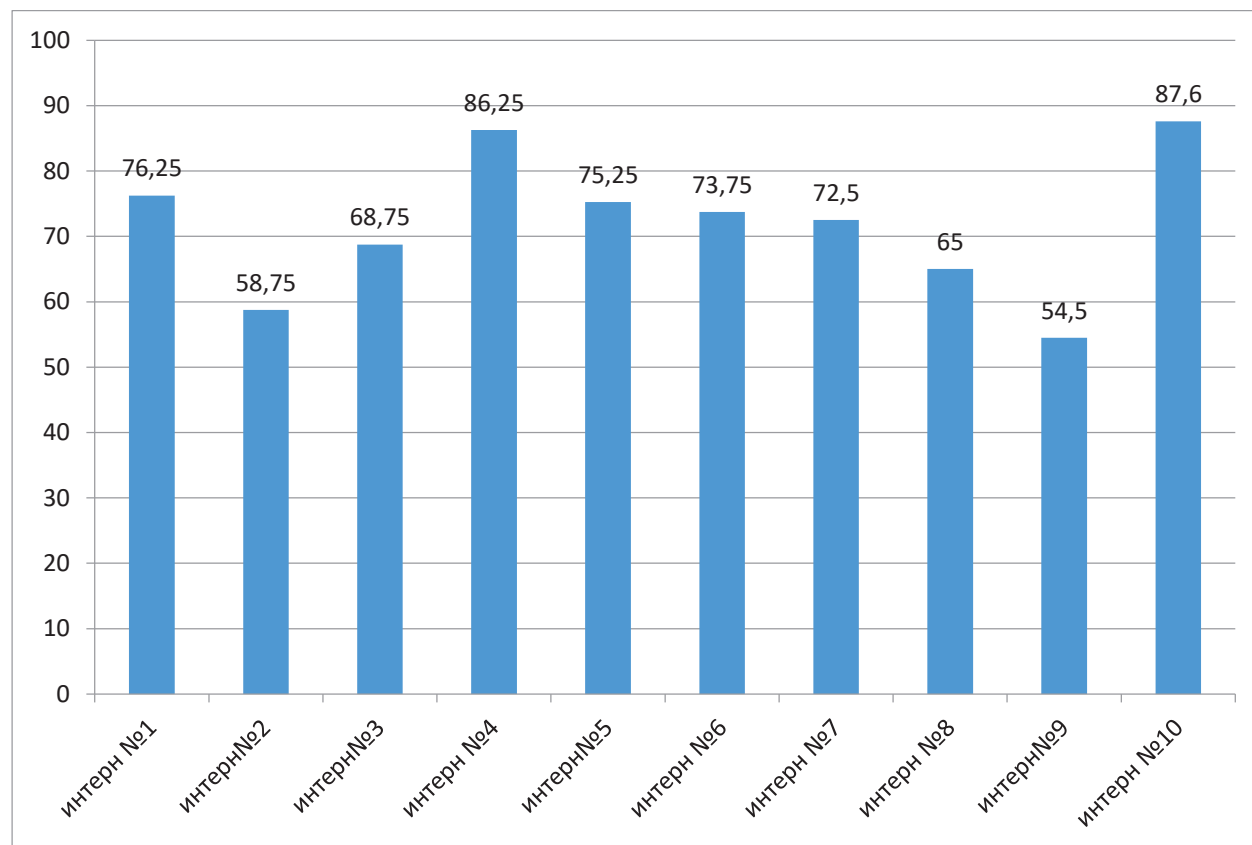


Рисунок 1. Результаты тестирования

Качество тестов определялось на основе статистики по количеству результатов выполнения задания, среднему баллу и проценту правильных ответов.

Используя эти показатели, оценивали качество тестового задания и решали о дальнейшем использовании или пересмотра тестового задания. Процент правильных ответов для качественных тестов составил от 20% до 80%. Идеальным вариантом тестов было - 40% до 60%. При количестве правильных ответов больше 80% задание считалось очень легким, простым. В ситуации, когда процент правильных ответов менее 20%, то задание считалось очень сложным. В таких случаях задание необходимо было проверить и доработать.

При проведении тестирования по каждому предмету анализировалась сложность и дискриминативность тестовых заданий.

Сложность определяли по отношению количества неправильно ответивших участников к общему количеству участников, ответивших на задание.

Сложность рассчитывалась при наличии 3-х и более ответов и имела 3 уровня: [0,15-0,70]

Оптимальным заданием считалась хорошая доля правильных и неправильных ответов [0,00-0,15]

Слишком легким заданием можно было считать [0,70-1,00] и предложено изменить тест.

Дискриминативность определялась разницей между процентом правильных ответов в сильных и слабых группах. Рассчитывалась при наличии 5-ти и более ответов и имела 3 уровня: [0,30-1,00].

Высокой дискриминативностью считалось то, что сильная группа выполняла задание лучше, чем слабая группа [от 0,10 до 0,30].

Средняя дискриминативность рассчитывалась в том случае, когда задание было неэффективным, не было четкого разделения сильных и слабых участников. Такие задания было рекомендовано пересмотреть [-1,00-0,10].

Низкая дискриминативность отмечалась, когда за-

дание не работало и невозможно было отличить обе группы участников.

Дискриминативность считалась отрицательной в том случае, когда слабая группа выполняла задание лучше, чем сильная, что могло указать на ошибки в вариантах ответов.

По рисунку видно, что анализ по качеству тестов по дисциплине «Гериатрии» по сложности показатель был высокий 0,89, а по дискриминативности отмечалось 0,1, что затрудняло ответы интернов и рекомендована была переработка тестов.

Показатели дискриминативности по дисциплине «Поликлиническая терапия и диабетология» были высокие - от 0,60 до 0,65, что указывало на соответствие требованиям качества тестов.

Поскольку система многопользовательская, тестирование проводилось сразу с двумя группами интернов одновременно. В систему встроена удобная статистика, позволяющая индивидуализировать результаты тестов каждого тестируемого. По статистике удобно было находить каждого тестируемого и сразу же объявлять его результаты по всем пройденным им тестам в режиме реального времени.

Объективность знаний тестируемого по предметной области напрямую зависела от заложенных вопросов теста. С помощью системы прошли тестирование все группы интернов, проходящие обучение на базе ГП №1. Система позволила сократить временную нагрузку на преподавателя, дала возможность объективно оценить качество тестов по отдельным темам.

При проведении обратной связи все интерны согласились с результатами пройденных ими тестов, дали высокую оценку системе тестирования и высказали пожелание, чтобы их оценивали с помощью таких платформ.

Анализ полученных данных применим к мониторингу качества учебного процесса на кафедре, дает наиболее полное статистическое представление и по-

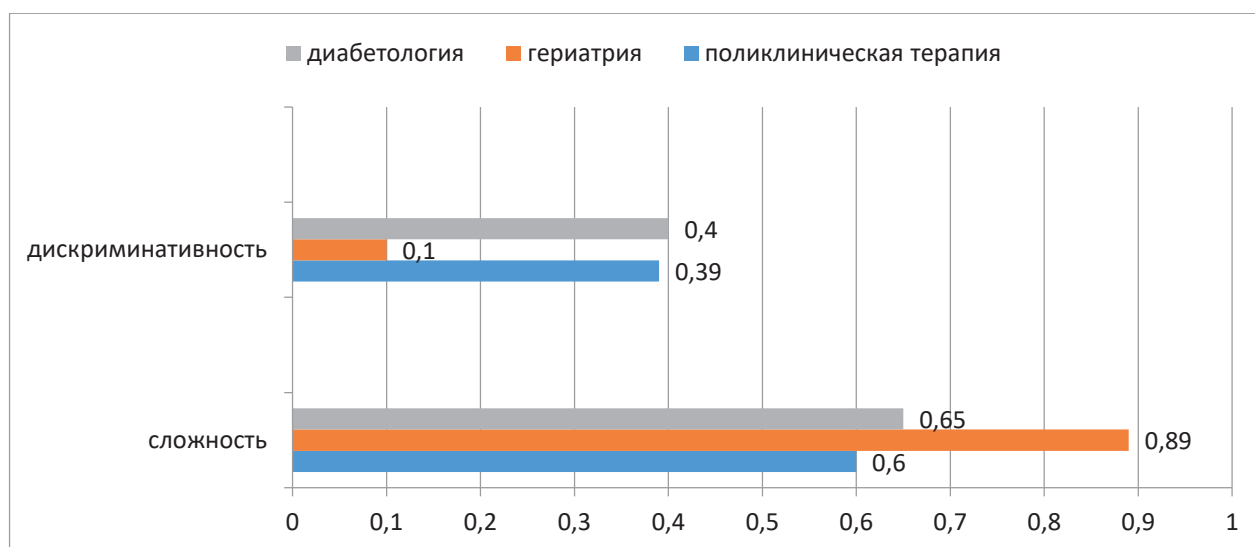


Рисунок 2. Показатели сложности и дискриминативности.

нимание качества результата обучения, и, следовательно, является индикатором качества процесса обучения.

Выводы

Таким образом, использованная нами платформа StartExam позволила определить средний уровень выживаемости знаний по каждой дисциплине у ин-

тернов, проводить мониторинг долгосрочных знаний по дисциплине и оценить качество предлагаемых тестовых заданий. Выполненная работа с использованием тестового контроля платформой StartExam имеет важное образовательное и познавательное значение в комплексной системе учебного процесса, создавая условия для объективной оценки подготовки компетентных специалистов.

Список литературы:

1. Кусаинова АС, Имашева БС, Досмамбетова КК, Карсакбаева ЛЖ, Дербисалина ГА. Анализ результатов пробного тестирования врачей-интернов. Медицина и экология. 2012;2(63):120–122. *Kusainova AS, Imasheva BS, Dosmambetova KK, Karsakbaeva LJ, Derbisalina GA. Analiz rezultatov probnogo testirovaniya vrachei-internov. Meditsina i ekologiya. 2012;2(63):120–122. (In Russian)*
2. Цибулько ГЯ, Пшеничный МВ. Смена образовательной парадигмы как ведущая тенденция инновационных изменений в системе современного образования. Молодой ученый. 2016;106(2):862–865. *Sibülko GÄ, Pšenichnyi MV. Smena obrazovatelnoi paradigmy kak veduŝaiia tendentsia innovatsionnykh izmenenii v sisteme sovremennogo obrazovaniia. Molodoi uchenyi. 2016;106(2):862–865. (In Russian)*
3. Умбеталина НС, Тургунова ЛГ, Баешева ТА, Тургунов ЕМ. Методологические аспекты оценки выживаемости знаний у студентов медицинского вуза. Международный журнал экспериментального образования. 2016;(4-3):416–419. *Umbetalina NS, Turgunova LG, Baesheva TA, Turgunov EM. Metodologicheskie aspekty osenki vyjivaemosti znani u studentov meditsinskogo vuza. Mejdunarodnyi jurnal eksperimentalnogo obrazovaniia. 2016;(4-3):416–419. (In Russian)*
4. Поначугин АВ. Педагогический мониторинг деятельности студентов на электронный портфолио. Образовательные ресурсы и технологии. 2021;34(1):7–12. DOI: 10.21777 / 2500-2112-2021-1-7-12 *Ponachugin AV. Pedagogicheski monitoriň deiatelnosti studentov na elektronnyi portfolio. Obrazovatelnye resursy i tehnologii. 2021;34(1):7–12. DOI: 10.21777 / 2500-2112-2021-1-7-12 (In Russian)*
5. Буханова НВ, Кузьмин КВ, Петрова ЛЕ, Чемезов СА. Стандарты качества дистанционного образования в высшей школе: сравнительный анализ Канады и России. Образование и наука. 2015;(7):135–151. *Buhanova NV, Kuzmin KV, Petrova LE, Chemezov SA. Standarty kachestva distantsionnogo obrazovaniia v vysshei škole: sravnitelnyi analiz Kanady i Rosii. Obrazovanie i nauka. 2015;(7):135–151. (In Russian)*
6. Овчаренков ЭА. Методика применения тестирования как одного из видов контроля и проверки знаний студентов вузов. Современные проблемы науки и образования. 2014;(5):66–69. *Ovcharenkov EA. Metodika primeneniia testirovaniia kak odnogo iz vidov kontrolä i proverki znani studentov vuzov. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia. 2014;(5):66–69. (In Russian)*
7. Алексеенко СН, Гайворонская ТВ, Дробот НН. Тестовые задания как составляющий компонент контроля знаний и обучения студентов медицинского вуза. Современные наукоёмкие технологии. 2021;6(1):118–123. *Alekseenko SN, Gaivoronskaia TV, Drobot NN. Testovye zadaniia kak sostavliiuiŝi komponent kontrolä znani i obucheniia studentov meditsinskogo vuza. Sovremennye naukoemkie tehnologii. 2021;6(1):118–123. (In Russian)*
8. Ивачев ПВ, Майорова АС, Митрофанова КА. Дидактическое тестирование в медицинском образовании: анализ результатов на кафедре анатомии человека. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2019;10(3):72–80. DOI:10.24411/2220-8453-2019-13008. *Ivachev PV, Maiorova AS, Mitrofanova KA. Didakticheskoe testirovanie v meditsinskom obrazovanii: analiz rezultatov na kafedre anatomii cheloveka. Meditsinskoe obrazovanie i profesionalnoe razvitie. 2019;10(3):72–80. DOI:10.24411/2220-8453-2019-13008. (In Russian)*
9. Пачурин ГВ, Тюмина НС, Шевченко СМ. Анализ тестирования как средства контроля знаний обучающихся. Соврем. проблемы науки и образования. 2017;(4):168. *Pachurin GV, Tümina NS, Ŝevchenko SM. Analiz testirovaniia kak sredstva kontrolä znani obuchaiuŝihsä. Sovrem. problemy nauki i obrazovaniia. 2017;(4):168. (In Russian)*
10. Куликов СН, Митрофанова КА, Ивачев ПВ. Развитие системы дидактического тестирования результатов обучения в медицинском вузе. Инновации в образовании. 2016;(2):111–123. *Kulikov SN, Mitrofanova KA, Ivachev PV. Razvitie sistemy didakticheskogo testirovaniia rezultatov obucheniia v meditsinskom vuze. Innovatsii v obrazovanii. 2016;(2):111–123. (In Russian)*
11. Якимов АА, Митрофанова КА. Содержание виртуальной обучающей среды для студентов-медиков. Право и образование. 2018;(4):70–78. *Iakimov AA, Mitrofanova KA. Soderzhanie virtüalnoi obučaiuŝei sredy dlia stüdentov-medikov. Pravo i obrazovanie. 2018;(4):70–78. (In Russian)*
12. Якимов АА, Митрофанова КА. Информационно-коммуникационная предметная среда в медицинском вузе: предпосылки создания и возможности развития. Дистанционное и виртуальное обучение. 2017;5:41–50. *Iakimov AA, Mitrofanova KA. Informatsionno-kommunikatsionnaia predmetnaia sreda v meditsinskom výze: predposylki sozdaniia i vozmoŝnosti razvitiia. Distantsionnoe i virtüalnoe obüchenie. 2017;5:41–50. (In Russian)*
13. Глыбочко ПВ. Непрерывное профессиональное образование врачей: опыт внедрения инновационных технологий. Мед. образование и вузовская наука. 2014;1(5):4–7. *Glybochko PV. Nepreryvnoe professionalnoe obrazovanie vrachei: opyt vnedreniia innovatsionnykh tehnologii. Med. obrazovanie i výzovskaia nauka. 2014;1(5):4–7. (In Russian)*
14. Ускенбаева СТ. Использование тестирования в процессе преподавания дисциплины «Русский язык» в медицинском университете. Международный журнал экспериментального образования. 2014;3(1):54–57. *Ýskenbaeva ST. Ispolzovanie testirovaniia v protsesse prepodavaniia distsipliny «Rýsskii iazyk» v meditsinskom ýniversitete. Mejdýnarodnyi jýrnal eksperimentalnogo obrazovaniia. 2014;3(1):54–57. (In Russian)*
15. Жамалиева ЛМ, Кошмаганбетова ГК, Калбагаева ГХ. Опыт использования социальной сети «ВКонтакте» в преподавании Менеджмента научных исследований в резидентуре. Медицинский журнал Западного Казахстана. 2017;2(54):70–74. *Jamalieva LM, Koshmaganbetova GK, Kalbagaeva GH. Opyt ispolzovaniia sotsialnoi seti «Vkontakte» v prepodavanii Menedjmenta naiŝnykh issledovaniu v rezidentýre. Meditsinskii jýrnal Zapadnogo Kazahstana. 2017;2(54):70–74. (In Russian)*
16. Кошмаганбетова ГХ, Жамалиева ЛМ, Кашкинбаева АР, Дильмагамбетова ГС. Оценка качества тестовых заданий МСЭ по показателям сложности и дискриминативности: поперечное исследование. West Kazakhstan Medical Journal. 2020;62(3):146–151. *Koshmaganbetova GK, Jamalieva LM, Kashkinbaeva AR, Dilmagambetova GS. Otsenka kachestva testovykh zadaniu MSÉ po pokazateliam slozhnosti i diskriminativnosti: poperechnoe issledovanie. West Kazakhstan Medical Journal. 2020;62(3):146–151. (In Russian)*

Dilmagambetova GS. Otsenka kachestva testovyh zadaniy MCQ po pokazateliam slojnosti i diskriminativnosti: poperechnoe issledovanie. West Kazakhstan Medical Journal. 2020;62(3):146–151. (In Russian)

17. Coughlin PA, Featherstone CR. How to Write a High Quality Multiple Choice Question (MCQ): A Guide for Clinicians. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2017;54(5):654–658. DOI: 10.1016/j.ejvs.2017.07.012. Epub 2017 Sep 1.
18. Pawluk SA, Shah K, Minhas R, Rainkie D, Wilby KJ. A psychometric analysis of a newly developed summative, multiple choice question assessment adapted from Canada to a Middle Eastern context. *Curr Pharm Teach Learn.* 2018;10(8):1026–1032. DOI:10.1016/j.ptl.2018.05.003.
19. Kheyami D, Jaradat A, Al-Shibani T, Ali FA. Item Analysis of Multiple Choice Questions at the Department of Paediatrics, Arabian Gulf University, Manama, Bahrain. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2018;18(1):e68-e74. DOI:10.18295/squmj.2018.18.01.011
20. Petrova LE., Kuzmin KV, Kulikov SN. E-learning in higher professional medical education: what do students think about it? *Современные исследования социальных проблем.* 2013;8(28):71

«МЕКТЕП МЕДИЦИНАСЫ» ЭЛЕКТИВТІК ПӘНІН «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» МАМАНДЫҒЫНЫҢ БІЛІМ БЕРУ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ БӨЛІГІНДЕ ОҚЫТУ

Ж.К. ШАЙХИНА, Г.Н. ТАЛИЕВА, В.Н. ПРИЗ, К.Е. АМРЕЕВА, Г.А. БАКАРАМОВА

Қарағанды медицина университеті, Қарағанды, Қазақстан

Шайхина Ж.К. – <https://orcid.org/0000-0002-2640-704X>

Талиева Г.Н. – <https://orcid.org/0000-0001-9119-8830>

Приз В.Н. – <https://orcid.org/0000-0001-5633-8797>

Амреева К.Е. – <https://orcid.org/0000-0001-8188-3981>

Бакарамова Г.А. – <https://orcid.org/0000-0002-1876-3669>

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографиялық ссылақ:

Shaikhina ZhK, Taliyeva GN, Prize VN, Amreyeva KE, Bakaramova GA. Training of elective discipline «School Medicine» within the educational program of the specialty «General Medicine». West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):111-115

Шайхина ЖК, Талиева ГН, Приз ВН, Амреева КЕ, Бакарамова ГА. «Мектеп медицинасы» элективтік пәнін «Жалпы медицина» мамандығының білім беру бағдарламасының бөлігінде оқыту. West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):111-115

Шайхина ЖК, Талиева ГН, Приз ВН, Амреева КЕ, Бакарамова ГА. Обучение элективной дисциплины «Школьная медицина» в рамках образовательной программы специальности «Общая медицина». West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):111-115

Training of elective subject «School Medicine» within the educational program of the specialty «General Medicine»

Zh.K. Shaikhina, G.N. Taliyeva, V.N. Prize, K.E. Amreyeva, G.A. Bakaramova
Medical University of Karaganda, Karaganda, Kazakhstan

The article presents an analysis of the educational program of the elective subject «School Medicine» for the specialty «General Medicine». The educational program systematizes the final learning outcomes in accordance with the Dublin descriptor, identifies the goals and objectives of training. School medicine is the basis of preventive medicine. In universities, the main document is the educational program. The educational program briefly reflects the structural content of the discipline and implements the goals, objectives, final results of the discipline, the form of academic work, as well as an assessment of the achievement of the goals. School medicine as a scientific field of medicine and a practical field of healthcare is adapted to the justification and development of preventive measures aimed at preserving and strengthening the health of adolescents. «School Medicine» analyzes the influence of the environment and social environment on comfortable and health-threatening causes, evaluates and predicts their impact on the growing organism. The team of authors received a certificate of entering information into the state register of rights to copyrighted objects on the elective subject «School Medicine» dated June 14, 2021 No. 18681.

Keywords: *health care, educational program, school medicine, General medicine, elective discipline*

«Мектеп медицинасы» элективтік пәнін «Жалпы медицина» мамандығының білім беру бағдарламасының бөлігінде оқыту

Ж.К. Шайхина, Г.Н.Талиева, В.Н. Приз, К.Е. Амреева, Г.А.Бакарамова
Қарағанды медицина университеті, Қарағанды, Қазақстан

Мақсаты. Мақалада «Жалпы медицина» мамандығына арналған «Мектеп медицинасы» элективтік пәнінің білім беру бағдарламасына талдау ұсынылған. Білім беру бағдарламасында Дублинді дескрипторға сәйкес оқытудың соңғы нәтижесі жүйелендіріліп, оқытудың мақсаты мен міндеттері көрсетілген. Мектеп медицинасы – профилактикалық медицинаның негізі болып табылады. Жоғарғы оқу орындарында негізгі құжат – білім беру бағдарламасы. Білім беру бағдарламасында пәннің құрылымдық мазмұны – қысқаша түрде көрсетіледі және де пәннің мақсаты, міндеті, соңғы қорытындысы, оқу жұмысының формасы, сонымен қатар қойылған мақсаттардың қол жетімділігін бағалаумен іске асырылады. Мектеп медицинасы медицинаның ғылыми бағыты және денсаулық сақтау саласының тәжірибелік саласы ретінде жасөспірімдердің денсаулығын сақтау мен нығайтуға бағытталған алдын алу шараларын негіздеуге және дамытуға бейімделген. Ол қоршаған және әлеуметтік ортаның денсаулыққа жайлы және қатерлі себептерінің әсерін саралайды, өсетін организмге олардың әсерін бағалайды және болжайды. Авторлар ұжымымен «Мектеп медицинасы» элективтік пәні бойынша Авторлық құқықпен қорғалатын объектілерге



Шайхина Ж.К.
e-mail: zhanat_shajxina@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
14.04.2022

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
26.05.2022

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

құқықтардың мемлекеттік тізілімге мәліметтерді енгізу туралы Куәлік 2021 жылғы 14 маусым № 18681 алынды.

Негізгі сөздер: Денсаулық сақтау саласы, білім беру бағдарламасы, мектеп медицинасы, жалпы медицина, элективті пән

Обучение элективной дисциплины «Школьная медицина» в рамках образовательной программы специальности «Общая медицина»

Ж.К. Шайхина, Г.Н.Талиева, В.Н. Приз, К.Е. Амреева, Г.А.Бакарамова
Медицинский университет Караганды, Караганда, Казахстан

Цель. В статье представлен анализ образовательной программы элективного предмета «Школьная медицина» для специальности «Общая медицина». В образовательной программе систематизированы конечные результаты обучения в соответствии с Дублинским дескриптором, обозначены цели и задачи обучения. Школьная медицина - основа профилактической медицины. В вузах основным документом является образовательная программа. В образовательной программе в краткой форме отражается структурное содержание дисциплины и реализуются цели, задачи, конечные итоги дисциплины, форма учебной работы, а также оценка достижения поставленных целей. Школьная медицина как научное направление медицины и практическая область здравоохранения, адаптирована к обоснованию и развитию профилактических мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья подростков. «Школьная медицина» анализирует влияние окружающей и социальной среды на комфортные и опасные для здоровья причины, оценивает и прогнозирует их влияние на растущий организм. Коллективом авторов получено свидетельство о внесении сведений в государственный реестр прав на объекты, охраняемые авторским правом, по элективному предмету «Школьная медицина» от 14 июня 2021 года № 18681.

Ключевые слова: здравоохранение, образовательная программа, школьная медицина, общяя медицина, элективная дисциплина

Кіріспе

Адам денсаулығын сақтау және нығайту бала өмірінің алғашқы күндерінен басталатын және барлық жас кезеңдерінде жалғастырылатын адамның жас және әлеуметтік ерекшеліктерін ескере отырып, аурулардың туындауы мен олардың салдары қауіптерінің сыртқы және мінез-құлықтық факторларын төмендету жөніндегі профилактикалық іс-шараларға бағыттала-тын болады. Балалар мен жасөспірімдердің дене және психикалық денсаулығын қалыптастыруға, ата-аналар мен оқытушыларды балалар мен жасөспірімдердің психикасындағы тұрақсыздық, қауіпті суицидтік мінез-құлық белгілерін тани білуге, әлеуметтік қызметкерлерді, бейінді денсаулық сақтау қызметтерін (туберкулезге қарсы, наркологиялық, психиатриялық) тарта отырып, олармен, Ішкі істер бөлімінің учаскелік қызметтерінің және басқа да мүдделі органдардың (психологтар мен Ішкі істер министрлігі жүйесінің көмелетке толмағандар ісі жөніндегі инспекторлардың және т.б.) өкілдерімен одан әрі жұмыс тактикасына үйретуге бағытталған іс-шаралар айқындалатын және іске асырылатын болады [1-3].

Қазақстан Республикасында қазіргі уақытта жоғарғы медициналық оқу орындарында білім алушыларды даярлау процесінде үлкен өзгерістер орын алуда. Пәндік аспект білім алушының білім беру бағдарламалары пәндерінің мазмұнын меңгеруін көздейтіндіктен, қазіргі заманғы оқыту процесінің әдістемесі білім берудің жоғары деңгейін қалыптастыру жағдайында білім алушы тұлғасының өзін-өзі

таныту тенденцияларына назар аударуды белгілейді. Танымдық іс-әрекет, пәнішілік және пәнаралық интеграция мәселелері өзекті болып, білім алушыға бар білімді басқа пәндерді оқуға тартуға, сонымен қатар жаңа білімді өз бетінше синтездеуге мүмкіндік береді. Осыған байланысты «Мектеп медицинасы» элективтік пәні болашақ дәрігерлерді даярлау жүйесінде ерекше орын алады, өйткені, осы пән – балалардың өмір сүру және өсу ортасы жағдайының қолайлығын анықтайтын және бағалайтын, сонымен қатар балалар мен жасөспірімдердің денсаулығына және ішкі органдардың қызметтік жағдайына, физикалық даму дәрежесіне әсер етуін зерттейді. Мектеп медицинасы медицинаның ғылыми бағыты және денсаулық сақтау саласының тәжірибелік саласы ретінде жасөспірімдердің денсаулығын сақтау мен нығайтуға бағытталған алдын алу шараларын негіздеуге және дамытуға бейімделген. Ол қоршаған және әлеуметтік ортаның денсаулыққа жайлы және қатерлі себептерінің әсерін саралайды, өсетін организмге олардың әсерін бағалайды және болжайды [4, 5].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-ві қрз Кодексіне сәйкес қазіргі таңда оқушылардың денсаулығы бүкіл жұртшылықты алаңдатуда. Осыған байланысты Қарағанды медицина университетінің қоғамдық денсаулық және биомедицина мектебінің профессорлық-оқытушылық құрамымен даярланған «Мектеп

медицинасы» элективті пәнді «Жалпы медицина» мамандығының білім алушыларды оқыту жүзеге асырылады. Авторлар ұжымымен «Мектеп медицинасы» элективті пәні бойынша Авторлық құқықпен қорғалатын объектілерге құқықтардың мемлекеттік тізілімге мәліметтерді енгізу туралы Куәлік 2021 жылғы 14 маусым № 18681 алынды.

Қазіргі таңда білім беру мекемелерінде медициналық қызмет көрсету саласын Білім беру министрлігінен Денсаулық сақтау министрлігіне ауыстырылды. Осыған орай, білім алушыларға ұсынылған «Мектеп медицинасы» элективтік пән дер кезінде оқытылып отыр деп санаймыз.

Оқушының денсаулығына деген қызығушылық соңғы онжылдықта айтарлықтай өсті, өйткені денсаулық көрсеткіштерінің нашарлау фактілері 6-18 жас аралығындағы мектеппен байланысты. Біздің мектеп оқушыларының біліміне қойылатын талаптар деңгейі үнемі өсіп келе жатқаны жасырын емес. Сонымен қатар балаларға жүктеме де өсуде. Егер бұрын осы жүктеменің рұқсат етілген шектерін анықтау үшін таза гигиеналық, жалпыланған өлшемдерді ескеру жеткілікті болса, онда бүгінгі күні организмнің мүмкіндіктерін оның конституциясы, преморбидті және морбидті қауіп факторларының болуы, саногенетикалық механизмдердің өміршеңдігі және басқа да клиникалық маңызды жағдайлар тұрғысынан жеке бағалау қажет. Бұл қазіргі қоғамды ХХІ ғасырға сәйкес келетін салауатты өмір салты идеологиясына сүйене отырып, түбегейлі жаңа деңгейде медициналық - педагогикалық ынтымақтастықты пәнаралық және салааралық өзара іс-қимыл. ұйымдастыру қажеттілігіне алып келді [6-9].

Мектеп медицинасы – профилактикалық медицинаның негізі болып табылады. Жоғарғы оқу орындарында негізгі құжат - білім беру бағдарламасы. Білім беру бағдарламасында пәннің құрылымдық мазмұны – қысқаша түрде көрсетіледі және де пәннің мақсаты, міндеті, соңғы қорытындысы, оқу жұмысының формасы, сонымен қатар қойылған мақсаттардың кол жетімділігін бағалаумен іске асырылады [10, 11].

Балалардың денсаулығын сақтау және қорғау төңірегінде мектептегі медицина қызметкерлері мен мектеп әкімшілігіне жауапкершілік туындайды. Бұдан басқа мектепте оқушыларды тамақтандырудың бірыңғай стандарттары құрастырылып, және оқушылар арасында суицидтердің алдын алу бағдарламасы енгізілуде [12].

Элективті пән - «Мектеп медицинасы» (МЖБС) таңдау компоненті профильді пән болып табылады. Осы пәнді оқыту үшін 2 кредит бөлінген. Кредитті технологияда білім алушылардың көбінесе өзіндік жұмыстарының алар орны бөлек.

«Жалпы медицина» мамандығы бөлімінде «Мектеп медицинасы» деп аталатын қызметке дайындалған кадрлар келесі нақты міндеттерді шешуі керек:

- білім беру мекемесінің ортасы және оқу жүктемесіне байланысты пресс жағдайында бала мен

жасөспірімнің медициналық-психологиялық қалыптастыру бақылау;

- оқу жылы ішінде әр баланың психосоматикалық жағдайындағы жас және маусымдық асқынуларды болжау және уақтылы анықтау;

- балалар мен жасөспірімдердің саногенетикалық жүйесін бақылау; оның белсенділік деңгейін этиопатогенетикалық факторлардың белсенділігімен салыстыру;

- психосоматикалық күйдегі ауытқулары бар балаларды тексеруге уақтылы жіберу; осы жағдайға барабар емдеу-түзету шараларының схемасын таңдау;

- әлсіреген (бейімделмеген) балаларды, мүмкіндіктері шектеулі балаларды анықтау және олар үшін оқу процесіне қатысудың барабар режимін таңдау;

- қажетті ұйымдастыру іс-шараларын өткізе отырып, балаларға шұғыл көмек көрсету.

«Мектеп медицинасы» – балалардың өмір сүру және өсу ортасының жағдайын оқып үйрететін профилактикалық пән, сонымен қатар осы жағдайлардың өсетін организмнің денсаулығына және функционалды жағдайына әсер етуін зерттейді. Денсаулықты сақтауға және нығайтуға бағытталған ғылыми негіздер және практикалық шаралар, балалар мен жасөспірімдер организмнің дамуын ең қолайлы деңгейде сақтау болып табылады [6].

Пәннің мақсаты: Балалар мен жасөспірімдердің, жастардың денсаулығын сақтау және нығайтуды, құрудың заңнамаларын меңгеруге қажетті білімдерді қалыптастыру.

Оқытудың міндеттері:

қоршаған орта және балалар мен тұрғындар арасында денсаулықты сақтауды анықтаудың Қазақстан Республикасының заңнамалы актілерінің негізгі қағидаларын айтып беру.

- мектеп медицина сұрақтарында балалар тұратын балалардың іс- әрекеті мен орта факторларының принциптерін дұрыс түсіну үшін профилактикалық медицинаның теориялық, методологиялық негіздерін жетілдіру;

- тәжірибеде көзқарасты және білімді пайдалану: әртүрлі оқу-тәрбиелік, өндірістік орта факторларының өсуші организмге әсерінің сипаттамасын нықтау үшін бақылау әдісін қолдану, балалар мен жасөспірімдер физикалық дамуы және денсаулық жағдайын бағалауға бағытталған, зерделеудің әдістерін қолдану, денсаулықты сақтау және нығайтуда тәжірибелік дағдыларды көрсету, балалар мен жасөспірімдер қолайлы даму және қызметтерінің тиімді деңгейін қолдау;

- қорытындыларды қалыптастыру, идеяларды бағалау, пікірлерді енгізу: балалар тұрғындарының денсаулық жағдайын бағалау, балалар мен жасөспірімдерді оқыту және тәрбиелеуде қолайлы жағдаймен қамтамасыз ету үшін профилактикалық ұсынысты және сауықтыру шараларының кешенін ұсыну;

- өзіндік түсіну және ептілікті табыстау: арнайы оқу, анықтау, ғылыми ақпараттар туралы негізгі көздерді таңдау, таңдалған көздерден алынған мәліметтерді талдау, оқып білу саласы бойынша ақпараттарды

бойынша өз пікірін білдіріп баяндамалар жасау.

Пәннің пререквизиттері экология және төзімділік дамуы, анатомия, физиология, қоршаған орта және денсаулық, қоғамдық денсаулық болып табылады. Постреквизиттер – бұл магистратураның пәндері. Оқытушының жетекшілігімен білім алушылардың өзіндік жұмыстарының тақырыптық жоспарына сәйкес келесі тақырыптарды оқиды: Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-ві қрз кодексі.

Мемлекеттік бағдарламасы және мектеп медицинасының өзекті мәселелері. Сырқаттанушылық көрсеткіштері, көп таралғандық, патологиялық зақымдану. Сырқаттанушылықты талдау көрсеткіштері. Денсаулық жағдайын кешенді бағалау. Балаларда денсаулық топтарын анықтау алгоритмі. Скрининг – бағдарламаны қолдану арқылы медициналық қарауды жүргізу әдістемесі. Мектеп жасындағы балаларда сырқаттанушылық көрсеткіштері. Зерттеу әдістері. Есепке алу формасы. Есеп беру формасы. Шынықтыру, оның физиологиялық мәні. Шынықтырудың негізгі принциптері. Дене тәрбиесін дәрігерлік бақылау. Оқушыларда функционалды ауытқулардың, аурулардың алдын алу. Балаларда мүсіннің бұзылуы, тірек-қимыл аппаратының деформациясының алдын алу. Оқушылардың көзін қорғау. Оқушыларды еңбекке тәрбиелеу гигиенасы, кәсіптік білім беру. Мектепте гигиеналық тәрбиелеу және оқыту. Оқушылардың денсаулығын қорғауда санитарлық-ағарту жұмыстары. Балалар мен жасөспірімдерде салауатты өмір салтын қалыптастыру негіздері [13, 14].

Білім алушылардың өзіндік жұмыстарының ақпараттық базасы келесі сұрақтарды меңгеруге бағытталған: Мектеп алды жасындағы (3 жасқа дейін) балаларда жастық анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктері. Оларға тән аурулар, олардың алдын алу. Мектепке дейінгі (7-10 жас) балаларда жастық анатомиялық- физиологиялық ерекшеліктері. Оларға тән аурулар, олардың алдын-алу. Бастауыш сыныптардағы (7-10 жас) балаларда жастық анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктері. Оларға тән аурулар, олардың алдын алу. Орта мектеп жасындағы (11-14 жас) балаларда жастық анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктері. Оларға тән аурулар, олардың алдын алу. Жоғарғы сыныптардағы (15-18 жас) балаларда жастық анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктері. Оларға тән аурулар, олардың алдын-алу. Мектептен тыс мекемелер. Жіктелуі. Мекемеде болу жағдайының және қызметін ұйымдастырудың санитарлық гигиеналық сипаттамасы. Балалар мен жасөспірімдерде ультракүлгін сәулелерінің жетіспеушілігінің алдын алу. Балалар мен жасөспірімдердегі алыстан көрмеушіліктің алдын алу. Балаларда жұқпалы аурулардың алдын алу негіздері. Балалар ұжымдарында инфекциялық аурулардың алдын алу. Иммунопрофилактика. Екпе түрлері. Қазақстан Республикасының алдын алу екпесінің күн тізбесі [15-17].

Пән бойынша дәрістер шолу және мәселелік түрінде болады. Тәжірибелік сабақтар семинар, жағдайлық есептерді шешу, TBL командалық-хабардар оқыту (TEAM – BASID EARNING) түрлерінде өткізіледі.

Оқытушылардың жетекшілігімен білім алушылардың өзіндік жұмысы 2 кредит бойынша тапсырмаларды орындау: жағдайлық есептерді шешу, сұрақтарға жауап беру, баяндамаларды дайындау, әдістемелерді меңгеру, жеке және топтық тапсырмаларды орындау нәтижесін талқылау.

Білім алушылардың өзіндік жұмысы оқу-әдістемелік және ұсыныстармен жұмыс жасау, реферат, презентациялар дайындау, компьютерлік модельдермен және бағдарламалармен, Интернеттің электрондық базасының мәліметтерімен жұмыс жасау.

Білім алушылардың білімдері мен дағдыларын бағалау әдістері

Пән бойынша аралық бақылау: жазбаша/ауызша сұрау, жағдайлық есептерді шешу, орындалған тапсырмалардың нәтижесін безендіруін тексеру, кіші топтарда жұмыс жасау барысында өзін және топтық бағалау. Пән бойынша қорытынды бақылау: жазбаша емтихан.

Оқу процесінің ақпараттық базасы осы пәннің деңгейін меңгеруге сәйкес келеді және пәннің оқу әдістемелік кешенін қамтиды: жұмыс бағдарламалары, силлабус, дәрістер, тәжірибелік сабақтарға арналған әдістемелік ұсыныстар, оқытушының көмегімен білім алушылардың өзіндік жұмыстарына арналған әдістемелік нұсқаулар, білім алушылардың өзіндік жұмыстарына арналған әдістемелік нұсқаулар, бақылау өлшеу құралдары, пәнді оқу әдістемесімен қамтамасыз ету картасы.

Мектеп медицинасы – профилактикалық медицинаға жатқандықтан бұл ғылыми бағыттың алдына қойған мақсаты балалар мен жасөспірімдердің өмір сүру ортасының жағдайы мен олардың іс-әрекетін, осы себептердің даму үстіндегі организмге және оның ішкі қызметтеріне, денсаулығына тигізетін әсерін кешенді түрде зерттеп, денсаулығын сақтауға және артыруға, ішкі органдардың қызметіне және организмнің дамуына жайлы жағдай жасауға бағытталған ғылыми және тәжірибелік шаралардың негізін қалау екендігі айқындалады. Бала денсаулығы көңіл бөлуді қажет етеді. Сол себептен «Мектеп медицинасы» пәні медициналық тәжірибенің әрі қарай әлеуметтік мағыналы мәселелерін зерделеуге [18, 19], пән аралық сипатпен фундаментальды білімнің қалыптасуына, тәжірибені игеру, профилактикалық медицина мен денсаулық сақтау сферасында кәсіби біліктілікті шыңдауға қажет және мемлекеттік санитарлық эпидемиологиялық қадағалаудың міндеттерін тиімді шешу мен қоғамда денсаулықты басқаруға бағытталған.

Сонымен қатар, балалар мен жасөспірімдер денсаулығы Білім беру ұйымдарында мектеп оқушыларына медициналық көмек көрсету, балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын арттыруға ықпал жасау болып табылады.

Әдебиеттер тізімі:

- Баранов АА, Кучма ВР, Сухарева ЛМ, и др. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. Руководство для врачей. Москва, 2004.
Baranov AA, Kuchma VR, Syhareva LM, i dr. Otsenka zdorovia detei i podrostkov pri profilakticheskikh meditsinskih osmotrah. Rykovodstvo dlia vrachei. Moskva, 2004. (In Russian)
- Кучма ВР, Милушко ОЮ, Бокарева НА, Скоблина НА. Современные направления профилактической работы в образовательных учреждениях. Материалы Пленума Научного совета по экологии человека и гигиене окружающей среды «Приоритеты профилактического здравоохранения в устойчивом развитии общества: состояние и пути решения проблем». 2014;93:6.
Kuchma VR, Milysheko OYu, Bokareva NA, Skoblina NA. Sovremennyye napravleniya profilakticheskoi raboty v obrazovatelnykh uchrezhdeniyakh. Materialy Plenuma Nauchnogo soveta po ekologii cheloveka i gigiene okruzhayushchey sredy «Prioritety profilakticheskogo zdoroovohraneniya v ystoichivom razvitiy obestva: sostoianie i pyti resheniya problem». 2014;93:6. (In Russian)
- Потупчик ТВ, Макаова МВ, Прахин ЕИ, Эверт ЛС, Бакшеева СС. Критерии оценки адаптации детей к высоким учебным нагрузкам. Гигиена и санитария. 2011;6:41–44.
Potupchik TV, Makaova MV, Prahin EI, Evert LS, Baksheeva SS. Kriterii otsenki adaptatsii detei k vysokim uchebnym nagruzkam. Gigiena i sanitariya. 2011;6:41–44. (In Russian)
- Бережков ЛФ. Состояние здоровья как гигиеническая проблема. Состояние здоровья детей дошкольного и школьного возраста и факторы его определяющие. 2011:94–96.
Berejkov LF. Sostoianie zdorovia kak gigienicheskaja problema. Sostoianie zdorovia detei doshkolnogo i shkolnogo vozrasta i faktory ego opredeljaiye. 2011:94–96. (In Russian)
- Хамаганова ТГ. Основные аспекты проблемы нервно-психического здоровья школьников. Состояние здоровья детей дошкольного и школьного возраста и факты его определяющие. 2013;42–51.
Hamaganova TG. Osnovnyye aspekty problemy nervno-psihicheskogo zdorovia shkolnikov. Sostoianie zdorovia detei doshkolnogo i shkolnogo vozrasta i fakty ego opredeljaiye. 2013;42–51. (In Russian)
- Кучма ВР, Сухарева ЛМ. Состояние и прогноз здоровья школьников. Российский педиатрический журнал. 2007;1:53–57.
Kuchma VR, Syhareva LM. Sostoianie i prognoz zdorovia shkolnikov. Rossiiskii pediatricheskii jyrnal. 2007;1:53–57. (In Russian)
- Баранов АА, Альбицкий ВЮ. Социальные проблемы педиатрии. Москва: Издательский дом «Династия», 2003.
Baranov AA, Albitskii Vy. Sotsialnye problemy pediatrii. Moskva: Izdatelskii dom «Dinastiya», 2003. (In Russian)
- Баранов АА, Кучма ВР, Сухарева ЛМ. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. Москва: Издательский дом «Династия», 2004.
Baranov AA, Kuchma VR, Syhareva LM. Otsenka zdorovia detei i podrostkov pri profilakticheskikh meditsinskih osmotrah. Moskva: Izdatelskii dom «Dinastiya», 2004. (In Russian)
- Пальчун ВТ, Кафарская ЛИ, Гуров АВ. Отраслевые стандарты объемов медицинской помощи детям. Москва: АПП «Джангар», 2002.
Palchyn VT, Kafarskaja LI, Gyrov AV. Otrasleyve standarty obemov meditsinskoj pomoi detiam. Moskva: APP «Djanganar», 2002. (In Russian)
- Панков ДД, Кузнецова ИВ, Румянцев АГ. Диагностика и коррекция пограничных (преморбидных) состояний у детей и подростков в образовательных учреждениях (базисные представления и скрининг программы). Москва: МТО ХОЛДИНГ, 2003.
Pankov DD, Kyznetsova IV, Rymiantsev AG. Diagnostika i korrektsiya pogranichnykh (premorbidnykh) sostoianii u detei i podrostkov v obrazovatelnykh uchrezhdeniyakh (bazisnye predstavleniya i skrining programmy). Moskva: MTO HOLDING, 2003. (In Russian)
- Панков ДД, Кузнецова ИВ, Румянцев АГ. Руководство по выбору средств и методов внедрения здоровьесберегающих и оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений, работающих по концепции «Школа здоровья». Москва: Издательство «Медпрактика», 2004.
Pankov DD, Kyznetsova IV, Rymiantsev AG. Rykovodstvo po vyboru sredstv i metodov vnedreniya zdorovesberegaiyih i ozdoroivitelnykh tehnologii v deyatelnost obrazovatelnykh uchrezhdeniy, rabotayushchikh po koncepcii «Shkola zdorovia». Moskva: Izdatelstvo «Medpraktika», 2004. (In Russian)
- Панков ДД, Румянцев АГ, Тростанецкая ГН. Медицинские и психологические проблемы школьников-подростков: разговор учителя с врачом. Москва: АПК и ППРО, 2003.
Pankov DD, Rymiantsev AG, Trostanetskaia GN. Meditsinskie i psihologicheskie problemy shkolnikov-podrostkov: razgovor uchitelja s vrachom. Moskva: APK i PPRO, 2003. (In Russian)
- Современные методы диагностики состояния здоровья детей школьного возраста: Методические рекомендации для врачей, педагогов и психологов, работающих в образовательных учреждениях. Под ред. Д.Д. Панкова. Москва: Московский центр качества образования, 2008; 208.
Sovremennyye metody diagnostiki sostoiانيا zdorovia detei shkolnogo vozrasta: Metodicheskie rekomendatsii dlia vrachei, pedagogov i psihologov, rabotaiyih v obrazovatelnykh uchrezhdeniyakh. Pod red. D.D. Pankova. Moskva: Moskovskii tsentr kachestva obrazovaniya, 2008; 208. (In Russian)
- Степанова ЛА, Яненко ВФ, Киселева ТА, Лесникова ЕИ. Фельдшер образовательных учреждений. Ростов-на-Дону: Феникс, 2003.
Stepanova LA, Ianenko VF, Kiseleva TA, Lesnikova EI. Feldsher obrazovatelnykh uchrezhdenii. Rostov-na-Dony: Feniks, 2003. (In Russian)
- Тимченко ВН, Леванович ВВ, Михайлов ИБ. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. Санкт-Петербург: ЭЛБИ-Спб., 2004.
Timchenko VN, Levanovich VV, Mihailov IB. Diagnostika, differentsialnaia diagnostika i lechenie detskikh infektsii. Sankt-Peterbyrg: ELBI-Spb., 2004. (In Russian)
- Панков ДД. Школьно-дошкольная медицина (медицина преморбидных, пограничных состояний). Москва: Московский центр качества образования, 2008;176–185.
Pankov DD. Shkolno-doshkolnaia meditsina (meditsina premorbidnykh, pogranichnykh sostoianii). Moskva: Moskovskii tsentr kachestva obrazovaniya, 2008;176–185. (In Russian)
- ЮНЕСКО/ПРОАП. Региональная расчетная палата по образованию населения и коммуникации (ЮНФПА). Стратегии коммуникации и пропаганды: репродуктивное и сексуальное здоровье подростков. Буклет 3, извлеченные уроки и руководство. — Бангкок, Таиланд: ЮНЕСКО, 2001.
IyUNESKO/PROAP. Regionalnaia raschetnaia palata po obrazovaniiy naseleniya i kommynikatsii (IyNFPA). Strategii kommynikatsii i propagandy: reprodýktivnoe i seksyalnoe zdorove podrostkov. Byklet 3, izvlechennyye yroki i rykovodstvo. — Bangkok, Thailand: IyNESKO, 2001. (In Russian)
- Cohen JE, Bloom DE, Malin MB, Curry HA. Universal Basic and Secondary Education Educating All Children. Cambridge, MA, MIT Press, 2007.
- Weissberg R, Resnik H, Payton J, et al. Evaluating Social and Emotional Learning Programs. Educational Leadership. 2014;46–50.

КОНТРОЛИРУЕТСЯ ЛИ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГОРОДЕ БИШКЕК?

А.К. КОШУКЕЕВА, А.А. НАЗИРБЕКОВА

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Citation/

библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Koshukееva AK, Nazirbekova AA. Is bronchial asthma controlled at the primary health care level in Bishkek? West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):116-120

Кошукеева АК, Назирбекова АА. Бишкек қаласындағы денсаулық сақтаудың бірінші деңгейінде бронх демікпесі бақыланады ма? West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):116-120

Кошукеева АК, Назирбекова АА. Контролируется ли бронхиальная астма на первичном уровне здравоохранения в городе Бишкек? West Kazakhstan Medical Journal. 2022;64(2):116-120

Is bronchial asthma controlled at the primary health care level in Bishkek?

Koshukееva A.K., Nazirbekova A.A.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan

The purpose of the article is to assess the frequency, clinical and functional features of controlled and uncontrolled asthma in 60 patients (men - 17, women - 43, average age 50.28±16.5 years) at the primary healthcare level in Bishkek. Methods of assessment included collecting anamnestic and clinical data, determining degree of control using ACQ (Asthma Control Questionnaire), and performing spirometry. There was a significant predominance of patients with uncontrolled asthma - 45 (75%), whose ACQ averaged 2.4±0.77, differing from the group with controlled asthma (ACQ - 0.5±0.35; p<0.001), and FEV1 of uncontrolled asthma was reduced to 64.7±24.9% (significantly different from the group of patients with controlled asthma). It was discovered that patient awareness was low in understanding the methods of disease control, when to use inhaled corticosteroids along with the simultaneous use of short-acting adrenostimulants in large quantities. Thus, at the primary healthcare level in Bishkek, asthma is not controlled in 75% of patients, and its management does not meet the requirements of international guidelines, necessitating revision of current management methods. Developing new organizational approaches would be relevant in increasing the effectiveness of managing asthma patients at the primary healthcare level in Bishkek.

Keywords: bronchial asthma, controlled and uncontrolled, ACQ, spirometry, Primary Health Care management

Бишкек қаласындағы денсаулық сақтаудың бірінші деңгейінде бронх демікпесі бақыланады ма?

А.К. Кошукеева, А.А. Назирбекова

И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, Бишкек, Қырғызстан

Зерттеудің мақсаты. Бишкек қ. денсаулық сақтаудың бастапқы деңгейінде бақыланып және бақыланып жатқан демікпенің жиілігі мен клиникалық-функционалдық ерекшеліктерін бағалау.

Зерттеу әдістері. 60 пациентте (ерлер – 17, әйелдер – 43, орташа жасы 50,28±16,5 жас) анамнестік және клиникалық деректерге сауалнама, ACQ сауалнамасы бойынша бақылау дәрежесін бағалау, сондай-ақ бронходилатациялық тесті бар спирометрия жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері. Бақыланып жатқан демікпесі бар пациенттердің айтарлықтай басымдылығы анықталды - 45 (75%), ACQ орташа есеппен 2,4±0,77 құрады, бақыланып жатқан демікпесі бар топтан өзгеше (0,5±0,35; p<0,001), ал ОФВ1 бақыланып жатқан демікпесі бар пациенттер тобынан анық ерекшелене отырып, 64,7±24,9% - ға дейін төмендеді. Қысқа әсер ететін адреностимуляторларды бір мезгілде теріс пайдаланған кезде пациенттерді ауруды бақылау әдістері туралы хабардар етудің төмендігі, ингаляциялық кортикостероидтарды емдеуде жеткіліксіз пайдалану анықталды.

Тұжырымдар. Осылайша, Бишкектегі МСАК-та пациенттердің 75% - ында астма бақыланып жатпайды, ал оны жүргізу халықаралық нұсқаулықтардың талаптарына сәйкес келмейді және қайта қарауды қажет етеді. МСАК-та демікпемен ауыратын науқастарды жүргізудің тиімділігін арттыратын жаңа ұйымдастырушылық



F.
e-mail: f

Received/
Келін түсті/
Поступила:
12.04.2022

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
09.06.2022

ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

тәсілдерді эзірлеу өзекті.

Негізгі сөздер: бронх демікпесі, бақыланатын және бақыланбайтын, АСQ, спирометрия, МСАК жүргізу

Контролируется ли бронхиальная астма на первичном уровне здравоохранения в городе Бишкек?

А.К. Кошукеева, А.А. Назирбекова

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Цель: оценить частоту и клинико-функциональные особенности контролируемой и неконтролируемой астмы на первичном уровне здравоохранения г.Бишкек.

Методы. Проведено анкетирование у 60-ти пациентов (мужчин – 17, женщин – 43, средний возраст 50,28±16,5 лет) анамнестических и клинических данных, оценка степени контроля по опроснику АСQ, а также спирометрия с бронходилатационным тестом.

Результаты. Выявлено значительное преобладание пациентов с неконтролируемой астмой - 45 (75%), АСQ которых составило в среднем 2,4±0,77, отличаясь от группы с контролируемой астмой (0,5±0,35; p<0,001), а ОФВ1 был снижен до 64,7±24,9%, достоверно отличаясь от группы пациентов с контролируемой астмой. Выявлены низкая информированность пациентов о методах контроля болезни, недостаточное использование в лечении ингаляционных кортикостероидов при одновременном злоупотреблении короткодействующими адреностимуляторами.

Выводы. Таким образом, на ПМСП в Бишкеке у 75% пациентов астма не контролируется, а ее ведение не соответствует требованиям международных руководств и нуждается в пересмотре. Актуальна разработка новых организационных подходов, повышающих эффективность ведения больных астмой на ПМСП.

Ключевые слова: бронхиальная астма, контролируемая и неконтролируемая, АСQ, спирометрия, ведение на ПМСП

Введение

Бронхиальная астма (БА) – одно из самых распространенных заболеваний респираторного тракта, имеющее хроническое течение, но показавшее отличные результаты лечения и контроля в последние десятилетия за счет внедрения современных протоколов диагностики и лечения [1].

В Кыргызстане современные подходы в лечении БА, включая образовательные программы для пациентов, стали внедряться с 1995 года на базе Национального Центра кардиологии и терапии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики [2-3]. В последующем новые подходы в оптимизации и совершенствовании медицинской помощи респираторным пациентам были реализованы в рамках Кыргызско-Финской программы по легочному здоровью (КФПЛЗ) в 2003-2010гг. [4]. Проведение обучения врачей первичного звена существенно улучшило тактику ведения пациентов бронхиальной астмой [5]. Этому способствовали разработка клинических протоколов по основным болезням органов дыхания и внедрение льготного лекарственного обеспечения [6].

Однако, тем не менее, при изучении уровня контроля БА в 2008г. хороший контроль наблюдался только в 5,6% случаев, тогда как у 94,4% больных течение болезни оставалось неконтролируемым [7].

В последние два года в связи с пандемией COVID-19 качество ведения многих хронических заболеваний снизилось. На данный момент количество

пациентов, у которых астма контролируема, так же, как и число пациентов с неконтролируемой астмой, остаётся неизученным, что и предопределило цель исследования.

Цель исследования - изучить распространённость и клинические особенности контролируемой и неконтролируемой астмы у больных города Бишкека на первичном уровне здравоохранения с целью дальнейшего усовершенствования вторичной профилактики астмы.

Методы

Исследование было поперечным, одномоментным на базе центра семейной медицины (ЦСМ) № 6 города Бишкека. С ноября 2021г. по апрель 2022 г. обследованы 60 пациентов старше 18-ти лет, состоящие на учёте в ЦСМ с подтвержденным диагнозом бронхиальной астмы.

Обследование включало в себя анкетирование и проведение спирометрии на аппарате модели EasyOne с бронходилатационным тестом с сальбутамолом (400 мкг).

Анкета состояла из 51-го вопроса на русском языке и включала в себя как обычные социодемографические вопросы, так и отдельные компоненты стандартизованных международных опросников, валидизированных на русском языке. Демографическая часть анкеты включала в себя имя, возраст, пол, уровень образования, наличие инвалидности, рост и вес. Клиническая часть включала в себя вопросы наличия ато-

пии, анамнез атопии и аллергии в прошлом, наличие домашних животных, а также ряд вопросов о медикаментозном лечении астмы.

Достижение общего контроля над астмой является главной целью лечения больных БА [1]. В настоящее время для оценки контроля над астмой используется несколько мультифункциональных инструментов, которые можно разделить на категориальные (шкалы GINA и GOAL) и ординарные (шкалы ACQ, ACT и др.) Для оценки контроля астмы мы использовали опросник ACQ, который сегодня наиболее часто используется в клинических исследованиях. Этот тест проверен в ряде стран с точки зрения информативности и валидности и рекомендован к внедрению во врачебную практику [8, 9]. Он состоит из пяти вопросов (ACQ-5), который позволяет количественно оценить контроль астмы, используя числовой балл от 0 до 6. На основании ACQ пациенты были разделены на 2 группы – с контролируемым (при ACQ <1,5) и неконтролируемым (ACQ >1,5) течением.

Заключительная часть обследования включала проведение спирометрии на аппарате модели EasyOne с бронходилатационным тестом с сальбутамолом (400 мкг). При проведении спирометрии руководствовались обновленным стандартом Европейского респираторного общества ERS (2019).

Протокол исследования одобрен этическим комитетом КГМА (протокол №7 от 24 ноября 2021г.) и каждый участник заполнил форму информированного согласия после получения полной информации об исследовании.

Статистическую обработку показателей проводили с помощью статистического пакета SPSS с использованием Т-критерия Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

С ноября 2021г. по апрель 2022г. обследованы 60 пациентов с бронхиальной астмой (28,3% мужчин и 71,7% женщин) со средним возрастом $50,28 \pm 16,5$ (табл.1). Возрастной диапазон пациентов с астмой составил от 18-ти до 82-х лет. 4 пациента имели инвалидность 2-ой группы по астме. Всего 8 пациентов курили когда-либо сигареты и трое из них продолжают курить по настоящее время, среднее количество сигарет составило 3,51. Также 5 пациентов отметили, что они курят кальян до 2-4 раз в месяц и двое пациентов употребляли электронные сигареты.

У большинства (73,3%) пациентов была установлена атопическая форма болезни. Аллергический ринит присутствовал у 63,3% пациентов, а подтвержденная пищевая аллергия была обнаружена у 48,3% больных. При этом 14 (23,3%) пациентов заявили, что они держат у себя домашних животных (кошка, собака).

У 12-ти (20%) пациентов отмечалась легкая интермиттирующая, у 15 (25%) – легкая персистирующая, у 18 (30%) – персистирующая БА средней тяжести и у 15 (25%) отмечалась тяжелая персистирующая бронхиальная астма.

В дополнение 32% пациентов имели сопутствующие заболевания, такие как гипертоническая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких, язвенная болезнь желудка, бронхоэктатическая болезнь, депрессивное расстройство, аутоиммунный тиреоидит.

Как известно, по шкале ACQ сумма баллов до 1,5 свидетельствует о контроле болезни, тогда как >1,5 указывает на неконтролируемость астмы. На основе результата опросника ACQ обнаружено, что у подавляющего большинства наших пациентов (45 или 75%) астма не контролировалась, и только у 15 (25%) больных отмечен контроль болезни. Среднее значение ACQ в группе контроля ($0,5 \pm 0,3$) достоверно отличалось от пациентов с неконтролируемой астмой ($2,4 \pm 0,77$, $p < 0,001$). Также обнаружено, что у большинства (62%) пациентов из группы неконтролируемой астмы отмечалась персистирующая БА средней тяжести и тяжелая персистирующая бронхиальная астма.

Было замечено, что у пациентов с неконтролируемой астмой ИМТ был более высоким ($26,9 \pm 5,5$, по сравнению с $24,7 \pm 4,08$), а продолжительность болезни короче ($9,38 \pm 8,6$ лет по сравнению с $12,5 \pm 9,1$), однако эти различия были статистически не значимы.

При спирографическом исследовании (табл. 2) в группе неконтролируемой астмы отмечены более низкие показатели функции легких (ОФВ1, ЖЕЛ и ОФВ1/ЖЕЛ), причем ОФВ1 был достоверно снижен до $64,7 \pm 24,9\%$ от должной величины (по сравнению с $79,8 \pm 15,6\%$, $p < 0,05$ в группе контролируемой астмы). При изучении прироста ОФВ1 после ингаляции 400 мкг сальбутамола оказалось, что в обеих группах бронхолитическая проба была положительной (>12%), в первой группе прирост достиг $12,42 \pm 6,6\%$, во второй группе ОФВ1 улучшился на $17,9 \pm 32,75\%$ ($p > 0,05$). Представленные данные свидетельствуют,

Таблица 1. Социально-демографические данные пациентов бронхиальной астмой.

	Всего	Мужчины	Женщины	P ₁₋₂
N (%)	60	17 (28,3%)	43 (71,7%)	
Возраст, лет	$50,28 \pm 16,5$	$53 \pm 17,6$	$49,2 \pm 16,2$	>0,4
Трудовой стаж в годах	$20,54 \pm 15,5$	$22,3 \pm 16,7$	$19,8 \pm 15,1$	>0,5
Рост, см	$166,2 \pm 8,2$	$174,6 \pm 6,5$	$162,8 \pm 6,3$	<0,001
Вес, кг	$73,7 \pm 15,3$	$79,1 \pm 12,2$	$70,9 \pm 16,2$	>0,06
ИМТ, кг/м ²	$26,3 \pm 5,2$	$25,8 \pm 2,8$	$26,6 \pm 5,9$	>0,6

Таблица 2. Данные функции внешнего дыхания пациентов БА.

	Контролируемая	Неконтролируемая	P ₁₋₂
N (%)	15 (25%)	45 (75%)	
Возраст	43,8±21,8	52,4±15,05	>0,08
ИМТ	24,7±4,08	26,9±5,5	>0,1
АСQ (баллы)	0,5± 0,35	2,4±0,77	<0,001
ОФВ ₁ % от должн	79,8±15,6	64,7±24,9	<0,03
ЖЕЛ % от должн	90,13±18,3	79,59±19,07	>0,06
ОФВ ₁ /ЖЕЛ, %	88,87±12,2	79,5±19,5	>0,08
Прирост ОФВ ₁ после сальбутамола (400мкг)	12,42±6,6	17,9±32,75	>0,5
МСВ л/мин	337,02±127,2	287,9±129,1	>0,2

что у пациентов с неконтролируемой астмой показатели вентиляции были значительно хуже, чем у лиц с контролируемой астмой.

Важные данные были получены при изучении информированности пациентов о болезни и ее ведении. Большинство больных не знали о существовании школ астмы и только 5 из них посещали занятия. Очень низкими были знания о возможности мониторинга астмы в домашних условиях: только 28,3% пациентов знали про пикфлоуметрию, и только 10 (16,7%) из них имели пикфлоуметр и знали значения пиковой скорости выдоха (ПСВ) для зеленых, желтых и красных зон.

Последние руководства GINA [1] рекомендуют всем пациентам с астмой прием базисной терапии ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС). Среди наших пациентов всего 55% пациентов принимали ингаляционные кортикостероиды каждый день в течение последней недели. 28,3% или 17 пациентов заявили, что использовали пероральные или парентеральные стероиды в течение 12-ти месяцев до обследования, большинство из которых (14 пациентов) относились к группе неконтролируемой астмы.

Для купирования острого приступа удушья или одышки сальбутамол использовали 36 пациентов, эуфиллин – 2, флутиказон/салметерол (серетид, респиро) – 8 пациентов, ипратропий – 4, беклометазон – 5; то есть не все пациенты знали о том, что ИГКС не являются бронхорасширяющими препаратами. При этом выявлено, что 15 пациентов допускали значительную передозировку короткодействующего адреностимулятора сальбутамола, применяя от 1-5 до 10 и более ингаляций за один день.

Также было выяснено, что 9 пациентов ранее лечились в отделении реанимации и анестезиологии и двое из них в прошлом были интубированы из-за тяжелого обострения бронхиальной астмы.

Обсуждение

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют, что на первичном уровне здравоохранения

в Кыргызстане течение бронхиальной астмы в большинстве случаев не контролируется, уровень знаний пациентов о болезни является низким, а проводимое лечение в большинстве случаев не соответствует международным рекомендациям. Это происходит несмотря на то, что разработаны соответствующие клинические протоколы, функционирует дополнительная программа ФОМС КР по льготному обеспечению пациентов астмой, во всех ЦСМ должны работать кабинеты укрепления здоровья, представляющие образовательные программы для пациентов. Очевидно, что необходимо дальнейшее изучение причин такой неудовлетворительной ситуации, а также разработка новых организационных подходов, которые повысили бы эффективность контроля заболевания в условиях первичного звена здравоохранения.

Выводы

В настоящее время на первичном уровне здравоохранения в г.Бишкеке у подавляющего большинства больных бронхиальной астмой (75%) течение болезни не контролируется, а показатели функции внешнего дыхания находятся ниже границ нормы.

Выявлена низкая информированность пациентов о бронхиальной астме (о сущности болезни, методах контроля, лечения и профилактики, технике использования ингаляторов, пикфлоуметров и др.). Единичные больные посещали занятия школы по астме или имеют личные пикфлоуметры.

Только около половины пациентов (55%) принимают необходимую базисную терапию ингаляционными кортикостероидами, а значительная часть больных (до 30%) допускают передозировку короткодействующими адреностимуляторами.

Необходима разработка новых организационных подходов, повышающих эффективность ведения пациентов бронхиальной астмой на ПМСП с достижением полного контроля болезни.

Список литературы:

1. 2022 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. <https://ginasthma.org/gina-reports/>
2. Исакова ГБ, Бримкулов НН. Эффективность дифференцированного подхода к обучению больных бронхиальной астмой. Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. 1998;4(1):44.
Isakova GB, Brimkúlov NN. Effektivnost differentsirovannogo podhoda k obúcheníy bolnyh bronhialnoi astmoi. Vestnik Assotsiatsii pýlmonologov Tsentralnoi Azii. 1998;4(1):44. (In Russian)
3. Бримкулов НН. Образовательные программы при бронхиальной астме. (Из опыта Кыргызского Астма-Центра). Здравоохранение Казахстана. 1996;7:12–13.
Brimkúlov NN. Obrazovatelnye programmy pri bronhialnoi astme. (Iz opyta Kyrgyzskogo Astma-Tsentra). Zdravoohranenie Kazahstana. 1996;7:12–13. (In Russian)
4. Давлеталиева НЭ, Бримкулов НН, Чубаков ТЧ. Реализация кыргызско-финской программы по легочному здоровью в Кыргызской Республике в 2003-2010 годах. Здравоохранение Кыргызстана. 2012;1:22–24.
Davletalieva NE, Brimkúlov NN, Chýbakov TCh. Realizatsiya kyrgyzsko-finskoj programmy po legochnomy zdoroviy v Kyrgyzskoi Respýblike v 2003-2010 godah. Zdravoohranenie Kyrgyzstana. 2012;1:22–24. (In Russian)
5. Бримкулов НН, Винников ДВ, Рыжкова ЕВ. Ведение больных астмой на первичном уровне здравоохранения: влияние образовательной программы для врачей. Пульмонология. 2007;5:24–28. DOI:10.18093/0869-0189-2007-0-5-24-28
Brimkúlov NN, Vinnikov DV, Ryjkova EV. Vedenie bolnyh astmoi na pervichnom úrovne zdravoohraneniya: vlianie obrazovatelnoi programmy dlia vrachei. Pýlmonologiya. 2007;5:24–28. DOI:10.18093/0869-0189-2007-0-5-24-28 (In Russian)
6. Давлеталиева НЭ, Бримкулов НН, Винников ДВ, Чолурова РА. Изучение информированности медработников о льготном лекарственном обеспечении пациентов с бронхиальной астмой в Кыргызской Республике. Вестник КГМА. 2011;1:32–36.
Davletalieva NE, Brimkúlov NN, Vinnikov DV, Cholýrova RA. Izýchenie informirovannosti medrabotnikov o lgotnom lekarstvennom obespechenii patsientov s bronhialnoi astmoi v Kyrgyzskoi Respýblike. Vestnik KGMA. 2011;1:32–36. (In Russian)
7. Алтымышева АТ. Факторы, влияющие на уровень контроля бронхиальной астмы. Наука и новые технологии. 2008;8:255–258.
Altymysheva AT. Faktory, vliyayúe na úroveň kontrolya bronhialnoi astmy. Nayka i novye tehnologii. 2008;8:255–258. (In Russian)
8. Schatz M, Sorkness ChA, Li JT, et al. Asthma Control Test: Reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. J Allergy Clin Immunol. 2006;3:549–556. DOI: 10.1016/j.jaci.2006.01.011.
9. Авдеев СН. Опросник ACQ – новый инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой. Пульмонология. 2011;2:94–99.
Avdeev SN. Oprosnik ACQ – novyi instrýment otsenki kontrolya nad bronhialnoi astmoi. Pýlmonologiya. 2011;2:94–99. (In Russian)

ДӘРІГЕР, ҒАЛЫМ, ПЕДАГОГ, АБЗАЛ АҒА

Е.Ш. ШАЙҚЫМОВ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Citation/
библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:Shaikhimov YeSh. Physician, Scientist,
Educator and Mentor. West Kazakhstan
Medical journal.2022;64(2):121-124Шайқымов Е.Ш. Дәрігер, Ғалым, Педагог,
Абзал Аға. West Kazakhstan Medical
Journal. 2022;64(2):121-124Шайхимов Е.Ш. Врач, ученый, педагог,
наставник. West Kazakhstan Medical
journal. 2022;64(2):121-124**Physician, Scientist, Educator and Mentor**Ye.Sh. Shaikhimov
West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

The article is dedicated to the 90th anniversary birthday of Azhmagi Smagulovich Smagulov, who worked as the rector of the Aktobe Medical Institute from 1971 to 1995. The author tells about the work and life of A. Smagulov. The main secret of A. Smagulov's organizational success is his exactingness and high perseverance, devotion and great concern for students and employees.

Keywords: works, organizational skills, exactingness, rector, institute**Дәрігер, Ғалым, Педагог, Абзал Аға**Е.Ш. Шайқымов
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе,
Қазақстан

Мақалада автор 1971-1995 жылдар аралығында, Ақтөбе мемлекеттік медицина институтының ректоры болған Әжмағи Смағұлұлы Смағұловтың туылғанына 90 жыл толуына орай кейіпкердің өнегелі өмірі, оның еңбектері, жүріп өткен жолдары туралы баяндайды.

Сондай-ақ, Әжмағи Смағұловтың ұйымдастырушылық табысының басты құпиясы оның талапшылдығы мен жоғары табандылығының, студенттер мен қызметкерлеріне адалдығы мен үлкен қамқорлығының арқасы екендігін айтады.
Негізгі сөздер: еңбектері, ұйымдастырушылық қабілет, талапшылдық, ректор, институт

ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, ПЕДАГОГ, НАСТАВНИКЕ.Ш.Шайхимов
Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

Статья посвящена 90-летию со дня рождения Ажмаги Смагуловича Смагулова, работавшего ректором Актюбинского медицинского института с 1971 по 1995 годы. Автор рассказывает о трудовом и жизненном пути А. Смагулова. Главный секрет организационного успеха А.Смагулова - это его требовательность и высокая настойчивость, преданность и большая забота о студентах и сотрудниках.

Ключевые слова: труды, организаторские способности, требовательность, ректор, институт

2022 жылдың 5 мамыр күні, 1971-1995 жылдар аралығында, Ақтөбе мемлекеттік медицина институтының ректоры болған, Әжмағи Смағұлұлы Смағұловтың туылғанына 90 жыл толады.

Ол ерекше адам туралы әңгіме қозғасақ, толқи отырып еске аламыз, өйткені, сырт қарағанда ол тұйық мінезді көрінетін, ал шын мәнінде ұшқыр ойлы, мейірімді, тіл табысқыш және аса сезімтал адам болатын. Көп жыл өтсе де, университетте ол кісіні құрметпен еске алмайтын адам жоқ. Біз оны әркез үлгі тұтып құрметтейтінбіз.

Әжмағи Смағұлұлы 1932 жылы Ақтөбе облысы Темір ауданының Кеңқияқ ауылында шаруа отбасында дүниеге келді. Оның жас кезінен арманы адам емдеу болды.

Алматы мемлекеттік медицина институтын 1955 жылы бітіргеннен кейін, Ақтөбе облысының Жұрын ауруханасында дәрігер болып жұмыс жасады. Сол жылы оны Темір аудандық туберкулезге қарсы диспансерінің бас дәрігері етіп тағайындады. Өзінің ұйымдастырушылық қабілеті арқасында Әжмағи Смағұлұлы кез келген жерде өз міндетін өте жақсы атқара білді. Алайда, ол ғылыми жұмыспен айналысуға талпынып, 1958 жылдан бастап 1971 жылға дейін, Алматы дәрігерлер білімін жетілдіру институтының кіші ғылыми қызметкері, ассистенті, доценті және рентгенология кафедрасының меңгерушісі лауазымдарын атқарды.

Әжмағи Смағұлұлының ғылыми зерттеулерінің нәтижелері «Сәулелік терапия кезіндегі тамыр



e-mail: shaikhimov@mail.ru

Received/
Келін түсті/
Поступила:
12.05.2022Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
15.06.2022ISSN 2707-6180 (Print)
© 2021 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

бұзылулары патогенезінің кейбір мәселелері» тақырыбында 1963 жылы табысты қорғаған кандидаттық диссертациясында тұжырымдалды.



1971 жылы Әжмағи Смағұлұлы ҚазКСР Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығымен, Ақтөбе мемлекеттік медицина институтының ректоры болып тағайындалады және осы институтты ширек ғасырдай (1995 жылға дейін) басқарады.

Ақтөбе мемлекеттік медицина институты оның бар өмірінің мәніне айналды. Ол басқарған жылдары, біздің институт республикадағы алдыңғы қатарлы, іргелі институттардың бірі болды. Ректор лауазымында Әжмағи Смағұлұлы өзін ниеті кең, ойы ұшқыр, жақсы ұйымдастырушы, шебер басшы ретінде көрсете біліп, денсаулық сақтау мен жоғары медициналық білім беру саласын дамытудың басты бағыттарын анықтап көре білді.

Ол ректор болып келген кезеңде институттың материалдық-техникалық базасы нашар болатын. Алғашқы онжылдық оқу ғимараттары мен жатақханалар салуға кетті. 1969 жылы салынған (ол кезде ректор Василий Николаевич Андреев болатын) жалғыз ғана морфологиялық ғимарат болатын. Соның айналасына әскери-спорттық кешен, I және II оқу-зертханалық ғимараттар, орталық ғылыми зерттеу зертханасын (ОҒЗЗ), жатақханалар және т.б. ғимараттар бір мезгілде бой көтере бастады.

Сөйтіп 1971-80 ж. аралығында 3 оқу ғимараты, орталық ғылыми зерттеу зертханасы (оның құрамында иммундық-биологиялық, радиоизотоптық, биохимиялық және басқа зертханалар бар), 4 студенттік жатақхана (оның біреуі – республика бойынша сол кездегі жалғыз отбасылы студенттер жатақханасы), студенттерге арналған санаторий-профилакторий, спорттық-сауықтыру лагері, стадион және институт қызметкерлеріне арналған тұрғын үй салынды.



1984 жылы Ақтөбеге педагогикалық институттың (кейін Қ.Жұбанов атындағы университет) жаңа ғимаратының салтанатты ашылуына КОКП ОК Бірінші хатшысы Дінмұхамед Ахметұлы Қонаев келген болатын. Осы тарихи кездесуде Әжмағи Смағұлұлы «Неге осындай ғимарат медицина институты үшін де салынбайды?» деген сұрақ қойған болатын. Біздің бас ғимаратты салу мәселесі осылай шешіліп, жоспары мен жобасы да жасалды.

Морфологиялық ғимараттың алдынан бас ғимарат құрылысы бір жылдан кейін-ақ басталса да, Армения елінде өте қатты жер сілкінісінің болуына байланысты, Кеңес үкіметі негізгі құрылыс қаражатын сол елді қалпына келтіруге жұмсады. Сондықтан, жобасы бірнеше рет өзгеріске түскен құрылыстың ұзақ жылдарға созылып кеткені естеріңізде болар (сол себепті бізде қазір үлкен жиын залы, асхана, тағы бір буфет, лифт жоқ болып, ғимараттың жоспарланған бір қабаты қысқартылды). Осының бәрі Әжмағи Смағұлұлын қатты уайымдатты және ол денсаулығына да әсер етті. Құрылыс 1997 жылы оның ізбасары, 1995 жылдан институт ректоры болған Жанғали Құрманғалиұлы Ордабаевтың күшімен аяқталды.

Әжмағи Смағұлұлы институттың материалдық-техникалық базасын нығайтумен қатар, жоғары оқу орнының ғылыми-техникалық әлеуетін сипаттайтын басты байлығы – кадрлар даярлау бойынша да көп жұмыс атқарды. 1995 жылы институттың 548 оқытушысының ішінде: 2 ҚР БА корреспондент-мүшесі, 32 ғылым докторы, 167 ғылым кандидаты болды. Ал 1971 жылы 12 доктор мен 97 ғылым кандидаты болған еді.

Дәстүрлі медицина-биологиялық пәндермен қатар студенттерге жоғары математика элементтерімен медициналық физиканы, медициналық электрониканы, биологиялық физиканы, жалпы генетиканың өзекті мәселелерін қамтитын пәндер жүргізіле бастады: негізінен олар «Адам және қоршаған орта» проблемасымен айналыса бастады.

1974 жылдан бастап оқыту курсына «Мамандыққа кіріспе», ал 1975 жылдан «Кеңес құқығы» жаңа пәндері енгізілді.

Емдеу, педиатрия факультеттеріне және студенттерді дайындау бөлімшесіне қосымша, дәрігерлердің білімін жетілдіру, үш бөлімшесі бар орта медициналық қызметкерлер факультеттері ашылды.

1989 жылдан қазақ тілінің мемлекеттік тіл ретінде енгізілуіне орай, емдеу, педиатрия факультеттерінде қазақ бөлімі ашылды.

Әжмағи Смағұлұлының жетекшілігімен педагогикалық үдеріске оқытудың жаңа формалары мен әдістері енгізілді: заманауи диагностикалық құралдар мен есептеу техникасын қолдану, клиникалық және жағдаяттық есептер шығару, студенттер білім деңгейін тестік бақылау, дәрістерді экспресс-бағалау және т.б.

Медициналық жоғарғы мектеп оқытушылары білім жетілдіру үшін басқа үлкен қалаларға барып, тәрбие мәселелері мен педагогика, психологиялық бағыт бойынша өз ойларын «Жоғары мектеп жаршысы», «Қазақстанның денсаулық сақтау саласы» атты орталық және жергілікті газеттерде жариялап жүрді.

Осы мәселелерді шешу мақсатында, Әжмағи Смағұлұлының тікелей қатысуымен, Егемен Қазақстан бойынша, медициналық жоғарғы оқу орындарында екінші болып, 1994 жылы «Оқытушылар білімін жетілдіру факультеті» ашылып, онда басынан қазақша, соңынан орысша аралас сабақ жүргізетін педагогика және психология кафедрасы бой көтерді.

Бір қарағанда біздің институттың өмірі айтарлықтай қиындықсыз өтіп жатты – бәріміз құлшына, ұйымдасқан түрде қатысатын жиналыстар, ғылыми кеңестер, сенбіліктер, демонстрациялар өткізіліп тұрды. 1978 жылы Ақтөбеде КСРО медициналық ЖОО спартакиадасы өтті және осы сияқты шаралардың барлығына да ректордың өзі атсалысатын.

Әжмағи Смағұлұлы қашан да ширақ көрінетін: ол оқу үдерісімен көп айналысатын, дәрістер оқып, ғылыми-зерттеу жұмыстарын жүргізетін, Мәскеуге ректорлар кеңесіне жиі баратын. Осы сияқты біздер үшін аса қиын емес көрінетін жұмыстармен қатар, институт ректоры ғана жауап беретін, күрделі және жауапты жұмыстар да жүріп жатты.

Әжмағи Смағұлұлы ректор болған кезеңде біздің институт бірнеше рет (1974, 1979, 1985, 1990 ж.) тексерулер мен аттестаттаудан өтті.

ЖОО аттестаттау бойынша және Әжмағи Смағұлұлының ғылыми-зерттеу жұмысына қосқан жеке үлесі үшін, біздің Ғылыми кеңес (құрамында 48 адам) бір ауыздан Әжмағи Смағұлұлына профессор атағын беруге дауыс берді. Ғылыми кеңес ұсынған хаттаманың шынайылығы сонша, басқа ғалымдардың қосымша рецензияларын да, Әжмағи Смағұлұлының ЖАК-ке қатысуын да талап етпеді.

Әжмағи Смағұлұлы өзін тек көрнекі басшы, көреген ұйымдастырушы ғана емес, сонымен қатар өз саласының тәжірибелі де білгір маманы ретінде

де көрсете білді. Көптеген жылдар бойы ол диагнозы күрделі науқастарға кеңес берді, өзінің бай тәжірибесін жас рентгенологтар мен радиологтарға үйретті.

Ол басқарған сәулелік диагностика және сәулелік терапия кафедрасы Қазақстанның рентген-радиологиялық қызметін үйлестіру бойынша ғылыми-әдістемелік орталыққа айналды. Қазақстан бойынша біріншілердің бірі болып ашылған радиоизотоптық лаборатория жұмысын жолға қойып, халық денсаулығын сақтауда көп еңбегін сіңірсе, кадр мәселесі бойынша да ең алдыңғы қатарда, яғни айтқанда, кафедра құрымындағы барлық бес оқытушының, бесеуі де рентген-радиология саласы бойынша медицина ғылымдарының кандидаттары, кейіннен доцент, профессорлар болды. Сол оқытушылардың бірі, Әжмағи Смағұлұлының оқушысы – осы мақаланың авторы.

Рентгенология және радиология кафедрасының (бұл кафедра бұрын осылай аталған) меңгерушісі Әжмағи Смағұлұлының басқа пәндермен ұштастырыла жүргізілетін дәрістері мен практикалық сабақтары, ғылыми-теориялық және әдістемелік жағынан жоғары деңгейімен, жаңашылдығымен, мазмұндылығымен және көркемдігімен ерекшеленетін.

Ол ғылыми-зерттеу жұмыстарына да сүбелі үлес қосты; оның басшылығымен институттың ғылыми ізденіс бағыттарының басымдықтары анықталды. 70-жылдары, Чернобыльдағы жағдайдан көп бұрын, ҚазКСР ҒА Онкология және радиология ғылыми-зерттеу институтымен бірлесе отырып, Әжмағи Смағұлұлы мен академик С.Б.Балмұхановтың қатысуымен Семей және Ақтөбе облыстары тұрғындарына түсетін радиациялық әсерге зерттеулер жүргізілді.

Біздің институттың ғылыми-зерттеулерінің басым бағыттары: қоршаған ортаның ауыр металдармен ластануының медициналық аспектілері және хром интоксикациясын ерте анықтау, емдеу және алдын алу әдістерін зерттеу еді.

Әжмағи Смағұлұлының ғылыми зерттеулерге қатысуы мен жетістіктері ұлан-ғайыр, олар 160-тан астам еңбектерде жарық көрді, олардың жартысынан көбі орталық және республикалық басылымдарда. Олардың арасында «Атом және медицина», «Өнеш рагы» монографиялары, «Радиология және радиотерапия», «Онкология мәселелері» халықаралық журналдарындағы, Ревматологтердің еуропалық конгресіндегі мақалалары бар. Оның редакциясымен 14 ғылыми еңбектер жинағы шықты.

Денсаулық сақтау саласына хром интоксикациясын анықтау тәсілдерін зерттеп, енгізгені үшін Әжмағи Смағұлұлы КСРО ХШЖК (ВДНХ) қола медалімен марапатталды. Оның жетекшілігімен 7 кандидаттық диссертация қорғалды.

Әжмағи Смағұлұлының ұйымдастырушылық табысының басты құпиясы – оның талап пен



жоғары әділдік қағидалылығын қызметкерлер мен студенттерге деген қамқорлықпен үйлестіре алуында.

Көп жылғы жемісті еңбегі үшін және денсаулық сақтау мен жоғары медициналық білім беруді дамытуға, дәрігер кадрларды даярлауға қосқан үлесі үшін Әжмағи Смағұлұлы «Еңбек Қызыл ту» және «Халықтар достығы» ордендерімен, ҚазКСР Жоғарғы Кеңесінің құрмет грамотасымен, «Денсаулық сақтау ісінің үздігі», «КСРО өнертапқышы», Н.И.Пирогов атындағы «КСРО санитарлық қорғаныс үздігі» белгілерімен марапатталған.

27 тамызда 1990 жылы Қазақстан Республикасы Президентінің Жарлығымен Әжмағи Смағұлұлына «Қазақстан Республикасы халыққа білім беру саласының еңбек сіңірген қызметкері» құрметті атағы берілді.

Әжмағи Смағұлұлы үлкен қоғамдық жұмыстар да атқарды, қалалық және облыстық кеңестерінің бірнеше шақыруларының депутаты болды. Ол жан-жақты, көп оқитын, музыка мен тарихты терең сүйетін адам болатын, және ол ғылыми, көркем және діни әдебиеттерден тұратын үлкен кітапхана жинады.

Әжмағи Смағұлұлының отбасылық құрылымы да үлгі тұтарлық. Екі бала өсіріп, соның ішінде қызы Ғазиза - әке жолын қуып, дәрігер, ғалым, доцент, Марат Оспанов атындағы БҚММУ кафедра меңгерушісі, ғылым және клиника жөніндегі проректоры болды.

1995 жылы Әжмағи Смағұлұлы денсаулығына байланысты ректорлық қызметтен кетті, алайда өзінің өмірінің соңына дейін сәулелік диагностика және сәулелік терапия кафедрасының профессоры болып жұмыс жасады. Әжмағи Смағұлұлы 1997 жылы 24 сәуірде, өз жұмыс орнында кенеттен көз жұмды.

2000 жылы біздің университеттің бас ғимаратының қабырғасына профессор Әжмағи Смағұлұлы Смағұловқа ескерткіш ретінде мемориалдық тақта орнатылса, қаламыздың бір көшесі (бұрынғы Степная көшесі) осы кісінің атымен аталып, ал 28.11.2016 жылы, Ә.Смағұлов пен Асау-Барақ көшелерінің қиылысында, профессор Әжмағи Смағұлұлы Смағұловқа арналған ескерткіш ашылды.

Қорыта айтқанда, Әжмағи Смағұловтың ұйымдастырушылық табысының басты құпиясы, біздің ойымызша, талапшылдығы мен жоғары табандылығының, студенттер мен қызметкерлеріне адалдығы мен үлкен қамқорлығының арқасы деп ойлаймыз.

Міне, Ажмағи Смағұлұлы Смағұлов университет, бұрынғы институт, академия жетістіктерінің негізін қалаушы аяулы аға, көрнекті ғалым, педагог және ұйымдастырушы болып қала береді.

ШОЛУ МАҚАЛА

1. Д.Т. Бегалина, Г.С. Дильмагамбетова
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ПАТРОНАЖДЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУДІҢ ӘМБЕБАП-ПРОГРЕССИВТІ МОДЕЛІН ІСКЕ АСЫРУ ҮШІН АЛҒЫШАРТТАР 57
2. Л.Я. Климов, Т.М. Вдовина, В.А. Курьянинова, Я.Д. Миронова, С.В. Долбня, А.В. Ягупова, К.С. Эльбекьян, М.Г. Гевандова, С.А. Егорова, Ю.В. Быков, С.Н. Кашникова, Т.А. Ивенская
І ТИПТІ ТИРОЗИНЕМИЯ: ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ СИПАТТАМАСЫ 63

ТҮПНҰСҚА МАҚАЛА

3. Л.М. Бегимбекова, Э.Н. Алиева, А.М. Оспанова
ӘР ТҮРЛІ ЖАС ТОПТАРЫНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДЕ ЖҮКТІЛІК ПЕН БОСАНУ НӘТИЖЕЛЕРІ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ 73
4. Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетова, Н.И. Распопова, М.С. Редько, Д.К. Станбаев, Д.М. Мизанбаев, С.Р. Тусупова, К.Д. Каукербекова, А.К. Токпаева, А.Т. Малгельдиев, Е.В. Малгельдиева
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША COVID-19 ПАНДЕМИЯСЫ КЕЗЕҢІНДЕ ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ 28
5. Е.М. Цай, С.Н. Уразова, Ю.Л. Ганжула
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК ҰЙЫМДАРЫНДАҒЫ КАДРЛЫҚ ЖОСПАРЛАУ ЖҮЙЕСІН ТАЛДАУ .. 38

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

6. Егембердиева А.А.
ОТБАСЫЛЫҚ ДӘРІГЕР ТӘЖІРИБЕСІНДЕ АСТМА ЖӘНЕ ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫНДА СПИРОМЕТРИЯНЫҢ РӨЛІ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ..... 46

МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ

7. Т.О. Абугалиева, Б.А. Абеуова, К.А. Алиханова, А.Т. Такирова, В.А. Жакипбекова
РЕЗИДЕНТУРАДАҒЫ БІЛІМ БЕРУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫН БАҒАЛАУДЫҢ ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ 53
8. Г.Р.Жакиева, Н.З.Ибрагимова, Э.Б.Нурбаулина
ИНТЕРНДЕРДІ ОҚЫТУДЫҢ СОҢҒЫ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫН START EXAM ПЛАТФОРМАСЫМЕН БАҒАЛАУ
9. Ж.К. Шайхина, Г.Н.Талиева, В.Н. Приз, К.Е. Амреева, Г.А.Бакарамова
«МЕКТЕП МЕДИЦИНАСЫ» ЭЛЕКТИВТІК ПӘНІН «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» МАМАНДЫҒЫНЫҢ БІЛІМ БЕРУ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ БӨЛІГІНДЕ ОҚЫТУ

СТУДЕНТ БҰРЫШЫ

10. А.К. Кошукеева, А.А. Назирбекова
БШКЕК ҚАЛАСЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ БІРІНШІ ДЕҢГЕЙІНДЕ БРОНХ ДЕМІКПЕСІ БАҚЫЛАНАДЫ МА?..... ..

УНИВЕРСИТЕТ ТАРИХЫ

11. Е.Ш. Шайкымов
ДӘРІГЕР, ҒАЛЫМ, ПЕДАГОГ, АБЗАЛ АҒА..... ..

ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ

1. Д.Т. Бегалина, Г.С. Дильмагамбетова
ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ УНИВЕРСАЛЬНО-ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН 57
2. Л.Я. Климов, Т.М. Вдовина, В.А. Курьянинова, Я.Д. Миронова, С.В. Долбня, А.В. Ягупова, К.С. Эльбекьян, М.Г. Гевандова, С.А. Егорова, Ю.В. Быков, С.Н. Кашникова, Т.А. Ивенская
ТИРОЗИНЕМИЯ 1-ГО ТИПА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 63

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

3. Л.М. Бегимбекова, Э.Н. Алиева, А.М. Оспанова
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДОВ РОДОВ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 73
4. Джайнакбаев Н.Т., Ешимбетова С.З., Распопова Н.И., Редько М.С., Станбаев Д.К., Мизанбаев Д.М., Тусупова С.Р., Каукербекоева К.Д., Токпаева А.К., Малгельдиев А.Т., Малгельдиева Е.В.
ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 ПО Г. АЛМАТЫ 80
5. Е.М. Цай, С.Н. Уразова, Ю.Л. Ганжула
АНАЛИЗ СИСТЕМЫ КАДРОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН 87

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

6. Егембердиева А.А.
РОЛЬ СПИРОМЕТРИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 97

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

7. Аbugалиева Т.О., Абеуова Б.А., Алиханова К.А., Такирова А.Т., Жакипбекова В.А.
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В РЕЗИДЕНТУРЕ 101
8. Г.Р. Жакиева, Н.З. Ибрагимова, Э.Б. Нурбаулина
ОЦЕНКА КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ИНТЕРНОВ ПЛАТФОРМОЙ START EXAM 105
9. Ж.К. Шайхина, Г.Н. Талиева, В.Н. Приз, К.Е. Амреева, Г.А. Бакарамова
ОБУЧЕНИЕ ЭЛЕКТИВНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОБЩАЯ МЕДИЦИНА» 111

СТУДЕНЧЕСКИЙ УГОЛОК

10. Кошукеева А.К., Назирбекова А.А.
КОНТРОЛИРУЕТСЯ ЛИ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ГОРОДЕ БИШКЕК? 116

ИСТОРИЯ УНИВЕРСИТЕТА

11. Е.Ш. Шайхимов
ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, ПЕДАГОГ 121

ANALITICAL REVIEW

1. D.T.Begalina, G.S.Dilmagambetova
PREREQUISITES FOR THE IMPLEMENTATION OF A UNIVERSALLY PROGRESSIVE MODEL OF PATRONAGE SERVICES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN 57
2. L.Ya. Klimov, Ya.D. Mironova, T.M. Vdovina, V.A. Kuryaninova, K.S. Elbekjyan, M.G. Gevandova, S.V. Dolbnya, A.V. Yagupova, S.A. Egorova, Yu.V. Bykov, S.N. Kashnikova
TYROSINEMIA TYPE I: LITERATURE REVIEW AND CLINICAL CASE DESCRIPTION..... 63

ORIGINAL ARTICLE

3. L.M. Begimbekova, E.N. Aliyeva, A.M. Ospanova
FEATURES OF PREGNANCY AND BIRTH OUTCOMES IN WOMEN OF DIFFERENT AGE GROUPS..... 73
4. N.T. Dzhainakbayev, S.Z.Yeshimbetova, N.I.Raspopova, M.S. Redko, D.K. Stanbayev, D.M. Mizanbayev, S.R.Tusupova, K.D. Kaukerbekova, A.K. Tokpayeva, A.T. Malgeldiyev, E.V.Malgeldiyeva
DYNAMICS OF THE STRUCTURE OF INCIDENCE WITH MENTAL DISORDERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN ALMATY 80
5. E.M.Tsai, S.N.Urazova, Yu.L.Ganzhula
ANALYSIS OF THE SYSTEM OF PERSONNEL PLANNING IN STATE ORGANIZATIONS OF PRIMARY HEALTH CARE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN..... 87

CLINICAL CASE

6. A.A.Yegemberdiyeva
THE ROLE OF SPIROMETRY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN THE PRACTICE OF A FAMILY PHYSICIAN: A CASE STUDY 97

MEDICAL EDUCATION

7. T.O.Abugaliyeva, B.A.Abeuova, K.A. Alikhanova, A.T.Takirova, V.A.Zhakiybekova
METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE EVALUATION OF EDUCATIONAL PROGRAMS IN RESIDENCE..... 101
8. G.R.Zhakiyeva, N.Z.Ibragimova, E.B.Nurbaulina
EVALUATION OF THE FINAL RESULTS OF TRAINING INTERNS BY THE STARTEXAM PLATFORM..... 105
9. Zh.K.Shaikhina, G.N. Taliyeva, V.N Prize, K.E. Amreyeva, G.A. Bakaramova
TRAINING OF ELECTIVE SUBJECT «SCHOOL MEDICINE» WITHIN THE EDUCATIONAL PROGRAM OF THE SPECIALTY «GENERAL MEDICINE»..... 111

STUDENTS' CORNER

10. Koshukeeva A.K., Nazirbekova A.A.
IS BRONCHIAL ASTHMA CONTROLLED AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL IN BISHKEK?..... 116

UNIVERSITY HISTORY

11. Ye.Sh. Shaikhimov
PHYSICIAN, SCIENTIST, EDUCATOR AND MENTOR..... 121